

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARCELA PEREIRA SANTOS

**PERFIL DAS UNIDADES DE PRONTO SOCORRO DE PEDIATRIA E
ENFERMARIA DE PEDIATRIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO QUANTO
AO TIPO DE CUIDADO**

UBERLÂNDIA

2020

MARCELA PEREIRA SANTOS

**PERFIL DAS UNIDADES DE PRONTO SOCORRO DE PEDIATRIA E
ENFERMARIA DE PEDIATRIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO QUANTO
AO TIPO DE CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito para a Conclusão do Curso e obtenção do título de Bacharel/ Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiany Calegari

UBERLÂNDIA

2020

MARCELA PEREIRA SANTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para a conclusão do Curso e obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiany Calegari

Data da aprovação: ____/____/____.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Tatiany Calegari
Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Andréa Mara Bernardes da Silva
Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dr. Douglas Eulálio Antunes
Universidade Federal de Uberlândia

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por toda força, sustento e misericórdia a mim concedidos em todos os dias da minha vida.

Agradeço ao meu esposo Felipe, companheiro de vida que sempre me deu apoio e suporte para seguir em frente. Juntos nós passamos por etapas que nos exigiram força e sabedoria. Seu amor me faz mais forte.

Agradeço a minha família nas figuras de minha mãe Sônia, meu pai Reginaldo, meu irmão Reginaldo Filho que comigo estiveram durante toda a minha caminhada. Todo o apoio e suporte que me deram para que eu pudesse realizar meus sonhos foram fundamentais na minha formação, assim como todas as minhas tias, primos e primas que, de alguma forma, também estiveram junto de mim e acompanharam toda a minha trajetória.

Agradeço as minhas amigas Maísa, Gisele, Jéssica Cristina, Jéssica Silva, Lóren, Natália Souza, Iuri e Ayslane que compartilharam comigo momentos de estágio, aprendizagem, crescimento pessoal e profissional.

Agradeço a professora Tatiany que se dispôs a me orientar na confecção deste trabalho com muita paciência compartilhou seu conhecimento para que eu pudesse entregar o melhor. Também agradeço ao professor Clesnan que também contribuiu para a elaboração do conteúdo.

“Assim já não sou eu quem vive, mas Cristo é quem vive em mim. E esta vida que vivo agora eu a vivo pela fé no Filho de Deus, que me amou e se deu a si mesmo por mim”.

(Gálatas cap. 2, v. 20, Bíblia Sagrada).

RESUMO

Introdução: As ações de enfermagem não se restringem apenas à assistência direta ao paciente e se estendem às rotinas administrativas que demandam planejamento e organização, sendo o dimensionamento de pessoal uma dessas principais atribuições. A utilização do Sistema de Classificação de Pacientes é uma das ferramentas que auxiliam na gestão do serviço de enfermagem fornecendo subsídios essenciais para o correto dimensionamento da equipe tanto nos setores de pediatria como em unidades de atendimento adulto. **Objetivo:** Avaliar a carga de trabalho do paciente pediátrico relacionada ao tipo de cuidado predominante nas unidades de referência do estudo. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, longitudinal. A análise foi feita a partir de um banco de dados secundário, de caráter público, referente à carga de trabalho de profissionais de enfermagem que prestam assistência a pacientes pediátricos nos anos de 2013 e 2019. Os setores analisados foram Enfermaria de Pediatria e Pronto Socorro de Pediatria de um hospital universitário de grande porte do interior de Minas Gerais. **Resultados:** O tipo de cuidado predominante em ambos os setores foi o Cuidado Intermediário. O escore médio do Sistema de Classificação de Pacientes pediátricos no setor de Pronto Socorro foi de 19,92 e no setor de Enfermaria foi de 20,11 pontos. Para o setor de Pronto Socorro de Pediatria não houve variação temporal quanto ao tipo de cuidado. A área de cuidado que recebeu maior índice de pontuação um, que corresponde a melhor avaliação possível dentro do Instrumento, foi “Rede de Apoio e Suporte” para ambos os locais de estudo. O item “Participação do Acompanhante” também recebeu alto índice de pontuação um. Os tipos de cuidado foram dependentes do tipo de unidade de pediatria ($p = 0,002$). **Conclusão:** Foi possível avaliar a carga de trabalho do paciente pediátrico por meio da aplicação do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos. O tipo de cuidado predominante foi o Cuidado Intermediário nas duas unidades estudadas. A demanda de horas diárias de cuidado de enfermagem de acordo com o tipo de cuidado prevalente é de seis horas por dia e o perfil da unidade interfere na carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Carga de Trabalho. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Introduction: Nursing actions are not restricted to direct patient care and extend the administrative routines that require planning and organization, with staff dimensioning being one of these main tasks. The use of the Patient Classification System is one of the tools that assist in the management of the nursing service, providing essential subsidies for the correct dimensioning of the team both in the pediatric sectors and in adult care units. **Objective:** To evaluate the pediatric patient's workload related to the type of care prevalent in the study's reference units. **Methodology:** This is a descriptive research, with a quantitative, longitudinal approach. The analysis was made from a secondary database, of a public nature, referring to the workload of nursing professionals who provide assistance to pediatric patients in the years 2013 and 2019. The sectors analyzed were Pediatric Infirmary and Emergency Room of Pediatrics of a large university hospital in the interior of Minas Gerais. **Results:** The predominant type of care in both sectors was intermediate care. The average score of the Pediatric Patient Classification System in the Emergency Department was 19.92 and in the ward sector it was 20.11 points. There was no temporal variation in the type of care for the Emergency Department. The area of care that received the highest score of one, which corresponds to the best possible assessment within the Instrument, was "Support and Support Network" for both study sites. The item "Companion Participation" also received a high score of one. The types of care were dependent on the type of Pediatric unit ($p = 0.002$). **Conclusion:** It was possible to assess the workload of the pediatric patient through the application of the Pediatric Patient Classification Instrument. The predominant type of care was Intermediate Care in the two units studied. The demand for daily hours of nursing care according to the prevalent type of care is six hours a day and the unit's profile interferes with the workload of the nursing team.

Keywords: Nursing. Nursing Care. Pediatric. Workload.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição dos tipos de cuidado no Pronto Socorro de Pediatria de um hospital universitário brasileiro de alta complexidade nos anos de 2013 e 2019.....	21
Figura 2 – Distribuição da pontuação do Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos no Pronto Socorro de Pediatria de um hospital universitário brasileiro de alta complexidade nos anos de 2013 e 2019.....	22
Figura 3 – Distribuição dos tipos de cuidado na Enfermaria de Pediatria em um hospital universitário brasileiro de alta complexidade no ano de 2013.....	23
Figura 4 – Distribuição da pontuação do Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos na Enfermaria de Pediatria de um hospital universitário brasileiro de alta complexidade no ano de 2013.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da pontuação por área de cuidado do Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos, aplicado no Pronto Socorro de Pediatria em um hospital universitário brasileiro de alta complexidade (n total = 954 paciente-dia), avaliados independente do ano (2013 e 2019) 20

Tabela 2 – Distribuição da pontuação por área de cuidado do Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos, aplicado a Enfermaria de Pediatria em um hospital universitário brasileiro de alta complexidade (n total = 220 paciente-dia), avaliados no ano de 2013.....22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

CVP - Cateter Venoso Periférico

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ICPP - Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos

MLG - Modelos Lineares Generalizados

NAS - *Nursing Activities Score*

PICC - Cateter Central de Inserção Periférica

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SCP - Sistema de Classificação de Pacientes

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTIP - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
3 METODOLOGIA.....	16
3.1 Tipo de pesquisa	16
3.2 Local da pesquisa.....	16
3.3 Amostra	17
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	17
3.5 Técnica de coleta de dados.....	17
3.6 Mérito ético	18
3.7 Análise de dados	18
4 RESULTADOS	20
5 DISCUSSÃO	24
6 CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXO A - INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	39
ANEXO B - INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS	44

1 INTRODUÇÃO

O processo histórico da administração do serviço de enfermagem começa no período em que as instituições hospitalares passam a ser estabelecimentos organizados, primariamente sistematizados, com hierarquias e divisões de tarefas e atribuições entre profissionais e suas categorias. No Brasil nos anos da década de 1960 foi introduzido o processo de enfermagem por Wanda Horta que trouxe a sistematização das ações. Posteriormente foram criadas as taxonomias de enfermagem que objetivaram uma padronização da linguagem de diagnósticos e prescrições entre os profissionais da área (MALAGUTTI; MIRANDA, 2011).

No Brasil a Lei número 7498 de 25 de junho de 1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e em seu Artigo 11 afirma, dentre outros pontos, ser competência exclusiva do enfermeiro a “organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços” (BRASIL, 1986, p. 9275).

A prática da enfermagem é uma ciência que engloba competência, exercício profissional e o contexto no qual o profissional está inserido para cumprir suas atividades. A vivência na área está baseada em interações decorrentes do processo de cuidar, administrar e gerenciar as demandas inerentes ao serviço (SERRANO; COSTA; COSTA, 2011).

Embora a prestação de serviço por parte do enfermeiro tenha sua referência no cuidado à pessoa, esta não se resume somente a este foco. Suas atribuições passam, também, por estudos, ensino, colaboração com outras categorias profissionais, gerência e gestão de unidades. Com isso, o profissional atende não só as necessidades de assistência direta ao paciente, mas também do setor em que está inserido (NELAS; RAPOSO; MORAIS, 2013). As atividades e rotinas administrativas da equipe demandam planejamento, organização, comando e controle. Além de englobar a previsão, provisão e manutenção de recursos materiais e humanos para o pleno funcionamento da unidade de trabalho (MASSARO; CHAVES, 2009).

