



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

SIMONE APARECIDA TROVÓ

**ROTATIVIDADE DE PACIENTES E SUA
INFLUÊNCIA SOBRE A CARGA DE TRABALHO EM
ENFERMAGEM**

São José do Rio Preto
2019

Simone Aparecida Trovó

**ROTATIVIDADE DE PACIENTES E SUA
INFLUÊNCIA SOBRE A CARGA DE TRABALHO EM
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem de São José do Rio Preto (FAMERP) para a obtenção do título de Mestre.
Área de Concentração: Processo do Trabalho em Saúde; *Linha de Pesquisa:* Gestão em Saúde e em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Marcia Galan Perroca

Co-orientadora: Prof.^a Dr^a Danielle Fabiana Cucolo

São José do Rio Preto– SP

2019

Ficha Catalográfica

Trovó, Simone Aparecida

Rotatividade de Pacientes e sua Influência sobre a Carga de Trabalho em Enfermagem. Simone Aparecida Trovó. 90 p.

São José do Rio Preto, 2019.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo do Trabalho em Saúde.

Eixo Temático: Gestão em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marcia Galan Perroca

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Danielle Fabiana Cucolo

1 Carga de Trabalho; 2 Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); 3 Gerenciamento do Tempo; 4 Fluxo de Trabalho; 5 Recursos Humanos de Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Prof^(a). Dr^(a). Márcia Galan Perroca
Presidente da Banca
Afiliações

Prof^(a). Dr^(a). Danielle Fabiana Cucolo
Afiliações

Prof^(a). Nome do professor avaliador
Afiliações

Prof^(a). Nome do professor avaliador
Afiliações

São José do Rio Preto, fevereiro de 2019

Sumário

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epígrafe.....	iii
Lista de Tabelas.....	iv
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	vii
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
Resumen.....	xiii
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Monitoramento de processos em enfermagem.....	2
1.2 A rotatividade de pacientes permeando o ambiente de prática.....	4
1.3 Admissão e transferência e seu impacto sobre a equipe de enfermagem.....	5
2 OBJETIVOS.....	9
3 MÉTODO.....	11
3.1 Delineamentos da Pesquisa.....	12
3.2 Cenários.....	12
3.2.1 Movimentação de pacientes nas instituições investigadas.....	15
3.3. Amostra.....	16
3.4 Construção dos instrumentos.....	17

3.5 Mensuração do tempo.....	18
3.6 Conformidade das intervenções.....	19
3.7 Aspectos éticos	20
3.8 Análise estatística.....	20
4 RESULTADOS	22
4.1 Tempo despendido pela enfermagem nas admissões e transferências de pacientes	23
4.2 Conformidade em relação às atividades descritas pela NIC.....	27
4.3 Tempo demandado pela equipe para realização do maior número de atividades em conformidade com a NIC.....	35
4.4 Carga de trabalho em enfermagem nas admissões e transferências de pacientes...	37
5 DISCUSSÃO	41
5.1 Tempo despendido pela enfermagem nas admissões e transferências de pacientes	42
5.2 Conformidade em relação às atividades descritas pela NIC.....	44
5.3 Tempo Demandado pela Equipe em Conformidade com a NIC.....	47
5.4 Carga de trabalho em enfermagem nas admissões e transferências de pacientes...	49
5.5 Limitações do estudo.....	50
5.6 Contribuições para a pratica clínica e gerencial.....	51
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE	61
ANEXO	68
MANUSCRITO	73

Dedicatória

Primeiramente a Deus, por me conceder o discernimento, inteligência e audácia;

Aos meus Pais que sempre estiveram ao meu lado;

À Prof^a Dra^a Márcia Perroca que me auxiliou nesse caminho;

À Prof^a Dra^a Danielle Cucolo pela ajuda de sempre.

Agradecimentos

Aos meus pais Elisa e Guido, sem eles não chegaria até aqui;

Aos amigos e a Nataly com paciência e carinho me ajudaram a traçar o caminho;

Ao meu irmão Belmiro pelo trajeto compartilhado e ajuda mútua nos momentos de indecisão;

Às Orientadoras Prof^{ta} Dra^a Marcia Galan Perroca e Prof^{ta} Dra^a Daniele Cucolo que com sabedoria me direcionaram a essa trajetória vitoriosa;

Às professoras que participaram da banca Renata Gasparino e Josimerci Ittavo Lamana Faria;

À Professora Adília pela praticidade e prestatividade que me ajudou na fase final;

À secretária do programa Juliana, que sempre com muita atenção nos direcionou e ajudou;

Ao Professor Jesus pela colaboração;

Ao Professor Helymar pela brilhante interpretação estatística;

À Fundação Padre Albino, Instituição que me acolheu me apoiou e permitiu todo meu trajeto, com compreensão e profissionalismo.

Epígrafe

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

Lista de Tabelas

Tabela 1- Comparação entre categorias, dados pessoais e profissionais dos participantes. Catanduva, SP, Brasil, 2018, N=399	24
Tabela 2- Tempo médio despendido (em minutos) por enfermeiros para realização das admissões. Catanduva, SP, Brasil, n=97	25
Tabela 3- Tempo médio despendido (em minutos) por auxiliares/técnicos para realização de admissões. Catanduva, SP, Brasil, n=102	25
Tabela 4- Tempo médio despendido (em minutos) por enfermeiros para realização de transferências. Catanduva, SP, Brasil, n=100	26
Tabela 5- Tempo médio despendido (em minutos) por auxiliares/técnicos para realização de transferências. Catanduva, SP, Brasil, n=100	27
Tabela 6 - Estatística descritiva dos escores médios dos itens verificados nas admissões realizadas por enfermeiros e auxiliares/técnicos. Catanduva, SP, Brasil, n=199	28
Tabela 7- Frequência de atendimento dos escores para cada item verificado nas admissões realizadas por enfermeiros e auxiliares/técnicos. Catanduva, SP, Brasil, n=199	28
Tabela 8- Estatística descritiva dos escores médios dos itens verificados nas transferências realizadas por enfermeiros e auxiliares/técnicos. Catanduva, SP, Brasil, n=200	29
Tabela 9- Frequência de atendimento dos escores para cada item verificado nas transferências realizadas por enfermeiros e auxiliares/técnicos. Catanduva, SP, Brasil, n=200	29
Tabela 10: Comparação entre os escores médios dos itens verificados nas admissões realizadas pelos enfermeiros por unidade de internação. Catanduva, SP, Brasil, n=97	30
Tabela 11- Comparação entre os escores médios dos itens verificados nas admissões realizadas pelos auxiliares/técnicos por unidade de internação. Catanduva, SP, Brasil, n=102.	31

Tabela 12- Comparação entre os escores médios dos itens verificados nas transferências realizadas pelos enfermeiros por unidade de internação. Catanduva, SP, Brasil. n=100	32
Tabela 13- Comparação entre os escores médios dos itens verificados nas transferências realizadas pelos auxiliares/técnicos por unidade de internação. Catanduva, SP, Brasil. n=100	32
Tabela 14: Análise comparativa entre os escores médios dos itens verificados nas admissões realizadas por enfermeiros e turnos de trabalho. Catanduva, SP, Brasil. n=97	33
Tabela 15: Análise comparativa entre os escores médios dos itens verificados nas admissões realizadas por auxiliares/técnicos e turnos de trabalho. Catanduva, SP, Brasil. n=102	34
Tabela 16: Análise comparativa entre os escores médios dos itens verificados nas transferências realizadas por enfermeiros e turnos de trabalho. Catanduva, SP, Brasil. n=100	35
Tabela 17: Análise comparativa entre os escores médios dos itens verificados nas transferências realizadas por auxiliares de enfermagem e turno de trabalho. Catanduva, SP, Brasil. n=100	35
Tabela 18 – Tempo despendido por enfermeiros (em minutos) nas admissões de pacientes considerando os escores de corte em 70%. Catanduva, SP, Brasil. n=97	36
Tabela 19 – Tempo despendido por auxiliares/técnicos (em minutos) nas admissões de pacientes considerando os escores de corte de 50%. Catanduva, SP, Brasil. n=102	36
Tabela 20 – Tempo despendido por enfermeiros (em minutos) nas transferências de pacientes considerando os escores de corte de 70%. Catanduva, SP, Brasil. n=100	37
Tabela 21- Tempo despendido por auxiliares/técnicos (em minutos) nas transferências de pacientes considerando os escores de corte de 70%. Catanduva, SP, Brasil. n=100	37
Tabela 22- Distribuição média/mês de admissões e transferências realizadas pela equipe de enfermagem por unidades e turnos no período de agosto a outubro de 2018 e tempo médio (minutos), segundo corte no escore em 70% e 50%. Catanduva, SP, Brasil, 2018, N=2310	38

Tabela 23- Tempo médio total (minutos) e percentual da jornada de trabalhos diários dedicados nas admissões da equipe de enfermagem por unidade, turno e, segundo corte no escore em 70% e 50%. Catanduva, SP, Brasil, 2018, N=199 39

Tabela 24- Tempo médio total (minutos) e percentual da jornada de trabalho dedicados nas transferências da equipe de enfermagem por unidade, turno e, segundo corte no escore em 70%. Catanduva, SP, Brasil, 2018, N=200 40

Lista de Siglas e Abreviaturas

CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DP	Desvio Padrão
GESTSAUDE	Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem
GTH	Grupo de Trabalho em Humanização
M	Média
MD	Mediana
NIC	Nursing Intervention Classification
Ns	Não Significante
POP	Procedimento Operacional Padrão
Q	Quartis
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Statistical Analysis System
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOGGL	Time Tracking Software
UC1	Unidade Cirúrgica 1
UC2	Unidade Cirúrgica 2
UC3	Unidade Cirúrgica 3
UMC	Unidade Médico Cirúrgica
UMI	Unidade Materno Infantil
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIA	Unidade de Terapia Intensiva Adulto

UUE Unidade de Urgência e Emergência

VIGIPÓS Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

RESUMO

Objetivos: Mensurar o tempo médio despendido pela equipe de enfermagem durante as intervenções de admissão e transferência de pacientes em unidades hospitalares; identificar as atividades que são priorizadas (ou omitidas) em relação à admissão e transferência de pacientes e comparar a conformidade dessas intervenções em relação às atividades descritas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC); investigar o tempo que a enfermagem demanda para realizar o maior número de atividades qualificando estas intervenções e avaliar o grau de interferência da rotatividade de pacientes na unidade sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem. **Método:** Estudo observacional com cronometragem de tempo através de um *software*, realizado em dois hospitais da região noroeste do Estado de São Paulo. Foram acompanhadas 199 admissões (97 por enfermeiros e 102 por auxiliares/técnicos) e 200 transferências (100 para cada categoria profissional) de pacientes utilizando-se quatro instrumentos desenvolvidos e validados a partir da taxonomia NIC. Concomitante à mensuração do tempo, as atividades listadas para admissão (16 para enfermeiros e 10 para auxiliares) e transferência (7 para enfermeiros e 6 para auxiliares) foram checadas e a conformidade das intervenções foi verificada considerando o limite de 70% e 50% do escore total. A coleta de dados ocorreu entre julho de 2016 e fevereiro de 2017, e posteriormente foi complementada, entre agosto a outubro de 2018. O cálculo do percentual de acréscimo de tempo sobre a carga de trabalho, a partir de uma série histórica, fundamentou-se nas horas trabalhadas por turno, excluída as pausas laborais do período diurno e noturno. **Resultados:** O tempo médio dedicado pelos enfermeiros na admissão de pacientes variou de 5,5(DP=2,3) a 13,0(DP=1,1) minutos e dos auxiliares/técnicos entre 4,7(DP=2,1) e 6,8(DP=2,0) minutos ($p \leq 0,01$). Os enfermeiros atenderam 43,7% (7/16) e os auxiliares e técnicos 40% (4/10) das atividades listadas e apenas seis admissões realizadas por enfermeiros ($\geq 70\%$ do escore) e 33 por auxiliares/técnicos ($\geq 50\%$ do escore) mostraram-se

qualificadas. Observou-se aumento na jornada de trabalho da equipe variando de 16,3 a 31,5%. No que se refere às transferências, o tempo médio despendido pelos enfermeiros variou de 9,3(DP=3,5) a 12,2(DP=2,5) minutos e pelos auxiliares/técnicos entre 7,1(DP=2,8) e 11,0(DP=2,2) minutos. Dentre as atividades verificadas, os enfermeiros realizaram 71,4% (5/7) e os auxiliares e técnicos 83,3% (5/6) sendo consideradas qualificadas ($\geq 70\%$ do escore) 63 admissões realizadas por enfermeiros e 87 por auxiliares/técnicos. O percentual de acréscimo na jornada de trabalho da equipe de enfermagem variou de 19,3 a 29%.

Conclusão: As admissões e transferências de pacientes geram impacto sobre a carga de trabalho da enfermagem e devem ser ponderadas pelos enfermeiros no dimensionamento e alocação da equipe visando melhoria da qualidade e continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Carga de trabalho; Avaliação de processos (cuidados de saúde); Gerenciamento do tempo; Fluxo de trabalho; Recursos humanos de enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: To measure the mean time-consuming by the Nursing staff during the patients' hospitalization and their transfer into hospital units; to identify the activities that are prioritized (or omitted) in relation to admission and transfer of patients and to compare the compliance of these interventions with the activities described by the Nursing Interventions Classification (NIC); to investigate the time that Nursing requires to perform the greatest number of activities qualifying these interventions and to evaluate the degree of interference of the patient turnover into the unit on the workload of the Nursing staff. **Casuistic and Methodology:** Observational study with keep timing through a software, performed in two hospitals in the Northwest region of São Paulo state. A total of 199 admissions were followed (97 by nurses and 102 by auxiliaries / technicians) and 200 transfers (100 by each professional category) of patients were monitored using four instruments developed and validated from the NIC taxonomy. Concomitant to the time measurement, the activities listed for admission (16 for nurses and 10 for auxiliaries) and transference (7 for=nurses and 6 for=by auxiliaries) were checked, and the compliance of the interventions was verified considering the limit of 70% and 50% of the total score. Data collection was between July 2016 and February 2017; later supplemented between August and October 2018. The calculation of the time percentage added on the workload, based on a historical series, was based on hours worked per shift, excluding work breaks during the day and night periods. **Results:** The mean time spent by nurses on patients' admission ranged from 5.5 (SD = 2.3) to 13.0 (SD = 1.1) minutes, and by the auxiliaries / technicians 4.7 (SD = 2,1) and 6.8 (SD = 2.0) minutes ($p \leq 0.01$). The nurses attended 43.7% (7/16) and the auxiliaries and technicians 40% (4/10) of the activities listed. Only six admissions performed by nurses ($\geq 70\%$ of the score) and 33 by auxiliaries / technicians ($\geq 50\%$ of the score) were qualified. An increase on the workload of the staff

ranging from 16.3 to 31.5% was observed. In terms of transfers, the mean time spent by nurses ranged from 9.3 (SD = 3.5) to 12.2 (SD = 2.5) minutes and by the auxiliaries / technicians between 7.1 (SD = 2, 8) and 11.0 (SD = 2.2) minutes. Among the activities observed, nurses performed 71.4% (5/7) and the auxiliaries and technicians 83.3% (5/6) being considered qualified ($\geq 70\%$ of the score), 63 admissions performed by nurses and 87 by auxiliaries / technicians. The percentage of increase on workload of the Nursing staff ranged from 19.3 to 29%. **Conclusions:** Patients' admissions and transfers have an impact on the Nursing workload and should be considered by the nurses mainly concerning on dimensioning and allocation of the team and on the improvement of quality and care continuity.

Keywords: Workload; Process assessment (health care); Time management; Workflow; Nursing staff.

RESUMEN

Objetivos: Mensurar el tiempo medio empleado por el equipo de enfermería durante los procedimientos de admisión y transferencia de pacientes en unidades hospitalares; identificar las actividades que son priorizadas (u omitidas) relativas a la admisión y transferencia de pacientes y comparar la conformidad de esos procedimientos en relación a las actividades descritas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC); investigar el tiempo que la enfermería emplea para realizar el mayor número de actividades calificando esas intervenciones y evaluar el grado de interferencia de la gestión del flujo de pacientes en la unidad sobre la carga de trabajo del equipo de enfermería. **Método:** Estudio observacional con cronometraje de tiempo mediante un *software*, realizado en dos hospitales de la región noroeste del Estado de São Paulo. Fueron acompañadas 199 admisiones (97 por enfermeros y 102 por auxiliares/técnicos) y 200 transferencias (100 para cada categoría profesional) de pacientes utilizando cuatro instrumentos elaborados y validados a partir de la taxonomía NIC. Concomitante con la medición del tiempo, las actividades listadas para admisión (16 para enfermeros y 10 para auxiliares) y transferencia (7 para enfermeros y 6 para auxiliares) fueron comprobadas y la conformidad de los procedimientos fue verificada considerando el límite de 70% y 50% del puntaje total. La colecta de datos tuvo lugar entre julio de 2016 y febrero de 2017, siendo posteriormente completada, de agosto a octubre de 2018. El cálculo del porcentaje de incremento del tiempo sobre la carga de trabajo, a partir de una serie histórica, se basó en las horas trabajadas por turno, excluyendo las pausas laborales del turno diurno y nocturno. **Resultados:** El tiempo medio dedicado por los enfermeros a la admisión de pacientes varió de 5,5(DP=2,3) a 13,0(DP=1,1) minutos y el de los auxiliares/técnicos entre 4,7(DP=2,1) y 6,8(DP=2,0) minutos ($p \leq 0,01$). Los enfermeros atendieron 43,7% (7/16) y los auxiliares y técnicos 40% (4/10) de las actividades listadas y solo seis admisiones realizadas por enfermeros ($\geq 70\%$ del puntaje) y 33 por auxiliares/técnicos ($\geq 50\%$ del puntaje) se

revelaron calificadas. Se observó un incremento de la jornada de trabajo del equipo variando de 16,3 a 31,5%. En lo que se refiere a las transferencias, el tiempo medio empleado por los enfermeros varió de 9,3(DP=3,5) a 12,2(DP=2,5) minutos y por los auxiliares/técnicos entre 7,1(DP=2,8) y 11,0(DP=2,2) minutos. De las actividades analizadas, los enfermeros realizaron 71,4% (5/7) y los auxiliares y técnicos 83,3% (5/6), siendo consideradas calificadas ($\geq 70\%$ del puntaje) 63 admisiones realizadas por enfermeros y 87 por auxiliares/técnicos. El porcentaje de incremento de la jornada de trabajo del equipo de enfermería varió de 19,3 a 29%. **Conclusión:** Las admisiones y transferencias de pacientes causan impacto sobre la carga de trabajo de enfermería y deben ser ponderadas por los enfermeros en el dimensionamiento y acomodación del equipo para mejorar la calidad y continuidad del cuidado.

Palabras-clave: Carga de trabajo; Evaluación de proceso (Atención de salud); Administración del tiempo; Flujo de trabajo; Personal de enfermería.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Monitoramento de processos em enfermagem

A avaliação da qualidade fundamenta-se em um padrão de referência, ou seja, um nível de aceitabilidade que permitirá julgar e reconhecer adequações, efeitos e custos associados identificando-se, assim, atributos como: eficiência, efetividade e eficácia dos serviços¹. Na produção em saúde, as instituições têm se apropriado desse dispositivo para mensurar os resultados frente aos cuidados realizados e, também, analisar os fatores estruturais e processos determinantes para um atendimento seguro². Nos países em desenvolvimento, sobretudo, onde é preciso otimizar recursos e ampliar o acesso aos serviços, este monitoramento tem sido considerado estratégico³⁻⁴. Intervenções para melhoria de processos são enfatizadas mundialmente por influenciarem positivamente a eficácia, eficiência e segurança na atenção à saúde⁵.

Práticas seguras minimizam erros e, dentre elas, destaca-se o reconhecimento de lacunas que predispõem ao risco e demandam a implementação de barreiras. Estudo realizado em hospitais de países de baixa renda⁶ identificou, principalmente, a falta de comunicação entre profissionais e pacientes e destacou a ausência de protocolos como um fator que compromete a consistência dos processos e a qualidade do cuidado.

Em consonância, as falhas de comunicação também consistiram em um dos principais riscos relacionados à assistência em hospital público brasileiro e, por outro lado, a incorporação de práticas baseadas em evidências foi considerada ação fundamental para obter maior conformidade e eficiência no cuidado prestado⁷. Essas autoras também destacaram o papel do enfermeiro, devido à proximidade dos pacientes, no gerenciamento de riscos e no desenvolvimento de atividades pautadas na cultura de segurança.

Como gestor do cuidado, o enfermeiro atende demandas assistenciais e gerenciais que se complementam e adapta dinamicamente o seu processo de trabalho centrado nas

necessidades do paciente. Sendo assim, toma decisões constantemente e pode utilizar os protocolos fundamentados em princípios técnicos e científicos como instrumentos de apoio e indicativos da organização dos serviços e/ou das atividades de enfermagem⁸. Essa padronização das intervenções de enfermagem fundamentada nas melhores evidências científicas subsidia, também, a gestão do enfermeiro ao planejar, organizar e avaliar o trabalho realizado pela equipe⁹.

Nesse sentido, as ações desempenhadas pelos profissionais precisam ser monitoradas de forma sistemática, identificando as não conformidades, discutindo as causas e elaborando estratégias de melhoria contínua, promovendo, assim, a melhoria na qualidade da assistência à saúde¹⁰.

Na percepção de enfermeiros, os indicadores para monitoramento da assistência são especialmente valorizados (incidência de queda, lesão por pressão, flebite, extubação acidental, erros de medicação, índice de infecção e outros) enquanto aqueles relativos à ocupação da unidade e à permanência de pacientes parece ter pouca relevância para a gestão do cuidado¹¹.

