

Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro

Characterization of the care profile of adult patients of an emergency medical service
Caracterización del perfil asistencial de los pacientes adultos de un servicio médico de urgencia

Renato Ohara¹, Márcia Regina Antonietto da Costa Melo¹, Ana Maria Laus¹

¹Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP

Submissão: 24/07/2009

Aprovação: 09/07/2010

RESUMO

Foi desenvolvida uma pesquisa exploratória, método estudo de caso, objetivando caracterizar o perfil assistencial dos pacientes adultos internados no pronto-socorro clínico e cirúrgico de um hospital geral público no município de São Paulo como subsídio para o dimensionamento da equipe de enfermagem. Os sujeitos foram pacientes internados durante um período de trinta dias. Os dados foram coletados por meio da aplicação do instrumento de classificação de pacientes de Fugulin. O presente estudo permitiu verificar pacientes na categoria de cuidados intensivos, semi-intensivos, alta dependência, intermediária e mínima e taxa de ocupação de leitos acima da previsão oficial tornando a planta física inadequada para pacientes e profissionais, reflexo da falta de um serviço de regulação.

Descritores: Pronto-socorro; Dimensionamento de pessoal; Equipe de enfermagem.

ABSTRACT

It was developed an exploratory study, having as a method the study of case which aimed to characterize the profile of adult patients admitted at the emergency medical service in a general public hospital in São Paulo as subsidy for the nursing personal downsizing. Subjects were the patients admitted during the period of thirty days. Data was obtained through application of a patient classification instrument by Fugulin. This study showed patients in the category of intensive care, semi-intensive, high dependence, intermediate and minimal and occupation rate above official prediction making physical space inappropriate to the patients and professionals, reflex of the lack of control service.

Key words: Emergency medical services; Personnel downsizing; Nursing, team.

RESUMEN

Fue desarrollada una pesquisa exploratoria, método de estudio de caso, cuyo objetivo fue caracterizar el perfil asistencial de los pacientes adultos internados en un servicio médico de urgencia clínico y quirúrgico de un hospital general público en el municipio de São Paulo como subsidio para el dimensionamiento del grupo de enfermería. Los sujetos fueron los pacientes internados durante el período de treinta días. Los datos fueron colectados a través de una aplicación del instrumento de clasificación de pacientes de Fugulin. Este estudio permitió verificar pacientes en la categoría de cuidados intensivos, semi-intensivos, alta dependencia, intermediaria y minima y la tasa de ocupación de lechos arriba de la previsión oficial, haciendo que la planta física se queda inadecuada para los pacientes y profesionales; reflejo de la falta de un servicio de regulación.

Descriptores: Servicios médicos de urgencia; Reducción de personal; Equipo de enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Renato Ohara. Av. Dr. Orêncio Vidigal, 598, ap. 14 Bloco 6. Penha. CEP 03640-010. São Paulo, SP.
E-mail: renatoerp@usp.br

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em um pronto-socorro geralmente é intenso, principalmente se desenvolvido em unidade que funciona de porta aberta e com demanda espontânea.

Desta forma, o dimensionamento e a provisão adequados do pessoal de enfermagem são fundamentais para uma assistência que vise a segurança do paciente e dos colaboradores e a excelência na qualidade.

Uma das competências requeridas do enfermeiro nestas unidades é a identificação das variáveis que devem ser consideradas para esse cálculo a fim de alicerçar as reivindicações e argumentações, frente aos administradores, quanto à necessidade de adequação do quadro laborativo.

Embora o pessoal de enfermagem represente o maior contingente nas instituições de saúde, estudos de diversos autores⁽¹⁻³⁾ demonstram que a questão do seu dimensionamento adequado ainda é polêmica, principalmente no que se refere à sua adequação enquanto recurso necessário para a assistência preconizada às especificidades e necessidades assistenciais de cada cliente.

O pessoal de enfermagem representa percentual importante quando comparado ao quantitativo total de profissionais no hospital, em virtude da natureza das atividades desenvolvidas, pois o serviço de enfermagem tem papel fundamental no atendimento à saúde dos pacientes⁽⁴⁾.

O dimensionamento do pessoal de enfermagem deve ser realizado pelo enfermeiro, devendo, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem⁽⁵⁾, ser garantida a autonomia deste nas unidades assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.

Ao longo de anos, o dimensionamento de pessoal de enfermagem tem sido foco, por parte de enfermeiros e administradores de serviços de saúde, por interferir diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde⁽⁶⁾.

O modelo para a realização do dimensionamento do pessoal de enfermagem deve considerar como uma das variáveis intervenientes, a complexidade assistencial, identificada por meio da utilização de um instrumento de classificação de pacientes⁽⁷⁾, que estabelece o seu grau de dependência em relação à equipe de enfermagem.

