



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

---

**MARIANA SANTOS DE CAMPOS**

**CARGA DE TRABALHO E PRODUTO DO CUIDAR**  
**EM ENFERMAGEM NA MOVIMENTAÇÃO**  
**INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES**

**São José do Rio Preto**  
**2023**

**Mariana Santos de Campos**

**CARGA DE TRABALHO E PRODUTO DO CUIDAR  
EM ENFERMAGEM NA MOVIMENTAÇÃO  
INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem de São José do Rio Preto, para a obtenção do título de Mestre.

*Área de Concentração:* Processo do Trabalho em Enfermagem e Saúde;

*Linha de Pesquisa:* Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde (GEES)

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia Galan Perroca

**Co-orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Fabiana Cucolo

São José do Rio Preto – SP

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESSE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

### Ficha Catalográfica

Campos, Mariana Santos de  
Carga de trabalho e produto do cuidar em enfermagem na movimentação intra-hospitalar de pacientes.  
São José do Rio Preto; 2023.  
117 p.  
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 Enfermagem e Saúde  
*Linha de Pesquisa:* Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde  
*Grupo de Pesquisa:* Gestão de Serviços em Saúde e em Enfermagem (GESTSAÚDE)  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup>. Marcia Galan Perroca  
Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup>. Danielle Fabiana Cucolo  
1.Transferência de Pacientes; 2.Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde; 3.Recursos Humanos de Enfermagem; 4.Carga de Trabalho; 5.Cuidados de Enfermagem; 6.Gerenciamento da prática profissional.

# **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marcia Galan Perroca  
Presidente da Banca - Orientadora  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Brasil

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Danielle Fabiana Cucolo  
Co-orientadora  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Brasil

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr. João Lucas Campos de Oliveira  
Membro Titular  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lucieli Dias Pedreschi Chaves  
Membro Titular  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Etiane de Oliveira Freitas  
Membro Suplente  
Universidade Federal de Santa Maria

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lillian Daisy Gonçalves Wolff  
Membro Suplente  
Universidade Federal Do Paraná

São José do Rio Preto, 28de setembro de 2023

## **DEDICATÓRIA**

*A Deus que sempre me deu forças nas horas mais difíceis e permitir que meus objetivos fossem alcançados.*

*Aos meus pais e irmãos, pelo apoio, incentivo e amor.*

*À minha família e amigos, por sempre torcerem por mim, apoiando e incentivando, para que eu trilhasse esse caminho.*

*A todas as pessoas que tornaram possível a concretização deste trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimento especial à Marcia Galan Perroca, além de excelente orientadora, um exemplo de profissional. Muito obrigada pela dedicação, incentivo e estímulo constante desde a graduação. Serei sempre grata, pela oportunidade e por todos os ensinamentos ao longo desses anos. Seu amor pelo ensino e pesquisa me inspiraram pela busca do conhecimento.

À minha co-orientadora Danielle Fabiana Cucolo, sua sabedoria e expertise na área foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço também, pela paciência, compartilhamento e encorajamento, sempre gentil e com apontamentos sábios. Sua dedicação, compreensão e suporte durante esse período, foram essenciais.

*Marcia e Danielle*, vocês foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo.

Agradeço aos profissionais dos serviços de Gerenciamento de Leitos, Tecnologia da Informação e Educação Continuada do Hospital de Base de São José do Rio Preto, pela contribuição e auxílio. E os Gerentes, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem das unidades de internação, que participaram e contribuíram para que esse estudo se concretizasse.

À Maria Carmen Martinez pela contribuição estatística e seu excelente trabalho.

À Professora Adilia Maria Pires Sciarra pela disposição, gentileza e auxílio na etapa final.

Ao grupo de pesquisa GESTSAÚDE, pelas trocas, incentivo e aprendizagem.

À Biblioteca da Universidade de São Paulo, pelo auxílio e disponibilidade.

À Pós-Graduação da FAMERP, pelo apoio durante essa jornada.

Aos meus colegas de serviço, que sempre torceram e foram flexíveis, para que conseguisse concluir essa etapa.

À minha amiga Geovana, pela amizade e apoio, você foi fundamental para que alcançasse essa conquista.

Agradeço a colega que ganhei durante essa jornada, Adrieli, obrigada pelas trocas e compartilhamento de experiências e desafios.

Ao meu companheiro, Fernando, agradeço pela paciência em ouvir, pelos encorajamentos constantes, sempre presente nas horas de dificuldades e por sempre comemorar comigo as conquistas alcançadas.

À Tia Cida, que sempre torce e vibra com as minhas conquistas, obrigada por permitir que chegasse até aqui.

A minha família, pelo apoio e incentivo ao longo desta jornada.

Finalmente, aos meus pais que sempre me incentivaram a conquistar esse sonho. Em especial, a minha mãe, Maria, que sempre esteve ao meu lado, apoiando e celebrando cada conquista.

## EPÍGRAFE

*“Aprender é a única coisa que a mente nunca se cansa,  
nunca tem medo e nunca se arrepende.”*

*Leonardo da Vinci*

# *SUMÁRIO*

Lista de Tabelas.....	i
Lista de Quadros.....	iii
Lista de Figuras.....	iv
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Resumen.....	xi
<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
2.1 Movimentação intra-hospitalar de pacientes .....	5
2.2 A teoria das transições e a movimentação de pacientes .....	6
2.3 Repercussões da movimentação de pacientes sobre o cenário de prática .....	8
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
3.1 Objetivos Gerais.....	12
3.2 Objetivos Específicos.....	12
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>13</b>
4.1 Delineamento da Pesquisa.....	14
4.2 Cenários .....	16

4.3 O Fluxo de Pacientes na Instituição de Estudo .....	17
4.4 ESTUDO 1 – Percepção da equipe de enfermagem sobre a movimentação de pacientes .....	19
4.4.1 Participantes e Critérios de Seleção .....	19
4.4.2 Operacionalização dos Grupos Focais .....	19
4.4.2.1 Estudo Piloto .....	20
4.4.2.2 Grupo Focal .....	21
4.4.3 Tratamento e Análise dos Dados .....	22
4.5 ESTUDO 2 - Fatores Associados à Movimentação de Pacientes e ao Produto do Cuidar .....	23
4.5.1 Amostra e Participantes .....	23
4.5.2 Variáveis .....	24
4.5.3 Instrumentos .....	24
4.5.4 Protocolo do Estudo .....	25
4.5.5 Análise e Tratamento dos Dados .....	26
4.6 Aspectos Éticos.....	27
<b>5 RESULTADOS</b> .....	28
5.1 Estudo 1 - Percepção da equipe de enfermagem sobre a movimentação de pacientes	29
5.2 Escolha das Variáveis de Interesse para a Fase Quantitativa .....	40
5.3 Estudo 2 - Fatores Associados à Movimentação de Pacientes e ao Produto do Cuidar.....	42
5.3.1 Perfil dos Avaliadores .....	42
5.3.2 A Equipe Profissional e as Unidades .....	42

5.3.3 Movimentação Intra-hospitalar de Pacientes .....	43
5.3.4 O Produto do Cuidar em Enfermagem .....	45
5.3.5 Movimentação de Pacientes e o Produto do Cuidar .....	46
5.3.6 Dimensionamento da Equipe e Efeito de Interação .....	50
5.3.7 Súmula dos Resultados .....	55
5.4 Integração dos Dados .....	57
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>89</b>
<b>DIVULGAÇÃO.....</b>	<b>93</b>

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1-</b> Perfil demográfico e profissional dos enfermeiros. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	42
<b>Tabela 2-</b> Taxa de ocupação e dimensionamento da equipe de enfermagem nas unidades investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	43
<b>Tabela 3-</b> Movimentações intra-hospitalares de pacientes segundo unidade de internação e turno. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	44
<b>Tabela 4-</b> Análise descritiva das variáveis quantitativas referentes à movimentação intra-hospitalar de pacientes. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	44
<b>Tabela 5-</b> Distribuição da avaliação do produto do cuidar ao final do plantão segundo unidade de internação e turno de trabalho. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	45
<b>Tabela 6-</b> Classificação dos escores dos itens obtidos mediante aplicação da Escala APROCENF. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	46
<b>Tabela 7-</b> Associação entre as características referentes às unidades de internação e profissionais que realizaram as avaliações segundo o produto do cuidar. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	47
<b>Tabela 8-</b> Associação entre as características referentes à movimentação intra-hospitalar de pacientes e o dimensionamento da equipe de enfermagem por turno segundo o produto do cuidar. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	49
<b>Tabela 9-</b> Análise de regressão logística univariada da associação da movimentação intra-hospitalar de pacientes e dimensionamento da equipe de enfermagem e o produto do cuidar. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	50

- Tabela 10-** Análise de regressão logística entre movimentação intra-hospitalar e produto do cuidar estratificada pelo dimensionamento da equipe de enfermagem. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. 51
- Tabela 11-** Análise de regressão logística das variáveis associadas ao produto do cuidar, com ajuste pela variável de interação movimentação intra-hospitalar e dimensionamento da equipe de enfermagem. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. 52
- Tabela 12-** Análise de regressão logística dos fatores associados ao produto do cuidar. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. 54

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1-</b> Excertos dos relatos de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem relativos ao fator tempo no estudo piloto. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	21
<b>Quadro 2</b> - Distribuição dos participantes da fase qualitativa por grupo focal, unidade de atuação e turno de trabalho. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	30
<b>Quadro 3-</b> Principais achados da etapa quantitativa. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	56
<b>Quadro 4</b> -Joint-display integrando dados sobre a movimentação intra-hospitalar de pacientes, características da unidade, produto do cuidar e dimensionamento da equipe de enfermagem. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.	58

## Lista de Figuras

- Figura 1** - Representação gráfica da integração dos achados quantitativos e qualitativos, 2022. 15
- Figura 2** -Nuvem de códigos extraídos dos Grupos Focais com enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, 2022. 31

## Lista de Siglas e Abreviaturas

<b>AE</b>	Auxiliar de enfermagem
<b>APROCENF</b>	Avaliação do produto do cuidar em enfermagem
<b>COVID 19</b>	Doença do coronavírus
<b>CTE</b>	Carga de trabalho de enfermagem
<b>Dp</b>	Desvio padrão
<b>DRS</b>	Divisão Regional de Saúde
<b>E</b>	Enfermeiro
<b>EP</b>	Estudo piloto
<b>EPAE</b>	Estudo piloto auxiliar de enfermagem
<b>EPE</b>	Estudo piloto enfermeiro
<b>EPTE</b>	Estudo piloto técnico de enfermagem
<b>FAMERP</b>	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
<b>GESTSAÚDE</b>	Grupo de pesquisa Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem
<b>GF</b>	Grupo Focal
<b>GFAE</b>	Grupo Focal auxiliar de enfermagem
<b>GFE</b>	Grupo Focal enfermeiro
<b>GFTE</b>	Grupo Focal técnico de enfermagem
<b>IC</b>	Intervalo de confiança
<b>Inf</b>	Inferior
<b>IVC-E</b>	Índice de Validade do Conteúdo da Escala
<b>M</b>	Média
<b>Md</b>	Mediana

<b>M-H</b>	Mantel-Haenszel
<b>MM</b>	Método misto
<b>ONA</b>	Organização Nacional de Acreditação
<b>OR</b>	oddsratio
<b>QUALI</b>	Qualitativa
<b>QUANTI</b>	Quantitativa
<b>REBEN</b>	Revista brasileira de enfermagem
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>Sup</b>	Superior
<b>SUS</b>	Sistema único de saúde
<b>TCLE</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido
<b>TE</b>	Técnico de enfermagem
<b>UCC</b>	Unidade clínica cirúrgica
<b>UCM</b>	Unidade clínica médica
<b>UMC</b>	Unidade médica cirúrgica

## RESUMO

CAMPOS, MS. Carga de trabalho e produto do cuidar em enfermagem na movimentação Intra-hospitalar de pacientes. 117 p. Título de Mestre em Enfermagem. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2023.

**Objetivos:** Examinar o olhar da Enfermagem quanto às implicações da movimentação de pacientes na organização do trabalho e na entrega do cuidado ao final do plantão. **Método:** Misto de estratégia exploratória sequencial, realizado em duas etapas, uma qualitativa (1) e outra quantitativa (2), com atribuição de pesos igualitários e apoiado na teoria das transições. Foram investigadas cinco unidades: clínica médica (etapas 1 e 2), cirúrgica (etapas 1 e 2), médico-cirúrgica (etapa 1) e duas especializadas - neurologia e transplante (etapa 2). Na etapa qualitativa realizaram-se quatro grupos focais; participaram 23 profissionais (12 enfermeiros, oito técnicos e três auxiliares de enfermagem) de um hospital de ensino do estado de São Paulo. Os relatos foram analisados utilizando a análise temática com o auxílio do Software MAXQDA. O delineamento da etapa quantitativa caracterizou-se como descritivo transversal, com amostra não probabilística por conveniência composta por 220 turnos diurnos de trabalho. Dezesesseis enfermeiros aplicaram a escala Avaliação do produto do cuidar em enfermagem (APROCENF). Para análise utilizou-se estatística descritiva, o teste Qui-Quadrado e regressão logística múltipla ( $p \leq 0,05$ ). As coletas de dados ocorreram em novembro de 2021 e março de 2022 (etapa 1) e agosto, setembro e outubro de 2022 (etapa 2). Houve combinação dos dados na fase de coleta e na análise dos achados. Ao término das análises foi realizada a integração. **Resultados:** Extraiu-se duas categorias temáticas: (1) A influência de fatores estruturais e da organização do trabalho na movimentação intra-hospitalar de pacientes e (2) A movimentação de pacientes demanda tempo, gera sobrecarga de trabalho e interfere na entrega do cuidado (etapa 1). No período do estudo ocorreram 768

movimentações intra-hospitalares de pacientes; 42,3% dos turnos apresentaram quatro ou mais deslocamentos. Houve predomínio da classificação bom para o produto do cuidar 158(71,8%). Encontrou-se associações estatisticamente significativas ( $p < 0,001$  e  $p = 0,033$ ) entre a movimentação de pacientes, dimensionamento da equipe e produto do cuidar para a maioria das variáveis. Nas situações com 2-12 movimentações/turno e de 3,1 - 5,2 pacientes/profissional houve 7,35 vezes de chance (IC95% = 3,24 – 16,65) da ocorrência do produto do cuidar ser não ótimo; e na unidade de transplante de 0,42 vezes (IC95% = 0,20 – 0,88). **Conclusão:** Na percepção da equipe, o volume e ocorrência simultânea de movimentações de pacientes, demandas imprevistas, complexidade assistencial e dimensionamento de pessoal/recursos insuficientes repercutem na entrega do cuidado. Demonstrou-se que quando a enfermagem assume entre três a cinco pacientes por profissional e, simultaneamente, há entre duas a 12 movimentações intra-hospitalares no turno de trabalho, a possibilidade de produto do cuidar ser não ótimo é de 7,35 vezes a chance quando comparado às situações mais favoráveis. A análise apoiada na Teoria das Transições é um aspecto inovador deste estudo. Os achados possibilitam aprimoramento da regulação das entradas e saídas de pacientes nas unidades, organização do trabalho e gestão do cuidado. Destacam-se a importância da incorporação das admissões, altas e transferências na mensuração da carga de trabalho, planejamento e distribuição de pessoal e de recursos para minimizar riscos na segurança do paciente e ocupacionais.

**DESCRITORES:** Transferência de Pacientes; Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde; Recursos Humanos de Enfermagem; Carga de Trabalho; Cuidados de Enfermagem; Gerenciamento da prática profissional.

## ABSTRACT

CAMPOS, MS. Workload and product of nursing care in the intra-hospital movement of patients. 117 p. Master Thesis – Stricto Sensu Graduate Nursing Program. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2023.

**Objetivos:** To examine the Nursing viewpoint regarding the implications of the patients' movement on the work organization as well as the delivery of care at the end of the work shift. **Method:** A mixed sequential exploratory strategy, carried out in two stages; one qualitative (1) and the other quantitative (2), with equal weighting and based on the theory of transitions. Five units were investigated: medical (stages 1 and 2), surgical (stages 1 and 2), medical-surgical (stage 1) and two specialized - neurology and transplant (stage 2). Four focus groups were set up in the qualitative stage, twenty-three professionals have participated (12 nurses, eight technicians and three nursing assistants) from a school hospital in the state of São Paulo. The reports were analyzed using thematic analysis with the help of MAXQDA software. The design of the quantitative stage was characterized as cross-sectional descriptive, with a non-probabilistic sample for convenience comprising 220-days shifts. Sixteen nurses applied the Assessment of the Product of Nursing Care (APROCENF) scale. Descriptive statistics, the Chi-square test and multiple logistic regression ( $p \leq 0.05$ ) were used for analysis. Data were collected in November 2021 and March 2022 (stage 1) and August, September, and October 2022 (stage 2). Data were matched in the collection phase and in the analysis of the findings. Integration was carried out at the end of the analysis. **Results:** Two thematic categories were obtained: (1) The influence of structural factors and work organization on the intra-hospital movement of patients and (2) The movement of patients takes time, creates work overload, and interferes with the delivery of care (stage 1). During the study period there were 768 in-hospital patient movements; 42.3% of the shifts presented four or more movements. There was a predominance of good ratings for the product of care 158 (71.8%).

Statistically significant associations ( $p < 0.001$  and  $p = 0.033$ ) were found between the movement of patients, the dimensioning of the team and the product of care for most of the variables. In situations with 2-12 movements/shift and 3.1 - 5.2 patients/professional, there was a 7.35 times chance (95%CI = 3.24 - 16.65) of the product of care being non-optimal; and in the transplant unit 0.42 times (95%CI = 0.20 - 0.88). **Conclusion:** According to the team's perception, the volume and simultaneous occurrence of patient's movements, unforeseen demands, complexity of care and insufficient staffing/resources have repercussions on the delivery of care. It was shown that when nurses deal with between three and five patients per professional and, simultaneously, there are between two and 12 intra-hospital movements in the work shift, the possibility of the care product being non-optimal is 7.35 times higher when compared to more favorable situations. The analysis based on the Transitions Theory is an innovative aspect of this study. These findings make it possible to improve the regulation of patients coming to and leaving the units, the organization of work and the management of care. The importance of incorporating admissions, discharges, and transfers into the measurement of workload, planning and distribution of staff and resources to minimize risks to patient and occupational safety can be pointed out.

**DESCRIPTORS:** Patient Transfer; Process Assessment, Health Care; Nursing Staff; Workload; Nursing Care; Practice Management.

## RESUMEN

**CAMPOS, MS.** Carga de trabajo y producto del cuidado en enfermería en el flujo intrahospitalario de pacientes. 117 p. Dissertação (Mestrado) – Stricto Sensu Estudos de Pós-graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2023.

**Objetivos:** Examinar la perspectiva de enfermería sobre las implicaciones del flujo de pacientes en la organización del trabajo y en la entrega del cuidado al final del turno de guardia. **Método:** Mixto de estrategia exploratoria secuencial realizado en dos etapas, una cualitativa (1) y otra cuantitativa (2), con atribución de pesos igualitarios y apoyado en la teoría de las transiciones. Se investigaron cinco unidades: clínica médica (etapas 1 e 2), quirúrgica (etapas 1 e 2), médico-quirúrgica (etapa 1) y dos especializadas - neurología y trasplantes (etapa 2). Na etapa cualitativa se realizaron cuatro grupos focales, de esos; participaron 23 profesionales (12 enfermeros, ocho técnicos y cuatro auxiliares de enfermería) de un hospital universitario del estado de São Paulo. Los relatos fueron analizados utilizando el análisis temático con el auxilio del Software MAXQDA. O delineamiento de la etapa cuantitativa se caracterizó como descriptivo transversal, con muestra no probabilística por conveniencia compuesta por 220 turnos diurnos de trabajo. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, la prueba Chi-Cuadrado y regresión logística múltiple ( $p < 0,05$ ). Las recolecciones de datos se dieron en noviembre de 2021 y marzo de 2022 (etapa 1) y agosto, septiembre y octubre de 2022 (etapa 2). Hubo combinación de los datos en la fase de recolección y en el análisis de los hallazgos. Al término de los análisis, se realizó la integración de los resultados. **Resultados:** Se extrajeron dos categorías temáticas: (1) La influencia de factores estructurales y de la organización del trabajo en el flujo intrahospitalario de pacientes y (2) el traslado de pacientes exige tiempo, produce sobrecarga de trabajo e interfiere en la entrega del cuidado (etapa 1). En el periodo estudiado se

sucedieron 768 remociones intrahospitalarias de pacientes, 42,3% de los turnos produjeron cuatro o más traslados. Hubo predominio de la clasificación bueno para el producto de cuidar, 158 (71,8%). Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ( $p < 0,001$  y  $p = 0,033$ ) entre la remoción de pacientes, dimensionamiento del equipo y producto del cuidado para la mayoría de las variables. En situaciones con 2-12 remociones/turno y de 3,1 – 5,2 pacientes/profesional hubo 7,35 veces de posibilidad (IC95% = 3,24 – 16,65) del producto del cuidado ser no óptimo; y en la unidad de trasplante de 0,42 veces (IC95% = 0,20 – 0,88).

**Conclusión:** Según la percepción del equipo, el volumen y el acontecimiento simultáneo de traslados de pacientes, demandas imprevistas, complejidad asistencial y dimensionamiento de personal/recursos insuficientes repercuten negativamente en la entrega del cuidado. Quedó demostrado que cuando la enfermería asume entre tres a cinco pacientes por profesional y, simultáneamente, hay entre dos a 12 traslados intrahospitalares en el turno de trabajo, la posibilidad del producto del cuidar ser no óptimo es de 7,35 veces mayor cuando comparado con las situaciones más favorables. El análisis apoyado en la Teoría de las Transiciones es un aspecto innovador de este estudio. Los resultados hacen posible la mejoría de la regulación de las entradas y salidas de pacientes en las unidades, organización del trabajo y gestión del cuidado. Se destaca la importancia de la incorporación de las admisiones, altas y transferencias en la mensuración de la carga de trabajo, planificación y distribución del personal y de recursos para minimizar riesgos para la salud del paciente y ocupacionales.