Entretanto, o tempo de permanência tem sido considerado um importante indicador de eficiência do serviço na medida em que as reinternações podem decorrer da alta precoce de pacientes e, por outro lado, eventos adversos no cuidado podem gerar um período de internação prolongado¹².

O desempenho das instituições de saúde pondera, portanto, os resultados clínicos e a adequação dos custos mediada pelo volume de pacientes atendidos e o tempo em que permanecem internados¹³. A padronização e o monitoramento dos processos de hospitalização (admissão, internação, transferência e/ou alta) pode contribuir significativamente no ajuste entre as demandas e a capacidade (estrutura, pessoal e suprimento), assim como no redesenho de um melhor fluxo de atendimento ao paciente¹⁴.

1.2 A rotatividade de pacientes permeando o ambiente de prática

O gerenciamento de leitos, ou seja, a habilidade de acomodar pacientes, tem se tornado um recurso de fundamental importância visto os elevados custos das instituições hospitalares. A indisponibilidade de leitos gera atrasos em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em admissões e transferências e pode resultar em cancelamentos de procedimentos cirúrgicos. Estes fatores tendem a aumentar o tempo de internação dos pacientes¹⁵.

Sendo um indicador indireto da qualidade do cuidado prestado, a permanência aumentada causa um ônus nos custos hospitalares, uma vez que o giro de leitos se torna menor. Outro agravante são os riscos de complicações que são gerados aos pacientes como infecções hospitalares e mortalidade aumentada¹⁶.

A organização de leitos abrange o monitoramento e planejamento da ocupação hospitalar, a criação de processos de admissão e alta para melhoria da capacidade operacional utilizando sistemas de informação. Torna possível uma visão global do fluxo dos pacientes sinalizando os fatores não clínicos que podem estar interferindo em sua permanência contribuindo para a melhoria do processo assistencial¹⁷.

Um dos indicadores assinalados no gerenciamento de leitos é a rotatividade de pacientes. Ela pode ser descrita como o movimento de entrada e saída de pacientes na unidade de internação abrangendo atividades de admissão, transferências para dentro e para fora da unidade, e alta¹⁸⁻¹⁹. Esta movimentação ocorre devido a necessidade de realocação de pacientes por exigência do tratamento, necessidades administrativas ou alta¹⁹.

Por ocorrer muitas vezes durante o dia, em qualquer turno de trabalho (a maioria no turno da tarde) esta atividade despende expressivo tempo de trabalho da equipe de enfermagem podendo dificultar a entrega de assistência segura e de qualidade¹⁹⁻²⁰. As taxas de movimentação de pacientes são extremamente variáveis, mas sabe-se que pode consumir até

30% do tempo de enfermagem²¹. A sobrecarga de trabalho gerada pela rotatividade influencia no esforço físico e cognitivo e pode trazer resultados insatisfatórios com relação ao trabalho, declínio de comunicação e na interação da equipe²²⁻²³.

Algumas particularidades relacionadas à rotatividade do paciente estão ligadas à necessidade de mudança no plano de cuidados, ou seja, fragmentação da assistência, alterando o planejamento já desenhado para aquele paciente. A realocação demanda tempo e envolve uma série de preparativos relacionados à organização da unidade, orientação ao paciente e preparo do transporte¹⁹. Outro impacto significativo ocorre sobre os resultados da assistência e pode ser observado pelo aumento do número de eventos adversos prolongando o tempo de internação e causando morte²⁴.

O envelhecimento da população e o crescimento do índice das doenças crônicas têm ocasionado maior procura por leitos. Em face desta situação, as instituições de cuidados de saúde passaram a utilizar estratégias para liberação rápida dos pacientes e alcance de melhores resultados – as unidades de curta permanência. Estas constituem-se em salas projetadas com leitos hospitalares convencionais, porém com limite de tempo para permanência surgindo o termo “cama quente”. No entanto, a consequência gerada é um impacto direto na carga de trabalho da equipe de enfermagem, aumentando o fluxo de entrada e saída²⁵.

1.3 Admissão e transferência e seu impacto sobre a equipe de enfermagem

A admissão consiste na entrada do paciente na unidade a qual se procederá a internação. Neste momento, ele se encontra vulnerável e apreensivo com relação ao prognóstico. No contexto da humanização em enfermagem, torna-se importante, o acolhimento assegurando confiança e cordialidade²⁶. As necessidades cuidativas são identificadas e o planejamento assistencial individualizado é delineado através do processo de

enfermagem. Orientações sobre protocolos e demais questões administrativas hospitalares e das unidades de internação são, igualmente, realizadas²⁷.

As admissões exigem tempo do profissional e sua duração pode variar de acordo com a condição do paciente, isto é, se se trata de uma admissão programada ou de urgência. Isto impacta diretamente sobre a equipe de enfermagem, responsável por essa atividade²⁰. Este acréscimo na demanda de tempo pode gerar eventos adversos, principalmente, durante as admissões não programadas, muitas vezes, devido à pressa do profissional em realizar a atividade. Relatam-se erros na identificação como também incidentes relacionados a outros pacientes que ficam, momentaneamente, desassistidos²².

Outra atividade que gera impacto na continuidade do cuidado é a transferência de pacientes, ou seja, a movimentação para dentro e para fora da unidade. Trata-se de prática frequente nas unidades de internação, demandando maior carga de trabalho da equipe e, geralmente, o envolvimento de mais de um profissional de enfermagem^{21, 24}. A movimentação provisória ou definitiva ocorre por razões diversas, uma vez que muitos cuidados não podem ser oferecidos no quarto do paciente⁸.

A transferência associada à mudança do plano de cuidados do paciente para outra unidade e outro profissional pode gerar uma influência negativa na sua segurança, com omissões na entrega do cuidado, não realização da administração de medicamentos ou atrasos⁸. Outros eventos adversos incluem falta de atenção, falha de protocolos, sobrecarga de trabalho e exaustão²⁴.

Antecedendo a movimentação do paciente, torna-se importante o monitoramento de sua condição clínica, evitando assim complicações adicionais²⁴. A imprecisão na comunicabilidade, para dar continuidade a linha de cuidado durante a passagem de plantão entre as equipes, contribui para a ocorrência de erros²⁸. Dessa forma, para obtenção de

resultados favoráveis, o transporte intrahospitalar requer planejamento, atentando-se para a comunicação prévia⁸.

Para acomodar a demanda de pacientes o gerenciamento de leitos precisa, por vezes, fazer uma sucessão de transferências, organizando e realocando diagnósticos que não ofereçam riscos de contaminação ao paciente²⁹. A repercussão dessas movimentações incide diretamente sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem, e conseqüentemente, sobre a quantidade de profissional necessária para atender às demandas cuidativas dos pacientes^{21-22, 30}.

O cálculo inadequado de profissionais por não retratar a real carga de trabalho adquire, assim, particular relevância. Além de refletir sobre os resultados da assistência e segurança do paciente, gera, na equipe, um sentimento de stress, insatisfação e *burnout* pela incapacidade de entrega dos cuidados necessários. Para promover a qualidade da assistência e evitar eventos adversos indesejáveis é necessário a adequação do quadro de pessoal, levando em conta as reais atividades inerentes à jornada de trabalho³⁰. Dessa forma, o movimento de entrada e saída de pacientes das unidades é um fator que precisa ser considerado tanto na mensuração da carga de trabalho como no dimensionamento da equipe²⁰⁻²².

Esta pesquisa é um desdobramento do projeto *“As dimensões da carga de trabalho: fatores não relacionados à complexidade assistencial do paciente”* e encontra-se vinculada ao grupo de pesquisa Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAÚDE). Foi desenvolvida para mensurar e qualificar o tempo que a enfermagem gasta em atividades de admissão e transferência de pacientes. Propõe-se a responder aos seguintes questionamentos:

- ✚ Qual é o tempo médio despendido pela equipe de enfermagem para a realização de admissão e transferência de pacientes nas unidades (rotatividade de pacientes)?
- ✚ As atividades relacionadas a estas intervenções realizadas pela equipe encontram-se em conformidade com as descritas na Classificação das Intervenções de Enfermagem?

- ✚ Quanto tempo a equipe de enfermagem demanda para realizar o maior número de atividades, qualificando essas intervenções?

- ✚ Qual é a influência da rotatividade de pacientes na unidade sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem?

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

- ✚ Mensurar o tempo médio despendido pela equipe de enfermagem durante as intervenções de admissão e transferência de pacientes em unidades hospitalares (rotatividade de pacientes);
- ✚ Identificar as atividades que são priorizadas (ou omitidas) em relação à admissão e transferência de pacientes e comparar a conformidade dessas intervenções em relação às atividades descritas pela NIC;
- ✚ Comparar os resultados obtidos para admissões e transferências entre as unidades e turnos de trabalho;
- ✚ Investigar o tempo que a enfermagem demanda para realizar o maior número de atividades qualificando estas intervenções;
- ✚ Avaliar o grau de interferência da rotatividade de pacientes na unidade sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem.

3 Método

3 MÉTODO

3.1 Delineamento da Pesquisa

Este estudo de natureza quantitativa empregou o método observacional para avaliar a frequência, tempo médio despendido e qualidade de admissões e transferências de pacientes em unidades hospitalares. Este método permite reunir informações como atividades, características e condições ambientais e dos indivíduos, comunicação verbal e não-verbal³¹. Nele, o investigador atua como expectador de fenômenos ou fatos, sem, no entanto, realizar qualquer intervenção que possa interferir no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos³².

3.2 Cenários

Foi conduzido em quatro unidades de internação e três especializadas de dois hospitais da região noroeste do estado de São Paulo, Brasil, denominados Hospital 1 (H1) e Hospital 2 (H2). A escolha das unidades atendeu ao critério de maior rotatividade de pacientes, ou seja, maior número de admissões e de transferências intrahospitalares.

O H1 dispõe de 198 leitos e caracteriza-se como hospital privado, filantrópico e de ensino. É referência para 19 municípios da região com média de 1100 internações mês sendo 60% dos atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A média de permanência dos pacientes é de 4,2 dias. O quadro de profissionais de enfermagem inclui 92 enfermeiros (oito coordenadores, 78 clínicos, quatro assistenciais) e 360 auxiliares/técnicos de enfermagem que trabalham em regime de 36 horas semanais. O enfermeiro assistencial atua no atendimento das necessidades de cuidados dos pacientes nas salas de emergência. Já o enfermeiro clínico responde por atividades assistenciais e gerenciais da unidade como elaboração de escalas de trabalho e coordenação da assistência.

A instituição segue metodologia do Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH)³³ e atua com o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), tendo suas ações já

alicerçadas pelo Humaniza SUS³⁴, com taxa de satisfação do cliente em torno de 98% e taxa de recomendação de 99%.

As unidades investigadas foram:

- Unidade de Clínica Cirúrgica 1 (UC1), com 34 leitos, atende pacientes SUS nas especialidades de cirurgia geral, vascular, urologia e oncologia. Apresenta taxa de ocupação de 97% e média mensal de 277 internações, com média de permanência de 4,1 dias. O quadro de pessoal é composto por quatro enfermeiros e 21 auxiliares/técnicos de enfermagem.
- Unidade de Clínica Cirúrgica 2 (UC2) com 17 leitos, todos dedicados a atendimentos SUS, com taxa de ocupação de 98% e média mensal de 129 internações. A maioria dos pacientes é proveniente do pronto socorro para cirurgias de urgência sob os cuidados da ortopedia e permanece, em média, 4,0 dias. Dos profissionais que atuam na unidade 14 são auxiliares/técnicos de enfermagem e quatro são enfermeiros.
- Unidade Materno Infantil (MI) com 21 leitos para internação de cirurgias eletivas e partos de urgência de pacientes provindos da saúde suplementar e SUS. Dentre os indicadores de maior relevância, observa-se média mensal de 241 internações, média de permanência 3 dias em torno de 60% de cesárias e de 54% de ocupação. Dentre a equipe de enfermagem da unidade, 15 são auxiliares/técnicos e quatro enfermeiros.
- Unidade de Clínica Médico-Cirúrgica (UMC) com 21 leitos para internações de pacientes com comorbidades clínicas, em sua maioria particular e de saúde suplementar, com média mensal de 150 internações. A taxa de ocupação encontra-se em torno de 74%, e permanência 5,2 dias. A equipe de enfermagem é composta por 20 auxiliares/técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros.
- Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTI) com 15 leitos atende pacientes provindos do pronto socorro e de cirurgias eletivas. Apresenta cerca de 80 internações/mês, taxa

média de ocupação de 99% e permanência de 7,2 dias, atendendo SUS e saúde suplementar. Estão lotados na unidade 36 técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros.

- Unidade de Urgência e Emergência (UE), com média de 2500 atendimentos/mês destinados ao SUS, recebe, em sua maioria, comorbidades clínicas (neurologia e cardiologia) seguidas de trauma, por ser uma Instituição de referência para essa especialidade. Todos os pacientes são referenciados pelo Serviço de Regulação do Município, atualmente realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. O quadro de pessoal de enfermagem é composto por quatro enfermeiros assistenciais que atuam nas salas de emergência, 13 enfermeiros clínicos e 36 auxiliares/técnicos.

O H2 possui 144 leitos exclusivos para internação de pacientes SUS e ambulatório de especialidades médicas que atende à demanda dos 19 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde-15. Realiza em torno de 800 internações mês, com média de permanência dos pacientes de 6,2 dias. Atuam, dentre a equipe de enfermagem, 35 enfermeiros clínicos, sete enfermeiros coordenadores e 156 auxiliares/técnicos.

Faz parte da Rede Sentinela, desde 2005, como hospital colaborador para o desenvolvimento de estudos de interesse do sistema de saúde brasileiro. A Rede Sentinela é uma estratégia iniciada em meados do ano de 2001 com o objetivo de ser observatório ativo do desempenho e segurança de produtos de saúde regularmente usados: medicamentos, kits para exames laboratoriais, órteses, próteses, equipamentos e materiais médico-hospitalares, saneantes, sangue e seus componentes. Trata-se, portanto, de uma importante estratégia para o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – VIGIPOS³⁵.

A unidade de internação utilizada para pesquisa foi:

- Unidade de Clínica Cirúrgica (UC3), com 16 leitos destinados a internação de cirurgias eletivas SUS nas especialidades de plástica reconstrutora e vascular de pequeno porte.

Atende uma média mensal de 160 internações com taxa de ocupação de 56%. Por se tratar de cirurgias de pequeno porte a taxa de permanência dos pacientes é de dois dias. A equipe de enfermagem é formada por 16 auxiliares de enfermagem e quatro enfermeiros.

3.2.1. Movimentação de pacientes nas instituições investigadas

São realizadas, mensalmente, cerca de 1070 admissões no H1 e quase 500 no H2 e, aproximadamente, 300 transferências, entre unidades, no H1 e 80 no H2. Esses processos encontram-se formalizados em Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), utilizados para nortear a prática da enfermagem, e podem ser acessados de forma online, através do sistema hospitalar. Contudo, os hospitais não utilizam prontuário eletrônico. Os procedimentos, similares para ambas as instituições, são revistos a cada dois anos e, em sua última formatação, não estavam baseados na NIC.

As atividades realizadas pela equipe na admissão e transferência de pacientes são complementares, considerando as competências profissionais e as diferentes perspectivas do cuidado. De acordo com o POP, a admissão consiste na chegada e permanência do paciente no hospital e, neste momento, o auxiliar/técnico de enfermagem deve recebê-lo, apresentar-se, e confirmar o nome colocando a pulseira de identificação. Então, verificam-se no prontuário os impressos necessários à admissão e certifica-se sobre o leito a ser ocupado, orientando, também, sobre as rotinas do hospital: horários das refeições, higienização, visitas médicas e familiares, serviços religiosos e atividade recreativa. Em seguida, é realizada a aferição de sinais vitais e efetuam-se os registros: hora da admissão, procedência, sintomas observados e queixas, condições de higiene, antecedentes (alergias, medicamentos em uso e doenças pré-existentes), que serão entregues ao escriturário para solicitação da dieta e outras demandas.

Por sua vez, no momento da admissão do paciente na unidade, o enfermeiro deve se apresentar e confirmar a identificação do paciente, leito e documentos necessários complementando orientações sobre serviços e rotinas, instalações e cuidados. Inicia, então, o exame físico, avaliando riscos, sistematiza a assistência de enfermagem (identifica diagnósticos prioritários e prescreve cuidados) e retoma orientações ao paciente/familiar. Por fim, comunica o médico responsável sobre a internação e realiza os registros em prontuário.

A transferência do paciente, segundo o POP, compreende atividades realizadas para o transporte intra e extrahospitalar. Nesses casos, o auxiliar/técnico de enfermagem ou o enfermeiro da unidade deverá orientar o paciente/familiar sobre a transferência, checar as medicações administradas e aquelas que deverão ser encaminhadas com o paciente, confirmar a unidade e o leito de destino, os documentos de prontuário e providenciar os recursos necessários para o deslocamento do paciente (maca, cadeira de rodas, entre outros). Então, deverão preparar o paciente (cuidados, vestimentas, pertences), realizar a transposição (do leito para a maca, por exemplo) e o transporte para a unidade de destino. O auxiliar/técnico comunicará os cuidados prestados e o enfermeiro complementarará informações sobre o quadro clínico, pendências e outras intercorrências, assim como comunicar o médico responsável pela internação e familiares. O enfermeiro deve acompanhar toda a transferência de pacientes críticos para a unidade de terapia intensiva ou outras unidades. Ao término da movimentação do paciente, os profissionais envolvidos devem efetuar o registro em prontuário.

3.3 Amostra

O tamanho amostral foi definido estatisticamente em 100 amostras para cada categoria (enfermeiros e auxiliares e técnicos) considerando-se o poder de 80% e $p \leq 0,05$. Foram observadas 199 admissões (97 realizadas por enfermeiros e 102 por auxiliares/técnicos) e 200 transferências (100 para cada categoria profissional) entre as unidades estudadas, por 22

integrantes da equipe de enfermagem, de ambas as instituições. Acompanhou-se, nos períodos diurno e noturno, profissionais que já haviam passado pelo tempo de experiência de trabalho (90 dias) e que aceitaram ter suas atividades assistenciais observadas e mensuradas.

3.4 Construção dos instrumentos

Foram elaborados quatro instrumentos considerando os processos de admissão e de transferência de pacientes para a categoria enfermeiros (Apêndices 1 e 2) e auxiliares/técnicos de enfermagem (Apêndices 3 e 4). Para caracterizar os participantes (Apêndice 5) utilizou-se questionário abordando aspectos referentes à idade, gênero, tempo de atuação na instituição, turno de trabalho e qualificação.

Inicialmente, realizou-se uma listagem das atividades correspondentes às intervenções investigadas selecionando-se aquelas pertinentes ao cenário de prática nacional tendo como referência a Classificação das Intervenções de Enfermagem (em inglês, *Nursing Interventions Classifications - NIC*)³⁶. Esta taxonomia representa um instrumento clínico que possibilita classificar, de forma abrangente e padronizada, as intervenções de cuidado direto e indireto prestadas pela equipe de enfermagem aos pacientes.

Tais intervenções são compostas por um conjunto de atividades e essas representam o cuidado individualizado, ou seja, devem ser escolhidas se apropriadas para determinado indivíduo, família ou realidade, assim como outras podem ser adicionadas, mantendo a coerência com a definição de cada intervenção³⁶.

Em um segundo momento, as atividades de Admissão (NIC 7310) realizadas por enfermeiros foram agrupadas em seis itens: Serviço e rotina, Cuidados, Instalações, Coleta de dados, Documentação e Segurança do paciente, totalizando 16 subitens/atividades; e para auxiliares/técnicos de enfermagem em cinco itens: Serviço e rotina, Cuidados, Coleta de dados, Documentação e Segurança do paciente, ou seja, 10 subitens/atividades. Da mesma

forma, as atividades atinentes ao Transporte intrahospitalar de pacientes (NIC 7892) foram reunidas em: Comunicação, Cuidados, Recursos necessários para o transporte e Documentação, contemplando sete subitens/atividades para enfermeiro e seis para auxiliar/técnico.

Os quatro instrumentos construídos foram avaliados, quanto ao seu conteúdo e representatividade no contexto de prática, por cinco enfermeiros doutores e três enfermeiros clínicos. Adotou-se o nível de concordância $\geq 80\%$ ³² e os critérios de pertinência, clareza e objetividade obtendo-se concordância de 98%. Posteriormente, o pré-teste em unidades hospitalares confirmou sua adequação. A partir de então, iniciaram-se os procedimentos para a coleta de dados - ocorrida no período de julho de 2016 a fevereiro de 2017, e, posteriormente, complementada de agosto a outubro de 2018.

3.5 Mensuração do tempo

Após realização de contato prévio com os enfermeiros clínicos explicando os objetivos do estudo, foi acordado que a pesquisadora seria comunicada (por telefone) quando da ocorrência de admissão e transferência de pacientes nas unidades investigadas. Dessa forma, tornou-se possível o deslocamento até a unidade em questão onde era acompanhada e mensurada a intervenção realizada. A facilidade de acesso se dava, pois, na época, a pesquisadora atuava no Gerenciamento de leitos em uma das instituições. O deslocamento para o H2, para acompanhamento das admissões e transferências, ocorria após às 17h, quando do início das internações para cirurgias eletivas que ocorreram no dia seguinte na unidade selecionada.

A análise diária do painel de leitos, via sistema informatizado, e também a visita às unidades verificando possíveis admissões e transferências de pacientes intrahospitalar possibilitou a identificação dos horários de maior fluxo destas intervenções.

