

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JÉSSICA AZEVEDO GUARDALUPE

**COMPARAÇÃO ENTRE SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PARA  
O DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM**

Porto Alegre - RS

2023

JÉSSICA AZEVEDO GUARDALUPE

**COMPARAÇÃO ENTRE SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PARA  
O DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem

**Orientador:** Prof. Dr. João Lucas Campos de Oliveira.

Porto Alegre - RS

2023

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer a Deus por todas as oportunidades que tive durante esses cinco anos de graduação. Caí de “paraquedas” na enfermagem, uma menina saindo da escola em um mês e no outro entrando no mundo da UFRGS. Foram momentos de muita alegria, mas também de medos e inseguranças. No fim, tudo deu mais do que certo e sei que Ele sempre esteve iluminando e protegendo meu caminho.

Agradeço à minha família por todo amor, suporte incondicional e por tornarem tudo melhor. Em especial a minha avó, que move montanhas para me ver feliz e é simplesmente o melhor ser humano que já conheci em minha vida. Todo meu amor para minha mãe, meu irmãozinho, meu dindo e sua família. Sei que meu avô, que não está mais presente fisicamente, também sempre esteve comigo e foi ele quem me deu todo suporte desde sempre para realizar meus sonhos, obrigada por tudo vó, eu te amo! Ao meu cachorrinho, Spiky (meu irmãozinho de coração), que esse ano nos deixou, foram 15 anos de companheirismo e lealdade, para sempre vou te amar pequeno.

Aos meus amigos por todo companheirismo, compreensão e por tornarem esses anos mais leves e por sempre, sempre acreditarem em mim. Em especial a Paula, a Kathi, a Laura, o Dudu, o Rafa e tantos outros. Prometo que agora vou dedicar mais tempo para vocês!

Agradeço a Jenypher minha psicóloga, por todo suporte profissional incrível que tive durante esse último ano.

Durante esses anos de formação tive a oportunidade de conhecer equipes incríveis, nas quais aprendi TANTO e fui conhecendo a enfermagem e me apaixonando cada dia mais. Gostaria de agradecer em especial a equipe do 5N que foi minha casinha de estágio não obrigatório por quase dois anos, foram momentos muito importantes para minha formação onde conheci pessoas sensacionais. Em especial, as enfermeiras Ivana, Kelly e Débora que colaboraram na construção desse projeto e também a professora Enaura, minha supervisora de estágio. Também agradeço a equipe do Centro de Saúde Modelo e a equipe da UTI 7D, meus últimos dois campos de estágios, dois lugares totalmente diferentes, mas me encantei por ambos e aprendi de forma imensurável.

Não poderia deixar de agradecer milhões de vezes o Prof. João, que desde que conheci lá em 2020 não larguei mais. Meu orientador de estágio, iniciação científica e por fim, do meu TCC. Prof, obrigada por sempre ter sido tão presente, compreensível e um amigo durante esse período. Agradeço mais ainda por ter me aguentado nesse período de tantas ansiedades. Tenho uma admiração e um carinho gigante por ti, muito obrigada por tudo.

Durante a graduação também fiz amizades incríveis, lá no início a Melissa, a Cíntia, o Mateus e o Léo, foram a minha base e tornaram um início de graduação tão pesado e corrido, em algo mais leve e divertido. Depois veio a Yasmin, a Andri, a Ro e a Manu, minhas meninas que tanto admiro. Agradeço em especial a Yas, minha eterna duplinha de estágios e de surtos, por ser sempre a pessoa que deixava tudo melhor, com suas piadinhas e palavras de conforto, tu é um ser humano especial demais. E todas as outras amizades que graças ao curso tive a oportunidade de conhecer e cultivar.

Agradeço a UFRGS, a escola de enfermagem e a cada professor especial que tive a oportunidade de conviver nesses anos. Sempre irei levar essa instituição com carinho e muita gratidão... estudar na UFRGS foi a realização de um sonho. Espero em breve voltar como aluna de pós-graduação e quem sabe um dia como profissional.

E por fim, agradeço a mim mesma, por ter superado todos os momentos difíceis que por vezes pareceram impossíveis, por ter me doado e aproveitado cada segundo da graduação. Encerro essa jornada com a certeza de que fiz a escolha certa, sou completamente apaixonada pela enfermagem. Espero poder ser a melhor profissional possível para meus pacientes, para minha equipe, para o SUS e também auxiliar na luta por melhores condições da nossa categoria profissional, que tanto merece.

“ Decidi não esperar as oportunidades e sim, buscá-las. Decidi  
ver cada dia como uma nova oportunidade de ser feliz ”

Walt Disney

## RESUMO

**Introdução:** Na complexa dinâmica da gestão de pessoas em enfermagem destaca-se o dimensionamento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de trabalhadores por categoria requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem aos pacientes, bem como viabilizar melhores condições de trabalho aos profissionais. No Brasil, os parâmetros de dimensionamento da equipe de enfermagem são normatizados pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução nº 543/2017. No dimensionamento em unidades de internação hospitalar, há destaque ao uso dos Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP). O SCP é um meio sistemático para a categorização dos pacientes baseado na quantidade e complexidade de cuidados de enfermagem requeridos. Assim, o SCP fornece subsídios para o gerente realizar a (re) alocação de recursos humanos, auxiliando a fundamentar argumentações e justificativas para os processos de tomada de decisão referentes ao provimento e distribuição de pessoal. Estima-se que ao comparar diferentes SCP seja possível encontrar diferenças de resultados entre os instrumentos, o que impactaria diretamente na previsão dos recursos humanos. **Objetivo:** Comparar a carga de trabalho e o dimensionamento do pessoal de enfermagem mensurados por sistemas de classificação de pacientes distintos. **Método:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi conduzida entre junho e agosto de 2022, em uma unidade de internação clínica para pacientes adultos, com capacidade operacional de 45 leitos. A composição da amostra consecutiva foi baseada no critério de inclusão de tempo mínimo de 24 horas de internação. Os dados foram coletados *in loco* por avaliação primária por meio dos SCP Perroca e Fugulin, devidamente validados e recomendados pela Resolução COFEN nº 543/2017. Foi realizada análise estatística descritiva, utilizando-se medidas de posição central e dispersão para as variáveis quantitativas e medidas de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. O cálculo do dimensionamento de pessoal com base nos resultados dos dois SCP empregados à mesma amostra de pacientes ocorreu conforme as recomendações vigentes. **Resultados:** Foram incluídos 260 pacientes, dos quais observou-se discreto predomínio do sexo feminino (52,3%), com idade média de  $56,1 \pm 17,1$  anos, internados pelas especialidades de Oncologia (23,5%), Gastroenterologia (13,1%) e Cardiologia (12,7%), entre outras. Em relação ao período de permanência hospitalar, verificou-se que a mediana de tempo foi de 8,7 dias e a ocupação da unidade no período foi de 96,8%. Entre os dois SCP utilizados foram realizadas no total 2.496 avaliações. Em relação ao escore de classificação do instrumento de Fugulin, destacou-se o nível de cuidados mínimos (54,5%) e o SCP de Perroca apresentou predominância do nível de cuidados intermediários

(63,4%). Assim, a demanda total de horas de enfermagem diárias requeridas foi discrepante (235,58 e 298,16 horas), bem como a previsão do pessoal de enfermagem dimensionado, que foi de 53 e 67 trabalhadores, respectivamente. **Conclusão:** A mensuração da carga de trabalho e o dimensionamento do pessoal de enfermagem foram claramente distintos ao se utilizar dois SCP diferentes numa mesma amostra de pacientes. Essa constatação não intenta definir a supremacia de algum instrumento sobre o outro. No entanto, sugere-se que sejam realizados estudos adicionais de acurácia.

**Descritores:** Dimensionamento de pessoal; Carga de trabalho; Recursos humanos de enfermagem no hospital; Avaliação em enfermagem; Gestão de recursos humanos; Equipe de enfermagem.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVO</b>	<b>11</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>12</b>
3.1 Gerenciamento em Enfermagem	12
3.2 Dimensionamento do pessoal de enfermagem e carga de trabalho	13
3.3 Sistema de classificação de pacientes	14
<b>4 MÉTODO</b>	<b>17</b>
4.1 Desenho do estudo	17
4.2 Contexto	17
4.3 População e amostra	17
4.4 Variáveis	17
4.5 Fonte de dados	18
4.6 Viés	19
4.7 Estimativa da amostra	19
4.8 Variáveis Quantitativas	19
4.9 Métodos Estatísticos	20
4.10 Aspectos Éticos	21
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO A - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO B - Sistema de Classificação de Pacientes Perroca</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO C - Sistema de Classificação de Pacientes Fugulin</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO E - Normas para submissão à Revista da Escola de Enfermagem da USP</b>	<b>51</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Na área de enfermagem, em especial no âmbito hospitalar, o absenteísmo e rotatividade, déficit de capacitação e deficiências no relacionamento interpessoal, assim como o trabalho em equipe são problemas frequentemente citados por estudos científicos, além de notoriamente visualizados na prática laboral (FELDHAUS *et al.*, 2019; SILVA; MERINO, 2017; FERREIRA *et al.*, 2019). Essas situações ordinárias delineiam com clareza que a gestão de pessoas na enfermagem corresponde a um dos principais desafios para os gestores da área (CORDEIRO *et al.*, 2017).

A dinâmica da gestão de pessoas em enfermagem é complexa, ininterrupta e demanda elevado tempo de dedicação de líderes e gerentes da área. Essa dinamicidade envolve processos de dimensionamento de pessoal, recrutamento, seleção, aplicação/avaliação, desenvolvimento e também de distribuição/alocação de pessoal (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Incluído no macroprocesso de gerir o capital humano, o dimensionamento de pessoal de enfermagem emerge com protagonismo porque possui relação direta com a gestão e a assistência de enfermagem, contribuindo para a qualidade do serviço, controle de gastos e racionalização da carga de trabalho, além de prevenir eventos adversos e consequentemente promover a segurança do paciente e dos trabalhadores (VICENTE *et al.*, 2021; MAGALHÃES *et al.*, 2017; AIKEN *et al.*, 2021).

Segundo Kurcgant, Cunha e Gaidzinski (1989), o dimensionamento de pessoal de enfermagem (DPE) tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem direta ou indiretamente prestadas aos pacientes. O DPE é uma etapa importante no processo de provimento de recursos humanos e na manutenção contínua de sua adequação qualiquantitativa. Através do processo de dimensionar, é possível mensurar a carga de trabalho exercida pela equipe de enfermagem dentro de uma instituição de saúde e consequentemente projetar o quadro de pessoal necessário para suprir essa demanda (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No Brasil, os parâmetros de dimensionamento do quantitativo mínimo de profissionais de enfermagem são normatizados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução nº 293/2004, atualizada pela Resolução nº 527/2016 e, posteriormente, pela Resolução nº 543/2017, que é a vigente atualmente (COFEN, 2017). Para o dimensionamento na área hospitalar, em especial nas Unidades de Internação (UI), o referido documento aborda a utilização do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) e sugere instrumentos

cientificamente reconhecidos para a mensuração da carga de trabalho de enfermagem nestes espaços (COFEN, 2017).

Cabe destacar que não existe legislação específica nacional que abarque os critérios mínimos de pessoal para os diferentes setores do hospital e, além disso, mesmo em países mais desenvolvidos, os quadros mínimos de pessoal não são regulamentados por leis, havendo grandes disparidades entre países. Apesar de existirem alguns estados como Califórnia, nos Estados Unidos, ou como Victoria e Queensland, na Austrália, onde o número mínimo de enfermeiras são mandatórios por legislações, sustentados por evidências robustas de que os quadros de pessoal de enfermagem adequados proporcionam melhores resultados para os pacientes, este tema ainda é um desafio para a enfermagem mundial (HAEGDORENS *et al.*, 2019).

