

Dimensionamento na enfermagem hospitalar: implicações da atualização normativa de 2017 em 2024

Sizing in hospital nursing: implications of the 2017 regulatory update for 2024

Dotación de personal de enfermería hospitalaria: consecuencias de la actualización normativa de 2017 en 2024

João Lucas Campos de Oliveira^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0002-1822-2360>

Jéssica Azevedo Guardalupe¹  <https://orcid.org/0000-0002-1256-6162>

Mozara Mota Gentilini³  <https://orcid.org/0000-0002-1260-0789>

Caren de Oliveira Riboldi³  <https://orcid.org/0000-0002-7685-9183>

Handyer Alakies Borges de Borba²  <https://orcid.org/0009-0005-2551-6593>

Como citar:

Oliveira JL, Guardalupe JA, Gentilini MM, Riboldi CO, Borba HA. Dimensionamento na enfermagem hospitalar: implicações da atualização normativa de 2017 em 2024. Acta Paul Enferm. 2025;38:eAPE002296.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2025A0002296>



Descritores

Dimensionamento de pessoal; Recursos humanos de enfermagem no hospital; Carga de trabalho; Equipe de enfermagem; Administração em enfermagem

Keywords

Personnel downsizing; Nursing staff, hospital; Workload; Nursing, team; Nursing administration

Descriptores

Reducción de personal; Personal de enfermería en hospital; Carga de Trabajo; Grupo de enfermería; Administración de Enfermería

Submetido

7 de Outubro de 2024

Aceito

5 de Maio de 2025

Autor correspondente

Jéssica Azevedo Guardalupe
E-mail: jessicaguardalupe@gmail.com

Editor Associado

Alexandre Pazetto Balsanelli
(<https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Disponibilidade dos dados:

Os autores não disponibilizaram os dados do presente artigo, em repositórios, antes da submissão.

Resumo

Objetivo: Dimensionar equipes de enfermagem em unidades de internação hospitalar com base nas propostas de 2017 e 2024 do Conselho Federal de Enfermagem.

Métodos: Estudo transversal, retrospectivo e quantitativo. A totalidade de classificações de pacientes de 11 setores de internação em clínica médica e/ou cirúrgica para adultos de um hospital de grande porte do Sul do Brasil foi extraída de uma base de dados gerencial, referente ao ano de 2023. As etapas e parâmetros estatísticos descritivos da normativa da entidade de classe proposta em 2017 (Resolução nº 543) e atualizada (Parecer técnico nº 01) em 2024 foram respeitados.

Resultados: 17.134 classificações de pacientes foram analisadas, com destaque para o grau de dependência semi-intensivo, exceto em duas unidades cirúrgicas que concentraram cuidados intermediários. Em todas as unidades, o dimensionamento realizado com os parâmetros de 2017 foi superior à proposta de 2024. A menor diferença entre os quadros de pessoal projetados pelas propostas foi de um e a maior de 17 profissionais dimensionados. Unidades com menores taxas de ocupação tiveram as maiores diferenças, pois o método atual duplicou este fator.

Conclusão: Equipes de enfermagem dimensionadas à regra atual/vigente pelo órgão regulador são discrepantes e inferiores à norma anterior. Considerar o fator taxa de ocupação repetidamente no método é contraproducente para a categoria, sinalizando necessidade de nova revisão.

Abstract

Objective: To size nursing teams in hospital inpatient units based on the Federal Nursing Council's 2017 and 2024 proposals.

Methods: This is a cross-sectional, retrospective and quantitative study. All patient classifications from 11 adult medical and/or surgical inpatient sectors of a large hospital in southern Brazil were extracted from a management database for the year 2023. The stages and descriptive statistical parameters of the class entity's regulations proposed in 2017 (Resolution No. 543) and updated (Technical Opinion No. 01) in 2024 were respected.

Results: 17.134 patient classifications were analyzed, with emphasis on the semi-intensive degree of dependency, except in two surgical units that concentrated intermediate care. In all units, the sizing carried out using the 2017 parameters was higher than the 2024 proposal. The smallest difference between the staffing levels projected by the proposals was one and the largest was 17 professionals. Units with lower occupancy rates had the biggest differences, as the current method doubled this factor.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

³Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Conclusion: Nursing teams sized according to the current/vigilant rule by the regulatory body are discrepant and lower than the previous standard. Considering the occupancy rate factor repeatedly in the method is counterproductive for the category, signaling the need for a new review.

Resumen

Objetivo: Dimensionar los equipos de enfermería en unidades de internación hospitalaria con base en las propuestas de 2017 y de 2024 del Consejo Federal de Enfermería.

Métodos: Estudio transversal, retrospectivo y cuantitativo. Se extrajo de una base de datos gerencial del año 2023 un total de clasificaciones de pacientes de 11 sectores de internación en clínica médica o quirúrgica para adultos de un hospital de gran tamaño del sur de Brasil. Fueron respetadas las etapas y los parámetros estadísticos descriptivos de la normativa de la entidad de clase propuesta en 2017 (Resolución n° 543) y actualizada en 2024 (Informe Técnico n° 01).

