

**RENATO OHARA**

**Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos  
de um pronto-socorro**

Dissertação apresentada à Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo – EERP/USP  
para obtenção do Título de Mestre em  
Enfermagem

Área de Concentração: Enfermagem  
Fundamental

Linha de pesquisa: Dinâmica da  
organização dos serviços de saúde e de  
enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Regina  
Antonietto da Costa Melo

**Ribeirão Preto**

**2009**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ribeirão Preto-SP, \_\_\_\_\_ de Junho de 2009

---

RENATO OHARA

#### Ficha Catalográfica

Ohara, Renato. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto-socorro. / Renato Ohara – Ribeirão Preto, 2009.

72 p.

Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Márcia Regina Antonietto da Costa Melo

Descritores: Pronto-socorro , Dimensionamento de pessoal, Classificação de pacientes, Equipe de enfermagem.

Nome: RENATO OHARA

Título: Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto-socorro

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Programa de Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem

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

**Banca Examinadora**

Profª Drª Márcia Regina Antonietto da Costa Melo

Instituição: EERP-USP

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profº Drº

Instituição:

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profº Drº

Instituição:

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profº Drº

Instituição:

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## Dedicatória

*A Deus*

*Aos meus pais pela formação e exemplo*

*Aos meus filhos **Lucas, Vitória e João Vítor** que me ensinam todos os dias a ser  
uma pessoa melhor*

*À **Elisabete**, exemplo de persistência, acima de tudo companheira, sempre  
acreditou que era possível quando eu mesmo não acreditei que seria*

*A todas as pessoas que em momentos de fragilidade e vulnerabilidade se  
disponibilizaram a colaborar neste estudo*

## Agradecimentos

*À Profª Drª Márcia Regina Antonietto da Costa Melo pela orientação deste trabalho  
mas principalmente pela paciência e persistência*

*À Professoras Doutoras Ana Maria Laus e Janete Rodrigues da Silva Nakao pelas  
valiosas sugestões no exame de qualificação*

*À Associação Santa Marcelina que não agrega serviços mas exemplos de como é  
possível fazer melhor*

*Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pelo  
auxílio no desenvolvimento deste trabalho*

*À Faculdade Santa Marcelina pela oportunidade e pelo crédito*

*Às Enfermeiras Daniela de Cássia Teixeira da Silva e Michelle Januário Simões pela  
inestimável colaboração na coleta dos dados*

*À Profª Drª Kátia de Carvalho Cunha por ter acreditado que era possível e pelo  
incentivo*

*Todos os agradecimentos registrados podem não ser suficientes e justos a todos  
que colaboraram e possibilitaram a realização deste trabalho, de qualquer forma  
muito obrigado!*

## Resumo

OHARA, R. **Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto-socorro**. 2009. 71 f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

O pronto socorro é uma unidade do hospital destinada à assistência a pacientes externos com ou sem risco de morte, que necessitam de atendimento imediato, cujo funcionamento se dá nas 24 horas do dia sendo fundamental a determinação do número necessário de profissionais de enfermagem para prestar assistência com qualidade satisfatória, pois a falta de profissionais de enfermagem com diferentes níveis de formação e a sobrecarga de trabalho aumentam o risco de ocorrência de falhas com prejuízo da qualidade na assistência ao paciente. Os instrumentos de classificação de pacientes são utilizados pela enfermagem em qualquer unidade assistencial e estabelecem as características da população assistida de acordo com a necessidade de cuidados requerida, sendo indispensável para a determinação das necessidades de pessoal e alocação quantitativa e qualitativa dos mesmos. Com o objetivo de caracterizar o perfil assistencial dos pacientes adultos durante a internação no pronto-socorro como um dos subsídios para o dimensionamento do pessoal de enfermagem desenvolveu-se uma pesquisa exploratória no método do estudo de caso, em um pronto-socorro, clínico e cirúrgico, de um hospital geral, público estadual que possui 24 leitos de observação e dez leitos na unidade de atendimento de emergências, localizado no extremo leste do município de São Paulo que trabalha com demanda espontânea do usuário. Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes adultos internados na unidade de emergência e nas salas de observação durante o mês de janeiro de 2009, os dados foram coletados por meio da aplicação do instrumento de classificação de pacientes de Fugulin (2002) que avalia nove áreas de cuidado (Estado mental, Oxigenação, Sinais Vitais, Motilidade, Deambulação, Alimentação, Cuidado Corporal, Eliminação e Terapêutica). Foram realizadas 1.228 avaliações, sendo verificados 91 pacientes na categoria de cuidados intensivos, 75 na categoria de cuidados semi-intensivos, 245 com alta dependência para a assistência de enfermagem, 272 com complexidade assistencial intermediária e 545 com a mínima. Houve a constatação de muitos pacientes da psiquiatria internados no pronto-socorro à espera de vagas para internação na unidade especializada requerendo da equipe de enfermagem uma assistência diferenciada para a manutenção da integridade física desses pacientes. Verificou-se por meio do número médio mensal de atendimentos realizados que a maioria dos usuários do pronto-socorro não necessitava de internação mas foram atraídos para esse serviço em busca de consultas de rotina acabando por sobrecarregar a equipe multiprofissional que atua nessa unidade que apresentou uma taxa de ocupação média acima da previsão dos leitos físicos disponíveis tornando a planta física inadequada para pacientes e profissionais devido às internações em macas pelos corredores, reflexo da falta de um serviço de regulação.

Palavras chave: Pronto-socorro, Dimensionamento de pessoal, Classificação de pacientes, Equipe de enfermagem.

## Abstract

OHARA, R. **Characterization of the care profile of adult patients of an emergency medical service.** 2009. 71 f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

The emergency medical service is the hospital ward designated to outpatient care with or without death risk for those who need immediate care, whose attendance is 24 hours a day, being essential the determination of a required number of nursing professionals for delivering satisfactory quality care, since the lack of nursing professionals with different levels of background and work overload increase the risk of errors, impairing the quality of patient care. The instruments of patient classification are used by nursing in any care ward and set up the characteristics of the population assisted, according to the need of care required, being vital for determining the personnel needs and its quantitative and qualitative allocation. Aiming to characterize the adult patient care profile throughout the admission at the emergency medical service, as a support for nursing personnel dimensioning, it was developed an exploratory research in a study of case method, at a clinic and surgical emergency room of a general, public state hospital that holds 24 observation beds and 10 beds at the emergency attendance ward, located at the extreme east of São Paulo city and which works with spontaneous demand of users. The subjects of research were adult patients admitted at the emergency ward and the observation rooms throughout the month of January, 2009. Data was collected through the application of an instrument of patient classification by Fugulin (2002), which evaluates nine care areas (Mental Status, Oxygenation, Vital Signs, Motility, walking, Feeding, Body Care, Elimination and Therapeutics). It was made 1228 evaluations, in which 91 patients in the intensive care category were verified, 75 in the semi-intensive care, 245 with high dependence of nursing care, 272 with intermediate care complexity and 545 with minimal one. There was the evidence of many psychiatric patients admitted in the emergency room waiting for a vacancy in the specialized ward requiring from the nursing staff special care for keeping the physical integrity of those patients. It was verified by the monthly average number of attendance that most emergency room users didn't need admission, but they were attracted to this service in search for routine appointments, leading to overload the multi-professional team that works in this ward, which presented an average occupancy rate above the prediction of official beds available, making the physical space inadequate for patients and professionals, due to the admissions in beds spread in corridors, result of lack of service control.

Key words: Emergency medical service, Personnel dimensioning, Patient classification, Nursing staff.

## Resumen

**OHARA, R. Caracterización del perfil asistencial de los pacientes adultos de un servicio médico de urgencia . 2009. 71 f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.**

El servicio médico de urgencia es una unidad del hospital destinada a la asistencia de pacientes externos con o sin riesgo de muerte, que necesitan de atención o inmediato, cuyo funcionamiento es durante las 24 horas del día siendo fundamental la determinación del número necesario de profesionales de enfermería para dar asistencia con calidad satisfactoria, ya que la falta de profesionales de enfermería con diferentes niveles de graduación y la sobrecarga de trabajo aumentan el riesgo de ocurrencia de fallas con perjuicio de la calidad en la asistencia al paciente. Los instrumentos de clasificación de pacientes son utilizados por la enfermería en cualquier unidad asistencial y establecen las características de la población asistida de acuerdo con la necesidad de cuidados requeridos, siendo indispensable para la determinación de las necesidades del personal y asignación cuantitativa y cualitativa de los mismos. Con el objetivo de caracterizar el perfil asistencial de los pacientes adultos durante la internación en el servicio médico de urgencia como uno de los subsidios para el dimensionamiento del personal de enfermería se desarrolló una investigación exploratoria en el método del estudio de caso, en un servicio médico de urgencia, clínico y de cirugía, de un hospital general, público estatal que posee 24 camas de observación y diez camas en la unidad de atendimento de emergencias, localizado en el extremo este del municipio de San Pablo que trabaja con demanda espontánea del usuario. Los sujetos de la investigación fueron los pacientes adultos internados en la unidad de emergencia y en las salas de observación durante el mes de enero del 2009, los datos fueron recogidos por medio de la aplicación del instrumento de clasificación de pacientes de Fugulin (2002) que evalúa nueve áreas de cuidado (Estado mental, Oxigenación, Señales Vitales, Motilidad, Deambulación, Alimentación, Cuidado Corporal, Eliminación y Terapéutica). Fueron realizadas 1.228 evaluaciones, siendo verificados 91 pacientes en la categoría de cuidados intensivos, 75 en la categoría de cuidados semi-intensivos, 245 con alta dependencia para asistencia de enfermería, 272 con complejidad asistencial intermediaria y 545 con la mínima. Hubo la constatación de que muchos pacientes de psiquiatría internados en el pronto-socorro a espera de lugar para internación en la unidad especializada requiriendo del equipo de enfermería una asistencia diferenciada para el mantenimiento de la integridad física de esos pacientes. Se verificó por medio del número promedio mensual de atendimientos realizados que la mayoría de los usuarios del servicio médico de urgencia no necesitaban de internación pero fueron atraídos para ese servicio en busca de consultas de rutina acabando por sobrecargar al equipo multiprofesional que actúa en esa unidad que presentó una tasa de ocupación promedio arriba de la previsión de las camas oficiales disponibles convirtiendo la planta física inadecuada para pacientes y profesionales debido a las internaciones en camillas por los pasillos, reflejo de la falta de un servicio de reglamentación.

Palabras clave: Servicio médico de urgencia, Dimensionamiento de personal, Clasificación de pacientes, Equipo de enfermería.



## Lista de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Caracterização da Unidade de Pronto Socorro em relação ao número de leitos e do número de atendimentos realizados no ano de 2008.....	32
<b>Tabela 2.</b> Caracterização da Unidade de Pronto Socorro em relação ao número total de profissionais de enfermagem para as 24 horas do dia, distribuídos em quatro plantões.....	34
<b>Tabela 3.</b> Número total de avaliações dos pacientes adultos e frequência de distribuição quanto ao grau de dependência assistencial no período de 30 dias no Pronto Socorro.....	41
<b>Tabela 4.</b> Número total de avaliações dos pacientes adultos e frequência de distribuição de acordo com a pontuação por grau de dependência no período de 30 dias.....	42
<b>Tabela 5.</b> Número total de avaliações dos pacientes adultos distribuídos por unidade de internação no Pronto Socorro no período de 30 dias.....	44
<b>Tabela 6.</b> Número total de avaliações dos pacientes adultos e frequência de distribuição quanto ao grau de dependência assistencial no período de 30 dias no Pronto-socorro, de acordo com a Resolução COFEN Nº 293/2004.....	46

## Lista de figuras

- Figura 1.** Distribuição das Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo por regiões geográficas.....28
- Figura 2.** Fluxograma de atendimento dos pacientes adultos do pronto-socorro.....32

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 O Pronto socorro.....	22
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	26
2.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	27
2.2 LOCAL DO ESTUDO.....	27
2.2.1 A Organização Social de Saúde Santa Marcelina .....	28
2.2.2 O Hospital Geral do Itaim Paulista.....	29
2.2.3 A Unidade de Pronto Socorro do Hospital Geral do Itaim Paulista.....	30
2.4 SUJEITOS DA PESQUISA .....	35
2.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	35
2.6 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	37
2.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	38
2.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
<b>3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	40
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL ASSISTENCIAL.....	41
3.2 DISCUSSÃO DOS DADOS.....	47
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	53
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	57
APÊNDICE 1.....	65
APÊNDICE 2.....	66
APÊNDICE 3.....	67
APÊNDICE 4.....	68
APÊNDICE 5.....	69
ANEXO 1.....	71

---

*Introdução*

## 1. INTRODUÇÃO

A temática do dimensionamento de pessoal, das competências requeridas ao enfermeiro para a sua realização, dos parâmetros estabelecidos e principalmente quais variáveis deviam ser consideradas para esse cálculo despertaram meu interesse durante a graduação em enfermagem e continuaram sendo foco de atenção, enquanto atuava como enfermeiro em uma unidade de pronto-socorro de um hospital geral no município de São Paulo.