A partir de 1960, foi introduzido o conceito de Sistema de Classificação de Pacientes que, segundo Perroca e Gaidzinski (1998), é um meio sistemático para a categorização dos pacientes baseado na quantidade e complexidade de cuidados de enfermagem requeridos. Ou seja, o SCP surge com o objetivo de estimar as necessidades diárias dos pacientes de acordo com os diferentes graus de complexidade assistencial que esses apresentam dentro de uma mesma unidade de internação (VANDRESEN *et al.*, 2018; FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

O SCP possibilita mensurar a carga de trabalho da enfermagem, uma vez que evidencia a variação do tempo médio de trabalho. Assim, o instrumento fornece subsídios para o gerente realizar a (re) alocação de recursos humanos, auxiliando a fundamentar a argumentação e as justificativas para os processos de tomada de decisão referentes ao DPE (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005; FUGULIN; GAIDZINSKI; LIMA, 2016). Além disso, autores defendem a ideia de que o SCP é um meio de o enfermeiro se consolidar como gerente do cuidado direto, uma vez que, a partir da identificação das necessidades de cuidado, viabiliza-se a racionalização do planejamento assistencial individualizado à clientela (VASCONCELOS *et al.*, 2017; GELBCKE *et al.*, 2018).

O enfermeiro tem função primordial na escolha e na implementação do SCP, além da sua própria execução, na busca e análise dos resultados dele decorrentes. Em virtude disso, é necessário que o enfermeiro conheça cada instrumento, suas diferenças, sua aplicabilidade e encontre o instrumento que forneça os resultados mais fidedignos das condições reais de assistência prestada (KOCHHANN; FIGUEIREDO, 2020; FUGULIN; GAIDZINSKI; LIMA, 2016). Sendo assim, estudos comparando distintos instrumentos de SCP são essenciais para o

desenvolvimento de tais atividades, entretanto, percebe-se uma enorme lacuna na literatura comparando métodos distintos de SCP em um mesmo cenário de prática clínica.

Estima-se que ao comparar diferentes instrumentos de SCP seja possível encontrar dissonâncias e consonâncias que impactem na precisão do DPE e também determinar com maior acurácia e efetividade os elementos necessários para o cálculo de dimensionamento do pessoal de enfermagem. É provável que a diferença de resultados entre distintos SCP impacte diretamente na adequação dos recursos humanos, pois repercute na carga de trabalho estimada, o que interfere na qualidade do cuidado prestado ao paciente e também nos custos institucionais.

Diante disso, esse estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: “Existe diferença na carga de trabalho e consequente dimensionamento de pessoal de enfermagem mensurados por sistemas de classificação de pacientes distintos?”. Esse estudo é relevante uma vez que pode auxiliar na consolidação de novos conhecimentos gerenciais, resultando em adequação do DPE e consequentes melhorias para a categoria profissional e qualidade do cuidado.

## **2 OBJETIVO**

Comparar a carga de trabalho e o dimensionamento do pessoal de enfermagem mensurados por sistemas de classificação de pacientes distintos.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Gerenciamento em Enfermagem

Segundo Sanna (2007), o processo de trabalho de enfermagem é complexo e multifacetado, fundamentando-se nas dimensões de assistir, administrar, pesquisar, ensinar e participar politicamente. A Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício profissional de enfermagem no Brasil, traz como atribuições privativas do enfermeiro as ações relacionadas ao planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem (BRASIL, 1986).

Uma das competências desejáveis para o exercício profissional do enfermeiro, preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em enfermagem, é a administração e o gerenciamento. A competência em questão enfatiza que os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas e fazer o gerenciamento e administração dos recursos humanos da equipe de enfermagem (BRASIL, 2018). É perceptível a alta demanda de responsabilidades gerenciais que o enfermeiro possui dentro dos espaços de assistência à saúde, incluindo o ambiente hospitalar.

Para a realização de uma gestão de enfermagem de qualidade é necessário que o enfermeiro disponha de ferramentas e recursos que auxiliem na gestão dos espaços assistenciais, das equipes e dos cuidados prestados aos usuários do serviço. Um dos recursos mais importantes, com papel imprescindível e de impacto direto na qualidade assistencial são os recursos humanos (VANDRESEN *et al.*, 2018; COSTA; FUGULIN, 2020).

Uma das principais funções do gerente de enfermagem é a administração dos recursos humanos, o que envolve processos de dimensionamento, recrutamento, seleção e distribuição de pessoal, além de educação continuada, supervisão e avaliação de desempenho (FUGULIN; GAIDZINSKI; LIMA, 2016). Todos esses processos ocorrem a fim de proporcionar condições adequadas aos profissionais e visando à segurança do paciente. No entanto, a dinâmica de gestão de pessoas no âmbito hospitalar é complexa e contínua, o absenteísmo, a sobrecarga de trabalho e a rotatividade se destacam como um dos principais desafios enfrentados pelos gestores (SILVA; MERINO, 2017; FERREIRA *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2020). Dentre os processos envolvidos na gestão de recursos humanos se destaca o dimensionamento de pessoal de enfermagem.

### 3.2 Dimensionamento do pessoal de enfermagem e carga de trabalho

Desde o século XVII através de Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, surge o primeiro método de planejamento de recursos humanos na enfermagem. O método foi denominado como intuitivo, pois se baseava nas experiências e conhecimentos de Florence. Os pacientes eram agrupados considerando sua gravidade, definindo assim as escalas das enfermarias de acordo com as necessidades dos pacientes e na relação proporcional entre trabalhadores e tarefas a serem executadas (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNO, 2009).

Segundo Fugulin, Gaidzinski e Lima (2016), o dimensionamento de pessoal de enfermagem é um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação da quantidade e da qualidade de enfermagem, assim provê a assistência de acordo com a singularidade dos serviços de saúde e garante a segurança dos pacientes e dos trabalhadores. Kurcgant, Cunha e Gaidzinski (1989) também definem o DPE como a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, cuja finalidade é a previsão da quantidade de funcionários por categoria requerida para suprir as necessidades assistenciais de enfermagem. Logo, através do processo de dimensionar é possível mensurar a carga de trabalho exercida pela equipe de enfermagem dentro de uma instituição de saúde e conseqüentemente projetar o quadro de pessoal necessário para suprir essa demanda (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Segundo Alghamdi (2016), carga de trabalho é a quantidade de tempo e cuidados que um enfermeiro pode dedicar (direta e indiretamente) aos pacientes, ao local de trabalho e ao desenvolvimento profissional. Assim, para a mensuração da carga de trabalho, considera-se a totalidade de tempo que o enfermeiro necessita para realizar as atividades de enfermagem e também as atividades não consideradas de enfermagem. Magalhães *et al.* (2019) descrevem a carga de trabalho de enfermagem relacionando-a com o tempo despendido para atender às demandas de cuidado de cada paciente, o que varia de acordo com o grau de dependência do mesmo.

Altas cargas de trabalho da equipe de enfermagem são identificadas em unidades de internação clínica em virtude da alta complexidade de cuidados ao paciente e o tempo prolongado de internação hospitalar (ALENCAR; BARBOSA; LACERDA, 2017; MORAES *et al.*, 2021). Segundo estudo realizado em unidades de internações clínicas e cirúrgicas, a sobrecarga de trabalho do profissional está associada a um aumento do risco à segurança do paciente e também a avaliação negativa da taxa de satisfação dos pacientes (MAGALHÃES *et al.*, 2017).

No Brasil, a Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. O dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem deve se basear em características relativas: I- ao serviço de saúde; II- ao serviço de enfermagem e; III- ao paciente. Dentre as características relativas ao paciente se destaca o grau de dependência em relação a equipe de enfermagem, isto é, o Sistema de Classificação de Pacientes (COFEN, 2017).

### **3.3 Sistema de classificação de pacientes**

Segundo Perroca e Gaidzinski (1998, p. 153), o Sistema de Classificação de Pacientes é: “Um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidados de enfermagem requeridos, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem”. Esse conceito foi introduzido a partir de 1960, quando surge a necessidade de estimar as necessidades diárias dos pacientes em relação à assistência de saúde em uma mesma unidade de internação e classificar em diferentes graus de complexidade assistencial para auxiliar no cálculo do DPE (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

O SCP na prática gerencial do enfermeiro trouxe contribuições visto que, os resultados obtidos a partir da classificação do grau de dependência demonstram a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem dedicado aos pacientes. Esses dados propiciam a análise e avaliação do planejamento do pessoal de enfermagem, o que contribui para a qualificação da assistência, aumento da segurança do paciente e para determinação de gastos institucionais com recursos humanos (MACEDO *et al.*, 2018). Sendo assim, cabe ao enfermeiro o registro diário da classificação dos pacientes, segundo o SCP, para subsidiar a composição do quadro de enfermagem em unidades de internação hospitalar (COFEN, 2017).

Um estudo retrospectivo realizado em um hospital universitário analisou indicadores assistenciais e gerenciais após adequação do quadro de pessoal de enfermagem, resultando nas reduções de 12,0% no percentual de afastamentos por doença, 21,8% no total do banco de horas excedentes, 75,0% nas taxas de úlcera por pressão, de 10,5% no número de quedas e 50,0% nas infecções por sonda vesical de demora (QUADROS *et al.*, 2016). Em um outro estudo transversal retrospectivo realizado, através dos dados gerados pelo SCP utilizado na instituição, constatou-se inadequação prevista pelo dimensionamento, pois existia desajuste entre a carga de trabalho e a alocação de profissionais nas unidades (MORAES *et al.*, 2021). Esses estudos

demonstram a importância do SCP para o dimensionamento de pessoal, contribuindo para identificar falhas no quantitativo de profissional, qualificar o cuidado e melhorar as condições de trabalho da equipe de enfermagem.

É recomendado que o SCP seja aplicado por um período mínimo de 30 dias para se obter uma amostra que retrata o perfil dos pacientes, isto é, quantidade de pacientes por grau de dependência atendidos em uma UI. Além disso, é recomendado que o período de coleta de dados utilizando o SCP seja em um mês considerado “típico”, isto significa que deve ocorrer em um mês no qual a unidade não esteja exposta a qualquer tipo de ocorrência que possa influenciar a quantidade de pacientes assistidos ou o tipo e número de intervenções realizadas, para que o resultado posteriormente não afete o DPE (COFEN, 2017; FUGULIN; GAIDZINSKI; LIMA, 2016).

Segundo o COFEN (2017), os graus de complexidade do SCP são classificados em:

1 – Paciente de cuidados mínimos (PCM): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

2 – Paciente de cuidados intermediários (PCI): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

3 – Paciente de cuidados de alta dependência (PCAD): paciente crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

4 – Paciente de cuidados semi-intensivos (PCSI): paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;

5 – Paciente de cuidados intensivos (PCIt): paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

O quadro mínimo de profissionais de enfermagem, para as 24 horas de cada UI, considera o SCP, as horas de assistência de enfermagem, a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem e a proporção profissional/paciente. Nos diferentes turnos de trabalho se estipula que se tenha: 1 profissional de enfermagem para 6 PCM; 1 profissional de enfermagem para 4 PCI; 1 profissional de enfermagem para 2,4 PCAD; 1 profissional de enfermagem para 2,4 PCSI e 1 profissional de enfermagem para 1,33 PCIt (COFEN, 2017).

A Resolução nº 543/2017 também sugere que sejam utilizados os seguintes instrumentos de Classificação de Pacientes: Dini (2014); Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005); Martins



(2007); Perroca e Gaidzinski (1998) Perroca (2011) (COFEN, 2017). Neste estudo iremos utilizar dois destes instrumentos, o SCP Perroca (2011) e o SCP Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005).

## **4 MÉTODO**

O delineamento e o relatório deste estudo seguiram as diretrizes do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): checklist cross-sectional studies (VANDENBROUCKE *et al.*, 2007) (ANEXO A).

### **4.1 Desenho do estudo**

O estudo possui delineamento transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Estudos transversais realizam mensurações em um único momento do tempo, sendo úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição, além de constituírem o único desenho que possibilita identificar a prevalência de um fenômeno de interesse (ROUQUAYROL; GURGEL, 2017).

### **4.2 Contexto**

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição pública e de direito privado, hospital escola vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Ministério da Educação. A pesquisa foi conduzida entre junho e agosto de 2022, em uma unidade de Internação Clínica para pacientes adultos. A unidade em questão possui 45 leitos de internação e realiza atendimento em várias especialidades clínicas, sendo referência institucional na oncologia clínica.