Resultados: Se analizaron 17.134 clasificaciones de pacientes, con énfasis en el nivel de dependencia semi-intensivo, excepto en dos unidades quirúrgicas que concentraron cuidados intermedios. En todas las unidades, la dotación realizada con los parámetros de 2017 fue superior a la propuesta de 2024. La menor diferencia entre las plantillas de personal proyectadas por las propuestas fue de un profesional y la mayor diferencia de 17 profesionales asignados. Las unidades con menores índices de ocupación tuvieron las mayores diferencias, ya que el método actual duplicó este factor.

Conclusión: Los equipos de profesionales de enfermería dotados según la normativa actual/en curso del ente regulador son discrepantes e inferiores a la norma anterior. Considerar el factor del índice de ocupación repetidamente en el método es contraproducente para la categoría, lo que indica la necesidad de una nueva revisión.

Introdução

Embora a procura pela composição adequada de equipes de enfermagem seja uma preocupação de longa data, os métodos para alcançar tal fim ainda demandam maior instrumentalização.⁽¹⁾ Isso decorre em virtude das múltiplas variáveis intervenientes na definição numérica, equilíbrio na experiência profissional entre os membros das equipes e nível de formação dos trabalhadores, repercutindo, inclusive, em uma multiplicidade de métodos disponíveis para estimar quadros de pessoal de enfermagem.⁽²⁾

Na prática profissional e na divulgação científica, o conhecimento de que a composição de equipes de enfermagem repercute diretamente na qualidade do cuidado é cada vez mais inquestionável.^(3,4) Porém, isso não significa que os meios para predizer a composição destas equipes sejam unânimes.^(2,4)

O planejamento de equipes em número e qualificação profissional pode ser compreendido como dimensionamento de pessoal de enfermagem (DPE). Na dinâmica laboral, o DPE nem sempre é um processo sistematizado, visto que a intuição gerencial, por vezes, é determinante na estimativa da força de trabalho de enfermagem.⁽⁵⁾ Este pensamento intuitivo não garante assertividade na previsão do pessoal de enfermagem, mas deve ser considerado, visto que o conhecimento de enfermeiros sobre a realidade do trabalho assistencial agrega razoabilidade na alocação de recursos humanos.⁽⁶⁾

Percursos metodológicos distintos para realizar o DPE em um mesmo contexto podem gerar re-

sultados divergentes.⁽⁷⁾ Constatações desta natureza fundamentam o posicionamento de que entidades regulatórias da profissão de enfermagem e até mesmo governamentais invistam na determinação de métodos sensíveis de DPE e compatíveis com os ambientes da prática profissional contemporânea.^(2,8)

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem promulgado resoluções que parame-trizam o DPE há décadas, o que atesta o compromisso da entidade com a matéria. Corroborando com isso, pesquisadores que aludiram a atualização dos parâmetros de DPE de 2004 para 2017 como um importante avanço para a enfermagem brasileira.⁽⁹⁾

Recentemente, a Resolução COFEN n° 743/2024⁽¹⁰⁾ revogou a Resolução COFEN n° 543/2017,⁽¹¹⁾ que era a norma em vigor para o planejamento da força de trabalho de enfermagem até então. A nova resolução substitui a anterior e, ao invés de estabelecer parâmetros, recomenda-os por meio de um parecer técnico. Dessa forma, em 15 de março de 2024, foi publicado o Parecer Normativo n° 1/2024 pelo COFEN, que orienta sobre os novos parâmetros e métodos para o DPE.⁽¹²⁾

Na revogação e atualização supracitadas, embora a maioria dos parâmetros anteriores tenha sido preservada e até aprimorada, uma mudança significativa para as unidades de internação hospitalar chamou a atenção dos pesquisadores ora pronunciando. Trata-se da inclusão da taxa de ocupação das unidades na estimativa das horas de enfermagem, para além da soma dos pacientes classificados por

estrato de determinado Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). A consideração do fator ocupação era uma prática de 2004,⁽¹³⁾ e, mais de uma década depois, caiu em desuso em 2017.⁽¹¹⁾ Em 2024, no Anexo II do parecer técnico que descreve os procedimentos metodológicos do DPE, o fator ocupação volta a ser referendado.⁽¹²⁾

Embora atualizações sejam compatíveis com o avanço do conhecimento, acreditamos que retomar a prática supracitada na equação do DPE pode ser contraproducente à profissão, pois tende a subdimensionar as equipes. Diante disso, a justificativa deste estudo reside na problematização de uma norma com evidente influência na distribuição da força de trabalho no cenário nacional, direcionando-nos ao problema: a revogação dos parâmetros de DPE de 2017 e a nova proposta do COFEN de 2024 influenciam na estimativa de quadros de pessoal na enfermagem hospitalar? Para responder a indagação, o objetivo deste estudo consistiu em dimensionar equipes de enfermagem em unidades de internação hospitalar com base nas propostas de 2017 e 2024 do COFEN.

Métodos

Estudo retrospectivo, descritivo, documental e de abordagem quantitativa. Foi desenvolvido em 11 unidades de internação para pacientes adultos de um hospital universitário público de grande porte, localizado na região Sul do Brasil. Dentre as unidades, seis eram destinadas ao atendimento de pacientes cirúrgicos, enquanto cinco eram unidades clínicas.

