

**Classificação de Pacientes Pediátricos e Análise do Dimensionamento de Profissionais na
Emergência Pediátrica**

**Classification of Pediatric Patients and Analysis of the Sizing of Professionals in Pediatric
Emergency**

Ribeiro TPS¹, Nery RGS², Lemos CF³

**Classificação de Pacientes Pediátricos e Análise do Dimensionamento de Profissionais na
Emergência Pediátrica**

**Classification of Pediatric Patients and Analysis of the Sizing of Professionals in Pediatric
Emergency**

Ribeiro TPS¹, Nery RGS², Lemos CF³

Autores:

1- Thamiris Pereira dos Santos Ribeiro-
Estudante de Enfermagem na Escola Superior
de Ciências da Saúde. Brasília- Brasil.

2- Rafaella Gonçalves de Sousa Nery-Estudante
de Enfermagem na Escola Superior de Ciências
da Saúde. Brasília- Brasil.

3- Camila Foresti Lemos - MSc Enfermeira na
Secretaria do Estado de Saúde do Distrito
Federal. Brasília- Brasil.

Trabalho realizado no Hospital Materno Infantil
de Brasília do Distrito Federal- Brasil.

Dados para correspondência: Quadra 608

Módulo A - Asa Sul, Brasília - DF, 70203-900

E-mail:thami.psr@gmail.com

Número de Páginas: 20

Número de Referências: 18

RESUMO

Introdução: O Sistema de Classificação de Paciente é utilizado para identificar a necessidade decuidados dos pacientes e auxilia na determinação do quantitativo mínimo de profissionais de enfermagem necessários. **Objetivo:** Identificar o perfil socioeconômico, a necessidade do cuidado de enfermagem e avaliar o quantitativo de profissionais responsáveis pela assistência à criança internada na emergência pediátrica. **Método:** A amostra foi aleatória e por conveniência. Foi aplicado teste de kolmogorov-Smirnov para todas variáveis e diante do $p < 0,05$ foi utilizado Wilcoxon (Mann-Whitney) para as variáveis independentes. O valor de $p \leq 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Utilizamos SPSS 20. **Resultados:** A maioria das crianças tiveram a classificação de necessidade de cuidado intermediário. As respectivas medianas foram de 08 técnicos de enfermagem, 02 enfermeiros, 05 médicos, e de 17 crianças internadas por período de 6 horas. Houve diferença do total de técnicos de enfermagem ($p=0,00$) dos dias da semana pros de finais de semana, entretanto, não houve diferença do total de crianças internadas ($p=0,67$). Identificamos um déficit no total de enfermeiros considerando a resolução do Cofen nº 0543/2017 onde é previsto que 33% dos profissionais de enfermagem devem ser Enfermeiros, e o Manual de Parâmetros da Secretaria do Estado de Saúde do DF. **Conclusão:** A necessidade de enfermeiro é maior quando pacientes são mais graves. A Classificação de Pacientes pode flexibilizar o dimensionamento de profissionais contribuindo com a gestão e segurança ao paciente, respaldando os profissionais envolvidos na alocação de recursos diante dos imprevistos.

Palavras Chaves: pediatria, dimensionamento de profissional, classificação de paciente.

Abstract

Introduction: The Patient Classification System is used to identify the need to care of the patients and acts in determining the minimum quantitative professionals needed in each unit providing health services. **Objective:** Identify the socioeconomic profile, the need to nursing care and to evaluate the quantitative of professionals responsible for the care of the hospitalized child in the pediatric emergency. **Method:** Random sampling for convenience, the statistical analysis was performed through the SPSS 20. The Kolmogorov-Smirnov test was applied to all variables and against the $p \leq 0,05$ to which the data differ from a normal sample, Wilcoxon (Mann-Whitney) was used for the independent variables. The value of $p \leq 0,05$ was considered statistically significant. **Results:** The majority of the children evaluated at the time of the study had the classification of intermediate care of need. The respective medians were of 08 nursing technicians, 02 nurses, 05 doctors, and 17 children hospitalized per period of 6 hours. There was the difference in the total number of nursing technicians ($p=0,00$) of week and weekend days, however, there was no difference in the number of children hospitalized ($p=0,67$). There is a deficit in the total of Nurses, considering that the resolution of Cofen nº 0543/2017 provides 33% of nursing professionals should be composed of Nurses and the Manual Department of Health of the Federal District recommends at least 4 nurses per shift. **Conclusion:** The need for nurses is greater when patients are more severe. The Patient Classification can flexibilize the dimensioning of professionals contributing to the safety and health of the patient, with repercussions on the professionals involved in the allocation of resources to the contingencies.

Keywords: pediatrics, professional sizing, patient classification.

