

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA

IARA GEVILA LIMA DA SILVA

**DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE  
DE  
CLÍNICA MÉDICA**

DISTRITO FEDERAL  
2014

IARA GEVILA LIMA DA SILVA

**DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE  
DE  
CLÍNICA MÉDICA**

Trabalho de conclusão apresentado na Universidade de  
Brasília - Faculdade de Ceilândia no curso de  
Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. MS. Anna Carolina Faleiros Martins

DISTRITO FEDERAL

2014

Autorizo a reprodução e divulgação parcial desse trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que cite a fonte.

Lima, Iara Gevila.

Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de clínica médica/ Iara Gevila Lima. Brasília: [s.n], 2014. 53.f.: il

Monografia (graduação) - Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2014.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> MS Anna Carolina Faleiros Martins.

1. Recursos humanos. 2. Dimensionamento de pessoal. 3.Carga de trabalho.

I. Lima, Iara Gevila.

II. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de clínica médica.

LIMA, Iara Gevila.

Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de clínica médica.

Monografia apresentada à Faculdade Ceilândia  
da Universidade de Brasília como requisito  
parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

---

Profa

.Msc. Anna Carolina Faleiros Martins

---

Profa

.Msc. Luciano Ramos de Lima

---

Profa

.Msc. Tayse Tâmara da Paixão Duarte

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho*

*Aos meus familiares, amigos e colegas, com amor e gratidão por serem  
pacientes, compreensivos e fonte de motivação*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe, Gilsânia, meu pai, Antônio, meus irmãos, Lara e João, minha avó, Josefa, minha tia, Gilvânia, e a todos meus familiares pela confiança e incentivo.

À Prof. Anna Carolina, braço amigo, que me conduziu nesse período com considerações fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos meus amigos e colegas, pela força, pela torcida e apoio durante essa jornada.

À Universidade de Brasília, todo o corpo docente de enfermagem e demais professores que contribuíram ao longo dessa jornada, pela dedicação, contribuição e inspiração.

Aos meus amigos, Luís Carlos e Mariana, pelo auxílio durante o estudo, momentos de aprendizagem, e contribuição.

A toda a equipe da clínica médica pela disponibilidade, colaboração e profissionalismo no período da coleta de dados.

A enfermeira Maria Lopes, pelo entusiasmo, incentivo e colaboração.

LIMA, I.G. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de clínica médica**. 2014. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2014

## RESUMO

**Objetivos:** Identificar e avaliar o dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade de Clínica Médica de um hospital público do Distrito Federal, utilizando como referência a Resolução COFEN nº 293/2004. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, descritiva, de caráter exploratório. Os dados foram coletados durante um período de 30 dias típicos, de setembro a outubro de 2014. Foram classificados, quanto ao tipo de cuidado, todos os pacientes internados. Realizou-se o cálculo de quantitativo de pessoal, obtendo como base, a Resolução COFEN nº 293/2004. **Resultados:** A partir da classificação dos pacientes, constatou-se que, durante o período analisado, em média, 13% dos pacientes exigem cuidados mínimos, 19% cuidados intermediários, 66% cuidados semi-intensivos e 0,2% cuidados intensivos, prevalecendo pacientes que necessitam de cuidados semi-intensivos. No que diz respeito à carga horária de cuidado de enfermagem demandada por cada paciente, a Resolução COFEN nº 293/2004, estabelece que deve ser considerado o perfil de cuidados de maior prevalência. Os resultados obtidos por meio do dimensionamento de pessoal da clínica foram comparados com os preconizados pela Resolução COFEN nº 293/2004. Percebeu-se que devem existir 20 enfermeiros e 27 técnicos de enfermagem diariamente. Todavia, a clínica médica dispunha de apenas 6 enfermeiros assistenciais e 22 técnicos de enfermagem. **Conclusão:** Considerando que foi utilizado o percentual de enfermeiros e técnicos de enfermagem mínimo preconizado pela resolução, o estudo aponta um déficit no quadro de profissionais de enfermagem da unidade, influenciando diretamente, qualidade de cuidado prestado e saúde ocupacional dos profissionais.

**Palavras-chave:** Recursos humanos, carga de trabalho, dimensionamento de pessoal, enfermagem.

LIMA, I.G. **Size of the nursing staff in a medical unit.** 2014. 54f. Completion of course work (College of Nursing) - University of Brasilia, Faculty of Ceilândia, Brasília, 2014

### **ABSTRACT**

**Objectives:** To identify and assess the size of the nursing staff in a unit of Clinical Medicine of a public hospital in the Federal District, with reference to Resolution No. 293/2004 COFEN. **Methodology:** quantitative, descriptive, exploratory search. Data were collected during typical 20 days, Monday to Friday. All patients were classified, by consulting the records. The calculation of quantitative personnel took place, obtaining as a basis, the Resolution No. 293/2004 COFEN. **Results:** From the SCP, it was found that during the period analyzed, on average, 13% of patients require minimal care, intermediate care 19%, 66% semi-intensive care and critical care 0.35%, whichever patients require semi-intensive care. Regarding the workload of nursing care per patient considered the COFEN Resolution No. 293/2004 provides that the profile should be considered care most prevalent. The results obtained through the sizing clinic staff were compared with those recommended by Resolution No. 293/2004 COFEN. From the SCP should be 20 nurses and 24 nursing technicians in 24 hours. However, the medical clinic had only 6 assistant nurses and 16 nursing technicians. **Conclusion:** Considering that the percentage of nurses and nursing minimum recommended by the resolution capability, the study indicates a deficit in the context of professional nursing unit, directly influencing the quality of care provided, and occupational health professionals.

**Keyword:** Nursing staff at the hospital, workload, staff sizing, nursinh.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes internados na clínica médica segundo sexo, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014 .....	27
Tabela 2 – Caracterização dos pacientes internados na clínica médica segundo faixa etária por sexo feminino, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014 .....	27
Tabela 3 – Caracterização dos pacientes internados na clínica médica segundo faixa etária por sexo masculino, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014. ....	28
Tabela 4 – Média de Permanência, Média de Pacientes-dia e Taxa de Ocupação (%), no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014.....	29
Tabela 5 – Média de pacientes internados, altas e admissões, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014.....	30
Tabela 6 - Classificação de pacientes por tipo de cuidado, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014 .....	30
Tabela 7 – Distribuição média e percentual de pacientes por tipo de cuidado, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014. ....	31
Tabela 8 - Dimensionamento de pessoal segundo a Resolução COFEN nº293 /2004, período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014. ....	33
Tabela 9 - Média e desvio padrão de profissionais de enfermagem, período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014.....	35
Tabela 10 - Quantidade de profissionais existentes na clínica e a quantidade de profissionais dimensionados, período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014 .....	36
Tabela 11 - Projeção de quantitativo de profissionais de enfermagem por turno .....	36

## LISTA DE SIGLAS

SCP	- Sistema de Classificação de Pacientes	8
THE	- Total de Horas de Enfermagem	19
QP	- Quantidade de Profissionais	19
NAS	- Nursing Activities Score	19
KM	- Constante Marinho	23
UI	- Unidade de Internação	23
DS	- Dias da Semana	24
JST	- Jornada Semanal Trabalhada	24
IST	- Índice de Segurança de Trabalho	24
DTS	- Dias Trabalhados na Semana	24
PCM	- Pacientes de Cuidados Mínimos	24
PCI	- Pacientes de Cuidados Intermediários	24
PCSI	- Pacientes de Cuidados Semi-intensivos	24
PCInt	- Pacientes de Cuidados Intensivos	24
C.H. PCM	- Carga Horária de Pacientes de Cuidados Mínimos	34
C.H.PCI	- Carga Horária de Pacientes de Cuidados Intermediários	34
C.H.PCSM	- Carga Horária de Pacientes de Cuidados Semi-intensivos	34
C.H.PCInt.	- Carga Horária de Pacientes de Cuidados Intensivos	34

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Definição de tipo de cuidado a partir da pontuação obtida por cada paciente avaliado, segundo Instrumento de SCP de Fugulin, 2002. ....21
- Quadro 2 - Quantitativo mínimo e máximo de profissionais necessários para prestar assistência aos pacientes, segundo Resolução COFEN N° 293/2004.....22
- Quadro 3 - Horas de enfermagem por paciente de acordo com tipo de cuidado e distribuição de pessoal de enfermagem, segundo Resolução Cofen N° 293/2004. ...24

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVO.....	10
2.1	Objetivos específicos.....	10
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1	Sistematização da assistência de enfermagem.....	11
3.2	Gerenciamento em enfermagem.....	13
3.3	Dimensionamento de pessoal de enfermagem.....	14
4	Metodologia.....	16
4.1	Tipo de estudo.....	16
4.2	Local de estudo.....	16
4.3	População amostral.....	18
4.4	Coleta de dados.....	18
4.5	Gerenciamento de leitos.....	18
4.6	Classificação dos pacientes de acordo com grau de dependência.....	19
4.7	Classificação dos pacientes – Instrumento da <i>Fugulin</i> .....	19
4.8	Quantitativo de pessoal de enfermagem.....	23
4.9	Quantitativo de profissionais que serão dimensionados por categoria.....	24
4.10	IST - Índice de Segurança Técnica.....	25
4.11	Análise de dados.....	25
4.12	Aspectos éticos da pesquisa.....	26
5	RESULTADOS.....	26
5.1	Caracterização do perfil de pacientes internados em uma unidade de clínica médica.....	26
5.2	Gerenciamento de Leitos.....	29
5.3	Classificação dos pacientes de acordo grau de dependência.....	30

5.4	Aplicação do cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem .....	32
6	DISCUSSÃO .....	37
7	Conclusão.....	42
8	Referências.....	44

## 1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a melhoria da qualidade na assistência de enfermagem é um ponto imprescindível no aprimoramento das ações de saúde promovidas e executadas pela equipe de enfermagem. Sabe-se hoje que, para a obtenção da eficácia do cuidado em enfermagem é necessário a integração dos processos de trabalho de cuidar, gerenciar, ensinar e pesquisar. Segundo Felli e Peduzzi, (2005), a gerência configura uma ferramenta essencial no processo de “cuidar”, composta de elementos constituintes como o planejamento, a coordenação, a organização e o controle, obtém-se como meta recursos humanos suficientemente adequados, quantitativa e qualitativamente, e integrados com a finalidade do desenvolvimento da atenção à saúde, evidenciada na proteção, prevenção, reabilitação e promoção da saúde do indivíduo.

Para realização das ações de saúde é imprescindível o ajuste dos recursos humanos a fim de suprir as demandas da assistência de enfermagem considerando-se as ações que serão realizadas, o nível de complexidade dessas, a necessidade de qualificação técnica específica, os níveis de dependência e cuidados necessários, a tecnologia requisitada, os recursos técnicos e materiais disponíveis, as características de ordem técnica, científica e pessoal dos trabalhadores entre outros aspectos (CHENSO; HADDAD; et al., 2004).

O dimensionamento de pessoal da enfermagem é preconizado a partir de diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem, que compõe a resolução COFEN nº 293/2004. A resolução COFEN nº 293/2004 indica parâmetros sobre o mínimo de profissionais de enfermagem, de nível de escolaridade médio e superior, para cobertura assistencial nas instituições de saúde, levando em consideração aspectos relativos a empresa, ao serviço de enfermagem, aos pacientes e tendo como base o sistema de classificação de pacientes (SCP). O SCP é o principal instrumento na prática gerencial de enfermagem, considerado inicial no cálculo de pessoal, subsidiando o processo de tomada de decisão em relação a administração dos recursos humanos; aos custos relativos ao processo de cuidar, o acompanhamento da produtividade, à organização dos serviços.

Atualmente busca-se cada vez mais aprimorar os modelos que visem a organização dos recursos humanos na assistência da enfermagem, utilizando-se de

instrumentos práticos, eficientes e rápidos os quais alcancem resultados quanto a assistência que está sendo prestada, ao paciente, ao ambiente e direcionem o dimensionamento de pessoal do local.

Nesse contexto um importante e prático instrumento é o Sistema de Classificação de Pacientes de *Fugulin* (2002) o qual é utilizado para avaliar as necessidades de cuidado de Enfermagem dos pacientes, e assim calcular o número e a qualificação (proporção das categorias profissionais dessa área), necessários ao processo de cuidar na Unidade de Clínica Médica.

A análise conjunta dos dados obtidos a partir desse Sistema de Classificação de Pacientes de *Fugulin* (2002), possibilita uma real visão sobre os recursos humanos disponíveis na Clínica Médica e possibilita o cálculo do número e qualificação de funcionários necessários diante o contexto do ambiente organizacional da Unidade.

O enfermeiro é responsável pela organização e coordenação da equipe de enfermagem, sendo a utilização de instrumentos, práticos, de Classificação de Pacientes que visem subsidiar o dimensionamento de pessoal imprescindíveis para a otimização do serviço e qualidade da assistência. O dimensionamento de pessoal auxilia o planejamento com o objetivo de haver profissionais de enfermagem adequados quantitativamente para a assistência do cuidado, buscando sempre melhorar o serviço prestado, com a finalidade de não haver sobrecarga de trabalho para os profissionais, conhecimento adequado acerca do trabalho desenvolvido na unidade e especialmente alcançando aspectos que influenciem na qualidade de vida do paciente.

A relevância do tema evidencia-se também na necessidade de impulsionar a integração tecnológica na área da saúde, a fim de utilizar-se de ferramentas que possibilitem uma maior eficácia no processo de planejamento da enfermagem. Vivemos hoje em um mundo globalizado e informatizado onde há cada vez mais a necessidade de integrar a informática no setor da saúde.

Nesse contexto este estudo visa a partir de um instrumento informatizado realizar o dimensionamento de pessoal em uma Unidade de Clínica Médica com o intuito de auxiliar na melhoria do serviço no local e incentivar os profissionais da Unidade acerca da importância do dimensionamento de pessoal e a fundamental

necessidade de manter-se atualizado sobre meios que auxiliem o processo gerencial.

## **2 OBJETIVO**

Avaliar o dimensionamento de pessoal da Clínica Médica de um hospital público do Distrito Federal, por meio do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) de *Fugulin*.

### **2.1 Objetivos específicos**

- Caracterizar o quadro atual de funcionários de enfermagem diários na Unidade.
- Classificar os pacientes assistidos segundo Instrumento de Classificação de Pacientes (SCP) de *Fugulin*.
- Realizar a projeção do dimensionamento de pessoal na Unidade, a partir dos dados obtidos e com base na COFEN nº 293/2004.
- Avaliar a adequação no quantitativo de profissionais de acordo com os parâmetros da Resolução COFEN nº 293/2004.



### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Sistematização da assistência de enfermagem**

Na enfermagem o cuidar é o elemento central da profissão que objetiva o bem-estar e a saúde dos pacientes. Neste contexto, são necessárias diversas ações dinâmicas, complementares e inter-relacionadas que se constituem no processo de trabalho em enfermagem (GARCIA; NOBREGA, 2009). A sistematização da assistência da enfermagem é uma metodologia de organização, planejamento, execução e avaliação de ações sistematizadas do cuidado, com base em princípios científicos, observando e identificando situações de saúde, doença e as necessidades de cuidado de enfermagem.

A ampliação desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem no Brasil sempre esteve envolvido na contextualização nos caminhos traçados para a profissionalização da enfermagem. Nas décadas de 1960 e 1970, a saúde era refletida em interesses que privilegiavam a prática médico hospitalar curativa, individual e especializada e a assistência previdenciária, ocasionando a questão da expansão, direcionando o mercado de trabalho e o ensino de enfermagem para a área hospitalar (KLETEMBERG, 2004). A partir desse período deu-se a expansão hospitalar, com ênfase nas práticas curativas, da procura pela valorização profissional, que se inseriu o planejamento da assistência, buscando o embasamento científico no processo de trabalho do enfermeiro

Neste período de expansão hospitalar também houve a caracterização dos esforços da enfermagem em validar o seu processo de trabalho o que resultou na aprovação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986). Esta lei regulamentou a consulta e prescrição de enfermagem como atribuições privativas do enfermeiro, estabeleceu também a divisão entre as atividades exercidas pelos profissionais da Enfermagem. Nesse contexto esperou-se evidenciar no contexto histórico e social do Brasil, a legitimação do exercício profissional que se deu a partir das demandas econômicas, sociais e políticas com pouca visibilidade da sociedade usuária deste atendimento de enfermagem e da enfermeira, profissional que presta este atendimento.

O processo de cuidar em enfermagem engloba a avaliação do paciente (histórico de enfermagem, anamnese, exame físico), a definição de diagnósticos de enfermagem e no planejamento de metas e cuidados de enfermagem, sendo uma ciência que realiza ações que visam manter a promoção de saúde e prevenção de doenças, reabilitação, valorizando assim suas necessidades humanas básicas (HORTA, 1979).

O processo de enfermagem é composto por cinco etapas relacionadas entre si:

- Investigação
- Diagnóstico
- Planejamento
- Implementação
- Avaliação

As etapas são relacionadas entre si pois cada etapa depende subsequentemente da outra. A utilização o processo de enfermagem visa englobar vários aspectos benéficos ao paciente como; promover a saúde, criar um plano eficaz de cuidados e que englobe um cuidado integral, reduzir a incidência e o tempo de internações hospitalares, reduzir os custos, dinamizar a comunicação entre a equipe

A complexidade da sistematização da enfermagem envolve todo processo fisiopatológico, situação psicoemocional, situações-problema sócio familiares, fatores ambientais, sociais os quais interferem e repercutem na prática assistencial e gerencial da sistematização da enfermagem (QUELUCI; FIGUEIREDO, 2010)

Sistematizar, segundo Aurélio (2004), significa organizar; correlacionar elementos em uma ordem com concatenação lógica. Na enfermagem a sistematização das ações e dos métodos contribui para a organização do processo, visando alcançar resultados. O cuidado é o foco da prática da Enfermagem (WATSON, 1988) e é por meio dele que os profissionais exercem ações em prol do atendimento às necessidades de saúde de indivíduos e comunidades.

A estrutura organizacional hospitalar, interfere diretamente na assistência de enfermagem. Esta estrutura, segundo Robbins (2002, p.171), estabelece: “[...] *como são formalmente divididas, agrupadas e coordenadas as tarefas dos cargos*”. Pode

ser definida também “[...] como um sistema de suporte de relacionamentos consistentes entre as várias posições dentro de uma organização”.

Essa estrutura estabelece canais de autoridade, responsabilidade e comunicação, que orientam as relações e o comportamento das pessoas.

Esse ambiente de cuidado, de acordo com WOLFF (2005):

*“É composto por setores que têm implicações específicas e relativamente mais imediatas na instituição. Caracterizado por fatores demográficos, geográficos, políticos, legais, econômicos, sociais, tecnológicos, sanitários e epidemiológicos, e que é integrado por atores do sistema de assistência à saúde ao qual o hospital pertence, a exemplo das agências governamentais reguladoras e controladoras do setor de saúde, das organizações fornecedoras de recursos materiais, humanos e financeiros externos, dos grupos de interesse nas atividades de hospitais e, em especial, da clientela.” (WOLFF, 2005).*

Considerando que gerenciar uma equipe de enfermagem é um processo complexo e dinâmico, é necessário que o enfermeiro gerente tenha uma visão sistêmica do hospital, possibilitando a interação com seus níveis hierárquicos superiores, utilizando-se de argumentos factuais sobre a dinâmica do funcionamento da unidade, com a finalidade de uma efetiva participação no que diz respeito ao planejamento dos processos de cuidar em saúde, sobre todos os aspectos técnicos e de condições de trabalho necessárias.

### **3.2 Gerenciamento em enfermagem**

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem 7.498/86 em seu artigo 11, define que cabe privativamente ao Enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem. Dessa forma torna-se imprescindível que o enfermeiro gerente torne esses processos aplicáveis a suas práxis, de forma a garantir a qualidade da assistência de enfermagem.

A gerência é configurada como uma ferramenta do processo de cuidar na enfermagem, sendo um trabalho com elementos constituintes específicos, a organização do trabalho, recursos de matérias, recursos humanos, com a finalidade de haver condições adequadas para assistência e trabalho, alcançando o desenvolvimento da atenção à saúde (FELLI, 2005).

### 3.3 Dimensionamento de pessoal de enfermagem

No âmbito da enfermagem, inicialmente, começou-se a classificação de pacientes no século XIX, com a Florence Nightingale, em sua atuação na guerra da Criméia, onde Florence iniciou a organização dos pacientes de acordo com os principais cuidados e tendo como marco a criação da teoria ambiental. Entretanto é a partir da década de 1930, nos Estados Unidos, que houve início da organização de seus pressupostos teóricos, passando a ser amplamente utilizada nos hospitais norte-americanos. No Brasil o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) foi introduzido em 1972 e rapidamente incorporado como um critério essencial para dimensionar pessoal de enfermagem (LAUS, et al,2004).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é definido como:

*“A etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionário por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela” (KURCGANT P, et al, 1989).*

O Conselho Federal de Enfermagem, COFEN, com a finalidade de direcionar o dimensionamento de pessoal estabeleceu diretrizes que representam normas técnicas mínimas, por meio da Resolução COFEN nº 189/1996, onde foram regulamentadas as unidades de medida e as horas de enfermagem despendidas por leito ocupado. Esta Resolução foi revogada em 2004, com a promulgação da Resolução COFEN nº 293/2004, cuja mudança principal foi o aumento de número de horas de assistência de enfermagem por nível de complexidade e por leito.

A Resolução estabeleceu, de acordo com o Artigo 4º:

*“Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas:*

- *3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;*
- *5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;*
- *9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;*

- *17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva”. (Resolução COFEN n° 293/2004)*

Levando em consideração que o processo de dimensionamento de pessoal em enfermagem, engloba a avaliação e organização da carga horário preexistente na unidade, Gaidzinki, Fugulin e Castilho (2005) tornaram amplo o conceito de dimensionamento de pessoal como:

*“Um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo do pessoal de enfermagem necessário para prover os cuidados de enfermagem, que garantem a qualidade, previamente estabelecida a um grupo de pacientes\clientes, de acordo com a filosofia e estrutura da organização, bem como a singularidade de cada serviço”. (Gaidzinki, et al 2005).*

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

O estudo é de natureza quantitativa, descritivo e exploratório.

Para Richardson (1999), o estudo quantitativo significa a escolha de procedimentos sistemáticos para descrição e explicação de fenômenos. O método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências.

O estudo é descritivo pois visa analisar um determinado fenômeno, buscando descrevê-lo, realizar a classificação e interpretação dos resultados, observando todos os aspectos de uma situação, envolvendo técnicas padronizadas de coleta de dados, como: observação sistemática, questionário, entre outros, de modo à assumir uma forma de levantamento de dados (POLIT; HUNGLER, 2004).

A pesquisa descritiva, de acordo com Alyrio (2008), busca essencialmente a enumeração e a ordenação de dados, sem o objetivo de comprovar ou refutar hipóteses exploratórias, abrindo espaço para uma nova pesquisa explicativa, fundamentada na experimentação.

Neste tipo de pesquisa, não há interferência do pesquisador, isto é, ele não manipula o objeto da pesquisa. Procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, característica, causas, relações e conexões com outros fenômenos (BARROS E LEHFELD, 1986).

A pesquisa de caráter exploratório, visa proporcionar ampla observação geral acerca de um determinado fato, com a finalidade de construir hipóteses (GIL, 2007).

### **4.2 Local de estudo**

A cidade de Ceilândia - DF tem sua data oficial de nascimento o dia 27 de Março de 1971, dia do começo da Campanha de Erradicação de Invasões – CEI. O Mesmo CEI desta campanha que foi um marco discriminatório para o DF, também deu origem ao nome da maior região administrativa do Distrito Federal. Hoje Ceilândia é subdividida em diversos bairros como: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul,

Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, Setor Privê e os condomínios Pôr do Sol e o Sol Nascente. Hoje a cidade conta com 142 escolas, um hospital e onze centros de saúde, a cidade hoje tem 398.374 habitantes, segundo o censo de 2010 do IBGE (IBGE,2010).

O Hospital Regional da Ceilândia (HRC) é um hospital público, o único prestador de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) na Região Administrativa de Ceilândia. É campo para o ensino em diversos setores Universidade de Brasília, principalmente do Setor de Ciências da Saúde, além de servir de campo para outros cursos de instituições de ensino superior da região. Dispõe de serviços ambulatoriais de diversas especialidades: ortopedia geral e pediátrica, cardiologia geral e pediátrica, neurologia, oftalmologia, psiquiatria, climatério, reprodução humana, pneumologia, tisiologia, dermatologia, pequena cirurgia, cirurgia geral, nutrição, endocrinologia e terapia ocupacional, gastrologia, geriatria, fisioterapia. Durante um mês, em média, são atendidas cerca de 25.000 pessoas no pronto socorro 24 horas. Na urgência e emergência do Hospital Regional da Ceilândia especialistas da clínica médica, ortopedia, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia realizam atendimento a comunidade de Ceilândia e entorno. Por meio da observação empírica, enfermeiras do HC/UFPR têm constatado que a sua clientela tem apresentado, progressivamente, características de maior gravidade de seu estado clínico, e requer cuidados de Enfermagem de frequência e complexidade crescentes (dados do hospital).

A Clínica Médica, unidade de internação adulta, conta em sua planta física de 8 enfermarias, sendo um isolamento, quatro enfermarias composta por três leitos e três composta por seis leitos, um posto de enfermagem, um expurgo, uma sala de procedimentos, duas salas depósito de materiais, uma sala de prescrição médica, uma copa e banheiro de funcionários e uma sala de materiais de limpeza.

A unidade funciona 24hrs, com horário de visita estabelecido no período da tarde, das 15hrs às 16hrs. A equipe multiprofissional também é composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social e além de alguns profissionais técnicos em enfermagem efetivos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que quando solicitados são cedidos de outros hospitais para realizar hora extra na unidade. Há também diversos estagiários de nível médio

e superior, estudantes de enfermagem, medicina, fisioterapia, técnico de enfermagem, os quais estão presentes normalmente de segunda à sexta.

### **4.3 População amostral**

Na unidade existem 31 leitos para internação adulta. Logo, foram avaliados leito a leito todos os pacientes internados durante 30 dias úteis (segunda à sexta-feira), considerados dias típicos. Foram realizadas 890 avaliações, no período de setembro a outubro de 2014.

### **4.4 Coleta de dados**

Para a realizar a projeção do quadro de dimensionamento de pessoal de enfermagem seguiu-se as orientações para elaboração e apresentação do Cálculo proposto pela Resolução Cofen N° 293/2004.

O estudo contempla:

- Total de leitos da unidade
- Taxa de ocupação da unidade
- Classificação do grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem de pacientes (SCP), sendo considerado um período típico (sem interferência/intercorrência).
- Definição do percentual do quantitativo médio diário de profissionais de enfermagem.
- Total de horas de enfermagem – THE (de acordo com o cálculo presente na Resolução Cofen N° 293/2004).
- Aplicar a fórmula preconizada pela Resolução Cofen N° 293/2004 para calcular a Quantidade de Pessoal (QP).

### **4.5 Gerenciamento de leitos**

O levantamento de dados referentes a ocupação de leitos da clínica médica é um importante aspecto sobre a alocação que possibilita subsidiar a tomada de decisão do estado com vistas à gestão de políticas financeiras (MARQUES;



MENDES; LIMA, 2010). Para a obtenção de dados referentes ao gerenciamento da clínica de internação adulto em relação à quantidade de pacientes-dia internados, a média de permanência, em dias, e a taxa de ocupação, utilizou-se as seguintes fórmulas:

$$\text{Média de Permanência (dias)} = \frac{\text{Número de Pacientes-dia em determinado período}}{\text{Número de Pacientes saídos no mesmo período}}$$

$$\text{Média de Pacientes-dia} = \frac{\text{Número de Pacientes-dia em determinado período}}{\text{Número de dias no mesmo período}}$$

$$\text{Taxa de Ocupação (\%)} = \frac{\text{Número de Pacientes – dia em determinado período} \times 100}{\text{Número de leitos – dia no mesmo período}}$$

(MARQUES; MENDES; LIMA, 2010)

#### 4.6 Classificação dos pacientes de acordo com grau de dependência

Para a classificação dos pacientes internados foi utilizado o Sistema de Classificação de Pacientes da *Fugulin* (2002) (ANEXO A). Todos os pacientes internados na unidade de Clínica Médica foram classificados diariamente no período da manhã, de segunda à sexta-feira, com o objetivo da coleta ser realizada em dias típicos da Unidade, sem feriados e fins de semana. Os dados de classificação dos pacientes foram inseridos em uma planilha do Excel, para o cálculo segundo o instrumento. A classificação de cada paciente foi definida considerando a soma dos pontos, indicadores críticos, e o conceito determinado para cada categoria.

Foi realizada a classificação de todos os pacientes internados no período de 8 de setembro à 17 de outubro de 2014.

#### 4.7 Classificação dos pacientes – Instrumento da *Fugulin*

Para a realização da classificação dos pacientes quanto ao grau de cuidado necessário é preconizado pela Resolução COFEN 293/04 a utilização de um sistema de classificação de pacientes, específico e fidedigno, que possibilite a realização

com êxito dessa tarefa. O instrumento deve estar de acordo com a instituição, adequado para o perfil dessa unidade, com profissionais devidamente capacitados para a realizar a atividade de classificação, permitindo assim resultados confiáveis (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007).

O instrumento escolhido nesse estudo é o sistema de classificação de pacientes proposto pela Fugulin (2002), (ANEXO A). O instrumento visa classificar os pacientes quanto ao grau de cuidado necessário, classificando-os como cuidados intensivos, cuidados semi-intensivos, cuidados de alta dependência, cuidados intermediários e cuidados mínimos. É composto por nove indicadores de cuidados, sendo que quanto maior a pontuação, maior será o nível de complexidade do cuidado. Assim, o valor um indica o menor e o valor quatro, o maior nível de complexidade de assistência de enfermagem. Os nove indicadores de cuidado são:

- Estado mental
- Oxigenação
- Sinais vitais
- Motilidade
- Deambulação
- Alimentação
- Cuidado corporal
- Eliminações
- Terapêutica

A classificação dos pacientes quanto ao grau de dependência da assistência de enfermagem deve ser realizada por um profissional capacitado, por meio de avaliação dos mesmos, uma vez ao dia, por um período de no mínimo 20 dias típicos (FUGULIN, 2002). No fim da coleta de dados deve-se somar a pontuação obtida por cada paciente em cada dia e classificado de acordo com o Quadro 1 abaixo:

<b>Pontuação</b>	<b>Tipo de Cuidado</b>	<b>Definição do tipo de cuidado</b>
09 a 14 pontos	Cuidados mínimos	Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao

		atendimento das necessidades humanas básicas.
15 a 20 pontos	Cuidados intermediários	Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
21 a 26 pontos	Cuidados de alta dependência	Pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.
27 a 31 pontos	Cuidados semi-intensivos	Pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanentes e especializadas
31 pontos	Cuidados Intensivos	Pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanentes e especializadas.

**Quadro 1 - Definição de tipo de cuidado a partir da pontuação obtida por cada paciente avaliado, segundo Instrumento de SCP de Fugulin, 2002.**

A Resolução COFEN Nº293/2004 estabeleceu, de acordo com o Artigo 4º: Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;
- 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

O parágrafo 9 do Art. 4º da mesma resolução estabelece que para prestar cuidados aos clientes crônicos com mais de 60 anos de idade que se encontram sem acompanhante e classificados no grupo de pacientes que demanda assistência intermediária ou semi-intensiva deverá ser acrescentado meia hora ao quantitativo de horas diárias de enfermagem especificadas.

Segundo Gaidzinski (1998), ideal é que o quantitativo de horas necessárias para prestar assistência aos pacientes, de acordo com o tipo de cuidado apresentado, seja definido em conformidade com o padrão de assistência pretendido. O COFEN, por meio da Resolução 293/2004, propõe um quantitativo mínimo de profissionais prestar assistência aos pacientes (Quadro 2):

**Quadro 2 - Quantitativo mínimo e máximo de profissionais necessários para prestar assistência aos**

Tipo de cuidado	% Enfermeiros		%Auxiliar/Técnico	
	Mín	Máx	Mín	Máx
Mínimo	33	37	63	67
Intermediário	33	37	63	67
Semi-intensivo	42	46	54	58
Intensivo	52	56	44	48

**pacientes, segundo Resolução COFEN N° 293/2004.**

Fugulin (2010) ressalta que esse dispositivo pode ser uma tentativa de corrigir distorções na classificação desses pacientes, mas que o acréscimo de horas indicado pode não ser suficiente para a assistência aos pacientes com dependência total de enfermagem cujas necessidades não são supridas pela presença de acompanhante e sugere a validação do quantitativo de horas de enfermagem para os pacientes classificados na categoria de cuidados de alta dependência.

Em 2008 foi realizado um estudo por Lima, Tsukamoto e Fugulin (2008) sobre a aplicação do Nursing Activities Score (NAS) na assistência a pacientes de alta dependência de enfermagem, após análise dos resultados constatou-se a necessidade de no mínimo 7,8 h e, no máximo, 18,9 h de assistência de enfermagem para a categoria de cuidados de alta dependência.

Nesse contexto, Fugulin (2002) orienta em seu instrumento de classificação de pacientes uma estimativa de tempo de assistência em cuidados de alta dependência, sendo consideradas as mesmas horas destinadas à categoria de cuidados semi-intensivos, o que de acordo com o estudo realizado por Lima, Tsukamoto e Fugulin (2008) parece viável uma vez que o valor estipulado na Resolução COFEN nº293/2004 se encontra dentro do intervalo máximo e mínimo de horas definido por essas pesquisadoras.

A quantidade de horas de enfermagem, por leito, segundo Fugulin, (2010) defini-se por:

- 3,8 horas de Enfermagem, por paciente, na assistência mínima ou autocuidado
- 5,6 horas de Enfermagem, por paciente, na assistência intermediária
- 7,8 horas de Enfermagem, por paciente, na assistência de alta dependência
- 9,4 horas de Enfermagem, por paciente, na assistência semi-intensiva
- 17,9 horas de Enfermagem, por paciente, na assistência intensiva

Quanto a porcentagem de profissionais enfermeiros e auxiliares e ou técnicos de enfermagem (Quadro 2) segundo determinado na Resolução COFEN nº 293/2004, a distribuição desse percentual deve ser de acordo com o que está estabelecido para o grupo de pacientes de maior prevalência. (COFEN, 2004).

#### 4.8 Quantitativo de pessoal de enfermagem

Após a Classificação dos Pacientes foi utilizada a fórmula preconizada pela Resolução Cofen Nº 293/2004 para calcular a Quantidade de Pessoal (QP)

$$QP(UI; SPC) = THE \times KM$$

QP= Quantitativo de pessoal necessário na Unidade de internação

UI= Unidade de internação

SCP= Sistema de classificação dos pacientes

THE= Total de horas de enfermagem

K<sub>M</sub>= Constante marinho

Segundo a Resolução Cofen Nº 293/2004 o Total de horas de enfermagem o THE é obtido por meio do cálculo:

$$THE = (N^{\circ} PCM \times 3,8) + (N^{\circ} PCI \times 5,6) + (N^{\circ} PCSI \times 9,4) + (N^{\circ} PCIt \times 17,9)$$

PCM = pacientes de cuidados mínimos

PCI = paciente de cuidado intermediário

PCSI = paciente de cuidado semi-intensivo

PCIT = paciente de cuidado intensivo

A Constante marinho  $K_M$  (Resolução Cofen N° 293/2004) é representada pela fórmula:

$$KM_{ui} = DS / JST \times IST$$

DS= Dias de Semana

JST= Jornada semanal de trabalho

IST= Índice de segurança técnica

$K_M$ = Constante marinho

ui= unidade de internação

A jornada de trabalho semanal na instituição é de 40h

Onde JST - jornada semanal de trabalho é igual a:

$$JST = JDT \cdot DTS$$

JDT= jornada diária de trabalho

DTS= dias trabalhados na semana

E DS - Dias da semana é:

$$DS = DST$$

DS= Dias da semana

DST = Dias trabalhados pelos trabalhadores

#### 4.9 Quantitativo de profissionais que serão dimensionados por categoria

Após realizado a classificação dos pacientes foi calculada a distribuição do pessoal de enfermagem de acordo com o tipo de cuidado prevalente na clínica.

**Quadro 3 - Horas de enfermagem por paciente de acordo com tipo de cuidado e distribuição de pessoal de enfermagem, segundo Resolução Cofen N° 293/2004.**

Tipo de cuidado	Horas de enfermagem	% Enfermeiros		% Auxiliar\ Técnico	
		Mín	Máx	Mín	Máx

Mínimo	3,8h	33	37	63	67
Intermediário	5,6h*	33	37	63	67
Semi-intensivo	9,4h	42	46	54	58
Intensivo	17,9h	52	56	44	48

\* O paciente crônico, com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado pelo SCP com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva deverá ser acrescido de 0,5 às horas de enfermagem.

Sendo então:

$$QP(UI; SPC) = [(N^{\circ} PCM \times 3,8) + (N^{\circ} PCI \times 5,6) + (N^{\circ} PCSI \times 9,4) + (N^{\circ} PCIt \times 17,9)] \times (DS \times IST / JST)$$

#### 4.10 IST - Índice de Segurança Técnica

Conforme Resolução Cofen N° 293/04, o índice de segurança técnica (IST) não poderá ser inferior a 15%, além disso expõe situações em que este índice poderá ser acima de 15%. Portanto, este direcionamento utilizará o IST de 15%, com base na Resolução citada.

Para identificação das variáveis e o procedimento de dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem serão coletados dados, de acordo com as orientações metodológicas propostas por Fugulin (2010):

1. Identificar o número de pacientes segundo classificação de dependência
2. Identificar a jornada diária dos profissionais de enfermagem
3. Aplicar a equação para determinar o quantitativo diário de pessoal de enfermagem necessário para assistir os pacientes
4. Distribuir o quantitativo diário de pessoal de enfermagem, de acordo com as proporções presentes na Resolução Cofen N° 293/2004

#### 4.11 Análise de dados

Foi construída uma base de dados, onde os dados obtidos foram armazenados. Para a realização dos cálculos será utilizado o auxílio de planilhas eletrônicas do Microsoft Excel 2013.

Os resultados foram analisados, discutidos e apresentados em tabelas.

#### **4.12 Aspectos éticos da pesquisa**

Quanto aos aspectos éticos, o estudo baseou-se na Resolução 466/2012, que regulamenta os estudos com seres humanos, incorporando os quatro referenciais básicos da bioética (BRASIL, 2012). O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética, sob Protocolo N° 882.264.

### **5 RESULTADOS**

Foram obtidos dados com relação aos pacientes necessários para classificá-los em relação ao grau de dependência da assistência de enfermagem, informações que possibilitam traçar o perfil de sexo e idade da unidade de internação adulta e dados relativos à equipe de enfermagem (quantitativo de funcionários, horas total de enfermagem). Essas foram informações determinantes para o cálculo do dimensionamento de pessoal de enfermagem das unidades de internação de adultos Clínica Médica do HRC e necessários para avaliação da área de recursos humanos do setor. As fases, necessárias para o cálculo de dimensionamento de enfermagem, estão ordenadas de forma linear e demonstram as características que influenciam o processo de trabalho no contexto em pesquisa.

#### **5.1 Caracterização do perfil de pacientes internados em uma unidade de clínica médica**

Todos os pacientes internados na unidade de Clínica Médica adulta no período da amostra, de 30 dias típicos de setembro a outubro de 2014, foram caracterizados inicialmente segundo sexo e idade (Tabela I), totalizando 85 pacientes.

Abaixo a tabela 1 refere-se a caracterização dos pacientes segundo o sexo.



**Tabela 1 – Caracterização dos pacientes internados na clínica médica segundo sexo, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014**

<b>Clínica Médica</b>		
Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	38	44,70%
Masculino	47	55,20%
Pacientes avaliados	85	100%

De acordo com a Tabela 1 verifica-se que nos meses de setembro a outubro de 2014, dos 85 pacientes internados, a maioria era do sexo masculino (55,20%) enquanto o sexo feminino apresentava-se em menor porcentagem (44,70%).

Com relação a faixa etária por sexo os dados coletados apresentam-se na Tabela 2, abaixo:

**Tabela 2 – Caracterização dos pacientes internados na clínica médica segundo faixa etária por sexo feminino, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014**

<b>Idade por sexo feminino – Clínica Médica</b>		
Variáveis	N	%
Idade - Feminino		
Abaixo de 20	2	5,20%
20 a 29 anos	2	5,20%
30 a 39 anos	1	2,63%
40 a 49 anos	6	15,78%
50 a 59 anos	5	13,15%

60 a 69 anos	6	15,78%
70 a 79 anos	9	23,68%
80 anos ou mais	7	18,42%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

A maioria das pacientes do sexo feminino presentes na unidade de internação, encontrava-se na faixa etária dos 70 a 79 anos (23,68%). Sendo observado também um percentual expressivo de pacientes acima de 80 anos (18,42%).

Nota-se que há uma menor incidência de pacientes com idade abaixo de 39 anos, totalizando menos do que 14%. A maioria das pacientes encontra-se com mais de 40 anos.

**Tabela 3 – Caracterização dos pacientes internados na clínica médica segundo faixa etária por sexo masculino, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014.**

<b>Idade por sexo masculino – Clínica Médica</b>		
Variáveis	N	%
Idade - Masculino		
Abaixo de 20	1	2,12%
20 a 29 anos	3	7,80%
30 a 39 anos	7	18,42%
40 a 49 anos	3	7,80%
50 a 59 anos	8	21,05%

60 a 69 anos	9	23,68%
70 a 79 anos	11	28,94%
80 anos ou mais	5	13,15%
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,00%</b>

A maioria dos pacientes do sexo masculino presentes na unidade de internação, encontrava-se na faixa etária dos 70 a 79 anos (28,94%). Sendo observado também um percentual expressivo de pacientes entre 50 a 59 anos e 60 a 69anos, respectivamente 21,05% e 23,68%.

## 5.2 Gerenciamento de Leitos

As características referentes a permanência dos pacientes na clínica, à alta destes, às admissões, à taxa de ocupação da unidade e quantitativo de pacientes dia estão descritas nas tabelas 4 e 5 abaixo.

**Tabela 4 – Média de Permanência, Média de Pacientes-dia e Taxa de Ocupação (%), no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014.**

<b>Clínica Médica- Ocupação de Leitos</b>	
Média de Permanência (dias)	25,42 dias
Média de Pacientes-dia	29 pacientes-dia
Taxa de Ocupação (%)	95.69%

A partir de dados referentes ao número de pacientes internados no período e pacientes saídos observou-se que a média de permanência na unidade é de 25 dias. A média de pacientes é de 29 pacientes internados diariamente e a taxa de ocupação é de 95%.

**Tabela 5 – Média de pacientes internados, altas e admissões, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014.**

<b>Clínica Médica</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>
<b>Alta</b>	1,16 pacientes-dia
<b>Admissão</b>	1,16 pacientes-dia

Durante o período da coleta de dados a quantidade média de altas (1,16 pacientes-dia), e de admissões (1,16 pacientes-dia), mostrou que há uma pequena rotatividade na clínica.

### **5.3 Classificação dos pacientes de acordo grau de dependência**

A identificação da Classificação de cuidados dos pacientes, de acordo com o grau de dependência, foi possível através do instrumento da *Fugulin* (ANEXO A). Por meio das avaliações no período da coleta, foi observado que o número de internações não é constante na Unidade, através dos dados verificou-se o predomínio quanto ao grau de complexidade do cuidado.

A tabela 6 apresenta a distribuição de pacientes nos leitos quanto ao grau de dependência, obtidos a partir do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) de *Fugulin*.

**Tabela 6 - Classificação de pacientes por tipo de cuidado, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014**

<b>Classificação de pacientes por tipo de cuidado</b>						
<b>Data</b>	Intensivo	Semi-intensivo	Alta dependência	Intermediário	Mínimo	Total
<b>08.09.14</b>	0	8	14	6	2	30
<b>09.09.14</b>	0	8	14	6	2	30
<b>10.09.14</b>	0	8	14	6	2	30
<b>11.09.14</b>	0	8	14	6	2	30
<b>12.09.14</b>	0	8	13	7	2	30
<b>15.09.14</b>	0	7	15	6	2	30
<b>16.09.14</b>	0	7	16	6	2	31
<b>17.09.14</b>	1	7	14	6	3	30

18.09.14	0	6	14	6	2	28
19.09.14	0	5	14	5	2	26
22.09.14	0	4	15	5	7	31
23.09.14	0	4	15	6	6	31
24.09.14	0	5	12	7	7	31
25.09.14	0	5	11	5	4	25
26.09.14	0	7	12	5	7	31
29.09.14	1	7	11	5	7	30
30.09.14	0	7	11	5	7	29
01.10.14	0	7	11	6	6	30
02.10.14	0	7	11	6	6	30
03.10.14	0	7	11	7	6	31
06.10.14	0	4	15	7	5	31
07.10.14	0	4	15	7	5	31
08.10.14	0	4	17	4	5	30
09.10.14	0	4	17	4	5	30
10.10.14	0	4	16	5	5	30
13.10.14	0	5	15	4	4	28
14.10.14	0	5	15	4	5	29
15.10.14	0	5	15	3	4	27
16.10.14	0	5	15	3	4	27
17.10.14	0	5	14	3	4	26

No período da coleta foram realizadas 890 avaliações. Depreende-se da tabela 6 que os cuidados com maior prevalência na unidade de clínica médica foram os classificados como alta dependência e semi-intensivo, seguido de intermediários. Fugulin (2002) orienta em seu instrumento de classificação de pacientes uma estimativa de tempo de assistência em cuidados de alta dependência, sendo consideradas as mesmas horas destinadas à categoria de cuidados semi-intensivos, o que de acordo com o estudo realizado por Lima, Tsukamoto e Fugulin (2008).

**Tabela 7 – Distribuição média e percentual de pacientes por tipo de cuidado, no período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014.**

<b>Distribuição de pacientes por tipo de cuidado</b>					
	Intensivo	Semi-intensivo e Alta Dependência	Intermediário	Mínimo	Total

<b>Média</b>	0,07	19,57	5,53	4,23	29,4
<b>Porcentagem</b>	0,2%	66,5%	18,8%	14,3%	100%

Nesse contexto, identificou-se que a maioria dos pacientes observados na Clínica Médica, eram clientes que necessitavam de cuidados semi-intensivos, correspondendo a 66,5% dos pacientes. Em cuidados intermediários haviam 18,8% dos pacientes, 14,3 % dos pacientes exigiam cuidados mínimos e apenas 0,2% dos pacientes necessitava de cuidados intensivos.

#### 5.4 Aplicação do cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem

Quanto a distribuição de profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, considerou-se a Resolução COFEN nº293 /2004. O cálculo foi realizado com base nas seguintes etapas:

##### 1ª Etapa – IST (Índice de Segurança Técnica)

Conforme Resolução Cofen Nº 293/04, o índice de segurança técnica (IST) não poderá ser inferior a 15%. Portanto, este estudo utilizou o IST de 15%.

##### 2ª Etapa – KM (Constante Marinho)

$$KM = DS \times IST / JST$$

**DS= 7 dias**

**IST= 1.15**

**JST= 40 H**

$$KM = 7 \times 1.15 / 40$$

$$KM = 0,2012$$

##### 3ª Etapa – THE (Total de Horas de Enfermagem)

$$THE = (N^{\circ} PCM \times 3,8) + (N^{\circ} PCI \times 5,6) + (N^{\circ} PCSI \times 9,4) + (N^{\circ} PCIt \times 17,9)$$

O total de horas de enfermagem foi calculado a partir do sistema de classificação de pacientes de *Fuguilin*. O cálculo do THE esta descrito diariamente na tabela 9.

Abaixo, de acordo com o THE diário no período da coleta, aponta-se o THE médio da clínica médica estudada.

$$THE \text{ médio} = 232,19$$

4ª Etapa - QP (Quantitativo de pessoal)

$$QP = [(N^{\circ} PCM \times 3,8) + (N^{\circ} PCI \times 5,6) + (N^{\circ} PCSI \times 9,4) + (N^{\circ} PCIt \times 17,9)] \times KM$$

A equação acima descrita de acordo com a Resolução COFEN nº293 /2004, foi utilizada para a realização do dimensionamento de pessoal diariamente no período da coleta. Os dados referentes ao quantitativo diário de pessoal são descritos na Tabela 9.

**Tabela 8 - Dimensionamento de pessoal segundo a Resolução COFEN nº293 /2004, período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014.**

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM												
DIA	PCM	PCInt	PCSI	PCI	C.H. PCM	C.H. PCInt	C.H. PCSI	C.H. PCI	THE	TOTAL PROF	ENF.	TÉC. DE ENF.
08.09	2,00	6,00	22,00	0,00	7,60	33,60	206,80	0,00	248,00	49,90	21	29
09.09	2,00	6,00	22,00	0,00	7,60	33,60	206,80	0,00	248,00	49,90	21	29
10.09	2,00	6,00	22,00	0,00	7,60	33,60	206,80	0,00	248,00	49,90	21	29
11.09	2,00	6,00	22,00	0,00	7,60	33,60	206,80	0,00	248,00	49,90	21	29
12.09	2,00	7,00	21,00	0,00	7,60	39,20	197,40	0,00	244,20	49,13	21	28
15.09	2,00	6,00	22,00	0,00	7,60	33,60	206,80	0,00	248,00	49,90	21	29
16.09	2,00	6,00	23,00	0,00	7,60	33,60	216,20	0,00	257,40	51,79	22	30
17.09	3,00	6,00	21,00	1,00	11,40	33,60	197,40	17,90	260,30	52,37	22	30
18.09	2,00	6,00	20,00	0,00	7,60	33,60	188,00	0,00	229,20	46,12	19	27

19.09	2,00	5,00	19,00	0,00	7,60	28,00	178,60	0,00	214,20	43,10	18	25
22.09	5,00	3,00	20,00	0,00	19,00	16,80	188,00	0,00	223,80	45,03	19	26
23.09	6,00	6,00	19,00	0,00	22,80	33,60	178,60	0,00	235,00	47,28	20	27
24.09	7,00	7,00	17,00	0,00	26,60	39,20	159,80	0,00	225,60	45,39	19	26
25.09	4,00	5,00	16,00	0,00	15,20	28,00	150,40	0,00	193,60	38,95	16	23
26.09	7,00	5,00	19,00	0,00	26,60	28,00	178,60	0,00	233,20	46,92	20	27
29.09	7,00	5,00	18,00	1,00	26,60	28,00	169,20	17,90	241,70	48,63	20	28
30.09	7,00	5,00	18,00	0,00	26,60	28,00	169,20	0,00	223,80	45,03	19	26
01.10	6,00	6,00	18,00	0,00	22,80	33,60	169,20	0,00	225,60	45,39	19	26
02.10	6,00	6,00	18,00	0,00	22,80	33,60	169,20	0,00	225,60	45,39	19	26
03.10	6,00	7,00	18,00	0,00	22,80	39,20	169,20	0,00	231,20	46,52	20	27
06.10	5,00	7,00	19,00	0,00	19,00	39,20	178,60	0,00	236,80	47,64	20	28
07.10	5,00	7,00	19,00	0,00	19,00	39,20	178,60	0,00	236,80	47,64	20	28
08.10	5,00	4,00	21,00	0,00	19,00	22,40	197,40	0,00	238,80	48,05	20	28
09.10	5,00	4,00	21,00	0,00	19,00	22,40	197,40	0,00	238,80	48,05	20	28
10.10	4,00	4,00	21,00	0,00	15,20	22,40	197,40	0,00	235,00	47,28	20	27
13.10	5,00	5,00	19,00	0,00	19,00	28,00	178,60	0,00	225,60	45,39	19	26
14.10	4,00	5,00	19,00	0,00	15,20	28,00	178,60	0,00	221,80	44,63	19	26
15.10	4,00	5,00	18,00	0,00	15,20	28,00	169,20	0,00	212,40	42,73	18	25
16.10	4,00	5,00	18,00	0,00	15,20	28,00	169,20	0,00	212,40	42,73	18	25
17.10	4,00	5,00	17,00	0,00	15,20	28,00	159,80	0,00	203,00	40,84	17	24

**PCM = Pacientes de Cuidados Mínimos**

**PCI = Pacientes de Cuidados Intermediários**

**PCSI = Pacientes de Cuidados Semi-intensivos**

**PCInt = Pacientes de Cuidados Intensivos**

**C.H. PCM = Carga Horária de Pacientes de Cuidados Mínimos**



**C.H.PCI = Carga Horária de Pacientes de Cuidados Intermediários**

**C.H.PCSM = Carga Horária de Pacientes de Cuidados Semi-intensivos**

**C.H.PCInt. = Carga Horária de Pacientes de Cuidados Intensivos**

**THE = Total de Horas de Enfermagem**

**Total de Prof. = Total de Profissionais de Enfermagem**

**Enf. = Quantidade de Enfermeiros**

**Téc. de enf. = Quantidade de Técnico de enfermagem**

Percebe-se na tabela de projeção do quantitativo diário de funcionários adequa-se de acordo com o número de pacientes internados e o tipo de cuidado demandados por esses pacientes. Sendo que o dia de maior demanda de cuidado, mostrou precisar de 52 profissionais, 22 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem, e o dia com menor demanda, era preciso 40 profissionais, 17 enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem.

**Tabela 9 - Média e desvio padrão de profissionais de enfermagem, período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014.**

<b>Média e desvio padrão de profissionais de enfermagem</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Téc. de enf.</b>
<b>Média</b>	20	27
<b>Desvio-padrão</b>	1	13

Após realização do cálculo diário de dimensionamento de pessoal de enfermagem afirma-se que para um atendimento de qualidade humanizado aos pacientes seria necessário em média de 20 enfermeiros assistenciais efetivos na clínica, considerando um desvio-padrão de 1. Quanto ao quantitativo de técnicos de enfermagem seria necessários 27 profissionais em média por dia, considerando um desvio-padrão de 13.

A tabela abaixo demonstra um comparativo entre a quantidade de profissionais existentes na clínica e a quantidade de profissionais dimensionados.

**Tabela 10 - Quantidade de profissionais existentes na clínica e a quantidade de profissionais dimensionados, período de setembro a outubro de 2014. Brasília, 2014**

<b>Profissional</b>	<b>Quantidade atual de Profissionais assistenciais</b>	<b>Quantidade necessária de Profissionais</b>	<b>Diferença</b>
<b>Enfermeiro</b>	6	20	14
<b>Técnico de Enfermagem</b>	22	27	5

Considerando os dados apresentados acima, evidencia-se um déficit de 14 enfermeiros e 5 técnicos de enfermagem na unidade de internação.

Assim, foi proposto pela gerente de enfermagem da unidade clínica, que houvesse a seguinte distribuição de enfermeiros nos períodos da manhã, tarde e noite:

**Tabela 11 - Projeção de quantitativo de profissionais de enfermagem por turno**

	<b>Enfermeiros</b>	<b>Téc. de Enf.</b>
Manhã	8	11
Tarde	6	8
Noite	6	8

## 6 DISCUSSÃO

A partir dos dados referentes a faixa etária dos pacientes internados notou-se que a prevalência de internação em ambos sexos os foram pacientes com idade entre 70 a 79 anos.

O envelhecimento populacional é um processo que vem ocorrendo no Brasil configurando-se como um dos maiores desafios da Saúde Pública contemporânea. O quantitativo de idosos no Brasil, 60 anos ou mais de idade, passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 18 milhões, nos anos atuais. Estima-se ainda que a população idosa atinja 32 milhões em 2020 IBGE (2010). Nesse contexto há diversos fatores relacionados como envelhecimento populacional que devem ser discutidos e seu impacto em um país subdesenvolvido. Deve-se buscar que a população brasileira envelheça com qualidade de vida.

Isso demonstra que essas modificações na pirâmide populacional, vem a cada dia obtendo maior expressão na dinâmica dos serviços de saúde, chamando a atenção para adequação do sistema público de saúde que atenda a essa demanda crescente. No geral o idoso apresenta em maior incidência doenças crônicas, que necessitam de um acompanhamento permanente.

Estudos recentes têm demonstrado que as doenças ou condições crônicas - e as incapacidades delas resultantes - não são consequências inevitáveis do envelhecimento, há uma maior. E que a prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Evidencia-se assim que a ênfase na prevenção é o ponto chave para mudança na situação atual de envelhecimento.

Segundo a Portaria MS/GM -1101/02 que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde, o tempo médio de permanência hospitalar na unidade de clínica médica é de 5,2 dias, com variação entre 4,8 e 6,1 dias de internação.

A média de internação na clínica apresentou-se muito superior à preconizada pelo Ministério da Saúde, já que o resultado obtido foi de uma média de 25 dias de internação para cada paciente. Sabe-se que quanto maior o período de internação maior o risco para o paciente, o qual ficará exposto a infecções hospitalares. O período de internação também influencia na saúde psicoemocional do cliente, interferindo na regulação de hormônios relacionados ao estado emocional, ao humor, já que há uma alteração de ambiente, um estresse causado pelo fato de não

estar totalmente saudável. Outro fator a ser discutido é o gasto com cada paciente, que é diretamente proporcional ao período de internação, ou seja, quanto mais dias o cliente passa internado maior vai ser o custo hospitalar gerado com cada indivíduo.

Deve-se então realizar o planejamento de cuidados considerando intervenções que auxiliem na qualidade de vida do paciente, levando a ficar o mínimo de tempo necessário na internação. O que conseqüentemente diminuirá os riscos à saúde do cliente e os gastos de cada internação.

No estudo presente evidencia-se a necessidade da sistematização de enfermagem que vise em sua maioria cuidados semi-intensivos, já que foi obtido como resultado na clínica, prevalência de cuidados semi-intensivos (66,5 %), atentado-se para o planejamento do cuidado individual de acordo o grau de cuidado demandado pelo paciente. Relaciona-se com esse perfil de cuidados motivos como: não há no hospital do estudo uma unidade que tenha como especialidade a internação de pacientes semi-intensivos, não há profissionais qualificados para esse tipo de atendimento, já que a clínica médica deveria ser uma unidade de internação com cuidados mínimos e intermediários. Pressupõe-se então, que há um déficit de leitos semi-intensivos no hospital, resultando em uma sobrecarga de unidades de internação adulto, como a clínica médica.

Outro fator que contribui para esse resultado é a faixa etária de pacientes internados, constatou-se que a maioria dos internados no período de coleta, tanto do sexo feminino quanto do masculino, é a de 70 a 79 anos, respectivamente 23,68% e 28,84%. Segundo dados do IBGE (2010) o idoso possui maior prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, 85% dos idosos apresentam no mínimo uma doença crônica e 10% apresentam no mínimo 5 doenças crônicas, há uma predominância das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, elevada incidência de doenças neurodegenerativas um aumento considerável neoplasias, fatores que resultam na elevação de demanda de cuidado.

Considerando o artigo 4 da Resolução COFEN nº293 /2004, o cálculo de dimensionamento de pessoal foi aplicado de acordo com o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), no qual a partir deste foi possível identificar o tipo de cuidado com prevalência na clínica. Segundo os resultados desse estudo identificou-se a prevalência de cuidados semi-intensivos, por isso foi utilizado para o

cálculo de dimensionamento de pessoal a necessidade de 9,4 horas de assistência de Enfermagem, por cliente.

Na unidade o total de funcionários corresponde a 22 profissionais de enfermagem e uma supervisora. Na assistência de enfermagem há 6 enfermeiros efetivos, 4 realizam uma carga horária de 40 horas semanais e 2 cumprem 20 horas semanais totalizando 200 horas semanais. Quanto ao quadro atual de técnicos de enfermagem da clínica médica, há 22 técnicos, sendo que 10 cumprem uma carga horária de trabalho de 24 horas e 12 uma carga de 12 horas semanais, totalizando 720 horas semanais.

Os resultados obtidos demonstram que na unidade de clínica médica estudada o quantitativo de profissionais estudados encontra-se inferior ao número projetado segundo a Resolução COFEN nº293/2004, identificando-se um déficit de profissionais de enfermagem na clínica.

Nessa perspectiva é possível afirmar que, independentemente dos motivos que resultam nessa situação, o quantitativo atual de profissionais confirma que as horas de assistência de enfermagem estão abaixo do quadro de horas necessárias para o perfil de cuidados, segundo valores preconizados pela Resolução COFEN nº293/2004, valores esses que são referenciais mínimos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem necessários a um atendimento de saúde digno.

Depois de período de observação, durante a coleta de dados, acerca do funcionamento da unidade e investigação com os profissionais acerca da organização da clínica, identificou-se que o período da manhã é o que, em geral, ocorre maior demanda de assistência de enfermagem, seguido do período da tarde e noite.

Picchiai (2009) afirma que com o objetivo de adequar as necessidades de recursos humanos às realidades organizacionais, faz-se necessário a utilização de parâmetros de pessoal que auxiliam na composição do quadro de pessoal das unidades de saúde. Esses parâmetros são normas técnicas mínimas, que representam uma referência com o objetivo de orientar os gestores e líderes de unidades e instituições de saúde no planejamento e adequação dos recursos humanos para o atendimento do cliente.

Afim de verificar a adequação da unidade em estudo quanto ao quadro mínimo de funcionários que são necessários para a demanda do perfil atual de

pacientes, tendo em vista as dificuldades do sistema público de saúde, utilizou-se para o cálculo de dimensionamento de pessoal os valores mínimos de profissionais imprescindíveis. Foi utilizado o IST de 15% previsto na Resolução COFEN nº293/2004. Para o cálculo da Constante Marinho, KM, considerou-se a carga horária da Unidade, 40h de jornada semanal de trabalho (JST) e 6h de período de trabalho diário.

De acordo com estudo de Nunes (2009) os custos de uma internação hospitalar aumentam de acordo com a faixa etária, ou seja, pessoas idosas tem um perfil de internação que demanda um maior custo, ele discorre sobre três principais motivos dessa proporção de custos. O primeiro motivo é o fato de as morbidades mais prevalentes nos idosos serem mais dispendiosas, as taxas de internação de idosos são mais elevadas e o custo médio de internação de idosos é mais alto.

Em estudo de Matos (2012) realizado em um hospital localizado no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. A pesquisa foi intencionalmente conduzida em uma unidade de internação clínica. Esta unidade atende pacientes conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Após realização do sistema de classificação de pacientes (SCP) obteve-se como prevalência pacientes classificados em cuidados mínimos, (60,5%), seguido de intermediário (25%). Dos pacientes avaliados (13,7%) apresentavam grau de dependência em cuidado semi-intensivo.