O hospital atende majoritariamente a pacientes vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas também presta assistência à saúde suplementar. Neste caso, apenas três unidades atendiam convênios. A capacidade operacional total das 11 unidades era de 396 leitos. Neste estudo, as unidades foram identificadas pelo atendimento clínico ou cirúrgico seguido de uma letra.

As unidades clínicas possuem o seguinte perfil: “*Clínica A*”: 32 leitos para convênios e particulares. Atende pacientes clínico-cirúrgicos em geral e

possui leito de atendimento à iodoterapia; “*Clínica B*”: 45 leitos do SUS e tem foco em atendimento à oncologia clínica; “*Clínica C*”: 34 leitos do SUS e é referência institucional no atendimento a pacientes com germes multirresistentes; “*Clínica D*”: 45 leitos clínicos do SUS, incluindo cardiologia e leitos de telemetria cardíaca. Ademais, abarca o setor de cuidados especiais em pneumologia e assistência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC). Por fim, a unidade “*Clínica E*” também possui 45 leitos exclusivos do SUS, e, além de leitos clínicos, é referência institucional em geriatria.

Os setores de internação cirúrgica assistem com pacientes em pré e pós-operatório de uma ampla gama de procedimentos, incluindo gerais, do aparelho digestivo, cardiovascular, vascular periférica, torácica, plástica, traumatologia, coloproctologia, neurologia, urologia, ginecologia, otorrinolaringologia, mastologia e oftalmologia. As unidades cirúrgicas “A” e “B” contam, respectivamente, com 17 e 20 leitos da saúde suplementar. Atendem pacientes clínico-cirúrgicos em geral. A unidade “*Cirúrgica C*” possui 34 leitos do SUS para pacientes cirúrgicos, com foco no atendimento cirúrgico geral. O setor ora nominado como “*Cirúrgica D*” também possui 34 leitos do SUS e destaca-se por ser referência no cuidado de pacientes submetidos a transplantes de órgãos sólidos, além de atender pacientes do Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero e àqueles submetidos à cirurgia bariátrica. A unidade “*Cirúrgica E*” possui 45 leitos do SUS e enfoca atendimento ortopédico-traumatológico. Por fim, a unidade “*Cirúrgica F*”, com 45 leitos SUS, atende pacientes da cirurgia geral, bem como cirurgias cardíacas e outros procedimentos de grande porte.

Realizou-se um censo de todas as classificações de pacientes registradas durante o período selecionado. O critério de elegibilidade consistiu na presença dos registros no sistema eletrônico do hospital. Portanto, foram considerados participantes indiretos os pacientes internados nas unidades durante o recorte temporal estabelecido, cujos níveis de dependência de cuidados de enfermagem tenham sido avaliados. Não foram coletadas informações pessoais além do nível de dependência de cuidados de enfermagem.

Foram extraídas duas variáveis no estudo: o nível de complexidade assistencial, mensurado pelo Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), e a taxa de ocupação das unidades. As demais medidas eram consequentes a estas, descritas a seguir.

As classificações de pacientes são realizadas pelos enfermeiros em cada unidade de internação. Entende-se que podem ocorrer discrepâncias nas percepções/interpretações individuais dos enfermeiros sobre os critérios de classificação, além das diferenças nos níveis de experiência com essa avaliação. Todavia, salienta-se que todos os enfermeiros da instituição são devidamente treinados para a aplicação do SCP, bem como, existe um procedimento operacional padrão (POP) para tal fim.

A coleta de dados foi realizada entre julho e agosto de 2024, exclusivamente em meio digital, por meio de um relatório gerado pelo sistema institucional *Business Analytics Strategic Intelligence* (Base)^{*}. Este *software* combina informações de apoio à tomada de decisões, além de contribuir para pesquisas, relatórios e análises estatísticas. Os dados do Base^{*} são alimentados pelos profissionais que atuam diretamente na assistência, ou seja, são dados migrados do prontuário eletrônico. Após isso, os gestores podem ter acesso a *dashboards* que são meios de demonstrar as informações em tempo real, como é o caso dos dados da classificação de pacientes internados. Foi extraída do Base^{*} a totalidade da classificação de pacientes de cada uma das unidades de internação, no recorte temporal de janeiro a dezembro de 2023. O mesmo *software* também forneceu informações sobre a taxa anual de ocupação das unidades, referente ao ano de 2023.

Apoiando-se em pesquisa pregressa desenvolvida no próprio hospital,⁽¹⁴⁾ a classificação dos pacientes é realizada pelos enfermeiros das unidades e conforme a rotina institucional ocorre na última semana de cada mês, de segunda a sexta-feira. Dessa forma, o período do estudo incluiu 60 dias de classificação em cada um dos 11 setores.

