

Confiabilidade de um instrumento para classificar o recém-nascido segundo a complexidade assistencial*

RELIABILITY OF AN INSTRUMENT TO CLASSIFY NEWBORNS ACCORDING TO CARE COMPLEXITY

CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA CLASIFICAR AL RECIÉN NACIDO DE ACUERDO CON LA COMPLEJIDAD DE LA ATENCIÓN

Caroline de Souza Bosco¹, Edi Toma², Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira³, Maria Aparecida de Jesus Belli⁴

RESUMO

Na maioria das maternidades, a classificação, a avaliação e a definição da unidade a encaminhar o recém-nascido (RN) após o nascimento são realizadas pelo médico. A avaliação ocorre na sala de parto considerando: peso ao nascer; idade gestacional; condutas que definem quadro clínico e doença. Este estudo observacional teve como objetivo avaliar a confiabilidade de um instrumento de classificação de RN. A pesquisa foi realizada no berçário de um hospital público, São Paulo. Nove enfermeiras aplicaram o instrumento a 63 RN, sendo duas simultaneamente em cada um dos cinco setores do berçário. Verificou-se que o nível de concordância Kappa entre as enfermeiras foi excelente para a maioria das áreas de cuidado (69,0%). Concluiu-se que houve consenso e concordância das enfermeiras quanto ao instrumento ser completo, de fácil entendimento e aplicável, porém depende muito tempo. As enfermeiras reconhecem a importância do instrumento para o dimensionamento dos profissionais, organização e planejamento do cuidado.

DESCRITORES

Recém-nascido
Classificação
Enfermagem neonatal
Reprodutibilidade dos testes
Avaliação em Enfermagem

ABSTRACT

In most maternity units, the physician classifies, evaluates, and determines which unit will receive the newborn (NB) after birth. Evaluation occurs in the delivery room, taking into consideration the following factors: birth weight, gestational age, and behaviors that define the clinical picture and disease. This observational study evaluates the reliability of an NB classification instrument. The study was conducted at the nursery of a public hospital in São Paulo. Nine nurses applied the instrument to 63 NB, with two of the nurses working simultaneously in each of the nursery's five sectors. The Kappa level of agreement among the nurses was found to be excellent for most care areas (69.0%). It was concluded that there was a consensus and agreement among the nurses that the instrument was complete, easy to understand and applicable, but was very time consuming. The nurses recognize the instrument's importance for the allocation of professionals, organization, and care planning.

DESCRIPTORS

Infant, newborn
Classification
Neonatal nursing, Reproducibility of results
Nursing assessment

RESUMEN

En la mayoría de las maternidades la clasificación, la evaluación y la definición de la unidad para referir el recién nacido (RN), son realizadas por el médico. La evaluación se realiza en la sala de parto, considerando: peso al nacer, edad gestacional y conductas que definen el cuadro clínico y la enfermedad. Este estudio observacional tuvo como objetivo evaluar la confiabilidad de un instrumento de clasificación del RN. Fue realizada en el servicio de neonatología de un hospital público en Sao Paulo. Nueve enfermeras aplicaron el instrumento a 63 RN, siendo aplicados dos de forma simultánea en los cinco sectores de la unidad neonatal. El nivel de concordancia Kappa fue excelente para la mayoría de las áreas de atención (69,0%). Se concluyó que hubo consenso y concordancia entre las enfermeras, quienes expresaron que el instrumento es completo, fácil de entender y de aplicar, pero se necesita mucho tiempo. Las enfermeras reconocen la importancia de este instrumento para dimensionar el número de profesionales, la organización y la planificación de la atención.