O processo de trabalho no pronto-socorro era bastante intenso, por ser desenvolvido em uma unidade que funciona de porta aberta e com demanda espontânea em uma região bastante populosa e carente no município de São Paulo.

Nessa época, eram frequentes, por parte dos enfermeiros de todos os turnos de trabalho do pronto-socorro as colocações sobre as dificuldades enfrentadas diariamente no desenvolvimento das atividades com relação às questões: falta de profissionais de enfermagem com diferentes níveis de formação; sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, aumento no risco de ocorrência de falhas na assistência ao paciente. A esse propósito, Veiga (1995), reforça que a constante pressão gerada pela ansiedade e pelo estresse pode determinar a ocorrência de iatrogenias por parte da equipe de enfermagem.

Além das questões relativas à qualidade da assistência de enfermagem prestada aos clientes e da possibilidade de incidência de erros durante essa prática, também era preocupante o número de ausências não previstas, a própria qualidade de vida no trabalho e o grau de satisfação dos profissionais de enfermagem do pronto-socorro.

Em 2003, durante a realização do curso de pós-graduação *lato sensu* em Gerenciamento de Unidades e Serviços de Enfermagem na Faculdade Santa Marcelina, e depois de uma breve vivência num pronto-socorro de um hospital público municipal da zona leste do município de São Paulo, me aproximei mais da temática devido às discussões com outros enfermeiros que vivenciavam outras realidades institucionais.

A constatação, porém, foi de que as dificuldades eram muito semelhantes em termos de falta de subsídios, primeiramente para a determinação do número necessário de profissionais de enfermagem para prestar assistência com qualidade satisfatória, tanto para os pacientes quanto para os profissionais envolvidos e depois, para a reivindicação e argumentação, frente aos administradores, quanto à necessidade de ampliação do quadro laborativo.

Embora o pessoal de enfermagem represente o maior contingente nas instituições de saúde, estudos de diversos autores como Bittar (1997), Picchiai (2000) e Antunes e Costa (2003) demonstram que a questão do seu dimensionamento adequado ainda é polêmica, principalmente no que se refere à sua adequação enquanto recurso necessário para a assistência preconizada às especificidades e necessidades assistenciais de cada cliente.

Campedelli et al (1988) referem que o pessoal de enfermagem representa percentual importante quando comparado ao quantitativo total de profissionais no hospital, em virtude da natureza das atividades envolvidas, pois o serviço de enfermagem tem papel fundamental no atendimento à saúde dos pacientes.

De acordo com Madalosso (2000), a enfermagem atua diretamente com o cliente, por um período bastante prolongado e com um grande número de intervenções. A iatrogenia relaciona-se à privação do cuidado, à sua imposição ou à prestação insatisfatória de cuidados, de forma que as ações ou omissões causem algum transtorno, dano ou prejuízo ao bem-estar do cliente.

A questão da previsão da necessidade de pessoal para o desenvolvimento das atividades faz parte de todas as instituições, desde a mais simples prestadora de serviços até a mais complexa atividade industrial, não basta dispor de tecnologia de ponta, se ela não for adequadamente utilizada por pessoas competentes, com eficácia e eficiência.

De acordo com Chiavenato (2002, p.199),

(...) o planejamento de pessoal é o processo de decisão a respeito dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos organizacionais, em determinado período de tempo. Trata-se de

antecipar qual a força de trabalho e os talentos humanos necessários para a realização da ação organizacional futura. (...) Para alcançar todo seu potencial de realizações, a organização precisa ter as pessoas adequadas disponíveis para o trabalho a ser realizado. Em termos práticos, isto significa que todos os gerentes devem estar seguros de que os cargos sob sua responsabilidade estão ocupados por pessoas capazes de desempenhá-los adequadamente (...)

Segundo Gaidzinski (1994, p.8),

(...)o dimensionamento de pessoal de enfermagem é a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta e indiretamente prestada à clientela.

O dimensionamento do pessoal de enfermagem deve ser realizado pelo enfermeiro, devendo, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2004), ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem. Mas, enquanto o processo, sofre influência direta de uma série de fatores determinantes relacionados às questões institucionais, principalmente aquelas que envolvem recursos financeiros, uma vez que a folha de pagamento representa o maior custo dentro das instituições de saúde e os administradores, que habitualmente não são enfermeiros, nem sempre entendem a provisão adequada de pessoal como uma variável fundamental à qualidade da assistência.

Ao longo de anos, o dimensionamento de pessoal de enfermagem tem sido o foco, por parte de enfermeiros e administradores de serviços de saúde, por interferir diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde, uma vez que a equipe de enfermagem responde pela maioria do quadro de pessoal das instituições. (GAIDZINSKI, FUGULIN e CASTILHO, 2005).

Para a provisão de recursos humanos qualificados, requer-se primeiramente a realização de um planejamento com metodologia científica e com parâmetros técnicos definidos sobre o serviço a ser oferecido e os objetivos a serem alcançados. Sem esse planejamento não se pode propor categoricamente a real

necessidade dos recursos humanos e sim imaginar uma situação fictícia direcionando empiricamente as ações dos gestores.

Segundo a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 – Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (BRASIL, 1986), são funções privativas do enfermeiro a direção, chefia e organização dos serviços e unidades de enfermagem, sendo de sua inteira responsabilidade o planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. Portanto, a competência para o dimensionamento de pessoal de enfermagem é dos enfermeiros que, identificando e avaliando continuamente os recursos existentes, frente às necessidades da clientela, poderão elaborar propostas adequadas para esse provisionamento.

O Conselho Federal de Enfermagem, em consonância com a Lei do Exercício Profissional, estabelece na Resolução 293/2004 (COFEN, 2004) que o planejamento das necessidades de pessoal ou dimensionamento de pessoal de enfermagem, nas unidades assistenciais, é de competência do enfermeiro, assim como deve ser garantida sua autonomia no gerenciamento desse quadro de profissionais. Embora esteja previsto nas duas instâncias, os enfermeiros têm tido dificuldade para assegurar esta ação.

Gaidzinski (1998) afirma que, na prática, a falta de uma metodologia de dimensionamento do pessoal de enfermagem que esteja fundamentada em parâmetros definidos em termos operacionais, fragiliza as argumentações do enfermeiro frente à administração do hospital.

Chenso et al (2004, p.83) complementam que,

(...) o ajuste dos recursos humanos necessários para suprir as demandas do trabalho de enfermagem e das tarefas que são destinadas a estes trabalhadores constitui um estudo que deve levar em conta inúmeras variáveis: quais atividades de verão ser realizadas, qual a complexidade e necessidade de qualificação técnica e específica, qual a dependência de enfermagem, qual a tecnologia necessária, quais os recursos técnicos e materiais disponíveis e quais as características de ordem técnica, científica e pessoal dos trabalhadores (...)



O modelo proposto por Gaidzinski (1998) para a realização do dimensionamento do pessoal de enfermagem considera como variáveis intervenientes desse processo: a complexidade assistencial, identificada por meio da utilização de um instrumento de classificação de pacientes; a carga de trabalho da unidade; o tempo efetivo de trabalho e o índice de ausências previstas ou não ao serviço.

Para o cálculo da carga de trabalho, devemos inicialmente utilizar um sistema de classificação de pacientes, que estabelece o seu grau de dependência em relação à equipe de enfermagem.

O cálculo da carga de trabalho, de acordo com Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2005), é definido pelo produto da quantidade média diária de pacientes assistidos, segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem ou tipo de atendimento necessário, pelo tempo médio de assistência, por paciente, de acordo com o grau de dependência determinado por meio de um sistema de classificação.

Rodrigues Filho (1992) considera que a tomada de decisões referentes à determinação adequada de pessoal de enfermagem requer necessariamente que o enfermeiro utilize um sistema de classificação de pacientes.

A idéia de classificação de pacientes já tinha sido visualizada por Florence Nightingale e a sua utilização foi iniciada na década de 1960, nos Estados Unidos da América. Contudo, conforme Gaidzinski (1998), foi Ribeiro (1972), a partir dos estudos desenvolvidos no Johns Hopkins Hospital, no Brasil, a pioneira na iniciativa de propor a utilização de uma classificação de pacientes por diferenciação assistencial para o dimensionamento de pessoal. Esse instrumento foi denominado cálculo para o provimento de pessoal de enfermagem pelos critérios da assistência progressiva, com a distribuição da equipe de enfermagem de acordo com a complexidade assistencial.

Desde então, pesquisadores brasileiros, tais como Fugulin et al (1994), Fugulin (1997), Perroca (2000), Martins e Haddad (2000), Bochembuzio e Gaidzinski (2005), entre outros, vêm desenvolvendo estudos de modo a favorecer os enfermeiros na execução dessa atividade, por meio de elaboração e validação de instrumentos de classificação de pacientes.

Estudos realizados por Gaidzinski (1998), Nicola (2004), entre outros, referem que a qualidade da assistência de enfermagem necessita de um gerenciamento adequado dos recursos humanos, por meio do estabelecimento das competências necessárias para a realização dessas atividades. Portanto, os enfermeiros devem estar instrumentalizados para o dimensionamento adequado de suas equipes, sendo a categorização das necessidades assistenciais uma condição fundamental.

Os instrumentos de classificação são utilizados pela enfermagem para definir a categorização dos pacientes de acordo com a necessidade de cuidados requerida para nortear o processo decisório relacionado à alocação quantitativa e qualitativa do pessoal de enfermagem, planejamento de custos e qualidade do cuidado. (PERROCA e GAIDZINSKI, 2003).

Tranquitelli e Padilha (2007) argumentam que os sistemas de classificação de pacientes contribuem tanto para a assistência quanto para o gerenciamento das unidades hospitalares quando são de fácil aplicação, validados e precisos e oferecem resultados seguros para a avaliação dos pacientes e da unidade.

A utilização de um sistema de classificação de pacientes estabelece as características da população assistida, sendo indispensável para a determinação das necessidades de pessoal e alocação de profissionais em qualquer unidade assistencial.

Alward (1983) já referia que além da classificação, a categorização dos pacientes, por meio da utilização de um sistema de classificação, permite a visualização do aumento do volume de trabalho nas unidades, justificando aos administradores dos hospitais, a necessidade de profissionais adicionais.

Segundo Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005, p.78)

O conhecimento do perfil assistencial dos pacientes pode subsidiar o planejamento e a implementação de programas assistenciais que melhor atendam às necessidades desses pacientes, auxiliando na distribuição diária e na capacidade dos recursos humanos de enfermagem para o atendimento de cada grupo de pacientes(...)

Nicola (2004), em seu estudo sobre o dimensionamento de pessoal num hospital universitário do Paraná, utilizou o sistema de classificação de pacientes de Perroca (2000), baseado nas necessidades individualizadas de cada paciente, de acordo com as necessidades humanas básicas afetadas estabelecidas por Horta (1979). O intuito era desvincular o trabalho da equipe de enfermagem da preocupação com a mera realização de tarefas. Considerou relevante a real condição do paciente e a capacidade e experiência dos profissionais para eficácia do dimensionamento.

Fugulin et al. (1994) propuseram um sistema para classificação para pacientes de clínica médica, de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem.