As sessões de observação foram realizadas pela pesquisadora, de segunda a sexta-feira, nos períodos diurno e noturno, sem interação com o profissional sob investigação exceto para esclarecer possíveis dúvidas em relação à execução de alguma atividade que estivesse sendo desenvolvida no momento da ação.

A mensuração do tempo das intervenções observadas foi realizada através de um software de controle de tempo (*time tracking software*)³⁷, conhecido como Toggl³⁸.

Na admissão do paciente, o cronômetro era disparado no momento em que o profissional entrava no quarto para recepcioná-lo apresentando-se e, com o prontuário em mãos, confirmando os dados juntamente com a pulseira de identificação. Então, as atividades de enfermagem (orientações, aferição de sinais vitais e anotações) eram realizadas a beira do leito e a cronometragem interrompida com a finalização do atendimento e saída do profissional do quarto.

O momento zero para a transferência do paciente, por sua vez, foi o contato do profissional de enfermagem com a unidade de destino para confirmar a disponibilidade do leito. A cronometragem do tempo seguia, então, a provisão de recursos necessários para a transferência, as orientações ao paciente e/ou familiar e as atividades de enfermagem relativas ao preparo, transporte e acomodação do paciente no leito de destino. Após a passagem de plantão e registro das atividades no prontuário o cronômetro era parado.

Os dados foram salvos em um aparelho de telefonia móvel onde o software foi instalado e, em seguida, transferido para uma planilha de dados Excel.

3.6 Conformidade das intervenções

Durante o estudo observatório, concomitante à mensuração do tempo, foram checadas todas as atividades listadas nos instrumentos de admissão (16 para enfermeiros e 10 para auxiliares) e transferência de pacientes (7 para enfermeiros e 6 para auxiliares) para verificar

o seu grau de conformidade com as atividades sugeridas pela NIC. Assim, quando o profissional executava uma das atividades listadas ela era assinalada.

3.7 Aspectos Éticos

Este estudo faz parte de um projeto mais abrangente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – parecer nº 980.660/2015 (Anexo 1). Recebeu, ainda, o aval do Administrador Hospitalar e Gerente de Enfermagem das instituições investigadas e o aceite dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 6).

3.8 Análise estatística

Adotou-se o nível de significância $p < 0,05$ e o programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2.SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA foi utilizado para os testes estatísticos:

- As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e percentual e as variáveis numéricas com valores de média (M), desvio padrão (DP), valores mínimo e máximo, mediana (MD) e quartis (Q1-Q3);
- O teste qui-quadrado foi aplicado para comparação das variáveis categóricas e, na presença de valores esperados menores que cinco, utilizou-se o teste exato de Fisher;
- Para comparação das variáveis numéricas entre dois grupos foi usado o teste de Mann-Whitney, e entre três ou mais grupos, devido à ausência de distribuição normal das variáveis, adotou-se o teste de Kruskal-Wallis e, para diferenças significativas, o teste de comparações múltiplas de Dunn;

- O coeficiente de correlação de Spearman foi calculado para analisar a relação entre as variáveis numéricas. A interpretação numérica da correlação foi: fraca (0 a 0,3), regular (0,3 a 0,6), forte (0,6 a 0,9) e muito forte (0,9 a 1)³⁹.
- Para verificação da qualidade do processo admissional considerou-se, inicialmente, o limite de 70% no escore total, ou seja, enfermeiros 11 a 16 e auxiliares/técnicos 7-10). Posteriormente, frente ao reduzido número de admissões qualificadas de auxiliares/técnicos encontrados, este limite foi alterado para 50%. Para as transferências seguiu-se, igualmente o limite de 70% com escores variando de 5 a 7 para enfermeiros e de 4 a 6 para auxiliares e técnicos de enfermagem;
- A aferição mensal do número de atividades realizadas por unidade, turno e categoria profissional foi realizado a partir de serie histórica de três meses nas unidades investigadas;
- O cálculo do percentual de acréscimo de tempo sobre a carga de trabalho fundamentou-se nas horas trabalhadas por turno, excluída as pausas laborais do período diurno e noturno; Onde: Tempo total = tempo médio das admissões multiplicado pelo número médio de admissões/categoria e unidade; Jornada (%) = tempo médio de admissões convertido em % considerando 5,75 horas (345 minutos) efetivamente trabalhados no período diurno e 11 horas (660 minutos) no noturno.

4 Resultados

4 RESULTADOS

Consoante com os objetivos propostos para esta investigação sobre admissão e transferência de pacientes em unidades hospitalares, a apresentação dos achados encontra-se organizada em quatro partes contemplando: 1. Tempo despendido pela enfermagem nas admissões e transferências de pacientes; 2. Conformidade em relação às atividades descritas pela NIC; 3. Tempo demandado pela equipe para a realização do maior número de atividades em conformidade com a NIC; e, 4. Carga de trabalho em enfermagem nas admissões e transferências de pacientes.

4.1 Tempo despendido pela enfermagem nas admissões e transferências de pacientes

As 399 atividades observadas (admissões e transferências) foram realizadas, predominantemente, por profissionais do sexo feminino e com idade média entre 28,3(DP=6,4) e 36,7(DP=11,7) anos. O tempo de atuação entre enfermeiros (E) e auxiliares/técnicos de enfermagem (AE/TE) variou de 3,1(DP=1,6) a 8,0(DP=2,5) anos ($p<0,01$) e estavam alocados em diferentes unidades no período de observação ($p<0,01$). As admissões realizadas por enfermeiros ocorreram no período da manhã e tarde ($p<0,01$) e as transferências, para ambas as categorias, também predominaram no turno vespertino, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Comparação entre categorias, dados pessoais e profissionais dos participantes. Catanduva, SP, Brasil, 2018, N=399

Variáveis	Enfermeiros (n=197)		Auxiliares/Técnicos (n= 202)		Valor p Admissão	Valor p Transf.
	Admissão N (%)	Transf. N (%)	Admissão N (%)	Transf. N (%)		
Sexo						
Feminino	97(100)	100(100)	89(87,2)	92(92)	<0,01*	≤0,01*
Masculino			13(12,8)	8(8)		
Idade						
M(DP) - anos	30,1(3)	31,5(4)	28,3(6,4)	36,7(11,7)	<0,01**	Ns**
MD(Q1-Q3) anos	28(28-30)	31(29-31)	27,5(24-29)	30(27-52)		
Tempo atuação						
M(DP) - anos	6,4(2,7)	8(2,5)	3,1(1,6)	6,2(6,1)	<0,01**	<0,01**
MD(Q1-Q3) anos	5,5(5-8,4)	(8,4)6,5-9	2,6(1,8-4,4)	3,5(1,4-13,5)		
Unidades						
Cirúrgica 1	15(15,5)	11(11)	59(57,8)	8(8)	<0,01*	<0,01*
Cirúrgica 2	7(7)	8(8)	8(7,9)	2(2)		
Cirúrgica 3	-	-	15(14,7)	3(3)		
Médico-Cirúrgica	-	-	-	2(2)		
Materno Infantil	49(50,5)	-	20(19,6)	8(8)		
Emergência	24(25)	61(61)	-	77(77)		
Terapia Intensiva	2(2)	20(20)	-	-		
Turnos						
Manhã	67(69)	55(55)	47(46,1)	47(47)	<0,01*	Ns*
Tarde	30(31)	41(41)	37(36,3)	49(49)		
Noite	-	4(4)	18(17,6)	4(4)		

Nota: Transf: Transferência; M: média; DP: Desvio padrão; Md: Mediana; Q: quartis; Valor p – *Teste Qui Quadrado e Teste de Fischer; ** Teste de Mann-Whitney.

Dentre as admissões realizadas por enfermeiros (n=97), o tempo médio despendido nas diferentes unidades variou de 5,5(DP=2,3) a 13,0(DP=1,1) minutos ($p<0,01$) e, nos turnos observados, variou de 7,2(DP=2,7) a 7,5(DP=3,2) minutos (Tabela 2).

Tabela 2- Tempo médio despendido (em minutos) por enfermeiros para realização das admissões. Catanduva, SP, Brasil, n=97.

Variáveis	Admissão por Enfermeiros (n=97)				
	M(DP)	Variação	MD	Q1-Q3	Valor p
Unidades					
Cirúrgica 1 (UC1)	5,5(2,3)	2,4-9	5,2	3,3-7,7	<0,01*
Cirúrgica 2	8,4(2,6)	4,6-13	8,2	6,7-10,2	(UC1≠UTI;
Cirúrgica 3	-	-	-	-	MI≠UTI)**
Médico Cirúrgica	-	-	-	-	
Materno Infantil (MI)	7,1(3,4)	2,2-16,4	6,5	5-8,3	
Urgência/Emergência	8,5(2,1)	5,2-14,4	8,5	7,3-9,2	
Terapia Intensiva (UTI)	13,0(1,1)	12,2-13,8	12,2	12,2-13,8	
Todas unidades	7,4(3,1)	2,2-16,4	7,3	5,2-8,9	
Turnos					
Manhã	7,5(3,2)	2,2-16,4	7,3	5,3-9,2	Ns***
Tarde	7,2(2,7)	2,4-13,8	8,2	5,2-8,9	
Noite	-	-	-	-	

Nota: M: Média; DP: Desvio padrão; MD: Mediana; Q: quartis; Ns: Não significativo; Valor p: *Teste de Kruskal-Wallis; **Teste de Comparações Múltiplas de Dunn; ***Teste de Mann Whitney;

Os AE/TE demandaram, em média, entre 4,7(DP=2,1) e 6,8(DP=2,0) minutos para a admissão de pacientes nas unidades investigadas e, entre os turnos, o tempo foi de 4,4(DP=2) a 6,1(DP= 2,4) minutos ($p<0,05$) - Tabela 3.

Tabela 3- Tempo médio despendido (em minutos) por auxiliares/técnicos para realização de admissões. Catanduva, SP, Brasil, n=102.

Variáveis	Admissão por Auxiliares/Técnicos (n=102)				
	M(DP)	Variação	MD	Q1-Q3	Valor p
Unidades					
Cirúrgica 1	5,8(2,3)	1,5-11,2	5,4	4,3-7,2	Ns*
Cirúrgica 2	6,8(2,0)	3,3-9,2	4,3	5,4-8,2	
Cirúrgica 3	4,7(2,1)	2,3-9,7	4	2,9-6,5	
Médico Cirúrgica	-	-	-	-	
Materno infantil	5,8(2,4)	1,9-11,5	5,3	4,3-6,5	
Urgência Emergência	-	-	-	-	
Terapia Intensiva	-	-	-	-	
Todas unidades	5,7(2,3)	1,5-11,5	5,4	4,1-7,2	
Turnos					
Manhã (M)	6,1(2,4)	1,9-11,5	5,4	4,4-7,4	<0,05*
Tarde (T)	5,7(2,2)	1,5-9,3	6,2	4,7-7,2	(M≠N)**
Noite (N)	4,4(2,0)	2,3-9,7	3,8	2,9-5,8	

Nota: Ns: Não significativo; M: Média; DP: Desvio padrão; MD: mediana; Q: quartis; Valor p: * Teste de Kruskal-Wallis; **Teste de Comparações Múltiplas de Dunn.

As transferências realizadas por enfermeiros (n=100) ocorreram, em média, em 9,3(DP=3,5) minutos na UE e 12,2(DP=2,5) minutos na UTI ($p<0,01$) e as realizadas por AE/TE (n=100) variaram de 7,1(DP=2,8) minutos na UC1 a 11,0(DP=2,2) minutos na MI. Durante os turnos o maior tempo demandado pelos enfermeiros e auxiliares/técnicos foi respectivamente 11,1(DP=4,0) (noturno) e 9,7(DP=3,0) (tarde) e o menor 9,4(DP=3,2) (manhã E) e 6,7(DP=3,7) (noturno AE/TE) (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4- Tempo médio despendido (em minutos) por enfermeiros para realização de transferências. Catanduva, SP, Brasil, n=100

Variáveis	Transferência por Enfermeiro (n=100)				
	M(DP)	Varição	MD	Q1-Q3	Valor p
Unidades					
Cirúrgica 1	10,1(4)	4,4-15	10,5	6-13,7	<0,01*
Cirúrgica 2	9,8(2,9)	6,4-13,2	10	6,9-7,7	UE≠UTI**
Cirúrgica 3	-	-	-	-	
Médico Cirúrgica	-	-	-	-	
Materno infantil	-	-	-	-	
Urgência Emergência (UE)	9,3(3,5)	3,3-19,2	8,4	7,2-12,2	
Terapia Intensiva (UTI)	12,2(2,5)	8,6-17,4	11,5	10,2-14,4	
Todas unidades	10,1(3,5)	3,3-19,3	9,4	7,3-12,5	
Turnos					
Manhã	9,4(3,2)	3,3-19,2	8,6	6,5-11,5	Ns*
Tarde	10,8(3,7)	3,3-18,3	10,5	8,3-13,4	
Noite	11,1(4,0)	6,4-15,4	11,4	7,8-14,4	

Nota: Ns: Não significativo; M: Média; DP: Desvio padrão; MD: mediana; Q: quartis; Valor p- * Teste de Kruskal-Wallis; **Teste de Comparações Múltiplas de Dunn.

Tabela 5- Tempo médio despendido (em minutos) por auxiliares/técnicos para realização de transferências. Catanduva, SP, Brasil, n=100

Transferência por Auxiliares/Técnicos (n=100)					
Variáveis	M(DP)	Variação	MD	Q1-Q3	Valor p
Unidades					
Cirúrgica 1	7,1(2,8)	3,1-12,3	6,4	5,3-9,0	Ns*
Cirúrgica 2	10,8(0,8)	10,2-11,4	10,8	10,2-11,4	
Cirúrgica 3	7,5(4,1)	2,8-10,3	9,6	2,80-10,3	
Médico Cirúrgica	9,7(3,4)	7,3-12,2	9,7	7,30-12,2	
Materno infantil	11,0(2,2)	7,5-13,5	11,4	9,30-12,8	
Urgência Emergência	9,2(3,2)	1,3-16,3	9,3	7,20-12,0	
Terapia Intensiva	-	-	-	-	
Todas unidades	9,2(3,2)	1,3-16,3	9,3	6,8-11,8	
Turnos					
Manhã	8,8(3,2)	1,3-16,3	9,0	6,4-11,6	Ns*
Tarde	9,7(3,0)	3,1-14,5	10,2	7,3-12,3	
Noite	6,7(3,7)	2,8-10,3	6,9	3,5-9,9	

Nota: Ns: Não significativo; M: Média; DP: Desvio padrão; MD: mediana; Q: quartis; Valor p- *Teste de Kruskal-Wallis

4.2 Conformidade em relação às atividades descritas pela NIC

Dentre as atividades verificadas nas admissões realizadas por enfermeiros (n=16) e por auxiliares/técnicos (n=10), o escore total evidenciou, respectivamente, MD=7 (Q1-Q3=6-9) e MD=4 (Q1-Q3=4-5). Os itens mais atendidos pelos enfermeiros foram: Serviço e rotina (MD=2; Q1-Q3=1-2), Segurança (MD=2; Q1-Q3=1-2) e Coleta de dados (MD=2; Q1-Q3=2-3); e pelos auxiliares/técnicos foram: Documentação (MD=1; Q1-Q3=0-1), Coleta de dados (MD=1; Q1-Q3=1-1) e Segurança (MD=1; Q1-Q3=1-1) - Tabela 6.

Tabela 6 - Estatística descritiva dos escores médios dos itens verificados nas admissões realizadas por enfermeiros e auxiliares/técnicos. Catanduva, SP, Brasil, n=199.

Itens	Enfermeiros (n=97)		Auxiliares/Técnicos (n=102)	
	M(DP)	MD(Q1-Q3)	M(DP)	Md(Q1-Q3)
Serviço e rotina (3/3)*	1,8(0,7)	2(1-2)	1,1(0,6)	1(1-2)
Cuidados (2/2)*	0,5(0,7)	0(0-1)	0,4(0,5)	0(0-1)
Instalação (2/0)*	0,5(0,7)	0(0-1)	-	-
Coleta de dados (4/2)*	2,4(0,7)	2(2-3)	1,1(0,4)	1(1-1)
Documentação (2/1)*	0,4(0,5)	0(0-1)	0,7(0,5)	1(0-1)
Segurança (3/2)*	1,7(0,6)	2(1-2)	0,1(0,6)	1(1-1)
Escore total (16/10)*	7,3(2,1)	7(6-9)	4,3(0,8)	4(4-5)

Nota: M- Média; DP- Desvio Padrão; MD- Mediana; Q1-Q3- quartis; *Escore disponível em cada item para Enfermeiros/Auxiliares e Técnicos.

As atividades previstas no item Documentação não foram realizadas por 66% dos enfermeiros (n=64) e 33% dos auxiliares/técnicos (n=34) no momento da admissão e, aquelas relativas a Cuidados, também foram omitidas por 61,8% dos enfermeiros e 65,7% dos auxiliares/técnicos. As questões relativas às Instalações, listadas apenas para os enfermeiros, não foram realizadas em 58,8% das admissões (Tabela 7).

Tabela 7- Frequência de atendimento dos escores para cada item verificado nas admissões realizadas por enfermeiros e auxiliares/técnicos. Catanduva, SP, Brasil, n=199.

Subitens	Ser/Rot. (3/3)* N(%)	Cuidados (2/2)* N(%)	Instalação (2/0)* N(%)	Coleta (4/2)* N(%)	Documentação (2/1)* N(%)	Segurança (3/2)* N(%)
Enf (n=97)						
Não realizou	4(4,1)	60(61,8)	57(58,8)	-	64(66)	1(1)
1	22(22,7)	28(28,9)	30(30,9)	4(4,1)	30(30,9)	36(37,1)
2	56(57,7)	9(9,3)	9(9,3)	59(60,8)	3(3,1)	54(55,7)
3	15(15,5)	-	1(1)	25(25,8)	-	6(6,2)
4	-	-	-	9(9,3)	-	-
Aux/Tec (N=102)						
Não realizou	16(15,7)	67(65,7)	-	-	34(33,3)	19(18,6)
1	59(57,8)	33(32,3)	-	87(85,3)	68(66,7)	66(64,7)
2	27(26,5)	2(2)	-	15(14,7)	-	17(16,7)

Nota: Ser: Serviço; Rot: rotina; Coleta: Coleta de Dados; Aux/Tec: Auxiliar/Técnico; Enf: Enfermeiro; *Escore disponível em cada item para Enfermeiros/Auxiliares e Técnicos.

Na transferência de pacientes, dentre os itens que compunham o escore total para os enfermeiros (n=7), identificou-se MD=5 (Q1-Q3=4-6,5) e, para os auxiliares/técnicos (n=6), MD=5 (Q1-Q3=4-6) - Tabela 8.

Tabela 8- Estatística descritiva dos escores médios dos itens verificados nas transferências realizadas por enfermeiros e auxiliares/técnicos. Catanduva, SP, Brasil, n=200.

Itens	Enfermeiros (n=100)		Auxiliares/Técnicos (n=100)	
	M(DP)	MD(Q1-Q3)	M(DP)	MD(Q1-Q3)
Comunicação (4/2)*	3,3(0,8)	4(3-4)	1,7(0,5)	2(1,5-2)
Cuidados (1/2)*	0,6(0,5)	1(0-1)	1,8(0,4)	2(2-2)
Recursos para transporte (1/1)*	0,7(0,4)	1(0-1)	0,8(0,4)	1(1-1)
Documentação (1/1)*	0,5(0,5)	1(0-1)	0,6(0,5)	1(0-1)
Escore total (7/6)*	5,2(1,4)	5(4-6,5)	4,9(1)	5(4-6)

Nota: M- Média; DP- Desvio Padrão; MD- Mediana; Q1-Q3- Quartis; *Escore disponível em cada item para Enfermeiros/Auxiliares e Técnicos.

Dentre as atividades de transferência, o item Documentação não foi realizado pelos enfermeiros em 46% das oportunidades observadas e também foi omitido por auxiliares/técnicos (42%). Destaca-se, ainda, o item Cuidados não evidenciado durante algumas transferências (39%) realizadas por enfermeiros (Tabela 9).

Tabela 9- Frequência de atendimento dos escores para cada item verificado nas transferências realizadas por enfermeiros e auxiliares/técnicos. Catanduva, SP, Brasil, n=200.

Subitens	Comunicação (4/2)* N(%)	Cuidados (1/2)* N(%)	Recurs/transp (1/1)* N(%)	Documentação (1/1)* N(%)
Enf (n= 100)				
Não realizou	-	39(39)	27(27)	46(46)
1	1(1)	61(61)	73(73)	54(54)
2	14(14)	-	-	-
3	34(34)	-	-	-
4	51(51)	-	-	-
Aux/Téc (n=100)				
Não realizou	4(4)	1(1)	19(19)	42(42)
1	21(21)	18(18)	81(81)	58(58)
2	75(75)	81(81)	-	-

Nota: Recurs/transp.: Recursos para transporte; Aux/Tec: Auxiliar/Técnico; Enf: Enfermeiro; *Escore disponível em cada item para Enfermeiros/Auxiliares e Técnicos.

Encontrou-se correlação significativa ($p \leq 0,05$) entre o tempo gasto na admissão de pacientes para o item serviço e rotina (0,21 enfermeiros) e tempo de atuação (-0,28 auxiliares/técnicos); ainda, entre o tempo gasto na transferência e o item comunicação (0,22 enfermeiros) assim como, respectivamente, idade e tempo de atuação (0,21 e 0,20 auxiliares/técnicos).