DESCRIPTORES

Recién nacido
Clasificación
Enfermería neonatal
Reproducibilidad de resultados
Evaluación en enfermería

* Extraído da monografia "Nível de complexidade assistencial dos recém-nascidos em uma Unidade Neonatal", Programa de Aprimoramento em Enfermagem em Neonatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2012. ¹ Enfermeira Neonatologista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista CAPES. São Paulo, SP, Brasil. carolinebosco@usp.br ² Enfermeira Neonatologista. Chefe do Berçário Anexo à Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. editoma@uol.com.br ³ Enfermeira Obstétrica. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. soniaju@usp.br ⁴ Enfermeira Obstétrica. Professora Doutora do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciência e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. m-belli@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O desafio dos profissionais que lidam com a gerência das organizações hospitalares está em conciliar a redução de custos com a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e com a satisfação dos clientes⁽¹⁾.

A falta de recursos financeiros nos hospitais tem gerado redução de gastos e despesas repercutindo na política de recursos humanos, sobretudo com profissionais de enfermagem, que representam maior quantitativo de profissionais dentro das organizações⁽²⁾.

Com número reduzido de profissionais, os gestores deparam-se com a inadequada alocação quantitativa e/ou qualitativa de recursos humanos para a assistência de enfermagem, prejudicando a execução dos processos assistenciais, bem como a segurança dos pacientes e da equipe que deles cuida⁽²⁾.

Diante deste cenário, a gerência responsável pela quantificação de profissionais de enfermagem para assistência segura ao paciente e por gerenciar os recursos humanos sob sua responsabilidade necessita de instrumentos que a auxiliem no planejamento, alocação, distribuição e controle do quadro de funcionários, por se tratar de um dos itens mais significativos da eficácia, qualidade e custo hospitalar, como é o caso do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)⁽³⁾.

O SCP é um método desenvolvido para determinar, monitorar e validar as necessidades de cuidado individualizado, por meio da classificação de pacientes em grupos de cuidados ou categorias, com possibilidade de avaliar os esforços de enfermagem requeridos visando à qualidade da assistência prestada⁽⁴⁻⁵⁾. Sua utilização possibilita agrupar os pacientes por complexidade assistencial, observando o perfil de cada grupo ou categoria previamente estabelecida, melhorar a qualidade da assistência, distribuir os leitos para atendimento da demanda por grupo de pacientes, realocar recursos materiais e humanos, detalhar a dinâmica operacional do sistema, monitorar a produtividade e o processo orçamentário⁽⁵⁾.

Apesar dos benefícios apontados, na maioria dos serviços de maternidade a classificação, a avaliação e a definição da área a ser encaminhado o recém-nascido (RN) logo após o nascimento é realizada pelo médico pediatra ou neonatologista. Essa avaliação ocorre rotineiramente na sala de parto, considerando variáveis como: o peso ao nascer; a idade gestacional, pelo método do Capurro Somático; e as normas e condutas que definem o quadro clínico ou a doença.

O mesmo acontece com o dimensionamento do pessoal de enfermagem que irá prestar os cuidados ao RN na

unidade neonatal, que é alocado com base em critérios administrativos específicos de cada instituição⁽⁶⁾.

No berçário em estudo, a avaliação do RN é realizada pelo médico neonatologista de acordo com o grau de gravidade da doença e até o momento não há nenhum instrumento utilizado na prática gerencial do enfermeiro como meio para alocar recursos humanos de enfermagem em função do nível de complexidade dos pacientes atribuído à unidade.

Nesse sentido, a implementação do SCP na unidade será uma oportunidade para aperfeiçoar os procedimentos, as ações e as intervenções direcionadas para garantir a qualidade da assistência, a segurança ao neonato e o apoio nos processos de gestão⁽⁶⁾.

O SCP auxilia na previsão de trabalho requerido em relação ao pessoal de enfermagem disponível e serve como ferramenta para o gerente justificar a necessidade de mais profissionais quando a demanda de trabalho for

maior, bem como ajuda nas decisões sobre recrutamento e seleção de profissionais de enfermagem⁽⁷⁾. Além disso, ao utilizar o SCP o berçário estaria em conformidade com a Resolução nº 7/10, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que recomenda que toda unidade neonatal deve utilizar um instrumento de classificação de pacientes⁽⁸⁾.