Na instituição, utiliza-se o SCP validado de Perroca,⁽¹⁵⁾ um dos instrumentos referendados pelo COFEN^(11,13) para a classificação de adultos hospitalizados. Este SCP abrange nove áreas/indicadores de cuidados de enfermagem: Planejamento e

coordenação do processo de cuidar; Investigação e monitoramento; Cuidado corporal e eliminações; Cuidado com a pele e mucosas; Nutrição e hidratação; Locomoção e atividade; Terapêutica; Suporte emocional; e Educação em saúde.⁽¹⁵⁾

Cada paciente deve ser classificado em todos os indicadores, escolhendo um dos quatro níveis/pontos que descreva suas necessidades em relação à assistência de enfermagem. O grau de complexidade do cuidado é definido pela somatória dos pontos de todos os indicadores e é estratificado em: cuidados mínimos (PCM) 9 a 12 pontos; cuidados intermediários (PCI) 13 a 18 pontos; cuidados semi-intensivos (PCSI) 19 a 24 pontos; e cuidados intensivos (PCIt) 25 a 36 pontos.⁽¹⁵⁾

Toda a análise do estudo foi fundamentada nas recomendações metodológicas e parâmetros que regem o DPE no Brasil. O percurso metodológico destes procedimentos de análise segue pormenorizado no quadro 1.

O projeto que originou este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, com o parecer nº 6.794.451/2024. Como a pesquisa não envolveu a participação direta de seres humanos, tampouco a divulgação de qualquer dado sensível, foi dispensada a exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 79035824.9.0000.5327).

Resultados

Foram analisadas 17.134 classificações de pacientes. Em todas as unidades de internação clínica prevaleceu a demanda de cuidados semi-intensivos. Em duas unidades cirúrgicas, a dependência de cuidados intermediários foi maior (Tabela 1).

As unidades destinadas à saúde suplementar tinham ocupação inferior àquelas de atendimento ao SUS. Considerando o fator ocupação e a média diária de pacientes de acordo com os estratos do SCP, a tabela 2 demonstra as horas de enfermagem requeridas em cada unidade, segregadas pelos parâmetros de 2017 e 2024. Em todas as unidades é evidente a menor demanda de horas de enfermagem projetada em acordo aos parâmetros de 2024 em comparação aos anteriores, em maior ou menor intensidade.

Quadro 1. Etapas e procedimentos matemáticos da pesquisa de acordo com cada uma das propostas de dimensionamento de pessoal de enfermagem

Etapa	Procedimentos matemáticos	
	Proposta de 2017 ⁽¹¹⁾	Proposta de 2024 ⁽¹²⁾
• Compilamento do número absoluto de cada estrato do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) Perroca, no período em análise, em cada uma das unidades de internação.	Somatório das classificações de cada um dos quatro estratos do SCP (cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos) durante os 60 dias de aplicação do SCP.	Somatório das classificações de cada um dos quatro estratos do SCP (cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos) durante os 60 dias de aplicação do SCP.
• Determinação da média diária de pacientes de cada estrato do SCP de Perroca, no período em análise.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de classificações de cada estrato do SCP Perroca}}{60 \text{ dias}}$	$\frac{n^{\circ} \text{ total de classificações de cada estrato do SCP Perroca}}{60 \text{ dias}}$
• Definição da média diária de pacientes ajustada ao fator taxa de ocupação de cada unidade de internação.	Não se aplica.	$\frac{\text{média diária de pacientes de cada estrato do SCP} \times \text{taxa de ocupação anual da unidade}}{}$
• Cálculo das horas de enfermagem requeridas por estrato do SCP e do total de horas de enfermagem/dia (THE) demandadas nas unidades de internação.	Somatório das cargas médias diárias de cada estrato do SCP: $THE = [(PCM \times 4) + (PCI \times 6) + (PCAD \times 10) + (PCSI \times 10) + (PCIt \times 18)]$	Somatório das cargas médias diárias de cada estrato do SCP, já ajustadas pelo fator taxa de ocupação: $THE = [(PCM \times 4) + (PCI \times 6) + (PCAD \times 10) + (PCSI \times 10) + (PCIt \times 18)]$
• Cálculo do quantitativo de pessoal (QP).	$QP = THE \times KM$ $QP = THE \times 0,2236$	$QP = THE \times DS^* \times (1 + IST^{**})$ $\frac{CHS^{***}}{36}$ $QP = THE \times 7 \times 1,15$ $\frac{36}{}$
• Divisão proporcional do quantitativo de pessoal entre as categorias profissionais (enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem)	Sobre o QP dimensionado na etapa anterior, utilizou-se a porcentagem de divisão do estrato do SCP que mais demandou horas de enfermagem, conforme estabelecido por resolução, quais sejam: Cuidados mínimos e intermediários: 33% de enfermeiros (mínimo de seis), demais, técnicos e auxiliares de enfermagem. Cuidados de alta dependência: 36% de enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Cuidados semi-intensivos: 42% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem; Cuidados intensivos: 52% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.	Sobre o QP dimensionado na etapa anterior, utilizou-se a porcentagem de divisão do estrato do SCP que mais demandou horas de enfermagem, conforme descrito no parecer. Houve, também, uma mudança neste sentido, a saber: Cuidados mínimos e intermediários: 33% de enfermeiros (mínimo de um profissional por turno), demais, técnicos e auxiliares de enfermagem. Cuidados de alta dependência: 36% de enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Cuidados semi-intensivos: 42% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem; Cuidados intensivos: 52% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.

