

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA
GHC
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

MEDINDO A COMPLEXIDADE DE CUIDADO EM UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO
ALEGRE

DAIANA DA SILVA LÚCIO

ORIENTADOR: VERALICE MARIA GONÇALVES

RESUMO

Desde os primórdios da enfermagem moderna, já existia uma preocupação em classificar os pacientes. Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, organizava os pacientes na enfermaria de acordo com a necessidade de cuidados de enfermagem de modo que isso pudesse facilitar a assistência (RIBEIRO, 1972 *apud* PERROCA, 1996). A partir da década de 60 o avanço das tecnologias de informação permitiu avanços na área de classificação de pacientes. A complexidade do paciente não inclui somente o processo fisiopatológico, mas também situações-problema sócio-familiares e ambientais que repercutem na prática assistencial, portanto, fenômenos relacionados ao cliente e ao ambiente acabam interferindo na dinâmica assistencial (QUELUCI; FIGUEIREDO, 2010). Trata-se de um estudo observacional do tipo descritivo. Tem como objetivo medir a complexidade dos cuidados de enfermagem em pacientes internados em uma unidade clínica pediátrica por meio de um Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP). O estudo será desenvolvido em uma unidade clínica pediátrica que atende crianças de seis meses a dois anos de idade de um hospital público pediátrico de Porto Alegre. Será utilizado um instrumento que avalia o grau de complexidade dos pacientes de acordo com a dependência em relação aos cuidados de enfermagem. O ICPP proposto por Dini (2007) compreende a análise de onze indicadores críticos de cuidado: 1) atividade, 2) intervalo de aferição de controles, 3) oxigenação, 4) terapêutica medicamentosa, 5) integridade cutâneo-mucosa, 6) alimentação e hidratação, 7) eliminações, 8) higiene corporal, 9) mobilidade e deambulação, 10) participação do acompanhante, 11) rede de apoio e suporte. A análise dos dados será realizada através da estatística descritiva. O desenvolvimento desse projeto é importante para caracterizar o perfil de complexidade de cuidado de enfermagem na clientela atendida, com vistas ao aumento da qualidade do cuidado.

Palavras chave: Enfermagem Pediátrica. Complexidade de Cuidado. Avaliação em Enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVO	9
2.1 Objetivos Específicos	9
3 METODOLOGIA	10
3.1 Tipo de Estudo.....	10
3.2 Campo de Estudo.....	10
3.3 População e Amostra.....	11
3.4 Coleta de Dados	11
3.5 Análise de Dados.....	11
3.6 Aspectos Éticos.....	12
4 CRONOGRAMA	13
5 ORÇAMENTO.....	14
REFERÊNCIAS.....	15
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para enfermeiros coletadores	18
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais ou responsáveis pela criança hospitalizada	19
ANEXO A – Instrumento para Classificação de Pacientes Pediátricos.....	20

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre o processo de enfermagem iniciaram na década de 50 com intuito de guiar as práticas de enfermagem através do pensamento crítico (CRUZ, 2008). E a partir dos anos 60 Wanda Horta guiou os trabalhos sobre a sistematização da assistência de enfermagem, pensando a mesma como ciência que desenvolve atividades para a manutenção e promoção de saúde e prevenção de doenças, sendo de sua responsabilidade a avaliação, diagnóstico e intervenção de enfermagem (HORTA, 1979).

O processo de enfermagem é uma ferramenta guia pautada na avaliação de pacientes (histórico de enfermagem, anamnese, exame físico) que estimula o julgamento clínico e definição de diagnósticos de enfermagem com posterior planejamento de metas e cuidados de enfermagem (CRUZ, 2008). O processo de enfermagem é considerado um instrumento útil para o gerenciamento das informações, planejamento das ações de enfermagem e qualificando a assistência (DURAN, TOLEDO (2011); AZZOLIN, PEDUZZI (2007)). A aplicação do processo de enfermagem enfrenta muitas dificuldades de implantação, mas se faz de extrema importância no ensino, na assistência, na administração e pesquisa de enfermagem (GARCIA, NOBREGA, 2009).

