

Enferm Bras 2020;19(5):450-5
<https://doi.org/10.33233/eb.v19i5.4297>

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Experiência de uma residente multiprofissional em enfermagem de terapia intensiva em intercâmbio profissional

Deborah Monize Carmo Maciel*, Magno Conceição das Mercês, D.Sc.**, Douglas de Souza e Silva***, Silvana Lima Vieira, D.Sc.****

Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva sob formato de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia (UFBA), **Enfermeiro, Professor do Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia (UNEB), *Enfermeiro, Especialista em Terapia Intensiva sob formato de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Mestrando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia (UFBA), ****Enfermeira, Professora do Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia (UNEB)*

Recebido em 24 de julho de 2020; aceito em 28 de setembro de 2020.

Correspondência: Deborah Monize Carmo Maciel, Rua Silveira Martins, 2555 Cabula 41150-000 Salvador BA

Magno Conceição das Mercês: mmerces@uneb.br
Douglas de Souza e Silva: douglasss-gbi@hotmail.com
Silvana Lima Vieira: silvana.limavieira@gmail.com
Deborah Monize Carmo Maciel: deborahmonizecm@gmail.com

Resumo

Objetivo: Descrever a experiência de uma residente multiprofissional em Enfermagem de Terapia Intensiva no intercâmbio profissional em Lisboa, Portugal. **Métodos:** Relato de experiência sobre a vivência de uma enfermeira residente em terapia intensiva em intercâmbio profissional, por meio de um convênio entre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia e o Hospital Santa Maria em Lisboa, Portugal. **Resultados:** Foi possível observar a diferença na organização das unidades e setores, a divisão da categoria da Enfermagem, atribuição e processo de trabalho das enfermeiras, dimensionamento e escala de serviço, carga horária, realidade salarial, tempo de formação profissional, pesquisas científicas pelas enfermeiras assistenciais, o uso da tecnologia da informação protocolos e formulários. **Conclusão:** Possibilitou ampliar a reflexão crítica no que se refere a complexidade, desafios e importância do trabalho da enfermeira e como alguns aspectos se relacionam fortemente a fatores socioeconômicos, históricos e as políticas públicas do país.

Palavras-chave: intercambio educacional internacional, enfermeiras e enfermeiros, internato e residência, internato não médico.

Abstract

Experience of a multiprofessional resident in intensive care nursing in professional exchange

Objective: To describe the experience of multiprofessional Resident in Intensive Care Nursing in Professional Exchange an intensive care nurse during her professional international exchange in Lisbon, Portugal. **Methods:** To report the experience, regarding the life of an intensive care nurse resident during the period of her Professional Exchange, this was made possible through the partnership between the State University of Bahia, with the multi Professional residency program and the Santa Maria Hospital in Lisbon, Portugal. **Results:** It was possible to observe the differences regarding the organization of the units and sectors, the division of Nursing Categories, attribution and work process of nurses, dimensioning and scale of work, workload, wages, professional training time, and scientific research through assistant nurses, the use of information technology, protocols and forms. **Conclusion:** The experience has allowed to amplify my critical reflection regarding the complexity, challenges and the importance of working as a nurse. It has

also showed how some aspects are strongly related to socioeconomic, historical and public policies in the country.

Keywords: international educational exchange, nurses, internship and residency, internship nonmedical.

Resumen

Experiencia de un residente multiprofesional en enfermería de cuidados intensivos en intercambio profesional

Objetivo: Describir la experiencia de una residente multiprofesional en Enfermería de Cuidados Intensivos en intercambio profesional en Lisboa, Portugal. **Métodos:** Informe de experiencia, sobre la experiencia de una enfermera residente en cuidados intensivos, en intercambio profesional, a través de un acuerdo entre el Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Universidad Estatal de Bahia y el Hospital Santa Maria en Lisboa, Portugal. **Resultados:** Fue posible observar la diferencia en la organización de las unidades y sectores, en la división de la categoría de Enfermería, la asignación de enfermeras, el dimensionamiento, la carga de trabajo, la realidad salarial, el tiempo de formación profesional, la investigación por enfermeras de la asistencia, el uso de tecnología información y protocolos, escalas y formas. **Conclusión:** Permitted ampliar la reflexión crítica sobre la complejidad, los desafíos y la importancia del trabajo de la enfermera y cómo algunos puntos están vinculados con los factores socioeconómicos y las políticas públicas del país.

Palabras-clave: intercambio educacional internacional, enfermeras y enfermeros, internado y residência, internado no médico.