### **4.3 População e amostra**

A população do estudo foi composta por pacientes internados na referida unidade no recorte temporal exposto. A composição da amostra consecutiva foi baseada na elegibilidade dos participantes. Sendo considerado o critério de inclusão: pacientes com tempo mínimo de 24 horas de internação. Pacientes menores de 18 anos desacompanhados por familiar/responsável e/ou que não tiverem condições clínicas de responder por si mesmo e estiverem desacompanhados foram excluídos.

### **4.4 Variáveis**

As variáveis do estudo foram:

- a) Variáveis demográficas: idade e sexo.
- b) Variáveis relacionadas à internação atual: dias de internação e especialidade médica responsável pela internação.
- c) Variáveis gerenciais: nível de complexidade assistencial mensurados por dois SCP distintos e número de leitos ocupados.

#### **4.5 Fonte de dados**

Os dados foram coletados de fonte primária, ou seja, através da avaliação dos próprios pacientes/participantes por meio do SCP Perroca e SCP Fugulin, descritos a seguir.

O SCP Perroca compreende nove áreas de cuidados de enfermagem requeridos por pacientes internados: 1. Planejamento e coordenação do processo de cuidar; 2. Investigação e monitoramento; 3. Cuidado corporal e eliminações; 4. Cuidado pele e mucosas; 5. Nutrição e hidratação; 6. Locomoção e atividade; 7. Terapêutica; 8. Suporte emocional; 9. Educação em saúde. Cada uma das áreas pode ser pontuada de 1 a 4, com os maiores escores indicando o aumento dos níveis de complexidade. O paciente deve ser classificado em todos os indicadores, em um dos quatro níveis/pontos, na opção que melhor descreva a sua situação em relação às suas necessidades sobre a assistência de enfermagem. O grau de complexidade do cuidado do paciente é definido pela somatória dos pontos de todos os indicadores. A somatória é ilustrada por quatro categorias: cuidados mínimos de 9 a 12 pontos; cuidados intermediários de 13 a 18 pontos; cuidados semi-intensivos de 19 a 24 pontos e; cuidados intensivos de 25 a 36 pontos. A versão do instrumento utilizada neste estudo será uma versão adaptada pelos enfermeiros da instituição do local da pesquisa (PERROCA, 2011; MACEDO *et al.*, 2018) (ANEXO B).

O SCP Fugulin também compreende nove áreas de cuidados de enfermagem requeridas por pacientes internados: 1. Estado mental; 2. Oxigenação; 3. Sinais vitais; 4. Motilidade; 5. Deambulação; 6. Alimentação; 7. Cuidado corporal; 8. Eliminação; 9. Terapêutica. Cada uma das áreas possui uma graduação de 4 a 1 e a definição de cada categoria de cuidados determinam a complexidade assistencial do paciente. A soma dos escores varia de 9 a 36 pontos, sendo os intervalos de pontuação definidos por cinco categorias: cuidados mínimos de 9 a 14 pontos; cuidados intermediários de 15 a 20 pontos; cuidados de alta dependência de 21 a 26 pontos; cuidados semi-intensivos de 27 a 31 pontos e; cuidados intensivos acima de 31 pontos (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005). O instrumento utilizado neste estudo será a versão validada por Fugulin, Gaidzinsk e Kurcgant (2005) (ANEXO C).

Ambas as escalas de classificação de pacientes têm sido instrumentos essenciais para auxiliar na medição do grau de dependência quanto aos cuidados de enfermagem, assim como na adequação da carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Para as variáveis sociodemográficas, gerenciais e clínicas, aplicou-se questionário semiestruturado, que continha as seguintes variáveis: número de leitos ocupados, idade, sexo, especialidade médica responsável pela internação e dias de internação hospitalar. Esses dados foram coletados *in loco* na visita aos pacientes e consulta em prontuário.

Os instrumentos de SCP Perroca e SCP Fugulin foram aplicados por uma equipe de pesquisa composta por duas enfermeiras da unidade, uma delas doutoranda, e uma aluna de iniciação científica, sob a supervisão de um pesquisador da área de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

#### **4.6 Viés**

A fim de reduzir possíveis vieses de seleção foram incluídos na amostra todos os pacientes internados no período de junho a agosto de 2022, respeitando os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Além disso, para redução de possíveis vieses de informação, antes da coleta de dados, a equipe de pesquisa foi devidamente treinada em um estudo piloto. O estudo piloto foi dividido em duas etapas: antes do consenso sobre os itens dos dois SCP e após consenso entre as três avaliadoras. Durante cada uma das etapas foram avaliados 15 pacientes de forma independente por cada avaliadora. Ao todo, foram realizadas 180 classificações piloto, sendo 90 de cada um dos SCP. No período anterior ao consenso, a concordância geral entre as avaliações no SCP Fugulin (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005) foi de 67% e no SCP Perroca (PERROCA, 2011) foi de 60%. Após consenso, a concordância geral entre as avaliações foi de 93,3% em ambos os SCP. As poucas divergências residuais foram tratadas em reunião de equipe e consideradas sanadas.

#### **4.7 Estimativa da amostra**

Não houve cálculo amostral e o número de participantes foi definido por recorte temporal, ou seja, por amostra consecutiva.

#### **4.8 Variáveis Quantitativas**

As variáveis quantitativas foram expressas através de média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil. As variáveis categóricas foram apresentadas com proporção percentual e frequência absoluta.

#### 4.9 Métodos Estatísticos

Foi realizada análise estatística descritiva. Os dados coletados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Office Excel®. Após 5 anos da coleta todo material será descartado.

O método de análise corresponde ao recomendado pela Resolução nº 543/2017 do COFEN. Após o compilamento do número absoluto de classificações dos pacientes em estratos de dependência de cuidado de enfermagem por somatória simples, de acordo com os dois SCP distintos, esse número foi dividido pela quantidade de dias de avaliação (30 dias), obtendo-se, portanto, uma média diária de pacientes de cada nível de dependência de cuidado de enfermagem. A identificação das médias diárias de pacientes de cada nível de dependência de cuidados de enfermagem subsidiou o cálculo da previsão de horas de enfermagem requeridas na unidade, de cada SCP.

Para efeito de cálculo, a resolução considera como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas em: 4 horas de enfermagem por paciente, na assistência mínima (PCM); 6 horas de enfermagem por paciente, na assistência intermediária (PCI); 10 horas de enfermagem por paciente, na assistência de alta dependência (PCAD); 10 horas de enfermagem por paciente, na assistência semi-intensiva (PCSI) e 18 horas de enfermagem por paciente, na assistência intensiva (PCIt). A partir disso, se utilizando das médias diárias de pacientes, foi possível obter o total de horas de enfermagem (THE), seguindo a equação (COFEN, 2017):

$$\text{THE} = [(\text{PCM} \times 4) + (\text{PCI} \times 6) + (\text{PCAD} \times 10) + (\text{PCSI} \times 10) + (\text{PCIt} \times 18)]$$

O quantitativo de pessoal (QP), isto é, o número de profissionais de enfermagem necessários na unidade de internação, foi verificado com base nas horas de assistência, segundo cada um dos SCP, utilizando a mesma fórmula em ambos os casos (COFEN, 2017):

$$QP_{(UI/SCP)} = THE \times KM_{(UAI)}$$

Onde, KM significa Constante de Marinho que é o coeficiente deduzido em função do tempo disponível do trabalhador e cobertura das ausências. Neste estudo, foi considerado o IST (Índice de segurança técnica) mínimo de 15%, portanto, a KM de referência nos cálculos dos quadros de pessoal projetados em acordo com a aplicação dos dois SCP foi de 0,2236 (COFEN, 2017).

O IST é o percentual a ser acrescentado ao quantitativo de profissionais para assegurar a cobertura de férias e ausências não previstas. De acordo com a resolução, ao quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido o IST de no mínimo 15% do total, dos quais 8,3% são referentes a férias e 6,7% a ausências não previstas (COFEN, 2017).

Os quadros de pessoal de enfermagem dimensionados pelos resultados do SCP Perroca e o SCP Fugulin foram ajustados proporcionalmente entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, utilizando os parâmetros normativos vigentes e considerando a categoria/nível de complexidade assistencial com maior demanda de horas de enfermagem. Para a distribuição percentual dos profissionais de enfermagem para assistência mínima e intermediária 33% são de enfermeiros e os demais são técnicos e/ou auxiliares de enfermagem; para assistência de alta dependência 36% enfermeiros e os demais são técnicos e/ou auxiliares de enfermagem; para assistência semi-intensiva 42% enfermeiros e os demais são técnicos e/ou auxiliares de enfermagem ; e para assistência intensiva 52% enfermeiros, demais são técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (COFEN, 2017).

Por fim, para comparar os quadros dimensionados com o disponível/real da unidade de internação, foram utilizados os dados fornecidos pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas do hospital de inquérito.

#### **4.10 Aspectos Éticos**

O estudo realizado trata-se de um subprojeto, cujo projeto de origem é intitulado “Gestão da qualidade e de recursos humanos no ambiente hospitalar: métricas, métodos e subjetividades”, CAAE nº 47595221.5.0000.5327. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob parecer nº 4.932.314/2021 (ANEXO D).

Ressalta-se que este estudo foi desenvolvido respeitando integralmente todas as exigências éticas dispostas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Também foi respeitada a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (BRASIL, 2018). Em razão da crise sanitária atual foram observadas as diretrizes institucionais e sanitárias locais para aderir às medidas de prevenção e controle da pandemia de COVID-19.

## 5 RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo seguem descritos no formato de um artigo científico, o qual será submetido ao pleito para publicação na Revista da Escola de Enfermagem da USP.

### ARTIGO ORIGINAL

#### **Comparação entre sistemas de classificação de pacientes para o dimensionamento do pessoal de enfermagem**

Jéssica Azevedo Guardalupe<sup>1</sup>, Ivana Duarte Brum<sup>2</sup>, Débora Francisco do Canto<sup>3</sup>, Kelly Cristina Milioni Telles<sup>3</sup>, Ana Maria Müller de Magalhães<sup>4</sup>, João Lucas Campos de Oliveira<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Enfermeira do Serviço de Enfermagem Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada da Escola de Enfermagem e Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>5</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor adjunto da Escola de Enfermagem e Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Assistente do Serviço de Enfermagem Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor Correspondente: Jéssica Azevedo Guardalupe Instituição vinculada: UFRGS Endereço: Rua São Manoel, 963 - Rio Branco, Porto Alegre, RS, Brasil E-mail: jessicaguardalupe@gmail.com Telefone: 51 980625111



## RESUMO

**Objetivo:** comparar a carga de trabalho e o dimensionamento do pessoal de enfermagem mensurados por sistemas de classificação de pacientes distintos. **Método:** estudo transversal. Foi desenvolvido em uma unidade de internação clínica em um hospital de grande porte do sul do Brasil, entre junho e agosto de 2022. Os pacientes incluídos (n=260) foram avaliados por dois sistemas de classificação de pacientes distintos, devidamente recomendados pela normatização brasileira. Aplicou-se o método de dimensionamento previsto pela norma e estatística descritiva. **Resultados:** Foram realizadas 2.496 avaliações de pacientes, sendo 1.248 de cada instrumento. Um dos instrumentos demonstrou concentração de pacientes de cuidados mínimos (54,5%) e outro de cuidados intermediários (63,4%). A demanda de horas de enfermagem diárias requeridas foi discrepante (235,58 e 298,16 horas), bem como a previsão do pessoal de enfermagem dimensionado, que foi de 53 e 67 trabalhadores, respectivamente. **Conclusão:** a mensuração da carga de trabalho e o dimensionamento foram distintos ao se utilizar dois sistemas de classificação de pacientes diferentes numa mesma amostra. Sugere-se que sejam realizados estudos adicionais de acurácia.