Toledo e Fugulin^(a) construíram um instrumento com o objetivo de nortear a classificação de RN por tipo de cuidado, por complexidade assistencial, segundo as necessidades individualizadas de cuidados de enfermagem. Posteriormente esse instrumento foi adaptado por Bochembuzio⁽⁶⁾ e validado por meio da técnica Delphi, que consiste na validação do conteúdo por meio da opinião de um grupo de juízes especialistas sobre um determinado assunto^(9,10).

O objetivo deste estudo foi avaliar a confiabilidade e a aplicabilidade de um instrumento de classificação de recém-nascidos segundo a complexidade assistencial.

MÉTODO

Trata-se de estudo observacional, realizado no berçário anexo à maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), que desde 2005 encontra-se sob a direção do Instituto da Criança (ICRFMUSP). Essa instituição hospitalar é de nível terciário e a unidade de internação possui 63 leitos subdivididos em cinco setores de cuidados neonatais: baixa complexidade (23 leitos), médio risco (15 leitos), alto risco (9 leitos), Unidade de

^(a)Toledo RB, Fugulin FMT. Sistema de classificação de pacientes: construção de um instrumento para uma unidade de neonatologia [Apresentado ao Programa de Aprimoramento de Enfermagem em Neonatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; 2000].

Terapia Intensiva (UTI) I (8 leitos) e UTI II (8 leitos). A unidade atende exclusivamente RN cujo parto ocorreu na instituição. Conforme referido na introdução, a classificação do RN é feita pelo neonatologista sem a participação da enfermeira.

O serviço conta com um quadro de profissionais de enfermagem composto por 23 enfermeiras, sendo uma enfermeira-chefe e uma encarregada, e 50 auxiliares de enfermagem. O turno de trabalho é de 12X36h e as duas enfermeiras administrativas trabalham oito horas diárias, uma no período na manhã e a outra no período da tarde, de segunda a sexta-feira.

A amostra foi de conveniência e envolveu nove enfermeiras que trabalham no período diurno e cuja alocação nos setores é realizada de acordo com a escala diária elaborada pela enfermeira-chefe. Para avaliar a confiabilidade do instrumento, duas enfermeiras classificaram simultaneamente os RN do mesmo setor. Esse procedimento foi realizado durante cinco dias consecutivos, sendo avaliado um setor por dia. Merece comentar que houve a necessidade de uma enfermeira avaliar os RN de dois setores.

A abordagem das duas enfermeiras participantes foi realizada em cada setor por uma das pesquisadoras em setembro de 2011. As instruções para o preenchimento do instrumento foram fornecidas de forma impressa, explicando os procedimentos para sua aplicação.

Para conhecer o perfil dos RN em relação à complexidade assistencial foi aplicado o instrumento de classificação validado por Bochembuzio⁽⁶⁾, que contém 16 áreas de cuidados, sendo que cada uma delas recebe uma pontuação que varia de 1 a 3. As áreas de cuidados avaliadas são: termorregulação, peso, atividade espontânea, reação a estímulos, cor da pele, tonicidade, nutrição e hidratação, eliminações, oxigenação, integridade cutâneo-mucosa, cuidado corporal, controle de sinais vitais, sondas e drenos, cateteres, terapia medicamentosa e educação à saúde⁽⁶⁾.

O valor obtido individualmente em cada uma dessas áreas de cuidados é somado e o total obtido indica uma categoria: cuidados mínimos (de 16 a 26 pontos), cuidados intermediários (de 27 a 37) e cuidados intensivos (de 38 a 48 pontos)⁽⁶⁾.

Os dados para classificação dos setores foram identificados por meio das características dos RN identificadas no exame físico, na avaliação da assistência registrada no prontuário e nas informações sobre o cuidado prestado obtidas junto à equipe de enfermagem.

