

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/261872452>

Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e pessoal e discursos de acessibilidade

Article · November 2011

CITATIONS

0

READS

38

1 author:



[Lucília M Nunes](#)

Instituto Politécnico de Setúbal

41 PUBLICATIONS 15 CITATIONS

SEE PROFILE

Artigo de Opinião

Evocando o cachimbo de Magritte⁽¹⁾: das dotações, políticas de pessoal e discursos de acessibilidade

Magritte's pip evocation: staffing, downsizing politics and accessibility speech

Lucília Nunes^{1*}

¹ Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

Submetido em 31 outubro 2011; Aceite em 10 novembro 2011; Publicado em 30 novembro 2011.

Uma análise que interliga a questão das dotações (da diferença com os rácios, dos métodos e dos fatores a ter em conta) com a gestão de recursos humanos (a necessidade de um plano estratégico de recursos humanos na saúde) e os discursos de acessibilidade e acesso universal a cuidados de enfermagem. Três prismas que convergem na necessidade de se prestar atenção e ter em conta, portanto a recentrar nas questões da equidade e da responsabilidade.

An analysis that links the question of safe staffing (the difference with ratios, the methods and factors to take into account) with the management of human resources (the need for a strategic plan for human resources for health) and the speeches of accessibility and universal access to nursing care. Three angles that converge on the need to pay attention and take into account, then refocus on the issues of fairness and responsibility.

PALAVRAS-CHAVE: *Dotações seguras; gestão de recursos humanos; qualidade dos cuidados de enfermagem; acessibilidade a cuidados de enfermagem.*

KEY WORDS: *Safe staff; human resources management; quality of nursing care; nursing care accessibility.*

* **Correspondência:** Lucília Nunes. Email: lucilia.nunes@gmail.com

INTRODUÇÃO

Um *artigo de opinião*, por definição, é um texto de caráter informativo, sobre uma determinada área do conhecimento de quem o escreve, que pretende interpelar quem o lê e, portanto, precisa de apresentar *bons* argumentos, que sejam verdadeiros, lógicos, consistentes. Os tempos que vivemos e os que se anunciam são de crise económica, política, social; tomar decisões em tempos difíceis requer conhecimentos e argumentos tanto quanto sabedoria prática, de modo a tornar consistentes as opiniões que se expressam e as ações que se realizam - mas esta exigência poderia ser a de qualquer tempo: o que se acrescenta ou adiciona é a necessidade. Ou o sentido de que as ações carecem de se constituir como antecipações (e não como respostas) face ao essencial.

De entre as questões inquietantes no que concerne aos cuidados de saúde, está a relativa às *condições em que os cuidados são prestados* no que diz respeito a dotações de enfermeiros. Não é uma questão nova porque há muito que a interrogação em torno das dotações se foi adensando⁽²⁾ e indaga-se da relação com as questões da qualidade, da segurança e da acessibilidade dos cuidados de enfermagem. Estamos a colocar-nos no cruzamento dos territórios da gestão de recursos humanos, de processos de melhoria contínua da qualidade, de equidade na saúde e, por inferência, também em torno de uma das responsabilidades do Estado, pois que lhe incumbe “garantir uma racional e eficiente cobertura em todo o país em recursos humanos e unidades de saúde”⁽³⁾. Olharemos a questão das dotações com o prisma da gestão de recursos humanos, da qualidade e da segurança (que é dimensão crítica da qualidade) e da acessibilidade aos serviços e cuidados de saúde.

A vida das instituições – e nisto, as prestadoras de cuidados de saúde como as outras, por exemplo, as de ensino superior – é influenciada e condicionada por muitos fatores, em interrelação complexa, entre os quais os recursos humanos, cuja gestão é de especial sensibilidade e deveria merecer particular atenção. Falamos das pessoas que integram a organização, que a configuram e que, no seu todo,

determinam o cumprimento da sua missão, as pessoas que participam na vida da organização ao mesmo tempo que a definem e estruturam.

Afirmam diversos autores [Chiavenato, Kurgant, Cero, entre outros] que as técnicas de gestão de recursos humanos incluem a *dotação* e cálculo de pessoal, análise dos cargos, recrutamento e seleção, integração, formação, avaliação de desempenho, gestão previsional e da carreira. Assim, quando nos debruçamos sobre as *dotações*, estamos perante uma técnica de gestão de Recursos Humanos, sendo que, para o mesmo assunto, encontramos outros termos, tais como *rácios*, *estimativas* ou *cálculos de pessoal*.