Introdução

O conceito de saúde foi por muito tempo definido como ausência de doença, porém, a partir de 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou como um estágio de bem-estar físico, mental e social, ou seja, não só a ausência de doenças ou enfermidades [1]. Essa discussão teórica e o avanço sanitário trouxe novas possibilidades de compreensão de formas de enxergar a saúde devido à complexidade multifatorial e temporal do sujeito [2].

Esse novo cenário apontou uma reformulação na assistência à saúde, com uma nova organização para suprir as necessidades biopsicossociais dos indivíduos, reorientando o modelo médico assistencial-restritivo, através de equipes multiprofissionais e do trabalho em redes [3]. Considerando o recurso primordial para o funcionamento desse sistema, a preocupação na formação de gestão de pessoas em saúde acionou o investimento na readequação na formação, tanto da graduação como pós-graduação [4].

A equipe multiprofissional passou a ser essencial na assistência e gestão em saúde, possibilitando um enfrentamento aos entraves para o desenvolvimento do cuidado, através de uma visão holística dos indivíduos, e abordagens na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, levando a melhores resultados e estratégias para otimizar processos e serviços [5].

A primeira residência no Brasil com modalidade de pós-graduação lato sensu foi Instituída através do Decreto nº 80.281 em 1977, uniprofissional médica e com foco hospitalar [6]. Em 1978, no Rio Grande do Sul, surge pela primeira vez o projeto de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), em um momento de forte influência da Reforma Sanitária Brasileira, com proposta de profissionais de saúde mais qualificados, integrados, críticos e humanizados [7-8]. Então, somente em 2005, com Medida Provisória nº 238/2005 na Lei nº 11.129/2005, foi instituída a RMS, como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinada à categoria de profissionais não médica que integram a área de saúde [7-8].

Nessa perspectiva, em 2007, foi criado o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), especializando profissionais de diversas profissões da saúde, através da formação em serviço, desenvolvimento de pesquisa e uma perspectiva teórica-pedagógica que obedeça às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) [9-10].

Assim, o processo formativo da residência multiprofissional proporciona ao profissional residente uma inserção nas atividades de desenvolvimento multiprofissional e consequentemente maior oportunidade de aprendizagem, sendo uma excelente etapa de troca de conhecimento e crescimento profissional [10].

Obedecendo o escopo base das residências multiprofissionais em saúde e objetivando uma nova vivência para contribuir com o processo formativo, o estágio opcional de 30 ou 60 dias,

pode ser realizado pelo residente do segundo ano, em qualquer instituição de saúde de âmbito nacional ou internacional, que aceite o residente e atenda as normativas do regimento.

Considerando a busca por novas experiências no trabalho assistencial da enfermeira e a facilidade da língua falada e escrita devido a língua portuguesa ser idioma oficial de ambos os países, tem como questão norteadora: como é a prática profissional de enfermeira no contexto hospitalar português?

Diante do exposto, este artigo tem por objetivo descrever a experiência de uma residente multiprofissional em Enfermagem de Terapia Intensiva no intercâmbio profissional em Lisboa, Portugal.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de experiência, sobre a vivência de uma enfermeira residente multiprofissional em terapia intensiva, em intercâmbio profissional, por meio de um convênio entre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UNEB, e o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) polo Hospital Santa Maria (HSM) em Lisboa, Portugal.

O HSM é um hospital universitário, inaugurado em 1953, integrando desde 2007 o CHULN que por sua vez pertence ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal. O estágio opcional foi de caráter observacional, durante o período de 20 de janeiro de 2020 a 18 de fevereiro de 2020.

A residente foi alocada no setor de cardiotorácica, passando pelas unidades de bloco operatório, terapia intensiva e internamento e em algumas unidades do setor de cardiologia (hemodinâmica, unidade de cuidados intensivos coronários e unidade de eletrofisiologia e marcapasso).

A supervisão foi realizada pela enfermeira coordenadora responsável pelo setor e pela Enfermeira assistencial de referência. Totalizou-se uma carga horária de 8 horas diárias (de segunda a quinta-feira), e registro das vivências (sexta-feira), perfazendo 48 horas semanais.

A assistência hospitalar observada é pública, de perfil geral, contemplando diversas especialidades (neurologia, psiquiatria/saúde mental, dermatologia, infectologia, endocrinologia, imuno-alergologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, vascular, cardiologia, torácica, pneumologia, nefrologia/transplantação renal, estomatologia, gastroenterologia, hepatologia, urologia, obstetrícia, ginecologia, reprodução, pediatria, plástica, ortopedia, reumatologia, medicina física e de reabilitação, oncologia, hematologia/transplantação de medula) a nível ambulatorial, urgência/emergência, internamento, cirúrgico e cuidados intensivos.