Martins e Haddad (2000) concluíram que a validação de um instrumento de classificação de pacientes em um hospital universitário na região norte do Paraná proporcionou aos enfermeiros uma análise profunda no processo de observação das necessidades dos pacientes, tornando-se uma ferramenta de trabalho eficiente na prática diária.

Para conhecer o perfil da clientela atendida num pronto-socorro especializado em afecções cardiovasculares, Farias (2003) inicialmente se propôs a utilizar o instrumento de classificação construído por Perroca (2000), composto por 13 indicadores críticos de cuidados de enfermagem. Todavia, na prática, esse instrumento demonstrou resultados de subdimensionamento dos cuidados e o autor do trabalho optou por utilizar o sistema de classificação de pacientes proposto por Fugulin (2002), que se revelou mais efetivo para aquele serviço. Em seu estudo, constatou uma carga de trabalho excessiva, uma defasagem entre o quadro de pessoal de enfermagem existente e o previsto e, um maior número de clientes assistidos com necessidades de assistência semi-intensiva seguido de clientes de alta dependência.

A fim de identificar o grau de dependência dos usuários atendidos na sala de emergência e na observação do pronto-socorro de um hospital-escola de Curitiba, Montezeli e Lopes (2006) aplicaram uma adaptação do sistema de classificação de pacientes proposto e validado por Martins e Haddad (2000), que classifica os

pacientes em quatro graus de dependência da enfermagem. Nesse estudo, os autores constataram a predominância de clientes com necessidades assistenciais de alta complexidade (graus III e IV) nas unidades de observação; e de clientes com necessidades de cuidados inter mediários (graus I e II) sendo atendidos na sala de emergência. Isso demonstrou uma descaracterização do serviço e um desvio das funções da equipe de enfermagem nas unidades de emergência do pronto-socorro.

Scapim, Tiveron e Marvulo (2007), em estudo realizado para o dimensionamento do pessoal de enfermagem em unidade de observação do pronto-socorro adulto do Hospital das Clínicas de Marília, utilizaram um instrumento de classificação de pacientes adaptado de Fugulin (1997) para caracterizar a clientela atendida e obter subsídios para o cálculo do pessoal naquela unidade. Identificaram clientes totalmente dependentes, independentes e parcialmente dependentes da equipe de enfermagem, com predominância de clientes parcialmente dependentes. Os referidos autores constataram, por meio da utilização dos valores de horas de assistência de enfermagem estabelecidos pela Resolução COFEN Nº 293/2004, um déficit no quantitativo de pessoal existente, um grande número de clientes que não foram computados, mas requeriam assistência de enfermagem. Perceberam a necessidade de uma reflexão sobre o processo de trabalho da equipe e da estrutura física da unidade.

Ressalta-se o trabalho de Fugulin (1997), que estabeleceu uma relação direta entre a complexidade assistencial do paciente e as horas de assistência de enfermagem para as categorias profissionais. Essa relação serve como parâmetro para o dimensionamento de pessoal estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem, atualmente por meio da Resolução COFEN Nº 293/2004 (COFEN, 2004), que determina os parâmetros mínimos para o dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde. Vale lembrar que essa Resolução é fundamentada na complexidade assistencial da clientela e esse é um dado ainda pouco estudado nas unidades de pronto-socorro.

Outra variável interveniente no processo de dimensionamento, consoante Gaidzinski (1998), é o tempo diário efetivo de trabalho da equipe de enfermagem. De acordo com o autor, os trabalhadores não são igualmente produtivos em todo o turno de trabalho, pois necessitam atender suas necessidades fisiológicas, possuem

períodos de descanso, trocam informações não ligadas ao trabalho, realizam deslocamentos desnecessários, entre outras atividades não diretamente relacionadas às suas atividades profissionais.

Partindo desse pressuposto, Fugulin (2002) utilizou um índice de 85% de produtividade das horas de trabalho, avaliado como um índice excelente por Biseng (1996), para dimensionar e avaliar o quadro de enfermeiras da Unidade Terapia Intensiva pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Para Mello (2002), o tempo utilizado para desempenhar atividades não específicas da enfermagem, a motivação, o desempenho do trabalhador, o uso de tecnologia e os métodos de trabalho que sustentam o seu desempenho, são fatores importantes que influenciam diretamente a produtividade dos profissionais.

Bordin (2008) realizou estudo para identificar e analisar a distribuição do tempo de trabalho de enfermeiras em unidades de internação médico-cirúrgica do Hospital e Maternidade São Camilo Pompeia, um hospital privado localizado na zona oeste do município de São Paulo e constatou que, nesse serviço, as enfermeiras utilizam 17,8% do tempo de trabalho para a realização de atividades classificadas como de tempo pessoal (alimentação, descanso, eliminações fisiológicas, chamadas telefônicas pessoais e socialização com colegas) valor aproximado ao utilizado por Fugulin (2002).

Para suprir a necessidade de cobertura das ausências utiliza-se o Índice de Segurança Técnica (IST), que é outra variável a ser considerada no dimensionamento de pessoal. Este valor percentual é destinado à cobertura das taxas de absenteísmo (ausências não programadas ao trabalho – faltas, licenças saúde, vagas por demissão, suspensões) e das ausências por benefícios (ausências programadas ao trabalho - (folgas, férias, feriados, licença prêmio). A Resolução COFEN Nº 293/2004 estabelece um percentual mínimo de 15% para o índice de segurança técnica, recomendando que este deve ser adequado à realidade de cada instituição

Gaidzinski et al (1998) já referenciavam que o elevado percentual das ausências previstas é o que mais interfere no quadro de pessoal de enfermagem que está trabalhando, principalmente pelo fato de representar um direito adquirido,

independente do regime formal de contratação e por normalmente não haver profissionais para a cobertura desse tipo de ausência, causando sobrecarga de trabalho e insatisfação.

Os mesmos questionamentos foram feitos por Farias (2003, p.40) em sua tese de doutorado. Embora realizada em um pronto-socorro especializado em afecções cardiovasculares, estes também inquietaram os enfermeiros da unidade de pronto-socorro de um hospital geral.

De acordo com esse autor, os dados relativos às horas despendidas na assistência de enfermagem não foram efetivamente calculados devido à diversidade de atividades e atendimento.

Diante disso, questionamentos foram surgindo, para os quais não tínhamos respostas, a saber: quanto tempo dispomos aos pacientes/clientes que requerem assistência de enfermagem de baixa, média ou alta complexidade? E para os que ficam em observação por algumas horas? E os que realmente permanecem internados na unidade? Qual o tempo necessário para a enfermeira orientar o cliente/família em um Pronto Socorro?

### 1.1 O Pronto-socorro

O pronto-socorro é uma unidade do hospital destinada à assistência a pacientes externos com ou sem risco de morte, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato; funciona nas 24 horas do dia e dispõe de leitos de observação. (BRASIL, 1987).

Para tanto, as unidades de pronto-socorro, públicas e privadas, devem estar estruturadas para prestar assistência adequada em situações de urgência, caracterizada por casos que necessitam de atendimento rápido, porém sem risco de morte iminente e, emergência, com risco imediato de morte.

Além de assegurar as manobras de sustentação de vida, essas unidades têm representado a porta de entrada para os usuários que buscam resolubilidade para demandas que deveriam ser atendidas em outros níveis de atenção à saúde.

Muitos casos deveriam receber atendimento em unidades de pronto-atendimento que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1987), é a unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato.

O Ministério da Saúde, em sua Portaria nº 2.048, de 05/11/2002, publicada no Diário Oficial da União nº 219, de 12/11/2002 (BRASIL, 2002), define que:

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos serviços que funcionam exclusivamente para este fim os tradicionais pronto-socorros - estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como porta-de-entrada do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes(...)

De acordo com Menzani (2006), a unidade de pronto-socorro possui uma demanda espontânea, muitas vezes maior que a prevista, resultando em condições de trabalho nem sempre adequadas, decorrentes de uma dinâmica intensa de atendimento.

Para atender demandas circunstanciais e muitas vezes inesperadas, a unidade de pronto-socorro necessita obrigatoriamente de uma equipe de enfermagem estruturada e capacitada, tanto quantitativamente quanto qualitativamente.

Segundo Dal Pai e Lautert (2005), a qualidade da assistência não é garantida somente com o uso de tecnologias, pois é influenciada decisivamente por aspectos relacionados ao objeto e à força de trabalho envolvidos no processo.

Para Awada e Rezende (2007), o pronto-socorro representa o último reduto para atendimento de pacientes desamparados pelo sistema de saúde e que são atraídos para esse serviço em busca de consultas de rotinas devido à ineficiência na atenção primária ou secundária.

Nesse sentido, a constatação de Garcia (2009, p.18), para as unidades de emergência, pode ser validada para as unidades de pronto-socorro de uma maneira geral, quando o autor refere que,

(...) a problemática relacionada ao planejamento, alocação e avaliação de recursos humanos de enfermagem assume maiores proporções devido, entre outros aspectos, à dinâmica de trabalho da unidade; à diversidade das ações desenvolvidas; à rotatividade de pacientes e à escassez de parâmetros, que dificultam a operacionalização dos métodos convencionais de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Considerando também que a definição rigorosa do que vem a ser urgência e emergência não é clara para a grande parte da população, o atendimento nos pronto-socorros acaba abrangendo toda uma demanda reprimida que não encontra acolhimento em outros serviços (ambulatórios, pronto atendimento, unidades básicas de saúde, etc). Trata-se de pacientes com queixas crônicas e sociais, que procuram esse serviço e sobrecarregam as equipes multiprofissionais, inclusive a equipe de enfermagem.

Montezeli e Lopes (2006), em estudo para implantação de um sistema de classificação de pacientes no pronto-socorro de um hospital-escola de Curitiba, constataram que havia um fluxo inadequado de pacientes na unidade, advinda de uma demanda excessiva e incompatível com os leitos de internação disponíveis, principalmente de terapia intensiva. Esse fluxo descaracteriza o serviço de emergência, uma vez que o pessoal de enfermagem devia prestar assistência específica de unidades de internação ou de terapia intensiva. O que se vê é a presença de pacientes internados que deveriam ser encaminhados para outras unidades.



Para Jung et al. (2003), a procura pelos serviços de emergência vem crescendo acentuadamente desde a década de 50 do século passado, tendendo a continuar aumentando. De acordo com os autores, a realidade vivenciada demonstra que a população requer serviços de saúde estruturados e providos de recursos humanos, materiais e tecnológicos necessários para que sejam resolutivos e ofereçam respostas às diversas demandas.

Dessa forma, a imprevisibilidade da demanda aliada à gravidade e à complexidade torna esse cenário um verdadeiro desafio e um dos setores mais importantes de um hospital, onde a assistência prestada deve primar por uma qualidade de nível elevado e ser qualificada para todas as adversidades possíveis, a fim de responder às expectativas dos usuários.

Em decorrência dessa situação, vivenciamos prontos-socorros lotados e, diferentemente das unidades de internação que possuem número fixo de leitos, o pronto-socorro não restringe o acesso do usuário, ocasionando a ativação de leitos extras que são operacionalizados pelos corredores na forma de macas.

Menzani (2006) refere que, no Brasil, o fluxo invertido de pacientes entre os serviços de saúde da rede básica e os serviços de alta complexidade resultam frequentemente em situações de superlotação dos prontos-socorros que passam a ser o principal local de triagem dos serviços de saúde, sobrecarregando a equipe multidisciplinar desses serviços.

Tomando como pano de fundo toda esta problemática que vem ocorrendo nos prontos socorros em relação ao aumento da demanda e a difícil organização da hierarquização dos serviços de saúde, a diversidade de necessidade de cuidado de enfermagem, e da vivência direta do processo de trabalho em unidades de pronto socorro, e a instituição em estudo não ter ainda um diagnóstico da situação, desencadeamos o estudo que tem por objetivo:

**Caracterizar o perfil assistencial dos pacientes adultos atendidos na unidade de pronto-socorro de um hospital geral como um dos subsídios para o dimensionamento do pessoal de enfermagem.**

---

*Metodologia*

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Este estudo foi desenvolvido na forma de uma pesquisa exploratória que, segundo Gil (2002, p.41), (...) “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses”.