**DESCRIPTORES:** Transferencia de Pacientes; Evaluación de Procesos, Atención de Salud; Personal de Enfermería; Carga de Trabajo; Evaluación de Procesos, Atención de Salud; Gestión de la Práctica Profesional.

---

*1 Apresentação*

---

## **1 APRESENTAÇÃO**

Sou enfermeira, graduada há sete anos pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP/SP), e durante a minha formação, especialmente nos estágios, observava a demanda de trabalho do enfermeiro relacionada tanto ao cuidado direto ao paciente/familiar quanto às ações indiretas e que requeria dedicação de tempo e desenvolvimento de diversas competências profissionais. Esta inquietação me levou a buscar maior conhecimento, por meio da iniciação científica, sobre a carga de trabalho de enfermagem e, nessa oportunidade desenvolvi o trabalho intitulado “Carga de trabalho de enfermeiros: estudo observacional de atividades/intervenções de cuidados indiretos” sob a orientação da Profa. Dra. Marcia GalanPerroca (2015). O estudo foi publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) em 2018.

Após a conclusão da graduação, a fim de aprimorar minhas competências profissionais, busquei por uma especialização com enfoque prático, e ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso e Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, concluída, em 2018. No ano seguinte fui contratada como enfermeira clínica em uma unidade de oncologia de uma instituição hospitalar no interior do Estado de São Paulo e vivenciei o “ser enfermeiro” na assistência, na liderança da equipe, na interação com os demais membros das equipes e na gestão da unidade. Esta experiência me impulsionou a buscar a Especialização em Gestão em Enfermagem na Universidade Federal de São Paulo, concluída em 2019.

Além da prática como enfermeira clínica busco me aprimorar continuamente e, em meio à pandemia, emergiu a necessidade de me desenvolver no ensino e na pesquisa e, em 2020, contatei a Profa. Marcia Galan Perroca demonstrando interesse em ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da FAMERP/SP para desenvolver estudo sobre gestão em enfermagem. Elaboramos o projeto e iniciei as disciplinas,

remotamente, devido a pandemia decoronavírus. Atualmente, além de enfermeira e mestranda, também atuo como docente na Faculdade Municipal Professor Franco Montoro (Mogi Guaçu, SP), no curso de Medicina.

---

## ***2 Introdução***

---

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 Movimentação intra-hospitalar de pacientes

As instituições de saúde experimentam altos níveis de ocupação necessitando, assim, de planejamento e organização para atender à crescente demanda de acomodações para os pacientes. O gerenciamento de leitos possibilita obter uma visão sistêmica entendendo os fluxos dos pacientes e atentando aos fatores relacionados a sua permanência hospitalar<sup>(1)</sup>.

Um gerenciamento apropriado reduz imprevistos, como a falta de leitos, fator que interfere diretamente no cuidado, podendo influenciar também no aumento da permanência hospitalar<sup>(2)</sup>. Estratégias têm sido apontadas como facilitadoras, sendo elas, agilidade na limpeza após alta hospitalar e transferência de unidade; implantação de espaços destinados a pacientes que tiveram alta; elaboração do plano de alta hospitalar previamente e redução do tempo de internação<sup>(2)</sup>. Contudo, gerenciar o fluxo de paciente, ainda é uma tarefa desafiadora para as instituições, devido a sua complexidade, fazendo necessário o envolvimento de diversas áreas profissionais para que ocorra de maneira satisfatória<sup>(3)</sup>.

Um dos indicadores considerados no gerenciamento de leitos é a movimentação de pacientes, também denominada rotatividade incluindo atividades de admissão, alta e transferência (dentro ou fora da unidade)<sup>(4-5)</sup>. Esta movimentação ocorre por razões administrativas ou terapêuticas, conforme a necessidade do paciente e a decisão clínica<sup>(5)</sup>.

Estudos<sup>(5-6)</sup> têm apontado que a maioria das atividades relacionadas à movimentação intra-hospitalar ocorre no período diurno. Durante a internação, apenas 5,4% dos pacientes permanecem no mesmo leito experimentando, em média, 2,5 unidades hospitalares diferentes, ou ainda, 1,9 leitos na mesma unidade<sup>(7)</sup>.

São várias as ações desenvolvidas pela equipe de Enfermagem durante as admissões, transferências e altas de pacientes. Nas admissões é necessário prever e prover os recursos, avaliar e orientar paciente/familiar<sup>(8-9)</sup>. Nas transferências, deve garantir a segurança,

verificando as condições clínicas, documentação e o transporte adequado, além de manter a comunicação com a equipe receptora<sup>(9-10)</sup>. Já na alta hospitalar, é primordial avaliar e orientar paciente/família, além de realizar a contrarreferência com os serviços externos<sup>(9,11-12)</sup>. A documentação das informações permeia todo o processo de movimentação. Porém, nem sempre todas as atividades são desempenhadas pelos membros da equipe durante as transições<sup>(8,10)</sup>.

## **2.2 A teoria das transições e a movimentação de pacientes**

Há mais de 50 anos surgiram as primeiras investigações sobre as experiências humanas nos diferentes tipos de transições, com destaque para a atuação prática da enfermagem. Por transição, compreende-se a passagem ou o movimento de um estado, local ou de uma situação para outra sendo descrita em quatro tipologias: desenvolvimental, situacional, organizacional e relativa ao processo saúde e doença<sup>(13)</sup>.

Assim, representam as fases de desenvolvimento do indivíduo no ciclo da vida, como a transição da infância para a adolescência ou o envelhecimento; as mudanças de papéis profissionais, na família ou transições devido à migração e ao desemprego como condições situacionais; transições específicas do processo saúde e doença e das experiências na jornada do cuidado, além das questões estruturais, políticas e da dinâmica do trabalho mobilizadoras de transições organizacionais<sup>(13)</sup>.

Trata-se de um fenômeno dinâmico e complexo com propriedades pertinentes ao processo, ao tempo e às experiências individuais na interação com diferentes ambientes e pessoas<sup>(14)</sup>. Destaca-se, ainda, pela possibilidade de ocorrer de forma isolada ou ser vivenciada em conjunto, ou seja, diversas transições ocorrendo no mesmo momento<sup>(13)</sup>.

Nesse sentido, a movimentação intra-hospitalar de pacientes pode ser apoiada pela teoria das transições<sup>(13)</sup>. A admissão, a transferência entre unidades e a alta hospitalar

ocorrem, majoritariamente, em atendimento às necessidades de saúde-doença dos pacientes. A indicação de uma intervenção cirúrgica, por exemplo, mobilizará o paciente da unidade de internação para o centro cirúrgico e, às vezes, desse para uma Unidade de Terapia Intensiva retornando, após estabilização clínica, para a unidade de internação. As movimentações também podem estar relacionadas à manutenção da unidade (estrutura física ou equipamentos) havendo a necessidade de deslocar o paciente para outro leito dentro da própria unidade ou para outro setor, o que compreende uma demanda organizacional. E podem ocorrer múltiplas movimentações de pacientes durante o turno de trabalho.

As transições são caracterizadas como processos positivos, embora possam ser impactadas pela descontinuidade<sup>(14)</sup>. As intervenções de enfermagem nessas situações precisam abarcar questões sociais, pessoais e do contexto comunitário visando resultados favoráveis nas transições<sup>(15)</sup>.

Cotidianamente, o enfermeiro é desafiado a reconhecer e desenvolver ações para transições saudáveis e seguras<sup>(16)</sup>. As transições do tipo saúde e doença são mais frequentemente avaliadas pelos profissionais de Enfermagem<sup>(17)</sup>.

Embora a teoria das transições tenha sido desenvolvida para a prática de enfermagem, a abrangência do conceito alcança a realidade de outras disciplinas, como terapia ocupacional, saúde bucal e serviço social e, também, tem sido aplicado entre diferentes áreas da saúde<sup>(17)</sup>. Este referencial se destaca, especialmente, pelo potencial de nortear, explicar e desenvolver práticas interprofissionais em relação ao fenômeno de interesse<sup>(18)</sup>.

Diante de uma temática tão complexa, até o momento, não foi possível identificar estudos sobre a movimentação intra-hospitalar de pacientes e a teoria de transições de enfermagem. Nesse sentido, acredita-se no potencial inovador e na contribuição dessa investigação para a prática hospitalar interprofissional e qualificada.

### 2.3 Repercussões da movimentação de pacientes sobre o cenário de prática

Nas organizações de saúde, a movimentação de pacientes pode ser favorecida por políticas de ocupação de leitos e uso eficiente dos recursos, pela cultura de trabalho em equipe, por investimentos tecnológicos e práticas sistematizadas<sup>(19)</sup>. Estas boas práticas envolvem comunicação interprofissional norteada por instrumentos padronizados<sup>(20-21)</sup>, implementação e gestão de protocolos para transporte de pacientes e ações de educação das equipes de saúde<sup>(21)</sup>.

A complexidade e o volume de movimentações também demanda profissionais, materiais e equipamentos adequadamente dimensionados. Em cenários de sobrecarga, há maior risco de omissão das informações e incidentes no atendimento<sup>(22)</sup>.

Apesar de necessária, a movimentação de pacientes influencia diretamente o trabalho de enfermagem devido à interrupção do cuidado ao paciente sendo associada à maior ocorrência de eventos adversos<sup>(23-24)</sup>. Neste sentido, quanto maior a rotatividade, maior a chance de ocorrer uma situação de não conformidade. A cada movimentação, a possibilidade de ocorrer uma queda de pacientes aumenta 13% e de ferimentos resultantes da queda em 25%<sup>(7)</sup>. Além de que, pacientes expostos a turnos de alta movimentação e prolongamento do tempo de internação têm risco aumentado de morte<sup>(4,25)</sup>.

Por despendar tempo significativo para sua operacionalização este movimento gera impacto sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem (CTE)<sup>(5,26)</sup>. Conceitualmente, a CTE refere-se à quantidade de tempo, esforço físico e cognitivo necessários para realizar os cuidados ao paciente e as atividades não assistenciais. Considera como cuidado direto, ações realizadas na presença do paciente e indireto, ocorridas fora da interação enfermeiro-paciente<sup>(27)</sup>. As atividades de cuidado indireto foram ampliadas para incluir o gerenciamento do ambiente do cuidado e colaboração interdisciplinar<sup>(9)</sup>.

O tempo demandado na rotatividade intra-hospitalar pode consumir até 30% da jornada de trabalho, considerando admissão, transferência e alta conjuntamente<sup>(28)</sup>. Em achados brasileiros, o tempo utilizado pela equipe de Enfermagem oscilou, nas admissões, entre 16,3 a 31,5%<sup>(8)</sup> e, nas transferências de pacientes entre 19,3% a 29%<sup>(10)</sup>, dependendo do turno trabalhado.

Sabe-se que o cuidar é intrínseco ao ser humano, respeitando a pessoa em sua singularidade, promovendo caminhos e possibilidades<sup>(29)</sup>. Indicadores de qualidade podem ser utilizados para mensurar e avaliar as ações de enfermagem. Considerados como instrumento de gestão norteiam o processo de cuidar e a tomada de decisão referente às melhores práticas<sup>(30)</sup>.

Contudo, embora existam indicadores para diversas variáveis, elas não têm sido analisadas de forma associada. Assim, diante da necessidade de avaliar o cuidar, foi desenvolvida<sup>(31)</sup>, a partir de grupos focais junto a enfermeiros clínicos<sup>(32)</sup> e validada<sup>(33)</sup> a escala "Avaliação do produto do cuidar em enfermagem" (APROCENF) para classificar o produto gerado ao final do turno de trabalho da enfermagem. Esta escala incorpora quatro grandes categorias na gestão do cuidado do enfermeiro: o planejamento, a intervenção e a avaliação do cuidado; o dimensionamento e qualificação da equipe de enfermagem; os recursos necessários para prestar assistência; e a interação multiprofissional e com o paciente/familiar<sup>(31,33)</sup>. Fundamenta-se na complexidade e na adaptabilidade do sistema de cuidado da enfermagem<sup>(34-35)</sup> bem como na tríade estrutura, processos e resultados para avaliação da qualidade da atenção à saúde<sup>(36-37)</sup>.

Identifica-se por meio da utilização da escala os aspectos críticos do trabalho e onde são essenciais intervenções para a melhoria, qualificando a assistência e o produto do cuidado entregue<sup>(31,33)</sup>. Achados resultantes de sua aplicação reforçaram sua contribuição na obtenção de resultados por meio de evidências, na tomada de decisão e gestão de mudanças<sup>(38)</sup>, como

também identificaram a relação do produto do cuidar em enfermagem, com as competências profissionais<sup>(39)</sup>.

Até o momento, diante de uma temática tão complexa, não foi possível identificar estudos sobre a movimentação intra-hospitalar de pacientes e a teoria de transições de enfermagem. Nesse sentido, acredita-se no potencial inovador e na contribuição dessa investigação para a prática hospitalar interprofissional e qualificada.

Desta forma, tendo em vista sua relevância no tocante às práticas de gestão e influência sobre a qualidade e segurança do processo de cuidar, este estudo, parte do projeto mãe “Movimentação intra-hospitalar de pacientes: repercussões sobre a carga de trabalho, produto do cuidar e segurança do paciente” e associado ao grupo de pesquisa Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAÚDE), propõe-se a responder aos seguintes questionamentos:

- De que forma a equipe de Enfermagem percebe a influência da movimentação de pacientes nas unidades sobre a organização do trabalho e a entrega dos cuidados com qualidade e segurança?
- A frequência de movimentações, características da atenção e dimensionamento da equipe de enfermagem são fatores associados ao produto do cuidar?
- Quais valores médios de frequência da movimentação de pacientes se associam à classificação do produto de cuidar ótimo?
- Existe efeito de interação do dimensionamento da equipe de enfermagem na relação entre a movimentação intra-hospitalar e o produto do cuidar?

---

### ***3 Objetivos***

---

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Examinar o olhar da Enfermagem quanto às implicações da movimentação de pacientes na organização do trabalho e na entrega do cuidado ao final do plantão.

#### **3.2 Específicos**

- Explorar a associação entre a movimentação de pacientes (frequência de admissões, transferências e altas); características da atenção (unidade de internação, turno da prestação do cuidado); dimensionamento da equipe de enfermagem (proporção de pacientes /profissionais); com produção do cuidado em enfermagem.
- Investigar se o dimensionamento da equipe de Enfermagem nas unidades de internação apresenta efeito de interação, ou seja, verificar se o quantitativo de pessoal apresenta efeito na relação entre a movimentação intra-hospitalar e o produto do cuidado.



## 4 MÉTODOS

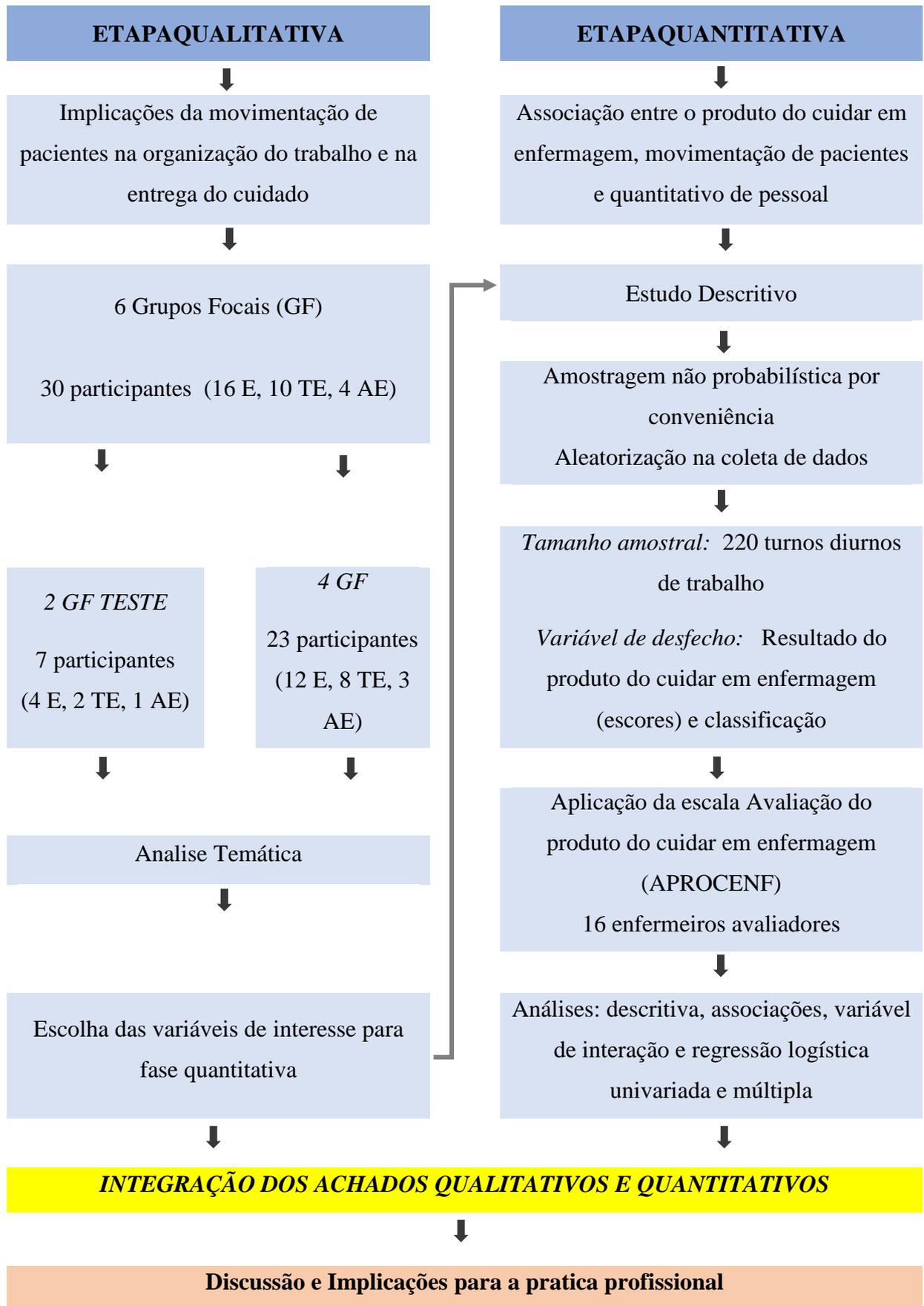
### 4.1 Delineamento da Pesquisa

O método misto (MM) de estratégia exploratória sequencial<sup>(40)</sup>, fundamentado na teoria das transições<sup>(13)</sup>, instrumentalizou o percurso teórico - metodológico desta investigação.

Esta abordagem caracteriza-se por reunir, em um mesmo estudo, pesquisas utilizando métodos qualitativos e quantitativos, de forma concomitante ou sequencial (explanatório ou exploratório), para maior compreensão do problema estudado. Enfatiza-se a coleta e análise dos dados oriundos de ambos os métodos de forma rigorosa, a ênfase para cada uma das bases de dados (igual ou diferenciada) e a integração dos resultados por conexão, fusão ou incorporação. A integração e análise complementa as deficiências e limitações de cada método favorecendo a identificação de novas perspectivas<sup>(40)</sup>.

Optou-se pelo MM pois ele melhor pode apropriar a proposta desta investigação em estudar com maior profundidade a movimentação intra-hospitalar de pacientes tanto sob o olhar dos profissionais que vivenciam este evento cotidianamente (etapa qualitativa) quanto mapeando, sequencialmente, este fenômeno, no ambiente de prática, e explorando seus fatores associados (etapa quantitativa).

Por ambas as abordagens (qualitativa e quantitativa) permitirem compreensão, interpretação e análise dos dados mais abrangente sobre as repercussões da movimentação de pacientes sobre o produto do cuidar e carga de trabalho da equipe de Enfermagem atribuiu-se peso igualitário a ambos (QUALI- QUANTI). As etapas do estudo e seus detalhamentos encontram-se apresentadas no Diagrama abaixo (Figura 1).



**Figura 1** - Representação gráfica da integração dos achados quantitativos e qualitativos, 2022.

## 4.2 Cenários

O estudo foi conduzido em um hospital de ensino de capacidade extra localizado no interior do Estado de São Paulo. A instituição constitui-se em centro de referência para o atendimento de 102 municípios pertencentes à Divisão Regional de Saúde de Rio Preto (DRS 15), como também para pacientes de todas as regiões do Brasil e América Latina. Realiza, em média, 41.226 internações/ano, na modalidade clínica e cirúrgica nas diversas especialidades, sendo 85% do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É certificada em boas práticas em saúde, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), acreditado com excelência (nível 3) e tem demonstrado resultados positivos, nos últimos anos em relação à satisfação dos pacientes.

Foram investigadas cinco unidades: clínica médica (UCM) (etapas 1 e 2), cirúrgica (UCC) (etapas 1 e 2), médico-cirúrgica (UMC) (etapa 1) e duas especializadas - neurologia e transplante (etapa 2). Para explorar a movimentação de pacientes e seus fatores associados (etapa 2) optou-se pela escolha de locais com perfil de atendimento e dinâmica de trabalho diferenciados. As unidades hospitalares retornavam, gradativamente, a sua estrutura e organização anteriores à pandemia por COVID-19. Assim, contou-se com o suporte da enfermeira da educação continuada para indicação dos cenários de prática mais favoráveis à condução do estudo.

As unidades admitem pacientes provenientes de serviços intra-hospitalar, como da urgência e emergência, das Unidades de Terapia Intensiva e demais unidades de internação, e extra-hospitalar, por meio da regulação de acesso assistencial municipal e estadual. A UCM, com 28 leitos (etapa 1) e 26 leitos (etapa 2), após reestruturação, conta com ocupação média de 88%, com prevalência de atendimento à pacientes idosos e portadores de doenças crônicas degenerativas. Estes pacientes demandam, majoritariamente, cuidados intermediários e

permanecem, em média, 5,5 dias na unidade. A equipe de Enfermagem é composta por: uma enfermeira coordenadora, seis enfermeiros e 20 auxiliares e técnicos de Enfermagem.