Parece quase elementar que planejar ações [como num plano ou programa] requer a projeção dos recursos humanos necessários para as levar a cabo; de uma forma mais completa, formular planos significa identificar os recursos necessários e os existentes [e qual o desfaseamento entre ambos], desenvolver um catálogo ou uma carteira de competências [tendo em conta o que é necessário realizar e os resultados que se pretende atingir], mobilizar os recursos [recrutar, deslocar, realocar] e prever os mecanismos de fixação [pelo menos, dos recursos-chave]. Até aqui, são aspetos comuns a todas as instituições. Olhemos mais em concreto as instituições de saúde.

Não obstante ser consensual que os recursos humanos constituem um eixo estruturante do que se pretende realizar, não obstante ser unânime que as mudanças nas políticas de saúde requerem a adesão dos profissionais, é clara a inexistência de planeamento estratégico de recursos humanos na saúde. Daqui decorre a consequente escassez de medidas que garantam a qualidade do desempenho, assentes na valorização das pessoas [materializáveis na criação de incentivos ou numa política de formação contínua, entre outros exemplos possíveis]. Teoricamente, todos concordaremos que os recursos humanos são fundamentais nas organizações de saúde e que constituem, verdadeiramente, mais do que um potencial competitivo, um *potencial sinérgico* de otimização das respostas em saúde. E como a saúde não é monodisciplinar nem monoprofissional,

essa é uma boa razão para se promover o trabalho em equipa, a melhoria contínua e a resposta eficaz, mensurável em resultados que são ganhos em saúde para as pessoas. A Organização Mundial de Saúde afirmou que devemos aprender e trabalhar em conjunto, o que releva as capacidades relacionais, tanto quanto as cognitivas ou as instrumentais. De há muito que os enfermeiros consideram o trabalho em equipa como um instrumento básico da profissão - valem umas indagações reflexivas colaterais: o que é uma “equipa de saúde”? Como se relacionam os enfermeiros com os outros profissionais? Como se harmonizam as diferenças nas pessoas das equipas? Particularmente, se tivermos em conta a influência que podem ter no clima organizacional...

Pensar em recursos humanos na saúde, aporta portanto a questão das dotações de enfermeiros. Como precisamos de formular de modo a tornar claro e comum o conceito, adotamos a *dotação de enfermeiros* como o estabelecimento, de forma quantitativa e qualitativa, das necessidades em pessoal de enfermagem para prestar e avaliar os cuidados num determinado contexto de prática clínica. Dimensionar uma equipa definindo a dotação é uma etapa prévia para que se possa prover o pessoal necessário àquele contexto de prática clínica de enfermagem. Prevê-se o necessário, diríamos. Entendido do *que* se trata, o *que* da questão, passemos ao *como* se faz.

Historicamente, as dotações começaram por ser determinadas a partir da experiência de quem dirigia os contextos; depois, começou a ter-se em conta os chamados *fatores estruturais* [tais como o número de camas ou a taxa de ocupação] e obtinham-se *rácios*, que eram estáticos - como se compreende, quando se afirma, por exemplo, a proporção 1:2 numa unidade, isto é, um enfermeiro para dois doentes, trata-se de um rácio fixo, seja qual for a condição, o estado ou as necessidades desses doentes. Posteriormente, algumas fórmulas começaram a utilizar critérios da atividade médica para medir as necessidades de cuidados de enfermagem. Depois, foi a vez dos métodos que utilizam instrumentos de medida dos níveis de cuidados de enfermagem, classificam e calculam o tempo necessário aos cuidados,

transformando esse tempo em número de enfermeiros. Como muitas vezes acontece, podemos encontrar várias formas e métodos a conviver, complementando-se. E associar dados estatísticos – Gillies⁽⁴⁾, por exemplo, afirma que o censo de doentes, a revisão das admissões, as taxas de ocupação média, a demora média de internamento, os diagnósticos de admissão e no momento da alta clínica, nos três últimos anos, constituem uma importantíssima fonte de informação.