Resultados

Durante o intercâmbio profissional, foi possível observar que os setores são divididos por especialidades, cada um possui várias unidades com níveis de complexidade diversas, mantendo a efetiva comunicação com todos os outros serviços do hospital. No setor de cardiotorácica, por exemplo, há as unidades de enfermaria, cuidados intensivos, centro cirúrgico e ambulatório, já no setor de cardiologia as unidades de hemodinâmica, ambulatório, tratamento intensivo coronário, enfermaria, cardiologia de intervenção e eletrofisiologia e marcapasso. Essa forma de organização facilita a gestão de altas, admissões, comunicação da equipe, logística de materiais e equipamentos, tornando-a mais organizada e eficaz, reduzindo carga de trabalho dos profissionais e aumentando a rotatividade dos leitos [11,12]. Diferentemente do Brasil, onde geralmente os setores são separados por complexidade dos cuidados, com exceção de determinadas especializações como pediatria, queimados, obstetrícia e outros.

As enfermeiras especialistas de um mesmo setor percorrem entre a unidade ambulatorial, de internamento e cuidados intensivos, pois de acordo com o Regulamento n.º 122/2011 da ordem das Enfermeiras de Portugal “a atuação da Enfermeira especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” [13]. Assim, o profissional tem melhor compreensão da assistência em diferentes níveis de complexidade, melhorando o entendimento de continuidade do cuidado e desenvolvendo o vínculo profissional-paciente.

Conforme evidenciado por Leal e Melo [14], ainda que se apresente de forma distinta, a divisão técnica e social está presente no processo de trabalho da enfermeira em todos os países analisados no estudo. Um dos pontos de destaque, na prática em hospital português, foi a diferença na divisão do trabalho da Enfermagem em que se categoriza em enfermeira,

enfermeira especialista e enfermeira gestora conforme acontece também nos EUA, Canadá e África do Sul, diferente do Brasil: enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem em um mesmo campo de conhecimento [14].

Foi observado que a higiene, alimentação, administração de medicamentos, coleta de exames e punção de cateter periférico, por exemplo, são atribuições da enfermeira, independente se especialista ou não. Com essa redução na estratificação da categoria da Enfermagem sem posição de hierarquia para o mesmo campo, é possível observar um maior controle sobre o processo de trabalho através de uma visão mais próxima e crítica do cuidado e o entendimento mais amplo quanto ao gerenciamento e aplicação na assistência visto que a mesma profissional é quem planeja, administra e executa todos os cuidados de Enfermagem para o paciente.

As atribuições da enfermeira em Portugal, na terapia intensiva, correspondem as funções de várias categorias profissionais no Brasil. Exemplo disso é a enfermeira ter como atribuição, por exemplo, a realização da mobilização precoce, mobilização de secreção, testes de respiração espontânea no paciente em ventilação mecânica, realizar extubação orotraqueal (no Brasil são de responsabilidade do fisioterapeuta e/ou médico) e avaliar deglutição em pacientes extubados que estavam mais de 48 horas com intubação orotraqueal (no Brasil é de domínio do fonoaudiólogo). Apesar de serem práticas comuns as enfermeiras de terapia intensiva em Portugal, alguns autores referem que são demandadas funções que não cabem a essa categoria profissional, mas que por falta de propriedade e conhecimento sobre o real papel da Enfermagem, esses papéis são aceitos por essas profissionais e acabam se tornando parte de suas atribuições no trabalho, aumentando sobrecarga, estresse ocupacional e menor qualidade assistencial [15,16]. Leal e Melo [14] trazem, também, que em diversos países, incluindo Portugal, a enfermeira se encarrega de atribuições de outros profissionais, ocupando lacunas geradas por uma deficiência na assistência à saúde.

Por essa carga de atribuições, o dimensionamento de pessoal e distribuição de enfermeiras para a assistência torna-se mais adequada para a carga de trabalho (na enfermaria o dimensionamento funciona com uma enfermeira para cinco pacientes – na terapia intensiva uma enfermeira para dois pacientes). Na contramão dessa realidade, o Brasil tende ao retrocesso com divergências entre legislações (Resolução COFEN 293 e RDC Anvisa 26/2012) [17] quanto ao dimensionamento e distribuição dos profissionais de Enfermagem, podendo uma enfermeira prestar assistência para até dez pacientes críticos. Com esse cenário é visível a sobrecarga de trabalho e consequentemente aumento das doenças ocupacionais e perda da qualidade assistencial [10].