Desde os primórdios da enfermagem moderna, já existia uma preocupação em classificar os pacientes. Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, organizava os pacientes na enfermaria de acordo com a necessidade de cuidados de enfermagem de modo que isso pudesse facilitar a assistência (RIBEIRO, 1972 *apud* PERROCA, 1996). A partir da década de 60 o avanço das tecnologias de informação permitiu avanços na área de classificação de pacientes. A “classificação é a organização de um conjunto de símbolos que serve para representar um determinado conjunto de ‘coisas do mundo’; uma classificação de enfermagem pode ser vista como um mapa de território da enfermagem” (CRUZ, 2008, p.35).

Embora as tecnologias tenham contribuído para aumentar o monitoramento mais rigoroso das condições clínicas dos pacientes, os recursos humanos ainda não foram substituídos e requerem um nível de especialização maior para execução do trabalho (MAGALHÃES, RIBOLDI, DALL’AGNOL, 2009).

A complexidade do paciente não inclui somente o processo fisiopatológico, mas também situações-problema sócio-familiares e ambientais que repercutem na prática assistencial, portanto, fenômenos relacionados ao cliente e ao ambiente acabam interferindo na dinâmica assistencial. (QUELUCI; FIGUEIREDO, 2010).

A demanda de atendimento à clientela, com necessidades cada vez mais complexas, tem imprimido sobrecarga de trabalho aos integrantes da equipe de enfermagem, influenciando diretamente na qualidade da assistência prestada (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005). O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) fornece informações que contribuem para o gerenciamento, planejamento e organização dos serviços (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

Conforme Dini *et al* (2011), a literatura não dispõe de instrumentos que contemplem as necessidades de cuidados para pacientes pediátricos, tornando-se necessário estudos para classificação destes pacientes e para fundamentar o dimensionamento de pessoal nesta área.

Para compor o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos – ICPP (ANEXO A), construído e validado por Dini (2007), são analisados onze indicadores críticos entre os quais:

1) Atividade: Possibilidade de manutenção de atividades compatíveis com a idade de desenvolvimento, exercitando as habilidades pertinentes a cada idade e interagindo com acompanhante, equipe ou outras crianças para sorrir, brincar, conversar, etc.

2) Intervalo de Aferição de Controles: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico

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

4) Terapêutica medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações prescritas.

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

6) Alimentação e hidratação: Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral.

7) Eliminações: Capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinho e/ou necessidade de uso de sondas.

8) Higiene Corporal: Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para higiene corporal.

9) Mobilidade e Deambulação: Capacidade da criança ou adolescente de mobilizar voluntariamente o corpo ou seguimentos corporais.

10) Participação do acompanhante: Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades da criança ou adolescente.

11) Rede de apoio e suporte: Apoio com o qual a criança pode contar durante sua permanência no hospital.

A classificação da demanda de cuidado é obtida através do somatório de pontos dos indicadores listados, onde cada indicador pode ser pontuado de 01 a 04, em ordem crescente de complexidade, conforme segue:

- a) Cuidados mínimos: 11 a 17 pontos.
- b) Cuidados intermediários: 18 a 23 pontos.
- c) Cuidados de alta dependência: 24 a 30 pontos.
- d) Cuidados semi-intensivos: 31 a 37 pontos.
- e) Cuidados intensivos: 38 a 44 pontos.

Segundo Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2005), para que a pesquisa reflita o perfil dos pacientes atendidos, a escala deve ser aplicada diariamente durante o período de, ao menos, um mês.

Conforme o projeto de lei nº 174/2010 (RIO GRANDE DO SUL, 2010), o dimensionamento quantitativo e qualitativo de enfermagem devem basear-se em critérios institucionais, do serviço de enfermagem e particularidades da população atendida. A inadequação qualitativa e quantitativa da equipe de enfermagem acarreta insatisfação da clientela e carga excessiva de trabalho para equipe de enfermagem.

Uma análise dos dados disponibilizados pelo MS/DATASUS (Departamento de Informática do SUS) nos faz perceber que, no município de Porto Alegre, o número de internações pediátricas mantém-se semelhante ao longo dos anos de 2008 a 2011, com picos nos meses de julho e agosto. Nos meses de verão, as maiores médias de internações encontram-se entre os meses de fevereiro e março.