A complexidade torna-se patente quando pensamos nas intervenções do enfermeiro que são do domínio do executar, do gerir, do atender, do informar, do encaminhar. A previsão ou o cálculo da carga de trabalho de enfermagem, de acordo com Gillies, há de considerar as necessidades de cuidados diretos, as necessidades de assistência indireta e de educação para a saúde. E variará se a situação é inaugural (no início de funcionamento), se o contexto e a instituição se situam numa etapa de maturidade organizacional ou se outras variáveis externas têm impacto imediato. Notemos que são poucos os trabalhos nacionais no âmbito da saúde, que visam aclarar a dotação de pessoal, nomeadamente de enfermagem. Ainda que, discursivamente, estejamos todos de acordo em que é necessário ter «dotações seguras». A propósito, o *International Council of Nurses* define *dotações seguras* como sendo “o pessoal em número apropriado, com a combinação adequada de conhecimento, aptidões e experiência, que está disponível em qualquer altura para garantir respostas efetivas às necessidades de cuidados dos doentes e a manutenção de um ambiente de trabalho livre de perigos (ICN, 2007).

Assim, para assegurar as dotações adequadas, há que realizar algumas etapas sucessivamente: primeiro, determinar o cálculo adequado, seguindo-se o recrutamento, organização, formação, fixação dos enfermeiros. Retomemos, mesmo correndo o risco de ser repetitivo, que «dotação» não é sinónimo do «rácio tradicional» [que estabelece simplesmente uma proporção entre o número de enfermeiro e o número de clientes] pois considera o quantitativo e o qualitativo. Se preferirmos, como afirma Balderas (1988), *o pessoal necessário para prestar cuidados de*

enfermagem, de acordo com a capacidade instalada, a complexidade dos cuidados e o modo de organização desses cuidados (Macaia, 2005). Portanto, que tenha em conta fatores internos ao contexto mas também fatores externos, como a articulação com outros contextos, a flutuação da procura ou as políticas de pessoal.

Dado o atual enquadramento político-económico nacional e internacional, é repetido o apelo a restrição de custos, a austeridade. Dito de outra forma, os constrangimentos económicos têm, hoje, uma importante tónica no discurso e, sem dúvida, uma forma imediata de reduzir gastos é a redução de pessoal. Os termos *downsizing* norte-americano ou do *dégraissage* francês são formas eufemísticas de falar do corte em pessoal⁽⁵⁾. E esta simplicidade aparente é preocupante por três ordens de razões. Porque uma defesa de livre acesso dos cidadãos a cuidados de enfermagem tem o requisito básico de existirem recursos disponíveis para os prover; porque a escassez de enfermeiros nas equipas tem consequências alarmantes, afetando negativamente os cuidados prestados aos clientes e afetando negativamente os enfermeiros quanto aos riscos de exaustão vital, stresse, insatisfação, *burnout*; porque a dinâmica do trabalho e das equipas não emerge de um dia para o outro e é preciso formação e investimento para formar equipas de elevado desempenho.

Assim, associam-se dois pressupostos essenciais: o planeamento de dotações tem de ser realizada numa “base local”, no que diz respeito à adequação concreta às necessidades daquela população naquele contexto [ou seja, é necessário conhecer a população-alvo e as suas necessidades de onde decorre o tipo e a quantidade de cuidados a prestar] e a segurança dos cidadãos deve ser uma preocupação primária.

Hoje, existem diversos métodos⁽⁶⁾ para efetuar o planeamento das dotações necessárias sendo que todos têm pontos fortes e fracos ou, se preferirmos, todos comportam vantagens e limitações efetivas – e é internacionalmente reconhecida a ausência de uma fórmula ou um mecanismo universal para determinar o nível de dotações seguras. Os designados Sistemas de Classificação, enquanto método de agrupamento

de doentes, determinam as necessidades em cuidados e vão substanciar o processo de tomada de decisão quanto à qualidade dos cuidados, à melhoria da produtividade, aos custos e à gestão dos Recursos Humanos. Atualmente, parece ser mais adequado seguir o cálculo das horas de cuidados necessárias, de acordo com o grau de dependência dos doentes. O pressuposto é que precisamos de identificar o tipo e quantidade de cuidados, o tipo de enfermeiros necessários (de cuidados gerais, especialistas e de que especialidades), o cálculo do total da equipa. Daqui, prossegue-se para o recrutamento, seleção, organização do trabalho, distribuição das funções e responsabilidades.

Não basta identificar o número e qualidade dos enfermeiros necessários – é necessário prover efetivamente o contexto. Como na tomada de decisão, não basta decidir, é necessário agir de acordo com a decisão tomada. Não é suficiente ter uma representação pictórica, como um cachimbo de Magritte: é preciso ter uma realidade tangível.

Em síntese, as dotações seguras fazem parte das condições em que os cuidados são prestados; nem sempre as condições do exercício dos enfermeiros potenciam as respostas mais adequadas, uma vez que essas condições influenciam a qualidade e a segurança dos cuidados prestados; é preciso que a dotação aponte o número e o perfil dos enfermeiros da equipa.