Outra unidade estudada, a UCC, possui 26 leitos destinados a pacientes pré e pós-operatório com ocupação média de 79%. Em relação aos cuidados de Enfermagem, os pacientes demandam cuidados mínimos e intermediários e a média de permanência é de quatro dias. Esta unidade conta com uma enfermeira coordenadora, seis enfermeiros e 18 auxiliares e técnicos de Enfermagem.

A UMC, com 45 leitos, recebe atendimento de pacientes com morbidades clínicas e demandas cirúrgicas e mantém ocupação média de 81%. Permanecem internados, em média, 5,6 dias requerendo cuidados mínimos ou intermediários da equipe de Enfermagem organizada em enfermeira coordenadora, 10 enfermeiros clínicos e 30 auxiliares e técnicos de Enfermagem.

Estruturada em 22 leitos, a unidade neurológica, atende pacientes clínicos e cirúrgicos, principalmente, pós acidente vascular cerebral; a maioria deles são provenientes do pronto-socorro e ambulatório de especialidades. A média de permanência é de cinco dias. Conta com uma enfermeira coordenadora, cinco enfermeiros clínicos e 13 auxiliares/técnicos de enfermagem.

Já a unidade de transplantes (coração, córnea, fígado, pâncreas, pulmão e rim) possui 32 leitos destinados à internação durante o período pré e pós-transplante com média de permanência de oito dias. Na equipe de enfermagem atuam uma enfermeira coordenadora, 10 enfermeiros clínicos e 28 técnicos de enfermagem.

### **4.3 O Fluxo de Pacientes na Instituição de Estudo**

Considerando o fluxo de acesso dos pacientes dependentes do SUS, a instituição pesquisada segue a logística de referência e contra referência ordenada pelas Centrais de

Regulação Assistencial mediante encaminhamento e regulação médica de acordo com o grau de atendimento, convênios estabelecidos e em respeito às pactuações regionais com o DRS 15 de São José do Rio Preto.

Este hospital, é referência na região para o atendimento de pacientes adultos com demandas clínicas ou cirúrgicas de alta complexidade. O acesso para internação, tanto eletiva quanto de urgência/emergência é regulado, com exceção dos pacientes oncológicos, transplantados e em cuidados paliativos, que já realizam acompanhamento no serviço, admitidos como demanda espontânea.

Os pacientes eletivos são provenientes, majoritariamente, do ambulatório de especialidades do hospital e as urgências/emergências são encaminhadas via Central Municipal de Regulação, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e outras viaturas, como resgate, transporte médico de rodoviário, entre outros.

A logística de alocação de pacientes nas unidades de internação e a gestão da ocupação dos leitos do hospital encontra-se sob a responsabilidade de um serviço interno, denominado gerenciamento de leitos. A tomada de decisão está pautada em dados do sistema informatizado e na discussão clínica realizada junto ao (s) enfermeiro (s) de cada setor envolvido.

Nas unidades clínicas, cabe a equipe de enfermagem preparar o leito e realizar a admissão do paciente e, ao enfermeiro, avaliar os novos pacientes admitidos e prescrever as intervenções de enfermagem.

As transferências de pacientes intra-hospitalares podem ocorrer para um serviço de diagnóstico por imagem, para o centro cirúrgico, para uma das Unidades de Terapia Intensiva, para outra unidade ou dentro da própria unidade por uma recomendação de precaução e isolamento do paciente, dentre outras questões clínicas e não clínicas. A equipe de Enfermagem prepara e acompanha os pacientes de acordo com o grau de complexidade

assistencial. Conta-se, ainda, com o apoio de profissionais operacionais para alguns transportes de pacientes, ainda que não estejam disponíveis nas 24 horas.

Desde 2015, a instituição implementou o processo de alta responsável visando assegurar a transição e a continuidade dos cuidados aos pacientes. Atualmente, todas as unidades de internação SUS realizam esta prática que requer atuação interprofissional em parceria com o gerenciamento de leitos e tem o enfermeiro como mediador.

#### **4.4 Etapa 1 – Percepção da equipe de Enfermagem sobre a movimentação de pacientes**

##### **4.4.1 Participantes e Critérios de Seleção**

Considerou-se para participar do estudo membros da equipe de Enfermagem (enfermeiros - E, técnicos - TE e auxiliares - AE), lotados nas unidades investigadas (etapa 1), que atuavam na assistência direta ao paciente (enfermeiros) e com vinculação institucional de pelo menos três meses (equipe de enfermagem); excluiu-se os profissionais em situação de afastamento no trabalho (licenças e férias). Os profissionais foram indicados pelo gerente de enfermagem das unidades e/ou enfermeira da educação continuada da instituição (amostra por conveniência).

Foram convidados para participar do estudo 63 profissionais (E-28, TE-23, AE-12), desses 30 confirmaram participação. Compuseram a amostra do estudo piloto sete profissionais de Enfermagem e 23 nos demais GF.

##### **4.4.2 Operacionalização dos Grupos Focais**

Realizaram-se seis sessões de GF, sendo duas para piloto do instrumento. Optou-se por separar as categorias profissionais (E, TE/AE) na composição dos GF, devido ao histórico de hierarquia profissional nos papéis desenvolvidos. Estudo<sup>(41)</sup> recomenda essa segregação, para facilitar a comunicação e maior participação, evitando a dominância profissional no GF.

Os grupos foram conduzidos por uma pesquisadora com especialização em gestão em enfermagem e capacitada para a condução de GF. As sessões, com duração média de 40 minutos, foram gravadas mediante autorização prévia e ocorreram de forma híbrida.

No início dos GF orientou-se sobre o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - APÊNDICE 1 - e do perfil profissional considerando as variáveis sociodemográficas (idade, sexo) e laborais (ano de conclusão da graduação, tipo de especialização, experiência profissional) - APÊNDICE 2.

#### **4.4.2.1 Estudo Piloto**

Inicialmente, realizou-se o GF piloto, etapa que permite testar e refinar os processos do grupo<sup>(42)</sup>, além de obter informações sobre a relevância e a clareza das questões possibilitando adequá-las de acordo com os objetivos da pesquisa<sup>(43)</sup>.

O convite para participação foi realizado de forma online, por meio do aplicativo de celular WhatsApp, devido à pandemia do COVID-19. Nele, destacou-se o objetivo da pesquisa e possibilidades de datas e horários pelo Google Meet foram sugeridas. Nesse momento, foram contatados nove enfermeiros, seis técnicos e três auxiliares de enfermagem e, dentre eles, sete manifestaram interesse em participar.

Dois encontros remotos, um com enfermeiros e outro com técnicos e auxiliares, foram realizados em novembro de 2021. Após preenchimento do TCLE e perfil profissional no aplicativo Google Forms iniciou-se a leitura das questões norteadoras: *1. Na sua percepção, a movimentação de pacientes, representada pelo número de admissões, transferências e altas na unidade em que atua, interfere: Na organização de seu trabalho durante o plantão? Na qualidade do cuidado prestado aos pacientes? De que forma? 2. Qual seria a condição desejável/ideal no cotidiano de trabalho para realizar admissões, transferências (intra-hospitalar) e/ou altas de pacientes com qualidade e segurança? 3. Em qual (s) situação (s)*

*essa movimentação de pacientes se torna desfavorável, com riscos ao paciente e profissionais de saúde? 4. Em qual (s) situação (s) essa movimentação de pacientes se torna extremamente desfavorável, com severos riscos ao paciente e profissionais de saúde?*

Além de permitir a livre expressão de experiências sobre o tema, oportunizou-se aos profissionais a abordagem de alguns aspectos não debatidos. Os participantes mencionaram que as questões eram claras e de fácil entendimento e não houve sugestões. No entanto, a partir dos relatos que emergiram, exemplificados no Quadro 1, duas questões relativas ao tempo dedicado e a (in) conclusão das atividades no turno de trabalho foram acrescentadas para os próximos grupos focais.

**Quadro 1.** Excertos dos relatos de enfermeiros e técnicos/auxiliares de Enfermagem relativos ao fator tempo no estudo piloto. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022

<b>Enfermeiros</b>	<b>Técnicos/Auxiliares de enfermagem</b>
<i>(...) Interfere e muito quando temos admissões, transferências e altas na unidade(...) demorando muito tempo e atrasando os outros que estão na unidade (...)</i> (EPE4)	<i>(...) o plantão fica mais corrido quando ocorre isso, temos que fazer tudo e acabamos fazendo mais rápido e dando um pouco menos de atenção ao paciente (...)</i> (EPTE2)
<i>(...) tem vez que eu tenho tudo ao mesmo tempo, transferência, admissão e alta,(...) temos que dar um tempo durante o plantão para estar organizando isso (...)</i> (EPE2)	<i>(...) um dia que existe muitas transferências, admissões ou alta, muda totalmente a organização do trabalho (...)</i> (EPTE2)

#### 4.4.2.2 Grupo Focal

Após melhora do cenário nacional da pandemia foi possível realizar uma nova conversa com a enfermeira responsável pela educação continuada da instituição e programar os GF de forma presencial. Agendou-se duas datas para os encontros em diversos dias e horários para alcançar maior inserção de profissionais.

Foram convidados 20 enfermeiros, 15 técnicos e 10 auxiliares de Enfermagem indicados pela enfermeira da educação continuada e pela gerente de Enfermagem de cada unidade. Destes, 23 aceitaram participar. Os encontros, agendados previamente, ocorreram em março de 2022, em salas de fácil acesso dentro da instituição e que não permitiam interferência externa. Foram realizados dois encontros no período da manhã e outros dois no turno da tarde.

As duas questões acrescentadas às quatro iniciais para nortear as discussões no GF foram:

*5. Quanto tempo você dedica, em média, para admissões, altas e transferências, em um plantão de 6 ou 12 horas? 6. Você consegue desenvolver todas as tarefas planejadas para o plantão, quando existem admissões, altas e transferências.*

A moderadora incentivou a participação de todos os membros em cada GF realizando anotações e, ao final dos encontros, apresentou as devolutivas sobre os principais aspectos debatidos em cada questão. Ainda, possibilitou o debate sobre outras experiências relacionadas ao tema.

#### **4.4.3 Tratamento e Análise dos Dados**

O material gravado dos grupos focais foi transcrito na íntegra, enumerado conforme ordem de realização e, em seguida, exportado para o Software MAXQDA versão 2020. Este Software permite que o pesquisador organize e sistematize os dados qualitativos, crie códigos e gere categorias temáticas e, ainda, apresente os temas relevantes por meio de gráficos e/ou “nuvens de palavras”<sup>(44)</sup>.

Procedeu-se as três etapas de análise de conteúdo temática<sup>(45)</sup>. Inicialmente, o material foi organizado e realizou-se a leitura fluida dos relatos com posterior aprofundamento sobre os achados (pré-análise). As unidades de codificação foram selecionadas por duas pesquisadoras, de forma independente e consensual, para composição das categorias por

agregação dos achados (exploração do material). Em seguida, os códigos e temas foram validados por uma terceira pesquisadora. Por fim, interpretações e inferências foram realizadas para tratamento dos resultados procedentes dos GF (excetuando-se os do estudo piloto) de acordo com o referencial teórico adotado<sup>(13)</sup>.

Para preservar o anonimato, na transcrição dos relatos, os enfermeiros participantes do GF piloto (Estudo Piloto – EP) foram identificados com as siglas EPE1, EPE2, EPE3 e EPE4 e os técnicos e auxiliares de Enfermagem como EPTE/AE1, EPTE/AE2, EPTE/AE3. Para o Grupo focal, adotou-se a sigla GF e as iniciais E (enfermeiros) e TE/AE (técnicos e auxiliares de Enfermagem) enumeradas, sequencialmente.

## **4.5 Etapa 2- Fatores Associados à Movimentação de Pacientes e ao Produto do Cuidar**

### **4.5.1 Amostra e Participantes**

Trata-se de uma amostragem não probabilística por conveniência. O tamanho amostral foi determinado, estatisticamente, em 220 turnos diurnos de trabalho, abrangendo o período de três meses e excluindo-se fins de semana e feriados (devido ao quadro reduzido de enfermeiros para aplicação do instrumento). Ele baseou-se na consulta da rotatividade das unidades investigadas nos últimos três anos e no período de reestruturação pós COVID.

No intuito de evitar a escolha subjetiva e direcionada e evitar viés optou-se pela aleatorização na coleta de dados <sup>(46)</sup> considerando-se primeiro o dia, depois a unidade e por fim o turno de trabalho. Calculou-se uma reserva de 20%, seguindo os mesmos critérios da aleatorização, para cobertura de eventuais perdas durante a coleta ocasionadas por não aceite ou preenchimento de dados incompletos.

Foram convidados 20 enfermeiros atuantes na assistência direta ao paciente nos turnos da manhã e tarde para atuar como avaliadores do produto do cuidar. Dos 16 que anuíram em

participar, quatro estavam alocados na unidade de clinica cirúrgica, seis na clínica médica, quatro na unidade neurológica e dois na unidade de transplantes.

#### **4.5.2 Variáveis**

A etapa investigou variáveis relacionadas a (aos):

- Movimentação intra-hospitalar de pacientes: número de admissões, altas, transferências entre unidades e total de movimentações por turno;
- Dimensionamento da equipe de enfermagem: quantitativo de pessoal de Enfermagem total, por turnos, unidades e categorias (enfermeiros, técnicos/auxiliares); e, proporção pacientes/profissional total e por categorias profissionais;
- Enfermeiros avaliadores: sexo, idade, tempo de atuação (profissional, institucional e na unidade), qualificação profissional, turno de trabalho e unidade de atuação;
- Produto do cuidar em Enfermagem (variável de desfecho): escore total, médio e por itens; classificação (ruim, regular, bom e ótimo)

#### **4.5.3 Instrumentos**

Para coleta de dados foram utilizados dois formulários; sendo um, para o perfil profissional dos enfermeiros avaliadores (APÊNDICE 3), e o segundo, para registro dos escores obtidos nas avaliações (APÊNDICE 4); e, ainda, a escala Avaliação do produto do cuidar em Enfermagem (APROCENF)<sup>(33)</sup>(ANEXO 1).

O primeiro formulário solicitava informações relacionadas aos dados pessoais (sexo, idade) e às atividades laborais (tempo de atuação profissional, na instituição e unidade, turno de trabalho e qualificação). Já o outro, permitia o registro diário das avaliações realizadas, contendo nome do enfermeiro, data, horário, turno, unidade de internação, escores obtidos por item e total com a classificação do produto do cuidar correspondente.

A escala APROCENF<sup>(33)</sup> tem por objetivo avaliar o produto do cuidar em seus múltiplos aspectos, atentando para a qualidade do produto entregue pela equipe de enfermagem ao final do turno de trabalho. Nas análises psicométricas, o instrumento revelou coeficiente de alfa de Cronbach de 0,85, equivalência interavaliadores, Índice de Validade do Conteúdo da Escala (IVC-E)  $\geq 0,9$  e evidências de validade de construto<sup>(33)</sup>.

Encontra-se composta por oito itens: 1. Planejamento da assistência de Enfermagem; 2. Recursos necessários para prestar assistência; 3. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem; 4. Ações educativas e desenvolvimento profissional; 5. Acompanhamento e transferência do cuidado; 6. Interação e atuação multidisciplinar; 7. Atenção ao paciente e/ou familiar e 8. Atendimento das necessidades assistenciais.

Cada item dispõe de uma classificação entre 1 e 4; através da somatória dos pontos obtidos em cada subitem, obtém-se um escore geral que avalia o produto do cuidado de enfermagem em: ruim (8 a 12 pontos), regular (13 a 20 pontos), bom (21 a 28 pontos) ou ótimo (29 a 32 pontos).

#### **4.5.4 Protocolo do Estudo**

O número de admissões, altas e transferências, por dia e horário, foi obtido após a coleta de dados junto à tecnologia da informação utilizando-se o gerenciamento eletrônico institucional. Nesse momento, verificou-se, ainda, o número de pacientes por dia e turno.

A organização quanti qualitativa da equipe de Enfermagem foi verificada, concomitantemente à aplicação da escala APROCENF nas unidades, através da escala diária de profissionais e checada na escala mensal para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Previamente à coleta de dados, foi realizado a apresentação, pela pesquisadora, do instrumento APROCENF aos enfermeiros das unidades investigadas. Nessa ocasião, foi

explicado, individualmente, a finalidade e composição da escala, clarificado dúvidas e abordado como ocorreria o processo.

Uma aluna da graduação de Enfermagem colaborou de forma voluntária na pesquisa e após capacitação, visitou, diariamente, os cenários conforme estabelecidos na aleatorização. No primeiro dia, foi apresentado aos enfermeiros o TCLE (APÊNDICE 5) e após anuência, procedeu-se a entrega dos demais instrumentos de pesquisa. Próximo ao término do turno de trabalho, o formulário para registro dos escores obtidos nas avaliações era recolhido.

Durante o acompanhamento, a acadêmica teve o cuidado de não influenciar no preenchimento do formulário. Esclarecia as dúvidas que eventualmente emergiam entre os participantes e quando necessário consultava a pesquisadora. O contato pesquisador-colaborador foi mantido durante toda coleta de dados para troca de informações e feedback diário.

#### **4.5.5 Análise e Tratamento dos Dados**

Os dados foram registrados no programa Excel, e posteriormente os exportados para o software STATA versão 14 e JAMOVI versão 2.2.5 (para a análise da confiabilidade dos questionários através do cálculo dos coeficientes alfa e ômega). Em todas as análises foi utilizado valor de  $p < 0,05$ .

Inicialmente foi feita a análise descritiva dos dados por meio das médias, desvios-padrão, valores de percentis e valores mínimos e máximos dos escores das variáveis quantitativas e proporções para as variáveis qualitativas.

A variável de desfecho e várias variáveis independentes quantitativas não apresentaram adesão à curva normal e foram categorizadas para realização de testes não paramétricos. As categorias foram criadas com base nas distribuições de frequências. Para

variáveis com categorias com número pequeno de casos, foram feitos reagrupamentos segundo a distribuição de frequências e/ou as probabilidades de risco das categorias.

As análises de associação foram feitas utilizando o teste qui-quadrado de Pearson e a regressão logística adotando como medida de risco o oddsratio (OR). Testou-se possíveis efeitos de interação por meio de análise de regressão estratificada, segundo o potencial fator de interação, acompanhado do teste de homogeneidade de Mantel-Haenszel. A modificação do efeito também foi testada por meio da criação de uma variável de interação (termo-produto considerando a variável de exposição e o potencial fator de interação).

Posteriormente, conduziu-se a análise de regressão logística múltipla para verificar fatores associados ao produto do cuidar. Foi adotado o método *stepwise forward*, e considerou-se as variáveis que apresentaram  $p < 0,20$  na análise univariada. O nível descritivo (“p”) de cada variável determinou a ordem de entrada no modelo múltiplo. O ajuste do modelo foi avaliado por meio do teste de Hosmer-Lemeshow e pela estatística deviance.

Os dados qualitativos e quantitativos foram analisados, separadamente, e posteriormente integrados por incorporação.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), e aprovado sob o parecer nº 47183321.7.0000.5415 (ANEXO 2). Os participantes, em todas as etapas do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido seguindo as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

---

## ***5 Resultados***

---

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com as etapas do estudo. Inicialmente os dados da fase 1 - qualitativa e a escolha das variáveis de interesse para a fase sequente; após será detalhado a etapa quantitativa - fase 2, finalizando com a integração dos dados de ambas etapas.

### 5.1 Etapa 1 – Percepção da equipe de enfermagem sobre a movimentação de pacientes

No GF piloto participaram quatro enfermeiros e três técnicos/auxiliares de Enfermagem, todos do sexo feminino, com idade média de 32 (DP=7,5; variação 24 a 41) anos e 29 (DP=5,6; variação 24 a 35) anos, respectivamente. O tempo de atuação variou de dois a 15 anos e todos os enfermeiros possuíam especialização.