É determinado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da resolução número 509 de 2016 que o Enfermeiro Responsável Técnico tem sob sua responsabilidade “o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem.” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016). O órgão também estabeleceu, por meio de estudo de âmbito nacional, parâmetros oficiais que direcionam o dimensionamento de enfermagem tendo como base a distribuição em categorias de cuidado para provimento de um número mínimo de profissionais em cada categoria

(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

São muitas as questões que se impõem sob a função de gestor do enfermeiro, entre elas está o dimensionamento e a organização corretos da mão de obra para prestação de serviço com qualidade, dentro do limite de recursos disponíveis. Essa atribuição tem impacto direto na dinâmica da unidade (LUNA; BRANCO; BELEZA, 2017).

Para a realização do dimensionamento de pessoal são utilizados recursos que permitem ao profissional fazer arranjos e adequações que o auxiliem no provimento correto da mão de obra necessária ao setor em que se encontra. O Sistema de Classificação Paciente (SCP) é um instrumento que possibilita determinar, validar e monitorar a prestação de uma assistência individualizada ao paciente, pois identifica e enquadra em grupos de cuidados ou categorias por grau de dependência. Os resultados são usados como referência para a disposição da mão de obra e alocação de recursos materiais, além do planejamento e previsão de custos para um atendimento completo das necessidades dos usuários (FERNANDES *et al.*, 2018).

A realidade de setores pediátricos aponta para uma necessidade de instrumentos de classificação específicos para atender às particularidades dos usuários, visto que, atualmente, há apenas o SCP Pediátricos elaborado por Dini e Guirardello (2014). Este instrumento estabelece onze áreas de cuidado, sendo que cada área recebe uma pontuação, que varia de um a quatro pontos, de acordo com a condição apresentada pelo paciente. A soma dos pontos obtidos em cada item analisado determina em qual tipo de cuidado o paciente irá ser classificado. São determinadas cinco categorias de cuidado (Cuidados Mínimos, Intermediários, Alta Dependência, Semi-Intensivo e Intensivo). Quanto maior a pontuação obtida maior será o grau de dependência do usuário analisado.

No que diz respeito à prática e ao exercício da enfermagem em setores de pediatria este, historicamente, esteve vinculado ao estabelecimento de laços entre o paciente receptor de cuidados e seus familiares envolvidos no processo, tendo o enfermeiro a orientação de prestar o serviço assistencial de forma “maternal”. A introdução da família no processo de cuidar possibilitou a ampliação do foco da atenção e direcionou as equipes a estruturarem um novo arranjo sobre a gestão do processo de trabalho (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011).

O trabalho de gestão de unidades pediátricas exige que seja considerado, entre outros fatores, o perfil dos usuários, visto que somente o conhecimento dos índices e taxas de ocupação não são suficientes para decisões cabíveis à gerência e não assegura os padrões de segurança e qualidade exigidos (DINI; GUIRARDELLO, 2013).

O processo de internação em setores pediátricos é um momento de oportunidade para que tanto o paciente quanto seus familiares possam vivenciar a melhora da condição em

tratamento bem como ampliar conhecimentos que ajudem na promoção da saúde e prevenção de novas doenças (DINI; GUIRARDELLO, 2013).

O paciente pediátrico em processo de hospitalização é privado de sua rotina, seu lar, amigos e familiares. A administração das terapias prescritas, o diagnóstico da doença e a estrutura do ambiente hospitalar geram transformações que podem agravar os sentimentos de medo, solidão, saudade e incerteza além da diminuição ou perda total da autonomia sobre o próprio corpo (MENDONÇA *et al.*, 2015).

A atuação do enfermeiro em setores de pediatria envolve especificidades que estão relacionadas ao envolvimento da família do paciente que, também, demanda atenção para identificar as possibilidades de cuidar, recursos e aspectos psicológicos para lidar com possíveis diagnósticos (RIBEIRO *et al.*, 2014).

O ambiente hospitalar impõe aos seus gestores desafios a se cumprir para garantir aspectos primordiais tais como a segurança do paciente. Considera-se então não somente a aplicação de uma enfermagem baseada em evidências e tecnologias, mas também se prioriza a qualidade do serviço prestado (LUNA; BRANCO; BELEZA, 2017).

O quantitativo de pessoal formado por profissionais da área da enfermagem representa, na maioria das instituições prestadoras de serviços de saúde, número expressivo de indivíduos, e a carga horária destes representa ponto primordial na dinâmica e rotina dos setores. Dessa forma, um número inadequado de trabalhadores no setor pode impactar não só economicamente, mas também na ocorrência de eventos adversos (LUNA; BRANCO; BELEZA, 2017).

As questões que se interpõem nos debates sobre carga horária de trabalho das equipes de enfermagem e segurança do paciente são temas recorrentes que impactam na mobilização de recursos da Organização Mundial de Saúde. Entre os pontos discutidos sobre o assunto estão o dimensionamento adequado de profissionais e o papel gestor do enfermeiro (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Em uma unidade que há prestação de serviços relacionados à assistência de enfermagem, a carga de trabalho é caracterizada pelo produto entre o número médio de pacientes assistidos diariamente, sendo estes classificados em graus de dependência por algum SCP, e o tempo médio de assistência que estes demandam de acordo com a pontuação obtida na sua classificação (NEIS; GELBCKE, 2011).

A avaliação e adequação da carga horária de trabalho da enfermagem é tema de extrema importância devido aos desdobramentos que erros e inadequações desse tema podem gerar, principalmente, no que diz respeito à segurança do paciente, ao bem estar, desempenho

e satisfação dos profissionais (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016).

Diante de tudo o que envolve o universo da prestação de assistência a pacientes pediátricos, existem peculiaridades e especificidades que apontam para uma preocupação com a infalibilidade e a qualidade do serviço oferecido a fim de minimizar a ocorrência de erros e eventos adversos que acarretam prejuízos para todas as partes envolvidas (COSTA *et al.*, 2018).

São muitos os assuntos que permeiam as atividades e a práticas de enfermagem em instituições de saúde, cabendo sempre análises de circunstâncias e dados que possam indicar pontos de aprimoramento para, cada vez mais, alcançar a excelência na prestação de uma assistência de qualidade para o paciente.

As informações obtidas com a aplicação do SCP permitem a caracterização da unidade quanto ao tipo de cuidado predominante no setor e qual a carga horária exigida dos profissionais de enfermagem para atender a demanda. Com isso é possível uma melhor gestão do serviço visando à adequada distribuição e alocação de recursos humanos e materiais a fim de garantir excelência na qualidade da assistência prestada.

A utilização de SCP em serviços de saúde, de maneira efetiva, requer a instalação de protocolos que visem à orientação quanto ao preenchimento, definição dos locais onde serão aplicados os instrumentos, adaptação quanto a realidade do setor e a avaliação dos resultados com indicadores (DUARTE; OLIVEIRA; MORAIS JÚNIOR, 2019).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a carga de trabalho da equipe de enfermagem relacionada ao tipo de cuidado do paciente pediátrico predominante nas unidades de referência do estudo.

2.2 Objetivos específicos

- a) identificar qual o tipo de cuidado de enfermagem predominante nas unidades pediátricas;
- b) realizar comparação da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem nos anos de 2013 e 2019 no setor de Pronto Socorro de Pediatria.
- c) verificar se o tipo de cuidado predominante na unidade pediátrica interfere na carga de trabalho da equipe de enfermagem.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa de abordagem quantitativa, longitudinal (análise de variação dos elementos amostrais), descritiva e analítica. Este tipo de pesquisa prima pela exposição de características da população amostral delineada para tal estudo e a busca de padrões de relação entre as variáveis do estudo (GIL, 2008).

Os dados trabalhados no estudo são provenientes de um banco de dados secundário, de caráter público, referente à carga de trabalho de profissionais de enfermagem que prestam assistência a pacientes pediátricos em um hospital universitário de grande porte do interior de Minas Gerais.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos setores de enfermagem e pronto socorro pediátricos de um hospital universitário de grande porte do interior de Minas Gerais. A instituição dispõe de 505 leitos, ocupando o terceiro lugar entre os maiores hospitais universitários do país (HCU, 2009).

Em relação à faixa etária dos usuários, de acordo com o Artigo 2º da Lei nº 8069 de 1990 é considerada criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescentes aquelas entre doze até dezoito anos de idade (BRASIL, 1990). Sobre a disposição dos leitos é observada a recomendação da RDC nº 50 de 2002 a qual determina que o número de leitos destinados para a internação de pacientes pediátricos deve corresponder a 15% do total de leitos da instituição hospitalar (BRASIL, 2002).

O setor de Enfermagem de Pediatria da instituição de referência possui 34 leitos que estão distribuídos em 17 quartos, sendo dois leitos por quarto, e presta atendimento para pacientes dentro da faixa etária de 28 dias até 12 anos, 11 meses e 29 dias.

O Pronto Socorro de Pediatria oferece atendimento de alta complexidade aos pacientes da macrorregião que necessitam de um tratamento de urgência/emergência, é referência em atendimento para vítimas de violência sexual, crianças com patologias de base como: cardiopatias congênitas e pacientes especiais, entre outros. Dispõe de um total de 11 leitos, sendo dois para sala de emergência e quatro consultórios.