Para avaliar a concordância inter-avaliadores, é recomendado verificar o grau de correspondência entre avaliações independentes de dois ou mais profissionais⁽¹¹⁾. Desse modo, utilizou-se o coeficiente de Kappa para medir a concordância entre elas. Adotou-se para interpretar os resultados do Kappa os valores acima de 0,750 que representam excelente concordância; abaixo de 0,400, indicativos de baixa concordância, e entre 0,400 e 0,750, que representam concordância mediana. Os dados obtidos foram analisados

pelo pacote estatístico R⁽¹²⁾. Em todas as análises estatísticas adotou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Na segunda etapa, realizou-se a caracterização das enfermeiras, com informações referentes a formação e experiência profissional, e a avaliação da aplicabilidade do instrumento por meio do preenchimento pelas enfermeiras do questionário elaborado para este estudo. Este questionário possibilitou avaliar se o instrumento reproduz o perfil dos RN da unidade e se pode ser introduzido na prática assistencial.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam instruções para o preenchimento do instrumento. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMUSP (Parecer nº 0618/11).

RESULTADOS

Confiabilidade do instrumento

Participaram do estudo nove enfermeiras que atuam na assistência direta aos RN do berçário do HCFMUSP no período diurno. A idade média das participantes foi de 31,5 anos (desvio padrão 11,3; mediana 28 anos) e média do tempo de experiência profissional foi de 8,5 anos (desvio padrão 11,7; mediana 3 anos). Em relação à qualificação profissional, sete participantes tinham curso de pós-graduação *lato sensu* em enfermagem neonatal e uma estava cursando pós-graduação *stricto sensu*, nível mestrado em enfermagem.

Conforme os dados apresentados na Tabela 1, observou-se que o nível de concordância Kappa entre os enfermeiros foi excelente para a maior parte das áreas de cuidados (11; 69,0%). Houve concordância máxima para os indicadores peso e cuidado corporal, enquanto o indicador educação à saúde apresentou a menor concordância entre as enfermeiras (36,5%).

Aplicabilidade do instrumento

O tempo para aplicação foi a principal queixa das enfermeiras ao avaliarem o instrumento, como mostra a Tabela 2.

As participantes caracterizaram o instrumento como aplicável (9; 100%), completo (7; 77,8%) e de fácil entendimento (6; 66,7%). No entanto, cerca de um terço delas referiu que o instrumento despense tempo para sua aplicação. O tempo médio gasto pelas enfermeiras para classificar cada paciente variou entre 1 e 10 minutos, predominando o tempo entre 5-10 minutos.

Os resultados da Tabela 3 mostram que, dos 16 indicadores utilizados para classificação, na maior parte (10; 62,5%) foi encontrada alguma dificuldade no preenchimento pelas enfermeiras. Os itens peso, atividade espontânea, nutrição e hidratação, eliminações, cuidado corporal, controle de sinais vitais foram apontados como os de maior facilidade de compreensão. O item educação à saúde foi o que apresentou maior dificuldade de entendimento.

Tabela 1 – Frequência da concordância e valores do coeficiente de Kappa e intervalo de confiança (IC) na classificação dos recém-nascidos segundo o nível de complexidade assistencial – São Paulo, SP, Brasil, 2011