**Descritores:** Dimensionamento de pessoal; Carga de trabalho; Recursos humanos de enfermagem no hospital; Avaliação em enfermagem; Gestão de recursos humanos

## INTRODUÇÃO

A gestão de recursos humanos é considerada um fator de impacto direto na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população<sup>(1)</sup>. Na enfermagem, essa dinâmica é complexa, ininterrupta e demanda elevado tempo de dedicação de líderes e gerentes da área. Envolvidos na gestão dos recursos humanos de enfermagem estão os processos de dimensionamento de pessoal, recrutamento, seleção, aplicação/avaliação de desempenho, desenvolvimento e também de distribuição/alocação de pessoal<sup>(2)</sup>.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem (DPE) tem por finalidade a previsão da quantidade de trabalhadores ajustada por categoria requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem direta ou indiretamente prestada aos pacientes<sup>(3)</sup>. O enfermeiro torna-se protagonista do processo de dimensionar, pois é o responsável pela escolha do método de dimensionamento, pela sua execução e, por fim, analisar os resultados dele decorrentes, instrumentalizando o processo decisório na gestão de pessoas<sup>(4)</sup>.

Pesquisas acerca da associação do DPE, e consequente carga de trabalho, demonstram que um dimensionamento inadequado, além dos conhecidos riscos à segurança do paciente, está relacionado com consequências negativas para a experiência do paciente e a qualidade do

atendimento em geral, aumento dos eventos adversos e elevação dos desgastes à saúde dos trabalhadores<sup>(5-8)</sup>.

Um estudo observacional realizado em 300 hospitais de nove países europeus identificou que um aumento na carga de trabalho dos enfermeiros aumentou a probabilidade de um paciente internado morrer dentro de 30 dias após a admissão em 7%<sup>(9)</sup>. No Brasil, um estudo transversal realizado em um hospital universitário também verificou associação significativa entre as cargas de trabalho e a função dos trabalhadores, demonstrando que trabalhadores da categoria de enfermagem obtiveram maior carga, assim como relação significativa entre cargas de trabalho e desgastes à saúde dos trabalhadores em geral<sup>(8)</sup>.

Os parâmetros de dimensionamento qualiquantitativo de profissionais de enfermagem brasileiros são normatizados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução nº 543/2017, que é a vigente atualmente<sup>(3)</sup>. Para o dimensionamento na área hospitalar, em especial nas Unidades de Internação (UI), o referido documento recomenda a utilização do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)<sup>(3)</sup>.

O SCP corresponde a um meio sistemático de avaliar o paciente sob alguns aspectos/áreas de interesse ao cuidado e ao trabalho de enfermagem, atribuindo um julgamento do enfermeiro sobre cada um deles e, conseqüentemente, enquadrando o paciente em determinada graduação/nível de complexidade<sup>(10-12)</sup>. Através do SCP é possível mensurar a carga de trabalho da enfermagem, uma vez que este instrumento evidencia a variação do tempo médio de trabalho. Desse modo, o SCP fornece subsídios para o gerente realizar a (re) alocação de recursos humanos, auxiliando na argumentação e nas justificativas para os processos de tomada de decisão referentes ao ajuste de pessoal<sup>(11,13)</sup>.

Considera-se que, ao comparar diferentes SCP, seja possível encontrar dissonâncias e consonâncias que influenciem na precisão do DPE. É provável que essa diferença de resultados entre distintos SCP impacte diretamente na previsão dos recursos humanos. Essas considerações se ancoram sobre o fato já conhecido de que os SCP não são exatamente iguais, inclusive os recomendados pela normatização vigente<sup>(3)</sup>, apesar de terem a lógica em comum: classificar o paciente num determinado estrato de complexidade assistencial. Portanto, a lacuna no conhecimento a respeito das possíveis diferenças visualizadas por avaliações com SCP diferentes é um potencial norte para o (re) planejamento científico, institucional e até mesmo político sobre os procedimentos que regem o DPE.

Tendo em vista os fatores citados, por meio deste estudo espera-se auxiliar na consolidação de melhores conhecimentos gerenciais e busca-se responder a seguinte questão de pesquisa: “Existe diferença na carga de trabalho e conseqüente dimensionamento de pessoal

de enfermagem mensurados por sistemas de classificação de pacientes distintos? ”. Para tanto, o objetivo consistiu em comparar a carga de trabalho e o dimensionamento do pessoal de enfermagem mensurados por sistemas de classificação de pacientes distintos.

## **MÉTODO**

### ***Desenho do estudo***

Pesquisa de delineamento transversal, descritiva, de abordagem quantitativa.

### ***Contexto***

Foi desenvolvida em uma unidade de internação clínica de um hospital universitário público terciário, de grande porte, da região Sul do Brasil. A unidade em questão possui 45 leitos de internação e realiza atendimento em várias especialidades, sendo referência institucional na oncologia clínica. A totalidade dos leitos é credenciada ao Sistema Único de Saúde.

### ***Participantes***

A população do estudo foi composta por todos os pacientes internados na unidade, no período de junho a agosto de 2022. A composição da amostra, não probabilística, consecutiva e por conveniência, baseou-se na inclusão de pacientes com tempo mínimo de 24 horas de internação. Foram excluídos aqueles pacientes internados com menos de 24 horas, menores de 18 anos desacompanhados por familiar/responsável e/ou que não estavam em condições clínicas de responder por si mesmo e estavam desacompanhados.

### ***Variáveis***

As variáveis do estudo foram classificadas em variáveis demográficas: idade e sexo; variáveis relacionadas à internação atual: dias de internação e especialidade médica responsável pela internação; e variáveis gerenciais: nível de complexidade assistencial mensurados por dois SCP distintos e número de leitos ocupados.

### ***Variáveis quantitativas***

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do programa *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup> onde foi realizada análise estatística descritiva. As variáveis categóricas foram expressas

em medidas de proporção percentual e frequência, e as variáveis quantitativas foram expressas através de média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartilico.

### ***Viés***

A coleta de dados foi realizada por uma equipe de pesquisa formada por duas enfermeiras da unidade, uma delas doutoranda em enfermagem, e uma acadêmica bolsista de iniciação científica, todas sob a supervisão de um pesquisador na área de DPE. A equipe foi devidamente treinada em um estudo piloto de duas etapas: antes do consenso sobre os itens dos dois SCP e após consenso entre as avaliadoras. Durante cada uma das etapas foram avaliados 15 pacientes de forma independente por cada avaliadora. Ao todo, foram realizadas 180 classificações piloto, sendo 90 de cada um dos SCP. No período anterior ao consenso, a concordância geral entre as avaliações no SCP Fugulin<sup>(11)</sup> foi de 67% e no SCP Perroca<sup>(12)</sup> foi de 60%. Após consenso, a concordância geral entre as avaliações foi de 93,3% em ambos os SCP. As poucas divergências residuais foram tratadas em reunião de equipe e consideradas sanadas.

### ***Fonte de dados***

Foram utilizados os SCP de Fugulin<sup>(11)</sup> e Perroca<sup>(12)</sup>. Optou-se por essa escolha de instrumentos, pois o SCP de Perroca é atualmente utilizado pelo hospital do estudo e o de Fugulin é um dos mais utilizados para avaliar pacientes adultos internados em unidades clínicas, de acordo com a literatura<sup>(2,14)</sup>. Além disso, ambos instrumentos são recomendados pela Resolução n°543/2017 do COFEN<sup>(3)</sup>. A classificação de pacientes com ambos os instrumentos foi realizada durante um total de 30 dias no recorte temporal citado, conforme recomendações de estudiosos da área<sup>(2,13)</sup>.

O SCP Perroca<sup>(12)</sup> compreende nove áreas de cuidados de enfermagem requeridos por pacientes internados: 1. Planejamento e coordenação do processo de cuidar; 2. Investigação e monitoramento; 3. Cuidado corporal e eliminações; 4. Cuidado pele e mucosas; 5. Nutrição e hidratação; 6. Locomoção e atividade; 7. Terapêutica; 8. Suporte emocional; 9. Educação em saúde. Cada uma das áreas pode ser pontuada de 1 a 4, com os maiores escores indicando o aumento dos níveis de complexidade. O grau de complexidade do cuidado do paciente é definido pela somatória dos pontos de todos os indicadores. A somatória é ilustrada por quatro categorias: cuidados mínimos de 9 a 12 pontos; cuidados intermediários de 13 a 18 pontos; cuidados semi-intensivos de 19 a 24 pontos e; cuidados intensivos de 25 a 36 pontos. A versão do instrumento utilizada neste estudo foi uma versão adaptada pelos enfermeiros da instituição do local da pesquisa, devidamente validada e autorizada pela autora<sup>(15)</sup>.

O SCP Fugulin também compreende nove áreas de cuidados de enfermagem, a saber: 1. Estado mental; 2. Oxigenação; 3. Sinais vitais; 4. Motilidade; 5. Deambulação; 6. Alimentação; 7. Cuidado corporal; 8. Eliminação; 9. Terapêutica. Cada uma das áreas possui uma gradação de 4 a 1 e a definição de cada categoria de cuidados determina a complexidade assistencial do paciente. A soma dos escores varia de 9 a 36 pontos, sendo os intervalos de pontuação definidos por cinco categorias: cuidados mínimos de 9 a 14 pontos; cuidados intermediários de 15 a 20 pontos; cuidados de alta dependência de 21 a 26 pontos; cuidados semi-intensivos de 27 a 31 pontos e; cuidados intensivos acima de 31 pontos<sup>(11)</sup>.

Para as variáveis sociodemográficas, gerenciais e clínicas, aplicou-se questionário semiestruturado, que continha as seguintes variáveis: número de leitos ocupados, idade, sexo, especialidade médica responsável pela internação e dias de internação hospitalar. Esses dados foram coletados *in loco* na visita aos pacientes e consulta em prontuário.

### ***Métodos estatísticos***

O método e os parâmetros de dimensionamento empregados sobre os resultados de ambos os SCP foi o recomendado pela Resolução nº 543/2017 do COFEN, sendo assim, de acordo com os resultados de cada um dos SCP foram realizados os cálculos dos quadros de pessoal (QP) dimensionados da unidade por meio da equação:  $QP = THE \times KM$ . Foram considerados como parâmetros as horas diárias de cada categoria/nível de dependência de cuidados de cada SCP para o cálculo do Total de Horas de Enfermagem (THE), com base na média de pacientes de cada estrato/nível de cada SCP do período de 30 dias. Neste estudo, foi considerado o Índice de Segurança Técnica (IST) mínimo de 15% e a KM Constante de Marinho (KM) de 0,2236, que se refere à jornada de trabalho semanal de 36h, 7 dias de trabalho na semana (trabalho hospitalar ininterrupto)<sup>(3)</sup>. O IST é o percentual a ser acrescentado ao quantitativo de profissionais para assegurar a cobertura de férias e ausências não previstas. Ao quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido o IST de no mínimo 15% do total, dos quais 8,3% são referentes a férias e 6,7% a ausências não previstas<sup>(3)</sup>.

Os quadros de pessoal de enfermagem dimensionados pelos resultados dos SCP Perroca e Fugulin foram ajustados proporcionalmente entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, utilizando os parâmetros normativos vigentes e considerando a categoria/nível de complexidade assistencial com maior demanda de horas de enfermagem<sup>(3)</sup>. Por fim, para comparar os quadros dimensionados com o disponível/real da unidade de internação, foram utilizados os dados fornecidos pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas do hospital de inquérito.

### *Aspectos éticos*

O projeto de pesquisa que fomentou este estudo foi submetido e aprovado por comitê de ética em pesquisa institucionalizado, recebendo CAAE: 47595221.5.0000.5327.

## **RESULTADOS**

Foram incluídos 260 pacientes. Sobre estes, foram realizadas 1.248 classificações com cada um dos SCP entre os pacientes. Sendo assim, a soma dos dois instrumentos totalizou 2.496 avaliações.