3.3 Amostra

A amostra que compõe o objeto de estudo deste trabalho é formada pelos dados obtidos por meio da aplicação do SCP pediátrico conforme Dini (2007) e Dini e Girardeli (2014) (ANEXO A e ANEXO B, respectivamente) nos anos de 2013 e 2019, obedecendo às resoluções do COFEN vigentes nas respectivas datas. Para o setor de Enfermagem de Pediatria foram analisados um total de 220 pacientes-dia e para o setor de Pronto Socorro de Pediatria 920 pacientes-dia.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa os dados para realização da classificação dos pacientes quanto ao tipo de cuidado nos anos de 2013 e 2019 que estavam nos setores avaliados pelo estudo. Os dados excluídos foram àqueles referentes a outros anos que não os de 2013 e 2019 para ambos os setores e também os dados de 2019 da enfermagem de pediatria.

3.5 Técnica de coleta de dados

Devido a um direcionamento do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG) que recomendou a atualização dos dados de dimensionamento do pessoal de enfermagem, a classificação dos pacientes, que é base para os cálculos, foi feita diariamente em diferentes turnos no período de um mês, utilizando-se instrumento validado cientificamente e previamente padronizado pela instituição onde foi realizado o estudo, sendo este o ICPP de DINI (2007; 2014).

O Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) padronizado pela instituição foi adaptado do estudo realizado por Dini (2007) que elaborou e validou a ICPP, com posterior revisão da mesma autora e colaboradores (2014). Sua análise é composta por onze indicadores críticos as quais são atribuídas pontuações que irão classificar o paciente no tipo de cuidado mais adequado.

Para cada tipo de cuidado o ICPP determina uma pontuação para a classificação das crianças hospitalizadas. O escore do instrumento define que Cuidados Mínimos variam de 11

a 17 pontos, Cuidados Intermediários de 18 a 23 pontos, Cuidados de Alta Dependência de 24 a 30 pontos, Semi-Intensivos de 31 a 36 pontos, Intensivo de 37 a 44 pontos (DINI, 2007).

No setor de Pronto Socorro de Pediatria o período de coleta dos dados ocorreu entre 01/08/2019 até o dia 30/11/2019 e do dia 25/03/2013 ao dia 16/4/2013. Os dados referentes ao ano de 2013 da Enfermaria de Pediatria foram acessados de arquivos do setor disponibilizados para análise e o período de coleta teve início no dia 25/03/2013 até o dia 18/04/2013.

Os períodos estabelecidos para realizar a classificação dos pacientes foram durante os três turnos de trabalho, sendo estes: Manhã (entre 06h30min e 12h30min), tarde (entre 12h30min e 18h30min) e noite (entre 18h30min e 00h30min). Esses horários correspondem aos turnos de trabalho da equipe de enfermagem na instituição, exceto o último turno que acontece entre 18h30min as 06h30min.

Os dados foram coletados manualmente em folha de papel tamanho A4 na qual estava impressa o instrumento de classificação dos pacientes e, posteriormente foram digitados em uma planilha eletrônica (*Microsoft Office Excell for Windows*[®]).

3.6 Mérito ético

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, por ser de caráter gerencial e administrativo. Todos os dados apresentados são secundários e foram coletados e analisados para fazerem parte da avaliação das atividades gerenciais e de controle da Diretoria de Enfermagem do hospital universitário de referência.

Os dados para dimensionamento que foram obtidos são de caráter público e integram um grupo de informações necessárias para o registro e controle das atividades de fiscalização de entidades governamentais. Todas as informações mencionadas pelo trabalho são públicas e rotineiramente coletadas pelos profissionais de enfermagem que trabalham na instituição de referência do estudo. Não é possível o reconhecimento de nenhum indivíduo que participou de qualquer etapa do trabalho. A coleta de dados da classificação dos pacientes foi realizada sem a identificação dos envolvidos e não inclui dados clínicos, pessoais ou demográficos.

3.7 Análise de dados

Para as análises estatísticas os dados foram apresentados como frequências absolutas e relativas ou como média, desvio padrão, erro padrão, mediana, intervalo interquartil, mínimo e máximo. As alterações estão de acordo com o tipo de variável. A dependência entre o tipo

de cuidado e os anos foi testada como teste G de Williams, ou teste de razão de verossimilhanças.

Os escores médios dos anos de 2013 e 2019 no Pronto Socorro de Pediatria foram comparados com Modelos Lineares Generalizados (MLG) adotando-se função de distribuição Binomial Negativa e função de ligação do tipo logarítmica. Esses testes também foram utilizados para avaliar as diferenças entre o Pronto Socorro e a Enfermaria de Pediatria, nesse caso os anos não foram considerados como fontes de variação. Foi adotada a significância de 0,05 em todos os testes. As análises foram executadas no programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 executados em ambiente *Windows*[®], para o processamento dos dados.

4 RESULTADOS

Para cada classificação o COFEN determina uma quantidade mínima de horas de enfermagem necessárias para a prestação de assistência integral ao paciente. A análise dos dados mostrou que os tipos de cuidado não foram dependentes dos anos, 2013 e 2019, para o setor de Pronto Socorro de Pediatria ($G = 3,71$; g.l. = 3; $p = 0,294$).

A Tabela 1 apresenta a distribuição da pontuação por cada área de cuidado avaliada pelo ICPP aplicado ao setor. Foi analisado um total de 954 paciente-dia.

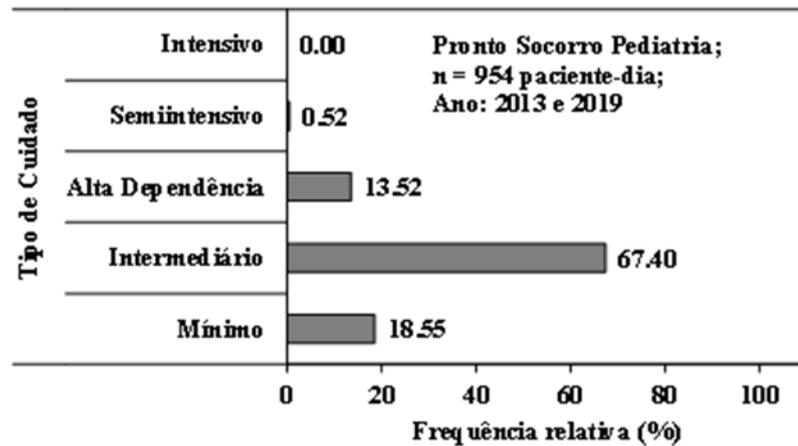
Tabela 1 – Distribuição da pontuação por área de cuidado do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos, aplicado no Pronto Socorro de Pediatria de um hospital universitário brasileiro de alta complexidade (n total = 954 paciente-dia), avaliados independente do ano (2013 e 2019)

Área de cuidado	Frequência relativa em % (n)			
	Escala de Pontuação (Graduação da Complexidade Assistencial)			
	1	2	3	4
Atividade	70,23 (670)	14,68 (140)	14,78 (141)	0,31 (3)
Intervalo de aferição de controles	63,31 (604)	34,38 (328)	0,84 (8)	1,47 (14)
Oxigenação	79,14 (755)	1,78 (17)	16,77 (160)	2,31 (22)
Terapia medicamentosa	3,46 (33)	2,20 (21)	92,98 (887)	1,36 (13)
Integridade cutâneo mucosa	4,30 (41)	94,86 (905)	0,84 (8)	0 (0)
Alimentação e hidratação	28,41 (271)	59,54 (568)	12,05 (115)	0 (0)
Eliminações	14,78 (141)	38,47 (367)	46,33 (442)	0,42 (4)
Higiene corporal	13,73 (131)	41,61 (397)	43,19 (412)	1,47 (14)
Mobilidade e deambulação	18,76 (179)	46,86 (447)	31,66 (302)	2,73 (26)
Participação de acompanhante	91,82 (876)	7,86 (75)	0,31 (3)	0 (0)
Rede de apoio e suporte	99,90 (953)	0,10 (1)	0 (0)	0 (0)

Fonte: SANTOS; CALEGARI, 2020.

A Figura 1 demonstra a prevalência do Cuidado Intermediário que resultou em frequência relativa de 67,40% seguido pelo Cuidado Mínimo com 18,55%.

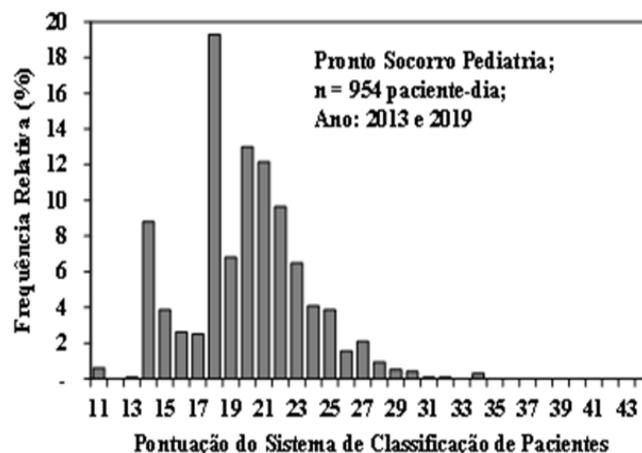
Figura 1 – Distribuição dos tipos de cuidado no Pronto Socorro de Pediatria de um hospital universitário brasileiro de alta complexidade nos anos de 2013 e 2019.



Fonte: SANTOS; CALEGARI, 2020.