Entre as unidades hospitalares, na admissão dos enfermeiros, o item Instalações apresentou variação no escore médio de 0,2(DP=0,5) na UE a 1,5(DP=2,0) na UTI ($p < 0,01$); o item Coleta de Dados variou de 2(DP=0) na UTI a 2,6(DP=0,8) na MI ($p < 0,05$) e Documentação obteve valores entre 0,1(DP=0,3) na UC1, e 1,5(DP=0,7) na UTI ($p < 0,05$). Nas admissões realizadas por auxiliares/técnicos, o item Segurança foi verificado com escore médio entre 0,4(DP=0,6) na UC3 e 1,4(DP=0,5) na UC2 ($p < 0,01$). Estes resultados encontram-se nas Tabelas 10 e 11.

Tabela 10: Comparação entre os escores médios dos itens verificados nas admissões realizadas pelos enfermeiros por unidade de internação. Catanduva, SP, Brasil, n=97.

Itens	UC 1	UC 2	MI	UE	UTI
	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)
Serv e Rotina***	1,7(0,6)	1,9(0,7)	1,9(0,7)	1,7(0,8)	2,0(0)
	2,0(1-2)	2,0(1-2)	2,0(2-2)	2,0(1-2)	2,0(2-2)
Cuidados***	0,3(0,5)	0,6(0,5)	0,6(0,8)	0,2(0,4)	1,0(1,4)
	0,0(0-1)	1,0(0-1)	0,0(0-1)	-	1,0(0-2)
Instalações*	0,7(0,6)	-	0,7(0,7)	0,2(0,5)	1,5(2)
	1,0(0-1)		1,0(0-1)	-	1,5(0-3)
Coleta de Dados**	2,2(0,4)	2,0(0,6)	2,6(0,8)	2,2(0,6)	2,0(0)
	2,0(2-2)	2,0(2-2)	2,0(2-3)	2,0(2-2,5)	2,0(2-2)
Documentação**	0,1(0,3)	0,3(0,5)	0,4(0,6)	0,3(0,5)	1,5(0,7)
	0,0(0-0)	0,0(0-1)	0,0(0-1)	0,0(0-1)	1,5(1-2)
Segurança***	1,8(0,6)	1,4(0,5)	1,7(0,6)	1,5(0,6)	2,0(0)
	2,0(1-2)	1,0(1-2)	2,0(1-2)	1,5(1-2)	2,0(2-2)
Total*	6,7(1,7)	6,1(1,7)	8,0(2)	6,0(1,4)	10(4,2)
	6,0(6-8)	5,0(5-8)	8,0(7-9)	6,0(5-6,5)	10(7-13)

Nota: UC1: Unidade cirúrgica 1; UC2: Unidade cirúrgica 2; MI: Materno Infantil; UE: Urgência e emergência; UTI: Unidade de terapia intensiva; M: média; DP: Desvio padrão; MD: Mediana; Q1-Q3: quartis; Serv: Serviço; Ent/exame fis: entrevista e exame físico; Teste de Kruskal-Wallis e Pós teste de Dunn: * $p < 0,01$ - Instalações UC2 \neq UTI, Total UTI \neq (UC2, UE); ** $p < 0,05$ - Ent/exame fis UTI \neq MI; Documentação UTIA \neq (UMI, UUE, UC1, UC2); *** Não significante.

Tabela 11- Comparação entre os escores médios dos itens verificados nas admissões realizadas pelos auxiliares/técnicos por unidade de internação. Catanduva, SP, Brasil, n=102.

Itens	UC1	UC2	UC3	MI
	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)
Serv e Rotina***	1,0(0,6)	1,0(0,5)	1,4(0,6)	1,2(0,7)
	1,0(1-1)	1,0(1-1)	1,0(1-2)	1,0(1-2)
Cuidados***	0,3(0,5)	0,2(0,5)	0,7(0,7)	0,2(0,4)
	0,0(0-1)	0,0(0-0,5)	1,0(0-1)	0,0(0-0,5)
Coleta de Dados*	1,1(0,3)	1,5(0,5)	1,2(0,4)	1,0(0,2)
	1,0(1-1)	1,5(1-2)	1,0(1-1)	1,0(1-1)
Documentação***	0,7(0,5)	0,5(0,5)	0,8(0,4)	0,6(0,5)
	1,0(0-1)	0,5(0-1)	1,0(1-1)	1,0(0-1)
Segurança**	1,1(0,5)	1,4(0,5)	0,4(0,6)	0,9(0,6)
	1,0(1-1)	1,0(1-2)	0,0(0-1)	1,0(0,5-1)
Total***	4,2(0,8)	4,7(1,5)	4,5(0,6)	4,0(0,6)
	4,0(4-5)	4,0(3,5-6)	5,0(4-5)	4,0(4-4)

Nota: UC1: Unidade cirúrgica 1; UC2: Unidade cirúrgica 2; UC3: Unidade cirúrgica 3; MI: Materno Infantil; M: média; DP: Desvio padrão; MD: Mediana; Q1-Q3: quartis; Serv: Serviço; Teste de Kruskal-Wallis e Pós teste de Dunn: *p<0,05- UC2≠(MI, UC1); ** p<0,01-UC3 ≠ (UC1, UC2); *** Não significante.

Nas transferências realizadas por enfermeiros em diferentes unidades, o item Cuidados apresentou escore médio variando entre 0,4(DP=0,5) na UE e 1,0(DP=0) nas UC2 e UTI (p<0,01) e, no item Documentação, a variação foi de 0,3(DP=0,5) na UC1 a 0,9(DP=0,3) na UC2 (p≤0,05). Nas atividades desenvolvidas por auxiliares/técnicos, o escore médio do item Cuidados variou entre 1,0(DP=0) na UC3 e 2,0(DP=0) nas UC2, UMC e MI (p<0,01) e Comunicação entre 1,5(DP=0,7) na UMC a 2,0(DP=0) nas UC2 e MI (p<0,01) - Tabelas 12 e 13.

Tabela 12- Comparação entre os escores médios dos itens verificados nas transferências realizadas pelos enfermeiros por unidade de internação. Catanduva, SP, Brasil. n=100

Itens	UC1	UC2	UE	UTI
	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)
Comunicação**	3,8(0,4)	3,4(0,5)	3,2(0,8)	3,5(0,7)
	4,0(4-4)	3,0(3-4)	3,0(3-4)	4,0(3-4)
Cuidados*	0,7(0,5)	1,0(0)	0,4(0,5)	1,0(0)
	1,0(0-1)	1,0(1-1)	0(0-1)	1,0(1-1)
Recurso**	0,7(0,5)	1,0(0)	0,6(0,5)	0,9(0,3)
	1,0(0-1)	1,0(1-1)	1,0(0-1)	1,0(1-1)
Documentação**	0,3(0,5)	0,9(0,3)	0,5(0,5)	0,7(0,5)
	0,0(0-1)	1,0(1-1)	0,0(0-1)	1,0(0-1)
Total*	5,5(0,9)	6,2(0,5)	4,7(1,5)	6,1(0,9)
	6,0(5-6)	6,0(6-6,5)	4,0(4-6)	6,0(6-7)

Nota: UC1: Unidade cirúrgica 1; UC2: Unidade cirúrgica 2; UUE: Unidade de urgência e emergência; UTI: Unidade de terapia intensiva; M: média; DP: Desvio padrão; MD: Mediana; Q1-Q3: quartis; Teste Kruskal-Wallis e Pós teste de Dunn: * p<0,01- UE≠(UTI, UC2); ** p<0,05- Comunicação UE ≠ UC1, Recursos UE ≠ UC2, Documentação UC1 ≠ UC2.

Tabela 13- Comparação entre os escores médios dos itens verificados nas transferências realizadas pelos auxiliares/técnicos por unidade de internação. Catanduva, SP, Brasil. n=100.

Itens	UC1	UC2	UC3	UMC	MI	UE
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)
	MD (Q1-Q3)	MD (Q1-Q3)	MD (Q1-Q3)	MD (Q1-Q3)	MD (Q1-Q3)	MD (Q1-Q3)
Comunicação*	1,6(0,5)	2,0(0)	-	1,5(0,7)	2,0(0)	1,7(0,5)
	2,0 (1-2)	2,0 (2-2)		1,5 (1-2)	2,0 (2-2)	2,0 (2-2)
	1,4(0,7)	2,0(0)	1,0(0)	2,0(0)	2,0(0)	1,8(0,4)
Cuidados*	1,5 (1-2)	2,0 (2-2)	1,0 (1-1)	2,0 (2-2)	2,0 (2-2)	2,0 (2-2)
	0,6(0,5)	1,0(0)	1,0(0)	0,5(0,7)	0,6(0,5)	0,8(0,4)
	1,0 (0-1)	1,0 (1-1)	1,0 (1-1)	0,5 (0-1)	1,0 (0-1)	1,0 (1-1)
Documentação***	0,5(0,5)	-	1,0(0)	1,0(0)	0,5(0,5)	0,6(0,5)
	0,5 (0-1)		1,0 (1-1)	1,0 (1-1)	0,5 (0-10)	1,0 (0-1)
	4,1(1,5)	5,0(0)	3,0(0)	5,0(0)	5,1(0,3)	5,0(1)
Total**	4,0 (3-5,5)	5,0 (5-5)	3,0 (3-3)	5,0 (5-5)	5,0 (5-5)	5,0 (4-6)

Nota: UC1: Unidade cirúrgica 1; UC2: Unidade cirúrgica 2; UC3: Unidade cirúrgica 3; UMC: Unidade médico cirúrgica; MI: Materno Infantil; UE: Urgência e emergência; M: média; DP: Desvio padrão; MD: Mediana; Q1-Q3: quartis; Teste Kruskal-Wallis e Pós teste de Dunn: * p<0,01- Comunicação UC3 ≠ (UE, MI, e UC2), Cuidados UC3 ≠ (EU, MI, UMC e UC2); ** p<0,05- UC3 ≠ UE, MI; *** Não significante.

Na comparação entre o escore médio das admissões e o turno de trabalho, o item Coleta de dados apresentou valor médio de 2,1(DP=0,5) no período da tarde e 2,5(DP=0,7) no plantão da manhã para a categoria enfermeiros (p<0,01) e o escore total de 6,6(DP=2) a tarde

e 7,6(DP=2) manhã ($p<0,01$). Dentre os auxiliares/técnicos, os itens Serviço/rotina e Segurança variaram, em média, de 0,8(DP=0,4) a 1,4(DP=0,6) no turno da noite ($p<0,05$) - Tabelas 14 e 15.

Tabela 14: Análise comparativa entre os escores médios dos itens verificados nas admissões realizadas por enfermeiros e turnos de trabalho. Catanduva, SP, Brasil. n=97

Itens do instrumento	Manhã	Tarde	Valor p*
	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	
Serviço rotina	1,9(0,7)	1,7(0,7)	Ns
	2,0(1-2)	2,0(1-2)	
Cuidados	0,5(0,7)	0,4(0,6)	Ns
	0(0-1)	0,0(0-1)	
Instalação	0,6(0,7)	0,4(0,7)	Ns
	0,0(0-1)	0,0(0-1)	
Coleta de dados	2,5(0,7)	2,1(0,5)	<0,01
	2,0(2-3)	2,0(2-2)	
Documentação	0,4(0,5)	0,3(0,5)	Ns
	0,0(0-1)	-	
Segurança	1,7(0,6)	1,6(0,6)	Ns
	2,0(1-2)	2,0(1-2)	
Total	7,6(2)	6,6(2)	<0,01
	7,0(6-9)	6,0(5-7)	

Nota: Ns: não significante; M: média; DP: Desvio padrão; MD: Mediana; Q1-Q3: quartis; * Teste de Mann-Whitney,

Tabela 15: Análise comparativa entre os escores médios dos itens verificados nas admissões realizadas por auxiliares/técnicos e turnos de trabalho. Catanduva, SP, Brasil. n=102.

Itens do instrumento	Manhã (M)	Tarde (T)	Noite (N)	Valor p*
	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	
Serviço rotina	1,1(0,6)	0,9(0,6)	1,4(0,6)	<0,05 (T≠N)**
	1,0(1-2)	1,0(1-1)	1,5(1-2)	
Cuidados	0,3(0,5)	0,3(0,5)	0,6(0,7)	Ns
	0,0(0-1)	0,0(0-1)	0,5(0-1)	
Coleta de dados	1,1(0,3)	1,1(0,3)	1,3(0,5)	<0,05 (N≠ M e T)**
	1,0(1-1)	1,0(1-1)	1,0(1-2)	
Documentação	0,6(0,5)	0,6(0,5)	0,8(0,4)	Ns
	1,0(0-1)	1,0(0-1)	1,0(1-10)	
Segurança	1,0(0,5)	1,1(0,5)	0,8(0,4)	<0,05 (T≠N)**
	1,0(1-1)	1,0(1-1)	0,0(0-1)	
Total	4,2(0,8)	4,0(0,9)	4,9(1)	<0,05 (N≠ M e T)**
	4,0(4-5)	4,0(4-4)	5,0(4-5)	

Nota: M: média; DP: Desvio padrão; MD: Mediana; Q1-Q3: Quartis; Ns: não significante; **p≤0,05 - Teste de Kruskal-Wallis; ** Pós teste de Dunn.

Nas transferências de pacientes realizadas por enfermeiros, obteve-se valor médio de 0,6(DP=0,5) no período da manhã e 0,7(DP=0,5) no turno da tarde para o item Cuidados (p<0,05) e, os auxiliares/técnicos, apresentaram valores entre 1,2(DP=0,5) no noturno e 1,8(DP=0,5) nos plantões matutino e vespertino sobre o mesmo item (p<0,05). Destacam-se, também, dentre as transferências realizadas pelos auxiliares/técnicos nos diferentes turnos de trabalho: Comunicação (p<0,05), Documentação (p<0,05) e Escore total (p<0,05) obtido (Tabelas 16 e 17).

Tabela 16: Análise comparativa entre os escores médios dos itens verificados nas transferências realizadas por enfermeiros e turnos de trabalho. Catanduva, SP, Brasil. n=100.

Itens do instrumento	Manhã	Tarde	Noite	Valor de p*
	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	
Comunicação	3,4(0,7)	3,3(0,7)	2,7(1,3)	Ns
	4,0(3-4)	3,0(3-4)	3,0(2-3,5)	
Cuidados	0,6(0,5)	0,7(0,5)	-	<0,05 (N≠M e T)**
	1,0(0-1)	1,0(0-1)		
Recurso	0,8(0,4)	0,7(0,5)	0,7(0,5)	Ns
	1,0(1-1)	1,0(0-1)	1,0(0,5-1)	
Documentação	0,5(0,5)	0,6(0,5)	0,5(0,6)	Ns
	1,0(0-1)	1,0(0-1)	0,5(0-1)	
Total	5,3(1,4)	5,2(1,5)	4,0(1,4)	Ns
	6,0(4-6)	5,0(4-7)	3,5(3-5)	

Nota: M: média; DP: Desvio padrão; MD: Mediana; Q1-Q3: quartis; Ns : não significante; *Valor-p referente ao teste de Kruskal-Wallis; ** Pós Teste de Dunn .

Tabela 17: Análise comparativa entre os escores médios dos itens verificados nas transferências realizadas por auxiliares de enfermagem e turnos de trabalho. Catanduva, SP, Brasil. n=100.

Itens do instrumento	Manhã (M)	Tarde (T)	Noite (N)	Valor p*
	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	M(DP) MD(Q1-Q3)	
Comunicação	1,8(0,5)	1,7(0,4)	0,5(1)	<0,05 (N≠M e T)**
	2,0(2-2)	2,0(1-2)	0,0(0-1)	
Cuidados	1,8(0,4)	1,8(0,4)	1,2(0,5)	<0,05 (N≠M e T)**
	2,0(2-2)	2,0(2-2)	1,0(1-1,5)	
Recurso	0,8(0,4)	0,8(0,4)	1,0(0)	Ns
	1,0(1-1)	1,0(1-1)	1,0(1-1)	
Documentação	0,7(0,5)	0,5(0,5)	1,0(0)	<0,05 (N≠T)**
	1,0(0-1)	0,0(0-1)	1,0(1-1)	
Total	5,0(1)	4,9(0,9)	3,7(1,5)	Ns
	5,0(5-6)	5,0(4-6)	3,0(3-4,5)	

Nota: Ns: não significativo; M: média; DP: Desvio padrão; MD: Mediana; Q1-Q3: quartis; Ns: não significante; *Valor-p referente ao teste de Kruskal-Wallis; **Pós teste de Dunn

4.3 Tempo Demandado pela Equipe para realização do maior número de atividades em conformidade com a NIC

Considerando o corte de 70% do escore total, os enfermeiros dispenderam na atividade de admissão tempo ≥ 9 minutos para contemplar acima de 11 subitens das atividades previstas (Tabela 18).

Tabela 18 – Tempo despendido por enfermeiros (em minutos) nas admissões de pacientes considerando os escores de corte em 70%. Catanduva, SP, Brasil. n=97

Tempo	Escore						Total
	11	12	13	14	15	16	
≤ 5,2	-	-	-	-	-	-	-
5,3-7,3	-	-	-	-	-	-	-
7,4-9,2	-	-	-	-	-	-	-
≥9	1	2	2	1	-	-	6
Total	1	2	2	1	-	-	6

Para auxiliares/técnicos, a maioria das admissões (n=12) ocorreram em tempo ≤4,0 minutos para corte de 50% (escores ≥5) conforme apresentado na Tabela 19.

Tabela 19 – Tempo despendido por auxiliares/técnicos (em minutos) nas admissões de pacientes considerando os escores de corte de 50%. Catanduva, SP, Brasil. n=102

Tempo	Escore						Total
	5	6	7	8	9	10	
≤4,0	8	3	1	-	-	-	12
4,1-5,3	6	1	1	-	-	-	8
5,4-7,2	6	-	-	-	-	-	6
≥7,3	6	1	-	-	-	-	7
Total	26	5	2	-	-	-	33

Nas transferências realizadas por enfermeiros, o maior número de atividades (≥70% do escore total) ocorreu em tempo ≥ 12,6 minutos (n=23 transferências) e entre 9,5 e 12,5 minutos (n=18). Os auxiliares/técnicos dedicaram entre 6,9 e 9,2 minutos em 23 transferências, realizando entre 4 e 6 atividades previstas, e outras 22 transferências foram realizadas em tempo ≥ 11,9 minutos (Tabelas 20 e 21).

Tabela 20 – Tempo despendido por enfermeiros (em minutos) nas transferências de pacientes considerando os escores de corte de 70%. Catanduva, SP, Brasil. n=100

Tempo	Escore			Frequência
	5	6	7	Total
≤7,3	2	5	7	14
7,4-9,4	-	5	3	08
9,5-12,5	6	3	9	18
≥12,6	6	11	6	23
Total	14	24	25	63

Tabela 21- Tempo despendido por auxiliares/técnicos (em minutos) nas transferências de pacientes considerando os escores de corte de 70%. Catanduva, SP, Brasil. n=100

Tempo	Escore			Frequência
	4	5	6	Total
≤6,8	4	5	12	21
6,9-9,2	2	13	8	23
9,3-11,8	4	9	8	21
≥11,9	6	11	5	22
Total	16	38	33	87

4.4 Carga de trabalho em enfermagem nas admissões e transferências de pacientes

Entre agosto e outubro de 2018, a equipe de enfermagem realizou em média 1475 admissões nas unidades estudadas sendo 514(DP=85,4) desempenhadas por enfermeiros e 961(DP=43,5) por auxiliares/técnicos. No mesmo período, foram executadas 835 transferências/mês. Os enfermeiros realizam, em média, 210(DP=12,2) e os auxiliares/técnicos 625(DP=25,5). O número médio de admissões realizadas pela equipe de enfermagem variou de 26(DP=18,0) a 323(DP=33,0) entre as unidades e de 150(DP=25,2) a 383(DP=36,2) nos turnos. Nas transferências esta variação foi de 13(DP=3,0) a 378(DP=47,7) entre unidades e 67(DP=8,1) a 245(DP=22,1) nos turnos, conforme apresentado na Tabela 22.