Entre os pacientes, observou-se discreto predomínio do sexo feminino (52,3%), com idade média de 56,1±17,1 anos, internados majoritariamente pela especialidade de Oncologia (23,5%). Outras informações sobre o perfil clínico e demográfico da amostra de pacientes seguem apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1** – Perfil clínico e demográfico da amostra de pacientes hospitalizados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2022. (n=260)

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Sexo</b>				
Feminino	136	52,3		
Masculino	124	47,7		
<b>Idade</b>				
	-	-	56,1	17,1
			(Mediana=58)	(Percentis 25-75: 44-69)
<b>Faixa etária</b>				
<20 anos	5	1,9		
20 a 29 anos	21	8,1		
30 a 39 anos	21	8,1		
40 a 49 anos	33	12,7		
50 a 59 anos	58	22,3		

60 a 69 anos	58	22,3		
70 a 79 anos	47	18,1		
≥ 80 anos	17	6,5		
<b>Especialidade Médica</b>				
Oncologia	61	23,5		
Gastroenterologia	34	13,1		
Cardiologia	33	12,7		
Medicina Interna	30	11,5		
Hematologia	25	9,6		
Nefrologia	19	7,3		
Pneumologia	12	4,6		
Neurologia	11	4,2		
Infectologia	8	3,1		
Reumatologia	8	3,1		
Endocrinologia	7	2,7		
Tratamento da dor	7	2,7		
Cirurgia vascular	2	0,8		
Coloproctologia	1	0,4		
Dermatologia	1	0,4		
Geriatria	1	0,4		
Dias de Internação	-	-	8,7	10,8
			(Mediana=5)	(Percentis 25-75: 3-10)

Ocupação da Unidade (Leitos)	-	-	43,6	1,8
Taxa de Ocupação		96,8		

A Tabela 2 apresenta a distribuição do nível de dependência de cuidados de enfermagem, por SCP. Em relação ao escore de classificação do instrumento de Fugulin, destacou-se o nível de cuidados mínimos (54,5%) e o SCP de Perroca apresentou predominância de cuidados intermediários (63,4%).

**Tabela 2** – Distribuição do nível de dependência de cuidados de enfermagem, por Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) entre as avaliações. Porto Alegre, RS, Brasil, 2022. (n=1.248)

Nível de Dependência de Cuidados de Enfermagem	SCP Fugulin		SCP Perroca		Amostra Geral	
	n	%	n	%	n	%
Cuidados Mínimos	680	54,5	82	6,6	762	30,5
Cuidados Intermediários	333	26,7	792	63,4	1.125	45,1
Cuidados de Alta Dependência	217	17,4	-	-	217	8,7
Cuidados Semi- Intensivos	18	1,4	358	28,7	376	15,1
Cuidados Intensivos	0	0	16	1,3	16	0,6
Total	1.248	100	1.248	100	2.496	100

A Tabela 3 demonstra os achados quanto às horas de enfermagem diárias requeridas, por nível de dependência de cuidados, entre os dois SCP.



**Tabela 3** – Horas de enfermagem requeridas por nível de dependência de cuidados e Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). Porto Alegre, RS, Brasil, 2022.

Nível de Dependência de Cuidados de Enfermagem	SCP Fugulin		SCP Perroca	
	Média de Pacientes	Horas Requeridas	Média de Pacientes	Horas Requeridas
Cuidados Mínimos	22,67	90,68	2,73	10,92
Cuidados Intermediários	11,1	66,6	26,4	158,4
Cuidados de Alta Dependência	7,23	72,3	-	-
Cuidados Semi-Intensivos	0,6	6	11,93	119,3
Cuidados Intensivos	0	0	0,53	9,54
Total de Horas de Enfermagem	-	235,58	-	298,16

Por fim, o Quadro 1 ilustra o comparativo entre o quadro real (disponível) da unidade e o quadro dimensionado pelos dois SCP, além de ilustrar o *déficit/superávit* de pessoal de enfermagem por categoria profissional.

**Quadro 1** – Comparativo do dimensionamento de pessoal de enfermagem segundo os Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP) e o quadro de pessoal disponível na unidade. Porto Alegre, RS, Brasil, 2022.

Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem	Enfermeiros	Técnicos / Auxiliares de Enfermagem	Equipe de Enfermagem
SCP Fugulin	17	36	53
SCP Perroca	22	45	67

<b>Quadro Real</b>	16	44	60
<b><i>Déficit/Superávit</i> Quadro Real versus SCP Fugulin</b>	-1	+8	+7
<b><i>Déficit/Superávit</i> Quadro Real versus SCP Perroca</b>	-6	-1	-7

## DISCUSSÃO

A caracterização dos dados demográficos dos pacientes internados (n=260) apresentou predomínio de pacientes do sexo feminino (52,3%) e idade média de  $56 \pm 17,1$  anos, dados correlatos a estudo recente realizado no Ceará investigaram clientela oncológica em regime de internação<sup>(16)</sup>. Estes pacientes ficaram internados em média por 8,7 dias, tempo que pode ser considerado elevado, considerando-se a recomendação de média de permanência geral para hospitais de grande porte entre 4-5 dias<sup>(17)</sup>; no entanto, outras pesquisas apontam resultados semelhantes<sup>(18,19)</sup>. Este ponto pode ser explicado devido ao fato de que pacientes clínicos possuem um perfil epidemiológico de doenças crônicas com recorrentes agudizações, resultando na necessidade de procura de atendimento em maiores níveis de complexidade e consequente tempo de internação prolongado<sup>(14)</sup>.

A taxa de ocupação da unidade foi alta (96,8%), o que, possivelmente, guarda relação com a característica da unidade, que atende exclusivamente o setor público, o qual, além da alta lotação, também busca racionalizar e otimizar o uso de recursos disponíveis, inclusive pelo aumento do *turnover* de leitos via núcleos internos de regulação<sup>(20)</sup>. Apesar de ser importante à sustentabilidade organizacional dos hospitais, importa problematizar que a alta ocupação de leitos associada à elevada complexidade assistencial dos pacientes clínicos impacta diretamente na carga de trabalho de enfermagem e, consequentemente, na previsão de pessoal necessário para o suprimento da demanda laboral.

O comparativo entre o dimensionamento do pessoal de enfermagem, de acordo com cada um dos SCP, demonstra uma diferença expressiva entre os resultados fornecidos pelos instrumentos. Estudo realizado em um hospital filantrópico referência em trauma no Rio Grande do Sul, utilizou os instrumentos de Perroca e Fugulin para classificação dos pacientes internados. O escore médio dos 157 pacientes avaliados foi de 18,74 no de Fugulin, cuja complexidade assistencial foi classificada como cuidados intermediários, e no de Perroca os pacientes avaliados apresentaram escore médio de 27,04, classificados como cuidados

intermediários<sup>(21)</sup>. No presente estudo, escores semelhantes foram encontrados no SCP de Perroca, sendo o escore médio de 26,4 classificados como cuidados intermediários, entretanto, no SCP de Fugulin, o escore médio encontrado foi de 22,67 com a classificação de cuidados mínimos.

Em relação ao sistema de classificação de Perroca, evidenciou-se que 6,6% dos pacientes apresentaram complexidade assistencial de cuidados mínimos, 63,4% de cuidados intermediários, 28,7% de cuidados semi-intensivos e 1,3% foram classificados como cuidados intensivos. Cuidados intensivos não são esperados em uma unidade de internação, no entanto, o perfil clínico da unidade de maior predomínio são pacientes oncológicos (23,5%), os quais podem exigir cuidados mais complexos. Estudo composto por pacientes com câncer de mama internados em uma unidade de oncologia clínica no Rio de Janeiro, encontrou predominância de cuidados semi-intensivos (36,1%) e cuidados intensivos (36,1%) ao utilizar o SCP Perroca<sup>(22)</sup>.

Nas classificações com o SCP Fugulin evidenciou-se que 54,5% dos pacientes apresentaram complexidade assistencial de cuidados mínimos, 26,7% de cuidados intermediários, 17,4% de cuidados de alta dependência, 1,4% de cuidados semi-intensivos e nenhum paciente foi classificado como cuidados intensivos. Pesquisa realizada em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário, também encontrou predominância de pacientes classificados como cuidados mínimos (35,8%) ao utilizar o SCP Fugulin<sup>(23)</sup>.

A Resolução nº 543/2017 do COFEN normatiza os parâmetros de dimensionamento do quantitativo de profissionais. Para o dimensionamento em unidades de internação, o referido documento sugere cinco SCP como instrumentos metodológicos para subsidiar o cálculo do dimensionamento, entre eles, três vinculados a pacientes médico-cirúrgicos, um voltado à clientela pediátrica e outro destinado à psiquiatria<sup>(3)</sup>. Apesar da resolução não distinguir os instrumentos, em nosso estudo foi possível observar diferenças de resultados entre um e outro.

O SCP Fugulin é um instrumento mais objetivo na descrição de seus indicadores dentro de cada área. Além disso, não considera a demanda de tempo e impacto na carga de trabalho da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), do suporte emocional e da educação em saúde. Todas essas atividades demandam tempo da equipe de enfermagem. O Processo de Enfermagem por exemplo, é uma atividade essencial realizada pelo enfermeiro para organização do cuidado. Considerando que o SCP Perroca abrange essas três áreas, é provável que isso esteja relacionado com o maior número de pacientes classificados como cuidados intermediários comparados com os cuidados mínimos predominantes identificados pelo de Fugulin.

Ademais, o SCP Fugulin utiliza a categoria de pacientes de cuidados de alta dependência, a qual não é utilizada pelo SCP Perroca. São considerados de alta dependência os pacientes crônicos, incluindo os de cuidados paliativos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas<sup>(3)</sup>. Neste estudo, 17,4% da amostra foi classificada como alta dependência.

Em vista da não existência do nível de cuidados de alta dependência, é possível que no SCP Perroca pacientes que se enquadram como cuidados de alta dependência sejam classificados diretamente como semi-intensivos. Sendo assim, presume-se que o SCP de Perroca tende a avaliar alguns itens de forma mais rigorosa em comparação ao SCP Fugulin, refletindo em níveis de dependência mais elevados. O COFEN considera que os níveis de cuidados de “alta dependência” e “semi-intensivos” demandam igualmente 10 horas de enfermagem diárias por paciente. No entanto, para a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem é indicada a proporção mínima de 36% enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares para cuidados de alta dependência e 42% enfermeiros e os demais técnicos para cuidados semi-intensivos<sup>(3)</sup>. Logo, a resolução deixa implícito que a existência de níveis de dependência distintos entre os SCP pode ocasionar diferenças durante o processo de dimensionar, principalmente na distribuição entre as categorias profissionais.

Neste estudo, o quadro de profissionais dimensionado de acordo com o preconizado pela normatização específica vigente foi de 17 enfermeiros e 36 técnicos/auxiliares de enfermagem, conforme a classificação de Fugulin. O quadro de pessoal dimensionado pelo SCP Perroca foi de 22 enfermeiros e 45 técnicos/auxiliares de enfermagem. Já o quadro real da unidade conta com 16 enfermeiros e 44 técnicos/auxiliares de enfermagem. Percebe-se que existe um superávit do quadro real em relação ao quadro dimensionado pelo SCP Fugulin, sendo de mais 8 técnicos de enfermagem e um déficit de 1 enfermeiro, o que resultou em 7 profissionais a mais de enfermagem. Já em relação ao quadro dimensionado pelo SCP Perroca foi encontrado um déficit de profissionais quando comparado ao quadro real, sendo de menos 6 enfermeiros e menos 1 técnico/auxiliar de enfermagem, no total 7 profissionais a menos na equipe.

Uma equipe superdimensionada está diretamente relacionada com altos custos institucionais, no entanto, um déficit no dimensionamento de pessoal expõe os trabalhadores a sobrecargas de trabalho. A escassez de pessoal de enfermagem está relacionada com o comprometimento da qualidade e da quantidade de cuidados prestados, além de aumentar o estresse, exaustão e conflito entre os profissionais<sup>(24)</sup>.

Estudo realizado em quatro hospitais públicos no Irã com a participação de 616 enfermeiros, verificou associação significativa entre sobrecarga de trabalho e todos os tipos de

acidentes ocupacionais avaliados<sup>(25)</sup>. Outra problemática é que a falta de enfermeiros faz com que os técnicos e auxiliares de enfermagem auxiliem, ou até mesmo se tornem responsáveis, por atividades que não são de sua competência profissional<sup>(24)</sup>.