Áreas de cuidados	Concordância			Medidas de Comparabilidade	
	N	%	Kappa	p-valor	IC (95%)
Termorregulação	44	69,8	0,548 [#]	<0,001	0,374; 0,721
Peso	–	–	1,000 [*]	–	0,803; 1,000
Atividade espontânea	53	84,1	0,738 [#]	<0,001	0,557; 0,917
Reação aos estímulos	55	87,3	0,785 [*]	<0,001	0,605; 0,956
Cor da pele	58	92,1	0,755 [*]	<0,001	0,555; 0,953
Tonicidade	55	84,1	0,678 [#]	<0,001	0,478; 0,878
Nutrição e hidratação	61	96,8	0,948 [*]	<0,001	0,769; 1,000
Eliminações	59	93,7	0,882 [*]	<0,001	0,663; 1,000
Oxigenação	62	98,4	0,972 [*]	<0,001	0,789; 1,000
Integridade cutâneo-mucosa	52	82,5	0,617 [#]	<0,001	0,417; 0,816
Cuidado corporal	–	–	1,000 [*]	–	0,753; 1,000
Controle de sinais vitais	58	92,1	0,863 [*]	<0,001	0,661; 1,000
Controle de sondas e drenos	57	90,5	0,823 [*]	<0,001	0,642; 1,000
Controle de cateteres venosos	52	82,5	0,969 [*]	<0,001	0,784; 1,000
Terapêutica medicamentosa	35	55,6	0,648 [#]	<0,001	0,436; 0,860
Educação à saúde	23	36,5	0,101 [§]	0,180	0,110; 0,316

Concordância: ^{*}Excelente; [#]Mediana; [§]Baixa. IC: Intervalo de Confiança

Tabela 2 – Avaliação das enfermeiras quanto às características do instrumento de classificação de Bochembuzio – São Paulo, SP, Brasil, 2011

Características	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Completo	7	77,8	2	22,2	9	100
Fácil entendimento	6	66,7	3	33,3	9	100
Despende tempo	3	33,3	6	66,7	9	100
É aplicável	9	100	–	–	9	100

Tabela 3 – Indicadores citados pelas enfermeiras com dificuldade na sua avaliação - São Paulo, SP, Brasil, 2011

Indicadores	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Termorregulação	1	11,1	8	88,9	9	100
Peso	–	–	9	100	9	100
Atividade espontânea	–	–	9	100	9	100
Reação à estímulos	1	11,1	8	88,9	9	100
Cor da pele	2	22,2	7	77,8	9	100
Tonicidade	2	22,2	7	77,8	9	100
Nutrição e hidratação	–	–	9	100	9	100
Eliminações	–	–	9	100	9	100
Oxigenação	1	11,1	8	88,9	9	100
Integridade cutâneo-mucosa	1	11,1	8	88,9	9	100
Cuidado corporal	–	–	9	100	9	100
Controle de sinais vitais	–	–	9	100	9	100
Controle de sondas e drenos	2	22,2	7	77,8	9	100
Controle de cateteres venosos	1	11,1	8	88,9	9	100
Terapêutica medicamentosa	1	11,1	8	88,9	9	100
Educação à saúde	5	55,6	4	44,4	9	100

Ao investigar a utilização do SCP na unidade, todas as enfermeiras responderam que não o utilizam, sendo que a principal razão foi o fato de não estar implantado na unidade (6; 66,7%). A forma mais utilizada para avaliar a complexidade assistencial do RN é por meio da patologia/diagnóstico médico (5; 55,6%), seguida pelo acompanhamento diário (2; 22,2%). Além disso, duas (22,2%) enfermeiras citaram não ser válida a avaliação da complexidade assistencial.

As enfermeiras também foram questionadas se os resultados obtidos pela aplicação do instrumento reproduzem o perfil dos RN de sua unidade. A maior parte (5; 55,6%) respondeu que não condiz com o perfil da unidade. As justificativas apresentadas pelas enfermeiras foram: três (33%) responderam que, apesar do setor avaliado ter sido classificado como intermediário, existem recém-nascidos no mesmo setor que necessitam de cuidados intensivos; uma (11%) disse que são poucos itens com muitas informações contidas, o que dificulta a aplicação, e duas (22%) disseram que a classificação do instrumento dependeria do dia e da quantidade de pacientes.

Após a aplicação do instrumento, uma nova classificação dos cinco setores do berçário poderia ser proposta, isto é, manter o de baixa complexidade e agrupar os RN de alto e médio risco em uma única categoria (cuidados intermediários, que obteve 27 a 37 pontos) e os setores de UTI I e UTI II em cuidados intensivos (que totalizou 38 a 48 pontos), em razão da pontuação obtida com o emprego do SCP.