Tabela 22- Distribuição média/mês de admissões e transferências realizadas pela equipe de enfermagem por unidades e turnos no período de agosto a outubro de 2018 e tempo médio (minutos), segundo corte no escore em 70% e 50%. Catanduva, SP, Brasil, 2018, N=2310

Variáveis	Enfermeiros (n=724)		Auxiliares/Técnicos (n=1586)	
	Admissão M(DP)	Transf. M(DP)	Admissão M(DP)	Transf. M(DP)
Unidades				
Cirúrgica 1	81(18,7)	14(4,0)	165(26,8)	31(5,5)
Cirúrgica 2	80(10,0)	23(4,6)	85(14,4)	22(4,9)
Cirúrgica 3	26(18,0)	22(4,9)	120(3,0)	121(1,1)
Médico-Cirúrgica	78(3,0)	13(3,0)	92(7,0)	19(8,9)
Materno Infantil	106(10,9)	13(3,0)	113(6,0)	21(6,0)
Emergência	86(26,0)	94(15,5)	323(33,0)	378(47,4)
Terapia Intensiva	57(10,3)	31(1,7)	63(10,3)	33(2,5)
Turnos				
Manhã	205(24,5)	69(13,3)	284(11,0)	153(10,7)
Tarde	159(36,2)	74(5,0)	294(18,5)	227(34,5)
Noite	150(25,2)	67(8,1)	383(36,2)	245(22,1)
Escore				
≥4	-	-	-	9,3(3,2)
≥5	-	10,9(3,9)	5,2(2,5)	-
≥11	14,3(1,6)	-	-	-

Nota: Transf: Transferência; M: média; DP: Desvio padrão

Com relação ao tempo médio dedicado para admissões pela equipe de enfermagem, observou-se variação de 18,8 (cirúrgica 3) a 46,9 (materno infantil) minutos. O percentual diário de acréscimo na jornada de trabalho oscilou entre 16,3% (noite) a 31,5% (manhã). Para contemplar ≥11 itens do escore os enfermeiros despenderam um tempo total de 245 minutos e os auxiliares/técnicos para atingir ≥5 dedicaram tempo total de 166,6 minutos. (Tabela 23)

Tabela 23- Tempo médio total (minutos) e percentual da jornada de trabalhos diários dedicados nas admissões da equipe de enfermagem por unidade, turno e, segundo corte no escore em 70% e 50%. Catanduva, SP, Brasil, 2018, N=199

Variáveis	Enfermeiros (n=97)		Auxiliares/Técnicos (n=102)		Equipe de Enfermagem (N=199)	
	Tempo Total	Jornada (%)	Tempo Total	Jornada (%)	Tempo Total	Jornada (%)
Unidades						
Cirúrgica 1	14,8	-	31,9	-	46,7	-
Cirúrgica 2	22,4	-	19,3	-	41,7	-
Cirúrgica 3	-	-	18,8	-	18,8	-
Médico-Cirúrgica	-	-	-	-	-	-
Materno Infantil	25,1	-	21,8	-	46,9	-
Emergência	24,3	-	-	-	-	-
Terapia Intensiva	24,7	-	-	-	24,7	-
Todas unidades	126,8		182,6		309,4	
Turnos						
Manhã	51,2	14,8	57,7	16,7	108,9	31,5
Tarde	38,2	11,1	55,9	16,2	94,1	27,3
Noite	-	-	56,2	16,3	56,2	16,3
Escore						
≥11	245,0	-	-	-	-	-
≥5	-	-	166,6	-	-	-

Já para as transferências realizadas pela equipe de enfermagem o tempo médio diário oscilou entre 6,1 minutos (medico-cirúrgica) e 30,2 minutos (cirúrgica 3) com percentual de acréscimo na jornada de trabalho entre 19,3 (manhã) e 29 (tarde). Para atingir um escore ≥ 5 (enfermeiros) e ≥ 4 (auxiliares/técnicos) os profissionais despenderam, respectivamente, 76,3 e 193,7 minutos (Tabela 24).

Tabela 24- Tempo médio total (minutos) e percentual da jornada de trabalho dedicados nas transferências da equipe de enfermagem por unidade, turno e, segundo corte no escore em 70%. Catanduva, SP, Brasil, 2018, N=200

Variáveis	Enfermeiros (n=100)		Auxiliares/Técnicos (n=100)		Equipe de Enfermagem (N=200)	
	Tempo total	Jornada (%)	Tempo total	Jornada (%)	Tempo total	Jornada (%)
Unidades						
Cirúrgica 1	4,7	-	7,3	-	12	-
Cirúrgica 2	7,5	-	7,9	-	15,4	-
Cirúrgica 3	-	-	30,2	-	30,2	-
Médico-Cirúrgica	-	-	6,1	-	6,1	-
Materno Infantil	-	-	7,7	-	7,7	-
Emergência	29,1	-	115,9	-	145	-
Terapia Intensiva	12,6	-	-	-	12,6	-
Todas unidades	70,7	-	191,7	-	262,4	-
Turnos						
Manhã	21,6	6,3	44,9	13,0	66,5	19,3
Tarde	26,6	7,7	73,4	21,2	100	29,0
Noite	24,8	7,2	54,7	15,8	79,5	23,0
Escore						
≥5	76,3	-	-	-	-	-
≥4	-	-	193,7	-	-	-

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 Tempo despendido pela enfermagem nas admissões e transferências de pacientes

Este estudo avaliou admissões e transferências intrahospitalares (elementos da rotatividade de pacientes) considerando as variáveis tempo e qualidade. Nele, a mensuração do tempo despendido não teve como propósito identificar o tempo padrão para estas intervenções mas investigar seu impacto sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem.

O tempo médio cronometrado nas diferentes unidades de internação para admissões realizadas por enfermeiros foi de 7,4 minutos e de auxiliares e técnicos de enfermagem de 5,7 minutos, totalizando 13,1 minutos para a equipe. As atividades realizadas durante esta intervenção são consideradas demoradas e intensas pois envolvem tanto esforço físico como mental²². Alguns estudos²⁰ falam de sobrecarga de trabalho aliado às admissões de pacientes, porém não relatam, especificamente, o tempo gasto. Outros⁴⁰⁻²⁷, associam o tempo consumido ao processo de alta e/ou documentação impossibilitando um comparativo exato com relação ao tempo observado nesta investigação. Existem, ainda, estimativas de tempo dos enfermeiros, a partir de dados gerados através de observação participante e entrevistas em unidades de clínicas médica e cirúrgica dos Estados Unidos²², de aproximadamente uma hora para um paciente com necessidade de cuidados mínimos. Consoante a NIC³⁶, considerada referência para a prática profissional, a admissão do paciente pode demandar de 16 a 30 minutos.

O consumo de tempo, na admissão, foi maior na Unidade de Terapia Intensiva (13 minutos – enfermeiros) e na unidade cirúrgica 2 (6,8 minutos- auxiliares/técnicos). O aumento do grau de complexidade e o nível de atenção requerido nas UTIs influenciam na maior demanda de tempo assistencial⁴¹ uma vez que o paciente pode mudar sua condição rapidamente e de forma imprevisível⁴². Na unidade cirúrgica 2, o perfil de pacientes pós traumas, com comorbidades ortopédicas provindos do pronto socorro, muitas vezes com

aparatos cirúrgicos como fixadores ósseos externos e situações de imobilidade física, demandam avaliação inicial minuciosa refletindo no tempo.

As admissões ocorreram, predominantemente, no período da manhã tanto para enfermeiros (69%) quanto para auxiliares/técnicos (46,1%). Relata-se, em estudo conduzido em unidades de internação nos Estados Unidos²² maior parte de admissões no período diurno, em unidade cirúrgica, e, no turno da noite em unidade de clínica médica.

As transferências intrahospitalares ocorreram, mais frequentemente, no turno da manhã (E) e tarde (AE/TE) e representaram, em média, 10,1 minutos (E) e 9,2 minutos (AE/TE), ou seja, 19,3 minutos da equipe. Este valor total vem de encontro ao descrito na NIC³⁶ para transporte intra-hospitalar de 16-30 minutos, como também, em estudo australiano²⁵ de 17,7 minutos. Não foram encontradas diferenças significativas entre os turnos de trabalho. O período diurno foi, igualmente, referido como o de maior fluxo de transferências²¹.

A terapia intensiva demandou maior tempo dos enfermeiros (12,2 minutos) para esta intervenção. Planejar o transporte do paciente crítico é fundamental para prevenção de possíveis instabilidades, sendo considerado procedimento de alta complexidade⁴³. No momento do pré-transporte, um aspecto importante a ser considerado é a comunicação prévia entre a equipe que transporta e a que recepcionará o paciente para que ele ocorra de forma segura e permita a continuidade dos cuidados⁸. Um gasto significativo de tempo (10,1 minutos) destes profissionais foi evidenciado, também, na unidade cirúrgica 1, possivelmente, devido, ao uso, no deslocamento de um dos dois elevadores da instituição.

Encontrou-se, ainda, maior consumo de tempo (11,0 minutos) dos auxiliares/técnicos nas transferências realizadas na unidade materno infantil talvez devido à duração do acolhimento das parturientes e/ou puérperas com orientações e estratégias para alívio da ansiedade.

5.2. Conformidade em relação às atividades descritas pela NIC

Quando se examina a conformidade das admissões em relação às atividades descritas na NIC é possível observar que os enfermeiros atenderam 43,7% (7/16) e os auxiliares e técnicos 40% (4/10) dos itens da lista de verificação. Isto se constitui em fator preocupante, pois sinaliza uma qualidade deficiente desta intervenção pela equipe.

O momento de admissão é crucial para a identificação dos profissionais, avaliação das necessidades dos pacientes, orientações e planejamento das ações cuidativas⁴⁴. O adequado registro dessas atividades subsidia, ainda, a continuidade da assistência. Porém, diante da sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, muitas vezes, esta intervenção fica comprometida e, outras vezes, não é priorizada nos processos educativos⁴⁵⁻⁴⁶.

A prestação do cuidado pautado em evidências fundamenta-se em protocolos e procedimentos descritos para nortear a prática profissional e devem ser discutidos continuamente pela equipe de saúde considerando a atualização e qualificação do trabalho realizado⁴⁷. Nas instituições estudadas estes instrumentos estão presentes e, no caso da admissão, observou-se que dois itens (orientação de direitos e deveres do paciente/família/pessoas importantes; e comunicação da equipe multiprofissional sobre a condição do paciente admitido) não constavam no documento de referência para a equipe e foram listados e checados pelo pesquisador. Assim, essas atividades consideradas a partir da NIC, podem não ter sido atendidas pelos profissionais por não serem contempladas, ainda, na admissão do paciente pela enfermagem desses hospitais.

Neste estudo, os enfermeiros parecem se preocupar mais com orientação sobre rotinas e protocolos institucionais de segurança e na realização de entrevista e exame físico. Um olhar mais de perto, evidencia itens negligenciados como documentação (66%), cuidados (61,8%) e instalações (58,8%).

Informações devidamente registradas no prontuário tornam-se documento valioso para o paciente, a equipe de saúde e instituição⁴⁵ constituindo respaldo legal, além de garantir comunicação efetiva entre os profissionais e, com isso, segurança⁴⁸⁻⁴⁹.

Em um hospital da rede privada com certificado de acreditação internacional na cidade do Recife, foi realizado um estudo revendo prontuários para verificação dos registros de enfermagem e, no momento da admissão, observou-se maior não conformidade em relação ao exame físico e anotações sobre dor (44%)⁴⁸.

No item cuidados foram verificadas atividades de orientação quanto às expectativas do paciente/família e de preparo para a alta hospitalar. As instituições estudadas adotam o processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde para outra⁵⁰, no entanto, investigações corroboram que a participação do paciente/família na admissão e no plano de alta constitui uma fragilidade na atuação do enfermeiro⁵¹⁻⁵². A restrição de tempo do profissional juntamente com as condições clínicas do paciente e as preferências dos mesmos, em não participar, por exemplo, colaboram para que paciente e família não sejam inseridos nas decisões sobre a assistência⁵¹.

Em relação às unidades, a melhor qualidade de admissões ocorreu na terapia intensiva (enfermeiros) e na cirúrgica 2 (auxiliares e técnicos). Em terapia intensiva, os pacientes demandam maior atenção da equipe devido à gravidade, a instabilidade hemodinâmica e a dependência de cuidados de enfermagem⁵³. Esse cenário requer do enfermeiro formação especializada para planejar os cuidados concernentes à complexidade da assistência⁵⁴ e o processo de admissão tem sido valorizado por subsidiar essa prática. Por outro lado, a unidade cirúrgica 3 caracteriza-se por internações eletivas e a dependência dos pacientes sobre os cuidados de enfermagem é mínima possibilitando à equipe, provavelmente, dedicar maior tempo às atividades de admissão. Não foram identificadas diferenças estatisticamente

significantes nos itens da admissão em relação aos turnos tanto para enfermeiros quanto para auxiliares/técnicos.

Na conformidade das transferências em relação às atividades descritas na NIC, os enfermeiros contemplaram 71,4% (5/7) dos itens e os auxiliares/técnicos 83,3% (5/6), apontando melhor qualidade quando comparada às admissões. É importante destacar que mesmo não utilizando a taxonomia NIC como referência para a última revisão do POP, este documento institucional continha todas as atividades verificadas.

O item documentação, também foi o mais negligenciado nessa intervenção, tanto pelos enfermeiros (46%) como entre os auxiliares e técnicos (42%). Fato importante, pois se não há registro de enfermagem não há comprovação de sua execução e a transição do cuidado também fica prejudicada. Além disso, a anotação deve ser valorizada, uma vez que é um dos meios para avaliar o cuidado prestado e identificar os pontos de melhoria dentro do processo de trabalho da enfermagem²⁷.

Outro item menos atendido pelos enfermeiros corresponde ao auxílio do profissional ao paciente na realização de cuidados (autocuidado, identificação e encaminhamento de pertences, administração de medicações prescritas, comunicação médica e outras) antes da transferência. O transporte do paciente entre unidades pode ser considerado crítico tendo em vista os vários riscos envolvidos (queda, desconexão de dispositivos, instabilidade hemodinâmica) e a padronização e sensibilização das equipes sobre as ações necessárias garantem maior segurança no processo⁵⁵. O enfermeiro assume papel crucial na coordenação dessa intervenção prevendo os riscos, provendo os recursos, planejando e executando os cuidados e interagindo com a equipe interprofissional⁸.

Considerando os itens verificados na transferência de pacientes por unidade, o menor escore foi obtido na unidade de urgência e emergência - UUE (enfermeiros) e na unidade cirúrgica 3 - UC3 (auxiliares e técnicos). As UUE constituem unidades de estabilização

clínica dos pacientes e exigem ação rápida dos profissionais, além de agilidade no atendimento diante da elevada demanda desses serviços⁵⁶ justificando, talvez, a não realização de alguns itens que qualificariam a transferência intrahospitalar.

Em contraste ao processo de admissão, a qualidade das transferências realizadas por auxiliares/técnicos na UC3 foi deficiente, possivelmente, devido às transferências já estarem programadas para o centro cirúrgico, os procedimentos não demandarem preparo pré-operatório e, ainda, pelos pacientes serem encaminhados deambulando para a unidade. Assim, diante dessa dinâmica de trabalho, a equipe não atendeu a alguns itens constantes na lista de verificação.

Sobre os turnos de trabalho, o escore total das transferências realizadas por enfermeiros não evidenciou diferença significativa, mas, para auxiliares/técnicos, o período noturno obteve menor pontuação em relação ao período diurno. Essa omissão de atividades nas transferências realizadas no turno da noite pode estar relacionada ao menor número de profissionais de enfermagem atuando nesse período.

5.3 Tempo Demandado pela Equipe em Conformidade com a NIC

Na segunda etapa deste estudo, associou-se o tempo demandado pela equipe para realização de admissão e transferência de pacientes com seu grau de conformidade em relação às atividades sugeridas pela NIC, considerando-se o corte de 70% e 50% (para admissões de AE/TE) no escore total.

Durante o processo admissional, o tempo médio demandado pelo enfermeiro elevou-se de 7,4 para 14,3 minutos para qualificar o maior número de atividades (escore ≥ 11) perfazendo um aumento percentual de 93,2%. Já para os auxiliares e técnicos caiu 8,8%, ou seja, de 5,7 para 5,2 (escore ≥ 5) minutos. Considerando a equipe de enfermagem este valor

passa de 13,1 para 19,5 minutos - aumento de 48,8% atingindo, desta forma, valores mais próximos ao referenciado pela NIC³⁶.

Estes achados mostram que para realizar uma admissão mais elaborada em consonância com os itens descritos na NIC, há maior consumo de tempo por parte do enfermeiro e da equipe. Contudo, somente 6,2% (6/97) dos enfermeiros atingiram o valor de corte proposto. Importante notar que foi necessária redução para 50% para se obter 32,3% (33/102) de conformidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

As admissões exigem tempo e intensidade considerando-se a duração das atividades de coleta de dados e exame físico²⁰. Muitas vezes, a pressa do profissional em realizar a atividade, principalmente durante admissões não programadas, pode deixar pacientes momentaneamente desassistidos e induzir a erros, comprometendo a qualidade final do processo²².

Já durante o transporte interno de pacientes, o enfermeiro dispendeu 10,1 minutos e para qualificar (score ≥ 5) esta intervenção 10,9 minutos representando um aumento de 7,9%, enquanto que, para os auxiliares/técnicos o aumento foi de 1,1%. Para a equipe de enfermagem, esta intervenção representou, quando qualificada, um aumento de 4,7%.

A relação tempo x qualidade foi melhor na transferência em comparação com as admissões. Ainda, o número de profissionais que conseguem desempenhar esta intervenção em conformidade com a NIC - 63% (63/100) de enfermeiros e 87% (87/100) de auxiliares/técnicos mostrou-se consideravelmente superior ao encontrado na admissão. Apesar de todo movimento de rotatividade de pacientes repercutir sobre o fluxo de trabalho, as admissões, por exigirem mais tempo para sua condução, representam seu maior impacto, em relação às transferências²²⁻²⁰. Buscando sempre uma melhoria dos processos de trabalho a qualificação das admissões é um desafio a ser alcançado pelos profissionais de enfermagem.

5.4 Carga de trabalho em enfermagem nas admissões e transferências de pacientes

A partir de uma série histórica de 1475 admissões e 835 transferências tornou-se possível calcular o tempo médio dispensado nestas intervenções, por unidade e turno, e, desta forma, determinar a influência da rotatividade de pacientes na unidade sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Nesta série, observou-se expressiva variação média no movimento admissional (26-323) e no transporte interno de pacientes (13-378) entre as unidades refletindo sobre o tempo médio dedicado pela equipe de enfermagem a estas intervenções - 18,8 a 46,9 minutos, nas admissões - e, 6,1- 30,2 minutos nas transferências. Importante notar que em algumas unidades não foram registradas admissões e/ou transferência de algumas categorias, neste período, o que pode justificar o pequeno valor numérico encontrado.

As admissões impactaram mais na carga de trabalho da equipe de enfermagem comparadas à transferência de pacientes podendo representar percentual diário de acréscimo na jornada de trabalho variando de 16,3% (noite) a 31,5% (manhã). Relata-se comprometimento, na unidade de emergência, de 7,4% da jornada de trabalho dos enfermeiros⁴³. A dinâmica de trabalho do turno da manhã apresenta uma concentração maior de atividades profissionais de enfermagem com acompanhamento de visitas e procedimentos médicos em relação a outros turnos⁵⁷. Por consequência, um elevado número de admissões pode sobrecarregar, sobremaneira, a equipe.

Considerando o movimento de transferência, o percentual diário de acréscimo na jornada de trabalho oscilou entre 19,3 (manhã) e 29% (tarde). Geralmente, as altas ocorrem durante a manhã gerando maior disponibilidade de leitos para internações no período da tarde, justificando-se, dessa forma, o maior número de movimentações. Estudo em um pronto socorro adulto do Hospital Universitário de São Paulo mensurou o transporte de pacientes representando 3,4% do tempo dos enfermeiros⁴³.

Os achados desta investigação assinalaram forte influência da rotatividade de pacientes sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem. O subdimensionamento das unidades está diretamente ligado à sobrecarga, uma vez que a rotatividade de pacientes não é calculada no dimensionamento da equipe²⁹. Dessa forma, na prática clínica, o enfermeiro realiza distribuição de pacientes entre a equipe atendo-se mais de perto às atividades prescritas e necessárias, sem levar em conta a movimentação de pacientes que poderá ocorrer na unidade⁵⁸.

Na atual dinâmica de trabalho onde a equipe de enfermagem acaba sendo o principal elemento na assistência, gestão e controle de processos, essa carga adicional gera um ônus negativo sobre os profissionais³⁰. O principal indicador de uma unidade onde a equipe se mantém sobrecarregada e mal dimensionada são os eventos adversos. Estes permitem medir o distanciamento existente entre a assistência prestada e o cuidado ideal, instrumentalizando a construção de um sistema de saúde mais seguro⁵⁸.

A descontinuidade do cuidado que pode ser gerado pela rotatividade de pacientes, mudança de local ou de equipe e vulnerabilidade a qual outros pacientes ficam expostos, acaba causando um efeito negativo no ambiente de trabalho¹⁹. Além das consequências indesejáveis para os pacientes pode, ainda, refletir na Síndrome de Burnout⁵⁹.

Dessa forma, a movimentação de pacientes deve ser olhada como um dos fatores determinantes para mensuração das atividades de enfermagem, e considerado os horários de maior impacto para composição da equipe, dimensionamento de pessoal de enfermagem e consequentemente escalas de trabalho²⁰.

5.5 Limitações do Estudo

Embora pesquisas utilizando métodos observacionais estruturados para coleta de dados possibilitem compreender, com maior profundidade, as interações sociais e intervenções da prática clínica de enfermagem, torna-se necessário, também, reconhecer algumas de suas questões restritoras. Dentre elas, destaca-se o efeito do observador sobre as pessoas observadas levando-as a mudança de comportamento.

Os achados referentes à qualidade e tempo demandado pelas admissões e transferências de pacientes, nas duas instituições investigadas, pode diferir de outros contextos devido às diferentes culturas e dinâmicas de trabalho institucionais. Ainda, o fato da admissão não ser uma prática conduzida pela totalidade dos enfermeiros pode ter interferido nos resultados.

5.6 Contribuições para a prática clínica e gerencial

Além de apontar atividades críticas na admissão e transferência intrahospitalar de pacientes, este estudo demonstra que a qualificação dessas intervenções demanda mais tempo da equipe de enfermagem impactando na carga de trabalho. Como coordenador do cuidado, o enfermeiro precisa analisar a rotatividade de pacientes como um aspecto gerador de sobrecarga à equipe e um fator de risco para eventos sentinela e descontinuidade da assistência. Os achados instrumentalizam, portanto, enfermeiros clínicos e gestores no redesenho e aprimoramento dos processos, bem como na previsão, provisão e alocação de pessoal considerando, também, o fluxo de pacientes nas unidades e turnos de trabalho. Ainda, pode apoiar outras pesquisas e discussões políticas relativas ao dimensionamento de enfermagem na atenção hospitalar.

Conclusão

CONCLUSÃO

A qualidade dos processos de admissão e transferência intrahospitalar de pacientes constituem-se, ainda, um fator preocupante na prática clínica. Nestas intervenções o tempo dedicado pela enfermagem, impacta na carga de trabalho da equipe, principalmente, quando são realizadas de acordo com as melhores evidências profissionais. Estes processos, representativos da rotatividade de pacientes, precisam ser contemplados na mensuração das atividades de enfermagem para dimensionamento e distribuição de pessoal nas diferentes unidades e turnos de trabalho e, ainda, aprimorados quanto à qualidade visando melhoria na continuidade do cuidado.