Os escores médios do instrumento de classificação também não diferiram entre os anos no mesmo setor ($X^2 = 0,04$; g.l. = 1; $p = 0,838$). O valor médio foi de 19,92 pontos (mediana = 21,00; intervalo interquartil = 4,00; desvio padrão = 3,58; erro padrão = 0,12; mínimo = 11; máximo = 34). A Figura 2 representa a distribuição da pontuação do escore médio nos dois anos analisados.

Figura 2 – Distribuição da pontuação do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos no Pronto Socorro de Pediatria de um hospital universitário brasileiro de alta complexidade nos anos de 2013 e 2019.



Fonte: SANTOS; CALEGARI, 2020.

Para o setor de enfermagem foram analisados os dados apenas do ano de 2013. A Tabela 2 representa a distribuição da pontuação por cada área de cuidado avaliada pelo ICPP aplicado ao setor de enfermagem. O número de paciente-dia para esta unidade foi de 220.

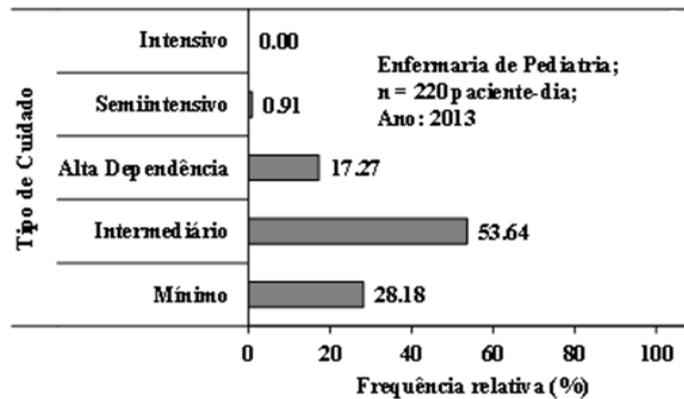
Tabela 2 – Distribuição da pontuação por área de cuidado do Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos, aplicado a Enfermagem de Pediatria em um hospital universitário brasileiro de alta complexidade (n total = 220 paciente-dia), avaliados no ano de 2013

Área de cuidado	Frequência relativa em % (n)			
	Escala de Pontuação (Gradação da Complexidade Assistencial)			
	1	2	3	4
Atividade	82,27 (181)	2,27 (5)	15,45 (34)	0 (0)
Intervalo de aferição de controles	79,09 (174)	17,27 (38)	1,82 (4)	1,82 (4)
Oxigenação	72,27 (159)	0,45 (1)	22,73 (50)	4,55 (10)
Terapia medicamentosa	8,64 (19)	11,82 (26)	75,91 (167)	4,09 (9)
Integridade cutâneo mucosa	17,73 (39)	73,64 (162)	8,18 (18)	0,45 (1)
Alimentação e hidratação	39,09 (86)	43,64 (96)	16,36 (36)	0,91 (2)
Eliminações	19,09 (42)	10,00 (22)	61,82 (136)	9,09 (20)
Higiene corporal	13,18 (29)	22,73 (50)	51,36 (113)	12,73 (28)
Mobilidade e deambulação	34,55 (76)	26,82 (59)	23,18 (51)	15,45 (34)
Participação de acompanhante	97,73 (215)	1,82 (4)	0,45 (1)	0 (0)
Rede de apoio e suporte	100,00 (220)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Fonte: SANTOS; CALEGARI, 2020.

O tipo de cuidado mais prevalente na Enfermagem de Pediatria no ano de 2013 também foi o Intermediário com uma frequência relativa de 53,64% seguido pelo Mínimo com 28,18%. A Figura 3 ilustra esse resultado.

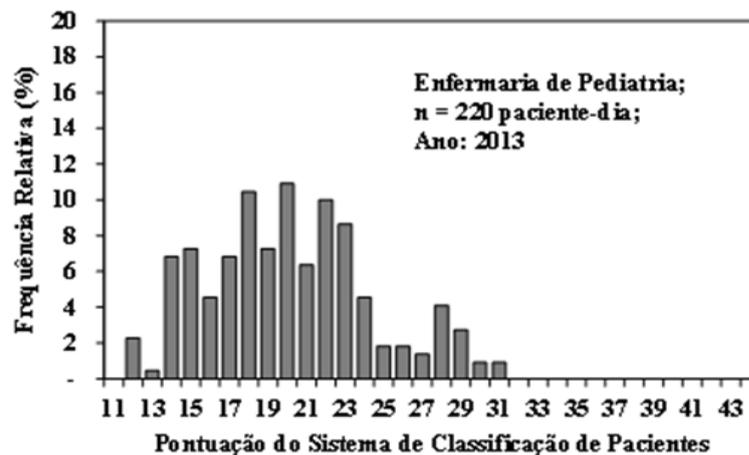
Figura 3 – Distribuição dos tipos de cuidado na Enfermagem de Pediatria em um hospital universitário brasileiro de alta complexidade no ano de 2013.



Fonte: SANTOS; CALEGARI, 2020.

O escore médio na Enfermaria de Pediatria foi de 20,11 pontos (mediana = 19,00; intervalo interquartil = 6,00; desvio padrão = 4,29; erro padrão = 0,29; mínimo = 12; máximo = 31). A Figura 4 representa a distribuição da pontuação do escore médio no ano analisado.

Figura 4 – Distribuição da pontuação do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos na Enfermaria de Pediatria de um hospital universitário brasileiro de alta complexidade no ano de 2013



Fonte: SANTOS; CALEGARI, 2020.

Os tipos de cuidado foram dependentes do tipo de unidade de Pediatria, se Pronto Socorro ou Enfermaria ($G = 15,32$; g.l. = 3; $p = 0,002$). O mesmo não ocorreu com os escores médios do instrumento de classificação, que não diferiram entre os dois tipos de unidade ($X^2 = 0,015$; g.l. = 1; $p = 0,902$). Tal diferença acontece, pois o score pode não representar as classes. Ao classificar ocorre tal qual uma padronização dos valores que passam a não refletir os scores iniciais. Em ambas as unidades e independente do ano avaliado o tipo de cuidado Intensivo foi ausente. Valores dos escores do sistema de classificação de Dini (2014) acima de 30 pontos também foram raros nas duas unidades.

5 DISCUSSÃO

O setor de Pronto Socorro de Pediatria teve como resultado para ambos os anos analisados (2013 e 2019) o Cuidado Intermediário como o mais prevalente, seguido pelo Cuidado Mínimo. Em relação aos escores médios obtidos com a aplicação do ICPP o resultado também não diferiu entre os períodos no mesmo setor, sendo o valor mais prevalente de 19,92 pontos.

Estudo elaborado por Lucca e colaboradores (2013) evidencia que no serviço de pronto atendimento pediátrico de uma cidade da Região Sul do Brasil o perfil de atendimento é caracterizado pela maioria de crianças do sexo masculino, menores de cinco anos de idade, cor branca e acompanhados pelas mães. O motivo da procura pelo serviço foi, principalmente, a presença de sintomas como tosse e febre.

Em estudo que trata sobre carga de trabalho em unidade de Pronto Socorro de Pediatria apresentou que o tipo de cuidado predominante foi de Alta Dependência e o número médio de horas de enfermagem necessária à prestação da assistência de cada paciente foi de 7,9 horas (ROSSETTI; GAIDZINSKI; BRACCO, 2014).

Para o setor de Enfermaria de Pediatria, onde foram analisados os dados do ano de 2013, o tipo de cuidado predominante foi o Intermediário seguido pelo Mínimo. O escore médio relacionado à aplicação do ICPP para a unidade foi de 20,11 pontos, valor pouco superior ao do setor de Pronto Socorro de Pediatria.

Em estudo que teve por objetivo analisar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em uma enfermaria de pediatria os resultados apontaram que houve uma predominância do sexo masculino e a média de idade mais frequente foi 7,32 anos. A gestão da unidade de pesquisa também utiliza o ICPP de Dini (2007) e teve o Cuidado Intermediário como o mais frequente. Este tipo de cuidado caracteriza o paciente como estável clinicamente, acompanhado em tempo integral por familiar ou responsável que o auxilia em ações de autocuidado, porém necessita de assistência da equipe de enfermagem para, dentre outras atividades, o enfrentamento do processo terapêutico e hospitalização (REINIACK *et al.*, 2019).

O processo de enfrentamento de doenças, no contexto da hospitalização infantil, desencadeia mudanças na dinâmica diária de toda família envolvida. O período de internação gera sentimentos negativos que refletem em desequilíbrio de papéis que podem vir a acarretar um desgaste físico e emocional agravados, muitas vezes, pela inadequação da estrutura

hospitalar que não permite a realização plena de necessidades básicas como sono, alimentação e higiene pessoal (JOAQUIM; BARBANO; BOMBARDA, 2017).

Internações de pacientes pediátricos se tornam, constantemente, mais exigentes devido à necessidade de integração dos campos familiares e psicossociais do paciente. Existem diferenças inerentes às etapas do desenvolvimento infantil, porém há aspectos comuns que podem delinear o perfil do atendimento de enfermagem (DUARTE; OLIVEIRA; MORAIS JÚNIOR, 2019).

A dependência dos cuidados de enfermagem do paciente pediátrico não está restrita ao aspecto assistencial e se estende às demandas relacionadas ao apoio emocional para a criança e seus familiares, orientações e educação em saúde que são situações comuns em cenários de hospitalização. A proximidade da equipe de enfermagem é uma situação que demanda tempo para o atendimento da clientela (PONTES; BOHOMOL, 2019).