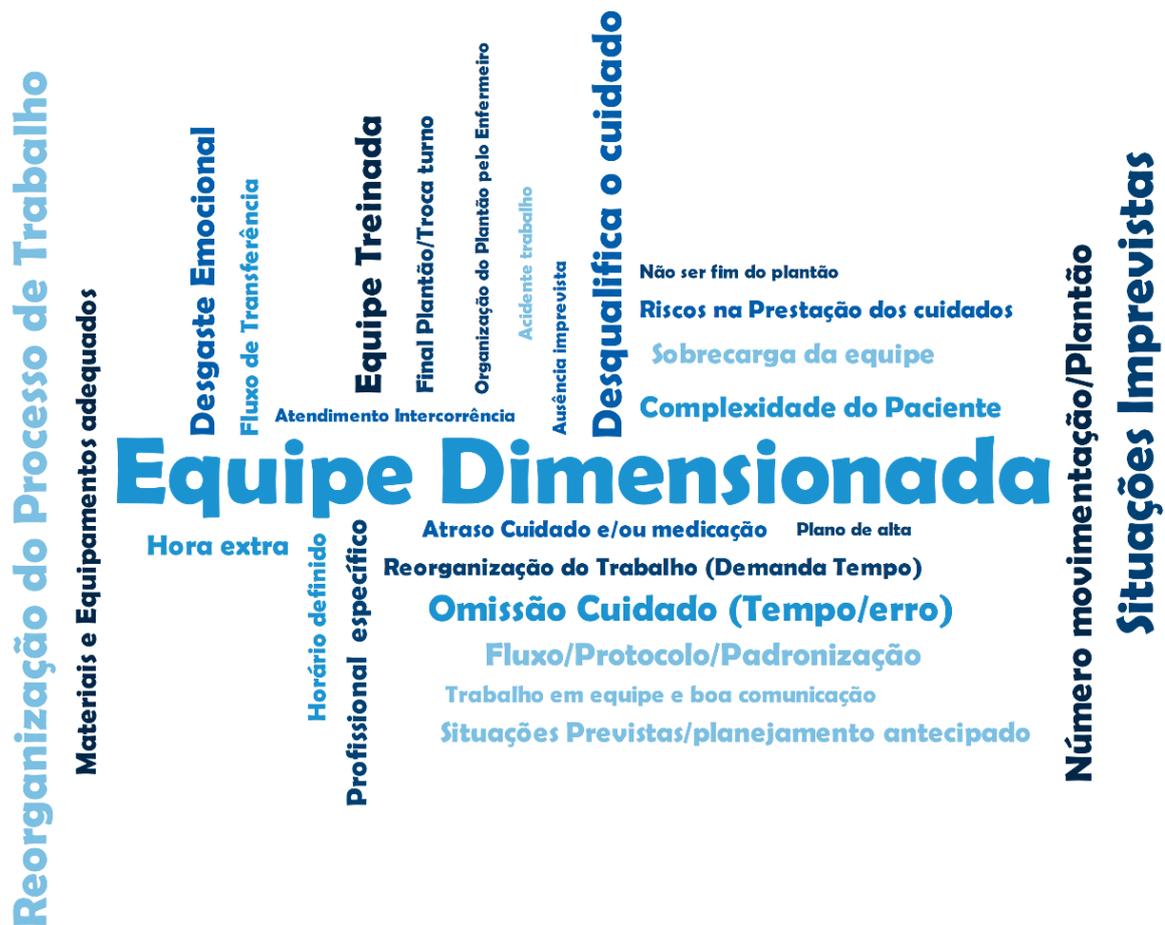
Dentre os enfermeiros (n=12) e técnicos/auxiliares de Enfermagem (n=11) do GF principal, 20(87%) eram do sexo feminino e os enfermeiros tinham, em média, 33,7(DP=7,7; variação 25 a 47) anos e atuavam há 9,5(DP=6,4; variação 3 a 17) anos; a média de idade dos técnicos/auxiliares de Enfermagem era de 31,8(DP=7,7; variação 22 a 49) anos e 8,5(DP=6,7; variação 4 a 21) anos de atuação profissional. Três enfermeiros haviam concluído o Mestrado e os demais, pelo menos, uma Especialização. Demais características laborais dos participantes encontram-se apresentadas na Tabela 1.

**Quadro 2** - Distribuição dos participantes da fase qualitativa por grupo focal, unidade de atuação e turno de trabalho. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.

Estudo Piloto (EP)			Grupo Focal (GF)		
Categoria(EP)	Unidade	Turno	Categoria(GF)	Unidade	Turno
E1 (EP1)	UMC	Manhã	E1 (GF1)	UCC	Manhã
E2 (EP1)	UMC	Tarde	E2 (GF1)	UMC	Tarde
E3 (EP1)	UCC	Tarde	E3 (GF1)	UCM	Tarde
E4 (EP1)	UCM	Tarde	E4 (GF1)	UMC	Manhã
TE1 (EP2)	UMC	Noite	E5 (GF1)	UMC	Manhã
TE2 (EP2)	UCC	Manhã	E6 (GF1)	UCM	Manhã
AE1(EP2)	UMC	Tarde	E7 (GF3)	UCC	Tarde
			E8 (GF3)	UMC	Noite
			E9 (GF3)	UCC	Tarde
			E10 (GF3)	UMC	Tarde
			E11 (GF3)	UCM	Tarde
			E12 (GF3)	UCM	Noite
			TE1 (GF2)	UCC	Manhã
			TE2 (GF2)	UCM	Noite
			TE3 (GF2)	UMC	Manhã
			TE4 (GF2)	UCM	Manhã
			TE5 (GF4)	UMC	Tarde
			TE6 (GF4)	UMC	Tarde
			TE7 (GF4)	UCC	Tarde
			TE8 (GF4)	UCM	Noite
			AE1 (GF2)	UMC	Tarde
			AE2 (GF2)	UCM	Noite
			AE3 (GF4)	UCM	Tarde

E - enfermeiro, TE - técnico de enfermagem, AE - auxiliar de enfermagem; UCM - unidade clínica médica, UCC – unidade clínica cirúrgica, UMC- unidade médico cirúrgica .

As unidades de codificação extraídas dos relatos foram agrupadas, por meio do software MAXQDA, e estão apresentadas na Figura 2.



**Figura 2**-Nuvem de códigos extraídos dos Grupos Focais com enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, 2022.

Nos GF principais, a partir do relato da equipe de Enfermagem, foi possível extrair duas categorias temáticas (1)**A influência de fatores estruturais e da organização do trabalho na movimentação intra-hospitalar de pacientes:** fatores favoráveis à movimentação de pacientes, e, condições desfavoráveis e extremamente desfavoráveis; (2)**A movimentação de pacientes demanda tempo, gera sobrecarga de trabalho e interfere na entrega do cuidado,** que emergiu de: qualidade e segurança na atenção à saúde e (sobre)carga de trabalho de enfermagem.

**(1) A influência de fatores estruturais e da organização do trabalho na movimentação intra-hospitalar de pacientes.**

*Fatores favoráveis à movimentação de pacientes*

Para melhor organização do trabalho da enfermagem, a padronização dos processos de admissão, alta e transferência de pacientes foi destacada pela equipe, especialmente pelos enfermeiros. O estabelecimento de fluxos com indicação de horários que favoreçam a segurança do paciente, a implementação de instrumentos objetivos e norteadores da transição do cuidado e o planejamento antecipado da alta foram aventados pelos profissionais.

*(...)se conseguisse ser informada no início de cada plantão, acho que seria o ideal, assim já incluiria isso na rotina(...). (GFE9)*

*(...)se as admissões, transferências e altas não fossem feitas pouco antes do fim do plantão, já seria muito melhor (...).(GFE4)*

*Deveria ter um horário para isso, assim já estaríamos preparados e teria menos riscos(...)(GFTE1)*

*(...)tentar concentrar em horário fixo(...) prováveis altas fossem decididas até determinado horário, isso facilitaria na criação de um processo, organização dos cuidados e papéis(...) deveria ter um procedimento operacional padrão (POP) para cada tipo de movimentação(...).(GFE12)*

*(...)estabelecer um processo padronizado... itens obrigatórios a serem realizados antes e após, tipo check-list(...). (GFE1)*

*(...)ter um instrumento melhor para admissão, mais facilitado, algo focado(...).(GFE7)*

*(...)orientação de alta desde o primeiro dia de internação, ter data marcada para isso, para planejarmos isso durante o período em que o paciente está internado, não ser algo pego de surpresa (...).(GFE9)*

*(...)preparar essa família para essa alta, levo muito tempo no momento da alta(...).(GFTE4)*

O dimensionamento adequado da equipe de Enfermagem atrelado ao desenvolvimento profissional permanente e à manutenção de recursos materiais e equipamentos em quantidade e qualidade, ou seja, em atendimento às necessidades dos pacientes representam a maior preocupação dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de Enfermagem. Estes fatores, na percepção dos participantes, são determinantes para intervenções bem-sucedidas.

*(...) equipe treinada, fazer uma educação efetiva (...) além do mínimo de materiais e equipamentos adequados(...).(GFE2)*

*(...)se tivesse funcionário suficiente, já seria uma solução eu acho.(GFE6)*

*(...) ter número de funcionários adequado e capacitado (...).(GFE8)*

*Principal acho que é o número de profissional compatível com a necessidade; tendo profissional conseguimos fazer um dimensionamento adequado onde consigo realizar o cuidado integral com qualidade e tempo.(GFE10)*

*Ter número de funcionários adequado(...) acho que é a maior solução(GFTE3)*

*(...) um treinamento melhor dos profissionais(...). (GFTE4)*

*(...)o principal é número de funcionário adequado, onde a divisão de pacientes não esteja elevada, assim consigo prestar um cuidado com qualidade (...).(GFTE5)*

Duas falas de técnicos/auxiliares de Enfermagem chamam a atenção para o planejamento das atividades realizado pelo enfermeiro e o modelo de organização do trabalho pautado na colaboração entre os membros da equipe. Estes são aspectos facilitadores frente às demandas de cuidados, incluindo as movimentações de pacientes.

*Eu descordo um pouco, acho que se for bem organizado, se conseguir organizar tudo, não interfere(...) se a enfermeira conseguir organizar bem os pacientes (...)nosso plantão fica melhor(...) (GFTE5).*

*No meu setor acho que isso não acontece muito, um sempre ajuda o outro, a maioria dessas atividades são organizada, sempre um colega tenta ajudar o outro e acabamos que o plantão acaba tudo bem, nossa equipe tenta ser unida (...).(GFTE7).*

Ainda como fator estrutural, a disposição de um serviço de apoio às transferências de pacientes com profissionais devidamente capacitados para o transporte e que atendam as demandas, especialmente, das unidades com alta rotatividade de pacientes, nos diferentes turnos de trabalho, foi mencionada como uma questão favorável ao processo.

*(...) acho que deveria ter alguém para realizar apenas esse tipo de movimentação, alguém para realizar as transferências. (GFE5)*

*Deveria ter uma equipe somente para esses processos, alguém para transferir e arrumar os papeis (...). (GFE8)*

*(...) existe o profissional do transporte, mais não são tantos no hospital (...) eles também estão em número reduzido, à noite mesmo não tem (...). (GFTE2)*

*(...) teria que ter mais operacionais, para realizar essas tarefas (...) no noturno não existe (...). (GFAE2)*

***Condições desfavoráveis e extremamente desfavoráveis***

As movimentações de pacientes nas unidades de internação confirmam a não linearidade na produção do cuidado de enfermagem e a necessidade de adaptação da equipe e reorganização do trabalho. Esta condição é compreendida como desfavorável, principalmente, frente ao número elevado de admissões, altas e transferências durante o plantão e/ou quando ocorrem outras situações imprevistas, como alta(s) não planejada(s), intercorrência(s) e permanência de paciente(s) crítico(s) na unidade.

*Ao iniciar o plantão, temos em mente uma quantidade X de pacientes, para quantidade Y de tempo. Ao ter admissões, transferências e altas (...) temos interferência direta, muda o nosso cenário (...) (GFE4)*

*Começo com um número de pacientes e ele muda o tempo todo (...) isso por que tem as altas, transferências e novas admissões. (GFTE1)*

*(...) quando o volume (...) de admissão, alta e transferência é alto durante o plantão, o restante das atividades fica comprometido devido ao tempo reduzido e isso acaba sendo bem ruim. (GFE12)*

*(...) muita entrada e saída de pacientes, os riscos aumentam para todos. (GFAE1)*

*Quando existem pacientes de alta complexidade (...) intercorrências na unidade, por exemplo paciente desestabilizou e se torna um paciente de alta complexidade dentro da unidade (GFE3)*

*Plantão com intercorrências, paciente desestabilizado na unidade, fica muito corrido e os riscos aumentam para todo mundo (...) (GFTE2)*

*Quando a alta não foi planejada ou comunicada antes (...) pode ser feita às pressas, sem atenção e essa situação é desfavorável ao paciente (GFE12)*

*(...) eu preciso de tempo, profissional e organização para realizar isso (...) (GFE2)*

A quantidade insuficiente de profissionais e de materiais/equipamentos para atender às demandas de cuidados de Enfermagem, assim como a deficiência na qualidade desses recursos, foram reiteradas como desfavoráveis para uma prática segura. E, segundo os relatos, os riscos aumentam quando as movimentações de pacientes são realizadas próximas à troca de turnos.

*(...) se nesse dia o plantão já apresentou problemas com funcionário, um deles está de atestado, o número fica menor e os riscos aumentam(...). (GFE3)*

*(...) quando falta insumos, como ter material, equipamentos adequados para a transferência, eu já peguei maca que a grade não levantava direito, isso é muito arriscado, além disso deve ter pessoal suficiente e treinado.(GFE2)*

*(...) quando o dimensionamento de profissionais de enfermagem não é adequado, isso compromete a qualidade da assistência (...). (GFE10)*

*Quando o número de paciente é alto e o de funcionário baixo(...). (GFAE3)*

*(...) o risco aumenta se as coisas acontecem principalmente em momentos de sobrecarga e próximo às trocas de turno(...)se nessa hora tem uma admissão, certeza que será feita mais rápida e com menos atenção(...). (GFE4)*

*(...) muito risco na troca de plantão (...). (GFE7)*

Como circunstâncias extremamente desfavoráveis, os participantes reforçam a quantidade e qualidade dos recursos e indicam a transferência de pacientes para a unidade de terapia intensiva como um processo crítico. Outro momento delicado para a equipe admitir, transferir ou dar alta para os pacientes está relacionado ao atendimento de intercorrência (s) na

unidade. Apenas um enfermeiro e um técnico/auxiliar de Enfermagem mencionaram a comunicação efetiva entre as equipes como fator de alto risco nas movimentações de pacientes.

*Quando não tem recursos humanos suficientes (...). (GFE5)*

*Quando estamos com número reduzido de técnicos no plantão (...). (GFTE4)*

*(...)quando tem que levar para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a unidade fica sem enfermeiro, principalmente se for de fim de semana, que ficamos um enfermeiro por unidade, acho gravíssimo(...). (GFE3)*

*No momento em que estamos com um paciente que deve ser transferido para a UTI (...). (GFTE5)*

*Nos momentos em que estão sendo atendidas urgências e emergências na unidade o foco fica na intercorrência. (GFE4)*

*Pacientes com instabilidade hemodinâmica, transporte sem suporte ideal de material e de equipe (...). (GFE9)*

*No transporte sem segurança, com maca, cadeira improvisada, sem transporte adequada, isso são riscos severos.(GFTE1)*

*(...) uma anotação errada, ou uma informação não coletada(...)o ideal seria pessoal em número suficiente e capacitado, trabalho em equipe, e uma boa comunicação.(GFE8)*

*(...) chega uma admissão sem ninguém saber, sem leito arrumado, isso é péssimo (...) a comunicação deveria ser melhor(...). (GFAE3)*

**(2) A movimentação de pacientes demanda tempo, gera sobrecarga de trabalho e interfere na entrega do cuidado.**

***Qualidade e segurança na atenção à saúde***

As movimentações de pacientes associadas ao dimensionamento de pessoal de enfermagem insuficiente para atender as demandas de cuidados dos pacientes e as situações imprevistas (intercorrências) durante o plantão podem comprometer a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes e dos trabalhadores.

*Prejudica muito a qualidade (...) principalmente se for paciente mais grave, acho que interfere na qualidade e acaba que ficamos correndo riscos, pois o número de pacientes continua igual, porém para um número menor de funcionários. (GFE3)*

*(...)quando o dimensionamento de profissionais de enfermagem não é adequado, isso compromete a qualidade da assistência. (GFE10)*

*(...) pode impactar na qualidade da assistência (...)pode aumentar o afastamento por lesões. Isso afeta muitas coisas, como já falamos a organização, a qualidade, os riscos aos pacientes e aos funcionários (...). (GFE6)*

*(...) quando chega muitos pacientes, acabo fazendo o mínimo para cada um (...) (GFTE3)*

*(...) muitas vezes sofro pressão para liberar um leito ou levar logo um paciente para outra unidade rápido, isso interfere muito a qualidade (...) (GFTE4)*

A omissão e/ou atraso na prestação dos cuidados foi relatada pela equipe e, especialmente, os técnicos/auxiliares de enfermagem destacaram a (in)segurança na terapia medicamentosa diante das várias movimentações de pacientes no plantão. Todos os enfermeiros afirmaram não entregar todas as atividades planejadas e os demais profissionais,

majoritariamente, concluem os cuidados, contudo, de forma apressada ou ficam além do horário de trabalho.

*(...) fico muito atenta a todas essas movimentações, a documentação, fluxo, várias coisas, que acabo de deixar de prestar o cuidado a outros pacientes como deveria (...). (GFE5)*

*(...) quando temos muitas admissões, transferências, as coisas começam a atrasar no setor, tudo fica mais lento, os pacientes ficam esperando por coisas que as vezes não deveria (...). (GFE7).*

*Por não ser algo previsto, preciso retirar tempo de assistência de algum paciente, interferindo na qualidade do cuidado (...). (GFE9)*

*(...) quando o volume (...) de admissão, alta e transferência é alto interfere muito, na questão das medicações e cuidados(...). (GFTE1)*

*(...)a saída do setor compromete nos horários das medicações, cuidados, banho, curativo e todas as atividades (...). (GFTE8).*

*(...) quando tem muito fluxo na unidade não consigo e tento priorizar e ver o que posso passar para a outra enfermeira. (GFE2)*

*Eu tento desenvolver todas (as atividades) e se não consigo passo na continuidade do plantão. (GFE11)*

*(...) também fico após o horário para terminar os papeis e sistema. (GFAE3)*

### **(Sobre) carga de trabalho de enfermagem**

Além das horas extra turno de trabalho, os profissionais de enfermagem mencionaram o desgaste físico e emocional ao qual estão submetidos para conseguirem atender as demandas impostas.

*(...) várias vezes saiu atrasada do plantão, mais tarde (...). (GFE7)*

*(...)sempre passo do horário, sempre saio atrasada. (GFAE1)*

*(...) tenho que saber lidar com isso, mais é muito desgastante (...)me incomoda muito (...).  
Eu como enfermeira, muitas vezes, fico nervosa (...) as vezes o psicológico da gente fica bem mexido. (GFE3)*

*(...) isso é muito estressante para os profissionais, um trabalho excessivo, esgotamento físico, psicológico que pode facilitar erros. (GFE12)*

*(...) todos nós ficamos mais estressados também, não é legal trabalhar assim, na correria (...).(GFAE1)*

*(...) ficamos com muitos pacientes sob nossa responsabilidade (...) o dia fica muito apertado e perigoso, tem dias que fico no limite físico e emocional. (GFTE4)*

Além disso, o fator tempo foi amplamente referido pela equipe de enfermagem e a estimativa para as ações de admissão, transferência e alta de pacientes em um plantão de seis horas variaram de 10-15 minutos (GFAE2) a 2-3 horas (GFE1, GFE2, GFE5, GFE6 e GFE11). A maioria dos profissionais referiu 1-2 horas (GFE3, GFE9, GFTE3, GFTE6, GFAE3, GFTE7) dedicadas à movimentação de pacientes. Quatro participantes estimaram 2-5 horas (GFE12) e 6horas (GFE8, GFTE2 e GFTE8) direcionadas à essas atividades em um plantão de 12 horas.

## **5.2 Escolha das Variáveis de Interesse para a Fase Quantitativa**

A análise dos relatos da fase qualitativa permitiu identificar fatores estruturais, organizacionais e as repercussões da movimentação intra-hospitalar de pacientes sobre o cuidar e a segurança do paciente. Neles destacaram-se as movimentações associadas ao dimensionamento de pessoal de Enfermagem insuficiente para atender as demandas de

cuidados aos pacientes, a consequente (sobre) carga de trabalho, o fator tempo e o comprometimento da qualidade e segurança na atenção à saúde.

No desenho exploratório sequencial de métodos mistos, os dados qualitativos obtidos na fase inicial do estudo, podem ser utilizados para desenvolver novas variáveis, nortear a elaboração de escalas ou formar categorias que serão exploradas na fase subsequente<sup>(40)</sup>. Nesta etapa optou-se pelo aprofundamento de alguns aspectos que emergiram nas falas da equipe de enfermagem. Assim, foram selecionadas como variáveis de interesse para a fase quantitativa o produto do cuidar em enfermagem e o quantitativo de pessoal associados à movimentação intra-hospitalar de pacientes, ou seja, a frequência de admissões, altas e transferências nas unidades.

A influência da movimentação de pacientes na dinâmica de trabalho de enfermagem encontra-se documentada na literatura<sup>(4,23)</sup> destacando, principalmente, a demanda de tempo significativo dos profissionais neste processo, impactando a CTE<sup>(5,26)</sup>.

A sobrecarga nas instituições de saúde é evidenciada pelo elevado número de pacientes por profissional de Enfermagem<sup>(47-48)</sup>, resultando em consequências negativas como excesso de trabalho<sup>(49)</sup>, readmissões e prolongamento da internação hospitalar<sup>(50)</sup>.

As diversas atividades desenvolvidas pela equipe de Enfermagem no decorrer do turno de trabalho são influenciadas por fatores estruturais e métodos de organização laboral com impacto positivo ou negativo na entrega do cuidado. Este processo produtivo integra a gestão e o cuidar em unidades hospitalares e pode ser avaliado por enfermeiros tendo como indicador final o produto materializado em cuidado e que é consumido pelo paciente/familiar<sup>(31,33)</sup>. Estas condições relacionadas à prática da enfermagem integram a escala APROCENF, desenvolvida e validada no cenário nacional, escolhida nesta etapa como variável de desfecho considerando a qualidade do cuidado prestado.

### 5.3 Etapa 2 - Fatores Associados à Movimentação de Pacientes e ao Produto do Cuidar

#### 5.3.1 Perfil dos Avaliadores

Os 16 enfermeiros que aplicaram a escala APROCENF estavam lotados nas unidades de clínica médica (n=6), cirúrgica (n= 4), neurologia (n=4) e transplante (n=2). Eram, em sua maioria, do sexo feminino (n=14) e quinze possuíam ou estavam cursando pós-graduação (Tabela 2).