INTRODUÇÃO

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº543/2017 o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é definido como um método para avaliar o grau de dependência dos pacientes. O intuito do SCP é de identificar a demanda de cuidados que cada paciente necessita, prestados de forma direta ou indireta pela equipe de enfermagem. Além disso, possui um papel crucial na determinação do quantitativo de profissionais necessários em cada unidade prestadora de serviço em saúde, para que assim possa ser realizado um atendimento que abrange a demanda biopsicossocial de cada paciente (1).

O SCP surgiu a partir de um grupo de pesquisa realizado no “John Hopkins University and Hospital”, nos Estados Unidos, em maio de 1961 (2) ao qual tem sido aperfeiçoado e utilizado na determinação da carga de trabalho da enfermagem. Desde então, o SCP tem-se demonstrado um importante instrumento para administração e gestão de recursos.

No Brasil, o primeiro estudo abordando o SCP foi descrito por RIBEIRO em 1972, e abordou o dimensionamento de recursos para que a distribuição da assistência ocorresse de forma equitativa, de modo que houvesse um aumento na eficiência e na produtividade da prestação de cuidado (2).

Recentemente, outros estudos foram desenvolvidos, entre eles na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP) relatada por FUGULIN et al (1994), ao qual já demonstrou uma outra perspectiva na forma de classificação, sendo os pacientes agrupados por categorias, com base na sua complexidade assistencial. Os resultados observados durante a aplicação do estudo foi o decréscimo na média de permanência hospitalar do paciente, melhoria dos padrões de qualidade no atendimento e uso racional dos materiais (2).

O Sistema de Classificação de Paciente Pediátrico (SCPP) foi desenvolvido por DINI em 2013 e foi elaborado voltado para as necessidades pediátricas. Baseados em 11 categorias que atribuem uma pontuação, classificando os pacientes em cinco categorias: Mínimos,

Intermediários, Alta dependência, Semi-intensivo e Intensivo (3).

No âmbito da saúde o termo “qualidade em saúde” vem sido amplamente discutido pois abrange um desafio tanto para o plano assistencial, quanto ao processo de gestão. Compõe a busca pela qualidade o conjunto de ações como planejamento, a revisão de processos, acompanhamento de performances e melhorias constantes (4). Estas ações permitem um olhar diferenciado quanto a inovação e eficácia dos processos, permitindo que a gestão do cuidado seja focada nas demandas do paciente.

Além disso, os serviços de saúde com estruturas apropriadas como área física, recursos humanos e materiais adequados, contribuem para uma assistência de melhor qualidade. No que diz respeito ao serviço de enfermagem na área hospitalar, para garantir a qualidade na prestação de cuidado, se faz necessário a autonomia do profissional através de uma sistematização das ações de enfermagem e dos resultados das ações realizadas para melhorar a saúde da clientela (5).

O dimensionamento de pessoal direciona o quadro de profissionais ideais para o funcionamento das unidades assistenciais. Para elaborar o cálculo do dimensionamento de pessoal na unidade de internação são necessários o número de leitos da unidade, a taxa de ocupação, o número de pacientes por tipo de assistência (cuidado mínimo, intermediário, semi-intensivos e intensivo), a descrição do SCP utilizado e a jornada semanal de trabalho do profissional (1). Na atuação das práticas em saúde, o enfermeiro é responsável pela provisão e previsão de recursos materiais, dimensionamento de pessoal, liderança da equipe de trabalho e coordenação do processo assistenciais (6).

Tendo em vista o paciente e suas necessidades como ponto de partida para o gerenciar, são identificados na gestão de unidade de internações pediátricas, desafios para proporcionar os padrões de segurança e qualidade assistencial. Tais como o reconhecimento do Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos, assim como a identificação do dimensionamento de pessoal. Diante disto, este estudo tem como objetivo identificar o perfil socioeconômico, a

necessidade de cuidado e o quantitativo de profissionais responsáveis pela assistência à criança internada na emergência pediátrica.

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo, executado em um Hospital público do Distrito Federal (DF) referência para todo o território distrital, ficando responsável pelos casos de alta complexidade e de urgência/emergência nas áreas de ginecologia/obstetrícia e pediatria. A pesquisa ocorreu na Emergência Pediátrica, e a coleta de dados foi iniciada após a emissão do parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa (CEP) nº 2.166.860 emitido em 26/06/2016.

A unidade de emergência pediátrica conta com a capacidade operacional de 21 leitos, sendo distribuídos em 1 leito na sala vermelha, 4 leitos na sala amarela, 2 leitos de isolamento, 14 leitos para internação, e, conta também com uma sala de medicação externa com capacidade para 20 pacientes.