Por este ponto, poderíamos agora chamar Benner à conversa e afirmar a necessidade de equipas com experiência, em que se promova o elevado desempenho, em que a diversidade de estadios dos elementos da equipa não deixe de assegurar a maturidade e a perícia profissionais. Com isto, estamos a pensar que não basta uma equipa ter um certo número de enfermeiros, por exemplo, cinco – esses cinco não podem ser todos principiantes, como se compreenderá; é preciso que existam peritos, proficientes, competentes. E que a maioria não sejam recém-formados, pela importância, não do tempo em si, mas da experiência clínica vivida e refletida. E se os enfermeiros têm o direito de “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia

da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade”⁽⁷⁾, tal acontece porque os clientes, os cidadãos têm direito a cuidados de enfermagem de qualidade. Portanto, não pode olhar-se a questão apenas do lado das entidades empregadoras ou dos enfermeiros, mas da razão de ser de uns e outros.

A capacidade de uma equipa de enfermeiros para prestar cuidados seguros e de qualidade é afetada por fatores como a formação, a responsabilidade profissional, a relação entre as necessidades dos clientes e as competências dos enfermeiros, a cultura organizacional, as decisões contextuais e a liderança clínica no contexto (que saiba apresentar evidências da qualidade dos cuidados e manter a moral elevada). Um ponto crítico poderá ser [est]a capacitação das chefias e das lideranças – formais e clínicas - porque não basta, por exemplo, que estejam escritas orientações sobre dotações ou seja estudado o sistema mais adequado. É preciso realizar os cálculos e avaliar os resultados – em muitas situações, é necessária negociação, coragem, empenhamento, para realizar o planeamento e esforçar-se por obter as dotações seguras para os contextos. E persistir em querer ter dotações seguras. Isto, no que respeita às chefias operacionais, cuja particular tarefa é garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem do *seu* contexto. Mas há outros níveis de gestão de enfermagem e, em especial ao nível estratégico, perseverar na demanda das dotações seguras.

A problemática das dotações e da qualidade dos cuidados de enfermagem pode ainda ser colocada no contexto dos tipos de gestão – por exemplo, na gestão privada das instituições de saúde. Aqui, há quem pergunte se existe diferença específica de acordo com o tipo de gestão, se há diferenças nas dotações conforme os contextos prestadores sejam públicos ou privados. Porque é que haveria de haver? É o que apetece perguntar. Numa realidade de prestação de cuidados em que a larga maioria das equipas funciona com os níveis definidos como *mínimos*, a pergunta é aparentemente desnecessária. E a ser colocável, seria para considerar expectável existirem equipas mais e melhor dotadas nas instituições privadas, e não ao contrário.

Michael Sandel afirma⁽⁸⁾ que a defesa padrão do mercado livre assenta em dois pressupostos: um, em relação ao bem estar e outro, em relação à liberdade. Ou seja, o mercado livre promove o bem estar da sociedade como um todo (na medida em que proporciona incentivos para que as pessoas trabalhem arduamente e forneçam os bens de que outras pessoas precisam) e respeita a liberdade individual, deixando que sejam as pessoas a escolherem o valor que atribuem às coisas que transacionam. Perguntar se uma sociedade é justa é perguntar de que forma distribui as coisas que prezamos. Ainda assim, tenhamos em conta que nem a vida e a natureza são justas, que nem sempre as escolhas são livres e que existirão virtudes e bens maiores que os mercados não dignificam e que o dinheiro não pode comprar. Se pensarmos nas instituições privadas que oferecem cuidados de saúde, há duas coisas a ter em conta: os contratos vão buscar a sua força moral à autonomia e à reciprocidade e muitos contratos reais ficam aquém dos ideais, de onde, no limite, posso ser defraudado ou enganado. Todavia, a forma como as coisas são não determina a forma como deveriam ser.