*KM - Constante de Marinho. É o coeficiente deduzido em função do tempo disponível do trabalhador e da cobertura das ausências, calculado através da multiplicação dos dias da semana pelo índice de segurança técnica, dividido pela carga horária semanal de trabalho. Utilizou-se a KM padrão para carga horária semanal de 36 horas, que é = 0,2236; **DS - dias da semana (7); ***IST - Índice de Segurança Técnica. O IST é um percentual adicional ao quantitativo de profissionais para garantir a cobertura de férias (8,3%) e ausências não previstas (6,7%). Foi utilizado o IST mínimo de 15% (0,15) recomendado pelo COFEN, adicionado a "1" para ajuste matemático; ****CHS - carga horária semanal (36 horas)

Tabela 1. Nível de dependência de cuidados de enfermagem conforme estratos do Sistema de Classificação de Pacientes, por unidade de internação clínica ou cirúrgica

Unidade	Cuidados mínimos n(%)	Cuidados intermediários n(%)	Cuidados Semi-intensivos n(%)	Cuidados intensivos n(%)	Total n(%)
Cirúrgica A	23(4,55)	208(41,19)	238(47,13)	36 7,13)	505(100)
Cirúrgica B	27(3,94)	349(50,95)	279(40,73)	30(4,38)	685(100)
Clínica A	16(1,46)	366(33,33)	622(56,65)	94(8,56)	1098(100)
Clínica B	136(5,62)	1139(47,05)	990(40,89)	156(6,44)	2421(100)
Clínica C	18(1,06)	277(16,25)	1079(63,28)	331(19,41)	1705(100)
Clínica D	107(5,92)	778(43,08)	809(44,8)	112(6,2)	1806(100)
Cirúrgica C	60(5,31)	462(40,89)	496(43,89)	112(9,91)	1130(100)
Clínica E	92(3,52)	987(37,76)	1311(50,15)	224(8,57)	2614(100)
Cirúrgica D	64(3,74)	895(52,25)	689(40,22)	65(3,79)	1713(100)
Cirúrgica E	184(8,48)	1009(46,52)	845(38,96)	131(6,04)	2169(100)
Cirúrgica F	94(3,89)	836(34,57)	1263(52,23)	225(9,31)	2418(100)

Diante do Total de Horas de Enfermagem, o dimensionamento de pessoal de cada setor é exposto na tabela 3, seguindo a demonstração comparativa

entre os parâmetros de 2017 e 2024. Em todas as unidades de internação, o dimensionamento realizado com os parâmetros de 2017 foi superior à pro-

Tabela 2. Média diária de pacientes internados e horas de enfermagem requeridas por unidade de internação clínica ou cirúrgica, conforme parâmetros de 2017 e 2024 do Conselho Federal de Enfermagem

Unidade nº de leitos (Taxa de Ocupação)	Cuidados mínimos			Cuidados intermediários			Cuidados semi-intensivos			Cuidados intensivos			Total de horas de enfermagem	
	Média diária	Horas Enf. 2017	Horas Enf. 2024	Média diária	Horas Enf. 2017	Horas Enf. 2024	Média diária	Horas Enf. 2017	Horas Enf. 2024	Média diária	Horas Enf. 2017	Horas Enf. 2024	2017*	2024**
Cirúrgica A 17 leitos (59,8%)	0,4	1,6	1	3,5	21	12,6	4	40	23,9	0,6	10,8	6,5	73,4	44
Cirúrgica B 20 leitos (62%)	0,5	2	1,2	5,8	34,8	21,6	4,7	47	29,1	0,5	9	5,6	92,8	57,5
Clínica A 32 leitos (55,2%)	0,3	1,2	0,7	6,1	36,6	20,2	10,4	104	57,4	1,6	28,8	15,9	170,6	94,2
Clínica B 45 leitos (98,7%)	2,3	9,2	9,1	19	114	112,5	16,5	165	162,9	2,6	46,8	46,2	335	330,7
Clínica C 34 leitos (88,3%)	0,3	1,2	1,1	4,6	27,6	24,4	18	180	158,9	5,5	99	87,4	307,8	271,8
Clínica D 45 leitos (84,5%)	1,8	7,2	6,1	13	78	65,9	13,5	135	114,1	1,9	34,2	28,9	254,4	215
Cirúrgica C 34 leitos (63,7%)	1	4	2,5	7,7	46,2	29,4	8,3	83	52,9	1,9	34,2	21,8	167,4	106,6
Clínica E 45 leitos (97,7%)	1,5	6	5,9	16,5	99	96,7	21,9	219	214	3,7	66,6	65,1	390,6	381,7
Cirúrgica D 34 leitos (91,8%)	1,1	4,4	4	14,9	89,4	82,1	11,5	115	105,6	1,1	19,8	18,2	228,6	209,9
Cirúrgica E 45 leitos (87%)	3,1	12,4	10,8	16,8	100,8	87,7	14,1	141	122,7	2,2	39,6	34,5	293,8	255,7
Cirúrgica F 45 leitos (89%)	1,6	6,4	5,7	13,9	83,4	74,2	21,1	211	187,8	3,8	68,4	60,9	369,2	328,6

*Horas de enfermagem calculadas com base nos parâmetros e métodos previstos na Resolução nº 543/2017 do COFEN; **Horas de enfermagem calculadas com base nos parâmetros e métodos previstos no parecer técnico nº 01/2024 do COFEN

posta de 2024. Na comparação entre as propostas, verificou-se que a menor diferença entre os quadros de pessoal projetados foi de um (Unidade Clínica B) e a maior de 17 profissionais dimensionados (Unidade Clínica A).