Utilizou-se o método do estudo de caso que permite o esclarecimento do objeto em seus múltiplos aspectos.

Polit e Hungler (1995, p.125) definem que

Estudos de casos são investigações em profundidade de uma pessoa, grupo, instituição ou outra unidade social. O pesquisador que realiza um estudo de caso tenta analisar e compreender as variáveis importantes ao histórico, desenvolvimento ou cuidado dispensado ao indivíduo ou a seus problemas (...) Sem dúvida alguma, a maior vantagem dos estudos de caso é a profundidade possível, quando está sendo investigada uma quantidade limitada de pessoas, instituições ou grupos.

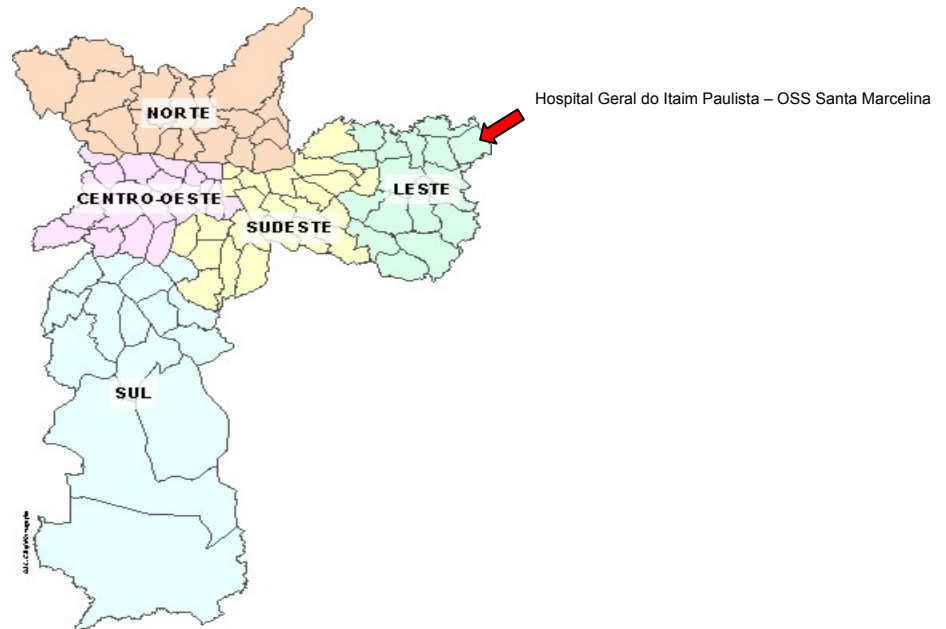
### 2.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um hospital geral, após a autorização institucional. (Apêndice 1)

A unidade local do estudo, um pronto-socorro geral, adulto, clínico e cirúrgico, desse hospital geral, público estadual, localizado no Distrito do Itaim Paulista, região do extremo leste do município de São Paulo (Figura 1) e que faz divisa com os municípios de Itaquaquecetuba, Poá e Ferraz de Vasconcelos.

O município de São Paulo possui 1.509 km<sup>2</sup> de área e uma população de 10.998.813 habitantes, e uma divisão administrativa dos serviços de saúde em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS (Norte, Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Leste). A Coordenadoria Regional Leste tem dentro de seus limites uma população de 2.543.813 habitantes. O Distrito do Itaim Paulista possui segundo essa divisão administrativa, uma população de 240.295 habitantes. A Região Leste não foge das características de região pobre do Município de São Paulo, onde há um acúmulo de

problemas na área da Saúde, Educação, Moradia, Trabalho, Segurança, etc (SÃO PAULO, 2009).



Fonte: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizações/0009>

Figura 1 - Distribuição das Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo por regiões geográficas, São Paulo, 2009

### 2.2.1 A Organização Social de Saúde Santa Marcelina

A Organização Social de Saúde é uma entidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e com comprovada experiência em serviços de saúde que administra por meio de um contrato de gestão com um hospital público (Yamada et al, 2002). No presente caso, o hospital é da esfera do Governo do Estado de São Paulo e garante 100% de atendimentos à população pelo Sistema Único de Saúde.

O contrato de gestão é um instrumento jurídico-legal de parceria entre o poder público e o setor privado para a implementação e operacionalização de serviços de saúde oferecidos à população.

Nesse modelo de gestão, o Poder Público faz o repasse dos recursos e bens necessários, e os parceiros garantem a execução das atividades, seguindo uma lógica de autonomia, flexibilidade e agilidade. O poder público deverá fazer o

controle do trabalho, com base no cumprimento de metas, de prazos e da análise de indicadores de produção de serviços de saúde, de cobertura da população e de qualidade dos serviços contratados, sempre com o objetivo de gerar impacto positivo na oferta de serviços à população (CARNEIRO JÚNIOR, 2002).

Em 1997, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo estabeleceu a forma de parceria entre Organizações Sociais de Saúde e o Poder Público para minimização das dificuldades que enfrentava. A perspectiva era otimizar os recursos disponíveis para o atendimento do Sistema Único de Saúde, visualizando a criação de mecanismos inovadores de gestão de serviços hospitalares, a fim de propiciar mecanismos de agilização administrativa nas áreas de gestão de pessoas; gestão de recursos materiais e serviços e acompanhamento da produtividade e da qualidade do atendimento e satisfação do usuário. Entre os anos de 1997 e 1998, foram concluídos alguns hospitais estaduais e a Secretaria optou por entregá-los à população sob a gerência de Organizações Sociais, que se caracterizam por serem entidades sem fins lucrativos, de reconhecido saber, capacidade e experiência gerencial, conforme os termos da Lei Complementar Nº 846 de 04/06/1998 (YAMADA et al, 2002).

### 2.2.2 O Hospital Geral do Itaim Paulista

O Hospital Geral do Itaim Paulista iniciou suas atividades em agosto de 1998. Seu gerenciamento era realizado, desde então, pela Organização Social de Saúde Santa Marcelina que faz parte de um complexo de saúde, administrado por uma entidade religiosa católica, constituído por mais três hospitais (dois no modelo de OSS, sendo um do governo do Estado de São Paulo localizado no município de Itaquaquecetuba e outro do Município de São Paulo, além de um hospital de porte extra, próprio, de alta complexidade, com 700 leitos de internação), Unidades Básicas de Saúde da Família e Unidades de Atendimento Médico Ambulatorial (AMA) que, no município de São Paulo, são responsáveis pela execução de serviços de atendimento médico não agendado para portadores de patologias de baixa e média complexidade, além de encaminhamentos de exames, medicação, curativos e suturas, podendo ainda oferecer outros serviços de acordo com plano de trabalho específico. (SANTA MARCELINA, 2009)

O Hospital Geral do Itaim Paulista possui 260 leitos de internação, sendo dez na unidade de terapia intensiva adulto, distribuídos nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, pediatria, ginecologia, obstetrícia, psiquiatria e neonatologia, além de um ambulatório de especialidades médicas (ortopedia, psiquiatria, ginecologia, cirurgia geral e vascular). (SANTA MARCELINA, 2009)

É caracterizado pela atenção secundária de média complexidade e maternidade e os atendimentos são realizados de acordo com o contrato de gestão, 100% pelo Sistema Único de Saúde. (YAMADA et al, 2002)

O Hospital Geral do Itaim Paulista foi submetido a um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado e, a partir de julho de 2008, recebeu o título de Hospital Acreditado Pleno, conferido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que confere certificações de qualidade aos serviços hospitalares. (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2009)

### 2.2.3 A Unidade de Pronto-socorro do Hospital Geral do Itaim Paulista

Localizada no andar térreo do hospital, a unidade de pronto-socorro trabalha com demanda espontânea do usuário, sendo priorizados os atendimentos de acordo com a gravidade e aqueles encaminhados pelas unidades, às quais o pronto-socorro serve como referência.

Na área do pronto-socorro, estão localizados dois consultórios para atendimentos de casos clínicos, dois para casos cirúrgicos, dois para a pediatria, um para a psiquiatria, um para a ortopedia e no quarto andar há um consultório para atendimentos de ginecologia e obstetrícia.

Além dos consultórios, o pronto-socorro tem em sua planta física sala de recepção e espera, sala de qualificação de riscos, sala de gesso, duas salas de sutura para pequenos procedimentos ambulatoriais, uma sala de medicação para crianças, uma para adultos, sala para inalação, local destinado à observação dos usuários que estão recebendo infusões endovenosas, uma farmácia e um almoxarifado satélites e um setor de radiologia e tomografia computadorizada.

A unidade possui planta física adequada para o atendimento de dez pacientes na sala de emergência e 24 pacientes distribuídos por três salas de observação, sendo uma sala com oito leitos fixos para pacientes do sexo feminino; uma sala com oito leitos fixos para pacientes do sexo masculino e uma sala que pode ser utilizada de acordo com a demanda de internação, observação ou reavaliação médica.

Usuários em urgências são encaminhados aos consultórios médicos das clínicas correspondentes para consulta. Após a consulta médica podem:

- Receber alta médica do consultório;
- Receber alta médica após medicação;
- Ser encaminhados para medicação, realização de exames e retorno ao consultório para reavaliação médica e alta ou observação, ou ainda;
- Ser encaminhados diretamente para internação hospitalar.

Nos casos de observação e internação hospitalar, a equipe de enfermagem realiza a admissão desses pacientes na unidade e dá continuidade à assistência de enfermagem necessária.

Os casos de emergência são encaminhados diretamente às salas de atendimento de emergências (casos clínicos, cirúrgicos, pediátricos, etc). Habitualmente, os usuários trazidos ao pronto-socorro pelos serviços de resgate dos bombeiros da polícia militar ou de atendimento móvel de urgência (SAMU) devem ser atendidos com prioridade.

A figura 2 demonstra o fluxo do atendimento dos pacientes adultos no pronto-socorro, desde a recepção até a alta médica ou internação hospitalar ou observação.

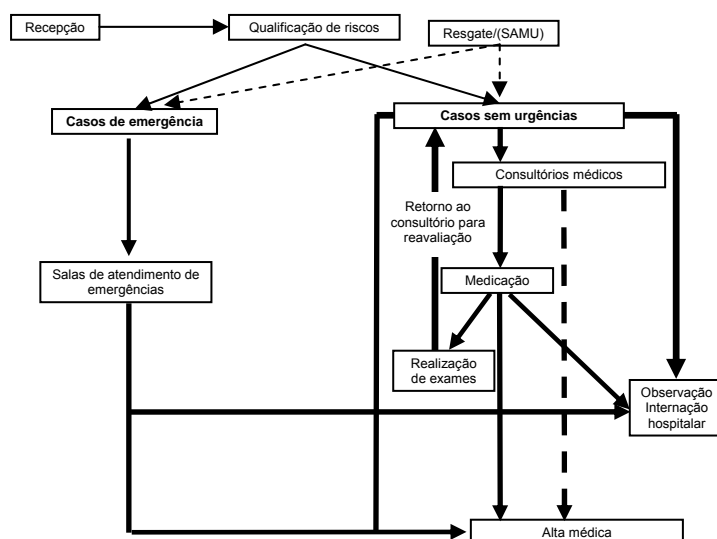


Figura 2 – Fluxograma de atendimento dos pacientes adultos do pronto-socorro do Hospital Geral do Itaim Paulista, OSS Santa Marcelina. São Paulo, 2009

A caracterização da unidade caso, em relação ao número de leitos e de atendimentos realizados no ano de 2008, foi feita por meio de dados coletados no setor de estatística da instituição de saúde onde foi realizada a pesquisa, denominado Serviço de Prontuário do Paciente – SPP (Apêndice 2) e apresentada na tabela 1.