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo a aplicar o instrumento de classificação de RN desenvolvido por Toledo e Fugulin e

validado por Bochembuzio⁽⁶⁾. Todos os estudos realizados até o momento com instrumentos para classificar os RN e crianças apontam a necessidade de elaborar um instrumento específico para classificar o grau de dependência da assistência de enfermagem para essa população⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Nossos resultados, assim como os de outros estudos^(14,16), mostraram que os enfermeiros não utilizam o SCP para fundamentar o dimensionamento de pessoal conforme recomenda a Resolução nº 189/96⁽¹⁷⁾, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e mais recente a Resolução Nº 7/10⁽⁸⁾ da ANVISA, sendo a classificação realizada por meio de um procedimento empírico com base na vivência do profissional e nas normas da instituição.

Na primeira etapa, foram avaliados 63 RN individualmente e ao mesmo tempo por duas enfermeiras e o estudo apontou a existência de RN de cuidados mínimos em uma unidade de cuidados específicos. O motivo desse achado é que no hospital em estudo não existe unidade de Alojamento Conjunto (AC), conforme preconiza a Portaria nº 1016 do Ministério da Saúde⁽¹⁸⁾ que determina que hospitais e maternidades vinculados ao SUS, próprios e conveniados, implantem o sistema de AC.

É importante ressaltar que esse fato não exclui a necessidade de observação desses bebês, pois o local do estudo é considerado referência em gestação de alto risco.

Além disso, a Resolução do COFEN nº 293/2004 determina que:

§ 7º – Para berçário e unidade de internação em pediatria, caso não tenha acompanhante, a criança menor de seis anos e o recém-nascido devem ser classificados com necessidades de cuidados intermediários⁽⁸⁾.

Considerando a Resolução, pode-se dizer que a categoria cuidados mínimos não se aplica ao berçário, tal como indicado pelo instrumento, em razão de ser permitida apenas a visita dos pais para os RN na unidade, sem presença de acompanhante.

A classificação do berçário em três setores de cuidados (mínimo, intermediário e intensivo) em vez de cinco como se apresenta, sugere que o instrumento não é capaz de diferenciar os RN internados por níveis de gravidade.

A avaliação da concordância entre as enfermeiras mostrou que o indicador educação à saúde apresentou a menor concordância e as enfermeiras apresentam maior dificuldade para classificar os RN. A justificativa encontrada está relacionada ao grau de subjetividade desse indicador, influenciado pela relação enfermeiro-familiar.

Na segunda etapa foi possível observar que, dos 16 indicadores avaliados, 10 apresentaram dificuldade de entendimento. Pode-se atribuir essa dificuldade à inabilidade das profissionais em lidar com o instrumento, visto que não foi feita uma explicação detalhada do mesmo, pois sua interpretação também fazia parte da avaliação.

Outra possível explicação é a existência de RN com diferentes níveis de complexidade assistencial em um único setor, como, por exemplo, UTI II, considerada de cuidados intensivos, ter bebês que requeriam cuidados intermediários. A justificativa para esse fato é a falta de vagas nos setores de destino, com necessidade de realocação diária dos RN de acordo com a demanda por leito.

Para que os sistemas de classificação sejam confiáveis, é importante que os instrumentos sejam de fácil aplicação, abrangentes, precisos e válidos, a fim de evitar vieses na aferição do fenômeno. Isso pode acontecer quando tais sistemas consideram os cuidados prestados em detrimento daqueles requeridos pelos pacientes, quando a experiência dos profissionais é ignorada ou aspectos indiretos dos cuidados e diferentes dimensões da prática de enfermagem não são considerados⁽¹⁹⁾.