A ausência do tipo de Cuidado Intensivo nas duas unidades do vigente estudo reflete uma característica esperada dos setores, pois pacientes que são classificados com esse escore estão, comumente, alocados em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Nos ambientes de UTIP é comum a priorização do uso de tecnologias aliadas aos cuidados da assistência de enfermagem e, com isso, os aspectos da humanização, atenção e cuidados podem ficar negligenciados (PESSALCIA *et al.*, 2012).

A UTIP tem como finalidade a internação de pacientes com potencial para agravamento do quadro clínico e com alterações nos sistemas fisiológicos que demandam suporte e tratamentos intensivos, além de assistência profissional especializada. Dentro destas unidades são oferecidos cuidados sofisticados com complexidade de recursos terapêuticos. A equipe de enfermagem que atua nesse contexto deve estar tecnicamente adequada e corretamente dimensionada para garantir qualidade e segurança na prestação de serviço (VELOZO *et al.*, 2017). Foram pouco frequentes os tipos de cuidados Semi-intensivo e de Alta Dependência, assim como valores de escore acima de 30 pontos nas unidades avaliadas.

Em investigação realizada com pacientes de todas as enfermarias de um hospital pediátrico apontou que o tipo de cuidado mais frequente foi o de Alta Dependência, seguido pelo Cuidado Intermediário. A Alta Dependência da assistência de enfermagem permite inferir que estas crianças necessitam do auxílio de adultos para realização de atividades básicas, quanto ao quadro clínico são consideradas estáveis e demandam supervisão constante da equipe de enfermagem. Os pacientes das faixas etárias que foram maioria no estudo (lactentes, infantes e pré-escolares) e que receberam a classificação de Alta Dependência não possuem autossuficiência para a realização de suas necessidades (GOUVEIA *et al.*, 2010).

O delineamento do cuidado de enfermagem pode servir como espelho e fonte de informação sobre a internação do paciente para outros profissionais que podem promover discussões e melhorias a serem implementadas (RODRIGUES *et al.*, 2017). Para as áreas de cuidado avaliadas pelo ICPP o item “Atividade” recebeu, majoritariamente, a pontuação 1 em ambos os setores. Segundo Dini (2014) este item corresponde a “Possibilidade de interagir com familiares, profissionais, ou pacientes e de realizar atividades compatíveis com o desenvolvimento esperado para a idade.” (DINI, 2014, p. 790). Essa pontuação permite inferir que o paciente desenvolve atividades compatíveis com a sua faixa etária.

O desenvolvimento infantil deve ser acompanhado regularmente possibilitando a detecção precoce de variações não compatíveis com as esperadas pela idade. As atitudes devem ser tomadas, em tempo hábil, visando uma evolução saudável e adequadas, adquirindo novas habilidades que irão refletir por toda a vida. A atuação do enfermeiro junto ao público infantil precisa levar em conta todos os aspectos que estão ligados a saúde das crianças assistidas não fornecendo apenas uma atenção restrita ao tratamento proposto (FALBO *et al.*, 2012).

Para os itens “Intervalo de aferição de controles” e “Oxigenação” as duas unidades do estudo também receberam, em sua maioria, pontuação 1 que corresponde a um intervalo de 6 em 6 horas para verificação dos sinais vitais e representa que os pacientes apresentavam respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou desobstrução das vias aéreas (DINI, 2014).

Para o setor de Pronto Socorro Pediátrico, o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é uma forma de agilizar e priorizar os atendimentos de acordo com a gravidade apresentada pelo paciente e o controle dos sinais vitais é parte fundamental deste processo (ANDRADE *et al.*, 2016).

Apesar de não existir uma padronização internacional sobre quais parâmetros devem ser abordados em atividades de triagem, evidências mostram que os sinais vitais são essenciais para processos de classificação de riscos, especialmente em pediatria. Porém, a realização dos procedimentos necessários para a verificação de sinais vitais pode ser um pouco mais difícil em contextos de emergências pediátricas. Priorizar indicadores objetivos que possibilitem uma discriminação de emergência mais clara é importante para a otimização de tempo (MAGALHÃES *et al.*, 2016).

Em relação ao item “Terapêutica Medicamentosa” os dois setores tiveram como predominância a pontuação 3 que é caracterizada pela necessidade de medicamentos por

sondas ou via parenteral, enteral, inalatória ou por via tópica, ocular ou oral com paciente não colaborativo (DINI, 2014).

A terapia medicamentosa é um processo que contempla várias fases, entre elas prescrição, dispensação, preparo e administração. Toda a complexidade inerente está relacionada à interação com uma equipe multidisciplinar (HARADA *et al.*, 2012).

A ocorrência de erros de medicação é um dos problemas mais comuns enfrentados por instituições de saúde e a equipe de enfermagem, por estar diretamente vinculada ao cuidado, é, comumente, apontada como responsável por tais erros (SANTOS; SILVA; VOGT, 2019).

Pacientes pediátricos constituem uma população mais vulnerável a ocorrência de erros de medicação devido a aspectos fisiológicos característicos de cada etapa do desenvolvimento (SOUZA *et al.*, 2018).

A terapêutica medicamentosa em pediatria precisa considerar que estes pacientes possuem absorção, distribuição, metabolismo e excreção de fármacos de maneira diferente. Porém, a maioria das apresentações de medicamentos são desenvolvidas pela indústria farmacêutica para adultos. Devido a isso, o fracionamento das drogas acarreta um maior tempo de trabalho da enfermagem, além de um aumento nas manipulações, maior atenção quanto a dose prescrita, entre outros pontos que fazem parte do cotidiano do serviço de enfermagem em setores pediátricos (HARADA *et al.*, 2012).

A apresentação do medicamento por via oral é a forma menos invasiva e, portanto, a que demanda menos trabalho. Entretanto, crianças com idade inferior a seis anos de idade possuem dificuldade de deglutição de cápsulas ou comprimidos, sendo prática comum na terapia medicamentosa a trituração ou diluição desses fármacos. A ausência de estudos que validem esses procedimentos contribui para o aumento da utilização da via intravenosa em crianças (SOUZA *et al.*, 2008).

Procedimentos invasivos como punção venosa, introdução de sondas e manuseio de dispositivos demandam, principalmente em pediatria, destreza e habilidades profissionais para serem realizadas com sucesso. A utilização de brinquedos terapêuticos pode ser uma alternativa para melhor compreensão da criança, visando à redução da dor, estresse e o medo (PONTES; BOHOMOL, 2019).

O COFEN por meio da Resolução número 619 de 2019 estabelece que os procedimentos de sondagem orogástrica, nasogástrica, nasoenteral e lavagem gástrica são atividades privativas do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2019). Em uma investigação que objetivou verificar o tempo médio gasto com a realização de procedimentos básicos em pacientes críticos de uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva), os

resultados mostraram que os números de horas necessárias variaram entre 9 e 13, considerando atividades classificadas como de baixa, média e alta complexidade (TRANQUITELLI; CIAMPONE, 2007).

Estão disponíveis instrumentos que podem mensurar ou inferir sobre a carga de trabalho e se baseiam na quantidade de tempo que é gasta para a realização de cuidados específicos de cada área da enfermagem. O NAS (*Nursing Activities Score*) é um instrumento que realiza a mensuração da carga de trabalho em UTI e que a pontuação 100 corresponde a uma carga horária de 24 horas de assistência de enfermagem. Este instrumento é amplamente utilizado em instituições de saúde do Brasil e também serve como base para avaliação e adequação do dimensionamento de pessoal e avalia, diretamente, qual a demanda de tempo na atividade de cuidar (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Para o item “Integridade Cutâneo Mucosa” a pontuação 2 foi a mais frequente obtida para as duas unidades pediátricas estudadas e define que há necessidade de curativo superficial de pequeno porte (DINI, 2014).

O uso de dispositivos invasivos tais como acessos venosos periféricos e cateteres venosos centrais implicam no rompimento da barreira física natural da pele e favorece a entrada de microrganismos na corrente sanguínea (ROSADO *et al.*, 2018).

Os curativos de acessos venosos são uma forma de proteção do local de inserção da proliferação de bactérias e possível contaminação da corrente sanguínea. A troca frequente dos curativos pode favorecer o aparecimento de lesões na pele, o que pode levar a outra demanda de cuidado para além do previsto inicialmente na terapêutica (PEDROLO *et al.*, 2011).

O Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) é um dispositivo usado com certa frequência em unidades pediátricas e é uma alternativa ao Cateter Venoso Periférico (CVP), permitindo a administração de medicação intravenosa vasoativa, vesicante, hiperosmolar, além de nutrição parenteral e indicação para terapia medicamentosa prolongada. O enfermeiro é o responsável pela avaliação completa do paciente que apresenta algum tipo de acesso venoso e suas ações devem ter como objetivo prevenção, tratamento e minimização de complicações ou riscos relacionados ao uso de tais dispositivos (BRAGA *et al.*, 2019).

No item “Alimentação e Hidratação” também foi comum aos dois locais, sendo a pontuação 2 como a mais frequente e avalia que o paciente se alimenta por via oral com auxílio e se mostra colaborativo (DINI, 2014). A boa evolução de um tratamento pressupõe um cuidado nutricional bastante efetivo, sendo que na ausência de uma alimentação adequada o paciente pode ter comprometimento do seu prognóstico. O crescimento e desenvolvimento

infantil estão ancorados a uma boa subsistência que atenda as necessidades fisiológicas. O processo de hospitalização provoca mudanças de hábitos que podem comprometer o estado nutricional do indivíduo (RODRIGUES *et al.*, 2016).