Discussão

O provimento de recursos humanos de enfermagem é um tema relevante e desafiador para os gestores, visto sua relação direta com a qualidade e segurança do cuidado, carga de trabalho das equipes, experiência do paciente durante a jornada terapêutica, satisfação laboral, entre outros. Isso se comprova por estudos de nacionalidade diversa que aludem que garantir adequação de pessoal que atenda às demandas assistenciais é essencial para a eficiência dos serviços e o

Tabela 3. Dimensionamento do pessoal de enfermagem por unidade de internação clínica ou cirúrgica, conforme parâmetros de 2017 e 2024 do Conselho Federal de Enfermagem

Unidade	Quadro dimensionado - parâmetros 2017			Quadro dimensionado - parâmetros 2024		
	Enf.	TE / AE	Total	Enf.	TE / AE	Total
Cirúrgica A	7	9	16	4	6	10
Cirúrgica B	9	12	21	5	8	13
Clínica A	16	22	38	9	12	21
Clínica B	32	43	75	31	43	74
Clínica C	29	40	69	26	35	61
Clínica D	24	33	57	20	28	48
Cirúrgica C	16	22	37	10	14	24
Clínica E	37	50	87	36	49	85
Cirúrgica D	21	30	51	20	27	47
Cirúrgica E	28	38	66	25	32	57
Cirúrgica F	35	48	83	31	42	73

ENF - Enfermeiros; TE / AE - Técnicos/auxiliares de enfermagem

alcance de resultados positivos, contribuindo para minimizar falhas ou eventos indesejáveis que tragam ônus aos pacientes, profissionais e instituições.^(1,3,16)

A presente pesquisa revelou a concentração do grau de dependência semi-intensivo na maior parte das unidades de internação, o que ilustra o atendimento a uma clientela com maior morbidade e demanda por recursos terapêuticos e tecnológicos avançados. Conforme estudo que validou parâmetros para preenchimento do SCP de Perroca,⁽¹⁷⁾ atividades como: envolvimento do enfermeiro com as equipes multidisciplinares; transporte realizado pela equipe de enfermagem para fora da unidade de internação; monitoramento por telemetria; terapias antimicrobianas e/ou quimioterápicas; e auxílio em exames à beira-leito, exemplificam necessidades assistenciais que demandam mais horas de enfermagem. Tais atividades impactam diretamente na classificação dos pacientes em níveis mais complexos de dependência, como o cuidado semi-intensivo, prevalente nesta pesquisa.

Pesquisa realizada na Turquia afirmou que o SCP Perroca é sensível para discriminar os pacientes em termos de dependência de cuidados,⁽¹⁸⁾ portanto, deve-se considerar a padronização da sua aplicação, garantindo a assertividade e consistência dos dados. Para que isso ocorra, é essencial que o procedimento de classificação seja pactuado entre os enfermeiros, através do conhecimento claro de todos os itens instrumento, além das necessidades e perfil da clientela.⁽¹⁹⁾

Ao comparar os parâmetros de 2017 e 2024 preconizados pelo COFEN, observou-se discrepâncias tanto nas horas de enfermagem requeridas, quanto no dimensionamento de pessoal. Assim, infere-se que a recomendação atual,⁽¹²⁾ ao considerar a taxa de ocupação no cálculo, tende a subestimar os quantitativos trabalhadores de enfermagem. Tal inferência se confirma pela discrepância dos quadros de pessoal dimensionados à regra das duas metodologias, a qual chegou em uma diferença de até 17 profissionais na composição geral de uma das unidades clínicas. Embora a diferença numérica verificada seja substancial e com evidente tendência para composições de equipes de enfermagem menores na metodologia de 2024, estudos com análise estatística inferencial são oportunos para confirmar esta tendência.

Diferenças importantes na estimativa de pessoal de enfermagem entre locais que dispõem do mesmo

número de leitos e apresentam características assistenciais em comum foram encontradas. Acerca disso, alvitra-se que taxa de ocupação é um indicador a ser considerado pelas lideranças no planejamento e distribuição de pessoal, contudo, faz-se necessário certa ponderação em sua utilização, considerando a natureza dinâmica do próprio indicador e a alta variabilidade do trabalho em saúde. Assim, é crucial considerar o perfil das demandas laborais, o que inclui fatores como a complexidade das condições clínicas, o nível de cuidado requerido, além de especificidades do setor de atuação. Alguns desses aspectos podem ser visualizados por meio de ferramentas como o SCP, que, quando utilizados de forma sistemática, auxiliam na aferição da carga de trabalho, na identificação e priorização de necessidades.^(8,15,18)

Reitera-se que a taxa de ocupação era uma variável recomendada pela normativa do COFEN em 2004,⁽¹³⁾ mas foi descontinuada na resolução subsequente de 2017,⁽¹¹⁾ talvez pela constatação de que este fator já é deduzido pelo ato de classificar a clientela. Em contraponto, no vigente parecer normativo de 2024, o fator taxa de ocupação volta a ser mencionado e recomendado nos procedimentos metodológicos para dimensionar equipes de enfermagem em unidades de cuidado ininterrupto.⁽¹²⁾ Não compete a este estudo julgar razões para que esta recomendação tenha sido retomada; mas, cumprindo o papel social da ciência, coloca-se a proposição construtiva de que tal retomada é contraproducente, além de matematicamente equivocada: trata-se de considerar uma proporção de uma proporção.