Referências

REFERÊNCIAS

- 1- Portela, MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269. ISBN 978-85- 7541-325-8. [cited set 2018]. Available from: SciELO Books.
- 2- Adirim T, Meade K, Mistry K. A New Era in Quality Measurement: The Development and Application of Quality Measures. American Academy of Pediatrics. [internet] 2017;139(1):e20163442. Doi:10.1542/peds.2016-3442. [cited set 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28025242>.
- 3- Kurji Z, Premani ZS, Mithani Y. Review and analysis of quality healthcare system enhancement in developing countries. J Pak Med Assoc [internet] 2015 Jul; 65(7):776-81. [cited ago 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26160090>.
- 4- Marx et al. If you can't measure it- you can't change it – a longitudinal study on improving quality of care in hospitals and health centers in rural Kenya. BMC Health Services Research [internet] 2018 18:246. Doi.org/10.1186/s12913-018-3052-7. [cited out 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29622012>.
- 5- Van Leijen-Zeelenberg et al. BMC Health Services Research [internet] (2016) 16:19 Doi 10.1186/s12913-016-1266-0. [cited jan 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26782132>.
- 6- Lindfield, R; Knight, A; Bwonya, D. An approach to assessing patient safety in hospitals in low-income countries. [internet] 2015. PLoS One, 10 (3) Doi: 10.1371/journal.pone.0121628. [cited out 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25894554>.
- 7- Oliveira RM, et. Al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. [internet] 2014. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(1):104-113. Doi: 10.1590/S0080-623420150000100014. [cited out 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25789649>.
- 8- Almeida ACG, Et al. Intra-hospital transport of critically ill adult patients: complications related to staff, equipment and physiological factors. Acta Paul Enferm. [internet] 2012; 25 (3):471-6. [cited set 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>.
- 9- Sales CB, Bernardes A, Gabriel CS, Brito MFP, Moura AA, Zanetti AC. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado 2018 Out 06]; 71 (1): 126-134. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>.

- 10-Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CLBM. Computerization of Nursing Care System: advances in care management. *J. Health Inform.* [internet] 2014 Julho-Setembro; 6(3): 75-80. [cited 2017 jun 25]. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296/199>.
- 11-Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19(5): set.-out. [internet] 2011. [cited 2017 may 12] Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_24.pdf.
- 12-Roque KE, Melo ECP. The length of stay and the occurrence of adverse drug: a question of nursing. *Esc Anna Nery* [internet] 2011 jul-set; 15 (3):595-601. [cited ago 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300022>.
- 13-Rocha et al. Bed management team with Kanban web-based application *International Journal for Quality in Health Care*, [internet] 2018, 1–7. [cited jul 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy108>.
- 14-Ortiga B, et. al. Standardizing admission and discharge processes to improve patient flow: A cross sectional study. *BMC Health Services Research* [internet] 2012, 12:180. [cited jul 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-180>.
- 15-Nascimento AB. Manager of Hospital beds: analyse together the length of stay with demographic and epidemiological indicators. *Rev Enferm Atenção Saúde* [internet]. jan/jun 2015; 4(1):65-78. [cited 2017 jul 20]. Available from: seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/download/1264/1135.
- 16-Rufino GP, Gurgel MG, Pontes TC, Freire E. Evaluation of determining factors of the length of stay in medical clinic. *Rev Bras Clin Med. São Paulo*, [internet] 2012 jul-ago;10(4):291-7 [cited 2017 ago 10]. Available from: <http://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2012-04.pdf#page=26>.
- 17-Raffa C, Malik AM, Pinochet LHC. Analysis of internal environmental variables in bed management in private hospital organizations: application of vivo software. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde* Vol. 14, n.4 - Belo Horizonte, MG - Out/Dez [internet] 2017. [cited jul 2018]. Available from: <https://doi.org/10.21450/rahis.v14i4.4427>.
- 18-Park SH, Blegen MA, Spetz J, Chapman SA, Groot HD. Patient turnover and the relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Research in Nursing & Health* [internet] 2012; 35(1):277-88. [cited 2018 mai 15]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/54de/34b4f5a6db85a4031e4db3cbd39e179986fa.pdf>.
- 19-Vanfossion CA, Yoder LH, Jones TR. Patient turnover: A concept analysis. *Advances in Nursing Science*. [internet] 2017, Vol. 40, No. 3. pp. 300–312. [cited jul 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28266962>.

- 20- Park SH; Weaver L; Johnson LM; Vukas R; Zimmerman. An Integrative Literature Review of Patient Turnover in Inpatient Hospital Settings. *Western Journal of Nursing Research* [internet] 2016, Vol. 38(5) 629–655. [cited jun 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26612454>.
- 21- Blay N, Duffield CM, Gallagher R. Patient transfers in Australia: implications for nursing workload and patient outcomes. *Journal of Nursing Management* [internet] 2012; 20 (1):302-10. [cited mar 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22519607>.
- 22- Jennings BM, Sandelowski M, Higgies MK. Turning Over Patient Turnover: An Ethnographic Study of Admissions, Discharges, and Transfers. *Research in Nursing & Health* [internet] 2013; 36:554–566. [cited jun 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.21565>.
- 23- Blay N, Duffield CM, Gallagher R, Roche M. A systematic review of time studies to assess the impact of patient transfers on nurse workload. *International Journal of Nursing Practice* [internet] 2014; 20: 662–673. [cited jun 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijn.12290>.
- 24- Habibzadeh F, Aliha JM, Imanipour M, Mehran A. The effect of interactive workshop on the quality of intra-hospital patients' transfer: A quasi-experimental study. *Nurs Pract Today*. [internet] 2017; 4(2):79-86 [cited 2018 jun 23]. Available from: <http://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/228>.
- 25- Blay N, Roche MA, Duffield C, Gallagher R. Intrahospital transfers and the impact on nursing workload. *J Clin Nurs*. [internet] 2017;26: 4822–4829. [cited jul 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28382638>.
- 26- Oliveira NES; Oliveira LMAC; Lucchese R; Alvarenga GC; Brasil VV. Humanization in theory and in practice: the construction of a nursing team's work. *Rev. Eletr. Enf.* [internet] 2013 abr/jun; 15(2):334-43 [cited ago 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916>.
- 27- Silva LG; Jodas DA; Baggio SC; Vituri DW; Matsuda LM. Nursing prescription and quality of care: A documental study. *Revista Enfermagem UFSC* [internet] 2012, Jan/Abr;2(1):97-107 [cited jul 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.5902/217976924546>.
- 28- Rosenberg A., et al. A taxonomy and cultural analysis of intra-hospital patient transfers. *Res Nurs Health*. [internet] 2018;41:378–388. [cited jul 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.21875>.
- 29- Blay N, Roche M, Duffield C, Xu X. Intrahospital transfers and adverse patient outcomes: An analysis of administrative health data. *J Clin Nurs*. [internet]

- 2017;26:4927–4935. [cited jul 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28748563>.
- 30- Hughes RG, Bobay KL, Jolly NA, Suby C, Comparison of nurse staffing based on changes in unit-level workload associated with patient churn. *Journal of Nursing Management*, [internet] 2015, 23, 390–400. [cited jun 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118360>.
- 31- Polit DF, Beck, CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.
- 32- Prodanov, C.C.; Freitas, E.C. *Metodologia do Estudo científico: Métodos e técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*, 2ª Ed. Universidade FEEVALE, Rio Grande do Sul, 2013.
- 33- *Manual de indicadores de Enfermagem NAGEH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) - 2ª Ed.* São Paulo: APM/CREMESP, 2012.
- 34- Brasil. *Caderno HumanizaSus, formação e intervenção*. Ministério da Saude, volume 1, Brasília, 2010.
- 35- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1660, de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e investigação em Vigilância Sanitária – VIGIPOS, no âmbito do Sistema nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde-SUS.
- 36- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem-NIC*, tradução 6ª edição, 2016.
- 37- Catipon JB, Infante EJT. Time tracking technology. [internet] 2012. [cited 2018 fev 26]. Available from: <http://www.google.com/patents/US20120065932>>.
- 38- Toggl- Insanely simple time tracking [Internet]. [cited 2016 fev 26]. Available from: <https://www.toggl.com/>.
- 39- Callegari J, Sidia M. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed; 2003. 255p.
- 40- Moreno FN, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Jenal S, Girotti SKO. Measuring nurses work in a philanthropic tertiary hospital. *Cogitare Enferm*. [internet] 2012 Jan/Mar; 17(1): 50-6 [cited 2018 jul 15]. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26374/17567>.
- 41- Inoue KC, Kuroda CM, Matsuda LM. Nursing active scores (NAS): Carga de trabalho de enfermagem em UTI e fatores associados. *Cienc Cuid Saude* [internet] 2011 Jan/Mar; 10(1):134-140. [cited set 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i1.14915>.

- 42- Douglas et al. The Work of Adult and Pediatric Intensive Care Unit Nurses. *Nurs Res.* [internet] 2013; 62(1): 50–58 [cited set 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23222843>.
- 43- Garcia E A; Fugulin FMT. Nurses work time distribution at emergency service. *Rev Esc Enferm USP.* [internet] 2010; 44(4): 1032-8 [cited set 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400025>.
- 44- Barral LNM, Ramos LH, Vieira MA, Dias OV, Souza LPS. Analysis of nursing notes on patients medical records in a teaching hospital. *Rev. Min. Enferm;*16 (2): 188-193, abr./jun., [internet] 2012 [cited 2018 ago 14]. Available from: www.reme.org.br/exportar-pdf/518/v16n2a06.pdf.
- 45- Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. Quality of nursing records in charts of hospitalized patients. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro,* [internet] 2012 jan/mar; 20(1):79-83. [cited 2018 ago 23]. Available from: <https://www.academia.edu/33656858>.
- 46- Lima AFC, Ortiz DR. Direct cost of development and documentation of the nursing process. *Rev Bras Enferm.* [internet] 2015; 68 (3):683-9 [cited out 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680416i>.
- 47- Fassini P, Hahn G V; Risk management in hospital unit: conceptions for nursing staff. *Rev Enf erm UFSM* [internet] 2012 Mai/Ago;2 (2):290-299 [cited 2018 jul 27]. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/4966/3753>.
- 48- Morais CGX, Batista EMS, Castro JFL, Assunção SS, Castro GMO. Nursing case files and the ir implications for quality of care according to hospital accreditation standards: a new perspective of the audit. *Revista ACRED - ISSN 2237-5643, v. 5, n. 9* [internet] 2015 [cited 2018 out 27]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626617>.
- 49- Viana CD, Bragas LZT, Lazzari DD, Garcia CTF, Moura GMS. Implementation of concurrent nursing audit: na experience report. *Texto Contexto Enferm,* [internet] 2016; 25(1):e3250014 [cited out 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160003250014>.
- 50- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.390 de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- 51- Dyrsted DN, Laugaland KA, Storn M. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin

- perspectives. *Journal of Clinical Nursing* [internet] 2015. 24, 1693–1706 [cited out 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.12773>.
- 52- Martins KP, Costa KNFM, Oliveira DST et al. Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. *J. res.: fundam. care. online* [internet] 2015. jan./mar. 7(1):1756-1764 [cited out 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764>.
- 53- Feitosa MC, Leite IRL, Silva GRF. Demand for nursing interventions to patients under intensive care: nas nursing activities score. *Esc Anna Nery* [internet] 2012 out -dez; 16 (4):682- 688. [cited 2018 set 10]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728365006>.
- 54- Padilha EF, Haddad MCFL, Matsuda LM. Quality of nursing records in intensive care: evaluation through a retrospective audit. *Cogitare Enferm.* [internet] 2014 Abr/Jun; 19(2):239-45 [cited 2018 set 10]. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32103/22726>.
- 55- Pedreira LC, et al. Nurses' knowledge of intra-hospital transport of critical patients. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, [internet] 2014 jul/ago; 22(4):533-9 [cited 2018 set 10]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127723305021>.
- 56- Novaretti MCZ, et al. Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. *Rev Bras Enferm.* [internet] 2014 set-out; 67(5):692-9 [cited nov 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>.
- 57- Alves, C.A.; Deslandes, S.F.; Mitre, R.M.A. The management of nursing work in a pediatric ward of medium and high complexity: a discussion about co-management and humanization. *Interface - Comunic. Saúde, Educ.*, v.15, n.37, p.351-61, abr./jun. [internet] 2011 [cited 2018 set 10]. Available from: scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop0711.
- 58- Gonçalves et. al. Nursing allocation and adverse events/incidentes in intensive care units. *Rev Esc Enfermagem USP* [internet] 2012; 46 (ESP):71-7 [cited out 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000700011>.
- 59- Nogueira LS, Sousa RMC, Guedes ES, Santos MA, Turrini RNT, Cruz DALM. Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2018; 71 (2):336-42. [cited out 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0524>.

Apêndice 1 - Lista de verificação para admissão realizada por enfermeiro

CHECK LIST: ADMISSÃO	
Categoria Profissional: Enfermeiro	
Momento zero: recepção do enfermeiro quando chegada do paciente na unidade	
Momento final: término da atividade	
Hora de início:	Hora de término:
Turno:	Unidade de destino:
Data:	
APRESENTAÇÃO E ORIENTAÇÕES	
1 SERVIÇO E ROTINA	
<input type="checkbox"/>	Recepcionar paciente e apresentar-se, informando seu papel na prestação dos cuidados
<input type="checkbox"/>	Orientar direitos e deveres do paciente/familiares/pessoas importantes
<input type="checkbox"/>	Rotinas da instituição (horários de visita, troca de acompanhante, boletim médico)
2 CUIDADOS	
<input type="checkbox"/>	Orientar o paciente/familiares/acompanhantes quanto às expectativas dos cuidados
<input type="checkbox"/>	Obter informações sobre o responsável familiar pelo cuidado do paciente (condições socio-econômica, dentre outras) para planejamento da alta hospitalar
3 INSTALAÇÕES	
<input type="checkbox"/>	Orientar o paciente/familiares/acompanhantes em relação às instalações da instituição/unidade
<input type="checkbox"/>	Orientar o paciente/familiares/acompanhantes sobre os recursos da instituição (recursos humanos, materiais, serviços, entre outros)
4 COLETA DE DADOS	
<input type="checkbox"/>	Obter histórico da admissão hospitalar, inclusive doenças passadas, medicamentos e alergias
<input type="checkbox"/>	Realizar exame físico da admissão, conforme apropriado
<input type="checkbox"/>	Realizar a investigação de dados psicossocial na admissão, conforme apropriado
<input type="checkbox"/>	Realizar a investigação de riscos na admissão (p.ex. risco de queda, condições da pele)
5 DOCUMENTAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Elaborar plano de cuidados do paciente, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem
<input type="checkbox"/>	Avisar a equipe multidisciplinar sobre a condição do paciente admitido, se necessário
6 SEGURANÇA DO PACIENTE	
<input type="checkbox"/>	Implementar medidas de segurança (identificação do paciente, leito e implementação de protocolos)
<input type="checkbox"/>	Obter prescrição médica para o atendimento ao paciente, se necessário
<input type="checkbox"/>	Orientar medidas de segurança

Apêndice 2 - Lista de verificação para transferência realizada por enfermeiro

CHECK LIST: TRANSFERÊNCIA	
Categoria Profissional: Enfermeiro	
Momento zero: início da organização da transferência para outra unidade ou leito	
Momento final: término da documentação	
Hora de início:	Hora de término:
Turno:	Unidade de destino:
Data:	
1 COMUNICAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Orientar paciente/familiares/acompanhantes sobre a necessidade da transferência
<input type="checkbox"/>	Certificar-se de que o novo local do paciente está pronto
<input type="checkbox"/>	Conseguir ordem médica antes do transporte, conforme apropriado
<input type="checkbox"/>	Comunicar o local de destino sobre condição clínica do paciente e necessidade de assistência
2 CUIDADOS	
<input type="checkbox"/>	Auxiliar o paciente e realizar os cuidados necessários antes da transferência, conforme apropriado
3 RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O TRANSPORTE	
<input type="checkbox"/>	Providenciar recursos (materiais, equipamentos, pessoal e acompanhante) apropriados para ajudar no transporte
4 DOCUMENTAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Documentar as informações pertinentes relativas à transferência

Apêndice 3 – Lista de verificação de admissão para auxiliar/técnico de enfermagem

CHECK LIST: ADMISSÃO	
Categoria Profissional: Auxiliar/Técnico de enfermagem	
Momento zero: recepção do enfermeiro quando chegada do paciente na unidade	
Momento final: término da atividade	
Hora de início:	Hora de término:
Turno:	Unidade de destino:
Data:	
APRESENTAÇÃO E ORIENTAÇÕES	
1 SERVIÇO E ROTINA	
<input type="checkbox"/>	Recepcionar paciente e apresentar-se, informando seu papel na prestação dos cuidados
<input type="checkbox"/>	Orientar direitos e deveres do paciente/familiares/pessoas importantes
<input type="checkbox"/>	Rotinas da instituição (horários de higiene, horários de medicação)
2 CUIDADOS	
<input type="checkbox"/>	Orientar o paciente/familiares/acompanhantes quanto às expectativas dos cuidados
<input type="checkbox"/>	Obter informações sobre o responsável familiar pelo cuidado do paciente (se tem um cuidador para auxiliar na necessidades básicas)
3 COLETA DE DADOS	
<input type="checkbox"/>	Obter histórico da admissão hospitalar, inclusive doenças passadas, medicamentos e alergias
<input type="checkbox"/>	Realizar a investigação de dados religiosos na admissão, conforme apropriado
4 DOCUMENTAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Realizar anotação em prontuário dos dados relevantes as condições do paciente
5 SEGURANÇA DO PACIENTE	
<input type="checkbox"/>	Implementar medidas de segurança (grades no leito, contenção conforme prescrição, colchão intermitente, identificação)
<input type="checkbox"/>	Orientar medidas de segurança

Apêndice 4 - Lista de verificação para transferência de auxiliar/técnico de enfermagem

CHECK LIST: TRANSFERÊNCIA PARA	
Categoria Profissional: Auxiliar/Técnico de enfermagem	
Momento zero: início da organização da transferência PARA outra unidade ou leito	
Momento final: término da documentação	
Hora de início:	Hora de término:
Turno:	Unidade de destino:
Data:	
1 COMUNICAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Certificar-se de que o novo local do paciente está pronto
<input type="checkbox"/>	Orientar o paciente sobre a transferência e sua necessidade
2 CUIDADOS	
<input type="checkbox"/>	Auxiliar o paciente e/ou realizar os cuidados necessários antes da transferência
<input type="checkbox"/>	Encaminhar o paciente para a unidade de destino
3 RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O TRANSPORTE	
<input type="checkbox"/>	Providenciar recursos (materiais, equipamentos, pessoal e acompanhante) apropriados para ajudar no transporte
4 DOCUMENTAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Documentar as informações pertinentes relativas à transferência

Apêndice 5 - Caracterização dos participantes

1. Qualificação:
Nível Médio Auxiliar/Técnico () Nível Superior Enfermeiro ()

2. Gênero:
Masculino () Feminino ()

3. Idade em anos: _____

4. Tempo de atuação na Instituição: _____

5. Turno de trabalho: Manhã () Tarde () Noturno ()

Apêndice 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa chamada: “ROTATIVIDADE DE PACIENTES EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM CARGA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM” realizado pela enfermeira Simone Aparecida Trovó sob orientação da Profa Dra Marcia Galan Perroca.

Ela tem por objetivo mapear e mensurar a frequência e tempo despendido pela equipe de enfermagem na rotatividade de pacientes (admissão e transferência) em unidades de internação e, investigar a associação entre rotatividade de pacientes e carga de trabalho em enfermagem.

Esta mensuração contribui para a identificação mais efetiva da carga de trabalho destes profissionais e instrumentaliza o refinamento de escalas para este propósito. Os riscos envolvidos são mínimos. Contudo, ser observado diretamente durante a realização de atividades de trabalho pode gerar certo constrangimento.

O estudo será realizado da seguinte maneira: serão acompanhados, através de observação direta, a equipe de enfermagem em suas unidades durante as atividades de admissão e transferência de pacientes. Contudo, o pesquisador não irá interagir com o profissional observado a menos que tenha dúvidas sobre a atividade que está sendo realizada. As sessões de observação acontecerão de segunda a sexta no período diurno e noturno.

Queremos deixar claro que a sua identidade e a origem das informações não serão divulgadas; não havendo prejuízo pessoal e profissional e também nenhuma despesa com a pesquisa. Você tem direito de abandonar a pesquisa caso não queira mais participar. Poderá tirar qualquer dúvida a respeito, e se necessário, entrar em contato com a pesquisadora responsável Av: Brigadeiro Faria Lima 5416 Bairro São Pedro, CEP: 15090-000 fone: (017) 3201-5722 e-mail: marcia.perroca@famerp.br na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto ou com Simone Aparecida Trovó e-mail: simone.trovo@hotmail.com.

Caso tenha questões sobre esse acordo ou alguma dúvida que não tenha sido esclarecida, você ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto pelo telefone 210-5700 ramal 5813.

Eu _____ RG _____

Declaro estar ciente da pesquisa e participar de livre consentimento.