**Tabela 1** - Caracterização da Unidade de Pronto-socorro em relação ao número de leitos e do número de atendimentos realizados no ano de 2008. São Paulo, 2009

Leitos de observação adulto no Pronto-socorro	24
Leitos na sala de emergência adulto	10
Média mensal de atendimentos - Geral	17.498
Média mensal de atendimentos – Pronto-socorro adulto	13.798
Média mensal de internações - Geral	1.320
Média mensal de internações – Pronto-socorro adulto	1.081

Fonte: Serviço de Prontuário de Paciente – SPP, Hospital Geral do Itaim Paulista, OSS Santa Marcelina, São Paulo, 2009



Pode-se observar na tabela 1 que a Unidade de Pronto-socorro possui 24 leitos de Observação para pacientes adultos e dez leitos na unidade de atendimento de emergências, destinados às manobras de sustentação da vida dos pacientes com risco iminente de morte e que necessitam de cuidados intensivos e semi-intensivos, em função da instabilidade hemodinâmica e da necessidade de cuidados permanentes de enfermagem, além da necessidade de permanecerem internados no PS, por não haver leitos na UTI em número suficiente para a demanda do hospital.

Constata-se que em 2008, houve uma média mensal de 17.498 atendimentos gerais (adulto<sup>1</sup> e infantil<sup>2</sup>) isto é, pacientes que passaram em consulta médica nos consultórios ou nas salas de emergência. Dessa média mensal total, 13.798 eram pacientes adultos. Ainda ocorreu uma média mensal geral de 1.320 internações de pacientes que necessitaram permanecer em observação ou que foram encaminhados às enfermarias ou ao centro cirúrgico, sendo que desses, 1.081 eram adultos que ficaram internados pelas especialidades de Clínica Médica, Cirúrgica, Ortopédica e Psiquiátrica.

Ainda de acordo com o serviço de pronto-socorro de paciente, a mesma unidade de pronto-socorro apresenta uma média de 17.800 atendimentos gerais mensais, com uma média de internações de 635 pacientes por mês no ano de 2007. (SANTA MARCELINA, 2008)

Embora oficialmente a unidade possua dez leitos para atendimento e internação na sala de emergência e 24 leitos de internação para observação, esse serviço trabalha com demanda espontânea do usuário sem um serviço de regulação, havendo a ocorrência de excedente de internações em relação ao número de leitos oficiais.

Em relação aos profissionais de enfermagem lotados no pronto-socorro para o período de 24 horas, podemos observar, na tabela 2, por meio dos dados fornecidos pelo Departamento de Enfermagem da instituição (Apêndice 3), o número total e a distribuição percentual por níveis de formação.

---

<sup>1</sup> Pacientes a partir de 12 anos de idade

<sup>2</sup> Pacientes até 11 anos 11 meses e 29 dias

**Tabela 2** - Caracterização da Unidade de Pronto-socorro em relação ao número total de profissionais de enfermagem para as 24 horas do dia, distribuídos em quatro plantões. São Paulo, 2009

Profissionais de enfermagem	Nº	%
Enfermeiros	14	9,46
Técnicos de enfermagem	11	7,43
Auxiliares de enfermagem	123	83,11
Total 148		100,00

Fonte: Departamento de Enfermagem. Hospital Geral do Itaim Paulista, OSS Santa Marcelina, São Paulo, 2009

A tabela 2 apresenta a caracterização do pronto-socorro em função do número total de profissionais de enfermagem para o período de 24 horas, distribuídos em quatro plantões e por categoria, inclusive os de férias, folgas e licenças.

Atualmente, dos 14 enfermeiros aí lotados, dois estão no setor de qualificação de riscos e prioridades para atendimentos, que funciona das 7 às 19 horas. Nesse setor é realizado o acolhimento com a escuta da queixa e o motivo da procura do serviço; são verificados os sinais vitais e de acordo com a avaliação do risco e gravidade de cada caso, o usuário é direcionado para o atendimento. Os 12 enfermeiros restantes estão distribuídos igualmente entre os quatro plantões (três no matutino, três no vespertino, três no noturno “par” e três no “ímpar”).

Os enfermeiros de cada plantão realizam escala de revezamento entre as unidades de emergência e observação adulto e infantil e assumem a assistência direta aos pacientes; a Sistematização da Assistência de Enfermagem que é realizada por meio de um sistema eletrônico informatizado; as questões administrativas e a responsabilidade técnica pela equipe de enfermagem.

Dos 11 técnicos de enfermagem, dois são escalados no plantão matutino, três no vespertino, três no noturno “par” e três no “ímpar”, sempre nas unidades de atendimento de emergência adulto e infantil.

A unidade possui um total de 123 auxiliares de enfermagem, sendo dois exclusivamente para a realização de eletrocardiogramas no período diurno, quatro para remoção de clientes internados que necessitam de procedimentos externos não realizados na instituição, distribuídos nos plantões diurno e noturno em jornadas

especiais de trabalho 12 x 36 (12 horas de trabalho por 36 horas de descanso), 32 no período matutino, 31 no vespertino, 27 no noturno “par” e 27 no “ímpar”.

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dos plantões diurnos realizam jornadas de seis horas diárias e jornada semanal de trabalho de 36 horas, enquanto os dos plantões noturnos cumprem jornadas especiais de trabalho 12 x 36.

Os plantões diurnos (matutino e vespertino) contam com um número de auxiliares de enfermagem maior que os plantões noturnos, em função de grande parte dos procedimentos de rotina serem realizados durante o dia, restando ao período noturno os procedimentos de urgência e emergência e a assistência de enfermagem aos pacientes aí internados ou em observação.

Vale ressaltar que nem todos os profissionais da equipe de enfermagem do pronto-socorro estão alocados em atividades onde ocorrem internações de pacientes adultos (unidades de emergência e observação), uma vez que a unidade dispõe de um pronto-socorro infantil.

### 2.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes adultos atendidos na unidade de emergência e os que ficaram em observação ou internados nas salas de observação do pronto-socorro durante o período da coleta dos dados.

Embora parte dessa unidade seja destinada a atendimentos pediátricos, estes não participaram como sujeitos, uma vez que o instrumento utilizado para a caracterização da clientela, de acordo com Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005), não atende integralmente às características do paciente pediátrico, sendo necessária a caracterização dessa clientela posteriormente por meio da utilização de instrumento apropriado.

### 2.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Partindo da experiência de Farias (2003), que realizou estudo do perfil assistencial da clientela de um pronto-socorro especializado em afecções cardiovasculares para o dimensionamento de pessoal de enfermagem, e que inicialmente utilizou o instrumento de Perroca (2000) e verificou uma classificação

subdimensionada dos pacientes, optamos pela utilização do instrumento proposto por Fugulin (2002) (ANEXO 1) para identificar, do ponto de vista da equipe de enfermagem, as características do perfil assistencial, dos clientes adultos atendidos no pronto-socorro do Hospital Geral do Itaim Paulista.

Esse instrumento de classificação de pacientes é o resultado da atribuição de pesos aos níveis de dependência do instrumento de classificação de Fugulin et al (1994), que foi desenvolvido e implantado na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Ele avalia nove áreas de cuidado (Estado mental, Oxigenação, Sinais Vitais, Motilidade, Deambulação, Alimentação, Cuidado Corporal, Eliminação e Terapêutica).

Fugulin (2002) estabelece, para cada uma das áreas de cuidado, pontuações que variam de um a quatro, de acordo com a gradação da complexidade assistencial apresentada pelo paciente no momento da avaliação, sendo a pontuação um a de menor complexidade e quatro a de maior complexidade assistencial requerida, indicando menor ou maior dependência em relação à equipe de enfermagem.

Ao final da avaliação, realiza-se a soma dos pontos atribuídos e verifica-se o grau de dependência em relação à equipe de enfermagem ou de complexidade assistencial em função das cinco categorias estabelecidas pelo instrumento, sendo nove a menor e 36 a maior pontuação possível:

- Cuidados intensivos: (entre 32 e 36 pontos) pacientes recuperáveis, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;
- Cuidados semi-intensivos: (entre 27 e 31 pontos) pacientes recuperáveis, sem risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;
- Alta dependência: (entre 21 e 26 pontos) pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, esotáveis sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

- Cuidados intermediários: (entre 15 e 20 pontos) 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 e;
- Cuidados mínimos: (entre 9 e 14 pontos) 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.

## 2.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por um período de 30 dias, no mês de janeiro de 2009, sempre no período da manhã, entre 7h30min e 12h.

Embora a Resolução COFEN 293/2004 estabeleça um período entre quatro a seis meses para a coleta de dados para a classificação e caracterização dos pacientes nas unidades, estudos estabelecem períodos menores para a coleta de dados, desde que utilizem períodos com oferta constante e que represente a produção que se deseja avaliar.

Tanaka e Melo (2004) estabelecem como o período mais prático, a utilização da “semana típica” que não deve ser precedida ou seguida de feriados ou estar situada em meses atípicos de férias.

Para Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2005), podemos classificar os pacientes uma vez ao dia, por um período mínimo de 30 (trinta) dias desde que o mês da coleta seja típico, ou seja, não esteja exposto a qualquer tipo de ocorrência que interfira na oferta de serviços e na quantidade de pacientes assistidos.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo não foi iniciada a coleta dos dados por ser um período atípico com feriados que normalmente interferem na demanda do pronto-socorro.

Embora os autores supra citados estabeleçam a semana ou mês típico como período de coleta ou para a classificação de pacientes, o mês de janeiro de 2009 não apresentou, no pronto-socorro, nenhuma variação significativa que o descaracterizasse como atípico para aquele setor.

Dessa maneira, o instrumento foi aplicado, após explicação dos objetivos da pesquisa e anuência, com leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo sujeito ou responsável legal (Apêndice 4), a todos os pacientes adultos atendidos nas unidades de emergência e de observação, masculina e feminina do pronto-socorro.

Os dados foram coletados pelo pesquisador e por alunos voluntários do oitavo semestre do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Santa Marcelina – FASM, que, após realização de treinamento e capacitação, avaliavam o paciente e o enquadravam na melhor categoria por área de cuidado, de acordo com o instrumento de classificação.

Todos os instrumentos preenchidos foram entregues ao pesquisador para conferência e registro em instrumento próprio. (Apêndice 5)

## 2.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados por meio do instrumento de classificação de pacientes de Fugulin (2002) foram digitados pelo próprio pesquisador, em uma planilha Excel e armazenados em um banco de dados.

Para a sua interpretação utilizou-se a estatística básica e para a discussão dos resultados, bibliografia apropriada.

## 2.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e foi aprovado em 15 de dezembro de 2008 (Of. CEP-EERP/USP –

274/2008). Recebeu autorização da instituição de saúde onde foi desenvolvido o estudo para a sua realização (Apêndice 1) e, obedeceu à Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. (BRASIL, 1996)

-Apresentação e discussão dos dados



### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A seguir serão apresentados os dados coletados por meio da aplicação do instrumento de classificação de pacientes de Fugulin (2002), realizada por um período de 30 dias, a todos os pacientes com 12 anos ou mais de idade, dos sexos masculino e feminino, atendidos ou internados nas salas de emergência e observações do pronto-socorro.

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL ASSISTENCIAL

A tabela 3 apresenta o número total de avaliações e a frequência de distribuição quanto à complexidade assistencial dos pacientes adultos no período de 30 dias no Pronto-socorro, de acordo com o instrumento de classificação por complexidade assistencial e grau de dependência da equipe de enfermagem proposta por Fugulin (2002) que estabelece cinco categorias de complexidade assistencial.

**Tabela 3.** Número total de avaliações dos pacientes adultos e frequência de distribuição quanto ao grau de dependência assistencial no período de 30 dias no Pronto-socorro. São Paulo, 2009

Complexidade Assistencial	Nº	%
Intensivo	91	7,41
Semi-intensivo	75	6,11
Alta dependência	245	19,95
Intermediário	272	22,15
Mínimo	545	44,38
Total 1.228		100,00

Foram realizadas 1.228 avaliações, sendo 91 na categoria de cuidados intensivos (7,41%), 75 na categoria de cuidados semi-intensivos (6,11%). Houve predominância de pacientes caracterizados por complexidade assistencial mínima (44,38%) e intermediária (22,15%), além de uma parcela significativa de pacientes de alta dependência para o serviço de enfermagem (19,95%).

A tabela 4 apresenta o número total de avaliações dos pacientes adultos e a frequência de distribuição de acordo com a pontuação por categoria e por grau de dependência e complexidade assistencial no período de 30 dias no pronto-socorro, obtida por meio da utilização do instrumento de classificação de pacientes de Fugulin (2002).