Os instrumentos de classificação são utilizados pela enfermagem para definir a categorização dos pacientes de acordo com a necessidade de cuidados requerida para nortear o processo decisório relacionado à alocação quantitativa e qualitativa do pessoal de enfermagem, planejamento de custos e qualidade do cuidado⁽⁸⁾.

A qualidade da assistência não é garantida somente com o uso de tecnologias, pois é influenciada decisivamente por aspectos relacionados ao objeto e à força de trabalho envolvidos no processo⁽⁹⁾.

O instrumento de Fugulin⁽¹⁰⁾ estabelece uma relação direta entre a complexidade assistencial do paciente e as horas de assistência de enfermagem para as categorias profissionais. Essa relação serve como parâmetro para o dimensionamento de pessoal estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem⁽⁵⁾, atualmente por meio da Resolução COFEN Nº 293/2004, que determina os parâmetros mínimos para o dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde. Vale lembrar que essa Resolução é fundamentada na complexidade assistencial da clientela

e esse é um dado ainda pouco estudado nas unidades de pronto-socorro.

O pronto-socorro é uma unidade do hospital destinada à assistência a pacientes externos com ou sem risco de morte, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato; funciona nas 24 horas do dia e dispõe de leitos de observação⁽¹¹⁾.

As unidades de pronto-socorro devem estar estruturadas para prestar assistência adequada em situações de urgência, caracterizada por casos que necessitam de atendimento rápido, porém sem risco de morte imediato e, emergência, onde o risco de morte é iminente.

Além de assegurar as manobras de sustentação de vida em casos de urgência e emergência, essas unidades têm representado a porta de entrada para os usuários com queixas crônicas e sociais, que procuram esses serviços e sobrecarregam as equipes multiprofissionais, inclusive a equipe de enfermagem, buscando resolubilidade para demandas que deveriam ser atendidas em outros níveis de atenção à saúde.

A unidade de pronto-socorro possui uma demanda espontânea, muitas vezes maior que a prevista, resultando em condições de trabalho nem sempre adequadas, decorrentes de uma dinâmica intensa de atendimentos⁽¹²⁾, necessitando obrigatoriamente de uma equipe de enfermagem estruturada e capacitada, tanto quantitativamente quanto qualitativamente.

No Brasil, o fluxo invertido de pacientes entre os serviços de saúde da rede básica e os serviços de alta complexidade resultam frequentemente em situações de superlotação dos pronto-socorros que passaram a ser o principal local de triagem dos serviços de saúde, sobrecarregando a equipe multidisciplinar desses serviços⁽¹²⁾.

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

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

METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa exploratória, na qual utilizou-se o método do estudo de caso que permite o esclarecimento do objeto em seus múltiplos aspectos. O presente estudo foi realizado em um hospital geral localizado no extremo leste do município de São Paulo. Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes adultos atendidos na unidade de emergência e os que ficaram em observação ou internados nas salas de observação do pronto-socorro da instituição durante o período da coleta dos dados.

Embora parte dessa unidade seja destinada a atendimentos pediátricos, estes não participaram como sujeitos, uma vez que o instrumento utilizado para a caracterização da clientela, não atende

integralmente às características do paciente pediátrico, sendo necessária a caracterização dessa clientela posteriormente por meio da utilização de instrumento apropriado⁽¹³⁾.

Optou-se pela utilização do instrumento proposto por Fugulin⁽¹⁴⁾ para identificar, do ponto de vista da equipe de enfermagem, as características do perfil assistencial, dos pacientes adultos atendidos no pronto-socorro do Hospital Geral do Itaim Paulista.

Esse instrumento de classificação de pacientes atribui pesos aos níveis de dependência do instrumento de classificação de Fugulin et al⁽¹⁴⁾ (Anexo 1).

Fugulin⁽¹⁵⁾ estabelece, para cada uma dessas áreas de cuidado, pontuações que variam de um a quatro, de acordo com a complexidade assistencial apresentada pelo paciente no momento da avaliação, sendo a pontuação um a de menor complexidade e quatro a de maior complexidade assistencial, indicando menor ou maior dependência em relação à equipe de enfermagem.

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

A coleta de dados foi realizada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Of. CEP-EERP/USP – 274/2008) por um período de 30 dias, no mês de janeiro de 2009, sempre no período da manhã, entre 7h30min e 12h.

O instrumento foi aplicado após a explicação dos objetivos da pesquisa, com leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo sujeito ou responsável legal, garantindo dessa forma os preceitos éticos e legais envolvidos em pesquisa com seres humanos, respeitando-se assim os aspectos ético-legais da Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Pesquisas com Seres Humanos.