Finalmente, entrosa-se aqui um terceiro prisma de análise, em relação com a justiça, e que é a acessibilidade. Se a acessibilidade consiste na facilidade de acesso e de uso de ambientes, produtos e serviços por qualquer pessoa e em diferentes contextos, trata-se de *facilidade em atingir destino*, de chegar ao local desejado. Por isso tem sido um termo associado a adaptação e mobilidade, resposta e adequação às diferentes necessidades das pessoas em contexto. A acessibilidade é uma das medidas da qualidade de vida dos cidadãos, porque tanto falamos de acessibilidade a serviços como acessibilidade a ambientes ou recursos. Acessibilidade é uma espécie de palavra-chavão, usada em muitos contextos e de forma diversa – assim, falamos de acesso a ou de acessibilidade à educação, à saúde ou à informação. No caso da saúde, a acessibilidade formula-se para garantir [espera-se] o acesso universal e é, provavelmente, de entre as diversas condições do acesso universal, aquela que mais se relaciona com os interesses, as necessidades e as capacidades singulares das pessoas.

A garantia da atenção à saúde das pessoas assim como o direito de todos a cuidados de saúde, só se concretizam se a população tiver condições de acessibilidade aos serviços. O estudo das questões referentes à acessibilidade aos serviços de saúde é de vital importância para a garantia da universalidade dos cuidados. Portanto, a acessibilidade inter-relaciona características do sistema de prestação de cuidados de saúde, utilização dos serviços de saúde (desde a existência e acolhimento) e satisfação das necessidades, sendo determinada pelas políticas de saúde existentes.

A saúde não é algo *produzido* pelos serviços de saúde – sabemos que a saúde é socialmente determinada, que é influenciada por fatores genéticos e ambientais, que é afetada por fatores sócio-económicos, educação, género, preferência sexual. É clara, hoje, a relação com as Determinantes Sociais, e que os enfermeiros e os profissionais de saúde no geral, e os enfermeiros em particular, têm um papel importante na equidade no acesso e na redução de desigualdades. A acessibilidade, olhada de um mirante ético, diz respeito à possibilidade de aceder e olha todos com o sentido da igualdade e da equidade, portanto, estamos claramente no cerne das questões da igualdade e da justiça.

Para Rawls, Justiça, é “a virtude primeira das instituições sociais tal como a verdade o é para os sistemas de pensamento”; o seu objeto é «a justiça social (...), a estrutura básica da sociedade”. Assim, a conceção da justiça tem de fornecer um padrão de avaliação dos aspetos distributivos da sociedade. Se seguirmos este autor, a teoria da *justiça como equidade* aplica-se à estrutura básica da sociedade integrando o carácter intergeracional e tendo como ideia estruturante central a sociedade como um “sistema equitativo de cooperação ao longo do tempo”, regida pelo pluralismo razoável. É dele, de Rawls, a ideia de que a procura de um bem social maior não pode obter-se atropelando os direitos básicos pois tal violaria o “basic sense of fairness”. Que devem adotar-se como princípios: a *maximização da parte mínima* numa situação de partilha desigual e a *recusa sacrificial* (aliás, a conceção de justiça visa fazer da «vítima sacrificial» um «parceiro igual»).

Pugnar por dotações seguras é proteger a segurança dos cuidados – e enquanto condição ou requisito, reerguem a questão fulcral da *prestação de contas* por parte de quem é responsável. A *prestação de contas*, traduzindo a ideia de *accountability*, permite apurar as responsabilidades, pautando-se pela transparência e, iria mais longe, ancorando-se num dever de cidadania. Parece-nos claro que os serviços prestados precisam de ser eficientes, eficazes e equitativos; eficientes do ponto de vista técnico [ao menor custo possível] e alocativo [permitindo alcançar os melhores resultados de saúde]; eficazes pois contribuem para resolver os problemas e obter resultados – e aqui está outra dificuldade, pois estabelecer a eficácia dos cuidados de enfermagem não é um processo simples; equitativos, no sentido de estarem disponíveis e acessíveis a todos em função das necessidades de saúde [e dir-se-ia uma equidade vertical] e que às mesmas necessidades corresponde a mesma intervenção [equidade horizontal]. Fatores como o rendimento, a posição social, a educação, o local de residência [entre outros] não deveriam ser critérios nem para o acesso aos serviços nem para a seleção das intervenções.

No global, parece quase simples: para responder às necessidades de saúde, ajustar às reais necessidades em concreto e indagar de novos *serviços*, se necessários, com processos sustentáveis, é preciso dotações sólidas, que não podem ser reduzidas levemente, com intuítos cegos de economia, mas antes devem ser preservadas e encorajadas ao desenvolvimento de competências. Não é aceitável que as prioridades na saúde não priorizem a otimização das condições para os cuidados, ou seja, dotações seguras. Se a tónica fosse reduzir o desperdício e desenvolver o que pode efetivamente ser rentável e bom para as pessoas, não seria uma política de redução de pessoal que colheria os favores. Nem dos administradores, nem dos políticos, nem dos gestores. Mas, como no cachimbo de Magritte, as representações pictóricas não são os objetos, e mais do que ouvir os discursos, importa aferir das realidades e dimensionar o que é necessário. Porque há dimensões e pressupostos irrenunciáveis.