Sobre os protocolos, escalas e formulários aplicados nas Unidades de Terapia Intensiva, observa-se que no Brasil são amplamente utilizados, muitas vezes, de formas diferentes entre várias instituições, para proporcionar maior segurança ao paciente. Porém, na prática, percebe-se distanciamento do contato direto com o paciente em prol do preenchimento desses documentos, que muitas vezes são preenchidos sem avaliação crítica. Em Portugal, existe apenas a obrigatoriedade em registrar o que já é considerado como importante para seguir a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de forma clara e objetiva. Como a SAE já se configura como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico, e é sabido pela enfermeira a sua função como profissional, não é necessário documento adicional para assegurar o cumprimento dessas ações [18].

Nas instituições brasileiras pelas quais a residente passou durante o curso de residência, a terapêutica do paciente era discutida diariamente pela equipe multiprofissional. No intercâmbio, observou-se a ausência das visitas multiprofissionais, e, na maioria das vezes, o tratamento foi definido apenas pelo médico. Há décadas, discute-se a importância da equipe multiprofissional, interprofissional e sua interação vem sendo reconhecida como fator essencial para atingir um plano terapêutico necessário para individualidade de cada paciente. Além disso, a falta da presença de outras categorias profissionais em saúde na tomada de decisões, reforça a hierarquia nas relações, a prática individualista e a dificuldade em lidar com as diferenças [19,20].

A carga horária de trabalho das enfermeiras no setor público hospitalar em Portugal é de 40 horas semanais, distribuídas em turnos de 8h diárias, ou seja, três trocas diárias de turno. Na realidade da Enfermagem brasileira que luta há 20 anos pela aprovação do Projeto de Lei (PL) 2295/00 [21] pelas 30 horas semanais, continua a critério das instituições oferecerem cargos de 30 a 44 horas semanais, em sua maioria com turnos de 12h, ou seja, duas trocas de turno por dia. Mesmo com realidades diferentes, as enfermeiras brasileiras e portuguesas compartilham a sobrecarga de trabalho, com relatos de cansaço físico e mental e, muitas vezes, com mais de um vínculo para manter uma renda mensal digna.

Enfermeiras brasileiras e portuguesas também partilham da insatisfação salarial consequente de um baixo reconhecimento da profissão. Atualmente, Portugal e Brasil possuem, respectivamente, o salário mínimo de 635 €, mínimo da enfermeira de 1.201,5 € e R\$ 1.045,00 e para a enfermeira R\$ 1.993,10 [22-24]. Isso mostra o baixo retorno financeiro dessas profissionais por um trabalho que demanda conhecimento técnico-científico, tomada de decisão, visão holística do cuidado, gerenciamento/liderança entre tantas outras competências inerentes ao exercício dessa profissão.

Os hospitais públicos brasileiros, com ênfase no contexto baiano estão em adaptação quanto a digitalização e informatização, sendo que nesse hospital português já é uma prática bem implementada e utilizada proporcionando fácil acesso às informações, maior segurança no processo de trabalho, facilidade para pesquisas coletivas e redução do uso de papel [25].

Enfermeiras portuguesas relataram o desejo em usar a pesquisa científica na sua prática profissional, alguns trouxeram que no Brasil tem-se um incentivo maior quanto a isso e consequentemente produz-se bastante na academia científica. Porém, percebe-se na Enfermagem brasileira distanciamento entre a enfermeira assistencial e a pesquisa. Caberiam estudos para entender o porquê dessa realidade no meio científico da Enfermagem.

A experiência suscitou inúmeras reflexões na residente que participou do intercâmbio em relação ao campo da Enfermagem e seus desafios. O estágio observacional proporcionou um olhar de espectadora da rotina da Enfermagem portuguesa, mas ao mesmo tempo fazendo sentir todas as insatisfações que aquelas enfermeiras relatavam, pois algumas eram as mesmas insatisfações das enfermeiras brasileiras, como os baixos salários e carga horária exaustiva.

Conclusão

O intercâmbio profissional observacional realizado em um Hospital de Lisboa, Portugal, possibilitou ampliar a reflexão crítica no que se refere a complexidade e importância do trabalho da enfermeira e como alguns pontos estão ligados aos fatores socioeconômicos, históricos e as políticas públicas do país, como o déficit de insumos, a implementação da tecnologia da informação e produção científica. Apesar disso, a luta e insatisfação em maior reconhecimento profissional com melhores salários, carga horária e condições de trabalho é compartilhada por enfermeiras mesmo vivendo em realidades tão diferentes. Em suma, a experiência foi de grande valia para a formação profissional, ampliando os conhecimentos sobre a profissão da Enfermagem e enfatizando a sua grande importância na saúde pública.