Participante da Pesquisa

Pesquisadora

Anexo 1**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AS DIMENSÕES DA CARGA DE TRABALHO: FATORES NÃO RELACIONADOS À COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DO PACIENTE

Pesquisador: Marcia Galan Perroca

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41652815.0.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 980.660

Data da Relatoria: 10/03/2015

Apresentação do Projeto:

Atualmente os instrumentos que determinam a carga de trabalho em enfermagem mensuram predominantemente atividades de cuidados diretos ao paciente (medicações, realização de procedimentos e anotações). Contudo, o trabalho em enfermagem inclui outras atividades gerando a necessidade de construção de instrumentos mais adequados. Este estudo utilizará métodos múltiplos [QUAN qual] e [QUAL quan] para investigar os fatores não relacionados à complexidade assistencial dos pacientes que possam influenciar a carga de trabalho da equipe de enfermagem. A primeira fase constituirá na identificação destes fatores através de observação direta e aplicação de questionários (survey). A segunda, na mensuração de sua frequência e tempo dispendido (atividades indiretas, interrupções no fluxo de trabalho e rotatividade do paciente) e, na terceira será realizada uma pesquisa-ação onde a interpretação dos dados (interrupções) conduzirá a processo de mudança no fluxo de trabalho. Os fatores que emergirem destes estudos quantitativos serão utilizados para reconstruir e validar o instrumento de carga de trabalho proposto por Perroca no final da década de 90.

Objetivo da Pesquisa:

Gerais:

1. Investigar os fatores não relacionados à complexidade assistencial dos pacientes que possa influenciar a carga de trabalho da equipe de enfermagem;
2. Mensurar o grau de influência dos fatores identificados sobre a carga de trabalho da equipe;

Específicos:

Observar o fluxo de trabalho de enfermeiros em unidades de internação identificando atividades de cuidado indireto que podem influenciar na carga de trabalho;

Mensurar a frequência e o tempo médio dispendido na realização destas atividades;

Investigar a percepção de enfermeiros sobre os fatores não relacionados à complexidade assistencial do paciente na determinação da carga de trabalho e sua interferência sobre o fluxo de atividades na unidade; Aferir a quantidade e proporção do tempo médio dispensado pelos enfermeiros na realização das atividades não relacionadas ao paciente;

Mensurar a frequência e o tempo dispendido pela equipe de enfermagem em atividades de rotatividade de pacientes (admissão, transferência para/da unidade de internação e alta);

Examinar a associação entre rotatividade de pacientes, carga de trabalho e qualidade do produto do cuidar; Investigar a percepção de enfermeiros sobre as interrupções no fluxo de trabalho e seu impacto sobre o resultado da assistência e segurança do paciente;

Investigar as interrupções no fluxo de trabalho da equipe de enfermagem atuante em unidade de quimioterapia em relação a: tipos, fontes, causas e atividade interrompida;

Mensurar a frequência e duração das interrupções, o tempo para retomada da atividade inicial desenvolvida pelo enfermeiro e do tempo total transcorrido para a finalização da atividade;

Redesenhar o processo de trabalho de forma a prevenir e minimizar o impacto negativo das interrupções no ambiente de trabalho e avaliar a efetividade das ações propostas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos são mínimos. Contudo, ser observado diretamente durante a realização de atividades de trabalho pode gerar certo constrangimento.

Benefícios:

O mapeamento das atividades de cuidado indireto desempenhadas por enfermeiros e do tempo consumido por elas contribuem para a mensuração mais efetiva da carga de trabalho destes profissionais e instrumentaliza o refinamento de escalas para este propósito.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será conduzida em quatro etapas: 1. Mapeamento de atividades de cuidados indiretos; 2. Mensuração do tempo médio dispendido; 3. Estudo do impacto dos fatores na prática profissional; e, 4. Redesenho do processo de trabalho.

O mapeamento de atividades será obtida mediante a combinação de três fontes de informação: busca na literatura, observação e aplicação de questionário. A mensuração do tempo será realizada através de um software de controle de tempo (time tracking software) denominado Toggl. O cronômetro será disparado ao início da atividade e retornará ao zero ao final dessa. A cronometragem será realizada por duas pesquisadoras, após orientações sobre o uso do software, que se revezarão durante as observações. Para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre as interrupções no fluxo de trabalho e seu impacto sobre o resultado da assistência e segurança do paciente será desenvolvido e aplicado um questionário para enfermeiros lotados em unidades de internação da instituição de ensino. Ele conterá questões semiestruturadas e uma escala Likert de cinco pontos. Para o redesenho do processo de trabalho será realizada uma pesquisa-ação em uma atuação conjunta entre o pesquisador e os sujeitos do estudo, serão discutidas formas de prevenir e minimizar o impacto negativo das interrupções no ambiente de trabalho e sugeridas propostas de melhoria. As proposições consensadas serão implantadas e monitoradas para redesenhar o processo de trabalho na unidade. Após a intervenção, novo estudo observatório será realizado para avaliar a eficácia das ações implementadas.

A introdução e bibliografia estão adequadas. O protocolo de pesquisa, as condições, a experiência e produção científica do pesquisador são compatíveis com o proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados dois termos de consentimento. Um deles destinado aos participantes que serão observados de forma direta em suas unidades durante a jornada de trabalho para identificação/ mensuração das atividades de cuidados indiretos executadas e o outro aos participantes que responderão a um questionário auto-administrado contendo fatores com impacto na carga de trabalho de enfermagem não relacionados ao cuidado do paciente.

Os termos de consentimentos contém todas as informações necessárias e cumpre as solicitações da Resolução 466/12 e as declarações obrigatórias foram apresentadas.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Continuação do Parecer: 980.660

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado.

SAO JOSE DO RIO PRETO, 11 de Março de 2015

Assinado por:
LUCIANO GARCIA LOURENCAO
(Coordenador)

Os achados desta investigação originaram dois manuscritos abordando o tempo despendido, conformidade e o grau de interferência de admissões e transferências de pacientes realizadas pela equipe de enfermagem sobre a carga de trabalho.

O primeiro deles intitulado “*Tempo e qualidade das admissões: demanda da carga de trabalho em enfermagem*” será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) e será apresentado a seguir.

O outro, com título provisório de “*Influência das transferências intrahospitalares sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem*”, encontra-se em fase de construção.

Tempo e qualidade das admissões: demanda da carga de trabalho em enfermagem*

Simone Aparecida Trovó¹, Danielle Fabiana Cucolo², Marcia Galan Perroca³

* Manuscrito extraído da dissertação de mestrado “Rotatividade de pacientes e sua influência sobre a carga de trabalho em enfermagem”, a ser apresentada ao programa de Pós-Graduação – Mestrado da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

¹ Enfermeira; gerente do serviço de enfermagem do Hospital Padre Albino de Catanduva, São Paulo; mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP);

² Doutora em Enfermagem; pós doutoranda da Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem; docente do curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Mensurar o tempo médio despendido pela equipe de enfermagem durante a admissão de pacientes e investigar sua conformidade em relação às atividades descritas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem; avaliar o grau de interferência sobre a carga de trabalho da equipe. Método: observacional com cronometragem de tempo através de um software. Acompanhou-se 199 admissões realizadas pela equipe de enfermagem utilizando-se dois instrumentos validados. Para verificação da qualidade dos processos considerou-se o limite de 70% e 50% do escore total. Resultados: O tempo médio dos enfermeiros variou de 5,5(DP=2,3) a 13,0(DP=1,1) minutos e dos auxiliares/técnicos entre 4,7(DP=2,1) e 6,8(DP=2,0) minutos ($p \leq 0,01$). Seis admissões realizadas por enfermeiros e 33 por auxiliares/técnicos mostraram-se qualificadas. Observou-se aumento na jornada de trabalho da equipe variando de 16,3 a 31,5%. Conclusão: A admissão impacta sobre a carga de trabalho e precisa ser considerada tanto na mensuração das atividades como no dimensionamento da equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Carga de trabalho; Avaliação de processos (cuidados de saúde); Gerenciamento do tempo; Fluxo de trabalho; Recursos humanos de enfermagem.

Introdução

Um dos indicadores assinalados no gerenciamento de leitos é a rotatividade de pacientes. Ela pode ser descrita como o movimento de entrada e saída de pacientes na unidade de internação abrangendo atividades de admissão, transferências para dentro e para fora da unidade e alta¹⁻²

Por ocorrer muitas vezes durante o dia, em qualquer turno de trabalho esta atividade depende expressivo tempo de trabalho da equipe de enfermagem podendo dificultar a entrega de assistência segura e de qualidade²⁻³. A sobrecarga de trabalho gerada pela rotatividade influencia no esforço físico e cognitivo e pode trazer resultados insatisfatórios com relação ao trabalho, declínio de comunicação e na interação da equipe⁴⁻⁵.

Em comparação ao processo de alta, as admissões exigem mais tempo e intensidade, considerando-se a duração das atividades de coleta de dados e exame físico. A variação de tempo depende da condição do paciente, isto é, se se trata de uma admissão programada ou de urgência. Isto impacta diretamente sobre a equipe de enfermagem, responsável por essa atividade³. Esta demanda de tempo, se elevada, pode gerar eventos adversos, principalmente, durante as admissões não programadas, muitas vezes, devido à pressa do profissional em realizar a atividade. Relatam-se erros na identificação como também incidentes relacionados a outros pacientes que ficam, momentaneamente, desassistidos⁴.

A repercussão das movimentações incide diretamente sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem, e conseqüentemente, sobre a quantidade de profissional necessária para atender às demandas cuidativas dos pacientes^{4,6-7}. O cálculo inadequado de profissionais por não retratar a real carga de trabalho adquire, assim, particular relevância. Além de refletir sobre os resultados da assistência e segurança do paciente, gera, na equipe, um sentimento de estresse, insatisfação e *burnout* pela incapacidade de entrega dos cuidados necessários.

Esta pesquisa é um desdobramento do projeto “As dimensões da carga de trabalho: fatores não relacionados à complexidade assistencial do paciente” e encontra-se vinculada ao grupo de pesquisa Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAÚDE). Foi conduzida para mensurar o tempo médio despendido pela equipe de enfermagem durante a admissão de pacientes; investigar sua conformidade em relação às atividades descritas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (em inglês, *Nursing Interventions Classifications - NIC*)⁸; e, avaliar o grau de interferência desta intervenção sobre a carga de

trabalho da equipe. Propõe-se a responder aos seguintes questionamentos: *Qual é o tempo médio despendido pela equipe de enfermagem para a realização de admissão de pacientes nas unidades? As atividades relacionadas a esta intervenção encontram-se em conformidade com as descritas pela NIC? Quanto tempo a equipe de enfermagem demanda para realizar o maior número de atividades, qualificando essas intervenções? Qual é a influência da admissão de pacientes na unidade sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem?*

Método

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 980.660/2015). Recebeu, ainda, o aval do Administrador Hospitalar e Gerente de Enfermagem das instituições investigadas e o aceite dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Desenho, local e período do estudo

Foi utilizado o método observacional⁹ para avaliar a frequência, tempo médio despendido e qualidade de admissões de pacientes em unidades hospitalares. A investigação ocorreu em quatro unidades de internação (três clínicas cirúrgicas e uma médico-cirúrgica) e três unidades especializadas (terapia intensiva adulta, urgência e emergência e materno infantil) de dois hospitais do estado de São Paulo, Brasil, denominados Hospital 1 (H1) e Hospital 2 (H2).

O H1 dispõe de 198 leitos e caracteriza-se como hospital privado, filantrópico e de ensino. O H2 possui 144 leitos exclusivos para internação de pacientes SUS e ambulatório de especialidades médicas. A escolha das unidades atendeu ao critério de maior rotatividade de pacientes, ou seja, maior número de admissões.

Mensalmente, são realizadas cerca de 1070 admissões no H1 e cerca de 500 no H2. Esses processos estão formalizados em Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e são utilizados para nortear a prática da enfermagem em ambas às instituições. As atividades realizadas pela equipe na admissão são complementares, considerando as competências profissionais e as diferentes perspectivas do cuidado.

Amostra: critérios de inclusão e exclusão

O tamanho amostral foi definido estatisticamente em 100 amostras para cada categoria profissional considerando-se o poder de 80% e $p \leq 0,05$. Foram observadas 199 admissões (97

realizadas por enfermeiros e 102 por auxiliares/técnicos) entre as unidades estudadas, realizadas por 22 integrantes da equipe de enfermagem, de ambas as instituições. Acompanhou-se, nos períodos diurno e noturno, profissionais que já haviam passado pelo tempo de experiência de trabalho (90 dias) e que aceitaram ter suas atividades assistenciais observadas e mensuradas.

Protocolo do estudo

Foram elaborados dois instrumentos relacionados às admissões das categorias enfermeiros e auxiliares/ técnicos de enfermagem. Para caracterizar os participantes utilizou-se questionário abordando aspectos referentes à idade, gênero, tempo de atuação na instituição, turno de trabalho e qualificação profissional.

Inicialmente, realizou-se uma listagem das atividades correspondentes à intervenção investigada selecionando-se aquelas pertinentes ao cenário de prática nacional tendo como referência a NIC8. Em um segundo momento, as atividades de Admissão (NIC 7310) realizadas por enfermeiros foram agrupadas em seis itens: Serviço e rotina (Recepcionar o paciente informando seu papel; Orientar seus direitos e deveres; Rotinas da instituição), Cuidados (Orientar quanto as expectativas do cuidados; Obter as informações sobre o responsável), Instalações (Orientar em relação as instalações; Orientar sobre os recursos humanos, materiais), Coleta de dados (Obter histórico, doenças pré-existentes, alergias; Realizar exame físico; Realizar investigação psicossocial; Realizar investigação de riscos), Documentação (Elaborar plano de cuidados; Avisar equipe multidisciplinar sobre a condição do paciente se necessário) e Segurança do paciente (Implementar medidas de segurança como identificação do paciente e protocolos; Obter prescrição médica; Orientar medidas de segurança), totalizando 16 subitens/atividades; e para auxiliares/técnicos de enfermagem em cinco itens: Serviço e rotina (Recepcionar o paciente; Orientar direitos e deveres; Rotinas da instituição como horários de higiene), Cuidados (Orientar quanto as expectativas do cuidado; Obter informações sobre o responsável pelo cuidado), Coleta de Dados (Obter histórico de doenças passadas, medicamentos e alergias; Realizar investigação de dados religiosos), Documentação (Realizar anotação em prontuário) e Segurança do paciente (Implementar medidas de segurança como grades no leito, colchão intermitente; Orientar medidas de segurança), desdobrando-se em 10 subitens/atividades.

Os dois instrumentos construídos foram avaliados, quanto ao seu conteúdo e representatividade no contexto de prática, por cinco enfermeiros doutores e três enfermeiros clínicos. Adotou-se o nível de concordância $\geq 80\%$ ¹⁰ e os critérios de pertinência, clareza e

objetividade obtendo-se 98%. Posteriormente, o pré-teste em unidades hospitalares confirmou sua adequação. A partir de então, iniciaram-se os procedimentos para a coleta de dados - ocorrida no período de julho de 2016 a fevereiro de 2017, e, posteriormente, complementada de agosto a outubro de 2018.

Após realização de contato prévio com os enfermeiros clínicos explicando os objetivos do estudo, foi acordado de que uma das pesquisadoras seria comunicada (por telefone) quando da ocorrência de admissão nas unidades investigadas. As sessões de observação foram realizadas de segunda a sexta-feira, nos períodos diurno e noturno, sem interação com o profissional sob investigação exceto para esclarecer possíveis dúvidas em relação à execução de alguma atividade que estivesse sendo desenvolvida no momento da ação.

A mensuração do tempo das intervenções observadas foi realizada através de um software de controle de tempo (time tracking software)¹¹, conhecido como Toggl¹². Na admissão do paciente, o cronômetro era disparado no momento em que o profissional entrava no quarto para recepcioná-lo apresentando-se e, com o prontuário em mãos, confirmando os dados juntamente com a pulseira de identificação. Então, as atividades de enfermagem (orientações, aferição de sinais vitais e anotações) eram realizadas a beira do leito e a cronometragem interrompida com a finalização do atendimento e saída do profissional do quarto.

Durante o estudo observatório, concomitante à mensuração do tempo, foram checadas todas as atividades listadas nos instrumentos de admissão (16 para enfermeiros e 10 para auxiliares) para verificar o seu grau de conformidade com as atividades sugeridas pela NIC. Assim, quando o profissional executava uma das atividades listadas ela era assinalada.

Análise dos resultados e estatística

O programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2.SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA foi utilizado para os testes estatísticos. Adotou-se o nível de significância $p < 0,05$. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e percentual e as variáveis numéricas com valores de média (M), desvio padrão (DP), valores mínimo e máximo, mediana (MD) e quartis (Q1-Q3);

O teste qui-quadrado foi aplicado para comparação das variáveis categóricas e, na presença de valores esperados menores que cinco, utilizou-se o teste exato de Fisher.

Para comparação das variáveis numéricas entre dois grupos foi usado o teste de Mann-Whitney, e entre três ou mais grupos, devido à ausência de distribuição normal das variáveis,

adotou-se o teste de Kruskal-Wallis e, para diferenças significativas, o teste de comparações múltiplas de Dunn;

Para verificação da qualidade do processo admissional considerou-se, inicialmente, o limite de 70% no escore total, ou seja, admissões (enfermeiros 11 a 16; auxiliares/técnicos 7-10). Posteriormente, frente ao reduzido número de admissões qualificadas de auxiliares/técnicos encontrados, este limite foi alterado para 50% (escore 5-10). Para aferição mensal do número de atividades realizadas por unidade, turno e categoria profissional verificou-se uma serie histórica de três meses nas unidades investigadas. O cálculo do percentual de acréscimo de tempo sobre a carga de trabalho fundamentou-se nas horas trabalhadas por turno, excluída as pausas laborais do período diurno e noturno; Onde: Tempo total = tempo médio das admissões multiplicado pelo número médio de admissões/categoria e unidade; Jornada (%) = tempo médio de admissões convertido em % considerando 5,75 horas (345 minutos) efetivamente trabalhados no período diurno e 11 horas (660 minutos) no noturno.

Resultados

Foram acompanhadas 199 atividades de admissão de pacientes realizadas pela equipe de enfermagem (97 enfermeiros-E e 102 auxiliar/técnico-AE/TE), realizadas, predominantemente, por profissionais do sexo feminino com idade média entre 28,3(DP=6,4; AE/TE) e 30,1(DP=3; E) anos e tempo de atuação variando de 3,1(DP=1,6; AE/TE) a 6,4(DP=2,7; E). O maior percentual de admissões ocorreu na unidade cirúrgica 1 57,8% (n=59; AE/TE) e materno infantil 50,5% (n=49; E), majoritariamente, no período da manhã - 69% (n=67; E) e 46,1% (n=47; AE/TE).

Dentre as admissões realizadas por enfermeiros (n=97), o tempo médio despendido nas unidades variou de 5,5(DP=2,3) a 13,0(DP=1,1) minutos ($p \leq 0,01$) e, nos turnos observados, de 7,2(DP=2,7) a 7,5(DP=3,2). Já os auxiliares/técnicos de enfermagem, demandaram, em média, entre 4,7(DP=2,1) e 6,8(DP=2,0) minutos nas unidades investigadas e, entre os turnos, o tempo foi de 4,4(DP=2) a 6,1(DP=2,4) minutos ($p \leq 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1- Tempo médio despendido (em minutos) por enfermeiros e auxiliares/técnicos para realização de admissões. Catanduva, SP, Brasil, n=199

Variáveis	Enfermeiros (n=97)			Auxiliares/Técnicos (n=102)		
	M(DP)	Variação	Valor p	M(DP)	Variação	Valor p
Unidades						
Cirúrgica 1	5,5(2,3)	2,4-9	≤0,01**	5,8(2,3)	1,5- 11,2	Ns**
Cirúrgica 2	8,4(2,6)	4,6-13	(UC1 ≠ UTI;	6,8(2,0)	3,3-9,2	
Cirúrgica 3	-	-	UMI ≠ UTI)***	4,7(2,1)	2,3-9,7	
UMC	-	-		-	-	
UMI	7,1(3,4)	2,2-16,4		5,8(2,4)	1,9-11,5	
UUE	8,5(2,1)	5,2-14,4		-	-	
UTI	13,0(1,1)	12,2-13,8		-	-	
Todas Unidades	7,4(3,1)	2,2-16,4		5,7(2,3)	1,5-11,5	
Turnos						
Manhã (M)	7,5(3,2)	2,2-16,4	Ns*	6,1(2,4)	1,9-11,5	≤0,05**
Tarde (T)	7,2(2,7)	2,4-13,8		5,7(2,2)	1,5-9,3	(M ≠ N)***
Noturno (N)	-	-		4,4(2,0)	2,3-9,7	

Nota - M: Média; DP: Desvio padrão; Ns: Não significante; UMC: Unidade Médico-Cirurgia; UMI- Unidade Materno infantil; UUE: Unidade de Urgência e Emergência; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; Valor p- *Teste de Mann Whitney; **Kruskal-Wallis; ***Pós teste de Dunn.

Considerando as atividades verificadas nas admissões realizadas por enfermeiros (n=16) e por auxiliar/técnico (n=10) em conformidade com a NIC, o escore total evidenciou, respectivamente, MD=7 (Q1-Q3=6-9) e MD=4 (Q1-Q3=4-5). Os itens mais atendidos pelos enfermeiros foram: Serviço e rotina (MD=2; Q1-Q3=1-2), Segurança (MD=2; Q1-Q3=1-2) e Coleta de dados (MD=2; Q1-Q3=2-3); e pelos auxiliares/técnicos foram: Documentação (MD=1; Q1-Q3=0-1), Coleta de dados (MD=1; Q1-Q3=1-1) e Segurança (MD=1; Q1-Q3=1-1).