A alimentação infantil é permeada por fatores emocionais tanto para o indivíduo como para os pais, em especial pela mãe que é a figura tida como principal responsável pelo desenvolvimento saudável da criança. Diante deste cenário de extremo envolvimento com o cuidado, as redes de apoio e suporte da equipe multiprofissional assumem papel de extrema importância (MIRANDA; FLACH, 2019).

Para o item que avalia “Eliminações” a pontuação predominante para Pronto Socorro e Enfermaria foi 3 e corresponde ao treino de esfíncteres ou utilização de fraldas, comadres ou urinol (DINI, 2014). A Resolução número 450 de 2013 do COFEN determina que o procedimento de inserção de cateter vesical é atividade privativa do enfermeiro. Trata-se de um processo invasivo que envolve riscos ao paciente e demanda cuidados de enfermagem complexos, conhecimento científico e capacidade para tomada de decisões imediatas caso seja necessário (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013).

O equilíbrio entre a ingestão e a eliminação de líquidos é um processo fisiológico essencial para a manutenção de um organismo saudável. Registrar adequadamente informações referentes a esse aspecto é função da equipe de enfermagem, pois permite a troca de informações com profissionais de outras áreas e a decisão sobre o direcionamento da terapêutica adotada. A atenção do enfermeiro deve estar voltada para os resultados obtidos com o balanço hídrico a fim de identificar alterações e prever a mudança da assistência para prevenir a piora ou agravo do quadro clínico do paciente (LIMA; OLIVEIRA; GUEDES, 2010).

A fase de treinamento de esfíncteres é uma das mais complexas vivenciadas pelas crianças, pois envolve a expectativa de corresponder socialmente a etapa de desenvolvimento e a afirmação de independência individual. Neste momento é comum a existência de conflitos entre a atuação e controle dos pais sobre a criança e as atitudes que demonstram a vontade de realizar sozinhas suas necessidades (VASCONCELOS *et al.*, 2013).

O uso de fraldas no ambiente hospitalar é uma prática comum, porém necessita de cuidados e atenção na frequência e técnica de troca para que não ocorram efeitos indesejados como dermatites. Além disso, cabe a equipe de enfermagem a orientação correta quanto ao uso de produtos específicos para higiene e controle de assaduras (BITENCOURT; ALVES; SANTANA, 2018).

Na avaliação de “Higiene Corporal” a pontuação foi, majoritariamente, 3 para ambos os setores avaliados e identifica que os banhos são de imersão ou de aspensão em cadeira ou com auxílio total (DINI, 2014). A ineficácia de hábitos de higiene pode ter relação com o surgimento de doenças como parasitoses, problemas bucais, escabiose e pediculose. O aprimoramento desse cuidado tem íntima relação com a disponibilidade e habilidade do cuidador. Portanto a orientação da equipe de enfermagem tem por objetivo reduzir complicações de saúde relacionadas a este aspecto (ANDRADE *et al.*, 2012).

A dependência para a realização de cuidados de higiene, especialmente o banho, está, fundamentalmente, associada a um comprometimento da mobilidade devido a fatores diversos que podem ser tanto relacionados as doenças quanto a fase do desenvolvimento, no caso de pacientes pediátricos. Nesse contexto, a equipe de enfermagem é a responsável pela prestação desse cuidado que é considerado essencial e também uma medida de promoção e manutenção da saúde (FONSECA; PENAFORTE; MARTINS, 2015).

Na assistência à saúde da criança fica evidente a ligação entre educação em saúde e promoção da saúde, pois processos implementados em todos os níveis de atenção têm por objetivo não só o tratamento e a prevenção de doenças, mas também impulsionar o desenvolvimento infantil com qualidade de vida. As ações de educação em saúde devem estar voltadas para o envolvimento da família e da coletividade. Os conhecimentos apresentados pelos cuidadores não devem ser descartados, mas sim aproveitados e aperfeiçoados para o conhecimento científico compartilhado pelos profissionais (MACIEL *et al.*, 2010).

Para mobilidade e deambulação o setor de Pronto Socorro teve como maioria a pontuação 2 e infere que o paciente, no momento da classificação, estava em repouso no leito e que deambula sem auxílio. Na Enfermaria a pontuação predominante foi 1 e identifica que o paciente deambula sem auxílio (DINI, 2014). Esse resultado aponta que o setor de pronto socorro de pediatria possui, para este item avaliado, um perfil de paciente mais dependente de cuidados do que os pacientes da enfermaria.

Em um estudo do perfil dos atendimentos em um pronto socorro pediátrico da Região Sul do Brasil foi constatado que as quedas em ambientes domésticos foram os eventos que mais demandaram a busca pelo atendimento na unidade. Dessa forma, a presença de traumas e consequente necessidade de imobilização da criança gera uma maior dependência do cuidador e da equipe de saúde (LUIZ *et al.*, 2019).

Uma pesquisa que teve como objetivo caracterizar o perfil clínico e demográfico de uma enfermaria de pediatria do interior de Minas Gerais apresentou que, apesar de haver considerável número de internações por motivos cirúrgicos, a predominância foi de crianças

com patologias que requerem tratamento clínico com desfecho de boa evolução (GRUNEWALD *et al.*, 2019).

O desenvolvimento motor normal da criança ocorre de forma progressiva e harmônica e envolve o amadurecimento do Sistema Nervoso Central para a aquisição de atos motores. Estímulos ambientais são fundamentais para que a evolução motora ocorra. O ambiente hospitalar nem sempre fornece a estrutura necessária para que a criança seja estimulada (NOBRE; BANDEIRA; ZANELLA, 2015).

Para a avaliação da participação do acompanhante a pontuação 1 foi comum em maioria para as duas unidades e define que o acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e consegue atendê-las (DINI, 2014). O cuidado do paciente pediátrico passa, necessariamente, pela presença e envolvimento dos familiares e cuidadores. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante a presença de um familiar ou acompanhante legal durante todo o período de internação e essa garantia é fundamental para que os profissionais promovam educação em saúde, protagonismo do paciente e do familiar na realização dos cuidados (DUARTE; OLIVEIRA; MORAIS JÚNIOR, 2019).

A hospitalização infantil gera desdobramentos nos familiares e acompanhantes que presenciam de perto todo o processo terapêutico pelo qual a criança passa. Há o surgimento de medos e incertezas que podem despertar pensamentos de culpa, raiva e indignação nos responsáveis pelo cuidado (RODRIGUES; OLIVEIRA; JULIÃO, 2014).

No último dos 11 itens avaliados pelo ICPP que é “Rede de Apoio e Suporte” a pontuação 1 foi, praticamente, unânime nos dois locais e identifica a presença de acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante todo o tempo (DINI, 2014).

Para a prestação de cuidados de saúde em pediatria é necessário atender à perspectiva de inclusão dos familiares para que, dentro das condições possíveis, possa ser oferecido bem-estar integral, planejamento e suporte para todos que estejam envolvidos com o paciente (DUARTE; OLIVEIRA; MORAIS JÚNIOR, 2019).

O modelo assistencial de cuidado centrado na família pressupõe a inserção da estrutura familiar em todo o processo de planejamento e tomada de decisões em relação aos cuidados com o paciente juntamente com a equipe multiprofissional. O estabelecimento dessa parceria entre família e profissionais da saúde contribui para melhoria de vínculos afetivos, redução do estresse causado pelo processo de hospitalização e posterior continuidade do cuidado pós-alta.

Este modelo considera que a família se configura como unidade básica do cuidado e é indissociável do paciente (SILVA *et al.*, 2016).

O COFEN estabelece para cada tipo de cuidado uma quantidade mínima de horas de enfermagem que visam garantir a assistência integral ao paciente. Para o paciente classificado em Cuidados Mínimos são priorizadas 4 horas por dia de enfermagem, Cuidados Intermediários 6 horas por dia, Alta Dependência 10 horas por dia, Semi-Intensivos 10 horas por dia e Intensivos 18 horas por dia (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Em instituições que prestam serviços de assistência a saúde a carga de trabalho é pautada pela necessidade de assistência aos usuários, pelo padrão de qualidade que se pretende oferecer e é afetada por inúmeros fatores além do número de profissionais disponíveis (ROSSETTI; GAIDZINSKI; BRACCO, 2014).

O estudo realizado mostrou que o tipo de cuidado intermediário foi o mais frequente nos dois setores analisados. Sendo assim os pacientes das unidades apresentadas dependem de seis horas de cuidados de enfermagem por dia. A carga de trabalho, que é definida pelo número de horas de trabalho de profissional da enfermagem requeridas por um paciente em um dia de internação, pode estar relacionada a importantes alterações de fatores clínicos, pois a sobrecarga, devido ao contato direto e contínuo que a equipe de enfermagem tem com os pacientes, não permite que o profissional ofereça o melhor atendimento possível ao paciente (RODRIGUES *et al.*, 2017).

O cuidado de enfermagem ao paciente pediátrico envolve aspectos peculiares relativos aos diferentes estágios de desenvolvimento infantil e suas demandas. Os gestores de unidades devem garantir o correto provimento de recursos humanos para garantir qualidade de assistência (DINI *et al.*, 2011). Conhecer o perfil dos pacientes internados permite um melhor planejamento de ações e estruturação da equipe para alocar corretamente os profissionais de acordo com as demandas identificadas. Para auxiliar a gestão, o uso de instrumentos e tecnologias se faz necessário, assim como o desenvolvimento de novas e aperfeiçoamento das já existentes (DINI; GUIRARDELLO, 2014).