Discussões acerca da aplicabilidade dos SCP vem aumentando. Existem diversas atividades de enfermagem que não são sensíveis a aplicação desses instrumentos, o que pode resultar em uma carga de trabalho subestimada<sup>(10)</sup>. Entretanto, o objetivo dos instrumentos é conter as dimensões do cuidado que mais impactam na carga de trabalho da equipe de enfermagem, pois torna-se inviável uma listagem que contemple todas as atividades realizadas pela enfermagem<sup>(12)</sup>. Estudo multicêntrico realizado na Holanda identificou que seis itens determinam a adequação do quadro de pessoal, sendo o enfermeiro capaz de: completar as atividades de cuidado, prestar cuidados de acordo com protocolo ou diretriz, preparar a alta com o paciente e familiares, educar o paciente, poder fazer pausas e orientar estudantes de enfermagem<sup>(26)</sup>. Sendo assim, torna-se necessário refletir que o estudo foi realizado em um hospital universitário que conta com diversos estudantes, de graduação e pós-graduação, supervisionados pelos enfermeiros, uma atividade não contemplada em nenhum dos SCP utilizados.

O estudo teve como principal limitação a falta de dados sobre as ausências e presenças dos trabalhadores da unidade de internação em questão, o que poderia resultar na redefinição do Índice de Segurança Técnica (IST) utilizado. Apesar de não ter sido escopo do estudo, podem ser consideradas como outras limitações a não verificação da preferência sobre qual SCP utilizar e sobre o tempo dispendido para a avaliação com cada um dos instrumentos, o que, somado à análise de acurácia destes e de eventuais outros SCP, merecem ser pontos considerados por estudos futuros a fim de que decisões mais assertivas sobre o planejamento de pessoal de enfermagem possam ser vislumbradas.

Esse é um dos poucos estudos no Brasil comparando sistemas de classificação de pacientes e relacionando o dimensionamento de pessoal de enfermagem. Além disso, o estudo tem como uma de suas principais contribuições, evidências de que avaliações realizadas por SCP distintos divergem em diversos aspectos, o que pode causar impacto direto no quadro de pessoal de enfermagem dimensionado. Ou seja, a escolha do SCP é uma decisão crucial durante o processo de dimensionar. Espera-se que os resultados do estudo sirvam de incentivo para que enfermeiros, pesquisadores e gestores realizem novos estudos sobre a temática e também sejam precursores para a revisão dos procedimentos relacionados ao DPE no Brasil. A partir de um dimensionamento de pessoal de enfermagem adequado à realidade institucional é possível a

prestação de cuidados de enfermagem com maior qualidade e segurança, tanto para o paciente como para o trabalhador, além de propiciar a racionalização dos gastos.

## CONCLUSÃO

A mensuração da carga de trabalho e o dimensionamento do pessoal de enfermagem foram claramente distintos ao se utilizar dois SCP diferentes numa mesma amostra de pacientes. Essa constatação não intenta definir a supremacia de algum instrumento sobre o outro. Ainda assim, esses achados refletem a importância de novas reflexões sobre os SCP e suas limitações. Sugere-se que sejam realizados estudos adicionais de acurácia e espera-se que esses dados sejam considerados nas decisões institucionais e político-profissionais sobre planejamento de pessoal de enfermagem hospitalar.

Tais instrumentos são de fundamental importância para elaboração do quadro de pessoal de enfermagem, afinal uma equipe superdimensionada relaciona-se com altos custos, enquanto que uma equipe com déficit de pessoal está associada à diminuição da segurança e da qualidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Costa JA, Fugulin FMT. Identification of nursing workload in the Sterile Processing Department. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2020 [cited 2022 nov 10];54:e03621. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019004203621>
2. Oliveira JLC, Riboldi CO, Magalhães AMM, Moura GMSS. Gestão de pessoas: recrutamento, seleção, dimensionamento e alocação de pessoal de enfermagem no ambiente hospitalar. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Vale EG, Peruzzo SA, Felli VEA, organizadoras. *PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 10*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2020. p. 69–117.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 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 2022 Nov 01]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)
4. Kochhann DS, Figueiredo AE. Kidney transplant nursing: a comparison of care demand between scales. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2022 nov 10];33:eAPE20180220. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO0220>
5. Magalhães AMM, Costa DG, Riboldi CO, Mergen T, Barbosa AS, Moura GMSS. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2022 nov 10];51:e03255. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016021203255>
6. Bridges J, Griffiths P, Oliver E, Pickering RM. Hospital nurse staffing and staff–patient interactions: an observational study. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2019 [cited 2022 nov 10];28(9):bmjqs-2018-008948. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008948>

7. Çelikkalp Ü, Dilek F. Factors affecting the occupational accident rates among nurses. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [cited 2022 nov 10];53:e03524. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018049703524>
8. Carvalho DP, Rocha LP, Pinho EC, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Goulart LS. Workloads and burnout of nursing workers. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2022 nov 10];72(6):1435-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0659>
9. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* [Internet]. 2014 [cited 2022 nov 10];383(9931):1824–30. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
10. Oliveira JLC, Cucolo DF, Magalhães AMM, Perroca MG. Beyond patient classification: the “hidden” face of nursing workload. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2022 [cited 2022 nov 10];56:e20210533. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0533en>
11. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Patient classification system: identification of the patient care profile at hospitalization units of the UH-USP. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2005 [cited 2022 nov 10];13(1):72–8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100012>
12. Perroca MG. Development and Content Validity of the New Version of a Patient Classification Instrument. *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. 2011 [Cited 2022 nov 10];19(1):58-66. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009>
13. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Lima AFC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P. Gerenciamento de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. 212 p.
14. Moraes RMR, Nishiyama JAP, Bão ACP, Costa FM, Aldabe LN, Oliveira JLC. Sizing of nursing staff in clinical, surgical and pediatric hospitalization units. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 1]; 30:e20200377. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0377>
15. Macedo ABT, Riboldi CO, Silva KS, Mergen T, Echer IC, Souza SBC. Validation of parameters to fill in the Perroca’s patient classification system. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 10];39:e20170241. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170241>.
16. Fernandes CNP, Ximenes MLCC, de Almeida MA. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes atendidos em uma unidade de intercorrência oncológica. *Rev. Cont. Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 19];20(40):5-11. doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.40.5-11>
17. Associação Paulista de Medicina. Manual de Indicadores de Enfermagem. São Paulo: APM [Internet]; 2012 [cited 2022 Nov 9]. 60 p. Available from: [https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/MANUAL\\_FINAL\\_0.pdf](https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/MANUAL_FINAL_0.pdf)
18. Grala APP, Araújo AC, Guerreiro PO. Occupancy rate and average stay in four hospitals in a southern Brazilian municipality. *J Nurs Health* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 9];10(3): e20103001. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/17685/11547>
19. Mayer APC. Impacto nos níveis de eficiência no hospital universitário de Santa Maria: antes e após a contratação da EBSEH. [master’s thesis]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria [Internet]; 2018 [cited 2022 Nov 9]. 150 p. Available from: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/16339>
20. Maldonado RN, Feijó VBER, Balsanelli AP, Ribeiro RP, Rossaneis MA, Haddad MCFL. Indicators of surgical patients after the implementation of an Internal Bed Regulation

- Committee in a university hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 10];55:e03719. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020001903719>
21. Moraes M, Linch GFC, Souza EN. Classification of patients in a traumatology unit. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2022 Nov 10];33(2):52-59. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200009>.
22. Silva LG, Moreira MC. Degree of complexity of the nursing care: hospital readmissions of people with breast cancer. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 10];39:e20180015. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180015>.
23. Siqueira LDC, Santos MC, Calmon ITS, Junior PCS. Dimensionamento de profissionais de Enfermagem da clínica médica de um hospital universitário. *Enferm foco* [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 17];10(4):35–40. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2179>
24. Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of Oncology Unit Nurse Managers on Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Asia Pac J of Oncol Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 10];5(3):327-36. doi: [https://dx.doi.org/10.4103%2Fapjon.apjon\\_6\\_18](https://dx.doi.org/10.4103%2Fapjon.apjon_6_18)
25. Hosseinabadi MB, Khanjani N, Etemadinezhad S, Samaei SE, Raadabadi M, Mostafaei M. The associations of workload, individual and organisational factors on nurses' occupational injuries. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 10];28(5-6):902–11. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14699>
26. Van der Mark CJEM, Kraan J, Hendriks PHJ, Vermeulen H, Oostveen CJ van. Defining adequacy of staffing in general hospital wards: a Delphi study. *BMJ Open* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 10];12(8):e058403. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058403>



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese imbricada neste estudo foi confirmada, uma vez que os resultados atestam diferenças na previsão de pessoal de enfermagem mediada por dois SCP distintos em uma mesma amostra de pacientes. Para tanto, atendendo-se ao objetivo proposto de comparar a carga de trabalho e o dimensionamento de pessoal de enfermagem mensurado por sistemas de classificação de pacientes.

O estudo também traz à tona a importância dos SCP e de uma rotina padronizada para a aplicação desses instrumentos, tendo em vista que o teste piloto realizado, apesar de não ser um resultado oriundo do propósito central da pesquisa, reforçou que existem divergências no entendimento destes instrumentos entre enfermeiros, o que impacta nos resultados desses instrumentos. Neste sentido, emerge a relevância das capacitações entre as equipes que aplicam os instrumentos, além da criação de protocolos para o embasamento dessas práticas.

Os achados do estudo refletem a importância de novas reflexões sobre os SCP e suas limitações, além de reforçar a necessidade de atualizações periódicas desses instrumentos, afinal a clientela hospitalar necessita cada vez mais de cuidados de maior complexidade. Sugere-se que sejam realizados estudos adicionais de acurácia e espera-se que esses dados sejam considerados nas decisões institucionais e político-profissionais sobre o planejamento do pessoal de enfermagem hospitalar.

O SCP além de possuir fundamental importância para elaboração do dimensionamento de pessoal de enfermagem, é também um instrumento que viabiliza uma visita de enfermagem mais sistemática. Isso torna possível um planejamento assistencial individualizado para cada paciente, mas evidentemente não substitui o olhar clínico e crítico do enfermeiro. Esses instrumentos são a base de uma gestão e de uma assistência de enfermagem segura e com qualidade, tanto para os pacientes como para os profissionais da equipe de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

AIKEN, Linda H *et al.* Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. **Lancet Glob Health**, Pennsylvania, v. 9, n. 1, p. 1145-1153, jul. 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00209-6/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00209-6/fulltext#%20). Acesso em: 13 mar. 2022.

ALENCAR, Stéphanie Guedes de; BARBOSA, Silene Ribeiro Miranda; LACERDA, Ione Batista Nunes. Demanda do enfermeiro na clínica médica de um hospital público do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 419-428, jan. 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs\\_artigos/v38\\_3\\_demanda\\_enfermeiro\\_clinica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v38_3_demanda_enfermeiro_clinica.pdf). Acesso em: 18 fev. 2022.

ALGHAMDI, Mohammed G. Nursing workload: a concept analysis. **Journal of Nursing Management**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 449-457, 8 jan. 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12354>. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção I, Brasília, DF, 26 de jun. 1986, p. 8.853 a 8855. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm). Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. **Presidência da República**: Brasília, DF, 14 de ago. 2018. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm). Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 12 de dez. 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html#:~:text=A%20presente%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20incorpora%2C%20sob,comunidade%20cient%C3%ADfica%20e%20ao%20Estado](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html#:~:text=A%20presente%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20incorpora%2C%20sob,comunidade%20cient%C3%ADfica%20e%20ao%20Estado). Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018. Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**: seção I, Brasília, DF, 06 de nov. 2018, p. 1-38. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847). Acesso em: 13 mar. 2022.

COFEN. Resolução COFEN nº 543, de 18 de Abril de 2017. **Conselho federal de enfermagem**: Brasília, DF, 12 de maio de 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html). Acesso em: 13 fev. 2022.

CORDEIRO, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira *et al.* Capital humano na gestão das enfermeiras em hospitais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Salvador, v. 51, n. 1, p. 1-7, fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9f9QwHwJYBGn9W5kwKhynGH/?lang=en>. Acesso em: 13 fev. 2022.

COSTA, Janaína Anchieta; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. Identificação da carga de trabalho da enfermagem em Centro de Material e Esterilização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 1-11, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/m6KwP3Fm94r7479vjPPvXbS/?lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2022.

FELDHAUS, Carine *et al.* Associação entre carga de trabalho e absenteísmo de profissionais de enfermagem de nível médio. **Texto & Contexto Enfermagem**, Cascavel, v. 28, n. 1, p. 1-11, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/sBv69GFvWypqkXbM4S5dfPb/?lang=en>. Acesso em: 8 mar. 2022.