Notas

1. Num famoso quadro de René Magritte, *La trahison des images (Ceci n'est pas une pipe)*, está pintada a representação pictórica de um cachimbo e está escrito "Isto não é um cachimbo" pois que não se trata realmente de um cachimbo mas somente a pintura e nem poderá sequer ser usado como tal; uma imagem ou um texto não deve ser confundido com o objeto ou a realidade tangível.
2. Constitui exemplo o Dia Internacional do Enfermeiro, assinalado pelo ICN em 2006, sob o lema "Safe staffing save lives". Documental de apoio em <http://www.icn.ch/publications/2006-safe-staffing-saves-lives/> ou, na tradução para português, "Dotações seguras salvam vidas" em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf
3. Constituição da República Portuguesa, Artigo 64, n.º 3, alínea b).
4. Ver também MACHADO, Paulo Alexandre Puga - Gestão de recursos de enfermagem nos cuidados de saúde primários. Contributo para um discurso mais rigoroso. Tese de Mestrado em Enfermagem. <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9614>.
5. Como afirmava Wacquant: «Le verbe to downsize est un terme technique qui provient de l'industrie automobile où il désigne la réduction de la taille des véhicules. C'est en 1982 que s'amorce son application aux employés plutôt qu'aux produits d'une firme. Depuis, les directeurs des ressources humaines ont innové un vaste lexique visant à "adoucir" voire à masquer sémiotiquement les suppressions d'emplois. Dans l'Amérique d'aujourd'hui, notamment au sein des grandes compagnies, un salarié n'est point licencié, limogé ou mis à la porte, et encore moins viré; il est "séparé", "désélectionné" ou "désemployé", "transitionné" ou "réduit", "non realloué" ou "déprogrammé", "délogé" ou bien encore "non-renouvelé". Quant à l'entreprise, elle se contente de procéder à un "recentrage du mix des qualifications", à une "correction du déséquilibre de main d'oeuvre" ou encore à une "élimination des redondances". Mains autres vocables difficilement traduisibles, tels *decruid*, *excessed*, ou *surplussed*, expriment bien cette idée que les employés sont devenus une charge excédentaire, un poids mort, un fardeau inutile, bref une tare dont la firme a le droit mais aussi le devoir de se délester prestement» (Wacquant, 1996, p. 70).
6. Não aprofundarei a apresentação da fórmula, que é conhecida mas relevo que o Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência em Cuidados de Enfermagem, implementado em Portugal desde 1987, resulta na melhor ferramenta disponível para permitir a afetação do pessoal de enfermagem de forma mais racional, em contextos de prática clínica hospitalar. Além deste sistema, existem outros métodos de

quantificação da carga de trabalho de enfermagem em contextos específicos – por exemplo, o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS 28), o *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score* (NEMS), o *Grupe d'Études Multi-Centriques* (OMEGA) e o *Project of Research of Nursing* (PRN) são sistemas utilizados para quantificar a carga de trabalho de enfermagem em Cuidados Intensivos e existem métodos a partir do tempo consumido, que é o caso do *Time Oriented Score System* (TOSS) ou do *Nursing Activity Score* (NAS).

7. Código Deontológico do Enfermeiro, Artº 75, n.º 2, alínea c).
8. SANDEL, Michael - *Justiça: Fazemos o que devemos?* Editorial Presença, 2011, p. 14 a 28.

REFERÊNCIAS

Gillies (1994). *Gestión de Enfermería: Una aproximación a los sistemas* (2.ª ed.). Barcelona, Espanha: Mason Salvat.

Macaia (2005). *Sistema de classificação de doentes em Enfermagem: Contributos na gestão dos enfermeiros nos hospitais da rede do Sistema Nacional de Saúde. O caso HUC. Tese de Mestrado em Gestão Pública. Universidade dos Açores*. Disponível em: <http://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/530/1/DissertMestradoDamasMacaia2006.pdf>

Sandel (2011). *Justiça: Fazemos o que devemos?* Barcarena, Portugal: Editorial Presença.

Wacquant (1996). *La généralisation de l'insécurité salariale en Amérique: Restructurations d'entreprises et crise de reproduction sociale. Actes de la recherche en sciences sociales, 115, 66-79.*