Sustenta a alusão anterior, os resultados do presente estudo, pois verificou-se clara discrepância no cálculo das horas de enfermagem quando utilizado o fator da taxa de ocupação para a aferição das horas, especialmente em unidades com taxas de ocupação menores, grupo composto majoritariamente pelas cirúrgicas. Em termos práticos, isso aconteceu porque a ocupação destas unidades, indiretamente já considerada pela somatória da média de pacientes classificados por cada nível do SCP, foi novamente posta à efeito, ou seja, duplicada.

Em outras palavras, ao aplicarmos o instrumento do SCP, isso já prevê o quantitativo necessário

de horas de enfermagem e profissionais a partir da taxa de ocupação de cada área. Quando utiliza-se a mesma ferramenta, mas considera-se a média de ocupação, tal procedimento implica em reconsiderar proporcionalmente os resultados da classificação inicial, o que explica as discrepâncias encontradas.

Ao aplicar o SCP para a previsão da quantidade de horas de enfermagem e do número de profissionais, entende-se que o cálculo realizado já considera a taxa de ocupação de cada área. Isso porque, o SCP tem o objetivo de avaliar todos os pacientes internados há pelo menos 24 horas,^(8,15) o que tende a aproximar-se da ocupação real dos setores. Fala-se em aproximação pelo conhecimento empírico dos autores sobre eventuais perdas na classificação dos pacientes, como, por exemplo: usuários que recebem alta hospitalar antes de serem classificados pelo enfermeiro; pacientes alocados temporariamente para unidades de apoio diagnóstico-terapêutico (bloco cirúrgico, hemodiálise, hemodinâmica, entre outros) dentro do turno previsto para sua classificação, seguido da não informação para o turno subsequente; além de falhas relacionadas ao prontuário informatizado do paciente.

A retomada da recomendação do fator taxa de ocupação pode ser atribuída a razões distintas. Pode haver desconhecimento e/ou falta de familiaridade com os procedimentos da normativa atual. Profissionais e gestores podem não estar completamente cientes das implicações do fator taxa de ocupação, especialmente diante das mudanças nas recomendações ao longo do tempo. É necessário considerar que a reintrodução do fator taxa de ocupação na normativa de 2024 pode refletir uma tentativa de ajustar o quantitativo de pessoal à realidade (ou interesses) econômica das instituições de saúde. Ou seja, a inclusão desse fator pode visar a diminuição orçamentária das instituições com recursos humanos.

Sobre a projeção de enfermeiros, a norma mais recente (2024) considera o quantitativo mínimo estabelecido de um enfermeiro por turno, portanto, não há exigência de profissionais para garantir a cobertura para as ausências.⁽¹²⁾ Em outras palavras, é possível deduzir que, na prática, estipular o mínimo de um enfermeiro por turno retrocede ao que o IST pressupõe, que é considerar um número de profissionais na

estimativa de pessoal capaz cobrir as ausências, que são inevitáveis no trabalho da enfermagem.

Na resolução de 2017, estabelecia-se que, para cuidados mínimos e intermediários, as equipes deveriam ser compostas de 33% de enfermeiros - com no mínimo *seis* profissionais - e o restante da equipe deveria ser composto por técnicos/auxiliares de enfermagem.⁽¹¹⁾ Já o parecer normativo de 2024, estabelece que, para as mesmas categorias de cuidado, deve haver 33% de enfermeiros - com um mínimo de *um profissional por turno* -, e o restante composto por técnicos/auxiliares.⁽¹²⁾ Essa mudança representa uma redução significativa nos requisitos mínimos para a presença de enfermeiros, uma vez que o novo parâmetro não prevê o índice de segurança técnica (IST), isto é, um percentual para cobertura de ausências (férias, folgas, absenteísmo), que é uma recomendação da própria entidade reguladora.⁽¹⁰⁻¹³⁾ Logo, além de contraproducente, a revogação seguida da “atualização” parece contraditória.

Pesquisa realizada em hospital do Centro-oeste demonstrou que é possível que este número de profissionais não seja considerado nas escalas de trabalho, pois representa justamente os trabalhadores ausentes por diferentes razões.⁽¹⁹⁾ Assim, a nova recomendação do COFEN representa um retrocesso, tendo em vista que as ausências de enfermeiros irão ocorrer, pois as mesmas são previstas por lei, no caso de folgas e férias, e ainda há de se considerar as altas taxas de absenteísmo observadas entre enfermeiros.^(20,21)

Existe a limitação natural da eventual inconsistência de registros eletrônicos que fundamentou este estudo, além da ausência de análise estatística inferencial. Todavia, acredita-se que a pesquisa é necessária para demonstrar que a atualização da normativa que rege o DPE preconizada pela entidade reguladora da profissão, demanda revisão atenta. Isso possui alto potencial de implicação prática, porque diz respeito à composição das equipes de enfermagem hospitalares no Brasil.