FERREIRA, Victor Hugo Souto *et al.* Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 1-11, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/bNCNmx8B8fZFYWZfCG9WLm/?lang=pt>. Acesso em: 8 mar. 2022.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; KURCGANT, Paulina. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do hu-usp. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 13, p. 72-78, fev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/C5p9kcnnFkxV3Cm3JJfVQjx/?lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2022.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; LIMA, Antônio Fernandes Costa. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, Paulina. **Gerenciamento em Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1-194.

GELBCKE, Francine Lima *et al.* Grau de dependência de pacientes internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário. **Enfermería Global**, Florianópolis, v. 52, n. 1, p. 560-569, out. 2018. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt\\_1695-6141-eg-17-52-550.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-550.pdf). Acesso em: 13 fev. 2022.

HAEGDORENS, Filip *et al.* The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: an observational multicentre study. **Bmc Health Services Research**, Bélgica, v. 19, n. 1, p. 1-9, 21 nov. 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4688-7>. Acesso em: 27 dez. 2022.

KOCHHANN, Daiana Saute; FIGUEIREDO, Ana Elizabeth Prado Lima. Enfermagem no transplante renal: comparação da demanda de cuidado entre escalas. **Acta Paulista de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 1-8, jun. 2020. Disponível em: <https://actaape.org/en/article/kidney-transplant-nursing-a-comparison-of-care-demand-between-scales/>. Acesso em: 13 mar. 2022.

KURCGANT, Paulina; CUNHA, Kathia de Carvalho; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. **Enfoque**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 79-81, 1989.

MACEDO, Andreia Barcelos Teixeira *et al.* Validação de parâmetros para preenchimento do sistema de classificação de pacientes de Perroca. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 1-8, maio 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/zdT583FZ7JCY3hYYtG39StK/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MAGALHÃES, Ana Maria Müller de *et al.* Administração de medicamentos: carga de trabalho de enfermagem e segurança do paciente em unidades clínicas hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 1, n. 72, p. 183-189, fev. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gvCYG77TdpqH4PPxZ6kXj4h/?lang=en>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MAGALHÃES, Ana Maria Müller de *et al.* Associação entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e resultados de segurança do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Porto Alegre, v. 51, n. 1, p. 1-7, maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/fwwPH78zv38rKPTqBNWhBcs/?lang=pt>. Acesso em: 5 mar. 2022.

MAGALHÃES, Ana Maria Muller de; RIBOLDI, Caren de Oliveira; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 4, n. 62, p. 608-612, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/z9Y5q3J8nzFBzJ3WWdcbrHz/?lang=pt>. Acesso em: 5 mar. 2022.

MORAES, Rúbia Marcela Rodrigues *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades de internação clínica, cirúrgica e pediátrica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Cuiabá, v. 30, p. 1-13, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ytkCpBKCVszqwzq3mFh57Rr/?lang=en>. Acesso em: 10 mar. 2022.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de *et al.* Gestão de pessoas: recrutamento, seleção, dimensionamento e alocação de pessoal de enfermagem no ambiente hospitalar. In: Eucléa Gomes; Simone Peruzzo; Vanda Felli. (Org.). **PROENF-Gestão em Enfermagem**. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2020, v. 10, p. 69.

PERROCA, Marcia Galan. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 19, p. 1-9, fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/MpMmzXhPLrtb63zpJ8K85mB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2022.

PERROCA, Marcia Galan; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-168, jan. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/fWd7mDvPcHGJYWTqcCybsvc/?lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2022.

QUADROS, Deise Vacario de *et al.* Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 4, n. 69, p. 684-690, mar. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/vjtMNqKrFKcfzHvQM34YFrb/?lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2022.

ROUQUAYROL, Maria Z.; GURGEL, Marcelo. **Rouquayrol - Epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2017, p. 744. 9786557830000. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830000/>. Acesso em: 19 fev. 2022.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 60, p. 221-224, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tdR5hDyyjjGRqZ8ytgGqHsz/?lang=pt#>. Acesso em: 13 mar. 2022.

SILVA, Francisco Felipe Junior da; MERINO, Eugenio Andrés Díaz. Proposta de gestão do absenteísmo da enfermagem hospitalar: uma revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 30, p. 546-553, out. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/G7CJdZBzpcjf9DhWHMJZM3L/?lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2022.

VANDENBROUCKE, Jan P *et al.* Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. **Plos Medicine**, Leiden, v. 10, n. 4, p. 1628-1654, out. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2020496/>. Acesso em: 2 mar. 2022.

VANDRESEN, Lara *et al.* Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Florianópolis, v. 39, n. 1, p. 1-8, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/rdByqsMjgtThC4mh9BMPzDn/?lang=pt#>. Acesso em: 8 mar. 2022.

VASCONCELOS, Raíssa Ottes *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. **Escola Anna Nery**, Santa Maria, v. 4, n. 21, p. 1-8, ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/yzrw5qGcsgMB6KL5xfwVmPS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022.

VICENTE, Camila *et al.* Dimensionamento de enfermagem em unidade de internação cirúrgica: estudo descritivo. **Cogitare Enfermagem**, Palhoça, v. 26, n. 1, p. 1-11, jan. 2021. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72640/pdf>. Acesso em: 5 mar. 2022.

## ANEXO A - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation
<b>Methods</b>		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses

## ANEXO B - Sistema de Classificação de Pacientes Perroca

<b>1. PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDAR</b>
1 - MANUTENÇÃO DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)
2 - REVISÃO, EM PARTE, DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)
3 - ELABORAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) ENVOLVE PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU REQUER ALOCAÇÃO DE RECURSOS INTRA-INSTITUCIONAIS
4 - ELABORAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) ENVOLVE PARTICIPAÇÃO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL OU REQUER AVALIAÇÃO DE RECURSOS EXTRA-INSTITUCIONAIS
<b>2. INVESTIGAÇÃO E MONITORAMENTO</b>
1 - SINAIS VITAIS (3 VEZES AO DIA); EXAMES DIAGNÓSTICOS SIMPLES (ATÉ 15 MINUTOS); AVALIAÇÃO CLÍNICA; VERIFICAÇÃO DE OUTRAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS; ESCALAS DE MENSURAÇÃO (1 VEZ AO DIA)
2 - SINAIS VITAIS, SATURAÇÃO O <sub>2</sub> (3 X AO DIA), DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS (ATÉ 3 X AO DIA); AUXÍLIO EM EXAMES DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS MÉDIA COMPLEXIDADE (15-30MIN); ESCALAS DE MENSURAÇÃO 2- 3X DIA
3 - SINAIS VITAIS, SATURAÇÃO, PAM, ESCALAS DE MENSURAÇÃO (4-6 X AO DIA); DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS (4-6 X AO DIA); AUXÍLIO EM EXAMES DIAG. E TERAPÊUTICOS MÉDIA COMPLEX (30-50 MIN); ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
4 - SINAIS VITAIS, SATURAÇÃO O <sub>2</sub> , PIC, ESCALAS DE MENSURAÇÃO (> 6X DIA); CUIDADOS COM TUBO ENDOTRAQUEAL E VENTILAÇÃO MECÂNICA; AUXÍLIO EM EXAMES DIAG. E TERAP. EX. HEMODIÁLISE SWAN-GANZ (> 50 MIN). PCR.
<b>3. CUIDADO CORPORAL E ELIMINAÇÕES</b>
1- AUTO SUFICIENTE
2- REQUER ORIENTAÇÃO E/OU SUPERVISÃO E/OU AUXÍLIO DE ENFERMAGEM PARA VESTIR-SE OU DESLOCAR-SE PARA TOALETE, BANHO DE CHUVEIRO, HIGIENE ORAL, CONTROLE DAS ELIMINAÇÕES, TRICOTOMIA E HIGIENE PÓS-OPERATÓRIO
3- ATUAÇÃO P HIGIENE PESSOAL E MEDIDAS DE CONFORTO (ATÉ 6X DIA): USO DE COMADRE/PAPAGAIO, TROCA DE FRALDA, ABSORVENTE, ESVAZIAMENTO E/OU TROCA DE BOLSA COLETORA, CONT. CATETER, DRENOS, DISP. URINÁ/ESTOMAS
4- ATUAÇÃO P HIGIENE PESSOAL E MEDIDAS DE CONFORTO (> 6 X DIA): USO DE COMADRES/PAPAGAIO, TROCA DE FRALDA, ABSORVENTE, ESVAZIAMENTO BOLSA COLETORA, CONT. DE CATETER, DRENOS, DISP. URINÁRIO/ESTOMAS
<b>4. CUIDADO PELE E MUCOSAS</b>
1- ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE LESÕES DE PELE
2- MEDIDAS PREVENTIVAS DE LESÕES DE PELE (MASSAGENS, APLICAÇÃO DE LOÇÕES) ATÉ 3 VEZES AO DIA; TROCA DE CURATIVO DE PEQUENA COMPLEXIDADE TÉCNICA EM UMA OU MAIS ÁREAS DO CORPO (1X DIA).
3- MEDIDAS PREVENTIVAS DE LP (4-6 VEZES AO DIA); TROCA DE CURATIVO PEQUENA OU MÉDIA COMPLEXIDADE TÉCNICA EM UMA OU MAIS ÁREAS DO CORPO (2-3 VEZES AO DIA); MUDANÇA DE DECÚBITO (ATÉ 6X DIA)

4- MEDIDAS PREVENTIVAS DE LP (>6X DIA); TROCA DE CURATIVO DE MÉDIA COMPLEXIDADE TÉCNICA EM UMA OU MAIS ÁREAS DO CORPO (MAIS 3X DIA) OU DE ALTA COMPLEXIDADE TÉCNICA (1X DIA); MUDANÇA DE DECÚBITO (MAIS 6X DIA)

### 5. NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

1- AUTO-SUFICIENTE

2- REQUER ORIENTAÇÃO E/OU SUPERVISÃO E/OU AUXÍLIO DE ENFERMAGEM PARA ALIMENTAR-SE E/OU INGERIR LÍQUIDOS CONTROLE HÍDRICO

3- REQUER ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM (FAZER) PARA ALIMENTAR-SE E INGERIR LÍQUIDOS E/OU ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA (SNG) OU NASOENTERAL OU ESTOMA (ATÉ 6 VEZES AO DIA)

4- ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA ALIMENTAR-SE E INGERIR LÍQ. E/OU ALIMENTAÇÃO POR SNG OU SNE OU ESTOMA + DE 6X/DIA; PARA MANIPULAÇÃO DE CATETERES PERIFÉRICOS OU CENTRAIS PARA NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

### 6. LOCOMOÇÃO E ATIVIDADE

1- AUTO-SUFICIENTE

2- AUXÍLIO P/ DEAMBULAÇÃO E/OU ENCORAJAMENTO, ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO P/ MOVIMENTAÇÃO DE SEGM CORPORAIS, DEAMBULAÇÃO OU USO DE ARTEFATOS (ÓRTESES, PRÓTESES, MULETAS, BENGALAS, CAD. DE RODAS, ANDADORES)

3- ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM P/ DEAMBULAR ATÉ 2x DIA; PASSAR DA CAMA P/ CADEIRA E VICE-VERSA C/ AUXÍLIO DE 2 PESSOAS, TREINO P/ DEAMBULAR E P/ ATIVIDADES DIÁRIAS. TRANSPORTE INTERNO PELA ENFERMAGEM.

4- AUXÍLIO DA ENFERMAGEM P/ DEAMBULAR MAIS DE 2X DIA: PASSAGEM DA CAMA P/ CADEIRA E VICE-VERSA COM AUXÍLIO DE MAIS DE 2 PESSOAS, TRANSPORTE P/ FORA DA UNIDADE COM ACOMPANHAMENTO DA ENFERMAGEM

### 7. TERAPÊUTICA

1- REQUER MEDICAÇÃO (1-3 VEZES AO DIA); COLOCAÇÃO E TROCA DE INFUSÕES (1-2 VEZES AO DIA) (1)

2- REQUER MEDICAÇÃO (4 VEZES AO DIA); COLOCAÇÃO E TROCA DE INFUSÕES (3-4 VEZES AO DIA); CUIDADOS COM SNG, SNE OU ESTOMA; OXIGENIOTERAPIA

3- MEDICAÇÃO 6X/DIA; COLOCAÇÃO E TROCA DE INFUSÕES 5-6X/DIA; MEDICAÇÃO P/EXAM. DIAG. E/OU CIRUR.CUIDADOS COM/CATETER PERIFÉRICO; HEMODERIVADOS, AGENTES CITOSTÁTICOS OU EXPANSORES PLASMÁTICOS; DIÁ.PERITONEAL

4- MEDICAÇÃO 2/2H OU 1/1H; COLOCAÇÃO E TROCA DE INFUSÕES (<6X/DIA) USO DE DROGAS VASOATIVAS OU OUTRAS QUE EXIGEM MAIORES CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO; CUIDADOS COM CATETER EPIDURAL E CENTRAL; HEMODIÁLISE.

### 8. SUPORTE EMOCIONAL

1- PACIENTE/FAMÍLIA REQUER SUPORTE ATRAVÉS DE CONVERSAÇÃO DEVIDO A PREOCUPAÇÕES COTIDIANAS OU COM RELAÇÃO À DOENÇA, TRATAMENTO E HOSPITALIZAÇÃO

2- PACIENTE/FAMÍLIA REQUER SUPORTE ATRAVÉS DE CONVERSAÇÃO DEVIDO À PRESENÇA DE ANSIEDADE, ANGÚSTIA OU QUEIXAS E SOLICITAÇÕES CONTÍNUAS

3- PACIENTE/FAMÍLIA REQUER CONVERSAÇÃO E SUPORTE PSICOLÓGICO DEVIDO À PRESENÇA DE APATIA, DESESPERANÇA, DIMINUIÇÃO DO INTERESSE POR ATIVIDADES OU AUMENTO DA FREQUÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE



4- PACIENTE/FAMÍLIA REQUER REITERADAS CONVERSAÇÃO E APOIO PSICOLÓGICO, RECUSA CUIDADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS

## **9. EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

1- ORIENTAÇÕES AO PACIENTE/FAMÍLIA NA ADMISSÃO

2- ORIENTAÇÕES AO PACIENTE/FAMÍLIA NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO, PROCEDIMENTOS, RESULTADOS DE TESTES, ORIENTAÇÃO PARA ALTA

3- ORIENTAÇÃO: PACIENTE/FAMÍLIA C/ PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO E/OU RESISTENTE ÀS INFORMAÇÕES. PROVENIENTE DE OUTRAS CULTURAS; C/ DIFICULDADE DE COMPREENSÃO; MANEJO DE EQUIPAMENTOS E/OU MATERIAIS ESPECIAIS

4- ORIENTAÇÕES AO PACIENTE/FAMÍLIA SOBRE AUTOCUIDADO, TREINO PARA MANEJO DE EQUIPAMENTOS E/OU MATERIAIS ESPECIAIS EM CASA E REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS (CURATIVOS, DIÁLISE PERITONEAL, ETC)

## ANEXO C - Sistema de Classificação de Pacientes Fuginin

Tabela 1 - Instrumento de classificação de pacientes de Fuginin et al. <sup>(6)</sup>, modificado conforme sugestão das enfermeiras do HU-USP. São Paulo, 2002

ÁREA DE CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
<b>Estado Mental</b>	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
<b>Oxigenação</b>	Ventilação mecânica (uso de ventilador)	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
<b>Sinais vitais</b>	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
<b>Motilidade</b>	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimentação todos os segmentos corporais
<b>Deambulação</b>	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
<b>Alimentação</b>	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Auto-suficiente
<b>Cuidado corporal</b>	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto-suficiente
<b>Eliminação</b>	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto-suficiente
<b>Terapêutica</b>	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA	EV contínua ou através de sonda nasogástrica	EV intermitente	IM ou VO

**ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL - HCPA  
UFRGS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** GESTÃO DA QUALIDADE E DE RECURSOS HUMANOS NO AMBIENTE HOSPITALAR: MÉTRICAS, MÉTODOS E SUBJETIVIDADES

**Pesquisador:** João Lucas Campos de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 47595221.5.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.932.314

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Agosto de 2021

---

**Assinado por:**  
**Têmis Maria Félix**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

**Bairro:** Santa Cecília

**CEP:** 90.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3359-7640

**Fax:** (51)3359-7640

**E-mail:** cep@hcpa.edu.br

## **ANEXO E - Normas para submissão à Revista da Escola de Enfermagem da USP**

As normas editoriais da revista podem ser acessadas através do link:  
<http://www.ee.usp.br/site/Index.php/paginas/mostrar/1420/2094/147>

### **Instruções aos Autores**

O manuscrito pode ser submetido nos idiomas português, inglês ou espanhol e ser destinado exclusivamente à REEUSP. Não é permitida a apresentação simultânea do manuscrito a outro periódico, parcial ou integralmente.

A submissão deve ser feita online no sistema ScholarOne, acompanhada de uma carta ao Editor Científico, destacando os avanços e as contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática. Adicionalmente, deve informar os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para submissão.

Todos os autores devem associar o número de registro no ORCID a seu perfil no ScholarOne e informá-lo no momento da submissão.

Não há limite no número de autores, mas as pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo. O International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) recomenda que a autoria seja baseada em contribuições substanciais:

- a) na concepção ou desenho do trabalho;
- b) na coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) na redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) na aprovação final da versão a ser publicada.

Desta forma, na submissão do manuscrito, os nomes dos autores devem ser escritos por extenso, informar detalhadamente sua contribuição, assinar e enviar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

Caso haja algum conflito de interesse, os autores devem informar no momento da submissão.

Os autores devem indicar quatro possíveis pareceristas para a avaliação do manuscrito. Estes deverão ser obrigatoriamente doutores, que possam ser localizados na Plataforma Lattes de acordo com a temática do manuscrito, não devem ter conflito de interesses e não devem pertencer às instituições de quaisquer dos autores. Os nomes podem ser acatados ou não pelos Editores Associados.

A REEUSP solicita o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO e da Declaração de Disponibilidade de Dados que devem ser anexados obrigatoriamente ao sistema ScholarOne como arquivos complementares para avaliação dos revisores.

Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Diversos repositórios de Acesso Aberto estão disponíveis, tais como: SciELO Data, Repositório de Dados Científicos da USP e Harvard Dataverse.

O autor deve informar à REEUSP o número DOI atribuído aos dados de pesquisa e/ou ao preprint e o nome do servidor onde foi depositado. O material deve obedecer a licença Creative Commons para compartilhamento de dados e ser citado como Material Complementar após a seção “Conclusão” ou “Considerações Finais” do manuscrito.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos é necessário o envio de cópia da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em conformidade com as normativas e as regulações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Nas pesquisas envolvendo animais, exige-se a aprovação do Comitê de Ética no Uso de Animais.

O manuscrito aprovado deve ser revisado por um profissional credenciado pela REEUSP e traduzido para o inglês, caso o idioma original seja português ou espanhol.

## **Estrutura e Preparo do Manuscrito**

**(As instruções destacadas em CINZA devem ser deletadas e substituídas pelo texto do manuscrito)**

**TIPO DE PUBLICAÇÃO**

**Título no idioma do manuscrito, até 16 palavras: fonte 12, caixa alta apenas no início do título e substantivos próprios**

**RESUMO** (Somente no idioma do artigo, até 1.290 caracteres com espaço ou 170 palavras.)

**Objetivo:** Iniciar texto com verbo no infinitivo. **Método:** Digitar o texto. **Resultados:** Digitar o texto. **Conclusão:** Digitar o texto. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro (RBEC) no final do resumo. Estudos Teóricos não precisam seguir esta estrutura, utilizar Considerações Finais ao invés de Conclusão.

**DESCRITORES:** Três a cinco descritores em PORTUGUÊS, extraídos do DeCS (<https://decs.bvsalud.org>) ou MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). Separar por ponto e vírgula e com iniciais em letra maiúscula.

## **INTRODUÇÃO**

Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

O formato do arquivo deverá ser .doc ou .docx (MS Word), ortografia oficial em tamanho A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte Times New Roman, tamanho 12, inclusive nas tabelas. Não dividir o texto em seções indicadas por letras ou números. Ex.: a), b-, 1., 2-, 3). Evitar subtítulos e, quando indispensáveis, iniciar em maiúscula e em itálico. Verificar as normas quanto à utilização de siglas e abreviações, que devem ser restritas ao mínimo possível. Devem ser citadas por extenso na primeira vez em que aparecerem no texto e não devem ser usadas no título e no resumo.

Os Objetivos devem ser colocados no final da Introdução, destacando a lacuna do conhecimento na área estudada. Estabelecer a questão principal e as eventuais hipóteses a serem testadas.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome de autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: <sup>(1-4)</sup>; quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: <sup>(1-2,4)</sup>.

Citações diretas devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

## **MÉTODO**

*Destacar os subtítulos em itálico.*

Seguir os guidelines indicados nas Instruções aos Autores, conforme o tipo de artigo.

Subdividir a seção em tópicos: *Tipo ou Desenho do estudo, Local, População e Critérios de seleção, Definição da amostra ou cálculo do tamanho da amostra* (se for o caso), como foi realizada a *Coleta de dados* ou o protocolo do estudo, *Análise e tratamento dos dados* e *Aspectos éticos*.

Quando a pesquisa envolver seres humanos, indicar se o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e informar o número do parecer. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ter sido feita previamente ao início da pesquisa. O documento do CEP deve ser enviado no momento da submissão do manuscrito no campo correspondente.

Material suplementar: conforme preconizado pela Ciência Aberta, indicar o(s) link(s) do(s) repositório(s) no(s) qual(is) os dados de pesquisa foram depositados.

## **RESULTADOS**

*Os Subtítulos (se houver) devem estar em itálico*

O número de participantes da pesquisa faz parte dos resultados.

Apresentar a descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários.

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

Para facilitar a compreensão, o manuscrito pode conter tabelas, quadros e figuras. O texto deve destacar ou complementar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras.

*Elementos gráficos*

Para Tabelas ou Quadros, informar a fonte quando não forem elaborados pelos autores. Inserir no corpo do manuscrito no máximo cinco, entre Tabelas, Quadros ou Figuras.

Nos títulos das Tabelas devem constar a cidade, a sigla do estado, o país e o ano da coleta dos dados.

Para Figuras, inserir o título abaixo da imagem.

Gráficos, fluxogramas ou similares devem ser editáveis em formato vetorial. Fotos, imagens e similares devem ter resolução de 300 DPI, podem ser coloridos e devem estar legíveis.

Atenção às abreviações. Em títulos de figuras e subtítulos as abreviações devem estar por extenso. Abreviações utilizadas nas tabelas e figuras devem ser informadas em nota.

## **DISCUSSÃO**

*Subtítulos (se houver) devem estar em itálico.*

A Discussão sempre deve ser apresentada separada dos Resultados. Deve se restringir aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais.

Apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

**CONCLUSÃO ou CONSIDERAÇÕES FINAIS** (no caso de Estudo Teórico).

Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos Resultados e na Discussão.

Não incluir citações nesta seção.

## REFERÊNCIAS

1. Seguir as recomendações do estilo Vancouver, conforme orientações disponíveis nas Instruções aos Autores (IA).
2. A lista apresentada nas Referências deve ser numerada de acordo com a sequência em que forem citadas no texto.
3. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com a *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/journals/online.html>).
4. Seguir o formato de numeração indicado ao lado esquerdo desta seção.
5. Criar uma lista numerada.
6. Citar no máximo de 30 referências, exceto em estudos de revisão.
7. Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles indexados em bases de dados internacionais. Dentre os citáveis, permite-se 15% de autocitação.
8. Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (dos últimos 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação e a concentração de citações de um mesmo periódico.
9. Utilizar espaçamento simples e fonte tamanho 12.
10. Verificar se há referências repetidas.
11. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.
12. Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.
13. Informar o link de acesso ou DOI.
14. Desabilitar macros ativas (ex. *Mendeley*, *Endnote* etc.). Elas devem estar livres para a normalização.