Embora a Resolução COFEN 293/2004 estabeleça um período entre quatro a seis meses para a coleta de dados para a classificação e caracterização dos pacientes nas unidades, pode-se realizar a classificação uma vez ao dia, por um período mínimo de 30 (trinta) dias desde que o mês da coleta seja típico, ou seja, não esteja exposto a qualquer tipo de ocorrência que interfira na oferta de serviços e na quantidade de pacientes assistidos⁽⁶⁾. Isto é, com oferta constante e que represente a produção que se deseja avaliar.

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

RESULTADOS

Foram realizadas 1.228 avaliações, onde foram identificados pacientes nas cinco categorias de complexidade assistencial, sendo 91 na categoria de cuidados intensivos, 75 na categoria de cuidados semi-intensivos, 245 com alta dependência para o serviço de enfermagem, 272 com complexidade assistencial intermediária e 545 com complexidade mínima.

Embora classificados dentro da mesma categoria em termos de

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

Do total de avaliações realizadas, não verificou-se pacientes classificados nas pontuações mínima (9 pontos) e máxima (36 pontos) do instrumento utilizado. Houve predominância de pacientes caracterizados por complexidade assistencial mínima (44,38%) e intermediária (22,15%), além de uma parcela significativa de pacientes de alta dependência para o serviço de enfermagem (19,95%).

No período de coleta dos dados, houve uma média de 40,93 pacientes internados nas unidades de emergência e observação do pronto-socorro, esse valor representa uma taxa de ocupação média de 20,38% acima da previsão dos leitos oficiais disponíveis.

DISCUSSÃO

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

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

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

O percentual excedente de atendimentos e internações, acima da previsão dos leitos oficiais disponíveis, representa a operacionalização dos leitos extras por meio de macas pelos corredores, o que torna a planta física inadequada para os pacientes que ficam submetidos a condições insatisfatórias, uma vez que ficam acomodados em locais de grande circulação de pessoas, altos índices de ruídos e luminosidade constante e, para a equipe multiprofissional, que necessita desenvolver seu processo de trabalho em locais inapropriados para a realização de técnicas específicas (visitas, coleta de informações, procedimentos, exame físico, etc).

Para a equipe de enfermagem, as condições inadequadas de trabalho se traduzem pela necessidade de realização de deslocamentos maiores. Isso em razão de os corredores não terem sido projetados para alojar pacientes e muito menos para a realização de procedimentos, porque ficam afastados de locais como salas de

procedimentos, pontos de oxigênio para inalação, vácuo para aspiração, posto de enfermagem para o preparo de medicamentos, entre tantas outras atividades de enfermagem que necessitam de materiais e equipamentos.

As características dos atendimentos assemelham-se aos identificados por Puccini e Cornetta⁽¹⁶⁾. Esses autores realizaram estudo de ocorrências no pronto-socorro central do município de Itapeverica da Serra para o monitoramento de eventos sentinela para a atenção básica. Constataram alta proporção de pessoas com problemas de saúde que se avaliavam como passíveis de serem resolvidos mais apropriadamente em unidades básicas de saúde, mas que demonstravam desconfiança em relação ao atendimento naqueles serviços, sinalizando anseio pelos recursos tecnológicos disponibilizados e a sensação de resolubilidade, pois realizavam vários exames e eram medicados “na hora” no pronto-socorro.

O acesso irrestrito e o número excessivo de pacientes nos pronto-socorros podem ter como uma das causas a alta incidência de usuários que buscam atendimento imediato para problemas simples, criando uma sobrecarga para a equipe médica e de enfermagem⁽¹⁷⁾. Essa sobrecarga é considerada um dos fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos, sinalizando a ocorrência de falhas relacionadas à segurança e à qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Os dados obtidos também corroboram o relatório do Projeto “Avaliação das Organizações Sociais de Saúde OSS/São Paulo” (Convênio Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo/Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública) que realizou estudo do perfil da demanda do serviço de pronto-socorro do Hospital Geral do Itaim Paulista. Constataram que a maioria dos atendimentos de pronto-socorro do referido hospital não abrangia casos de urgência ou emergência e que tais atendimentos deveriam ser absorvidos pela rede ambulatorial básica da região⁽¹⁸⁾.