Segundo a equipe de gerência de enfermagem da unidade, foi obtida uma média de 649 internações por mês referente ao período da coleta. A equipe de trabalho se divide em 3 turnos, sendo eles os turnos matutino, vespertino, e noturno ao qual cumpre em média uma jornada de trabalho de 30 horas semanais para os técnicos e 26 horas semanais para os enfermeiros. A administração de enfermagem do serviço é chefiada por 1 enfermeiro que cumpre 40 horas semanais não contabilizadas na escala assistencial e por 1 técnico de enfermagem que cumpre 40 horas semanais, e está incluído na escala assistencial.

A coleta de dados foi realizada por 3 pesquisadores, sendo avaliados 315 participantes num total de 22 dias escolhidos de forma aleatória e convencional, entre outubro de 2017 a abril de 2018. O período diário da coleta de dados foi de 6 horas, ao qual equivale a um plantão, sendo pela manhã (07 às 13 horas) ou pela tarde (13 às 19 horas), durante a semana ou final de semana. Os indivíduos que participaram desta pesquisa foram pessoas com idade de até 13 anos 11 meses e 30 dias que

estivessem internadas no respectivo hospital e acompanhados pela mãe, pai ou responsável maior de 18 anos de idade, que aceitaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos seus responsáveis legais.

Foram excluídos desta pesquisa, 20 indivíduos cujos responsáveis se negaram a participar da pesquisa, 7 que foram transferidos para outras unidades hospitalares antes da entrevista e 18 por alta médica antes da entrevista.

Para a identificação do perfil socioeconômico, foi utilizado o instrumento denominado Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) de avaliação socioeconômica (7), onde a classificação foi feita por meio da atribuição de pontos. Além deste, foi identificado também o grau de escolaridade do chefe de família. O total de pontos permitiu distribuir a população em 6 diferentes classes econômicas, da “classe A” até a “classe D-E”.

A identificação do perfil dos pacientes para dados como idade e sexo foram obtidas a partir da ficha de identificação do prontuário do sistema unificado de informações em saúde.

Para a avaliação do perfil da necessidade de cuidados, foi aplicado o instrumento de Sistema Classificação de Pacientes Pediátricos (SCPP) proposto por DINI em 2013 (3). O instrumento contém 11 indicadores do cuidado, sendo eles: Atividade; Intervalo de aferição de controles; Terapêutica medicamentosa; Oxigenação; Integridade cutâneo mucosa; Mobilidade e deambulação; Higiene corporal; Alimentação e hidratação; Eliminações; Participação do acompanhante; e Rede de apoio e suporte. Cada indicador possui 4 situações graduadas que são atribuídos de 1 a 4 pontos de forma crescente quanto as necessidades de cuidado. O total de pontos gera a classificação em: 11 a 17 pontos em cuidados mínimos; de 18 a 23 pontos em cuidados intermediários; de 24 a 30 pontos em cuidados de alta dependência; de 31 a 37 pontos em cuidados semi-intensivos; de 38 a 44 pontos em cuidados intensivos.

Para a análise estatística da classificação de pacientes, foi utilizado o programa SPSS versão 20. Prioritariamente foi avaliado se as variáveis apresentavam distribuição normal aplicando o teste kolmogorov-Smirnov, e todas variáveis tiveram um $p < 0,05$. Sendo assim, foi optado por apresentar os resultados com os valores de mediana e valor mínimo e máximo. Foi utilizado Wilcoxon (Mann-Whitney) para avaliar todas variáveis identificadas neste estudo: independentes. Foi considerado estatisticamente significativo um $p \leq 0,05$.

A segunda análise foi realizada para conhecer o quantitativo de trabalhadores de enfermagem na unidade no momento da pesquisa, para isso foi utilizada a escala de trabalho de enfermagem disponibilizada pela Direção de Enfermagem, nos respectivos meses e dias de análise. Os profissionais que estivessem ausentes por licenças ou qualquer outro motivo no período da pesquisa foram desconsiderados do quadro real disponível do setor.

Com base na classificação de pacientes realizadas na unidade através da aplicação do instrumento de classificação, foi efetuada a avaliação do quantitativo de profissionais de enfermagem de acordo com a Resolução do Cofen nº0543 de 2017 (1). Em seguida o resultado encontrado foi comparado com as recomendações do Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede, estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), publicado no Diário Oficial da União em 2018 (8).

A resolução Cofen nº 0543/17 (1) estabelece princípios para o dimensionamento dos profissionais de enfermagem, nela fica determinada a quantidade de horas de cuidado por paciente em 24 horas para cada classificação de necessidades de cuidado definido pelo SCP, devendo ser feita uma avaliação por 07 dias. Para se estabelecer o quantitativo ideal para a unidade é necessário, portanto, a realização da equação de “quantidade de profissionais” (QP) com base na relação profissional/paciente. Para sua realização deve-se calcular o total de horas de enfermagem (THE) que considera o SCP em 24 horas, e a constante de marinho (KM) que considera os dias da semana

sobre a carga horária semanal, característica essa individual de cada setor, acrescentando também em seu cálculo o índice de segurança técnica (IST).