**Tabela 4** - Número total de avaliações dos pacientes adultos e frequência de distribuição de acordo com a pontuação por grau de dependência no período de 30 dias. São Paulo, 2009

<b>Complexidade Assistencial</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Nº</b>
<b>Mínimo</b>	9	0
	10	65
	11	274
	12	111
	13	68
	14	27
<b>Intermediário</b>	15	54
	16	52
	17	48
	18	31
	19	35
	20	52
<b>Alta Dependência</b>	21	54
	22	45
	23	46
	24	34
	25	36
	26	30
<b>Semi-intensivo</b>	27	17
	28	19
	29	12
	30	16
	31	11
<b>Intensivo</b>	32	5
	33	8
	34	20
	35	58
	36	0
<b>TOTAL</b>		<b>1.228</b>

A tabela 4 mostra que, embora classificados dentro da mesma categoria em termos de grau de dependência, os pacientes possuem pontuações diferentes, sendo que alguns se encontram em situações de limite entre as categorias estabelecidas, isto é, pacientes classificados em qualquer categoria, que se acrescido de um ponto em sua avaliação, passariam a ser classificados na categoria imediatamente superior ou o inverso, caso haja a retirada de um ponto na avaliação haveria mudança para a categoria imediatamente inferior em termos de necessidades assistenciais.

As mudanças de categorias de cuidados estabelecem maior ou menor carga de trabalho para a equipe de enfermagem, em função das horas de assistência preconizadas pelo Conselho Federal de Enfermagem para cada uma delas conforme o artigo 5º da Resolução COFEN Nº 293/2004 (COFEN, 2004):

- Pacientes de Cuidados intensivos - PCIt: 17,9 horas de enfermagem (he)/cliente/24h;
- Pacientes de Cuidados semi-intensivos - PCSI: 9,4 he/cliente/24h;
- Pacientes de Cuidados intermediários - PCI: 5,6 he/cliente/24h e;
- Pacientes de Cuidados mínimos - PCM: 3,8 he/cliente/24h.

Do total de 1.228 avaliações realizadas, não verificamos pacientes classificados nas pontuações mínima (9 pontos) e máxima (36 pontos), 250 (20,35%) ficaram em extremos de categorias isto é, pacientes cujas pontuações foram as máximas ou mínimas para a sua complexidade assistencial.

Dos 250 pacientes classificados nas extremidades das pontuações, 122 (9,94%) estariam nos extremos que interferem na distribuição percentual de categorias, impactando na determinação qualitativa dos profissionais, de acordo com o artigo 5º da Resolução COFEN Nº 293/2004 que estabelece para complexidade assistencial mínima e intermediária de 33 a 37% dos profissionais de enfermagem devem ser Enfermeiros com o mínimo de seis, e os demais podem ser Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem; para complexidade assistencial semi-intensiva de 42 a 46% devem ser Enfermeiros e os demais, Técnicos e/ou Auxiliares de

Enfermagem e; para complexidade assistencial intensiva de 52 a 56% devem ser Enfermeiros e os demais Técnicos de Enfermagem.

Desta forma foram classificados 52 pacientes com a pontuação máxima para cuidados intermediários (20 pontos), 54 com a pontuação mínima para categoria alta dependência (21 pontos) a qual pela mesma Resolução faz parte da categoria de cuidados semi-intensivos que também teve 11 pacientes classificados com 31 pontos que é a pontuação máxima para esta complexidade assistencial e 5 pacientes com a pontuação mínima para cuidados intensivos (32 pontos).

A tabela 5 apresenta a distribuição, em números absolutos e percentuais, das avaliações dos pacientes adultos, por unidade de internação e por categoria de cuidados ou complexidade assistencial do Pronto-socorro, de acordo com o instrumento de classificação de pacientes de Fugulin (2002) no período de 30 dias.

**Tabela 5** - Número total de avaliações dos pacientes adultos distribuídos por unidade de internação no Pronto-socorro no período de 30 dias. São Paulo, 2009

	Intensivo	Semi-intensivo	Alta dependência	Intermediário	Mínimo	Total (Unidade)	%
Emergência	91	71	126	56	28	372	30,29
Observação Masculina	0	4	70	148	334	556	45,28
Observação Feminina	0	0	49	68	183	300	24,43
<b>Total</b> (Complexidade Assistencial)	91	75	245	272	545	1.228	100,00

Por meio dos dados, verificamos que 100% dos pacientes com necessidades de cuidados intensivos (91 pacientes), estavam na unidade de emergência, além de 71 pacientes com necessidades de cuidados semi-intensivos, 126 pacientes com alta dependência, 56 pacientes de cuidados intermediários e 28 pacientes de cuidados mínimos.

Na unidade de observação masculina, foram avaliados 334 pacientes de cuidados mínimos, 148 de cuidados intermediários, 70 com alta dependência da

equipe de enfermagem e quatro com necessidade de cuidados semi-intensivos. Na unidade de observação feminina, foram avaliados 183 pacientes de cuidados mínimos, 68 de cuidados intermediários e 49 com alta dependência da equipe de enfermagem.

Chama a atenção a concentração de pacientes com alta dependência, estáveis sob o ponto de vista clínico porém com total dependência da equipe de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas na unidade de pronto-socorro.

O Conselho Federal de Enfermagem utilizou o Sistema de Classificação de Pacientes adaptado de Fugulin et al (1994) como parâmetro para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde, inicialmente, a partir da publicação da Resolução COFEN Nº 189/96 (COFEN, 1996).

Em 2004, o Conselho Federal de Enfermagem revogou a Resolução COFEN Nº 189/96 por meio da publicação da Resolução COFEN Nº 293/2004, que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados.

A metodologia proposta em 2004, manteve a utilização do sistema de classificação de pacientes adaptado de Fugulin et al (1994), como parâmetro para a determinação do grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem. Entretanto, como na Resolução COFEN Nº 189/96, a Nº 293/2004 também não considera a categoria alta dependência e recomenda que os pacientes que porventura estejam classificados nessa categoria de cuidados sejam agrupados com os da categoria de cuidado semi-intensivo.

Dessa forma, a Resolução COFEN Nº 293/2004 estabelece quatro categorias de cuidados a seguir:

- Pacientes de Cuidados mínimos: estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;
- Pacientes de Cuidados intermediários: estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial

dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

- Pacientes de Cuidados Semi-intensivos : recuperáveis, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada e;
- Pacientes de Cuidados intensivos: graves e recuperáveis, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, necessitam de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Desse modo, a frequência de distribuição do número total de avaliações quanto a complexidade assistencial dos pacientes adultos no mês de janeiro de 2009 no pronto-socorro em conformidade com a Resolução COFEN Nº 293/2004 que considera somente quatro categorias de complexidade assistencial para a determinação do nível de atenção requerida pelas condições de saúde em que o paciente se encontra, por meio da utilização do Sistema de Classificação de Pacientes adaptado de Fugulin et al (1994), está apresentada na tabela 6.

**Tabela 6.** Número total de avaliações dos pacientes adultos e frequência de distribuição quanto ao grau de dependência assistencial no período de 30 dias no Pronto-socorro, de acordo com a Resolução COFEN Nº 293/2004. São Paulo, 2009

Complexidade Assistencial	Nº	%
Intensivo	91	7,41
Semi-intensivo	320	26,06
Intermediário	272	22,15
Mínimo	545	44,38
Total 1.228		100,00

A tabela 6 demonstra os números de avaliações por complexidade assistencial, de acordo com a Resolução COFEN Nº 293/2004. Os dados referentes às complexidades assistenciais intensivas, intermediárias e mínimas são iguais à

tabela 3, que considera cinco categorias. A diferença fica por conta dos dados referentes à categoria semi-intensiva que passou de 75 para 320 avaliações por conta da alta dependência ser incluída nesta categoria.

### 3.2 DISCUSSÃO DOS DADOS

A partir dos dados coletados no setor de estatística da instituição de saúde onde foi realizada a pesquisa, denominado Serviço de Prontuário do Paciente e por meio do número total de instrumentos de classificação de pacientes obtidos, verificamos um número maior do que a média mensal de internações registrada no ano de 2008.

Tal fato poderia ser considerado como ocorrência em um mês atípico no pronto-socorro, porém ao observarmos os números médios mensais do ano de 2007, constatamos uma média mensal menor que do ano de 2008, o que demonstra uma variação significativa no número de internações nessa unidade.

Verifica-se, por meio do número médio mensal de atendimentos realizados, que a maioria dos usuários do pronto-socorro não necessita de internação, mas são atraídos para esse serviço em busca de consultas de rotinas.

Esse grande número de atendimentos no pronto-socorro, mesmo que não haja a efetivação da internação, acaba por sobrecarregar a unidade e a equipe multiprofissional que atua nesse serviço, incluindo a equipe de enfermagem pela existência de um grande número de pacientes que mesmo não internados, requerem assistência de enfermagem. Temos como exemplo os que são atendidos nas salas de sutura, procedimentos ambulatoriais, sala de administração de medicações, sala de inalação, encaminhamentos e orientações nas dependências da unidade para a realização de exames laboratoriais e de imagens.

No período de coleta dos dados, foram realizadas 1.228 avaliações aos pacientes internados nas unidades de emergência e observação do pronto-socorro, uma média de 40,93 pacientes avaliados por dia. Esse valor representa uma taxa de ocupação média de 20,38% acima da previsão dos leitos oficiais disponíveis.

Esse percentual exc edente representa a operacionalização dos leitos ext ras por meio de macas pelos corredores, o que torna a planta física inadequada para os pacientes que se submetem a condições insatisfatórias, uma vez que ficam acomodados em locais de grande circulação de pessoas, altos índices de ruídos e luminosidade constante e, para a equipe multiprofissional, que necessita desenvolver seu processo de trabalho em locais inapropriados para a realização de técnicas específicas (visitas, coleta de informações, procedimentos, exame físico, etc).

Para a equipe de enfermagem, as condições inadequadas de trabalho se traduzem pela necessidade de realização de deslocamentos maiores. Isso em razão de os corredores não terem sido projetados para alojar pacientes e muito menos para a realização de procedimentos, porque ficam afastados de locais como salas de procedimentos, pontos de oxigênio para inalação, vácuo para aspiração, posto de enfermagem para o preparo de medicamentos, entre tantas outras atividades de enfermagem que necessitam de materiais e equipamentos.

De acordo com o estudo de Scapim, Tiveron e Marvulo (2007), essas demandas dificultam o trabalho dos profissionais que desenvolvem suas atividades em condições inadequadas, gerando a necessidade de uma reflexão sobre o processo de trabalho da equipe e uma readequação da estrutura física da unidade para não comprometer a qualidade da assistência de enfermagem prestada à população.

As características dos atendimentos assemelham-se aos identificados por Puccini e Cornetta (2008). Esses autores realizaram estudo de ocorrências no pronto-socorro central do município de Itapeverica da Serra para o monitoramento de eventos sentinela para a atenção básica. Constataram alta proporção de pessoas com problemas de saúde que se avaliavam como passíveis de serem resolvidos mais apropriadamente em unidades básicas de saúde, mas que demonstravam desconfiança em relação ao atendimento naqueles serviços, sinalizando anseio pelos recursos tecnológicos disponibilizados e a sensação de resolubilidade, pois realizavam vários exames e eram medicados “na hora” no pronto-socorro.



Também para Souza et al. (2007), o acesso irrestrito e o número excessivo de pacientes nos pronto-socorros podem ter como uma das causas a alta incidência de usuários que buscam atendimento imediato para problemas simples, criando uma sobrecarga para a equipe médica e de enfermagem. Essa sobrecarga é considerada um dos fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos, sinalizando a ocorrência de falhas relacionadas à segurança e à qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Os dados obtidos também corroboram o relatório do Projeto “Avaliação das Organizações Sociais de Saúde OSS/São Paulo” (Convênio Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo/Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública) que realizou estudo do perfil da demanda do serviço de pronto-socorro do Hospital Geral do Itaim Paulista. Constataram que a maioria dos atendimentos de pronto-socorro do referido hospital não abrangia casos de urgência ou emergência e que tais atendimentos deveriam ser absorvidos pela rede ambulatorial básica da região (Yamada et al, 2002). Haja visto que o percentual de pacientes classificados nas categorias de cuidados intermediários e mínimo: 66,53% do total de pacientes internados e, principalmente pelo elevado número de atendimentos realizados no pronto-socorro em relação ao número de internações efetivadas.