Conclusão

Há discrepâncias no dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades de internação hospi-

tar com base nos parâmetros metodológicos da entidade de classe propostos em 2017 e atualizados em 2024. Os parâmetros vigentes subestimam os quadros de pessoal, pois replicam o fator taxa de ocupação já considerado na média de pacientes classificados. Na prática, isso significa considerar uma proporção de uma proporção. Unidades com menores taxas de ocupação e/ou maior *turnover* de leitos, como setores cirúrgicos, tendem a ser mais impactados pela nova proposta. Considera-se prudente rever a proposta metodológica a respeito do fator ocupação na definição da média de pacientes internados e consequentes horas de enfermagem requeridas. Ademais, recomendar o mínimo de “um enfermeiro por turno” em determinados casos parece contradizer as próprias recomendações do órgão regulatório, porque isso extinguiria a cobertura prevista pelo índice de segurança técnica.

Colaborações

Oliveira JLC, Guardalupe JA, Gentilini MM, Riboldi CO e Borba HAB colaboraram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Saville CE, Griffiths P, Ball JE, Monks T. How many nurses do we need? A review and discussion of operational research techniques applied to nurse staffing. *Int J Nurs Stud*. 2019;97:7–13.
2. Griffiths P, Saville C, Ball J, Jones J, Pattison N, Monks T; Safer Nursing Care Study Group. Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *Int J Nurs Stud*. 2020;103:103487.
3. Dall’Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths P. Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Int J Nurs Stud*. 2022;134:104311.
4. Twigg DE, Whitehead L, Doleman G, El-Zaemey S. The impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2021;77(12):4599–611.
5. Oliveira JL, Rodrigues NH, Acosta AM, Ribeiro RG, Mergen T, Silva AR. Comparison of Nursing dependency levels and sizing between clinical and surgical inpatient units. *Esc Anna Nery*. 2024;28:e20230109.
6. Saville C, Griffiths P, Ejebu Z, Fogg C. Nurse staffing decisions: the professional judgement framework. *Nurs Times*. 2024;120:7.
7. Guardalupe JA, Brum ID, Canto DF, Telles KC, Magalhães AM, Oliveira JL. Comparison of patient classification systems for dimensioning nursing staff. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20230047.
8. de Oliveira JL, Fabiana Cucolo D, de Magalhães AM, Galan Perroca M. Beyond patient classification: the “hidden” face of nursing workload. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210533.
9. Vasconcelos RO, Rigo DF, Marques LG, Nicola AN, Tonini NS, Oliveira JL. Dimensioning of hospital nursing personnel: study with brazilian official parameters of 2004 and 2017. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170098.
10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 743/2024. Revoga a Resolução Cofen nº 543, de 18 de abril de 2017. 15 Mar 2024 [citado 2024 Set 20]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-743-de-12-de-marco-de-2024/>
11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. 2017 [citado 2024 Set 20]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017/>
12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN. Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da Enfermagem pelo Enfermeiro. 15 Mar 2024 [citado 2024 Set 20]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-1-2024-cofen/>
13. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 293/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas. 21 Set 2004 [citado 2024 Set 20]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2932004/>
14. Macedo AB, Souza SB, Funcke LB, Magalhães AM, Riboldi CO. Systematization of an instrument for patient classification in a teaching hospital. *REME*. 2018;22(1):e-1152.
15. Perroca MG. The new version of a patient classification instrument: assessment of psychometric properties. *J Adv Nurs*. 2013;69(8):1862–8.
16. Gasparino RC, Ferreira TD, Oliveira HC, Alves DF, Balsanelli AP. Leadership, adequate staffing and material resources, and collegial nurse-physician relationships promote better patients, professionals and institutions outcomes. *J Adv Nurs*. 2021;77(6):2739–47.
17. Macedo AB, Riboldi CO, Silva KS, Mergen T, Echer IC, Souza SB. Validation of parameters to fill in the Perroca’s patient classification system. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20170241.
18. Ayan G, Türkmen E, Uğur E, Akbal E, Sarıtaş B, Erbay Ç, et al. Determination of nursing care times based on the Perroca patient classification instrument in the inpatient oncology unit: A Mixed Method Study. *Semin Oncol Nurs*. 2024;40(2):151608.
19. Moraes RM, Lara AN, Remedio EC, Gaiva MA, Gentili MM, Oliveira JL, et al. Patient classification and nursing staff dimensioning in a pediatric inpatient unit. *Cogitare Enferm*. 2023; 28:e83871.
20. Trettene AD, Razera AP, Beluci ML, Prado PC, Mondini CC, Spiri WC. Absenteeism and the Technical Safety Index of a tertiary hospital nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03585.
21. Khateeb FR. Absenteeism among nurses: a bibliometric analysis of the past 25 years of research. *Management and Labour Studies*. 2024;49(3):527–54.