O estudo não teve como objetivo a caracterização dos pacientes em relação às patologias apresentadas, porém, durante a coleta dos dados, notou-se a presença constante e significativa de pacientes psiquiátricos. Tal fato se deve à fragilidade e ineficácia do sistema e dos recursos extra-hospitalares, levando esses pacientes ao trajeto “casa – pronto-socorro - hospital” por apresentarem episódios agudos e graves de transtornos mentais variados que muitas vezes não possuem rotinas controláveis⁽¹⁹⁾. De acordo com o autor, o instrumento de classificação de pacientes de Fugulin⁽¹⁶⁾ não traduz as condições apresentadas e a complexidade assistencial dos pacientes com transtornos mentais, pois eles não têm sensibilidade para determinar o nível de dependência da enfermagem psiquiátrica, tornando-se difícil quantificar a assistência a esses pacientes.

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

Mudanças na complexidade assistencial interferem na carga de

trabalho, portanto, deve-se estar atento para verificar se não houve alteração nas condições dos pacientes com conseqüente variação do grau de dependência em relação à assistência da equipe de enfermagem.

A complexidade assistencial relaciona o grau de necessidade do paciente, por meio do volume e da intensidade de consumo de recursos, durante a assistência prestada. O acompanhamento da complexidade assistencial durante o período de internação permite identificar as atividades e procedimentos executados e o tempo consumido pela equipe de enfermagem, contribuindo para o planejamento mais racional das ações a serem implementadas com os pacientes. De acordo com os autores, durante o período de internação, os pacientes podem permanecer classificados na mesma categoria de cuidado que foram admitidos, porém podem aumentar ou diminuir seu grau de complexidade assistencial em relação à demanda de pessoal de enfermagem⁽²⁰⁾.

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

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

Outro fator a se destacar é a grande quantidade de pacientes classificados como de alta dependência para a assistência de enfermagem (10,26%) na unidade de emergência, uma vez que essa unidade, de acordo com a definição do Ministério da Saúde, é destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, e cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato⁽¹¹⁾. Essa permanência significa que o pessoal de enfermagem presta assistência característica de unidades de internação em decorrência da presença de pacientes internados que deveriam ser encaminhados para outras unidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

A caracterização da clientela atendida no pronto-socorro fornece subsídios para o gerenciamento das necessidades do pessoal de enfermagem da unidade, permitindo a alocação mais adequada da equipe disponível além de ser uma das variáveis envolvidas no dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Além disso, os dados referentes à demanda no pronto-socorro permitiu a verificação do elevado número de atendimentos de pacientes que não necessitam de internação ou observação, levando à conclusão de que poderiam ser atendidos em outros serviços da

atenção primária ou em serviços de menor complexidade como o Atendimento Médico Ambulatorial (AMA), além de uma maioria de pacientes internados com necessidades de cuidados mínimos e intermediários, principalmente nas unidades de observação.

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

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

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

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

O número elevado de atendimentos em relação ao número de internações e a operacionalização de leitos extras nos corredores reflete a ausência de um serviço de regulação do fluxo do pronto-

socorro que garanta a universalização do acesso ao serviço de saúde, princípio do Sistema Único de Saúde. O acolhimento desses pacientes não garante que a qualidade do atendimento seja assegurada, pois fica clara a inadequação das condições a que são submetidos pacientes e profissionais.

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

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

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

REFERÊNCIAS

1. Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(6): 832-9.
2. Campedelli MC, Takito C, Sancinetti TR, Benko MA. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. *Rev Bras Enferm* 1988; 41(2/3): 199-204.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 293/2004. Estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. In: Conselho Federal de Enfermagem. Documentos básicos de Enfermagem. Principais leis e resoluções que regulamentam. São Paulo: COREn; 2004.
4. Gaidizinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005.
5. Gaidizinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
6. Perroca MG, Gaidizinski RR. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes – coeficiente Kappa. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(1): 72-80.
7. Dal Pai D, Lautert L. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(2): 231-4.
8. Fugulin FMT. Sistema de classificação de pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. [citado 4 abr 2009]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0112terminologia1.pdf>
10. Menzani G. Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto-socorro [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
11. Fugulin FMT, Gaidizinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1): 72-8.
12. Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
13. Fugulin FMT. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Med HU-USP* 1994; 4(1/2): 63-8.
14. Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(9): 2032-42.

15. Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. Rev Gaúcha Enferm 2007; 28(2): 242-9.
16. Yamada AT. Subprojeto Análise da demanda. Relatório do estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do Hospital Geral de Itaim Paulista. In: Castro SEM, Gomes MC, coordenadores. Projeto Avaliação das Organizações Sociais de Saúde OSS/São Paulo (Convênio SES – SP/USP-FSP). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
17. Martins PASE. Sistema de classificação de pacientes na enfermagem psiquiátrica: validação clínica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
18. Araújo VB, Perroca MG, Jericó MC. Variabilidade do grau de complexidade assistencial do paciente em relação à equipe de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2009; 17(1): 29-34.

ANEXO I

Instrumento de Classificação de Pacientes⁽¹⁴⁾.

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

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