Entretanto, devido a aleatoriedade na coleta de dados, ao qual foi realizado 1 vez por semana no plantão de 6 horas, durante 7 meses, não foi possível a utilização da constante de marinho, pois para a utilização da constante é necessário uma avaliação de 24 horas dentro o período de 7 dias. Foi optado, então, para a identificação do quantitativo de profissionais, a utilização das informações ainda propostas na resolução nº0543/17, que determina a proporção de profissionais para cada tipo de classificação (1).

Portanto, para a realização do cálculo neste trabalho, foi levado em consideração os dados preconizados, sendo eles: Pacientes classificados em cuidado mínimo a proporção de profissionais de enfermagem/paciente deva ser de: 01 profissional para 06 pacientes; 01 profissional para 04 pacientes nos cuidados intermediários; 01 profissional para 2,4 pacientes nos cuidados de alta dependência e semi-intensivos; e 01 profissional para 1,33 pacientes em cuidados intensivos.

Outro item que direcionou o cálculo realizado foram as proporções que guiam o percentual dos profissionais de enfermagem, que são: para o cuidado mínimo e intermediário 33% desses profissionais devem ser enfermeiros; no cuidado de alta dependência é de 36%; semi-intensivo 42%; e no intensivo de 52%.

O cálculo foi realizado por uma regra de três. Os dados utilizados foram a proporção profissional/paciente, segundo a resolução do Cofen, citado acima, e o total de pacientes diário, conforme a Classificação encontrada por meio da aplicação do SCPP. O 'x' é a incógnita para identificar o quantitativo de profissionais de enfermagem ideal. Por exemplo, considerando que a resolução preconiza 01 profissional para cada 06 pacientes em cuidados mínimos, e que no dia primeiro da coleta de dados houvesse 4 pacientes classificados como cuidado mínimo conforme a aplicação do SCPP, o "x" da incógnita seria o quantitativo ideal de profissionais para 04 pacientes, onde realizando o cálculo na regra de três o valor de "x" é de 0,66 profissionais.

A partir deste dado, este valor foi usado para realizar uma segunda regra de três com o intuito de reconhecer o quantitativo de profissionais referente a porcentagem de cuidados que devem ser realizados por enfermeiros ou por técnicos de enfermagem. Assim, após a identificação do quantitativo referente a cada profissional, foi feita uma somatória relativa a quantidade de profissionais identificadas para cada classificação de pacientes internados no dia da coleta. Como exemplo, para elucidar esta segunda etapa do cálculo, se 0,66 profissionais de enfermagem representam 100% do cuidado, tendo em vista que, de acordo com a resolução, 33% do cuidado deve ser prestado por enfermeiros, serão necessários para o cumprimento da resolução 0,2 enfermeiros, que é o valor de “X”. Posteriormente, este resultado foi comparado ao quantitativo de profissionais presentes no dia e ao manual de parâmetros da SES-DF.

O Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho (8) para Dimensionamento da Rede, utilizado como uma segunda referência para análise do dimensionamento, estabelece que deva ter nas 24 horas diárias: 03 médicos; 01 enfermeiro rotineiro diurno em 05 dias da semana, 01 enfermeiro na sala vermelha para cada 10 leitos, e 01 enfermeiro retaguarda responsável por 15 leitos; e 01 técnico de enfermagem para cada 06 leitos retaguarda e 01 na sala vermelha para cada 02 leitos.

Dessa forma, para efeitos do cálculo foi estabelecido neste estudo que o resultado em que o número decimal fosse $>0,1$ acrescentaríamos um profissional (Enfermeiro ou Técnico de enfermagem), evitando assim possível sobrecarga de trabalho. Outro ponto a ser ressaltado é o de que em nível de interpretação dos resultados, foi considerado que o número 01 seria referente aos dias da semana e 02 os dias coletados em finais de semana e feriados.

RESULTADOS

A maioria dos indivíduos são do sexo masculino (58,7%) e 41,6% do sexo feminino. A mediana de idade foi de 27 meses (mínimo 0 e máximo 168 meses).

O perfil socioeconômico mostrou que 34,5% dos indivíduos entrevistados se enquadram no perfil B2. Quanto ao nível de escolaridade destes houve 49,3% de indivíduos com Ensino Médio Completo/Superior Incompleto, e que apenas 7,9% possuem o Ensino Superior Completo.

O perfil da Classificação dos pacientes pediátricos da unidade, foi identificado como a maioria dos pacientes sendo classificados em cuidados intermediários (56,2%), seguidos de cuidados mínimos (27%), alta dependência (10,5%), semi-intensivos (6%) e intensivos (0,3%). O gráfico 01 a seguir demonstra o total em números dos pacientes classificados em cada categoria.