Nas admissões observadas, identificou-se que as atividades previstas no item Documentação não foram realizadas por 66% dos enfermeiros (n=64) e 33% dos auxiliares/técnicos (n=34) e, aquelas relativas a Cuidados, também foram omitidas por 61,8% (n=60) dos enfermeiros e 65,7% (n=67) dos auxiliares/técnicos. As questões atinentes às Instalações, listadas apenas para os enfermeiros, não foram realizadas em 58,8% das admissões (Tabela 2).

Tabela 2- Frequência de atendimento dos escores para cada item verificado nas admissões realizadas por enfermeiros e auxiliares/técnicos. Catanduva, SP, Brasil, n=199.

Subitens	Ser/Rot. (3/3)* N(%)	Cuidados (2/2)* N(%)	Instalação (2/0)* N(%)	Col. D. (4/2)* N(%)	Documentação (2/1)* N(%)	Segurança (3/2)* N(%)
Enf (n=97)						
Não realizou	4(4,1)	60(61,8)	57(58,8)	-	64(66)	1(1)
1	22(22,7)	28(28,9)	30(30,9)	4(4,1)	30(30,9)	36(37,1)
2	56(57,7)	9(9,3)	9(9,3)	59(60,8)	3(3,1)	54(55,7)
3	15(15,5)	-	1(1)	25(25,8)	-	6(6,2)
4	-	-	-	9(9,3)	-	-
Aux/Tec (N=102)						
Não realizou	16(15,7)	67(65,7)	-	-	34(33,3)	19(18,6)
1	59(57,8)	33(32,3)	-	87(85,3)	68(66,7)	66(64,7)
2	27(26,5)	2(2)	-	15(14,7)	-	17(16,7)

Nota- Ser: Serviço; Rot: Rotina; Col. D.: Coleta de dados; Enf: Enfermeiro; Aux/Tec: Auxiliar/Técnico; *Escore disponível em cada item para Enfermeiros/Auxiliares e Técnicos.

Na investigação das atividades de admissão (de acordo com a NIC) realizadas pelos enfermeiros (n=97) e um corte de 70% no escore total, apenas seis admissões ocorreram nesse intervalo (≥ 11 atividades) e demandaram tempo ≥ 9 minutos. Para auxiliares/técnicos, considerando corte de 50%, 33 admissões foram consideradas qualificadas e a maioria delas (n=12) ocorreu em tempo ≤ 4 minutos.

Entre agosto e outubro de 2018, a equipe de enfermagem realizou em média 1475 admissões nas unidades estudadas sendo 514(DP=85,4) desempenhadas por enfermeiros e 961(DP=43,5) por auxiliares/técnicos. O número médio de admissões realizadas pela equipe de enfermagem variou de 26(DP=18,0) a 323(DP=33,0) entre as unidades e de 150(DP=25,2) a 383(DP=36,2) nos turnos. O tempo médio para realizar o maior número de atividades foi de 14,3(DP=1,6) minutos para enfermeiros e 5,2(DP=2,5) minutos para auxiliares/técnicos, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3- Distribuição média/mês de admissões realizadas pela equipe de enfermagem por unidades e turnos no período de agosto a outubro de 2018 e tempo médio (em minutos) segundo corte no escore em 50% e 70%. Catanduva, SP, Brasil, 2018, N=1475

Variáveis	Enfermeiros (n=514) M(DP)	Auxiliares/Técnicos (n=961) M(DP)
Unidades		
Cirúrgica 1	81(18,7)	165(26,8)
Cirúrgica 2	80(10,0)	85(14,4)
Cirúrgica 3	26(18,0)	120(3,0)
Médico-Cirúrgica	78(3,0)	92(7,0)
Materno Infantil	106(10,9)	113(6,0)
Emergência	86(26,0)	323(33,0)
Terapia Intensiva	57(10,3)	63(10,3)
Turnos		
Manhã	205(24,5)	284(11,0)
Tarde	159(36,2)	294(18,5)
Noite	150(25,2)	383(36,2)
Escore		
≥5	-	5,2(2,5)
≥11	14,3(1,6)	

Com relação ao tempo médio dedicado para admissões pela equipe de enfermagem, observou-se variação de 18,8 (cirúrgica 3) a 46,9 (materno infantil) minutos. O percentual diário de acréscimo na jornada de trabalho oscilou entre 16,3% (noite) e 31,5% (manhã). Para contemplar ≥ 11 itens do escore os enfermeiros despenderam um tempo total de 245 minutos e os auxiliares/técnicos para atingir ≥ 5 dedicaram tempo total de 166,6 minutos (Tabela 4).

Tabela 4- Tempo médio total (minutos) e percentual da jornada de trabalho diários dedicados nas admissões da equipe de enfermagem por unidade, turno e segundo corte no escore em 50% e 70%. Catanduva, SP, Brasil, 2018, N=199

Variáveis	Enfermeiros (n=97)		Auxiliares/Técnicos (n=102)		Equipe de Enfermagem (N=199)	
	Tempo Total	Jornada (%)	Tempo Total	Jornada (%)	Tempo Total	Jornada (%)
Unidades						
Cirúrgica 1	14,8	-	31,9	-	46,7	-
Cirúrgica 2	22,4	-	19,3	-	41,7	-
Cirúrgica 3	-	-	18,8	-	18,8	-
Médico-Cirúrgica	-	-	-	-	-	-
Materno Infantil	25,1	-	21,8	-	46,9	-
Emergência	24,3	-	-	-	-	-
Terapia Intensiva	24,7	-	-	-	24,7	-
Todas as unidades	126,8		182,6		309,4	
Turnos						
Manhã	51,2	14,8	57,7	16,7	108,9	31,5
Tarde	38,2	11,1	55,9	16,2	94,1	27,3
Noite	-	-	56,2	16,3	56,2	16,3
Escore						
≥5	-	-	166,6	-	-	-
≥11	245,0	-	-	-	-	-

Discussão

Este estudo avaliou o tempo e a qualidade das admissões de pacientes desempenhadas em unidades hospitalares sem ter a pretensão de padronizar um tempo para esta intervenção, mas sim olhar mais de perto a sua influência sobre a carga de trabalho de enfermagem.

Identificou-se nas instituições estudadas, o tempo médio de 7,4 minutos para admissões de pacientes realizadas por enfermeiros e de 5,7 minutos por auxiliares e técnicos de enfermagem, totalizando 13,1 minutos para a equipe. As atividades realizadas durante as admissões requerem tanto esforço físico como mental e, portanto, são consideradas demoradas e intensas⁴ e têm sido associadas à sobrecarga de trabalho³. Alguns estudos¹³⁻¹⁴ relacionam o tempo consumido ao processo de alta e/ou documentação impossibilitando um comparativo exato com relação ao tempo observado nesta investigação. Existem, ainda, estimativas de tempo dos enfermeiros, a partir de dados gerados através de observação participante e entrevistas em unidades de clínicas médica e cirúrgica dos Estados Unidos⁴, de aproximadamente uma hora para um paciente com necessidade de cuidados mínimos. Consoante a NIC⁸, considerada referência para a prática profissional, a admissão do paciente pode demandar de 16 a 30 minutos.

Em relação às unidades, o consumo de tempo foi maior na terapia intensiva (13 minutos – enfermeiros) e na unidade cirúrgica 2 (6,8 minutos- auxiliares/técnicos). O aumento do grau de complexidade e o nível de atenção requerido nas UTIs influenciam na maior demanda de tempo assistencial¹⁵ uma vez que o paciente pode mudar sua condição rapidamente e de forma imprevisível¹⁶. Na unidade cirúrgica 2, o perfil de pacientes pós traumas, com comorbidades ortopédicas provindos do pronto socorro, muitas vezes com aparatos cirúrgicos como fixadores ósseos externos e situações de imobilidade física, demandam avaliação inicial minuciosa refletindo no tempo.

Quando se examina a conformidade das admissões em relação às atividades descritas na NIC é possível observar que os enfermeiros atenderam 43,7% (7/16) e os auxiliares e técnicos 40% (4/10) dos itens da lista de verificação. Isto se constitui em fator preocupante, pois sinaliza uma qualidade deficiente desta intervenção pela equipe. O momento de admissão é crucial para a identificação dos profissionais, avaliação das necessidades dos pacientes, orientações e planejamento das ações cuidativas¹⁷. O adequado registro dessas atividades subsidia, ainda, a continuidade da assistência. Porém, diante da sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, muitas vezes, esta intervenção fica comprometida e, outras vezes, não é priorizada nos processos educativos¹⁸⁻¹⁹.

A prestação do cuidado pautado em evidências fundamenta-se em protocolos e procedimentos descritos para nortear a prática profissional e devem ser discutidos continuamente pela equipe de saúde considerando a atualização e qualificação do trabalho realizado²⁰. Nas instituições estudadas estes instrumentos estão presentes e, no caso da admissão, observou-se que dois itens (orientação de direitos e deveres do paciente/família/pessoas importantes; e comunicação da equipe multiprofissional sobre a condição do paciente admitido) não constavam no documento de referência para a equipe e foram listados e checados pelo pesquisador. Assim, essas atividades consideradas a partir da NIC, podem não ter sido atendidas pelos profissionais por não serem contempladas, ainda, na admissão do paciente pela enfermagem desses hospitais.

Neste estudo, os enfermeiros parecem se preocupar mais com orientação sobre rotinas e protocolos institucionais de segurança e na realização de entrevista e exame físico e, por outro lado, negligenciam itens como documentação (66%), cuidados (61,8%) e instalações (58,8%). Informações devidamente registradas no prontuário tornam-se documento valioso para o paciente, a equipe de saúde e instituição¹⁸ constituindo respaldo legal, além de garantir comunicação efetiva entre os profissionais e, com isso, segurança²¹⁻²². Em um hospital da rede privada com certificado de acreditação internacional na cidade do Recife, foi realizado um

estudo revendo prontuários para verificação dos registros de enfermagem e, no momento da admissão, observou-se maior não conformidade em relação ao exame físico e anotações sobre dor (44%)²¹.

No item cuidados foram verificadas atividades de orientação quanto às expectativas do paciente/família e de preparo para a alta hospitalar. As instituições estudadas adotam o processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde para outra, no entanto, investigações corroboram que a participação do paciente/família na admissão e no plano de alta constitui uma fragilidade na atuação do enfermeiro²³⁻²⁴. A restrição de tempo do profissional juntamente com as condições clínicas do paciente e as preferências dos mesmos, em não participar, por exemplo, colaboram para que paciente e família não sejam inseridos nas decisões sobre a assistência²³.

Durante o processo admissional, o tempo médio demandado pelos enfermeiros elevou-se de 7,4 para 14,3 minutos para qualificar o maior número de atividades (escore ≥ 11) perfazendo um aumento percentual de 93,2%. Já para os auxiliares e técnicos caiu 8,8%, ou seja, de 5,7 para 5,2 (escore ≥ 5) minutos. Considerando a equipe de enfermagem este valor passa de 13,1 para 19,5 minutos - aumento de 48,8% atingindo, desta forma, valores mais próximos ao referenciado pela NIC⁸.

Estes achados mostram que para realizar uma admissão mais elaborada em consonância com os itens descritos na NIC, há maior consumo de tempo por parte do enfermeiro e da equipe. Contudo, somente 6,2% (6/97) dos enfermeiros atingiram o valor de corte proposto. Importante notar que foi necessária redução para 50% do escore total considerando o reduzido número de admissões qualificadas ($\geq 70\%$ das atividades atendidas) para, então, obter 32,3% (33/102) de conformidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

A partir de uma série histórica de 1475 admissões foi possível calcular o tempo médio dispensado nesta intervenção, por unidade e turno, e, desta forma, determinar a sua influência sobre a carga de trabalho da enfermagem. Nesta série, observou-se expressiva variação média no movimento admissional (26-323) entre as unidades refletindo sobre o tempo médio dedicado pela equipe de enfermagem - 18,8 a 46,9 minutos. Importante notar que em algumas unidades não foram registradas admissões de algumas categorias, neste período, o que pode justificar o pequeno valor numérico encontrado.

As admissões representaram percentual diário de acréscimo na jornada de trabalho variando de 16,3% (noite) a 31,5% (manhã). Relata-se comprometimento, na unidade de

emergência, de 7,4% da jornada de trabalho dos enfermeiros²⁵. A dinâmica de trabalho do turno da manhã apresenta uma concentração maior de atividades profissionais de enfermagem com acompanhamento de visitas e procedimentos médicos em relação a outros turnos²⁶. Por consequência, um elevado número de admissões pode sobrecarregar, sobremaneira, a equipe.

Na atual dinâmica de trabalho onde a equipe de enfermagem acaba sendo o principal elemento na assistência, gestão e controle de processos, essa carga adicional gera um ônus negativo sobre os profissionais⁷. O principal indicador de uma unidade onde a equipe se mantém sobrecarregada e mal dimensionada são os eventos adversos. Estes permitem medir o distanciamento existente entre a assistência prestada e o cuidado ideal, instrumentalizando a construção de um sistema de saúde mais seguro²⁷.

A descontinuidade do cuidado que pode ser gerado pela rotatividade de pacientes, mudança de local ou de equipe e vulnerabilidade a qual outros pacientes ficam expostos, acaba causando um efeito negativo no ambiente de trabalho². Além das consequências indesejáveis para os pacientes pode, ainda, refletir na Síndrome de *Burnout*²⁸.

Dessa forma, a movimentação de pacientes, e especificamente, as admissões precisam ser consideradas como um dos fatores determinantes para o dimensionamento da equipe de enfermagem e distribuição das escalas de trabalho³. Este olhar possibilitaria melhor desempenho das atividades clínicas e gerenciais possibilitando maior qualidade e segurança na entrega dos cuidados.

Limitações do estudo

Embora pesquisas utilizando métodos observacionais estruturados para coleta de dados possibilitem compreender, com maior profundidade, as interações sociais e intervenções da prática clínica de enfermagem, torna-se necessário, também, reconhecer algumas de suas questões restritoras. Dentre elas destacam-se o efeito do observador sobre as pessoas observadas levando-as a mudança de comportamento.

Ainda, os achados referentes à qualidade e tempo demandado pelas admissões e transferências de pacientes, nas duas instituições investigadas, pode diferir de outros contextos de prática devido às diferentes culturas e dinâmica de trabalho institucionais. O fato da admissão não ser uma prática conduzida, pela totalidade dos enfermeiros pode ter interferido nos resultados.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Além de apontar atividades críticas na admissão e transferência intrahospitalar de pacientes, este estudo demonstra que a qualificação dessas intervenções demanda mais tempo da equipe de enfermagem impactando na carga de trabalho. Como coordenador do cuidado, o enfermeiro precisa analisar a rotatividade de pacientes como um aspecto gerador de sobrecarga à equipe e um fator de risco para eventos sentinela e descontinuidade da assistência. Os achados instrumentalizam, portanto, enfermeiros clínicos e gestores no redesenho e aprimoramento dos processos, bem como na previsão, provisão e alocação de pessoal considerando, também, o fluxo de pacientes nas unidades e turnos de trabalho. Ainda, pode apoiar outras pesquisas e discussões políticas relativas ao dimensionamento de enfermagem na atenção hospitalar.

Conclusão

A qualidade do processo admissional constitui-se, ainda, um fator preocupante na prática clínica. O tempo dedicado pela enfermagem, nesta intervenção, impacta na carga de trabalho da equipe, principalmente, quando ela é realizada de acordo com as melhores evidências profissionais. Este processo, representativo da rotatividade de pacientes, precisa ser contemplado na mensuração das atividades de enfermagem para dimensionamento e distribuição de pessoal nas diferentes unidades e turnos de trabalho e, ainda, aprimorado quanto à qualidade e garantia da continuidade do cuidado.

Referências

- 1- Park SH, Blegen MA, Spetz J, Chapman SA, Groot HD. Patient turnover and the relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Research in Nursing & Health* [internet] 2012; 35(1):277-88. [cited 2018 mai 15]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/54de/34b4f5a6db85a4031e4db3cbd39e179986fa.pdf>.
- 2- Vanfosson CA, Yoder LH, Jones TR. Patient turnover: A concept analysis. *Advances in Nursing Science*. [internet] 2017, Vol. 40, No. 3. pp. 300–312. [cited jul 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28266962>.
- 3- Park SH; Weaver L; Johnson LM; Vukas R; Zimmerman. An Integrative Literature Review of Patient Turnover in Inpatient Hospital Settings. *Western Journal of Nursing Research* [internet] 2016, Vol. 38(5) 629–655. [cited jun 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26612454>.
- 4- Jennings BM, Sandelowski M, Higgies MK. Turning Over Patient Turnover: An

- Ethnographic Study of Admissions, Discharges, and Transfers. *Research in Nursing & Health* [internet] 2013; 36:554–566. [cited jun 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.21565>.
- 5- Blay N, Duffield CM, Gallagher R, Roche M. A systematic review of time studies to assess the impact of patient transfers on nurse workload. *International Journal of Nursing Practice* [internet] 2014; 20: 662–673. [cited jun 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijn.12290>.
 - 6- Blay N, Duffield CM, Gallagher R. Patient transfers in Australia: implications for nursing workload and patient outcomes. *Journal of Nursing Management* [internet] 2012; 20 (1):302-10. [cited mar 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22519607>.
 - 7- Hughes RG, Bobay KL, Jolly NA, Suby C, Comparison of nurse staffing based on changes in unit-level workload associated with patient churn. *Journal of Nursing Management*, [internet] 2015, 23, 390–400. [cited jun 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118360>.
 - 8- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem-NIC*, tradução 6ª edição, 2016.
 - 9- Prodanov, C.C.; Freitas, E.C. *Metodologia do Estudo científico: Métodos e técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*, 2ª Ed. Universidade FEEVALE, Rio Grande do Sul, 2013.
 - 10- Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.
 - 11- Catipon JB, Infante EJT. Time tracking technology. [internet] 2012. [cited 2018 fev 26]. Available from: <http://www.google.com/patents/US20120065932>>.
 - 12- Toggl- Insanely simple time tracking [Internet]. [cited 2016 fev 26]. Available from: <https://www.toggl.com/>.
 - 13- Moreno FN, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Jenal S, Girotti SKO. Measuring nurses work in a philanthropic tertiary hospital. *Cogitare Enferm.* [internet] 2012 Jan/Mar; 17(1): 50-6. [cited 2018 out 20]. Available from: *Measuring nurses work in a philanthropic tertiary hospital. Cogitare Enferm.* 2012.
 - 14- Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Quality assessment of nursing records in a semi-intensive care unit. *Esc Anna Nery* [internet] 2012 jul -set; 16 (3):576-581 [cited 2018 set 10]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127723305021>.

- 15- Inoue KC, Kuroda CM, Matsuda LM. Nursing active scores (NAS): Carga de trabalho de enfermagem em UTI e fatores associados. *Cienc Cuid Saude* [internet] 2011 Jan/Mar; 10(1):134-140. [cited set 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i1.14915>.
- 16- Douglas et al. The Work of Adult and Pediatric Intensive Care Unit Nurses. *Nurs Res*. [internet] 2013; 62(1): 50–58 [cited set 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23222843>.
- 17- Barral LNM, Ramos LH, Vieira MA, Dias OV, Souza LPS. Analysis of nursing notes on patients medical records in a teaching hospital. *Rev. Min. Enferm*;16(2): 188-193, abr./jun., [internet] 2012 [cited 2018 ago 14]. Available from: www.reme.org.br/exportar-pdf/518/v16n2a06.pdf.
- 18- Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. Quality of nursing records in charts of hospitalized patients. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, [internet] 2012 jan/mar; 20(1):79-83. [cited 2018 ago 23]. Available from: <https://www.academia.edu/33656858>.
- 19- Lima AFC, Ortiz DR. Direct cost of development and documentation of the nursing process. *Rev Bras Enferm*. [internet] 2015; 68 (3):683-9 [cited out 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680416i>.
- 20- Fassini P, Hahn G V; Risk management in hospital unit: conceptions for nursing staff. *Rev Enf erm UFSM* [internet] 2012 Mai/Ago;2(2):290-299 [cited 2018 jul 27]. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/4966/3753>.
- 21- Morais CGX, Batista EMS, Castro JFL, Assunção SS, Castro GMO. Nursing case files and the ir implications for quality of care according to hospital accreditation standards: a new perspective of the audit. *Revista ACRED - ISSN 2237-5643*, v. 5, n. 9 [internet] 2015 [cited 2018 out 27]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626617>.
- 22- Viana CD, Bragas LZT, Lazzari DD, Garcia CTF, Moura GMS. Implementation of concurrent nursing audit: na experience report. *Texto Contexto Enferm*, [internet] 2016; 25(1):e3250014 [cited out 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160003250014>.
- 23- Dyrsted DN, Laugaland KA, Storn M. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing* [internet] 2015. 24, 1693–1706 [cited out 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.12773>.

- 24- Martins KP, Costa KNFM, Oliveira DST et al. Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. *J. res.: fundam. care. online* [internet] 2015. jan./mar. 7(1):1756-1764 [cited out 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764>].
- 25- Garcia E A; Fugulin FMT. Nurses work time distribution at emergency service. *Rev Esc Enferm USP*. [internet] 2010; 44(4): 1032-8 [cited set 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400025>.
- 26- Alves, C.A.; Deslandes, S.F.; Mitre, R.M.A. The management of nursing work in a pediatric ward of medium and high complexity: a discussion about co-management and humanization. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.15, n.37, p.351-61, abr./jun. [internet] 2011 [cited 2018 set 10]. Available from: scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop0711.
- 27- Gonçalves et. al. Nursing allocation and adverse events/incidentes in intensive care units. *Rev Esc Enfermagem USP* [internet] 2012; 46 (ESP):71-7 [cited out 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000700011>.
- 28- Nogueira LS, Sousa RMC, Guedes ES, Santos MA, Turrini RNT, Cruz DALM. Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2018; 71 (2):336-42. [cited out 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0524>.