O estudo não teve como objetivo a caracterização dos pacientes em relação às patologias apresentadas, porém, durante a coleta dos dados, notou-se a presença constante e significativa de pacientes psiquiátricos. Tal fato se deve, de acordo com Martins (2007), à fragilidade e ineficácia do sistema e dos recursos extra-hospitalares, levando esses pacientes ao trajeto “casa – pronto-socorro - hospital” por apresentarem episódios agudos e graves de transtornos mentais variados que muitas vezes não possuem rotinas controláveis. De acordo com o autor, o instrumento de classificação de pacientes de Fugulin não traduz as condições apresentadas e a complexidade assistencial dos pacientes com transtornos mentais, pois eles não têm sensibilidade para determinar o nível de dependência da enfermagem psiquiátrica, tornando-se difícil quantificar a assistência a esses pacientes.

Embora os pacientes psiquiátricos não apresentem problemas clínicos que demandem assistência de enfermagem constante do ponto de vista da satisfação

das necessidades humanas básicas, há a necessidade de uma observação constante em função da instabilidade de humor e dos eventos associados à própria patologia psiquiátrica, podendo apresentar episódios de auto e hetero agressividade, tentativas de fuga e suicídio, entre outras intercorrências comuns a esses pacientes, colocando em risco a segurança dos usuários do pronto-socorro que não estão internados, dos que estão internados, dos próprios pacientes psiquiátricos e dos profissionais envolvidos na assistência.

Mudanças na complexidade assistencial interferem na carga de trabalho, portanto, devemos estar atentos para verificar se não houve alteração nas condições dos pacientes com conseqüente variação do grau de dependência em relação à assistência da equipe de enfermagem.

A complexidade assistencial relaciona o grau de necessidade do paciente, por meio do volume e da intensidade de consumo de recursos, durante a assistência prestada. O acompanhamento da complexidade assistencial durante o período de internação permite identificar as atividades e procedimentos executados e o tempo consumido pela equipe de enfermagem, contribuindo para o planejamento mais racional das ações a serem implementadas com os pacientes. De acordo com os autores, durante o período de internação, os pacientes podem permanecer classificados na mesma categoria de cuidado que foram admitidos, porém podem aumentar ou diminuir seu grau de complexidade assistencial em relação à demanda de pessoal de enfermagem. (ARAÚJO, PERROCA e JERICÓ, 2009)

Nesse sentido, os resultados obtidos indicam a necessidade de uma constante e competente avaliação, por parte dos enfermeiros do pronto-socorro, dos pacientes internados para que não haja interferência nas variáveis envolvidas no dimensionamento de pessoal de enfermagem, principalmente nas situações limítrofes. Vale pontuar que 52 pacientes da categoria de cuidados intermediários encontram-se no limite máximo para essa categoria (20 pontos), 54 pacientes da categoria alta dependência situam-se no limite mínimo para essa categoria (21 pontos), 11 pacientes da categoria semi-intensiva enquadram-se no limite máximo para essa categoria (31 pontos) e cinco pacientes foram classificados na pontuação mínima para a categoria cuidados intensivos (32 pontos).

Isso significa que pode-se ter uma variação significativa entre as categorias de cuidados com o acréscimo ou a retirada de apenas um ponto da classificação em função da avaliação realizada pelos enfermeiros, podendo interferir substancialmente no cálculo do pessoal de enfermagem.

Araújo, Perroca e Jericó (2009) realizaram estudo da variabilidade do grau de complexidade assistencial do paciente e em relação à equipe de enfermagem. Constataram que as transições não ocorrem necessariamente de forma ordenada e que os pacientes podem mudar para uma categoria de complexidade assistencial imediatamente acima ou abaixo daquela em que se encontram. Vê-se que esse trânsito não constitui necessariamente uma regra.

Outro fator a se destacar é a grande quantidade de pacientes classificados como de alta dependência para a assistência de enfermagem (10,26%) na unidade de emergência, uma vez que essa unidade, de acordo com a definição do Ministério da Saúde, é destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, e cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato (BRASIL, 1987). Essa permanência significa que o pessoal de enfermagem presta assistência característica de unidades de internação em decorrência da presença de pacientes internados que deveriam ser encaminhados para outras unidades.

Quando utilizamos a metodologia proposta pela Resolução COFEN Nº 293/2004 para a determinação da complexidade assistencial dos pacientes, que não considera a categoria dos pacientes com complexidade assistencial de alta dependência para a assistência de enfermagem, obtivemos um aumento percentual significativo do total das avaliações de pacientes dentro da categoria de cuidados semi-intensivos. A categoria semi-intensiva passa de 75 pacientes, percentual de 6,11%, para 320 pacientes representando 26,05% do total de avaliações. Esse percentual não representa na realidade o perfil assistencial da clientela, pois agrupa pacientes com características diferentes em termos assistenciais, já que a alta dependência em relação à equipe de enfermagem está diretamente relacionada à dependência e necessidade de assistência de enfermagem e não à instabilidade hemodinâmica e a cuidados médicos permanentes.

O aglutinamento das categorias, se mi-intensiva com alta dependência, conforme preconizado pela Resolução do COFEN N° 293/2004, estabelece uma mudança no dimensionamento da equipe de enfermagem, não só em termos quantitativos, mas também em termos qualitativos, pois estabelece um percentual de enfermeiros maior em relação ao número de técnicos ou auxiliares de enfermagem.

---

*Considerações finais*

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu estabelecer a caracterização do perfil assistencial da clientela adulta internada na unidade de emergência e nas observações masculina e feminina do pronto-socorro do Hospital Geral do Itaim Paulista.

Foram realizadas 1.228 avaliações com o instrumento de classificação de pacientes de Fugulin (2002), resultando numa média diária de 40,93 pacientes/dia, sendo: 3,03 pacientes de cuidados intensivos; 10,67 pacientes de cuidados semi-intensivos; 9,07 pacientes de cuidados intermediários e 18,16 pacientes de cuidados mínimos, já considerando a categoria de cuidados semi-intensivos junto com a categoria de alta dependência para a equipe de enfermagem como estabelece a Resolução COFEN nº 293/2004.

A caracterização da clientela atendida no pronto-socorro fornece subsídios para o estabelecimento e o gerenciamento das necessidades de pessoal de enfermagem da unidade como uma das variáveis envolvidas nesse processo, porém, não é o suficiente para que o mesmo seja efetivado, posto que o dimensionamento de pessoal envolve outras variáveis que não foram verificadas. Faz-se necessário, portanto, a identificação das horas efetivas de trabalho da equipe de enfermagem, em função da realidade institucional e também do índice de absenteísmo.

Além disso, os dados referentes à demanda no pronto-socorro permitem verificar que é elevado o número de atendimentos de pacientes que não necessitam de internação ou observação, levando à conclusão de que poderiam ser atendidos em outros serviços da atenção primária ou em serviços como o Atendimento Médico Ambulatorial (AMA), além de uma maioria de pacientes internados com necessidades de cuidados mínimos e intermediários, principalmente nas unidades de observação.

Também foram verificados pacientes com necessidades de cuidados mínimos e intermediários na unidade de emergência, o que descaracteriza o tipo de assistência que deve ser prestada naquela unidade.

Diante de tais constatações, delineia-se a necessidade de uma revisão do processo de trabalho da equipe de enfermagem para a adequação a essa realidade vivenciada, uma vez que a necessidade assistencial dos pacientes e a qualidade da oferta dos serviços para suprir essas demandas são reais.

A readequação da planta física da unidade é um fator imprescindível para uma assistência adequada ao paciente, a fim de proporcionar maior conforto e dignidade àqueles que precisam de assistência, além de melhorar a produtividade dos profissionais envolvidos.

A constatação de que há um grande contingente de pacientes da psiquiatria à espera de vagas para internação em unidade especializada ou em outras instituições requer da equipe de enfermagem, uma assistência diferenciada e um local apropriado para a observação constante e principalmente para a manutenção da integridade física desses pacientes no pronto-socorro, bem como das pessoas que circulam pela unidade.

O número elevado de atendimentos em relação ao número de internações e a operacionalização de leitos extras nos corredores reflete a ausência de um serviço de regulação do fluxo do pronto-socorro que garanta a universalização do acesso ao serviço de saúde, princípio do Sistema Único de Saúde. O acolhimento desses pacientes não garante que a qualidade do atendimento seja assegurada, pois fica clara a inadequação das condições a que são submetidos pacientes e profissionais.

A regulação do fluxo para a diminuição de atendimentos não necessários no pronto-socorro requer mudanças culturais da própria população e uma definição clara de conceitos de urgência e emergência e uma melhora no acesso aos serviços da atenção básica já iniciada com o programa de saúde da família. Desse modo, o hospital e principalmente o pronto-socorro funcionaria somente como a referência para os serviços de menor complexidade.

A partir dos resultados deste estudo pretende-se por meio da realidade vivenciada no pronto-socorro, conscientizar os enfermeiros que a utilização do sistema de classificação de pacientes é um instrumento para a gestão da unidade, fornecendo dados para alocação mais eficiente dos recursos humanos disponíveis e para a determinação das necessidades de readequação do processo de trabalho.

A caracterização do perfil assistencial não é o suficiente para a realização do dimensionamento das necessidades quantitativas e qualitativas de pessoal de enfermagem, mas é o princípio para a implementação de uma metodologia científica para a realização desse planejamento por parte do enfermeiro, fornecendo subsídios técnicos para a discussão das necessidades de pessoal da unidade, eliminando o empirismo e aumentando o repertório de argumentos frente ao gestor da instituição visando a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.



---

**Referências**

## REFERÊNCIAS

- ALWARD, R.R. Patient classification systems: the ideal v s. reality. **J. Nurs. Adm.**, v. 13, n.2, p.14-9, 1983.
- ANTUNES, A.V.; COSTA, M.N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p.832-9, 2003.
- ARAÚJO, V.B. de; FERROCA, M.G.; JERICO, M.de C. Variabilidade do grau de complexidade assistencial do paciente em relação à equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.1, p 29-34, jan-fev, 2009.
- AWADA, S. B.; REZENDE, W.W. Serviços de emergência: problema de saúde pública. *In*: MARTINS, H.S. et al. **Pronto socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Barueri: Manole, 2007.
- BISENG, W. **Administração financeira em engenharia clínica**. São Paulo; 1996.
- BITTAR, O. J. N. V. Distribuição dos recursos humanos em oito hospitais gerais de São Paulo. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v. 2, n. 1, 1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf>> Acesso em: 11 Abr 2007.
- BOCHEMBUZIO, L.; GAIDZINSKI, R.R. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.18, n.4, p.382-9, 2005.
- BORDIN, L.C. **Distribuição do tempo das enfermeiras: identificação e análise em unidade médico-cirúrgica**. 2008, 166 f. Dissertação de mestrado. EEUSP, São Paulo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 47 p., 1987. (Série B: Textos básicos de saúde, 4). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0112terminologia1.pdf>> acesso em 04/06/09.
- BRASIL. **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *In*: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. São Paulo, 2001, p.36-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, art. 4º. **Consentimento Livre e Esclarecido**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Portaria nº 2048** de 05 de Novembro de 2002, que estabelece os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg\\_2048.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_2048.htm)> acesso em 03 de agosto de 2006.

CAMPEDELLI, M.C.; TAKITO, C.; SANCINETTI, T.R.; BENKO, M.A. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. **Rev Bras. Enferm.** Brasília, v. 41, n. 3/4, p.199-204, jul-dez, 1988.

CARNEIRO JUNIOR, N. **O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública de saúde**.2002, 242 f. Tese de doutorado, FMUSP, São Paulo.