As ferramentas para classificação dos pacientes pediátricos são escassas e, apesar de englobarem algumas das particularidades que compõe o perfil do paciente pediátrico, ainda mostram questões a serem abordadas. O cuidado intermediário encontrado como o predominante nas unidades de estudo evidencia a necessidade de uma assistência de enfermagem dedicada e ativa para atender integralmente as demandas do setor.

O número de horas de enfermagem que são recomendadas pelo COFEN a esse tipo de cuidado (seis horas) (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017) são referentes a

assistência de pacientes adultos e ,por isso, podem não ser suficiente para uma unidade pediátrica, pois, apesar da presença constante de um acompanhante a criança requer maior atenção para funções básicas como alimentação, deambulação e eliminações. Outra questão da assistência as crianças hospitalizadas é que a terapia medicamentosa e procedimentos exigem que a equipe esteja bem atenta para a prestação de cuidados de forma a evitar erros e resguardar a segurança do paciente (HARADA *et al.*, 2012). Todos esses aspectos interferem diretamente na carga de trabalho da equipe de enfermagem que precisa estar adequada quanto ao número de profissionais, habilidade e competência dos mesmos para atuação.

6 CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar que o Cuidado Intermediário foi o tipo de cuidado predominante nas unidades pesquisadas através da aplicação do ICPP. Não houve variação entre os anos de 2013 e 2019 quanto ao tipo de cuidado na unidade de Pronto Socorro de Pediatria, sendo o Cuidado Intermediário predominante em ambos os anos.

O perfil da unidade pediátrica interfere na carga de trabalho da equipe de enfermagem, pois identifica qual o tempo de enfermagem necessário para prestação de cuidados para cada paciente, de acordo com o tipo de cuidado prevalente na unidade.

A limitação do estudo está relacionada a um curto período de coleta de dados, apesar de possibilitar a constatação do Cuidado Intermediário como mais frequente. A identificação de características clínicas e sociodemográficas da população pesquisada possibilitaria maior clareza quanto às pontuações obtidas em cada área de cuidado, porém o delineamento do estudo não permitiu a coleta dos dados desta natureza.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. The management of nursing work in a pediatric service of medium and high complexity: A discussion about co-management and humanization. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 351-61, 2011.
- ANDRADE, L. C. O. *et al.* Conhecimento de puérperas internadas em um alojamento conjunto acerca da higiene do neonato. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 99-105, 2012.
- BITENCOURT, G. R.; ALVES, L. A. F.; SANTANA, R. F. Prática do uso de fraldas em adultos e idosos hospitalizados: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 2, p. 343-349, 2018.
- BRAGA, L. M. *et al.* Cateterismo venoso periférico: compreensão e avaliação das práticas de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20180018, 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 23 jun. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 29 jun. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 543/2017, de 18 de abril de 2017**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html. Acesso em: 13 fev. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 450/2013, de 11 de dezembro de 2013**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html. Acesso em: 13 fev. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 509/2016, de 15 de março de 2016**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 13 fev. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 619/2019, de 4 de novembro de 2019**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html. Acesso em: 13 fev. 2020.
- COSTA, N. N. *et al.* Ambiente de trabalho pediátrico: satisfação dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3327-3336, 2018.
- DINI, A. P. *et al.* Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 575-580, 2011.
- DINI, A. P. **Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos**: construção e validação de instrumento. 2007. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007. 170 f.

DINI, A. P.; GUIRARDELLO, E. B. Construção e validação de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, p. 144-149, 2013.

Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aprimoramento de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 787-793, 2014.

DUARTE, T. C. R.; OLIVEIRA, E. M.; MORAIS JÚNIOR, S. L. A. Protocolo de avaliação e classificação de pacientes pediátricos conforme o grau de demanda da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 87, 2019. Edição especial.

FALBO, B. C. P. *et al.* Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 1, p. 148-154, 2012.

FERNANDES, C. O. *et al.* Sistema de classificação de paciente: aplicação prática em uma maternidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL. **Anais [...]**. Campo Grande, 2018. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/cobeon/68727-sistema-de-classificacao-de-paciente--aplicacao-pratica-em-uma-maternidade>. Acesso em: 11 mar. 2020.

FONSECA, E. F. *et al.* Cuidados de higiene - banho: significados e perspectivas dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 5, p. 37-45, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOUVEIA, M. T. O. *et al.* Classificação de pacientes pediátricos em um hospital de ensino em Teresina. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, p. 160-168, 2010. Edição especial.

GRUNEWALD, S. T. F. *et al.* Análise do perfil clínico e demográfico da enfermagem pediátrica de um Hospital Universitário. **Pediatric Residency Program**, Nova Iorque, v. 9, n. 1, p. 19-22, 2019.

HARADA, M. J. C. S. *et al.* Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 639-642, 2012.

JOAQUIM, R. H. V. T.; BARBANO, L. M.; BOMBARDA, T. B. Necessidades das famílias em enfermagem pediátrica: a percepção dos próprios atores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 2, p. 181-189, 2017.

LIMA, F. E. T.; OLIVEIRA, S. K. P.; GUEDES, M. V. C. Balanço hídrico na prática clínica de enfermagem em unidade coronariana. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 112-120, 2010.

LUIZ, A. *et al.* Perfil dos atendimentos de eventos domiciliares não intencionais em um pronto-socorro pediátrico da Região Sul do Brasil. **Pediatric Residency Program**, Nova Iorque, v. 9, n. 2, p. 119-124, 2019.

LUNA, A. A.; BRANCO, L. L. W. V.; BELEZA, L. O. Carga de trabalho de enfermagem em UTI neonatal: aplicação da ferramenta Nursing Activities Score. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 144-151, 2017.

MACIEL, E. L. N. *et al.* Projeto Aprendendo Saúde Na Escola: A experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 389-396, 2010.

- MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S. M. R. C. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 2, p. 85-88, 2011.
- MASSARO, M.; CHAVES, L. D. P. A produção científica sobre gerenciamento em enfermagem hospitalar: Uma pesquisa bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p.150-158, 2019.
- MIRANDA, V. S. G.; FLACH, K. Aspectos emocionais na aversão alimentar em pacientes pediátricos: Interface entre a fonoaudiologia e a psicologia. **Psicologia em Estudo**, São Carlos, v. 24, e45247, 2019.
- NEIS, M. E. B.; GELBCKE, F. L. Carga de trabalho na enfermagem: variável do dimensionamento de pessoal. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 6-9, 2011.
- NELAS, J. C. G. B.; RAPOSO, V.; MORAIS, M. E. **Gestão de recursos humanos na saúde: Contributos para o dimensionamento de equipes de enfermagem em pediatria**. 2013. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013. 131 f.
- NOBRE, G. C.; BANDEIRA, P. F. R.; ZANELLA, L. W. Desenvolvimento motor: Fatores associados e implicações para o desenvolvimento infantil. **Revista Acta Brasileira do Movimento Humano**, Ji-Paraná, v. 5, n. 3, p. 10-25, 2015.
- OLIVEIRA, A. C.; GARCIA, P. C.; NOGUEIRA, L. S. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 683-694, 2016.
- PEDROLO, E. *et al.* Ensaio clínico controlado sobre o curativo de cateter venoso central. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 278-283, 2011.
- PONTES, J. A. R.; BOHOMOL, E. Estudo de dois sistemas de classificação de pacientes cirúrgicos pediátricos. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 4, p. 28-34, 2019.
- REINIACK, S. *et al.* Caracterização sócio demográfica clínica e diagnósticos de enfermagem na enfermaria pediátrica. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 7, p. 127-134, 2020.
- RODRIGUES, C. N. *et al.* Perfil nutricional e fatores associados ao baixo peso e à redução do consumo alimentar em crianças hospitalizadas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 61-72, 2016.
- RODRIGUES, E. N.; OLIVEIRA, E. R. C.; JULIÃO, A. M. S. Assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção do acompanhante. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 4, p. 39-49, 2014.
- ROSADO, V. *et al.* Risk factors for central venous catheter- related infections in a neonatal population: systematic review. **The Journal of Pediatric**, [s. l.], v. 94, n. 1, p. 3-14, 2018.
- ROSSETTI, A. C.; GAIDZINSKI, R. R.; BRACCO, M. M. Determinação da carga de trabalho e do dimensionamento da equipe de enfermagem em um pronto-socorro pediátrico. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 217-222, 2014.
- SANTOS, L. M. *et al.* Pronto atendimento infantil: quem utiliza e por que motivo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 79-88, 2019.
- SERRANO, M. T. P.; COSTA, A. S. M. C.; COSTA, N. M. V. N. Cuidar em Enfermagem: como descrever a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 3, p. 15-23, 2011.

SILVA, T. R. G. *et al.* Family-centered care from the perspective of nurses in the Neonatal Intensive Care Unit. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n. 5, p. 643-650, 2016.

SOUZA, T. L. V. *et al.* Segurança do paciente na administração de medicamento intramuscular em pediatria: avaliação da prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0002, 2018.

TRANQUITELLI, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Número de horas de cuidados de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 371-377, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Hospital de Clínicas de Uberlândia. **Institucional**. 2009. Disponível em: <http://www.hc.ufu.br/pagina/institucional>. Acesso em: 14 fev. 2020.

VASCONCELOS, M. M. A. *et al.* Lower urinary tract dysfunction: a common diagnosis in the pediatrics practice. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 57-64, 2013.