GRÁFICO 01 - Classificação da necessidade de cuidados de pacientes pediátricos na emergência pediátrica de uma amostra aleatória e convencional mediante aplicação do Instrumento SCPP por dia, Brasília, DF, Brasil, 2018, (n=315).



Em relação a identificação do quantitativo de profissionais na unidade, a média de profissionais por período na assistência é de 02 enfermeiros, (mínimo de 01 e máximo de 04), 8 técnicos de enfermagem (mínimo 5 e máximo 13), 5 médicos (mínimo 3 e máximo 6) e 3 profissionais da limpeza (mínimo 2 máximo 3). Quanto ao total de pacientes internados, a média encontrada foi de 17 pacientes (mínimo 8 e máximo 23).

Como demonstra a Tabela 1, no período avaliado houve diferença na quantidade de técnicos de enfermagem ($p= 0.00$) e profissionais da limpeza ($p=0.00$) presentes durante os dias da semana para os presentes nos finais de semana ou feriados. Entretanto, não houve diferença no total de pacientes internados nos finais de semana/feriado para os dias da semana ($p=0,67$).

TABELA 01-Mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e percentis do total de profissionais e pacientes na emergência pediátrica, e valor de “p” após aplicação do Mann-Whitney* entre o quantitativo de profissionais que trabalham nos finais de semana/feriados dos que trabalham durante a semana na emergência pediátrica, Brasília, DF, Brasil, 2018.

Total	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		Valor de P	
Técnicos de Enfermagem	9,91	1,95	5,00	13,00	9,00	10,00	11,00	0,00
Enfermeiros	2,17	0,65	1	4	2,00	2,00	2,00	0,90
Médicos	4,95	0,60	3	6	5,00	5,00	5,00	1,00
Pacientes	13,84	3,27	8	19	10,0	15,00	16,00	0,67

Após a realização do cálculo de dimensionamento utilizando a carga horária da unidade, foi realizado uma análise, apresentada nas tabelas 02 e 03 a seguir, através da comparação do quadro de profissionais presentes nos dias da coleta de dados, com o que é preconizado pelo Cofen e pela Secretaria de Estado do Distrito Federal (SES-DF).

TABELA 02 - Total de pacientes referentes aos dias da coleta de dados, o total de pacientes classificados em cuidado mínimo, intermediário, alta-dependência, semi-intensivos e intensivos, Brasília, DF, Brasil, 2018.

Data	Total de pacientes	Cuidado Mínimo	Cuidado Intermediário	Cuidado Alta dependência	Cuidado Semi Intensivo	Cuidado Intensivo
D1	19	10	6	3	0	0
D2	11	8	5	0	0	0
D3	08	2	6	0	0	0
D4	10	2	7	0	1	0
D5	10	3	7	0	0	0
D6	15	6	8	1	0	0
D7	16	2	12	0	2	0
D8	08	1	5	1	1	0
D9	17	5	11	1	0	0
D10	16	4	10	0	1	1
D11	14	4	8	2	0	0
D12	13	1	7	3	2	0
D13	09	2	5	1	1	0
D14	16	0	9	5	2	0
F1	15	9	4	1	1	0
F2	12	6	3	1	2	0
F3	18	9	6	3	0	0
F4	09	1	7	1	0	0
F5	16	5	11	0	0	0
F6	15	3	8	2	2	0

F7	15	6	7	1	1	0
F8	15	2	9	2	2	0

Legenda:

*D: dias referentes aos dias da semana;

**F: dias referentes aos finais de semana e feriados.

TABELA 03- Quantitativo de enfermeiros presentes na emergência pediátrica comparado com o preconizado pela resolução Cofen nº0543/2017 e o Manual de parâmetros da SES-DF, Brasília, DF, Brasil, 2018.

Data	Quantitativo de Enfermeiros presentes na unidade	Ideal para a Resolução Cofen nº0543/17	Ideal para o Manual de Parâmetros - SES
D1	1	2	4
D2	2	1	4
D3	2	1	4
D4	2	1	4
D5	3	1	4
D6	2	2	4
D7	2	2	4
D8	2	1	4
D9	2	2	4
D10	3	2	4
D11	2	2	4
D12	2	2	4
D13	2	1	4
D14	3	2	4
F1	1	2	4
F2	4	1	4
F3	2	2	4
F4	3	1	4
F5	2	2	4
F6	2	2	4
F7	2	2	4
F8	2	2	4

Legenda:

*D: dias referentes aos dias da semana;

**F: dias referentes aos finais de semana e feriados.

TABELA 04- Quantitativo de Técnicos de Enfermagem presentes na Emergência Pediátrica comparado com o preconizado pela resolução Cofen nº0543/2017 e o Manual de parâmetros da SES-DF, Brasília, DF, Brasil, 2018.