**Tabela 1** - Perfil demográfico e profissional dos enfermeiros. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. (n=16)

Variável	N	M(DP)	Md	Q1 - Q3	Varição
<i>Sexo</i>					
Feminino	14				
Masculino	2				
<i>Idade</i>					
		34,7(7)	35,5	<b>30,7 - 38,5</b>	23-47
<i>Tempo de atuação</i>					
Profissional		8,5(5,9)	8,5	4-12	0,5-23
Instituição		3,9(5,5)	2	0,8-5	0,5-22
Unidade		1,8(1,8)	1	0,6-2,5	0,4-7
<i>Qualificação</i>					
Mestrado	1				
Especialização concluída	10				
Especialização andamento	4				
Graduação	1				

#### 5.3.2 A Equipe Profissional e as Unidades

A taxa de ocupação, durante o período de investigação, variou de 69,3(7,8%) na unidade de Transplante a 94,7(4,5%) na Neurologia. Já, em relação ao número de profissionais, em média, houve 19,6(6,2) pacientes por enfermeiro, 4(0,7) por técnicos e auxiliares e 3,3(0,6) por equipe de enfermagem (tabela 3).

**Tabela 2** -Taxa de ocupação e dimensionamento da equipe de Enfermagem nas unidades investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. (N=220)

<b>Variável</b>	<b>N(%)</b>	<b>M(DP)</b>	<b>Md</b>	<b>Q1-Q3</b>	<b>Variação</b>
<i>Taxa de ocupação (%)</i>					
Clínica Cirúrgica		92,2(7,1)			69-100
Clínica Médica		92,6(4,9)			77-100
Neurologia		94,7(4,5)			77-100
Transplante		69,3(7,8)			50-81
Enfermeiros/unidade		1,3(0,5)	1	1-2	1-2
AE/TE/unidade		5,8(0,9)	6	5-6	4-8
Profissionais/unidade		7,1(1)	7	6-8	5-10
<i>Proporção pacientes/profissional</i>					
Pacientes/enfermeiros		19,6(6,2)	23	11-25	9-26
< 11	42(19,1)				
11-19	33(15)				
20-22	30(13,6)				
23-24	54(24,5)				
Pacientes/técnicos e auxiliares		4(0,7)	4	3,5-4,4	2,4-6,5
≤ 3,0	22(10)				
3,1-4,0	96(43,6)				
4,1-5,0	90(40,9)				
Pacientes/profissionais		3,3(0,6)	3,3	2,9-3,6	1,9-5,2
≤ 3,0	82(37,3)				
3,1-4,0	112(50,9)				
4,1-5,2	26(11,8)				

### 5.3.3 Movimentação Intra-hospitalar de Pacientes

Considerando-se o número de deslocamentos em cada turno nas 220 avaliações do produto do cuidar em Enfermagem, obteve-se um total de 768 movimentações intra-hospitalares com maior ocorrência no turno da tarde - 521(67,8%) e de altas - 391(50,9%).

As Clínicas Cirúrgica e Médica apresentaram maior frequência de admissões [128(39,8%) e 156(39,9%), respectivamente] e altas [84(26,1%) e 103(26,3%)] e, também somaram maior volume de eventos [291(37,9%) e 210(27,3%)]. Já as transferências ocorreram, em maior frequência, na Clínica Médica e Transplante [23(41,8) e 15(27,3)] (Tabela 4).

**Tabela 3** - Movimentações intra-hospitalares de pacientes, segundo unidade de internação e turno. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. (N=220).

<b>Variável</b>	<b>Admissões (n=322) N(%)</b>	<b>Altas (n=391) N(%)</b>	<b>Transferências (n= 55) N(%)</b>	<b>Total (N=768) N(%)</b>
<i>Unidade internação</i>				
Clínica Cirúrgica	128(39,8)	156(39,9)	7(12,7)	291(37,9)
Clínica Médica	84(26,1)	103(26,3)	23(41,8)	210(27,3)
Neurologia	63(19,6)	80(20,5)	10(18,2)	153(19,9)
Transplante	47(14,6)	52(13,3)	15(27,3)	114(14,8)
<i>Turno</i>				
Manhã	101(31,4)	131(33,5)	15(27,3)	247(32,2)
Tarde	221(68,6)	260(66,5)	40(72,7)	521(67,8)

Houve, em média, 3,5 (Dp=2,7; variação 0-12) movimentações de pacientes, com predominância de altas - 1,8 (Dp=1,8; variação 0-7). Em 42,3% dos turnos ocorreram quatro ou mais deslocamentos (tabela 5).

**Tabela 4** - Análise descritiva das variáveis quantitativas referentes à movimentação intra-hospitalar de pacientes. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. (N=220)

<b>Variável</b>	<b>N(%)</b>	<b>M(DP)</b>	<b>Md</b>	<b>Q1-Q3</b>	<b>Varição</b>
<i>Admissões</i>		1,5(1,7)	1	0-2	0-10
Nenhuma	72(32,7)				
1	64(29,1)				
2	44(20)				
≥3	40(18,2)				
<i>Altas</i>		1,8(1,8)	1	0-3	0-7
Nenhuma	63(28,6)				
1	55(25)				
2	38(17,3)				
3	32(14,5)				
≥4	32(14,5)				
<i>Transferências</i>		0,3(0,5)	-	-	0-2
Nenhuma	173(78,6)				
1 – 2	47(21,4)				
<i>Total de movimentações</i>		3,5(2,7)	3	1-5	0-12
0-1	60(27,3)				
2-3	67(30,5)				
4-5	48(21,8)				
6-12	45(20,5)				

### 5.3.4 O Produto do Cuidar em Enfermagem

A análise da consistência interna do APROCENF apresentou coeficiente alfa de Cronbach de 0,59 e ômega de McDonald de 0,61.

Cada enfermeiro realizou, em média, 13,8 (Dp= 9,4; variação de 3 a 28) avaliações do produto do cuidar, sendo 53,2% destas por profissionais com mais de 10 anos de formação; 74,1% com até cinco anos de instituição e, 84,5% por aqueles que atuavam há menos de três anos na unidade.

Considerando-se o total de avaliações e unidades, houve predomínio da classificação bom 158 (71,8%) seguida pela ótima 54 (24,5%). O resultado do produto do cuidar apresentou maiores percentuais nas categorias bom nas clínicas Cirúrgica - 43(79,6%) e Médica - 45(77,6%). A unidade de Transplantes apresentou 40% de suas avaliações como ótimo. Encontrou-se maior percentual de avaliações na categoria bom no turno da tarde 86(76,1%) e ótimo no turno da manhã - 34(31,8%) (tabela 6).

**Tabela 5** – Distribuição da avaliação do produto do cuidar ao final do plantão, segundo unidade de internação e turno de trabalho. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. (N=220).

<b>Variável</b>	<b>Ruim</b> N(%)	<b>Regular</b> N(%)	<b>Bom</b> N(%)	<b>Ótimo</b> N(%)
<i>Unidade internação</i>				
Clínica Cirúrgica	-	2(3,7)	43(79,6)	9(16,7)
Clínica Médica	-	4(6,9)	45(77,6)	9(15,5)
Neurologia	-	2(3,4)	40(69)	16(27,6)
Transplante	-	-	30(60)	20(40)
<i>Turno</i>				
Manhã	-	1(0,9)	72(67,3)	34(31,8)
Tarde	-	7(6,2)	86(76,1)	20(17,7)
<b>Total</b>	-	8(3,6)	158(71,8)	54(24,5)

Na Tabela 7, a seguir, observa-se a classificação dos escores do produto do cuidar considerando os itens que compõem a escala. Aqueles com maiores pontuações foram Acompanhamento/transferência do cuidado - 3,7(Dp=0,5) e Planejamento da assistência -

3,6(Dp=0,5); já os menos pontuados, Interação e atuação multidisciplinar - 2,7(Dp=0,7) e Atenção ao paciente e/ou familiar - 3,1(Dp=0,6).

**Tabela 6** - Classificação dos escores dos itens obtidos mediante aplicação da Escala APROCENF. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. (N=220).

Variável	M(DP)	Md	Q1-Q3	Variação
Escore total	26,7(2,3)	27	25-28	19-32
Escore dos itens				
1.Planejamento da assistência	3,6(0,5)	4	3-4	2-4
2.Recursos necessários para assistência	3,5(0,6)	4	3-4	2-4
3.Dimensionamento de pessoal	3,4(0,5)	3	3-4	2-4
4.Ações educativas/desenvolvimento pessoal	3,3(0,5)	3	3-4	2-4
5.Acompanhamento/ transferência cuidado	3,7(0,5)	4	3-4	2-4
6.Interação e atuação multidisciplinar	2,7(0,7)	3	2-3	1-4
7.Atenção ao paciente e/ou familiar	3,1(0,6)	3	-	1-4
8.Atendimento necessidades assistenciais	3,5(0,5)	3,5	3-4	2-4

### 5.3.5 Movimentação de Pacientes e o Produto do Cuidar

Considerando as distribuições de frequência, a variável de desfecho foi dicotomizada em produto do cuidar ótimo e não ótimo.

A unidade de internação ( $p=0,011$ ) e o turno ( $p=0,015$ ), apresentaram associação estatisticamente significativa com o produto do cuidar. As clínicas cirúrgicas 45(83,3%), médica 49(84,5%) e o turno da tarde 93(82,3%) assinalaram maiores frequências de cuidar não ótimo (Tabela 8).

**Tabela 7** - Associação entre as características referentes às unidades de internação e profissionais que realizaram as avaliações, segundo o produto do cuidar. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. (N=220).

Variável	Ótimo N°(%)	Não Ótimo N°(%)	Total N°	p*
<i>Unidade de internação</i>				
Clínica Cirúrgica	9(16,7)	45(83,3)	54	0,011
Clínica Médica	9(15,5)	49(84,5)	58	
Neurologia	16(27,6)	42(72,4)	58	
Transplante	20(40)	30(60)	50	
<i>Turno</i>				
Manhã	34(31,8)	73(68,2)	107	0,015
Tarde	20(17,7)	93(82,3)	113	
<i>Sexo</i>				
Feminino	50(26)	142(74)	192	0,177
Masculino	4(14,3)	24(85,7)	28	
<i>Faixa etária</i>				
< 30	12(31,6)	26(68,4)	38	0,059
30-34,9	17(34)	33(66)	50	
≥ 35	25(18,9)	107(81,1)	132	
<i>Anos de atuação na enfermagem</i>				
≤ 5	14(28)	36(72)	50	0,178
5,1-10	17(32,1)	36(67,9)	53	
≥ 10,1	23(19,7)	94(80,3)	117	
<i>Anos de atuação na instituição</i>				
≤ 1	29(29)	71(71)	100	0,155
1,1- 5	10(15,9)	53(84,1)	63	
≥ 5,1	15(26,3)	42(73,7)	57	
<i>Anos de atuação na unidade</i>				
< 1	18(20,2)	71(79,8)	89	0,388
1,0- 2,9	28(28,9)	69(71,1)	97	
≥ 3,0	8(23,5)	26(76,5)	34	
<b>Total</b>	<b>54(24,5)</b>	<b>166(75,5)</b>	<b>220</b>	

\*Teste qui-quadrado.

Encontrou-se associações estatisticamente significativas ( $p < 0,001$  e  $p = 0,033$ ) entre a movimentação de pacientes, dimensionamento da equipe e produto do cuidar para a maioria das variáveis.

A frequência de cuidar não ótimo foi mais elevada na ocorrência de duas ou mais admissões 75(89,3%); duas ou mais altas 91(89,2%); somatória das movimentações no plantão (admissões, altas e transferências) maior do que quatro 86(92,5%); número de leitos

ocupados entre 23 a 26 leitos 100(82,6%); unidades com quatro a seis técnicos/auxiliares 145(81,5%); com total de profissionais alocados entre cinco e sete 128(83,7%); nas proporções de 23 ou mais pacientes/enfermeiro 94(81,7%); 4,1 ou mais pacientes/técnico e auxiliares 90(88,2%); e, 3,1 – 5,2 pacientes/profissionais 116(84,1%) (tabela 9).

**Tabela 8** - Associação entre as características referentes à movimentação intra-hospitalar de pacientes e o dimensionamento da equipe de Enfermagem por turno segundo, o produto do cuidar. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. (N=220).

<b>Variável</b>	<b>Ótimo N(%)</b>	<b>Não ótimo N(%)</b>	<b>Total N</b>	<b>p*</b>
<i>Admissões</i>				
Nenhuma	29(40,3)	43(59,7)	72	<0,001
1	16(25)	48(75)	64	
≥ 2	9(10,7)	75(89,3)	84	
<i>Altas</i>				
Nenhuma	27(42,9)	36(57,1)	63	<0,001
1	16(29,1)	39(70,9)	55	
≥ 2	11(10,8)	91(89,2)	102	
<i>Transferências</i>				
Nenhuma	44(25,4)	129(74,6)	173	0,557
1-2	10(21,3)	37(78,7)	47	
<i>Total de movimentações</i>				
≤1	29(48,3)	31(51,7)	60	<0,001
2-3	18(26,9)	49(73,1)	67	
4-12	7(7,5)	86(92,5)	93	
<i>Número de leitos ocupados</i>				
16-22	33(33,3)	66(66,7)	99	0,006
23-26	21(17,4)	100(82,6)	121	
<i>Número de enfermeiros</i>				
1	37(23,9)	118(76,1)	155	0,720
2	17(26,2)	48(73,8)	65	
<i>Número de técnicos e auxiliares</i>				
4-6	33(18,5)	145(81,5)	178	<0,001
7-8	21(50)	21(50)	42	
<i>Total de profissionais</i>				
5-7	25(16,3)	128(83,7)	153	<0,001
8-10	29(43,3)	38(56,7)	67	
<i>Proporção paciente/enfermeiro</i>				
< 20	21(28)	54(72)	75	0,033
20-22,9	12(40)	18(60)	30	
≥ 23	21(18,3)	94(81,7)	115	
<i>Proporção paciente/técnicos e auxiliares</i>				
≤ 3	16(72,7)	6(27,3)	22	<0,001
3,1 – 4	26(27,1)	70(72,9)	96	
≥ 4,1	12(11,8)	90(88,2)	102	
<i>Proporção pacientes/profissionais</i>				
≤ 3	32(39)	50(61)	82	<0,001
3,1 – 5,2	22(15,9)	116(84,1)	138	
<b>Total</b>	<b>54(24,5)</b>	<b>166(75,5)</b>	<b>220</b>	-

\*Teste qui-quadrado.

Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre movimentação intra-hospitalar e produto do cuidar ( $p < 0,001$ ) e, ainda, para proporção de paciente/profissionais e produto do cuidar ( $p < 0,001$ ).

Houve maior chance de produto e cuidar não ótimo nas situações com duas e mais movimentações por turno de trabalho - 5,05 (IC95% = 2,61 - 9,80) e, com 3,1-5,2 pacientes/profissionais-3,37 (IC95% = 1,79 - 6,37) como apresentado na Tabela 10.

**Tabela 9** - Análise de regressão logística univariada da associação da movimentação intra-hospitalar de pacientes e dimensionamento da equipe de Enfermagem e o produto do cuidar. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. (N=220).

Variável	Produto do cuidar			Univariada			p
	Ótimo	Não ótimo	Total	OR <sub>bruto</sub>	IC <sub>95%</sub> (OR <sub>bruto</sub> ) Inf. Sup.		
<i>Total de movimentações</i>							
0-1	29	31	60	1,00			
≥2	25	135	160	5,05	2,61	9,80	<0,001
Total	54	166	220	..	..	..	..
<i>Proporção pacientes/profissionais</i>							
0-3	32	50	82	1,00			
3-5,2	22	116	138	3,37	1,79	6,37	<0,001
Total	54	166	220	..	..	..	..

Inf - inferior; Sup - superior

### 5.3.6 Dimensionamento da Equipe e Efeito de Interação.

Na Tabela 11 buscou-se verificar se o dimensionamento da equipe de Enfermagem nas unidades de internação apresenta efeito de interação na relação entre a movimentação intra-hospitalar e o produto do cuidar. Observa-se que, numericamente o OR do estrato “até 3 pacientes/profissional” (3,53) é menor que o OR do estrato “3,1 – 5,2 pacientes/profissional” (7,92).

Porém, o teste de homogeneidade de Mantel-Haenszel indica que as diferenças não são estatisticamente significativas ( $p=0,255$ ) e, portanto, não há evidências de efeito de

interação. O pequeno número de casos em algumas caselas pode ser responsável pela ausência do efeito.

**Tabela 10** - Análise de regressão logística entre movimentação intra-hospitalar e produto do cuidar estratificada pelo dimensionamento da equipe de Enfermagem. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.(N=220).

Movimentação (estratos segundo razão de pacientes/profissionais)	Produto do cuidar			OR <sub>bruto</sub>	IC <sub>95%</sub>		Peso do estrato de M-H
	Ótimo	Não ótimo	Total		Inf.	Sup.	
<i>Proporção pacientes/profissionais ≤ 3</i>							
0-1	15	17	32	1,00			
≥ 2	10	40	50	3,53	1,19	10,62	2,10
Total	25	57	82	..	..	..	..
<i>Proporção pacientes/profissionais 3,1 – 5,2</i>							
0-1	14	8	22	1,00			
2-5,2	21	95	116	7,92	2,65	24,37	1,22
Total	35	103	138	..	..	..	..
	OR bruto			5,05	2,47	10,32	
	OR ponderado de M-H			5,15	2,57	10,33	

Teste de homogeneidade entre os estratos (M-H):  $\chi^2 = 1,30$  (p = 0,255)  
M-H = Mantel-Haenszel.

Considerando-se que o teste de homogeneidade de Mantel-Haenszel pode ter baixo poder e o pequeno número de eventos em algumas caselas; optou-se por testar a interação por meio da criação de uma variável de interação. O efeito bruto da movimentação no produto do cuidar (OR=5,05) mostrou mudanças incipientes quando comparado ao efeito ajustado pelo dimensionamento (OR=5,34), não apontando para interação.

O modelo foi, então, ajustado pela variável de interação movimentação de pacientes \* proporção pacientes/profissionais. O termo de interação apresentou associação estatística de p=0,256 não evidenciando, desta forma, que o efeito da movimentação sobre o produto do cuidar seja modificado pelo dimensionamento da equipe de Enfermagem.

A inserção da variável de interação juntamente com as duas variáveis independentes pode ter gerado efeito de sobre ajuste pelo excesso de variáveis no modelo diante do número

de registros em cada casela e/ou pela associação entre as variáveis independentes e a variável de interação.

Considerando-se estes pontos, foi realizada nova análise, somente com a variável de interação. As situações com duas ou mais movimentações e 3,1 – 5,2 pacientes por equipe apresentaram 7,60 vezes a chance (IC95% = 3,42 – 17,32) de ocorrência de produto do cuidar não ótimo quando comparadas às demais situações. Apesar do IC95% amplo, dado o pequeno número de registros em uma das caselas, ele não passa pelo 1,0 e a associação é estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) (Tabela 12).

**Tabela 11** - Análise de regressão logística das variáveis associadas ao produto do cuidar, com ajuste pela variável de interação movimentação intra-hospitalar e dimensionamento da equipe de enfermagem. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022. (N=220).

Modelos / variáveis	Produto do cuidar			OR	IC <sub>95%</sub> (OR)		P
	Ótimo	Não ótimo	Total		Inf.	Sup.	
<b>Modelo bruto</b>							
<i>Total de movimentações</i>							
0-1	29	31	60	1,00			
≥ 2	25	135	160	5,05	2,61	9,80	<0,001
Total	54	166	220	..	..	..	..
<b>Modelo ajustado pelo dimensionamento da equipe</b>							
<i>Total de movimentações</i>							
0 – 1	29	31	60	1,00			
≥ 2	25	135	160	5,34	2,66	10,72	<0,001
Total	54	166	220	..	..	..	..
<i>Proporção pacientes/profissionais</i>							
≤ 3	32	50	82	1,00			
3,1 – 5,2	22	116	138	3,60	1,82	7,14	<0,001
Total	54	166	220	..	..	..	..
<b>Modelo incluindo somente a variável de interação</b>							
<i>Interação<sup>s</sup> movimentação de pacientes *proporção pacientes por profissionais</i>							
Não	46	71	117	1,00			
Sim	8	95	103	7,69	3,42	17,32	<0,001
Total	54	166	220	..	..	..	..

Sim: termo de interação - 2 e mais movimentações e 3,1 -5,2 pacientes por profissional; Não - demais situações.

Devido a impossibilidade de comprovar o efeito de interação na amostra do estudo, optou-se por realizar um modelo de regressão múltipla (Tabela 13), para verificar o efeito conjunto de variáveis que podem estar associadas de forma independente ao produto do cuidado. Nele apontou-se a variável de interação “movimentações intra-hospitalares e proporção de pacientes por equipe de Enfermagem” e a variável “unidade de internação Transplante”.

Nas situações com duas ou mais movimentações e 3,1 – 5,2 pacientes por equipe houve 7,35 vezes a chance (IC95% = 3,24 – 16,65) de ocorrência de produto do cuidar não ótimo; já na unidade de Transplante a chance foi de 0,42 vezes (IC95% = 0,20 – 0,88). A análise de resíduos por meio do teste de Hosmer-Lemeshow ( $\chi^2=0,18$ ;  $p=0,912$ ) e da estatística *deviance* ( $p<0,001$ ) mostraram bom ajuste deste modelo final.

No processo de análise múltipla observou-se que a inclusão de maior número de variáveis independentes ocasionava efeitos de sobre ajuste, dada a existência de associações ou similaridade de conteúdo entre variáveis (como por exemplo, razão de técnicos de enfermagem por paciente e razão de profissionais de enfermagem por paciente). Outro aspecto foi o pequeno número de eventos em algumas caselas, com pouca estabilidade estatística.

**Tabela 12** - Análise de regressão logística dos fatores associados ao produto do cuidar. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.(N=220).