Algumas enfermeiras apontaram como dificuldade a grande quantidade de informações contidas em cada item do instrumento. Observa-se na prática que os instrumentos existentes até o momento são extensos, dificultando o preenchimento. Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), isso se torna um problema, pois o trabalho intensivo demanda maior agilidade dos profissionais, daí serem necessários instrumentos de fácil aplicação. Além disso, a complexidade do paciente de UTI nem sempre consegue ser realmente dimensionada pelos instrumentos existentes, o que limita sua utilização⁽²⁰⁾.

De modo geral, as enfermeiras reconhecem a importância do instrumento para o dimensionamento dos profissionais, organização e planejamento do cuidado, porém alegam que uma de suas limitações é demandar inicialmente muito tempo para ser preenchido. A principal limitação identificada no instrumento de Bochembuzio⁽⁶⁾ foi a falta de clareza, devido aos itens muito extensos e repetitivos, que dificultam sua compreensão.

CONCLUSÃO

Neste estudo, o instrumento de classificação de RN de Bochembuzio, segundo a avaliação das enfermeiras, foi considerado completo, de fácil compreensão e aplicável. No entanto, foi referido que requer um longo período de tempo para sua aplicação e que necessita de adequação na área de educação à saúde para ser aplicado na prática assistencial. As demais áreas de cuidados do instrumento apresentaram excelente concordância entre os avaliadores, indicando que pode ser utilizado em outras maternidades.

Por se tratar de um estudo realizado em um hospital terciário, que assiste neonatos com necessidades de serviços de saúde de alta complexidade, sugere-se que o instrumento seja testado em outros locais com a finalidade de investigar sua aplicabilidade com diferentes perfis de bebês, buscando seu aprimoramento.

REFERÊNCIAS

1. Rogenski KE, Fugulin FMT. Índice de segurança técnica da equipe de enfermagem da pediatria de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):683-9.
2. Costa JA, Fugulin FMT. Atividades de enfermagem em centro de material e esterilização: contribuição para o dimensionamento de pessoal. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(2):249-56.
3. Fugulin FMT, Rossetti AC, Ricardo CM, Possari JF, Mello MC, Gaidzinski RR. Nursing care time in the Intensive Care Unit: evaluation of the parameters proposed in COFEN Resolution Nº 293/04. *Rev Latino Am Enferm*. 2012;20(2):325-32.
4. De Groot HA. Patient classification system evaluation. Part 1: essential system elements. *J Nurs Adm*. 1989;19(6):30-5.
5. Giovannetti P. Understanding patient classification systems. *J Nurs Adm*. 1979;9(2):4-9.
6. Bochembuzio L, Gaidzinski RR. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):382-9.
7. Araujo VB, Perroca MG, Jerico MC. Variability in the complexity of patient's nursing care needs. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(1):34-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução n. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2012 jun. 2]. Disponível em: http://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/rdc07.pdf
9. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev RENE*. 2012;13(1):242-51.
10. Spínola AWP. Delphos: proposta tecnológica alternativa. São Paulo: [s.n.]; 1984.
11. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 5aed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2002.
12. De R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Version 2.11.1 [computer program]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2011.
13. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino Am Enferm*. 2005;13(1):72-8.
14. Vigna CP, Perroca MG. Utilização do sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*. 2007;14(1):8-12.
15. Dini AP, Fugulin FMT, Veríssimo MDLO, Guirardello EB. Pediatric Patient Classification System: construction and validation of care categories. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2012 July 16];45(3):575-80. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a04.pdf
16. Santos F, Rogenski NMB, Baptista CMC, Fugulin FMT. Patient classification system: a proposal to complement the instrument by Fugulin et al. *Rev Latino Am Enferm*. 2007;15(5):980-5.
17. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Resolução n. 189/96. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREn-SP). Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo; 1997. p.77-80.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para o Alojamento Conjunto [Internet]. Brasília; 1993 [citado 2012 jun. 2]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/40.pdf>
19. Tranquitielli AM, Padilha KG. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):141-6.
20. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de Classificação de Pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino Am Enferm*. 2005;13(1):72-8.