Data	Quantitativo de Técnicos de Enfermagem na unidade	Ideal para a Resolução Cofen nº0543/17	Ideal para o Manual de Parâmetros - SES
D1	11	3	5
D2	11	2	5
D3	8	2	5
D4	12	2	5
D5	8	2	5
D6	10	3	5
D7	10	3	5
D8	10	2	5

D9	11	3	5
D10	13	3	5
D11	11	3	5
D12	12	3	5
D13	12	2	5
D14	11	4	5
F1	5	3	5
F2	9	2	5
F3	6	3	5
F4	9	2	5
F5	9	3	5
F6	8	3	5
F7	11	3	5
F8	10	3	5

Legenda:

*D: dias referentes aos dias da semana;

**F: dias referentes aos finais de semana e feriados.

O quantitativo de médicos no período estudado segundo a escala da unidade em questão são de 02 profissionais e não houve nos dias da coleta profissionais escalados como hora extra. A meta é possuir um quantitativo fixo, estando na maioria dos dias dois profissionais escalados responsáveis pela internação. Ao comparar o quantitativo fixo de 02 profissionais ao manual há uma divergência, onde para as unidades de emergência pediátrica da SES o ideal são 03 profissionais. Há residentes de medicina pediátrica no período e a média do quantitativo destes, não considerando os “staffs” foram de 03 profissionais.

DISCUSSÃO

O nível socioeconômico de 34,5% dos entrevistados classificados como nível B2, quando comparados às estimativas probabilísticas nacionais do Datafolha e IBOPE (7) demonstram-se compatíveis com a média da região do Distrito Federal, onde em sua maioria 23% são classificados no nível B2.

O nível socioeconômico baixo pode vir a influenciar de forma negativa os níveis de saúde das crianças, devido a restrição de insumos para a manutenção da saúde. Além dos fatores socioeconômicos, a escolaridade dos pais em relação à saúde das crianças pode influenciar positivamente (9), pois age como facilitador para a capacitação e qualificação na abordagem da equipe em relação a educação em saúde e continuidade do cuidado, com o objetivo de recuperação da saúde e prevenção de novos agravos.

O perfil dos pacientes foram majoritariamente classificado como cuidados intermediários, seguido dos pacientes classificados como cuidados mínimos, condições essas que nos mostram um perfil de menos dependência da equipe. O perfil intermediário é caracterizado por ter um estado clínico estável, onde o paciente possui a presença de um acompanhante responsável que por sua vez realiza os cuidados básicos de alimentação, higiene e conforto, mas que requer orientações do enfermeiro para realização destas atividades (19).

O papel do acompanhante é de atuar como protetor da criança hospitalizada. A sua função principal é proporcionar afeto, tranquilidade e diminuição do impacto da hospitalização para a criança. Além disso, o acompanhante pode vir a auxiliar nas atividades diárias, compartilhando com a equipe responsabilidades das tarefas diárias. Uma problemática a surgir é a distorção do papel do acompanhante e depreciação da qualidade técnica do serviço. Por isso se faz importante que a enfermagem tenha domínio sobre o que é de sua responsabilidade técnica e que, além disso, esteja ofertando orientações das ações de cuidado, para que a equipe e acompanhante estejam alinhados no plano de cuidados para promoção da recuperação da saúde (20).

Quando comparado a pesquisa desenvolvida em uma unidade de internação de alojamento conjunto (10) ao qual possuía objetivos comuns na identificação de classificação de pacientes voltados para a clientela pediátrica, houve semelhança nos resultados em relação ao perfil dos pacientes. Além destes, o resultado encontrado conversa com a legislação do Cofen, ao qual preconiza que todas crianças menores que 6 anos, em unidades de internação pediátrica devem automaticamente serem classificadas como cuidados intermediários (1). O que nos leva à reflexão de que a criança por si só já possui uma dependência de cuidado involuntariamente.

O dimensionamento de profissionais reflete no funcionamento dos serviços de saúde, que estão ligados ao favorecimento de práticas de qualidade e segurança, que nos indicam portanto a relevância destes parâmetros para estabelecer a carga de trabalho (5). Para isso, além dos manuais e resoluções, é importante a instituição de ações para a promoção da segurança do paciente, mediante a aplicação de protocolos básicos de prevenção de quedas, identificação do paciente e segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos conforme a portaria no 2.905/2013 (11) preconiza.

Analisando o dimensionamento de profissionais, com base na tabela 03 onde diz respeito ao comparativo resolução/manual do quantitativo de enfermeiros, o total de profissionais quando comparados com o que é proposto no manual de parâmetros da SES-DF (8), em sua maioria não se está de acordo com o que é proposto, portanto a quantidade destes profissionais está menor do

que é necessário. Já em comparação com o que é proposto pela resolução do Cofen (1) o quantitativo de profissionais encontra-se em sua maioria dentro dos parâmetros estabelecidos.

Em relação ao quantitativo de técnicos em enfermagem, nos dias estudados estão em divergência com o que é recomendado, mostrando em sua maioria uma quantidade além do que é proposto para a unidade, tanto na Resolução estabelecida pelo Cofen quanto pelo manual proposto pela SES-DF.

Com um número reduzido de enfermeiros a segurança da assistência e todas suas funções ficam comprometidas, podendo ser delegado a gestão do cuidado pelos técnicos de enfermagem ou até acompanhantes que acabam assumindo papéis que são da equipe de enfermagem e estão dentro das competências desta segundo as leis do exercício profissional. O quantitativo acima do ideal para técnicos de enfermagem poderia ser visto de forma positiva em relação ao serviço se não estivesse de alguma forma “compensando” o quantitativo reduzido de enfermeiros, e, não podemos esquecer que o aumento do número destes profissionais também aumenta a necessidade de demanda da supervisão do enfermeiro.

De acordo com a legislação do Cofen no 7.498/86 (12) é exercício da enfermagem a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas unidades de serviço em saúde. Com um déficit de profissionais, aumento da demanda de supervisão e atribuições, pode entrar em discordância com o que é regulamentado, tendo em vista que o desempenho das ações de enfermagem assim como, o dimensionamento adequado de profissionais promove uma assistência com segurança e qualidade (13). Quando falamos de qualidade nos referimos também a facilidade/segurança que os processos de enfermagem podem oferecer para toda equipe reduzindo os estresses: tanto pela dificuldade de planejamento ocasionado, na maioria das vezes, pelo número reduzido de enfermeiros ou até pela reduzida motivação/capacitação e/ou autonomia destes.

Outro ponto a ser abordado é que dentro das práticas privativas do enfermeiro está a Sistematização de Assistência a Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE), estabelecidos pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/ 86 (12) e a Resolução do Cofen nº 358/09 (14). Ferramentas essas que possibilitam o direcionamento do cuidado, onde o mesmo por tanto será pautado na produção científica, gerando organização aos processos de cuidado, sua autonomia e promoção da reflexão (15).

Além disso, é importante ressaltar que pode-se observar uma diferença do quantitativo de profissionais técnicos de enfermagem nos dias de semana em relação aos técnicos de enfermagem presentes nos finais de semana e feriados. Entretanto, os dados não mostraram diferença para o número de pacientes internados. Além da distribuição da escala dos profissionais, é importante ressaltar que por se tratar de uma instituição pública, os profissionais

têm direitos como licenças especiais, atestados médicos e etc. Portanto, torna-se necessário estar atento à importância do estabelecimento de critérios que flexibilizam a tomada de decisão, como a classificação da necessidade de cuidados do paciente, para melhor respaldo da equipe e da segurança da assistência evitando a rotina fixa de distribuição da quantidade de profissionais, principalmente entre os dias de semana dos dias finais de semana e/ou feriados (16).

De acordo com a resolução do Cofen no 0509/2016 (17) é de responsabilidade do enfermeiro responsável técnico a realização do dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme resolução vigente do Cofen no 0543/2018 (1) informando ao representante legal da instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem as informações obtidas. Portanto, para que possa ocorrer o cumprimento desta atribuição é de sugestão a utilização de instrumentos que norteiam tais informações para a alocação de servidores. Pois a falta de um instrumento metodológico como o SCP, interfere na realização de uma organização coerente com a demanda de cuidados necessitada pelos pacientes, tendo em vista ainda que uma unidade de caráter de urgência/emergência envolve um processo dinâmico maior com relação ao cuidado.

Quanto ao quantitativo de médicos, a referência utilizada foi o manual de parâmetros da SES-DF (8). Seria necessário um instrumento que seja utilizado pelo Conselho Federal de Medicina para a avaliação e classificação de pacientes durante a internação. O instrumento de classificação de risco para definir prioridade de atendimento médico é realizado na porta de entrada da unidade, não havendo continuidade desta análise. Dentro da unidade de emergência, após a internação seria importante a reclassificação do paciente por meio de um instrumento. É necessário destacar que o citado hospital conta com um quantitativo de médicos residentes em pediatria, mas que não foram contabilizados, pois a Resolução nº 2.077/11 (18) estabelece que estes não fazem parte da equipe contratada para atendimento ao serviço hospitalar. Entretanto, a residência de medicina é também responsável junto com os médicos “staffs”, dividindo com estes as atribuições dentro do serviço.

De acordo com o manual da SES-DF (8) houve uma discordância com relação a necessidade do quantitativo de médicos, nas unidades emergenciais que compõe o quadro da SES-DF, quantitativo de médicos é de 03 por período em unidades que não são referências no cuidado pediátrico, ao contrário do que é visto na unidade de referência do DF onde é preconizado 02 médicos por período.

É importante ressaltar que a coleta de dados foi realizada em dias aleatórios, e que por isso, as variáveis aqui apresentadas só podem ser consideradas para os dias investigados, portanto, não podemos interpretar estes resultados como uma realidade constante do setor. Ainda assim, os resultados encontrados nos dias da coleta podem contribuir, pois ilustram pontualmente

o quanto a dinâmica da classificação de pacientes pode respaldar a equipe na realocação de recursos humanos numa unidade imprevisível como “emergências”.

CONCLUSÃO

O paciente e suas necessidades devem ser vistas como ponto de partida para o gerenciamento da unidade, e por isso sugerimos na unidade estudada que a alocação de recursos humanos seja flexível e baseada na real necessidade momentânea, tendo em vista a alta rotatividade desta unidade de emergência. Na gestão de unidade de internações pediátricas são constantes os desafios para proporcionar os padrões de segurança e qualidade assistencial e por isso, o Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos,

assim como a identificação flexível do dimensionamento de pessoal devem ser considerados pelos enfermeiros da unidade. A quantitativo reduzido de enfermeiros na unidade aumenta o desafio da gestão para otimizar o processo de trabalho e a autonomia do enfermeiro.

É importante destacar que o estudo apresenta limitações, mesmo que sendo realizado em um espaço de tempo considerável, foi em dias escolhidos de forma aleatória e executado em apenas um período do dia e em um dia da semana, impossibilitando a avaliação do dimensionamento da equipe de enfermagem dentro da equação para o cálculo do quantitativo de profissionais de enfermagem disposta em resolução do Cofen.

O presente estudo enfatiza a necessidade da realização de um reconhecimento do perfil das necessidades de cuidados na unidade de emergência/urgência para qualificar a assistência de enfermagem nos serviços da saúde pública, fazendo uso de instrumentos palpáveis à realização e aprimoramento do processo de gestão, em busca incansável do atendimento das demandas do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Resolução nº543 Cofen. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Diário Oficial da União. 2017.
2. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev da Esc Enferm da USP. 1998;32(2):153–68.
3. Dini AP. Validação do instrumento de classificação de pacientes pediátricos. Univ Campinas. 2013;
4. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. Mundo da Saude. 2011;35(3):319–31.
5. De Assis MN, De Andrade ACR, Rogenski KE, Castilho V, Fugulin FMT. Nursing

interventions in pediatric care: A contribution to measuring workload. Rev da Esc Enferm. 2015;

6. Vandresen L, Pires De Pires DE, Lorenzetti J, Regina De Andrade S. Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. Rev gaúcha Enferm. 2017.

7. ABEP. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2013. 2013;1–5.

8. Braga C, Brito M De, Sabia CF, Silva DQ, Edson D, Paes P, et al. Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento de Rede. Secr do Estado Saúde do Dist Fed. 2018;

9. Santos AMA dos, Tejada CAO, Ewerling F. Os determinantes socioeconômicos do estado de saúde das crianças do Brasil rural. Rev Econ e Sociol Rural. 2012;50(3):473–92.

10. Pedro DRC, Kelly G, Schran S, Faller TT, Lucas J, Oliveira C De, et al. Sizing of nursing staff of a pediatric clinic at a university hospital. Rev Enferm da Univ Fed do Piauí. 2017;6(3):4-10.

11. Portaria MS nº 2.095. Ministério da Saúde. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União. 2013. 24 set.

12. Brasil. Lei Nº 7.498/86 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. 1986;9.273-9.275.

13. Casarolli, Ana Cristina; Eberhardt, Thaís Dresch; Nicola, Anair Lazzari; Fernandes LM. Nível de complexidade assistencial de enfermagem no PS de um hospital público. Rev Enferm UFSM. 2015;5(2):278–85.

14. Resolução nº 358 Cofen. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2009. 15 out.

15. Giehl CT, Arlete ;, Kunz Da Costa E, Pissaia LF, Moreschi C. A equipe de enfermagem frente ao processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem. Artigo Original

Revista de Enfermagem Atenção à Saúde Ago/Dez. 2016;

16. Ramos G, Curan F, Beraldo A, Nancy S, Hegeto D. Dimensionamento de pessoal de unidades neonatais em um hospital universitário. Seminário de Ciências Biológicas e da Saúde. 2015;
17. Resolução nº 509. Cofen. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. Diário Oficial da União. 2016. 15 mar.
18. Resolução CFM nº 2.077. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Diário Oficial da União. 2014. 16 set.
19. DINI AO, FUGULIN FMT, VERÍSSIMO MDLOR, GUIRARDELLO EB. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de categorias de cuidado. Ver. Esc Enfermagem USP. 2010.
20. RANGEL AH, GARCIA A. As diversas faces do acompanhamento de crianças hospitalizadas. Rev. Eletr. De Com. Saúde. Rio de Janeiro. 2012.