VELOZO, K. D. S. *et al.* Scores TISS-28 versus NEMS to size the nursing team in a pediatric intensive care unit. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 470-475, 2017.

**ANEXO A – INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS**

Unidade:

Leito:

Data de internação:

Data da coleta:

1) Atividade: Possibilidade de manutenção de atividades compatíveis com a idade de desenvolvimento, exercitando as habilidades pertinentes a cada idade e interagindo com acompanhante, equipe ou outras crianças para sorrir, brincar, conversar, etc.	
01 ponto	Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária
02 pontos	Sonolento
03 pontos	Hipoativo ou Hiperativo ou Déficit no desenvolvimento
04 pontos	Inconsciente ou sedado ou coma vigil
2) Intervalo de Aferição de Controles: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico.	
01 ponto	6/6 horas
02 pontos	4/4 horas
03 pontos	2/2 horas
04 pontos	Intervalo menor que 2 horas
3) Oxigenação: Capacidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.	
01 ponto	Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas
02 pontos	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instalação de soro
03 pontos	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia
04 pontos	Ventilação mecânica (Não-invasiva ou Invasiva)
4) Terapêutica medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações prescritas	
01 ponto	Não necessita de medicamentos
02 pontos	Necessidade de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular e/ou oral

03 pontos	Necessidade de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso)
04 pontos	Uso de fármacos vasoativos e/ou hemoderivados e/ou quimioterápicos
5) Integridade cutâneo-mucosa: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.	
01 ponto	Pele íntegra sem alteração da cor em toda área corpórea
02 pontos	Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte
03 pontos	Presença de hiperemia (pontos de pressão ou períneo) ou sinais flogísticos em qualquer local da superfície corpórea que necessite de curativo de médio porte
04 pontos	Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte
6) Alimentação e hidratação: Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral	
01 ponto	Via oral de forma independente ou seio materno exclusivo
02 pontos	Via oral com auxílio e paciente colaborativo
03 pontos	Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia)
04 pontos	Nutrição parenteral ou via oral com paciente apresentando dificuldade de deglutição ou risco para aspiração
7) Eliminações: Capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinha e/ou necessidade de uso de sondas	
01 ponto	Vaso sanitário sem auxílio
02 pontos	Vaso sanitário com auxílio
03 pontos	Fraldas (necessidade de um profissional para troca) ou sonda vesical de demora
04 pontos	Sonda vesical de alívio ou estomas ou uso de comadre ou urinol ou fraldas (necessidade de dois profissionais para troca)
8) Higiene Corporal: Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para higiene corporal	
01 ponto	Banho de aspersão sem auxílio
02 pontos	Banho de aspersão com auxílio
03 pontos	Banho de imersão ou banho em cadeira

04 pontos	Banho no leito ou na incubadora ou necessidade de mais de um profissional da enfermagem para realização de qualquer banho
9) Mobilidade e Deambulação: Capacidade da criança ou adolescente de mobilizar voluntariamente o corpo ou seguimentos corporais	
01 ponto	Deambulação sem auxílio
02 pontos	Repouso no leito mobiliza-se sem auxílio
03 pontos	Repouso no leito, mobiliza-se com auxílio ou deambula com auxílio
04 pontos	Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito
10) Participação do acompanhante: Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades da criança ou adolescente	
01 ponto	Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico e consegue atendê-las
02 pontos	Acompanhante buscando informações para atender necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico
03 pontos	Acompanhante tem dificuldade em reconhecer algumas necessidades físicas e emocionais, e é resistente a buscar auxílio e a mudanças
04 pontos	Acompanhante parece não estar atento nem se interessar quanto às necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico.
11) Rede de apoio e suporte: Apoio com o qual a criança pode contar durante sua permanência no hospital	
01 ponto	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante todo o tempo
02 pontos	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o por mais de 12 horas ao dia
03 pontos	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante menos de 12 horas ao dia
04 pontos	Desacompanhado
Pontuação	
11-17 pontos	Cuidados mínimos
18-23 pontos	Cuidados intermediários
24-30 pontos	Alta dependência

31-37 pontos	Cuidados semi-intensivos
38-44 pontos	Cuidados intensivos

Fonte: adaptado de DINI (2007).

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS**

Domínio: Família

Participação do acompanhante: Atitude e desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender às necessidades do paciente pediátrico.

- 1- Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais do paciente e consegue atendê-las.
- 2- Acompanhante demonstra disponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico.
- 3- Acompanhante demonstra dificuldades ou indisponibilidade para incorporar novas informações e habilidades para o cuidado do paciente pediátrico E/OU manifesta comportamentos de ansiedade e/ou medo e/ou raiva e/ou retraimento.
- 4- Acompanhante ausente ou que demonstre indisponibilidade ou agressividade para cuidar do paciente e/ou Paciente requerendo cuidados técnicos de alta complexidade.

Rede de apoio e suporte familiar: Possibilidade de incorporação dos conhecimentos, valores, crenças e cultura do familiar acompanhante no planejamento e na prestação de cuidados ao paciente pediátrico durante sua permanência no hospital.

- 1- Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante todo o tempo.
- 2- Presença de um acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante mais de 12 horas ao dia.
- 3- Presença de acompanhante envolvido na prestação e planejamento de cuidados durante menos de 12 horas ao dia
- 4- Ausência de suporte familiar OU Doença psiquiátrica do acompanhante OU Presença de acompanhante que demonstre estresse ou alienação da prestação de cuidados ao paciente.

Domínio: Paciente

Atividade: Possibilidade de interagir com familiares, profissionais, ou pacientes e de realizar atividades compatíveis com o desenvolvimento esperado para a idade.

- 1- Demonstração de afeto com o familiar e de interesse a estímulos e atividades compatíveis com a faixa etária, como: brincadeiras, jogos, acompanhamento do currículo escolar ou

leitura.

Continuação.

2- Demonstração de afeto com o familiar e de interesse a estímulos, com limitação para a realização de atividades compatíveis com a faixa etária, como: jogos, brincadeiras, acompanhamento do currículo escolar ou leitura.

3- Desinteresse a estímulos por dor, tristeza, raiva, agitação psicomotora ou apatia; dificuldades de linguagem; deficiência visual ou déficit no desenvolvimento.

4- Paralisia cerebral severa ou coma vigil ou inconsciente ou totalmente sedado.

Oxigenação: Possibilidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.

1- Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas.

2- Respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro.

3- Respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia.

4- Ventilação mecânica (Não invasiva ou invasiva).

Mobilidade e deambulação: Possibilidade do paciente pediátrico mobilizar seguimentos corporais e deambular com segurança.

1- Deambulação sem auxílio.

2- Repouso no leito e mobiliza-se sem auxílio.

3- Repouso no leito e mobiliza-se com auxílio Ou Deambula com supervisão direta.

4- Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito.

Alimentação e hidratação: Possibilidade da criança ou adolescente receber líquidos e nutrientes por ingestão ou por infusão enteral ou parenteral.

1- Via oral de forma independente ou amamentação eficaz.

2- Via oral com auxílio e paciente colaborativo.

3- Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia) ou via oral com paciente não colaborativo ou com risco de aspiração ou amamentação ineficaz.

4- Nutrição/hidratação parenteral.

Eliminações: Condições do paciente pediátrico para apresentar excreções urinária e intestinal.

1- Vaso sanitário sem auxílio.

2- Vaso sanitário com auxílio.

3- Treino de esfíncteres ou Fraldas OU Comadre ou Urinol.

4- Sonda vesical ou Estomas.

Continuação.

Higiene e cuidado corporal: Possibilidade do paciente pediátrico realizar sozinho, necessitar de auxílio, supervisão direta ou depender totalmente para a higiene oral, corporal e vestimenta.

1- Banho de aspersão sem auxílio.

2- Banho de aspersão com auxílio parcial.

3- Banho de imersão ou de aspersão em cadeira ou com auxílio total.

4- Banho no leito ou na Incubadora ou em Berço aquecido

Domínio: Procedimentos terapêuticos

Intervalo de aferição de controles: Necessidade de observação e controle de dados, como sinais vitais, saturação de O₂, pressão venosa central, glicemia capilar, diálise peritoneal, balanço hídrico.

1- 6/6 horas.

2- 4/4 horas.

3- 2/2 horas.

4-Intervalo menor de 2 horas ou monitorização contínua.

Terapêutica Medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações.

1- Não necessita de medicamentos.

2- Medicamentos por via tópica, ocular e/ou oral com paciente colaborativo.

3- Medicamentos por vias parenteral, enteral, inalatória, OU por via tópica, ocular ou oral com paciente não colaborativo.

4- Hemoderivados e/ou quimioterápicos e/ou Indicação absoluta de uso de bomba de infusão.

Integridade cutâneo-mucosa: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.

1- Pele íntegra em toda a área corpórea.

2- Necessidade de cuidados de BAIXA complexidade, como: hidratação cutânea, tratamento de dermatites simples, renovação de fixação de cateter venoso periférico.

3- Necessidade de cuidados de MÉDIA complexidade como curativos em: feridas limitadas à derme, inserções de drenos, traqueostomia, gastrostomia ou de cateter venoso central.

4- Necessidade de cuidados de ALTA complexidade, como: desbridamentos, dermatites disseminadas, queimaduras extensas; estomas complexos ou feridas com visualização de

fáscia muscular, tecido ósseo ou eviscerações. Fonte: adaptado de DINI (2014).