Laus (2004) em sua pesquisa desenvolvida na clínica médica de um hospital universitário encontrou um maior número de pacientes classificados em cuidados mínimos (70, 3%), seguido de intermediário (18,3), semi-intensivo (9,1%) e intensivo (2,3%).

Segundo Oliveira e Laus (2011) para haver um atendimento que abranja as necessidades físicas e psicoemocionais do paciente é necessário que o dimensionamento de pessoal seja adequado acordo com as exigências evidenciadas em cada paciente, sendo classificados pelo grau de cuidado no sistema de classificação de pacientes.

Comparando como presente estudo percebe-se uma discrepância em relação ao grau de cuidado predominante em outros estudos de dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade de internação adulta, clínica médica. Enquanto na maioria dos estudos publicados referem a clínica médica como uma unidade de cuidados mínimos e intermediários, os resultados desta pesquisa

caracterizaram essa unidade com predomínio de cuidados semi-intensivos. Essa característica encontrada está diretamente relacionada com os demais resultados obtidos, como a faixa etária prevalente (70-79 anos), já que pressupõe-se que o idoso esteja mais vulnerável há diversas doenças, resultantes do estilo de vida, hábitos alimentares, atividades físicas, as quais comprometem a vida do indivíduo. Relacionado assim o tempo de internação médio na clínica, o qual mostrou-se acima do preconizado pelo Ministério da Saúde. A internação em uma unidade de clínica médica, segundo parâmetros do Ministério da Saúde é 5 a 6,8 dias, enquanto os resultados do estudo, mostrou uma média de 25 dias de internação, bem acima do preconizado. Todos esses fatores ligados a saúde do idoso são resultado de um envelhecimento populacional, onde a área da saúde não está totalmente preparada para essa transição demográfica, ainda percebe-se muitos desafios enfrentados pela saúde pública e deve-se buscar a efetivação de políticas públicas voltadas para prevenção e assim diminuir a incidência de doenças que acometem a população.

Em relação ao quantitativo de profissionais, viu-se que há um grande déficit no número de profissionais da clínica, quanto aos enfermeiros, notou-se a necessidade de incluir 14 profissionais no quadro efetivo, já no quadro de técnico há a necessidade de mais 5 profissionais compondo o quadro do local. Nesse contexto observa-se que o quantitativo de profissionais da clínica esta inadequado ao perfil atual de cuidados predominantes, o que afeta diretamente na qualidade de serviços prestados. O subdimensionamento de enfermeiros interfere na sistematização da enfermagem. O planejamento e execução, principalmente de ações mais complexas prestadas a pacientes semi-intensivos e demais clientes, são diretamente influenciados, pressupondo-se devido à sobrecarga do trabalho que algumas determinadas atividades de maior complexidade muitas vezes são realizadas pelo técnico, atividades essas que deveriam estar sendo realizadas por enfermeiros, segundo a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Brasil,1986).

O dimensionamento de pessoal infere no atendimento integral ao paciente, no estabelecimento de uma equipe consolidada, na qualidade de trabalho do profissional, e na efetivação do processo de enfermagem. Dessa forma faz-se necessário a adequação dos recursos humanas para a qualidade do serviço.

## 7 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou expor a importância da aplicação de um instrumento gerencial, o cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, evidenciando o processo de classificação de pacientes quanto a demanda de cuidado do paciente, possibilitando assim a compreensão da dinâmica da clínica estudada, a realidade e as dificuldades enfrentadas na área gerencial do dimensionamento de recursos humanos.

O instrumento de *Fugulin* (2002) mostrou-se adequado na identificação do perfil de cuidados demandados pela clínica, expondo a situação da unidade que, como discutido no estudo, destaca-se quanto ao perfil de cuidados esperados. Possibilitando então, perceber a complexidade da assistência de enfermagem da Unidade.

O desenvolvimento da pesquisa permitiu aproximação e conhecimento acerca do processo gerencial da clínica médica em estudo, a possibilidade de visualizar a dinâmica do local. Permitiu a identificação de um déficit no quadro de profissionais de enfermagem, o quadro existente mostrou-se inferior ao projetado. A categoria de enfermeiro mostrou maior subdimensionamento, onde há uma grande discrepância, 20 profissionais projetados, sendo que há apenas 5 profissionais atuando na Unidade. Possibilitando então concluir-se que determinadas atividades de maior complexidade, atividades essas que deveriam estar sendo realizadas por enfermeiros, segundo a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Brasil,1986).

A análise no quantitativo de pessoal de enfermagem aponta a necessidade de adequação do quadro de pessoal atual da clínica, com base no perfil de cuidados demandados. O estudo serve de subsídio nesse processo de gerenciamento, planejamento e melhoria da assistência de enfermagem. Além de promover e incentivar a prática de pesquisa na clínica, tendo como foco a qualidade de assistência de enfermagem e melhoria da qualidade de vida dos pacientes internados.



## ANEXO A - Instrumento de Classificação de Pacientes - Fugulin

ÁREA DE CUIDADO	GRADAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume)	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais vitais	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)
Motilidade	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	Movimenta todos os segmentos corporais
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Auto suficiente
Cuidado corporal	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
Eliminação	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
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A.	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica	E.V. intermitente	I.M. ou V.O.

## Pontuação:

Cuidados Mínimos: 9 a 14 pontos

Cuidados Intermediários: 15 a 20 pontos

Cuidados alta dependência: 21 a 26 pontos

Cuidados semi-intensivos: 27 a 31 pontos

Cuidados intensivos: acima de 31 pontos

## 8 REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5 .ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. 284 p.

ALYRIO, R.D. **Metodologia Científica**. PPGEN: UFRRJ, 2008.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD N. A. S. **Fundamentos de metodologia: um guia para iniciação científica**. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Resolução COFEN nº 293/2004. **Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados**. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-desauade/exercicio-profissional/res\\_293.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-desauade/exercicio-profissional/res_293.pdf)>. Acessado em 10 set, 2014, às 13:30.

BRASIL. LEI 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>>. Acessado em 20 out 2014, às 14:00.

CHENSO M.Z.B; HADDAD M.C.L; SÊCCO I.A.O; DORIGÃO A.M.; NISHIYAMA M.N; Cálculo de pessoal de enfermagem em Hospital Universitário do Paraná: uma proposta de adequação. **Semina Cienc Biol Saude**. 2004; v.25,81-92 p.

FELLI V.E.A.; PEDUZZI M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, organizador. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.

FUGULIN F.M.T. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino** 2002. 80 p. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP.

FUGULIN F.M.T. **Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares: análise da resolução COFEN nº 293/04**; 2010. 154 p. [tese (livre-docência)]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP.

GAIDZINSKII R.R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 1998. 118 p.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Sistematização da assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo**. Trabalho apresentado na Mesa Redonda do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem: **A sistematização da assistência: o processo e a experiência**. Recife, 2009

GIL A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas; 2007. 206p.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. 1. Ed. São Paulo: EPU, 1979, 100p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 20 de out. 2014.

KLETEMBERG D.F. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica** [dissertação]. Curitiba: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2004.

KURCGANT P.; CUNHA K.; GAIDZINSKI R.R. Subsídios para a estimativa de pessoal em enfermagem. **Enfoque** 1989; v.17,n.3: 79-81p.

LAUS, A. M.; ANSELMINI, M.L. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 4, Aug. 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692004000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 13 set. 2014.

LIMA K.F, TSUKAMOTO R, FUGULIN F.M.T. **Aplicação do NursingActivities Score (NAS) em pacientes de alta dependência de enfermagem**. Texto Contexto Enferm. 2008; v.13, n.1: 638-46p.

MARQUES, A. J. S.; MENDES, E. V.; LIMA, H. O. **O choque de gestão em Minas Gerais: Resultados na Saúde**. – Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. 360p.

MATOS, S.S.; CARDOSO, S.M.M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade clínica. **Rev. Pesq.:Cuid. Fundam.** 2012. Out./dez. v.4, n.4: 3052-59 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria MS/GM -1101/02 – **Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2002.

NEVES, R.S.; SHIMIZU, H.E. Análise da implementação da sistematização da assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. Bras. Enf., Brasília**, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.

NUNES A. **O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema único de saúde**. In: Camarano AA. Os novo idosos brasileiros: muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 1-24.

OLIVEIRA, R. P.; LAUS, A. M. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo , v. 45, n. 5, Oct. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Out. 2014.

PICCHIAI, D : **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em Hospitais**. Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2009

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

QUELUCI, G.C.; FIGUEIREDO, N.M.A. Sobre as situações de enfermagem e seus graus de complexidade – menor, média e maior – na prática assistencial hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 171-76, jan-mar, 2010.

Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**, Brasília. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996.

RICHARDSON, R. J.. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

Serviço de arquivo Médico e Estatística (SAME) - Relatório de número de cirurgias por períodos.

WATSON, J. (1988) - **Nursing: human science and human care**. A theory of nursing. New York: National League for Nursing.

WOLFF, L.D.G. **Um modelo para avaliar o impacto do ambiente operacional na produtividade de hospitais brasileiros**. 2005. 306f. [Tese] Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

TRANQUITELLI A.M., PADILLHA K.G. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. **RevEscEnferm USP**. 2007, v.41, n.1: 141-6 p.