CHENSO, M.Z.B.; HADDAD, M. do C.L.; SÊCCO, I.A.de O., DORIGÃO, A.M.; NISHIYAMA, M.N. Cálculo de pessoal de enfermagem em hospital universitário do Paraná: uma proposta de adequação. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.25, p. 81 -92, jan-dez, 2004.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. 7 ed. São Paulo : Atlas, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 189/96**. Estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições. In: Conselho Federal de Enfermagem. Documentos básicos de Enfermagem. Principais leis e resoluções que regulamentam.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 293/2004**. Estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. In: Conselho Federal de Enfermagem. Documentos básicos de Enfermagem. Principais leis e resoluções que regulamentam.

DAL PAI D.; LAUTERT L. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v.58, n.2, p.231-4, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a21.pdf>> acesso em 04/06/09

FARIAS, F. A.C. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem para pronto-socorro especializado em afecções cardiovasculares.** 2003, 257 f. Tese de doutorado, EEUSP, São Paulo.

FUGULIN, F.M.T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev.Méd. HU-USP**, v.4, n. 1 / 2, p.63-8, 1994.

FUGULIN, F.M.T. **Sistema de classificação de pacientes:** análise da s h oras de assistência de enfermagem. 1997, 81 f. Dissertação de mestrado, EEUSP, São Paulo.

FUGULIN, F.M.T. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem: Avaliação do quadro de pessoal de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino.** 2002, Tese de doutorado, EEUSP, São Paulo.

FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev latino-am enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.72-8, 2005.

GAIDZINSKI, R.R. **O dimensionamento de pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática,** 1994, 258 f. Tese de Doutorado, EEUSP, São Paulo.

GAIDZINSKI, R.R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares.** 1998. 119 f. Tese (Livre-docência), EEUSP, São Paulo.

GAIDZINSKI, R.R; SANNA, M. C.; LEITE, M.M.J.; MAYOR, E.R.C. Estudo das ausências da equipe de enfermagem num hospital geral de grande porte. **Rev. Enferm. Complexo HC/FMUSP**, v.1, n.4, p.8-14, 1998.

GAIDZINSKI, R.R; FUGULIN, F. M.T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In. KURCGANT, P. (coord.) . **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GARCIA, E. de A. **Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência.** 2009. 145 f. Dissertação de mestrado, EEUSP, São Paulo.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo : Atlas, 2002.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem,** São Paulo: EPU - EDUSP, 1979.

JUNG .G, OLIVEIRA A., CORRAL S. Documentar a implantação do Therapeutic Intervention Scoring System – TISS no Serviço de Emergência do Hospital Mãe de Deus. **Enfermagem Atual**; v. 3, n.13, p.27-31, 2003.

MADALOSSO, A.R.M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 11-7, julho, 2000.

MARTINS, E.A.P.; HADDAD, M.do C.L. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, v.8, n.2, Ribeirão Preto, Abril, 2000.

MARTINS, P.A.S.F. Sistema de classificação de pacientes na enfermagem psiquiátrica: validação clínica. 2007, 123 f. Tese de doutorado. EEUSP, São Paulo.

MELLO, M .C. **Estudo do tempo no trabalho da enfermagem: construção de instrumento de classificação de atividades para implantação do método amostragem do trabalho**. 2002, 154 f. Dissertação de mestrado. EEUSP, São Paulo.

MENZANI, G. **Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto-socorro**. 2006, 112 f. Dissertação de mestrado. EEUSP, São Paulo.

MONTEZELI, J.H.; LOPES, A.de A. Implantação de um sistema classificatório do grau de dependência dos cuidados de enfermagem em um serviço de emergência. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 11, n. 3, p. 239-44, set-dez, 2006.

NICOLA, A .L. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem no hospital universitário do oeste do Paraná**. 2004, 153 f. Tese de Doutorado, EERP-USP, Ribeirão Preto.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA. Serviços acreditados / serviços hospitalares / Acreditado pleno. Disponível em [http://www.ona.org.br/site/internal\\_institucional.jsp?p.offset=10&id=2&Qualification=2](http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?p.offset=10&id=2&Qualification=2) acesso em 12/06/2009.

PERROCA, M .G. **Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: validação clínica**. 2000, 156 f. Tese de doutorado, EEUSP, São Paulo.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Avaliação da confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes – coeficiente kappa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n.1, p. 72-80, 2003.

PICCHIAI, D. Dimensionamento quantitativo de recursos humanos em hospitais privados e públicos no Estado de São Paulo. **EAESP/FGV - núcleo de pesquisas e publicações, relatório de pesquisa nº 9/2000**. Disponível em: <<http://www.eaespp.fgvsp.br>> acesso em 16/04/2007.

POLIT, D.F., HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**, 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PUCCINI, P. de T., CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.9, p.2032-42, set, 2008.

RIBEIRO, C.M. **Sistema de classificação de pacientes como subsídio para provimento de pessoal de enfermagem**. 1972, 98 f. Tese de Doutorado, EEUSP, São Paulo.

RODRIGUES FILHO, J. Sistema de classificação de pacientes – Parte I: Dimensionamento de pessoal de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.26, n.3, p.395-404, 1992.

SANTA MARCELINA. Hospital Geral do Itaim Paulista. OSS Santa Marcelina. Serviço de prontuário de paciente. São Paulo, 2008.

SANTA MARCELINA. Hospital Geral do Itaim Paulista. OSS Santa Marcelina. Serviço de prontuário de paciente. São Paulo, 2009.

SANTA MARCELINA. Hospital Santa Marcelina: Projetos sociais. Parceiros na saúde; 2009. Disponível em: <<http://www.santamarcelina.org/sm/obras.asp>> acesso em 12/06/2009.

SÃO PAULO. Secretaria municipal da saúde. Estatísticas / Disponível em: <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/tabnet>> acesso em 04/06/09.

SCAPIM, E. P.; TIVERON, E. R.; MARVULO, M.M.L. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade de observação de um pronto-socorro. **Revista Nursing**, São Paulo, v.10, n.112, p.412-8, 2007.

SOUZA, R.B.; SILVA, M.J.P.; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.28, n.2, p.242-9, 2007.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. 1. ed., São Paulo: EDUSP, 2004.

TRANQUITELLI, A.M.; PADILHA, K.G. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em unidades de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v.41, n.1, p.141-6, 2007.

VEIGA, K.C.G. Introgatória de enfermagem em unidade de emergência. **Rev. Baiana Enfermagem**, Salvador, v. 8, n. 1/2, p. 68-101, 1995.

YAMADA, A. T., et al. **Subprojeto Análise da demanda. Relatório do estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do Hospital Geral de Itaim Paulista.** In: Castro Sá, E.N. de. Gomes, M.C. (Coord.). Projeto Avaliação das Organizações Sociais de Saúde OSS/São Paulo (Convênio SES – SP/USP- FSP), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 78 p., 2002.

---

Apêndices



## APÊNDICE 1

## Solicitação de autorização institucional para realização de estudo

Ilmo(a).Sr(a).Diretor(a) do Hospital \_\_\_\_\_

Prezado(a) senhor(a)

Eu, Renato Ohara, enfermeiro, aluno regularmente matriculado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental – nível mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profª Drª Márcia Regina Antonietto da Costa Melo, venho solicitar a V.Sa., autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado “Caracterização do perfil assistencial da clientela de um pronto-socorro”, cujo objetivo é caracterizar o perfil assistencial dos clientes adultos internados na unidade de pronto-socorro de um hospital geral como um dos subsídios para o dimensionamento do pessoal de enfermagem. Solicito autorização para desenvolver o estudo nessa instituição, em especial na Unidade de Pronto-socorro que utilizará um instrumento de classificação de pacientes em anexo.

Desde já agradecemos sua atenção e colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários.

São Paulo, SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

---

Renato Ohara  
F: (11)2511-8930 Cel: 8589-4134  
e-mail: [renatoeerp@usp.br](mailto:renatoeerp@usp.br)

## APÊNDICE 2

## Caracterização da Unidade caso

(Dados coletados no setor de registros estatísticos da instituição)

Leitos de observação adulto no Pronto-socorro \_\_\_\_\_

Leitos na sala de emergência adulto \_\_\_\_\_

Média mensal de atendimentos - Geral \_\_\_\_\_

Média mensal de atendimentos - Pronto-socorro adulto \_\_\_\_\_

Média mensal de internações - Geral \_\_\_\_\_

Média mensal de internações no último ano – Pronto-socorro adulto \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 3

Caracterização da Unidade Caso em relação ao número total de profissionais de enfermagem para as 24 horas do dia

(Dados coletados no Departamento de Enfermagem)

Nº de enfermeiros no pronto-socorro \_\_\_\_\_

Nº de técnicos de enfermagem no pronto-socorro \_\_\_\_\_

Nº de auxiliares de enfermagem no pronto-socorro \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 4

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL ASSISTENCIAL DA CLIENTELA DE UM PRONTO-SOCORRO

Eu, Renato Ohara, enfermeiro, aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, responsável por esta pesquisa, sob orientação da Profª Drª Márcia Regina Antonietto da Costa Melo, convido você a participar deste estudo que tem como objetivo definir o tipo de cuidado necessário aos pacientes adultos atendidos na unidade de pronto-socorro deste hospital, para possibilitar o estudo do número de funcionários exigidos para a assistência de enfermagem. Para isso, necessito preencher um questionário que vai mostrar as características para determinar os cuidados que você precisa receber enquanto estiver neste serviço de saúde. Sua colaboração será a permissão para que eu ou algum aluno treinado observe e anote as suas necessidades de assistência e, caso seja preciso, poderá nos ajudar dizendo se tem alguma necessidade relacionada no questionário. Todas as informações fornecidas serão mantidas em segredo e serão utilizadas somente para a pesquisa. Seu nome não irá aparecer e, quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e/ou apresentado em encontros científicos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo por estar participando. Também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que você seja prejudicado por isso. Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios diretos para você neste momento, mas fornecerão informações e trarão benefícios para ajudar a equipe de enfermagem a melhorar o atendimento no pronto-socorro. Se tiver alguma dúvida, poderá perguntar ou entrar em contato com o pesquisador pelo telefone e/ou endereço abaixo. Obrigado pela colaboração.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo em participar, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, \_\_\_\_\_ (ou responsável por \_\_\_\_\_) aceito participar deste trabalho e sei que, ao final, o meu nome será mantido em segredo. Sei, também, que quando eu não quiser mais participar, poderei parar. Declaro que tive a oportunidade de discutir o questionário e que recebi uma cópia deste documento, assinada pelo pesquisador responsável.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Responsável

\_\_\_\_\_  
Renato Ohara - Pesquisador  
e-mail: [renatoerp@usp.br](mailto:renatoerp@usp.br) f:(11)8589-4134  
Faculdade Santa Marcelina  
Rua Cachoeira Utupanema nº 60 – 08270-140  
Itaquera - São Paulo - SP – Brasil  
Telefone: 11 2217-9110

APÊNDICE 5  
 INSTRUMENTO PARA REGISTRO DE DADOS

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

LEITO/MACA: \_\_\_\_\_

SETOR: ( ) Observação masculina ( ) Observação feminina ( ) Emergência

ÁREA DO CUIDADO	PONTUAÇÃO
01) Estado Mental	
02) Oxigenação	
03) Sinais Vitais	
04) Motilidade	
05) Deambulação	
06) Alimentação	
07) Cuidado corporal	
08) Eliminação	
09) Terapêutica	
<b>TOTAL DE PONTOS</b>	



## ANEXO 1

Instrumento de Classificação de Pacientes (FUGULIN, 2002)

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 do 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 no 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.

Complexidade assistencial	Pontuação
Intensivo	Acima de 31
Semi-intensivo	27-31
Alta dependência	21-26
Intermediário	15-20
Mínimo	9-14



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo  
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para  
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 274/2008

Ribeirão Preto, 15 de dezembro de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 15 de dezembro de 2008.

**Protocolo:** nº 0975/2008

**Projeto:** CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL ASSISTENCIAL DA CLIENTELA DO PRONTO SOCORRO PARA O DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM.

**Pesquisadores:** Márcia Regina Antonietto da Costa Melo  
Renato Ohara

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

**Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado**  
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

**Ilma. Sra.**

**Profª. Drª. Márcia Regina Antonietto da Costa Melo**  
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP