


## ARTIGO ORIGINAL

## CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES E DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

### PATIENT CLASSIFICATION AND NURSING STAFF DIMENSIONING IN A PEDIATRIC INPATIENT UNIT

**HIGHLIGHTS**

1. Implantação do Sistema de Classificação de Pacientes
2. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em unidade de internação pediátrica
3. Ferramentas de gestão do trabalho
4. Mensuração de carga de trabalho

Rúbia Marcela Rodrigues Moraes<sup>1</sup> Ana Caroline de Lara<sup>1</sup> Eduardo Cardoso Remedio<sup>1</sup> Maria Aparecida Munhoz Gaiva<sup>2</sup> Mozara Mota Gentilini<sup>3</sup> João Lucas Campos de Oliveira<sup>4</sup> Ana Maria Muller de Magalhães<sup>4</sup> **ABSTRACT**

**Objective:** to describe the implementation of the Patient Classification System and the dimensioning of the nursing staff in a pediatric inpatient unit. **Method:** a descriptive, cross-sectional, and retrospective study, carried out at a university hospital in the Midwest of Brazil. After the implementation of the Pediatric Patient Classification System, we compiled data from the classifications of the level of care complexity (N=4,639) among patients (n=608) admitted from January to December 2019. Descriptive statistical analysis was employed, including proprietary methodology for staff sizing. **Results:** there was a prevalence of intermediate care patients. According to the staff dimensioning, there was a surplus (+10) of mid-level workers, and the projected number of nurses (six) was compatible with the available number. **Conclusion:** the strategic implementation/employment of the Patient Classification System was indispensable for the pediatric nursing staffing forecast, considering that the staffing surplus found should be appreciated with caution.

**DESCRIPTORS:** Staffing Adjustment; Pediatric Nursing; Workload; Inpatient Care Units; Staff, Hospital.

**COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:**

Moraes RMR, Lara AC, Remedio EC, Gaiva MAM, Gentilini MM, Oliveira JLC de, et al. Patient Classification and nursing staff dimensioning in a pediatric inpatient unit. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023 [cited "insert year, month, day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.89190>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Julio Muller/ Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiaba, MT, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiaba, MT, Brasil.

<sup>3</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Na assistência pediátrica hospitalar, a equipe de enfermagem atua desde o planejamento do cuidado à sua execução individualizada e contínua, levando-se em consideração as especificidades do núcleo familiar e de cada indivíduo. Assim, o enfermeiro, responsável pelo gerenciamento do cuidado e da equipe de enfermagem, utiliza uma vasta extensão de competências, tais como relacionais, ético-legais, clínicas, de pesquisa e de produção do conhecimento, educação em saúde e de gestão, além de liderança e trabalho em equipe<sup>1</sup>.

No desdobramento de competências de gestão, o uso de ferramentas que racionalizam o processo de trabalho é elementar. Entre as diversas ferramentas de gestão, o dimensionamento de pessoal de enfermagem visa garantir a qualidade da assistência ao paciente e o bem-estar dos trabalhadores com base na previsão de recursos humanos para atender às necessidades de cuidado da clientela de acordo com o grau de dependência e a organização do serviço<sup>2</sup>.

A carga de trabalho em enfermagem pediátrica, ou não pediátrica, é uma variável central no dimensionamento de pessoal. Uma das possibilidades de mensuração de carga de trabalho de enfermagem baseia-se no número médio diário de pacientes assistidos, ajustado pelo grau de dependência e tempo médio de assistência gasto com cada paciente de acordo com o estrato de classificação<sup>2-3</sup>. Para isso, a utilização de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) define o grau de dependência da clientela em relação à equipe de enfermagem e identifica o tempo dispensado na assistência (in)direta, viabilizando o planejamento quantiquantitativo de pessoal de enfermagem<sup>2-4</sup>.

A alta carga de trabalho e o dimensionamento inadequado de profissionais já foram observados em pesquisas com equipes de enfermagem pediátrica brasileiras<sup>5-6</sup>. Já nos Estados Unidos da América, estudo<sup>7</sup> aferiu a carga de trabalho de enfermagem pediátrica utilizando dois instrumentos: *Subjective Workload Assesment Technique* (SWAT) e o de Administração do Espaço Aeronáutico - *Task Load Index* (NASA-TLX), que avaliam, respectivamente, dimensões cognitivas, temporais e estresse psicológico e a percepção geral da carga de trabalho relacionada às tarefas. Evidenciou-se que 65% dos enfermeiros pesquisados avaliaram a sobrecarga de tempo como a variável mais importante de seu trabalho diário, e, quanto ao fator desempenho, este foi o que mais contribuiu para a carga laboral<sup>7</sup>. Isso pode significar que a equipe de enfermagem pediátrica possui alto nível de exigência sobre sua performance, o que reflete uma carga maior de atividades versus um quantitativo inadequado para suprir as demandas laborais<sup>5</sup>.

Estudo<sup>4</sup> realizado em uma unidade de internação cirúrgica pediátrica analisou os tempos relacionados às atividades de enfermagem e a efetividade de dois instrumentos, quais sejam: *Nursing Activities Score* (NAS), que gera um escore de até 178,6 pontos e reflete a carga de trabalho da enfermagem; e o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP), que identifica o grau de dependência dos cuidados e as horas de assistência demandadas. A pesquisa concluiu que existia um descompasso entre o tempo de enfermagem necessário para atender os pacientes pediátricos cirúrgicos e ao quantitativo de pessoal disponível<sup>4</sup>.

Parte-se da premissa sólida e normatizada<sup>3</sup> de que o uso de SCP pediátricos válidos e confiáveis é fundamental para o gerenciamento do cuidado dessa clientela bem como para nortear o dimensionamento de pessoal da equipe de enfermagem desse segmento de produção de cuidado<sup>4,6,8-10</sup>. Entretanto, a utilização estratégica e padronizada da classificação de pacientes e do dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades pediátricas ainda não é plenamente consolidada, o que sinaliza a necessidade de estudos a respeito dessa problemática. Além disso, acredita-se que a implantação de um SCP ou qualquer outro meio de mensuração da carga de trabalho de enfermagem merece a devida adaptação organizacional.

Em face do exposto, este estudo teve o intuito de responder às seguintes perguntas: como foi o processo de implantação de um Sistema de Classificação de Pacientes pediátricos? Depois de ser devidamente implantado, qual é o dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade de internação pediátrica? Nesse sentido, o objetivo consistiu em descrever a implantação do Sistema de Classificação de Pacientes e o dimensionamento do pessoal de enfermagem em unidade de internação pediátrica.

## MÉTODO

Estudo descritivo de delineamento transversal retrospectivo, realizado na unidade de internação pediátrica de um hospital universitário público de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. A unidade estudada é referência no estado para tratamento de agravos crônicos, doenças raras e infectocontagiosas. É composta por 14 leitos voltados a pacientes na faixa etária de 28 dias a 16 anos. O desenvolvimento do estudo foi realizado por meio de quatro etapas, devidamente descritas a seguir:

**1.ª Etapa:** implantação do ICPP<sup>9</sup> para classificação dos pacientes pediátricos por iniciativa própria dos enfermeiros da unidade em meados de 2015. Nesta ocasião, definiu-se que um SCP validado<sup>8</sup> seria o referencial para as classificações pediátricas. Foram realizados os treinamentos pelos próprios enfermeiros da unidade e uniformização quanto ao entendimento coletivo sobre as classificações e quanto aos lançamentos diários da documentação digital das classificações, que se efetivou em 2018. Este processo é descrito nos resultados por meio de fluxograma ilustrativo e foi a base para a aquisição dos dados empíricos da pesquisa.

**2.ª Etapa:** levantamento documental em meio digital, utilizando a planilha *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup> dos dados de classificação de todos os pacientes internados na unidade (n=608) em 2019 que foram avaliados com base no SCP pediátrico, pelo menos, uma vez durante a internação. Esses dados foram obtidos por meio da aplicação diária de ICPP<sup>9</sup> validado no Brasil, que foi prévia e devidamente implantado no hospital estudado conforme a primeira etapa.

O ICPP<sup>9</sup> é composto por três domínios (família, paciente e procedimentos terapêuticos) que se desdobram em 11 indicadores avaliativos, a saber: Domínio Família: participação do acompanhante; rede de apoio e suporte familiar; Domínio Paciente: atividade; oxigenação; mobilidade e deambulação; alimentação e hidratação; eliminações; higiene e cuidado corporal; Domínio Procedimentos Terapêuticos: intervalo de aferição de controles; terapêutica medicamentosa; e integridade cutaneomucosa. Cada indicador é escalonado em quatro níveis/pontos. Com a avaliação, o paciente pediátrico recebe um escore que varia de 11 a 44 pontos, definindo o grau de dependência de cuidados em: Pacientes de Cuidados Mínimos (escore entre 11 e 17 pontos); Pacientes de Cuidados Intermediários (escore entre 18 e 23 pontos); Pacientes de Alta Dependência (escore entre 24 e 30 pontos); Pacientes de Cuidados Semi-Intensivos (escore entre 31 e 36 pontos); e Pacientes de Cuidados Intensivos (escore entre 37 e 44 pontos)<sup>9</sup>. É prudente enfatizar que na dinâmica diária de classificação de pacientes pediátricos menores de seis anos, atribui-se, no mínimo, a classificação de cuidado intermediário, independentemente da presença do acompanhante<sup>3</sup>.

**3.ª Etapa:** dimensionamento dos profissionais de enfermagem da unidade. Esta etapa foi realizada após o compilamento dos dados de classificação de pacientes da segunda etapa e a média trimestral (tendo como base de cálculo 90 a 92 dias) de cada nível de complexidade de pacientes verificado pelo emprego do ICPP pediátrico ao longo do ano base. Ainda, calculou-se a média diária de cada categoria do ICPP, tendo como base de cálculo 365 dias.

O cálculo da carga de trabalho da equipe de enfermagem foi representado, neste

estudo, tanto pelo nível de dependência de cuidados da clientela pediátrica aferido pelo ICPP<sup>9</sup> quanto, principalmente, pelo volume de tempo (em horas) requerido para atender a essa demanda. Assim, conforme os parâmetros previstos na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n.º 543/2017, obteve-se o quadro de pessoal (QP) de enfermagem dimensionado na unidade com base em equação, a saber:  $QP = THE \times KM^3$ , em que THE = Total de Horas de Enfermagem e KM = Constante de Marinho.

A carga horária semanal da equipe de enfermagem predominante na unidade estudada era de 36 horas semanais. Como no hospital de estudo não havia mensuração sistematizada do absenteísmo da enfermagem, utilizou-se o Índice de Segurança Técnica (IST) mínimo (15%). Desse modo, considerando esses valores e os sete dias de trabalho ininterrupto na semana, utilizou-se o valor de KM referência de 0,2236<sup>3</sup>. O ajuste qualitativo (percentual de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem) do quadro de pessoal dimensionado foi definido considerando a categoria de nível de dependência de cuidados que demandou maior volume de horas de enfermagem no compilamento anual, considerando-se os parâmetros brasileiros vigentes<sup>3</sup>.

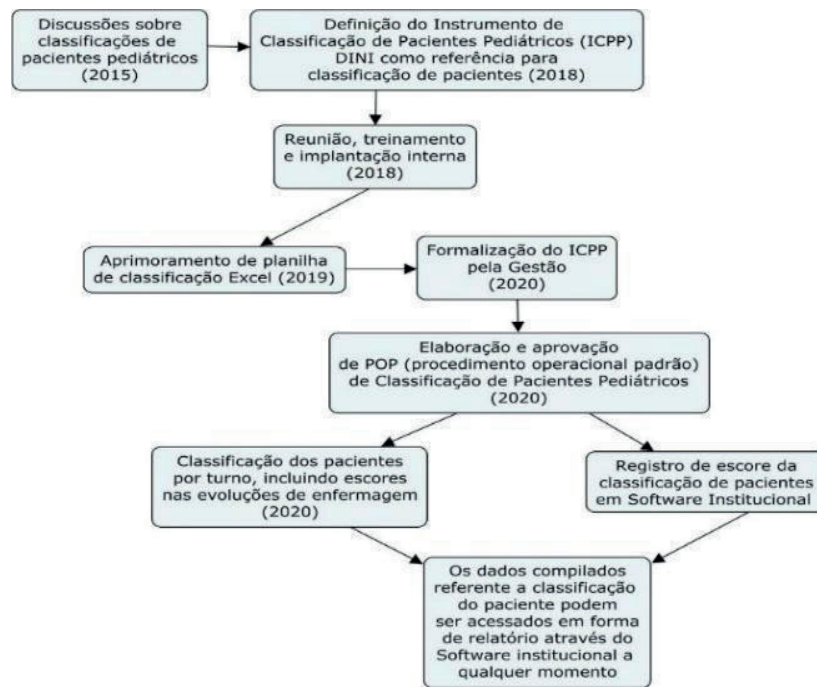
Os dados da segunda e terceira etapas foram analisados por estatística descritiva. Para comparar o quadro dimensionado com o disponível/real na unidade pediátrica, consultaram-se as escalas de trabalho referentes ao mesmo período de coleta do ICPP. A opção de não analisar dados completos do ano de 2020, e sim de 2019 foi intencional devido ao contexto da pandemia de COVID-19, que alterou sobremaneira a dinâmica de trabalho no hospital, incluindo realocação do pessoal de enfermagem.

**4.ª Etapa:** com o quadro de pessoal de enfermagem pediátrica dimensionado, esquematizou-se um exemplo de alocação/distribuição de trabalhadores por categoria profissional em turnos de trabalho, considerando a dinâmica do setor pesquisado: dois turnos diurnos (manhã e tarde) e três turnos noturnos. Para isso, exemplificou-se a distribuição da razão de pacientes por trabalhador de enfermagem em cada turno, a fim de verificar a (in)compatibilidade dessa proporção com a normativa vigente<sup>3</sup>. Nesse exercício, consideraram-se uma ocupação de 100% na unidade e a retirada de 15% (Índice de Segurança Técnico) do total de profissionais distribuídos por categoria, prevendo que esses trabalhadores (devidamente rodiziados) não seriam computados em escala, pois teriam o papel de suprir as ausências do setor. Ou seja, representam trabalhadores em período de férias, folgas ou, mesmo faltantes.

O estudo respeitou as exigências éticas cabíveis e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE 07626019.5.0000.5541) sob número de parecer 3.603.794.

## RESULTADOS

A Figura 1 descreve o processo de implantação do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) desde os processos iniciais até a possibilidade de obter dados do nível de dependência da clientela pediátrica.



**Figura 1** – Fluxo de atividades para a implantação do Sistema de Classificação diária de Pacientes em uma unidade de internação pediátrica de 2015 até 2020. Cuiabá, MT, Brasil, 2020

Fonte: autores (2021).

Analisaram-se 4.639 classificações diárias de pacientes (n=608) internados em 2019. A Tabela 1 evidencia a frequência do nível de complexidade de cuidados de enfermagem por trimestre com destaque para a demanda de cuidados intermediários em todos os períodos.

**Tabela 1** – Distribuição das classificações de pacientes segundo o nível de complexidade de cuidados de enfermagem na unidade de internação pediátrica, por trimestre. Cuiabá, MT, Brasil, 2019

Período	*CM n(%)	*CI n(%)	*CAD n(%)	*CSI n(%)	*CIT n(%)	Total n(%)
1º Trimestre	283(24,1)	799(68,05)	69(5,9)	18(1,5)	5(0,42)	1174(100)
2º Trimestre	315(25,5)	689(55,74)	212(17,15)	18(1,4)	2(0,16)	1236(100)
3º Trimestre	129(10,3)	639(51,44)	444(35,76)	27(2,1)	3(0,24)	1242(100)
4º Trimestre	131(13,2)	514(52,07)	324(32,83)	18(1,8)	-	987(100)
Ano Completo	858(18,49)	2641(56,94)	1049(22,61)	81(1,75)	10(0,21)	4.639

(N= 4.639)

\*CM: Cuidado Mínimo; \*CI: Cuidado Intermediário; \*CAD: Cuidado de Alta Dependência; \*CSI: Cuidado Semi-Intensivo; \*CIT: Cuidado Intensivo.

Fonte: autora (2019).



A Tabela 2 ilustra as médias diárias de pacientes e as respectivas horas de enfermagem demandadas para cada nível de complexidade assistencial, além da média anual e o total de horas de enfermagem (THE).

**Tabela 2** – Distribuição das médias diárias de pacientes internados e as horas de enfermagem requeridas por nível de complexidade assistencial na unidade pediátrica por trimestre. Cuiabá, MT, Brasil, 2019

Período	Média de Pacientes (Horas de Enfermagem Requeridas)					
	CM	CI	CAD	CSI	CIT	THE
1.º Trimestre	3,14(12,56)	8,87(53,22)	0,76(7,6)	0,2(2)	0,05(0,9)	76,28
2.º Trimestre	3,46(13,84)	7,57(45,42)	2,32(23,2)	0,19(1,9)	0,02(0,36)	84,72
3.º Trimestre	1,40(5,6)	6,94(41,64)	4,82(48,2)	0,29(2,9)	0,03(0,54)	98,88
4.º Trimestre	1,42(5,68)	5,58(33,48)	3,52(35,2)	0,19(1,9)	-	76,26
Ano Completo	2,35 (9,4)	7,23 (43,38)	2,87 (28,7)	0,22 (2,2)	0,02 (0,36)	84,04

CM: Cuidado Mínimo; CI: Cuidado Intermediário; CAD: Cuidado de Alta Dependência; CSI: Cuidado Semi-Intensivo; CIT: Cuidado Intensivo; THE: Total de Horas de Enfermagem.

Fonte: autora (2019).

O Quadro 1 demonstra o comparativo entre o quadro de pessoal real (disponível) na unidade e o dimensionado. O estudo evidenciou um *superávit* de pessoal de nível médio e adequação de enfermeiros à unidade pediátrica. Também se exemplifica a alocação de pessoal dimensionado em um período de “escala cheia” (sem faltas), em turnos, contabilizando nesse quantitativo a subtração de 15% de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. Com base nisso, pode-se prever quantos pacientes cada trabalhador assistiria em seu turno como, por exemplo, 100% de ocupação dos 14 leitos.

**Quadro 1** – Dimensionamento e alocação do quadro de pessoal de enfermagem na unidade de internação pediátrica. Cuiabá, MT, Brasil, 2019

Dimensionamento de pessoal de Enfermagem	Quadro Real			Quadro Dimensionado			Déficit / Superávit			
	Unidade de Internação	*ENF	*TE/AE	TOTAL	ENF	TE/AE	TOTAL	ENF	TE/AE	Total
	Clínica Pediátrica	6	23	29	6	13	19	-	+10	+10
<b>Exemplo de alocação de pessoal na unidade de internação pediátrica por turnos em uma escala cheia com base no dimensionamento de pessoal e na retirada do Índice de Segurança Técnica na distribuição de profissionais</b>										
	Turno	*ENF	*TE/AE	Proporção de pacientes/profissional de nível médio			Proporção de pacientes/equipe de enfermagem			

Manhã	1	3	4,6	3,5
Tarde	1	2	7	4,6
Noite 1	1	2	7	4,6
Noite 2	1	2	7	4,6
Noite 3	1	2	7	4,6
<b>Índice de Segurança Técnica</b> (Cobertura de ausências previstas e não previstas)	1	2	-	-

\*ENF: Enfermeiro. \*TE: Técnico de Enfermagem e \*AE: Auxiliar de Enfermagem.

Fonte: autora (2019).

## DISCUSSÃO

O processo de implantação do ICPP na unidade de internação pediátrica teve como ponto de partida o interesse comum de os enfermeiros em implementar uma ferramenta de gestão, a fim de atender às demandas e especificidades dessa clientela. Isso é louvável, uma vez que os SCP viabilizam a mensuração da carga de trabalho e o dimensionamento da equipe da enfermagem como relata estudo realizado em clínica médica de hospital universitário<sup>11</sup> e, para além disso, o interesse coletivo dos enfermeiros da unidade pediátrica sobre o assunto lhes confere compromisso com a qualidade do cuidado.

A opção pelo SCP utilizando o ICPP se deu pelo fato de este ser o mais adequado à clientela em questão, dentre os instrumentos recomendados pela Resolução n.º 543/2017 do COFEN<sup>3</sup>, além da questão de incluir a família em sua classificação<sup>9</sup>. Estudo realizado em um Hospital Geral na Zona Sul da cidade de São Paulo identificou que 93% dos enfermeiros participantes concordam com a necessidade de classificar e avaliar o paciente pediátrico<sup>4</sup>. Porém, sabe-se que atestar importância a respeito de um processo ou instrumento de trabalho não garante a sua adesão.

O processo de implantação do ICPP na unidade pediátrica foi de certa forma longo, talvez por tratar-se de uma instituição pública, a qual é frequentemente associada à morosidade gerencial. No entanto, acredita-se que o caráter compartilhado e sistêmico da implantação é mais importante do que o tempo em si para a sua incorporação à rotina de trabalho.

A apropriação, pertinência e acurácia de SCP são extremamente importantes, visto que é sabido que as instituições atendem pacientes com características peculiares que, por vezes, podem destoar daquelas comumente esperadas à clientela em termos de faixa etária, perfil socioeconômico, gravidade e/ou procedimentos diagnóstico-terapêuticos. Isso reforça a necessidade do cumprimento rigoroso dos processos de validação recomendados à construção e/ou adaptação de novos SCP, o que, inclusive, ocorreu muito recentemente no contexto do ICPP, que foi adaptado para uso da clientela neonatal<sup>8</sup>, a qual sabidamente possui diferenças em comparação à clientela pediátrica.

Pesquisa recente validou o ICPP para contextos de pacientes pediátricos mais complexos, internados em unidades de terapia semi-intensiva, o que se coaduna com a necessidade da implantação estratégica desse instrumento para medir a carga de trabalho de enfermagem pediátrica e fundamentar o dimensionamento de pessoal em espaços para além das unidades não críticas<sup>12</sup>. Por sua vez, o estudo de origem grega validou o NAS e o *Therapeutic Intervention Scoring System For Critically Children* (TISS-C) para o cenário da terapia intensiva pediátrica<sup>13</sup>. Assim, com base na experiência de implantação relatada

e na literatura correlata, infere-se que o processo de apropriação de SCP e de outros meios de aferição da carga de trabalho na enfermagem pediátrica é consideravelmente positivo e de interesse difuso, mas merece cautela em relação aos meios mais apropriados, padronizados e compartilhados a serem empregados na dinâmica de trabalho.

Depois de um ano de implantação e aplicação sistematizada do ICPP na unidade pediátrica, verificou-se que foram requeridas 84,04 horas de assistência de enfermagem no ano, obtendo-se, ainda grande amplitude entre as horas máximas (98,88) e mínimas (76,26) nos trimestres de inquérito. Essa amplitude reforça a necessidade de obtenção de uma série histórica confiável de classificação de pacientes para o processo de dimensionamento de pessoal<sup>2</sup>. Logo, se a unidade tivesse sido dimensionada com base na carga de trabalho máxima encontrada, que foi no terceiro trimestre, o quadro de pessoal seria de 22 trabalhadores, e não de 19 conforme o encontrado. Em contraponto a essa questão, se o quadro de pessoal de enfermagem tivesse sido dimensionado balizando-se pela carga de trabalho mínima verificada no quarto trimestre, o quadro seria composto por apenas 17 profissionais de enfermagem.

A unidade pediátrica apresentou um perfil concentrado de pacientes de cuidados intermediários acrescido da normativa vigente, Resolução n.º 543/2017 do COFEN<sup>3</sup>, que classifica menores de seis anos como pacientes de cuidados intermediários, ainda que classificados como cuidados mínimos, visto as competências quali-quantitativas do cuidado de enfermagem. Esse achado converge para resultados de estudos realizados em outros hospitais de ensino brasileiros localizados nos estados de São Paulo<sup>4</sup> e no Paraná<sup>6</sup>. Sabe-se que pacientes definidos neste nível de complexidade são aqueles estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem com parcial dependência desses profissionais para o atendimento das necessidades humanas básicas<sup>3</sup>. Apesar dessa definição, é prudente repensar sobre o tipo de pacientes atendidos nas unidades pediátricas, os quais naturalmente possuem demandas de cuidado que vão além daquelas de ordem orgânico-funcional. Fato que reforça essa alusão é a nova adaptação do ICPP para a área neonatal, que não inclui mais a categoria de cuidados mínimos nem intermediários em sua estratificação<sup>8</sup>.

Cabe destacar que o hospital estudado não possui UTI pediátrica, mas, eventualmente crianças evoluem para cuidados intensivos e/ou semi-intensivos por piora clínica, estando aos cuidados da equipe de enfermagem até sua transferência para terapia intensiva em outra instituição. Essa assertiva se ancora no fato de que, apesar da baixa frequência, verificaram-se pacientes classificados nesses níveis de complexidade no setor, que não possuem recursos humanos, materiais e densidade tecnológica apropriados para o cuidado crítico.

A unidade pediátrica possuía o quantitativo de seis enfermeiros que estavam em consonância com o previsto pelo dimensionamento de pessoal. Conforme a exemplificação de alocação realizada com os dados do quadro de pessoal dimensionado, seria possível prever um enfermeiro por turno de trabalho no setor e, ainda, contar com outro para cobrir as ausências previstas e não previstas. Na prática clínica, concorda-se que considerando o número de leitos da unidade (14) e o perfil prevalente de pacientes de cuidados intermediários, um enfermeiro por turno parece razoável para a viabilização da gestão do cuidado, ilustrada, por exemplo, pela Sistematização da Assistência de Enfermagem e/ou manejo de protocolos de segurança e qualidade do cuidado. O que ocorre devido ao fato de que o número de pacientes poderia ser dividido entre os turnos, por exemplo, quatro pacientes para os enfermeiros dos períodos diurnos e seis para o noturno ou seis pacientes para a manhã, quatro para a tarde e quatro para a noite, etc.

Em contrapartida ao exposto, contar com “apenas” um profissional de nível superior para suprir as ausências pode não ser o ideal, já que o absenteísmo entre enfermeiros é citado pela literatura como um grave problema a ser equacionado pelas lideranças<sup>5</sup>. Nesse contexto, se for considerada a equipe de enfermagem como um todo, estudo realizado em um hospital público na região Sul do Brasil mostrou que a taxa de absenteísmo é três vezes maior na enfermagem quando comparada com as outras categorias profissionais da área da saúde<sup>14</sup>.



Outro problema que foge dos dados e interpretações expressas é o fato de que na dinâmica de trabalho hospitalar o enfermeiro, muitas vezes, tem suas atividades burocratizadas, inclusive, assumindo demandas que poderiam ser realizadas por trabalhadores de outras áreas, além de ser frequentemente interrompido durante a jornada de trabalho<sup>15</sup>, o que transpõe a carga laboral mensurada pelo ICPP e, conseqüentemente, o quadro de pessoal planejado. Isso reforça a necessidade de não somente prever pessoal em termos de quantidade e categoria, mas também de racionalizar, qualificar e dinamizar os processos de trabalho com o intuito de agregar melhorias sem, no entanto, demandar retrabalho e/ou burocratização.

Apesar da constatação de *superávit* de trabalhadores de nível médio (+10), é prudente salientar que nos períodos com taxa de ocupação de 100%, a proporção profissional/pacientes pode variar em níveis de sobrecarga, dependendo do quantitativo da equipe presente com reflexos no excesso de trabalho, acúmulo de funções e falta de profissionais nos hospitais<sup>16</sup>.

Foi possível prever que, com base no quadro dimensionado, seria viável alocar um profissional de enfermagem de nível médio (responsável pela maior parte da demanda do cuidado direto de pacientes com menor gravidade) para sete pacientes com cuidados predominantemente intermediários bem como um trabalhador de enfermagem para cada 4,66 pacientes, considerando a totalidade da equipe. Isso, por sua vez, está em desacordo da normativa brasileira vigente que recomenda um trabalhador de enfermagem para cada quatro pacientes nos diferentes turnos de trabalho em caso de clientela com prevalência de cuidados intermediários<sup>3</sup>.

Apesar do exposto, é razoável deduzir que, considerando apenas um enfermeiro para cada turno de trabalho, a sua participação na execução do cuidado direto seria pouco representativa em comparação com a equipe de nível médio. Tomando por base a proporção recomendada pelos parâmetros vigentes do dimensionamento de pessoal de enfermagem no Brasil<sup>3</sup>, constata-se que o *superávit* de técnicos de enfermagem tem de ser visto com cautela e, possivelmente, merece revisão na sua interpretação. Logo, para atender à proporção de um trabalhador para cada quatro pacientes, seria necessário adicionar, pelo menos, mais um técnico/auxiliar de enfermagem em cada turno de trabalho, o que ainda redundaria em *superávit* de pessoal de nível médio, contudo, inferior ao constatado.

Estudo realizado em hospital no interior do estado de São Paulo estimou IST em torno de 42% para enfermeiros e 38% para técnicos de enfermagem<sup>17</sup>, ou seja, índices muito superiores aos 15% mínimos recomendados pela Resolução vigente e que, talvez, seja mais uma perspectiva para interpretar com cautela e razoabilidade o *superávit* verificado.

Em face do exposto, acredita-se que a maior limitação do estudo se deve ao fato de ter sido utilizado IST mínimo para o processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem pediátrica, mas que foi produto das condições ou falta de monitoramento de absenteísmo no hospital de inquérito. Todavia, considera-se que a investigação traz contribuições concretas para o gerenciamento de enfermagem pediátrica, em especial, por ter coletado os dados durante um longo período; apresentar o dimensionamento de forma processual, focado não apenas nas equações e parâmetros necessários, como também na própria incorporação do ICPP na rotina da unidade; e, principalmente, por demonstrar com clareza que os resultados do dimensionamento necessitam de apreciação cautelosa e bem contextualizada pelos tomadores de decisão. Neste escopo, o estudo evidencia sua contribuição social sob a perspectiva de que a previsão e provisão de pessoal de enfermagem adequada é um emblema do cuidado qualificado e seguro.

## CONCLUSÃO

O processo de implantação de um SCP na unidade de internação pediátrica foi longo e incluiu atividades de padronização de condutas entre enfermeiros, definição estratégica de um instrumento para a classificação de pacientes e informatização de dados. Em todas as etapas, o trabalho em equipe e o apoio gerencial, inclusive, tecnológico foram fundamentais.

Com a aplicação padronizada do instrumento de classificação da clientela pediátrica, constatou-se o predomínio de pacientes dependentes de cuidados intermediários. Com isso, observou-se, pelo dimensionamento de pessoal, *superávit* de trabalhadores de nível médio e número adequado de enfermeiros na unidade em comparação ao quadro de pessoal disponível. Entretanto, esse *superávit* merece ser avaliado com cautela enquanto constatação contundente porque, considerando o perfil, majoritariamente, de pacientes de cuidados intermediários e as recomendações vigentes, as proporções de pacientes por trabalhadores alocados em turnos podem não ser adequadas.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras (SBEP). Posição da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras sobre as competências essenciais do enfermeiro neonatologista e pediatra. Rev Soc Bras Enferm Ped. [Internet]. 2020 [cited 2021 May 20]; (2):116-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793202000016>.
2. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Lima AFC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Instituições de Saúde: Gerenciamento em enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 116-27.
3. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços locais em que são realizadas atividades de enfermagem. [Internet]. Brasília; 2017. [cited 2021 May 20] Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html).
4. Pontes JAR, Bohomol E. Estudo de dois sistemas de classificação de pacientes cirúrgicos pediátricos. Enferm. Foco [Internet]. 2020 [cited 2021 May 21]; 10(4). Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2174>.
5. Trettene A dos S, Fontes CMB, Razera APR, Prado PC, Bom GC, von Kostrisch LM. Sizing of nursing staff associated with self-care promotion in a pediatric semi-intensive care unit. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2017 [cited 2021 June 90]; 29(2): 171-9. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170027>.
6. Pedro DRC, Silva GKT da, Schran L da S, Faller TT, Oliveira JLC de, Tonini NS. Sizing of nursing staff of a pediatric clinic at a university hospital. Rev. enferm. UFPI. [Internet]. 2017 [cited 2021 June 9]; 6(3) :4-10. Available from: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i3.5997>.
7. Lebet RN, Hasbani NR, Sisko MT, Agus MSD, Nadkarni VM, Wypij D, et al. Nurses' perceptions of workload burden in pediatric critical care. Am j. crit. care. [Internet]. 2021 [cited 2021 May 07]; 30(1):27-35. Available from: <https://doi.org/10.4037/ajcc2021725>.
8. Dini AP, Oliveira A de CV de, Almeida-Hamasaki BP de, Quinteiro NM, Carmona EV. Adaptation of an instrument to classify neonatal patients into care categories. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2021 [cited 2021 May 17]; 55:e03674. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019033603674>.
9. Dini AP, Guirardello E de B. Pediatric patient classification system: improvement of an instrument. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2014 [cited 2021 June]; 48(5) :786-92. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000003>.
10. Duarte TCR, Oliveira EM de, Júnior SLA de M. Protocolo de avaliação e classificação de pacientes pediátricos conforme o grau de demanda da equipe de enfermagem. Rev. Enferm. Atual [Internet]. 2019

[cited 2021 June 10]; 87(25). Available from: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.especial-art.174>.

11. Siqueira LDC, Santos MC dos, Calmon IT de S, Junior PCS. Dimensionamento de profissionais de enfermagem da clínica médica de um hospital universitário. *Enferm. Foco*. [Internet]. 2019 [cited 2021 May 20]; 10(4). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2179/602>.
12. Castro V del RA, Almeida AP. Classificação de pacientes pediátricos para o cuidado de enfermagem: validação de instrumento reestruturado. *Enferm. Foco*. [Internet]. 2021 [cited 2021 May 17]; 11(4). Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.3106>.
13. Nieri A-S, Manousaki K, Kalafati M, Padilha KG, Stafseth SK, Katsoulas T, et al. Validation of the nursing workload scoring systems "Nursing Activities Score" (NAS), and "Therapeutic Intervention Scoring System for Critically Ill Children" (TISS-C) in a Greek Pediatric Intensive Care Unit. *Intensive crit. care nurs*. [Internet]. 2018 [cited 2021 May 17]; 48:3-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.005>.
14. Brey C, Miranda FMD, Haeffner R, Castro IR dos S de, Sarquis LMM, Felli VE. The absenteeism among health workers in a public hospital at south region of brazil. *Rev.enferm.Cent.-Oeste Min*. [Internet]. 2017 [cited 2021 May 17]; 7:e1135. Available from: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1135>.
15. Sasaki RL, Perroca MG. Interruptions and their effects on the dynamics of the nursing work. *Rev. Gaúch. Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2021 May 17]; 38(2):e67284. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67284>.
16. Barbaquim VA, Dias EG, Darli R de C de MB, Robazzi ML do CC. Reflection on nursing working conditions: subsidy at 30 hours of work. *Rev Enferm Contemp*. [Internet]. 2019 [cited 2021 May 11]; 8(2):171-181. Available from: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v8i2.2466>.
17. Trettene A dos S, Razera APR, Beluci ML, Prado PC, Mondini CC da SD, Spiri WC. Absenteeism and the technical safety index of a tertiary hospital nursing team. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2020 [cited 2021 May 13]; 54:e03585. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018036003585>.

## CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES E DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

### RESUMO:

**Objetivo:** descrever a implantação do Sistema de Classificação de Pacientes e o dimensionamento do pessoal de enfermagem em unidade de internação pediátrica. **Método:** estudo descritivo, transversal e retrospectivo, realizado em um hospital universitário do Centro-Oeste do Brasil. Depois da implantação do Sistema de Classificação de Pacientes pediátricos, compilaram-se dados das classificações do nível de complexidade assistencial (N=4.639) entre pacientes (n=608) internados de janeiro a dezembro de 2019. Empregou-se análise estatística descritiva, incluindo metodologia própria para dimensionamento de pessoal. **Resultados:** houve prevalência de pacientes de cuidados intermediários. Pelo dimensionamento do pessoal, constatou-se *superávit* (+10) de trabalhadores de nível médio, e o quantitativo de enfermeiros projetado (seis) era compatível com o disponível. **Conclusão:** a implantação/emprego estratégico do Sistema de Classificação de Pacientes foi indispensável para a previsão de pessoal de enfermagem pediátrica, considerando que o *superávit* de pessoal constatado deve ser apreciado com cautela.

**DESCRIPTORIOS:** Ajuste de Pessoal; Enfermagem Pediátrica; Carga de Trabalho; Unidades de Internação; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital.

## CLASIFICACIÓN DE PACIENTES Y DIMENSIONAMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

### RESUMEN:

**Objetivo:** describir la implantación del Sistema de Clasificación de Pacientes y el dimensionamiento del personal de enfermería en una unidad de hospitalización pediátrica. **Método:** estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, realizado en un hospital universitario del Centro-Oeste de Brasil. Tras la implantación del Sistema de Clasificación de Pacientes Pediátricos, se recopilaron los datos de las clasificaciones del nivel de complejidad asistencial (N=4.639) entre los pacientes (n=608) ingresados de enero a diciembre de 2019. Se utilizó el análisis estadístico descriptivo, incluida nuestra propia metodología de dimensionamiento del personal. **Resultados:** prevalencia de pacientes de cuidados intermedios. En cuanto a la dimensión del personal, se constató un *superávit* (+10) de trabajadores de nivel medio, y el número de enfermeros proyectado (seis) era compatible con el disponible. **Conclusión:** la implementación/empleo estratégico del Sistema de Clasificación de Pacientes fue indispensable para la previsión del personal de enfermería pediátrica, considerando que el excedente de personal encontrado debe ser apreciado con cautela.

**DESCRIPTORIOS:** Reducción de Personal; Enfermería Pediátrica; Carga de Trabajo; Unidades de Internación; Personal de Enfermería en Hospital.

\*Artigo extraído da dissertação do mestrado "CARGA DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E RASTREADORES DE EVENTOS ADVERSOS NA ENFERMAGEM PEDIATRICA", HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL, 2021.

Recebido em: 29/11/2021

Aprovado em: 26/09/2022

Editora associada: Dra. Tatiane Trigueiro

### Autor Correspondente:

RUBIA MARCELA RODRIGUES MORAES

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

RUA PROF. LUIS PHILIPPE PEREIRA LEITE S/N ALVORADA CUIABA MT

E-mail: rubia\_mc@yahoo.com.br

### Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Moraes RMR, Lara AC, Remedio EC, Gaiva MAM, Gentilini MM, Oliveira JLC de**; Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Moraes RMR, Gaiva MAM, Oliveira JLC de**; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Moraes RMR, Oliveira JLC de**. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).