Referências

1. Scliar M. História do Conceito de Saúde. Rev Saúde Coletiva 2007;17(1):29-41. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>
2. Bezerra I, Sorpreso I. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. J Human Growth Developm 2016;26(1):11-20. <https://doi.org/10.7322/jhgd.113709>
3. Guerra T, Costa M. Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. Textos & Contextos 2017;16(2):454- 69. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2017.2.27353>
4. Gentil D, Abilio E, Cordeiro M. Limites e desafios curriculares na formação de profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde. Interfaces da Educação 2015;17(6):77-96.
5. Evangelista V, Domingos T, Braga E. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. Rev Bras Enferm 2016;69(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>
6. Brasil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos 5 de setembro de 1977 [citado 2020 Mar 12]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-normaatuizada-pe.pdf>
7. Rodrigues T. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? Serv Soc Saúde 2016;15(1):71-82. <https://doi.org/10.20396/sss.v15i1.8647309>

8. Torres R, Barreto I, Freitas R, Evangelista A. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface* 2019. <https://doi.org/10.1590/interface.170691>
9. Brasil. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Ministério da Saúde [online]. 2006 [citado 2020 abril 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf
10. Silva D, Mercedes M, Souza M, Gomes A, Lago S, Beltrame M. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais em saúde. *Revista Enfermagem UERJ*. 2019 [citado 2020 abril 12]. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43737/31278>
11. Raffa C, Malik A, Pinochet L. O desafio de mapear variáveis na gestão de leitos em organizações hospitalares privadas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde* 2016;6(2). Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/298/207>
12. Pires D, Machado R, Soratto J, Schere M, Gonçalves A, Trindade L. Cargas de trabalho da Enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2016;24:e2677. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>
13. Portugal. Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República 18 de fevereiro 2011. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3477011>
14. Leal J, Melo C. Processo de trabalho da Enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* 2018;71(2):441-52. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>
15. Scofano B, Lanzillotti R, Valente G. Atuação do enfermeiro enquanto líder de equipe na área hospitalar: uma revisão integrativa. *Nursing* 2019;22(253):2943-48. [citado 2020 Abril 15]. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/253/pg51.pdf>
16. Costa C, Vieira D, Martins L, Júnior A. Construção da imagem profissional no Ceará: a enfermeira diante das modificações no cenário histórico profissional. *Cad Saúde Coletiva* 2019;27(2):166-171. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900020116>
17. Rodrigues M, Paula R, Santana R. Divergências entre legislações do dimensionamento de Enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem* 2017;8(1):12-6. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/758/370>
18. Truppel T, Meler M, Calixto R, Peruzzo S, Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm* 2009;62(2):221-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200008>
19. Kamada C. Equipe multiprofissional em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm* 1978;31:60-7. <https://doi.org/10.1590/0034-716719780001000009>
20. Wanderbroocke A, Baasch C, Antunes M, Menezes M. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. *Trabalho, Educação e Saúde* 2018;16(3):1157-76. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00155>
21. Brasil. Projeto de Lei nº 2295/2000. Dispões sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Congresso Nacional, Câmara dos Deputados, 17 de dezembro de 1999 [citado 2020 Mar 10]. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/MostrarIntegralImagem.asp?strSiglaProp=PL&intProp=2295&intAnoProp=2000&intParteProp=1#/>
22. Pordata. Base de dados Portugal contemporâneo [homepage da internet]. Salário mínimo nacional [citado 2020 Mar 20]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Sal%3%a1rio+m%3%adnimo+nacional-74>
23. Brasil. Ministério da Economia. Salário mínimo será de R\$ 1.045 a partir de fevereiro [citado 2020 Mar]. Disponível em: <http://www.economia.gov.br/noticias/2020/01/salario-minimo-sera-de-r-1-045-a-partir-de-fevereiro>
24. Trabalha Brasil. Salário de enfermeiro [citado 2020 Mar 18]. Disponível em: <https://www.trabalhabrasil.com.br/media-salarial-para-enfermeiro>
25. Ribeiro W, Andrade M, Flach D, Santana P, Souza D, Almeida V. Implementação do prontuário eletrônico do paciente: um estudo bibliográfico das vantagens e desvantagens para o serviço de saúde. *Pró-UniverSUS* [online] 2018;9(1):07-11. [citado 2020 Mar 20] Disponível em: <file:///C:/Users/debym/Downloads/1179-Texto%20do%20artigo-4289-1-10-20180604.pdf>