(continua)

Variável	OR <sub>bruto</sub>	Univariada		P	OR <sub>ajust.</sub>	Múltipla		p
		IC <sub>95%</sub> (OR <sub>bruto</sub> )				IC <sub>95%</sub> (OR <sub>ajust.</sub> )		
		Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	
<i>Total de movimentações</i>								
0-1	1,00				..	..	..	..
≥ 2	5,05	2,61	9,80	<0,001	..	..	..	..
<i>Proporção paciente/profissionais</i>								
≤ 3	1,00				..	..	..	..
3,1 – 5,2	3,37	1,79	6,37	<0,001	..	..	..	..
<i>Proporção pacientes/técnicos e auxiliares</i>								
≤ 3	1,00				..	..	..	..
3,1- 4	7,18	2,54	20,33	<0,001	..	..	..	..
≥ 4,1	20,00	6,56	60,99	<0,001	..	..	..	..
<i>Admissões</i>								
Nenhuma	1,00				..	..	..	..
≥ 1	3,32	1,75	6,28	<0,001	..	..	..	..
<i>Altas</i>								
Nenhuma	1,00				..	..	..	..
≥ 1	3,61	1,89	6,91	<0,001	..	..	..	..
<i>Número total de profissionais</i>								
5-7	3,91	2,05	7,45	<0,001	..	..	..	..
8-10	1,00				..	..	..	..
<i>Número de técnicos e auxiliares</i>								
4 – 6	4,39	2,15	8,97	<0,001	..	..	..	..
7 ou 8	1,00				..	..	..	..
<i>Número de leitos ocupados</i>								
16 a 22	1,00				..	..	..	..
23 a 26	2,38	1,27	4,47	0,007	..	..	..	..
<i>Unidade de internação</i>								
Demais	1,00				1,00			
Transplante	0,38	0,19	0,74	0,005	0,42	0,20	0,88	0,021
<i>Turno</i>								
Manhã	1,00				..	..	..	..
Tarde	2,17	1,15	4,07	0,016	..	..	..	..
<i>Proporção pacientes/enfermeiros</i>								
< 20	1,00				..	..	..	..
20 - 22,9	0,58	0,24	1,42	0,234	..	..	..	..
≥ 23	1,74	0,87	3,47	0,116	..	..	..	..
<i>Faixa etária dos avaliadores</i>								
< 30	1,00				..	..	..	..
30-34,9	0,90	0,36	2,20	0,811	..	..	..	..
≥ 35	1,98	0,88	4,44	0,100	..	..	..	..
<i>Anos de atuação na instituição</i>								
≤ 1,0	1,00				..	..	..	..
1,1-5	2,16	0,97	4,83	0,059	..	..	..	..
≥ 5,1	1,14	0,55	2,38	0,719	..	..	..	..

**Tabela 12** - Análise de regressão logística dos fatores associados ao produto do cuidar. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.(N=220).

*(conclusão)*

Variável	Univariada				Múltipla			
	OR <sub>bruto</sub>	IC <sub>95%</sub> (OR <sub>bruto</sub> )		p	OR <sub>ajust.</sub>	IC <sub>95%</sub> (OR <sub>ajust.</sub> )		p
<i>Sexo dos avaliadores</i>								
Feminino	1,00				..	..		..
Masculino	2,11	0,70	6,39	0,185	..	..	..	..
<i>Anos de atuação na enfermagem</i>								
≤ 5	1,00				..	..	..	..
5,1 - 10	0,82	0,35	1,92	0,652	..	..	..	..
≥ 10,1	1,59	0,74	3,42	0,237	..	..	..	..
<b>Interação<sup>s</sup> movimentação de pacientes * razão pacientes por profissionais</b>								
Outras situações	1,00				1,00	..	..	..
≥2 movimentações e 3,1 – 5,2	7,69	3,42	17,32	<0,001	7,35	3,24	16,65	<0,001
<i>paciente/profissionais</i>								

<sup>s</sup> Sim: termo de interação - 2 e mais movimentações e 3,1 – 5,2 pacientes por profissional; Não - demais situações.

### 5.3.7 Súmula dos Resultados

Os principais resultados da etapa 2 (quantitativa) foram agrupados e se encontram apresentados, abaixo, conforme os tópicos: Movimentação intra-hospitalar de pacientes, Produto do cuidar, Fatores associados a movimentação de pacientes e ao produto do cuidar, e por fim Dimensionamento da equipe de Enfermagem e efeito de interação (Quadro 2).

**Quadro 3-** Principais achados da etapa quantitativa. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.

***Movimentação intra-hospitalar de pacientes***

- 768 movimentações: 521(67,8%) turno da tarde; 391(50,9%) referentes a alta
- Maior número admissões na Clínica cirúrgica 128(39,8%) e médica 156(39,9%)
- Maior número altas na Clínica cirúrgica 84(26,1%) e médica 103(26,3%)
- Maior número transferência na Clínica médica 23(41,8) e transplante 15(27,3)
- Movimentação média nas unidades: 3,5 (Dp=2,7; variação 0-12)
- 42,3% dos turnos ocorreram quatro ou mais deslocamentos

***Produto do Cuidar***

- 220 avaliações por 16 enfermeiros;
- Predomínio da classificação bom 158 (71,8%)
- Maior percentual na categoria bom: turno tarde 86(76,1%); Cirúrgica - 43(79,6%) e Médica - 45(77,6%); e ótimo turno manhã - 34(31,8%)
- Unidade de Transplante - 40% de avaliações como ótimo
- Maiores pontuações: Acompanhamento/transferência do cuidado - 3,7(Dp=0,5) e Planejamento da assistência - 3,6(Dp=0,5);
- Menores pontuações: Interação e atuação multidisciplinar - 2,7(Dp=0,7) e Atenção ao paciente e/ou familiar - 3,1(Dp=0,6).

***Fatores Associados à Movimentação de Pacientes e ao Produto do Cuidar***

Variável de desfecho dicotomizada em produto do cuidar ótimo e não ótimo.

1. A unidade de internação ( $p=0,011$ ) e o turno ( $p=0,015$ ) apresentaram associação
2. Cuidar não ótimo: Clínicas cirúrgica 45(83,3%) e médica 49(84,5%); turno da tarde 93(82,3%)
3. Associações estatisticamente significativas ( $p<0,001$  e  $p=0,033$ ) entre a movimentação de pacientes, dimensionamento da equipe e produto do cuidar para a maioria das variáveis.

A frequência de cuidar não ótimo foi mais elevada quando ocorriam:

- 2 ou mais admissões 75(89,3%);
  - 2 ou mais altas 91(89,2%);
  - Somatória das movimentações maior que 4 - 86(92,5%);
  - Número de leitos ocupados entre 23 a 26 leitos - 100(82,6%);
  - Unidades com 4 a 6 TE/AE - 145(81,5%);
  - Total de profissionais entre 5 e 7 - 128(83,7%);
  - 23 ou mais pacientes/enfermeiro - 94(81,7%);
  - 4,1 ou mais pacientes/TE/AE 90(88,2%) e 3,1 - 5,2pacientes/profissionais116(84,1%)
4. Associação estatisticamente significativa entre movimentação e produto do cuidar ( $p<0,001$ ); e, para proporção de pacientes/profissionais e produto do cuidar ( $p<0,001$ ).

Maior chance de produto e cuidar não ótimo nas situações:

- 2 - 12 movimentações por turno de trabalho - 5,05 (IC95% = 2,61 - 9,80)
- 3,1 - 5,2 pacientes/profissional -3,37 (IC95% = 1,79 - 6,37)

***Dimensionamento da Equipe e Efeito de Interação***

- Criação/ teste vários modelos: não evidenciado efeito de interação do dimensionamento da equipe de enfermagem na relação entre a movimentação e o produto do cuidar.
- Optou-se por verificar o efeito conjunto de variáveis que podem estar associadas de forma independente ao produto do cuidado com bom ajuste do modelo final.
- Nas situações com duas ou mais movimentações e 3,1 -5,2 pacientes por profissional houve 7,35 vezes a chance (IC95% = 3,24 - 16,65) de ocorrência de produto do cuidar não ótimo;
- Na unidade de Transplante a chance foi de 0,42 vezes (IC95% = 0,20 - 0,88).

#### **5.4 Integração dos Dados**

A exibição conjunta da síntese e integração dos resultados qualitativos e quantitativos está apresentada no Quadro 3. Adotou-se a técnica *joint display*<sup>(40)</sup> para demonstração simultânea dos achados. As variáveis identificadas na fase qualitativa foram destacadas exibindo-se os relatos representativos com incorporação dos dados quantitativos, interpretação e inferências sobre concordância, divergência e/ou complementariedade dos achados<sup>(51)</sup>.

**Quadro 4-** Joint-display integrando dados sobre a movimentação intra-hospitalar de pacientes, características da unidade, produto do cuidar e dimensionamento da equipe de enfermagem. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.

(continua)

VARIÁVEIS	RESULTADOS FASE QUALITATIVA	RESULTADOS FASE QUANTITATIVA	METAINFERÊNCIA
<p><b>Movimentação intra-hospitalar de pacientes</b></p>	<p><i>Começo [o plantão] com um número de pacientes e ele muda o tempo todo (...) isso por que tem as altas, transferências e novas admissões. (GFTE1)</i></p> <p><i>(...) muita entrada e saída de pacientes, os riscos aumentam para todos. (GFAE1)</i></p> <p><i>Deveria ter um horário para isso [movimentações de pacientes]...teria menos riscos(...). (GFTE1)</i></p> <p><i>(...)se as admissões, transferências e altas não fossem feitas pouco antes do fim do plantão, já seria muito melhor (...). (GFE4)</i></p>	<p>768 movimentações, em média 3,5 (Dp=2,7) por dia, e maior ocorrência no turno da tarde 521(67,8%);</p> <p>Ocorreram quatro ou mais deslocamentos em 42,3% dos turnos;</p> <p>Duas a doze movimentações por turno de trabalho geram maior chance de produto do cuidar não ótimo - 5,05 (IC95% = 2,61 - 9,80).</p>	<p>Os resultados convergem quanto aos riscos na produção do cuidado relacionados à frequência das movimentações de pacientes.</p> <p>O volume de movimentações de pacientes, a maior incidência no turno da tarde e a concentração de admissões, altas e/ou transferências na troca de turnos são achados que se complementam.</p>
<p><b>Produto do cuidar em enfermagem</b></p>	<p><i>(...) quando temos muitas admissões, transferências(...)os pacientes ficam esperando por coisas que as vezes não deveria (...). (GFE7).</i></p> <p><i>(...) quando o volume (...)é alto interfere muito, na questão das medicações e cuidados(...). (GFTE1)</i></p> <p><i>(...)a saída do setor compromete nos horários das medicações, cuidados, banho, curativo e todas as atividades (...). (GFTE8).</i></p>	<p>Escala APROCENF, predominou escore bom 158(71,8%) e ótimo 54 (24,5%).</p>	<p>Os relatos da equipe revelaram assistência insegura considerando movimentações de pacientes e condições desfavoráveis;</p> <p>Na avaliação do produto do cuidar, por outro lado, houve predominância dos escores bom e ótimo.</p>

**Quadro 4-** Joint-display integrando dados sobre a movimentação intra-hospitalar de pacientes, características da unidade, produto do cuidar e dimensionamento da equipe de Enfermagem. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.

(continua)

<b>Características das unidades</b>	<p><i>Quando existem pacientes de alta complexidade (...) intercorrências na unidade, por exemplo paciente desestabilizou e se torna um paciente de alta complexidade dentro da unidade. (GFE3)</i></p> <p><i>Plantão com intercorrências, paciente desestabilizado na unidade, fica muito corrido e os riscos aumentam para todo mundo (...). (GFTE2)</i></p>	<p>A frequência de cuidar não ótimo foi mais elevada quando a ocupação da unidade era de 23 a 26 leitos 100(82,6%).</p> <p>Cuidar não ótimo foi significativo nas unidades clínica médica e cirúrgica.</p>	<p>A complexidade clínica e as intercorrências que ocorrem no turno de trabalho foram percebidos como aspectos desfavoráveis ao cuidado diante das demandas de movimentações de pacientes.</p> <p>A taxa de ocupação das unidades e o perfil de pacientes assistidos expandem os achados relativos à qualidade da atenção nas admissões, altas e transferências de pacientes.</p>
	<p><i>(...) quando falta insumos, como ter material, equipamentos adequados para a transferência, eu já peguei maca que a grade não levantava direito, isso é muito arriscado (...). (GFE2)</i></p> <p><i>(...) acho que deveria ter alguém para realizar apenas esse tipo de movimentação, alguém para realizar as transferências. (GFE5)</i></p>	<p>Na escala APROCENF o item “Recursos necessários para a assistência” obteve média de 3,5(DP=0,6) pontos;</p>	<p>Momentos distintos de coleta de dados podem retratar avaliações distintas sobre os recursos matérias, equipamentos e serviços de apoio necessários para cuidar. De acordo com as percepções esse fator é crítico para intervenções de enfermagem qualificadas nas movimentações de entrada e saída dos pacientes na unidade.</p>
	<p><i>(...)estabelecer um processo padronizado... itens obrigatórios a serem realizados antes e após, tipo check-list(...). (GFE1)</i></p> <p><i>(...)ter um instrumento melhor para admissão, mais facilitado, algo focado(...). (GFE7)</i></p>	<p>Itens da escala APROCENF com menor pontuação: Interação e atuação multidisciplinar (M=2,7, DP=0,7) e Atenção ao paciente e/ou familiar (M=3,1, DP=0,6).</p>	<p>A Interação interprofissional e o cuidado centrado no paciente/família são aspectos desafiadores e, na percepção da equipe, a comunicação instrumental poderia favorecer e qualificar o processo.</p>
	<p><i>(...)um sempre ajuda o outro(...) sempre um colega tenta ajudar o outro e acabamos que o plantão acaba tudo bem, nossa equipe tenta ser unida (...). (GFTE7).</i></p> <p><i>Quando a alta não foi planejada ou comunicada antes (... ) pode ser feita às pressas, sem atenção e essa situação é desfavorável ao paciente (GFE12)</i></p>	<p>Na unidade de Transplante a chance de ocorrência de produto do cuidar não ótimo foi de 0,42 vezes (IC95% = 0,20 – 0,88).</p>	<p>O trabalho colaborativo pode ser um aspecto fortalecido em unidades especializadas, mas a equipe de enfermagem de clínicas médico e cirúrgica participantes da primeira etapa do estudo, também, identificaram esse aspecto como importante para movimentações de pacientes bem-sucedidas.</p>

**Quadro 4-** Joint-display integrando dados sobre a movimentação intra-hospitalar de pacientes, características da unidade, produto do cuidar e dimensionamento da equipe de Enfermagem. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2022.

(conclusão)

<p><b>Dimensionamento da equipe de enfermagem</b></p>	<p>(...)o número de profissional compatível com a necessidade (...) conseguimos fazer um dimensionamento adequado (...)realizar o cuidado integral com qualidade e tempo. (GFE10)</p> <p>(...)o principal é número de funcionário adequado, onde a divisão de pacientes não esteja elevada, assim consigo prestar um cuidado com qualidade (...). (GFTE5)</p>	<p>Na escala APROCENF o item “Dimensionamento de pessoal de enfermagem” com média de 3,3(DP = 0,5) pontos;</p> <p>Maior chance do produto do cuidar não ótimo com 3,1 – 5,2 pacientes/profissionais - 3,37 (IC95% = 1,79 - 6,37);</p> <p>Não há evidências de interação do dimensionamento no efeito da movimentação de pacientes no produto do cuidar.</p>	<p>Os profissionais relacionaram o dimensionamento de pessoal de enfermagem como condição favorável ou desfavorável à qualidade do cuidado nas admissões, altas e/ou transferência de pacientes. Entretanto, esta evidência não se confirmou na análise estatística.</p> <p>A proporção de pacientes/profissional de enfermagem complementa as percepções da equipe.</p>
<p><b>Tempo dedicado às movimentações de pacientes</b></p>	<p>Plantão de seis horas variação de 10-15 minutos (GFAE2) a 2-3horas (GFE1, GFE2, GFE5, GFE6 e GFE11). A maioria dos profissionais referiu 1-2horas</p>	<p><b>Não testado</b></p>	
<p><b>Sobrecarga de trabalho</b></p>	<p>(...) tenho que saber lidar com isso, mas é muito desgastante (...) me incomoda muito (... muitas vezes , fico nervosa (...). (GFE3)</p> <p>(...) ficamos com muitos pacientes sob nossa responsabilidade (...)tem dias que fico no limite físico e emocional. (GFTE4)</p>	<p><b>Não testado</b></p>	

---

***6 Discussão***

---

## 6 DISCUSSÃO

Este estudo de métodos mistos possibilitou identificar as repercussões da entrada e saída de pacientes nas unidades hospitalares na vivência da equipe de Enfermagem e mapear a sua ocorrência no contexto de prática explorando a sua associação com a variável de desfecho - o produto do cuidar.

Fatores estruturais e a organização do trabalho emergiram como aspectos facilitadores à atuação da Enfermagem diante das movimentações. Sabe-se que o contexto de prática interfere nos resultados das transições<sup>(21)</sup>. A disponibilidade de recursos materiais, equipamentos e serviços de apoio foi relatada como um importante aspecto para a movimentações de pacientes e cuidados bem-sucedidos. Na escala APROCENF este item foi avaliado, majoritariamente, como “bom” corroborando estudos anteriores<sup>(38-39,52)</sup>.

De outro modo, quando há falhas nos processos, ambiente de trabalho desfavorável e problemas nas relações interpessoais há maior vulnerabilidade nas transições de cuidado. As intervenções de enfermagem dependem, portanto, dessas dimensões para que sejam desenvolvidas com segurança e causem impacto positivo no cuidar<sup>(13)</sup>.

Estudos reiteram o investimento dos hospitais no trabalho em equipe e na comunicação interprofissional para alcançarem movimentações de pacientes mais seguras e eficazes<sup>(21,54)</sup>. A Enfermagem desempenha seu trabalho em equipe e depende dessa interação social<sup>(13)</sup>. A transferência intra-hospitalar de pacientes requer comunicação efetiva entre os profissionais, cooperação entre as equipes e sinergia entre as unidades na implementação de políticas e fluxos concernentes com a qualidade e a segurança na atenção à saúde<sup>(20)</sup>. A atuação colaborativa, apesar de desafiadora, beneficia pacientes, equipes e serviços<sup>(53)</sup> e este modelo de prática foi abordado nos grupos focais. Embora tenham atribuído menor pontuação aos itens “interação e atuação multidisciplinar” e “atenção ao paciente e/ou familiar” na

avaliação do produto do cuidar, os profissionais relataram estratégias para superar tais desafios.

As admissões e altas predizem a utilização da capacidade instalada e a rotatividade de pacientes permitindo avaliar as flutuações diárias na ocupação do hospital, a utilização de recursos e o quanto o paciente pode estar exposto à sobrecarga do sistema de saúde<sup>(55)</sup>. A utilização de ferramentas padronizadas e/ou listas de verificação foram citadas como favoráveis à transição de cuidados, assim como elucidado por outros autores<sup>(56-57)</sup>. Esses instrumentos norteiam a transferência de informações e sistematizam a comunicação entre profissionais e desses com pacientes/familiares<sup>(19,21)</sup>. Nas falas emergiram, também, a criação de fluxos e o alinhamento de horários para entrada e saída de pacientes das unidades para melhor organização do trabalho de enfermagem. O processo de transição segura é complexo e a adequação de fatores estruturais, métodos de organização do trabalho e das interações profissionais pode minimizar os riscos na atenção e na prática da Enfermagem<sup>(13)</sup>.

O volume médio das movimentações de pacientes por turno de trabalho, nas diferentes unidades, superou estudo realizado anteriormente<sup>(7)</sup>. Estes autores identificaram que 94,6% dos pacientes foram transferidos pelo menos uma vez ao longo da internação. Outros estudos, também, enfatizaram elevada rotatividade de pacientes. Em grande parte deles, experimentou-se mais de uma movimentação durante a internação<sup>(58)</sup> e apenas 27,8% não realizaram nenhuma transferência intra-hospitalar<sup>(59)</sup>.

Dentre os turnos, autores brasileiros observaram maior incidência de admissões pela manhã<sup>(8)</sup> e transferências no período da tarde<sup>(10)</sup>. Na presente investigação, houve maior número de transferências no turno da tarde e de altas durante a manhã. As movimentações de pacientes concentradas no período diurno<sup>(60)</sup> parecem favorecer as transições de cuidados quando comparado ao noturno<sup>(61)</sup>. A realidade noturna não foi explorada nesta pesquisa devido ao histórico de fluxo reduzido de pacientes.

Unidades clínicas e cirúrgicas apresentaram maior volume de movimentações, assim como, detectado em um serviço norueguês<sup>(62)</sup>. Espera-se maior rotatividade de pacientes com perfil cirúrgico<sup>(58)</sup>. Estudos evidenciaram, ainda, elevado número de transferências<sup>(10)</sup> e admissões<sup>(8)</sup> em unidade materno-infantil. Em hospitais de ensino, apesar de melhor ocupação da capacidade instalada, a rotatividade de pacientes foi menos significativa do que em hospitais gerais suíços<sup>(55)</sup>.

Quanto ao produto do cuidar em enfermagem, encontrou-se média do escore “bom” semelhante a estudos nacionais, conduzidos em diferentes contextos<sup>(33,38-39,63)</sup>. Os relatos da equipe, na fase qualitativa, no entanto, não apontaram para este sentido. Tais divergências, justificam-se, talvez, pelas mudanças organizacionais e estruturais decorrentes da pandemia e que geraram sobrecarga às equipes e desafios sem precedentes em relação à assistência<sup>(64-65)</sup>. Com a mudança de cenário, diminuição das internações por COVID-19, as unidades voltaram à estrutura original, tanto em relação às equipes/recursos quanto ao perfil de atendimento. Essa realidade pode ter, de certa forma, influenciado a percepção da equipe sobre a entrega dos cuidados.

É importante mencionar que a consistência interna da APROCENF não foi satisfatória<sup>(66-67)</sup>, diferentemente de outros estudos<sup>(33,38,63)</sup>. A diversidade no tempo de experiência profissional e no número de aplicações do instrumento provavelmente influenciaram a avaliação dos enfermeiros. Além disso, a transição entre o momento pandêmico e o pós pandemia pode ter refletido neste resultado mesmo com os treinamentos e acompanhamentos sistemáticos ao longo do período de coleta de dados.

A elevação da carga de trabalho gerada pelas movimentações de pacientes repercute sobre o quantitativo de pessoal necessário para atender as demandas e isso interfere na saúde dos trabalhadores<sup>(68)</sup> e na eficácia da entrega de cuidados<sup>(8,69)</sup>. Torna-se importante considerar a percepção da equipe ao revelar sobrecarga física e emocional no cotidiano de trabalho. A

escassez de profissionais de Enfermagem já é uma preocupação mundial<sup>(70)</sup>. As demandas requeridas e a fragilidade nas condições laborais geram danos à saúde dos profissionais e acarretam insatisfação e maior chance de deixarem a profissão<sup>(71-72)</sup>

O desfecho do cuidar com atrasos, omissão e potenciais erros de medicações foi destacado pelos profissionais. Em situações de sobrecarga, esses riscos aumentam consideravelmente<sup>(22)</sup>, e, a entrega do cuidado torna-se mais crítica. Atrasos nas medicações<sup>(59)</sup> maiores riscos de quedas, lesões<sup>(7)</sup> e até morte<sup>(4,25)</sup>, são apontados como decorrente da rotatividade de pacientes. Enfatiza-se a importância de uma gestão eficiente, consideram-se a necessidade de medidas preventivas para garantir a segurança dos pacientes.

É válido mencionar que há vários tipos de transição, como: situacional, saúde-doença, desenvolvimental e organizacional que demandam da Enfermagem o aprimoramento de competências, novas funções e/ou relações no cuidado ao paciente, ou seja, a movimentação de pacientes ocorre de forma concomitante à outras necessidades cuidativas<sup>(13)</sup>(Meleis, 2010) A Teoria das transições em Enfermagem fundamenta a dinâmica de prática e direciona intervenções em atenção às múltiplas demandas<sup>(13)</sup>.

Um dos questionamentos, neste estudo, foi verificar se o efeito da movimentação sobre o produto do cuidar poderia ser modificado pelo dimensionamento da equipe de enfermagem. Após testar alguns modelos, não se encontrou evidências de efeito de interação, possivelmente pelo pequeno número de casos em algumas situações. No entanto, observou-se que o dimensionamento tem associação significativa quando o modelo é ajustado por outras variáveis. Compreende-se, assim, a conectividade dos fatores inerentes à movimentação intra-hospitalar de pacientes.

O efeito conjunto de variáveis que pode estar associado de forma independente ao produto do cuidado revelou 7,35 vezes chance (IC95% = 3,24 – 16,65) de ocorrência de produto do cuidar não ótimo quando as unidades de internação apresentam 2-12

movimentações e 3,1 – 5,2 pacientes por equipe; e, de 0,42 vezes (IC95% = 0,20 – 0,88) para a unidade de transplante. Estes achados comprovam que maiores proporções de pacientes a serem atendidos pela equipe com ocorrência concomitante de maior frequência de movimentações intra-hospitalares constituem-se em condições que aumentam a possibilidade de comprometimento da qualidade na entrega dos cuidados.

Inferese que clínicas especializadas, como a unidade de transplante, têm maior chance do cuidado “ótimo” devido à alta complexidade, fluxos e processos bem definidos e manutenção de profissionais experientes e que integram os saberes. Estudo anterior confirma esta classificação do produto do cuidar em unidade de transplante de medula óssea<sup>(38)</sup>.

O impacto da proporção de pacientes/profissional sobre o cuidado qualificado e seguro converge com os relatos da equipe. Salienta-se a importância do adequado quantitativo de pessoal de Enfermagem na facilitação ou restrição dos processos de transição qualificados<sup>(13)</sup>. Apesar de não ter sido encontrado publicações com resultados similares aos do presente estudo, a literatura internacional evidenciou que a frequência e o evento simultâneo de admissões, altas e transferências em condições onde a proporção de pacientes/profissional de enfermagem não é adequada aumentam os riscos de incidentes<sup>(6,73)</sup>. Assim, recomenda-se novos estudos explorando a relação movimentação/dimensionamento/produto do cuidar de forma mais ampliada.

Ainda, há de se considerar que as movimentações de pacientes, o dimensionamento da equipe, a demanda de cuidados requeridos e outros fatores precisam ser previstos na carga de trabalho da Enfermagem<sup>(73)</sup>. Dentre eles, estimou-se nos grupos focais que, dependendo das condições estruturais, as atividades relacionadas às admissões, altas e transferências consumam, majoritariamente, uma a duas horas do tempo de trabalho. Estudos nacionais, apontaram consumo médio de 19,3 minutos para as transferências de pacientes<sup>(10)</sup> e 13,1 minutos para as admissões<sup>(8)</sup>. Já a classificação internacional das intervenções

de Enfermagem<sup>(9)</sup> revela que as transferências podem consumir 15 minutos ou menos, as admissões requerem 16 a 30 minutos e as altas de pacientes podem levar de 46 a 60 minutos. O tempo dedicado às admissões, altas e transferências de pacientes, no entanto, não foi mensurado na etapa quantitativa dessa investigação.

Como o estudo foi conduzido em um específico contexto de prática, os dados não podem ser generalizados. Outras instituições, unidades, turnos e períodos sem a influência da crise pandêmica possivelmente evidenciarão resultados distintos. As variáveis identificadas nesse estudo, também, subsidiarão estudos mistos paralelos. A participação de grupos homogêneos em relação à experiência profissional e a distribuição de instrumentos a serem avaliados de forma equilibrada, também precisam ser exploradas.

---

*Conclusões*

---

## CONCLUSÕES

As movimentações de pacientes em unidades hospitalares repercutem sobre a prática da equipe de Enfermagem e geram impacto no cuidar. O volume, a ocorrência concomitante e ao final do turno de trabalho, além das demandas imprevistas, da complexidade assistencial e das transferências para unidades críticas são aspectos a serem gerenciados. Além destes, o adequado dimensionamento de profissionais, de recursos materiais/equipamentos e de serviços de apoio/transporte contribuem para intervenções seguras na transição do cuidado.

Grande parte da equipe estima dedicar entre uma e duas horas de trabalho às admissões, altas e transferências. Dependendo das condições estruturais e da forma com que o trabalho está organizado, denota-se sobrecarga física e emocional, além de atrasos, omissões, dentre outros incidentes clínicos.

Não foi evidenciada interação do dimensionamento da equipe de Enfermagem, como variável isolada, no efeito da movimentação sobre o produto do cuidar. Contudo, no ajuste do modelo para outras variáveis, encontrou-se maior possibilidade (7,35) de comprometimento da qualidade na entrega dos cuidados quando as unidades de internação vivenciam situações de de 2-12 movimentações e 3,1 – 5,2 pacientes por equipe, simultaneamente. Para maior aprofundamento, recomenda-se expandir esta análise em outros contextos.

A abordagem das movimentações de pacientes na perspectiva da Teoria das Transições é uma inovação por explorar a perspectiva dos profissionais de Enfermagem e suas intervenções na promoção de transições qualificadas e seguras. Os achados contribuirão na gestão das entradas e saídas de pacientes nas unidades, na organização dos processos de transição e na previsão e provisão de pessoal/recursos considerando decisões estratégicas e orçamentárias das instituições hospitalares. Destaca-se, sobretudo, o potencial de contribuição para a gestão e para a prática da Enfermagem ao compreender as admissões, altas e transferências como processos de transição que precisam ser integrados ao planejamento de

pessoal/recursos e às pautas de negociação. Ao identificar condições que podem melhorar a entrega do cuidado e minimizar a sobrecarga de trabalho, beneficia-se, também, o ensino e a pesquisa em Enfermagem.

---

## *Referências*

---

**REFERÊNCIAS**

1. Raffa C, Malik AM, Pinochet LHC. Analysis of internal environmental variables in bed management in private hospital organizations: application of vivo software. *Rev Adm Hosp Inov Saúde*. 2017;14(4). doi: 10.21450/rahis.v14i4.4427.
2. Wasgen AM, Terres MS, Machado BFH. O Impacto do gerenciamento de leitos na gestão hospitalar. *Rev Hosp*. 2019;16(2):31-49. doi: 10.21714/2179-9164.2019.v16n2.002.
3. Borges F, Bernardino E, Stegani MM, Tonini NS. Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20190349. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0349.
4. Park SH, Weaver L, Johnson LM, Vukas R, Zimmerman J. Na integrative literature review of patient turnover in patient hospital settings. *West J Nurs Res*. 2016;38(5):629–55. doi: 10.1177/0193945915616811.
5. Vanfosson CA, Yoder LH, Jones TR. Patientturnover: a conceptanalysis. *Adv Nurs Sci*. 2017;40(3):300–12. doi: 10.1097/ ANS.0000000000000171.
6. Musy SN, Endrich O, Leichtle AB, Griffiths P, Nakas CT, Simon M. Longitudinal study of the variation in patient turnover and patient-to-nurse ratio: descriptive analysis of a Swiss University Hospital. *J Med Int Res*. 2020;22(4):e15554 doi: 10.2196/15554.
7. Blay N, Roche MA, Duffield C, Gallagher R. Intrahospital transfers and the impact on nursing workload. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4822–9. doi: 10.1111/jocn.13838.
8. Trovo SA, Cucolo DF, Perroca, MG. Time and quality of admissions: nursing workload. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5): e20190267. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0267.
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. NIC: classificação das intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2020.

10. Trovo SA, Cucolo DF, Perroca MG. Transfer of patients in hospital units: impacts on nursing workload. *RevEscEnferm USP*. 2021;55:e0327. doi: 10.1590/S1980-220X2020024903727.
11. Gallo VCL, Khalaf DK, Hammerschmidt KSA, Santiago ML, Vendruscolo C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. *RevEnferm UFSM*. 2021;11(e79):1-22. doi: 10.5902/2179769264383.
12. Kang E, Tobiano GA, Chaboyer W, Gillespie BM. Nurses' role in delivering discharge education to general surgical patients: A qualitative study. *J AdvNurs*. 2020;76(7):1698-707. doi: 10.1111/jan.14379.
13. Meleis AI. *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer; 2010.
14. Chick N, Meleis AI. Transitions: a nursing concern. In: Chinn PL, editors. *Nursing research methodology: issues and implementation*. Rockville: Aspen; 1986. p. 237-57.
15. Costa LGF. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enferm Brasil*. 2016;15(3):137-45. doi: 10.33233/eb.v15i3.181.
16. Ruel MC, Ramirez Garcia MP, Arbour C. Transition from hospital to home after elective colorectal surgery performed in an enhanced recovery program: an integrative review. *Nurs Open*. 2021;8(4):1550-70. doi: 10.1002/nop2.730.
17. Lindmark U, Bülow PH, Mårtensson J, Rønning H. The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: an integrative literature review. *Nurs Open*. 2019;6:664-75. doi: 10.1002/nop2.249.
18. Lin Li, Strachan PH. Transitioning to adult services for youth with medical complexity: a practice issue viewed through the lens of transition theory. *Nurs Sci Q*. 2021;34(3):301-8. doi: 10.1177/08943184211010454.

19. Fekieta R, Rosenberg A, Hodshon B, Feder S, Chaudhry SI, Emerson BL. Organisational factors underpinning intra-hospital transfers: a guide for evaluating context in quality improvement. *Health Syst (Basingstoke)*. 2020;10(4):239-48. doi: 10.1080/20476965.2020.1768807.
20. Germack HD, Fekieta R, Campbell BM, Feder SL, Rosenberg A, Chaudhry SI. Cooperation and conflict in intra-hospital transfers: a qualitative analysis. *Nurs Open*. 2019;17;7(2):634-41. doi: 10.1002/nop2.434.
21. Mello TS, Miorin JD, Camponogara S, Paula CC, Pinno C, Freitas EO. Factors that influence for effective intra-hospital care transfer: integrative review. *Res Soc Dev*. 2021;10(9): e38910918153. doi: 10.33448/rsd-v10i9.18153.
22. Desmedt M, Ulenaers D, Grosemans J, Hellings J, Bergs J. Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(1):mzaa170. doi: 10.1093/intqhc/mzaa170.
23. Hughes RG, Bobay KL, Jolly NA, Suby C. Comparison of nurse staffing based on changes in unit-level workload associated with patient churn. *J Nurs Manag*. 2015;23(3):390–400. doi: 10.1111/jonm.12147.
24. Park SH, Dunton N, Blegen MA. Comparison of unit-level patient turnover measures in acute care hospital settings. *Res Nurs Health*. 2016;39(3):197-203. doi: 10.1002/nur.21715.
25. 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 [cited 2022 Abr02];4(2):79-86. Disponível em: <https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/228>.
26. Rosenberg A, Britton MC, Feder S, Minges K, Hodson B, Chaudhry SI, et al. A taxonomy and cultural analysis of intra-hospital patient transfers. *Res Nurs Health*. 2018;41(4):378–88. doi: doi.org/10.1002/nur.21875.

27. Alghamdi MG. Nursing workload: a conceptual analysis. *J Nurs Manag.* 2016;24(4):449–57. doi: 10.1111/jonm.12354.
28. Blay N, Duffield CM, Gallagher R. Patient transfers in Australia: implications for nursing work load and patient outcomes. *J Nurs Manag.* 2012;20(1):302-10. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01279.x.
29. Queirós PJP, Fonseca EPAM, Mariz MAD, Chaves MCRF. Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *RevEnferm Ref.* 2018;10(1):85-94. doi: 10.12707/RIV16022.
30. Bão ACP, Amestoy SC, Moura GMSS, Trindade LL. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):360-6. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0479.
31. Cucolo DF, Perroca MG. Instrument to assess the nursing care product: development and content validation. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(4):642-705. doi: 10.1590/0104-1169.0448.2599.
32. Cucolo DF, Perroca MG. Factors involved in the delivery of nursing care. *Acta paulenferm.* 2015Mar;28(2):120–4. doi: 10.1590/1982-0194201500021.
33. Cucolo DF, Perroca MG. Assessment of the nursing care product (APROCENF): a reliability and construct validity study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25:e2860. doi: 10.1590/1518-8345.1495.2860.
34. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo.* 3a ed. Porto Alegre: Sulina; 2007.
35. Erdmann AL, Sousa FGM, Backes DS, Mello ALSF. Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(2):180-5.
36. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729.

37. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980a. vol 1, The definition of quality: a conceptual exploration; p. 3-31.
38. Chotolli MR, Cucolo DF, Perroca MG. Assessment of the product of nursing care in specialized hospitals. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(6):2675-81. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0354.
39. Jesus JA, Balsanelli AP. Relationship between emergency nurses' professional competencies and the Nursing care product. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2023;31:e3939.
40. Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* 6th. Thousand Oaks; Sage, 2021.
41. Souza LK. Recomendações para a realização de grupos focais na pesquisa qualitativa. *Psi UNISC.* 2020;(4)1:52-66. doi: 10.17058/psiunisc.v4i1.13500.
42. Williams SN, Armitage CJ, Tova T, Dienes K. Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the Covid-19 pandemic: a UK-based focus group study. *BMJ Open.* 2020;10(7).doi: 10.1136/ bmjopen-2020-039334.
43. Malmqvist J, Hellberg K, Möllås G, Rose R. Conducting the pilot study: a neglected part of the research process? methodological findings supporting the importance of piloting in qualitative research studies. *Int J Qual Methods.* 2019;18(1):1-11. doi: 10.1177/1609406919878341.
44. Maxqda. Qualitative data analysis software [Internet]. Berlin: Maxqd; 2020 [cited 2021 Nov 10] . Disponível em: <http://www.maxqda.com>.
45. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
46. Ferreira JC, Patino CM. Randomização: mais do que o lançamento de uma moeda. *J Bras Pneumol.* 2016;42(5):310.

47. Skela-Savič B, Albrecht T, Sermeus W, Lobe B, Bahun M, Dello S. Patient outcomes and hospital nurses' workload: a cross-sectional observational study in Slovenian hospitals using the RN4CAST Survey. *Zdr Varst.* 2023 Mar;62(2):59-66. doi: 10.2478/sjph-2023-0009.
48. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013;21(Spe):1-9.
49. Griffiths P, Maruotti A, Recio Saucedo A, Redfern OC, Ball JE, Briggs J, et al. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Qual Saf.* 2019 Aug;28(8):609-17. doi: 10.1136/bmjqs-2018-008043.
50. Aiken LH, Simonetti M, Sloane DM, Cerón C, Soto P, Bravo D, et al. Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. *Lancet Glob Health.* 2021 Aug;9(8):e1145-e53. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00209-6.
51. Younas A, Pedersen M, Durante A. Characteristics of joint displays illustrating data integration in mixed-methods nursing studies. *J Adv Nurs.* 2020 Feb;76(2):676-686. doi: 10.1111/jan.14264.
52. Souza LP. Avaliação da gestão do cuidado e do produto do cuidar em enfermagem a pacientes com COVID19 [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2021.
53. Rosen MA, Diaz GD, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, Weaver SJ. Team work in health care: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol.* 2018 May-Jun;73(4):433-450. doi: 10.1037/amp0000298.
54. Richter JP, McAlearney AS, Pennell ML. The influence of organizational factors on patient safety: examining successful handoffs in healthcare. *Health Care Manage Rev.* 2016;41(1):32-41. doi: 10.1097/HMR.0000000000000033.

55. Sharma N, Schwendimann R, Endrich O, Ausserhofer D, Simon M. Variation of Daily Care Demand in Swiss General Hospitals: Longitudinal Study on Capacity Utilization, Patient Turnover and Clinical Complexity Levels. *J Med Internet Res*. 2021 Aug 19;23(8):e27163. doi: 10.2196/27163.
56. Buljac-Samardzic M, Doekhie KD, van Wijngaarden JDH. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):2. doi:10.1186/s12960-019-0411-3.
57. Nathan CL, Stein L, George LJ, Young B, Fuller J, Gravina B, Dubendorf P, Kasner SE, Kumar MA. Standardized transfer process for a neurointensive care unit and assessment of patient bounceback. *NeurocritCare*. 2022 Jun;36(3):831-839. doi: 10.1007/s12028-021-01385-z.
58. Jennings BM, Sandelowski M, Higgins MK. Turning over patient turnover: an ethnographic study of admissions, discharges, and transfers. *Res Nurs Health*. 2013;36(6):554-566. doi:10.1002/nur.21565.
59. Boncea EE, Expert P, Honeyford K, Kinderlerer A, Mitchell C, Cooke GS, et al. Association between intrahospital transfer and hospital-acquired infection in the elderly: a retrospective case-control study in a UK hospital network. *BMJ Qual Saf*. 2021 Jun;30(6):457-66. doi: 10.1136/bmjqs-2020-012124.
60. Catalán-Ibars RM, Martín-Delgado MC, Puigoriol-Juventeny E, Zapater-Casanova E, Lopez-Alabern M, Lopera-Caballero JL, et al. Incidents related to critical patient safety during in-hospital transfer. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2020 Jul 15:S0210-5691(20)30215-1. Spanish. doi: 10.1016/j.medin.2020.05.022.
61. Mohd Ismail MR, Baharuddin KA, Zainal Abidin ZE, Abu Bakar MA, Sjahid AS. Study on the incidence of adverse events during intra-hospital transfer of critical care patients from emergency department. *Med J Malaysia*. 2020 Jul;75(4):325-330. PMID: 32723989. Available from: <https://www.e-mjm.org/2020/v75n4/intra-hospital-transfer.pdf>.

62. Zhang C, Eken T, Jørgensen SB, Thoresen M, Søvik S. Effects of patient-level risk factors, departmental allocation and seasonality on intrahospital patient transfer patterns: network analysis applied on a Norwegian single-centre data set. *BMJ Open*. 2022 Mar 29;12(3):e054545. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054545.
63. Schneider P, Menegatti MS, Aroni P, Rossaneis MA, Haddad M do CFL, Malaquias T da SM, Silva LG de C. Avaliação do produto assistencial de enfermagem em um hospital universitário público. *RSD [Internet]*. 2022; 11(17):e229111739168. doi: 10.33448/rsd-v11i17.39168.
64. Backes MTS, Higashi GDC, Damiani P da R, Mendes JS, Sampaio L de S, Soares GL. Working conditions of Nursing professionals in coping with the Covid-19 pandemic. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2021;42(spe):e20200339. doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200339.
65. Labrague LJ, de Los Santos JAA, Fronda DC. Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Manag*. 2022 Jan;30(1):62-70. doi: 10.1111/jonm.13483.
66. Gottens LBD, Carvalho EMPD, Guilhem D, Pires MRGM. Good practices in normal childbirth: reliability analysis of an instrument by Cronbach's Alpha. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2018;26:e3000. doi:10.1590/1518-8345.2234.3000.
67. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada dos dados*. 6th ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
68. Swiger PA, Vance DE, Patrician PA. Nursing workload in the acute-care setting: a concept analysis of nursing workload. *Nurs Outlook*. 2016;64(3):244-54. doi: 10.1016/j.outlook.2016.01.003.
69. Padilha KG, Barbosa RL, Andolhe R, Oliveira EM, Ducci AJ, Bregalda RS, et al. Carga de trabalho de enfermagem, estresse/burnout, satisfação e incidentes em unidade de terapia intensiva de trauma. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e1720016. doi: 10.1590/0104-07072017001720016.

70. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). COVID-19: Recursos e Publicações. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54504> . Acesso em: 1 de agosto de 2023.
71. Cho SH, Lee JY, You SJ, Song KJ, Hong KJ. Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *Int J NursPract*. 2020 Feb;26(1):e12803. doi: 10.1111/ijn.12803.
72. Ferramosca FMP, De Maria M, Ivziku D, et al. Nurses' organization of work and its relation to workload in medical surgical units: a cross-sectional observational multi-center study. *Healthcare (Basel)*. 2023 Jan 4;11(2):156. doi: 10.3390/healthcare11020156.
73. Ivziku D, Ferramosca FMP, Filomeno L, Gualandi R, De Maria M, Tartaglini D. Defining nursing workload predictors: A pilot study. *J NursManag*. 2022 Mar;30(2):473-481. doi: 10.1111/jonm.13523.



**APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**  
**ETAPA 1 - GRUPO FOCAL**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “CARGA DE TRABALHO E PRODUTO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM NA MOVIMENTAÇÃO INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES” realizada pela aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FAMERP, Mariana Santos de Campos sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia GalanPerroca e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Fabiana Cucolo, responsáveis pelo projeto.

Esta etapa do estudo objetiva: Examinar o olhar da enfermagem quanto às implicações da movimentação de pacientes (admissões, transferências e altas) na organização do trabalho e na entrega do cuidado ao final do plantão.

Sua participação consiste em debater em grupo (grupo focal) questões relativas à movimentação de pacientes (admissões, transferência e altas). Os encontros serão planejados em local de fácil acesso e cada grupo será composto, por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros, com duração de uma hora e trinta minutos a duas horas cada encontro. Os grupos serão conduzidos por uma das pesquisadoras, como moderadora esclarecendo, inicialmente, as questões centrais de cada encontro, seu papel e seguirá um roteiro norteador com flexibilidade na condução do grupo a partir de pontos não previstos e que se mostrarem relevantes aos participantes. As discussões serão gravadas mediante consentimento dos participantes e observações registradas. Ao final de cada encontro serão retomados pontos relevantes abordados no grupo e anotados pelo pesquisador/moderador como devolutiva aos profissionais e contribuição na análise e tratamento dos dados. Os riscos envolvidos são mínimos, podendo haver constrangimento em expor suas ideias na frente de colegas e ser gravado durante os encontros dos grupos focais. Para minimizar estes riscos o pesquisador encontra-se capacitado para a condução desta técnica procurando minimizar desconfortos e buscando local adequado.

Não haverá prejuízo pessoal e profissional e também nenhuma despesa. Queremos deixar claro que as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome.

Será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. A gravação permite um registro mais preciso de suas falas para que as ideias não sejam perdidas durante sua participação nos grupos, possibilitando sua transcrição para posterior interpretação pelos

pesquisadores. Caso não autorize esta gravação, suas contribuições podem ser registradas manualmente no início do encontro, frente à exposição das questões centrais, e serão utilizadas para análise junto aos demais achados debatidos pelo grupo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

Poderá tirar qualquer dúvida a respeito do estudo e, se necessário, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis nos seguintes endereços: 1. Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) – Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 – Vila São Pedro, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-000, fone: +55 (17) 3201-5706; 2. Mariana Santos de Campos – Rua Nove de julho 346 – Centro – Conchal – SP – CEP 13835-000 - e-mail: [maacampos94@gmail.com](mailto:maacampos94@gmail.com). Ainda pelo e-mail das pesquisadoras responsáveis: [marcia.peroca@gmail.com](mailto:marcia.peroca@gmail.com) e [danielle.fabiana.cucolo@gmail.com](mailto:danielle.fabiana.cucolo@gmail.com)

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: [cepfamerp@famerp.br](mailto:cepfamerp@famerp.br), localizado na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 em São José do Rio Preto no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta. O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Profa. Dra. Marcia GalanPerroca  
 Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
 Profa. Dra. Danielle Fabiana Cucolo  
 Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
 Mariana Santos de Campos

\_\_\_\_\_  
 Participante

**APÊNDICE 2 – Perfil profissional da equipe de Enfermagem – Etapa 1**

<b>Perfil Profissional da Equipe de Enfermagem</b>			
<b>Sujeito (n°):</b>			
<b>Unidade/setor atuação:</b>		<b>Turno:</b>	
<b>Equipe de enfermagem (Auxiliar, técnico e enfermeiro)</b>			
1	Data Coleta	___/___/___	
2	Sexo	1-Feminino	2-Masculino
3	Idade	Em anos	
4	Tempo de atuação profissional	Em meses	
5	Categoria profissional	1-Enfermeiro	2- Técnico 3- Auxiliar
6	Função	Descrever:	
<b>Enfermeiros</b>			
7	Especialização	0-Não	1-Sim
8	Área	Descrever:	
9	Mestrado	0-Não	1-Sim
10	Área	Descrever:	
11	Doutorado	0-Não	1-Sim
12	Área	Descrever:	
13	Outro	0-Não 1-Sim	
		<i>Descrever qual:</i>	
14	Área	Descrever:	

**APÊNDICE 3– Perfil profissional da equipe de Enfermagem – Etapa 2****PERFIL PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Tempo de Atuação Profissional:** \_\_\_\_\_

**Tempo de Atuação na instituição:** \_\_\_\_\_

**Tempo de Atuação na Unidade:** \_\_\_\_\_

**Unidade Atuação:** 4º andar 8ºandar/Cirurgia 8ºandar/Transplante Neurologia

**Formação:**

- Residência Multiprofissional
- Aprimoramento
- Especialização em andamento
- Especialização concluído
- Mestrado em andamento
- Mestrado concluído
- Outro \_\_\_\_\_

**Contato para esclarecimento de dúvidas (se necessário):**

Celular/ WhatsApp \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### APÊNDICE 4 - Registro dos Escores

<b>Ficha de Coleta por Plantão</b>
<b>UNIDADE:</b> ( ) Clínica médica ( ) Clínica cirúrgica ( ) Transplante ( ) Neurologia
<b>TURNO:</b> ( ) Manhã ( ) Tarde

APROCENF		ESCORE (1-4)
1	Planejamento da assistência de enfermagem	
2	Recursos necessários para prestar assistência	
3	Dimensionamento de pessoal de enfermagem	
4	Ações educativas e desenvolvimento do cuidado	
5	Acompanhamento e transferência do cuidado	
6	Interação e atuação multidisciplinar	
7	Atenção ao paciente e/ou familiar	
8	Atendimento das necessidades assistenciais	
<b>TOTAL</b>		

<b>Número profissionais plantão/turno</b>
Número de enfermeiros:    Número de técnicos/auxiliares de enfermagem:

## APÊNDICE 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### ETAPA 2 - APROCENF

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “CARGA DE TRABALHO E PRODUTO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM NA MOVIMENTAÇÃO INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES” realizada pela aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FAMERP Mariana Santos de Campos sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia GalanPerroca e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Fabiana Cucolo, responsáveis pelo projeto.

Esta etapa do estudo objetiva: Avaliar o produto do cuidar em enfermagem.

Sua participação consiste em responder a um instrumento impresso, intitulado *Avaliação do produto do cuidar em enfermagem* (APROCENF). O instrumento será preenchido pelo enfermeiro, em sua unidade de atuação, diariamente ao final da jornada de trabalho, por um período de 50 dias. O tempo estimado é de 7-10 minutos.

Os riscos envolvidos compreendem o tempo disponibilizado para responder ao questionário. Não haverá prejuízo pessoal e profissional e também nenhuma despesa. Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo. Você tem direito de abandonar a pesquisa caso não queira mais participar, a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo à sua pessoa.

Poderá tirar qualquer dúvida a respeito do estudo e, se necessário, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis nos seguintes endereços: 1. Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) – Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 – Vila São Pedro, São José do Rio Preto – SP, CEP: 15090-000, fone: +55 (17) 3201-5706; 2. Mariana Santos de Campos – Rua Nove de julho 346 – Centro – Conchal – SP – CEP 13835-000 - e-mail: [maacampos94@gmail.com](mailto:maacampos94@gmail.com). Ainda pelo e-mail das pesquisadoras responsáveis: [marcia.peroca@gmail.com](mailto:marcia.peroca@gmail.com) e [danielle.fabiana.cucolo@gmail.com](mailto:danielle.fabiana.cucolo@gmail.com)

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: [cepfamerp@famerp.br](mailto:cepfamerp@famerp.br), localizado na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 em São José do Rio Preto no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta. O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou

não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

ProfªDra Marcia GalanPerroca  
Pesquisadora Responsável

---

ProfªDra Danielle Fabiana Cucolo  
Pesquisadora Responsável

---

Mariana Santos de Campos

---

Participante



**ANEXO 1 -ANEXO 2 - Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem  
(APROCENF)**

**AVALIAÇÃO DO PRODUTO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM – APROCENF**

<b>1. PLANEJAMENTO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM</b>	
1	É realizado <b>planejamento</b> da assistência de enfermagem de forma <b>verbal para a totalidade</b> dos pacientes a partir de <b>avaliação indireta</b> (mediante coleta de informações junto à equipe).
2	É realizado <b>planejamento</b> da assistência de enfermagem de forma <b>verbal para a maioria</b> dos pacientes a partir de <b>avaliação indireta</b> e realizado planejamento sistematizado ( <b>registro formal</b> ) por meio de <b>avaliação direta</b> (visita clínica) <b>dos pacientes com maior demanda de atenção de enfermagem</b> .
3	É realizado <b>planejamento</b> da assistência de enfermagem de forma sistematizada ( <b>registro formal</b> ) <b>para a maioria</b> dos pacientes a partir de <b>avaliação direta</b> (visita clínica).
4	É realizado <b>planejamento</b> da assistência de enfermagem de forma sistematizada ( <b>registro formal</b> ) <b>para a totalidade</b> dos pacientes a partir de <b>avaliação direta</b> (visita clínica) com complementação de informações junto à equipe (avaliação indireta).
<b>2. RECURSOS NECESSÁRIOS PARA PRESTAR ASSISTÊNCIA</b>	
1	<b>Recursos</b> (estrutura física e/ou equipamentos e/ou materiais e/ou serviços de apoio) <b>não atendem</b> às necessidades assistenciais em termos quantitativos e/ou qualitativos, gerando <b>excessivo consumo do tempo</b> da equipe de enfermagem para sua provisão ( <b>aproximadamente 30%</b> da jornada diária de trabalho = <b>1h 48min</b> de um plantão de 6horas).
2	<b>Recursos atendem parcialmente</b> às necessidades assistenciais em termos quantitativos e/ou qualitativos, gerando <b>elevado consumo do tempo</b> da equipe de enfermagem para sua provisão ( <b>aproximadamente 20%</b> da jornada diária de trabalho = <b>1h15min</b> de um plantão de 6horas).
3	<b>Recursos atendem quase que totalmente</b> às necessidades assistenciais em termos quantitativos e/ou qualitativos, gerando <b>moderado consumo do tempo</b> da equipe de enfermagem para sua provisão ( <b>aproximadamente 10%</b> da jornada diária de trabalho = <b>36min</b> de um plantão de 6horas).
4	<b>Recursos atendem totalmente</b> às necessidades assistenciais em termos quantitativos e qualitativos, gerando <b>baixo consumo do tempo</b> da equipe de enfermagem para sua provisão ( <b>aproximadamente 5%</b> da jornada diária de trabalho = <b>18min</b> de um plantão de 6horas).
<b>3. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM</b>	
1	<b>Dimensionamento</b> de pessoal de enfermagem <b>não compatível</b> com a carga de trabalho (muito abaixo) e, para a(s) ausência(s) prevista(s) ou não prevista(s) do(s) profissional(is), <b>não dispõe de cobertura</b> .
2	<b>Dimensionamento</b> de pessoal de enfermagem <b>não compatível</b> com a carga de trabalho (abaixo) e, para a(s) ausência(s) prevista(s) ou não prevista(s), <b>dispõe de cobertura</b> por meio de Remanejamento(s) e/ou Hora(s) Extra de <b>profissional(is) sem experiência na área</b> .
3	<b>Dimensionamento</b> de pessoal de enfermagem <b>quase que compatível</b> com a carga de trabalho e, para as ausência(s) prevista(s) ou não prevista(s), <b>dispõe de cobertura</b> por meio de Remanejamento(s) e/ou Hora(s) Extra de <b>profissional(is) com experiência na área</b> .
4	<b>Dimensionamento</b> de pessoal de enfermagem <b>compatível</b> com a carga de trabalho e, para a(s) ausência(s) prevista(s) e não prevista(s), <b>dispõe de cobertura com profissionais experientes na área</b> .
<b>4. AÇÕES EDUCATIVAS E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL</b>	
1	<b>Não é possível identificar as necessidades de aprendizado</b> e/ou problemas de desempenho da equipe de enfermagem; <b>não realiza</b> ações educativas; <b>não avalia</b> a eficácia das orientações/apoio; <b>não monitora</b> o desenvolvimento de competências profissionais.
2	<b>É possível identificar as necessidades de aprendizado</b> e/ou problemas de desempenho da equipe de enfermagem; <b>não realiza</b> ações educativas, delega aos membros da equipe o acompanhamento das atividades/procedimentos; <b>não avalia</b> a eficácia das orientações/apoio; <b>não monitora</b> o desenvolvimento de competências profissionais.
3	<b>É possível identificar as necessidades de aprendizado</b> e/ou problemas de desempenho da equipe de enfermagem; <b>realiza</b> ações educativas; <b>não avalia</b> a eficácia das orientações/apoio; <b>não monitora</b> o desenvolvimento de competências profissionais.
4	<b>É possível identificar as necessidades de aprendizado</b> e/ou problemas de desempenho da equipe de enfermagem; <b>realiza</b> ações educativas; <b>avalia</b> a eficácia das orientações/apoio; <b>monitora</b> o desenvolvimento de competências profissionais.

5. ACOMPANHAMENTO E TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO	
1	<b>Não há acompanhamento</b> da assistência prestada e dos registros realizados pela equipe; a <b>transferência do cuidado</b> (entre plantões e/ou unidades) <b>não é sistematizada e registrada</b> .
2	<b>Há acompanhamento, esporádico</b> , da assistência prestada e dos registros realizados pela equipe; a <b>transferência do cuidado</b> (entre plantões e/ou unidades) <b>é sistematizada e registrada para pacientes com maior demanda de atenção de enfermagem</b> .
3	<b>Há acompanhamento, na maior parte do tempo</b> , da assistência prestada e dos registros realizados pela equipe; a <b>transferência do cuidado</b> (entre plantões e/ou unidades) <b>é sistematizada e registrada para a maioria dos pacientes</b> .
4	<b>Há acompanhamento, contínuo</b> , da assistência prestada e dos registros realizados pela equipe; a <b>transferência do cuidado</b> (entre plantões e/ou unidades) <b>é completamente sistematizada e registrada</b> .
6. INTERAÇÃO E ATUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR	
1	A equipe multidisciplinar <b>não realiza interação</b> (visita/discussão) e <b>registro formal</b> das ações planejadas/realizadas e o plano terapêutico e/ou de alta <b>não é articulado</b> .
2	A equipe multidisciplinar <b>realiza interação</b> (visita/discussão) e <b>registro formal</b> das ações planejadas/realizadas e o plano terapêutico e/ou de alta <b>é articulado para pacientes com maior demanda de atenção</b> .
3	A equipe multidisciplinar <b>realiza interação</b> (visita/discussão) e <b>registro formal</b> das ações planejadas/realizadas e o plano terapêutico e/ou de alta <b>é articulado para a maioria dos pacientes</b> .
4	A equipe multidisciplinar <b>realiza interação</b> (visita/discussão) e <b>registro formal</b> das ações planejadas/realizadas e o plano terapêutico e/ou de alta <b>é articulado para a totalidade dos pacientes</b> .
7. ATENÇÃO AO PACIENTE E/OU FAMILIAR	
1	A equipe de enfermagem <b>não estabelece relação acolhedora</b> junto aos pacientes e/ou familiares e <b>não responde ou responde</b> às solicitações/chamadas <b>após 15 minutos</b> ; o enfermeiro <b>raramente</b> realiza orientação e/ou acompanhamento do paciente e/ou familiar.
2	A equipe de enfermagem <b>estabelece relação acolhedora para alguns</b> pacientes e/ou familiares e <b>responde</b> às solicitações/chamadas <b>em até 15 minutos</b> ; o enfermeiro <b>às vezes</b> realiza orientação e/ou acompanhamento do paciente e/ou familiar.
3	A equipe de enfermagem <b>estabelece relação acolhedora para a grande maioria</b> dos pacientes e/ou familiares e <b>responde</b> às solicitações/chamadas <b>em até 10 minutos</b> ; o enfermeiro <b>na maior parte das vezes</b> realiza orientação e/ou acompanhamento do paciente e/ou familiar.
4	A equipe de enfermagem <b>estabelece relação acolhedora para a totalidade</b> dos pacientes e/ou familiares e <b>responde</b> às solicitações/chamadas <b>em até 5 minutos</b> ; o enfermeiro <b>sempre</b> realiza orientação e/ou acompanhamento do paciente e/ou familiar.
8. ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES ASSISTENCIAIS	
1	Atende <b>algumas</b> intervenções planejadas; o enfermeiro <b>não realiza</b> as atividades de maior complexidade técnica; <b>possibilidade muito elevada de riscos</b> aos pacientes.
2	Atende <b>algumas</b> intervenções planejadas - <b>prioriza</b> pacientes com <b>maior demanda de atenção</b> de enfermagem; o enfermeiro <b>realiza pequena parte</b> das atividades de maior complexidade técnica; <b>possibilidade elevada de riscos</b> aos pacientes.
3	Atende <b>maior parte</b> das intervenções planejadas; o enfermeiro <b>realiza grande parte</b> das atividades de maior complexidade técnica; <b>possibilidade moderada de riscos</b> aos pacientes.
4	Atende <b>quase que totalmente ou totalmente</b> as intervenções planejadas; o enfermeiro <b>realiza todas</b> as atividades de maior complexidade técnica; <b>possibilidade mínima de riscos</b> aos pacientes.

SCORE TOTAL = \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO DO PRODUTO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM AO FINAL DO TURNO DE TRABALHO
RUIM - 8 a 12 pontos
REGULAR - 13 a 20 pontos
BOM - 21 a 28 pontos
ÓTIMO - 29 a 32 pontos

**ANEXO 2 -PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – FAMERP**

Parecer nº 4843465

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O projeto de pesquisa CAAE 47183321.7.0000.5415 sob a responsabilidade de **Marcia Galan Perroca** com o título “MOVIMENTAÇÃO INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES: REPERCUSSÕES SOBRE A CARGA DE TRABALHO, PRODUTO DO CUIDAR E SEGURANÇA DO PACIENTE” está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse Comitê na Plataforma Brasil em 13/07/2021**. Lembramos ao senhor (a) pesquisador (a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

**Profa. Dra. Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen**  
Coordenadora do CEP-FAMERP

**Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho**  
Vice-Cordenador do CEP-FAMERP

Documento emitido no dia 24 de janeiro de 2022.

Código de validação: C47E-1F79-DDF5-43F4-BB33

A autenticidade deste documento pode ser verificada na página da FAMERP  
<http://certdec.famerp.br/Valida.aspx>

---

*Divulgação*

---

## **DIVULGAÇÃO EM EVENTOS**

O estudo decorrente da parte inicial da dissertação intitulado “MOVIMENTAÇÃO INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES E O TRABALHO DA ENFERMAGEM: ESTUDO PILOTO” foi encaminhado para apresentação no 25º Congresso Brasileiro de Enfermagem (Cbconf), a ser realizado no Centro de Eventos da Paraíba, em João Pessoa, de 23 a 26 de outubro 2023, e aguarda avaliação da comissão científica do evento.

## **PUBLICAÇÃO**

Os achados dessa investigação possibilitaram, até o momento, a produção do manuscrito intitulado “*Repercussões da movimentação de pacientes sobre o contexto de prática: perspectivas da equipe de enfermagem*”, encaminhado para a Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) em agosto de 2023, para possível publicação.



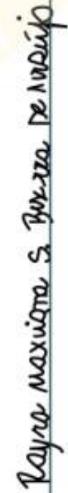
# CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho intitulado **Movimentação intra-hospitalar de pacientes e o trabalho da enfermagem: estudo piloto**, de autoria de **MARIANA SANTOS DE CAMPOS, MARCIA GALAN PERROCA, DANIELLE FABIANA CUCOLO**, foi apresentado pelo(a) relator(a) **MARIANA SANTOS DE CAMPOS** na forma de Pôster, durante o 25º CBCENF, realizado no Centro de Eventos da Paraíba, na cidade de João Pessoa/PB, no período de 23 a 26 de Outubro de 2023

  
Dr.ª Betânia Maria Pereira dos Santos  
Presidente do Cofen



PARAÍBA  
DO CAROL  
BRANCO

  
Rayra Maxiana Santos Beserra de Araújo  
Presidente do Coren-PB



# Confirmação de envio

[Imprimir](#)

Obrigado pela sua submissão

**Submetido para**

Revista Latino-Americana de Enfermagem

**ID do manuscrito**

RLAE-2023-7042

**Título**

Repercussões da movimentação de pacientes sobre o contexto de prática: perspectivas da equipe de enfermagem

**Autores**

Campos, Mariana  
CUCOLO, DANIELLE  
Perroca, Márcia

**Data Enviada**

12 de agosto de 2023

## Revista Latino-Americana de Enfermagem

**Carta de Decisão (RLAE-2023-7042.R1)**

**De:** rlae@eerp.usp.br

**Para:** maacampos94@gmail.com, marianasdcampos@gmail.com

**CC:** rlae@eerp.usp.br

**Assunto:** Revista Latino-Americana de Enfermagem - Decisão sobre Manuscrito ID RLAE-2023-7042.R1

**Corpo:** 12-Nov-2023

Prezado Sr. Campos:

É um prazer aceitar seu manuscrito intitulado "Repercussões da transferência de pacientes sobre o contexto de prática: perspectivas da equipe de enfermagem" para publicação na Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Obrigado pela sua bela contribuição. Em nome dos Editores da Revista Latino-Americana de Enfermagem, aguardamos com expectativa a continuidade de suas contribuições à Revista.

Aguarde nosso próximo contato.

Atenciosamente,  
Sra. Regina Lima  
Editora Chefe da Revista Latino-Americana de Enfermagem

**Data enviada:** 12 de novembro de 2023