No ano de 2010, a taxa de mortalidade apresentou picos nos meses de fevereiro, junho e agosto. Houve um declínio nas internações nos meses de novembro e dezembro, em contraste, a taxa de mortalidade não acompanhou esta tendência. Em relação à média de permanência, percebe-se uma estabilidade ao longo dos anos de 2008 a 2010, com uma média entre 07 e 09 dias de hospitalização.

Atualmente o Hospital da Criança Conceição (HCC) dispõe de 144 leitos em Unidades de Internação Clínica Pediátrica. No ano de 2010, houve 8312 internações pediátricas no HCC. Deste total, 2538 pacientes estavam na faixa etária de 6 meses a 2 anos de idade (Gráfico 1), que corresponde a 30,53% dos pacientes hospitalizados (MS/DATASUS).

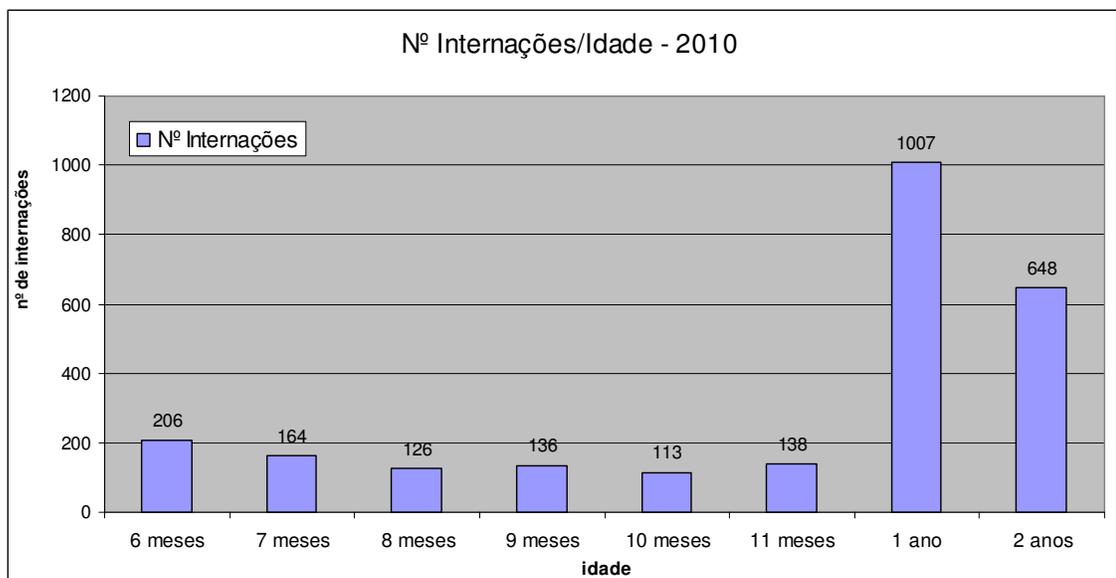


Gráfico 1: Internações pediátricas em unidades de internação no Hospital da Criança Conceição, 2010 (MS/DATASUS).

Através da análise de dados do Sistema GHC, podemos observar um pico na taxa de internação das unidades clínicas nos meses de maio a agosto de 2010 e 2011, com declínio importante a partir do mês de outubro.

A taxa de mortalidade registrada nas unidades clínicas se mantém constante e baixa, registrando o máximo de 0,6% no mês de maio de 2010 e 0,3% no mês de junho de 2011 (Gráfico 3 e 4). Na prática, porém, sabemos que os pacientes que sofrem uma piora do quadro clínico nas unidades de internação acabam sendo direcionados para atendimento na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). A taxa de mortalidade nas UTIs mostra-se elevada no mês de fevereiro de 2010 e 2011 (8,3 e 6,2%, respectivamente). Nos meses de inverno, onde a taxa de ocupação é alta, a taxa de mortalidade nas UTIs ficou em 7,6% em maio de 2010 e 6% em julho de 2011. A média de permanência se mantém semelhante nos anos de 2010 e 2011 (Sistema GHC).

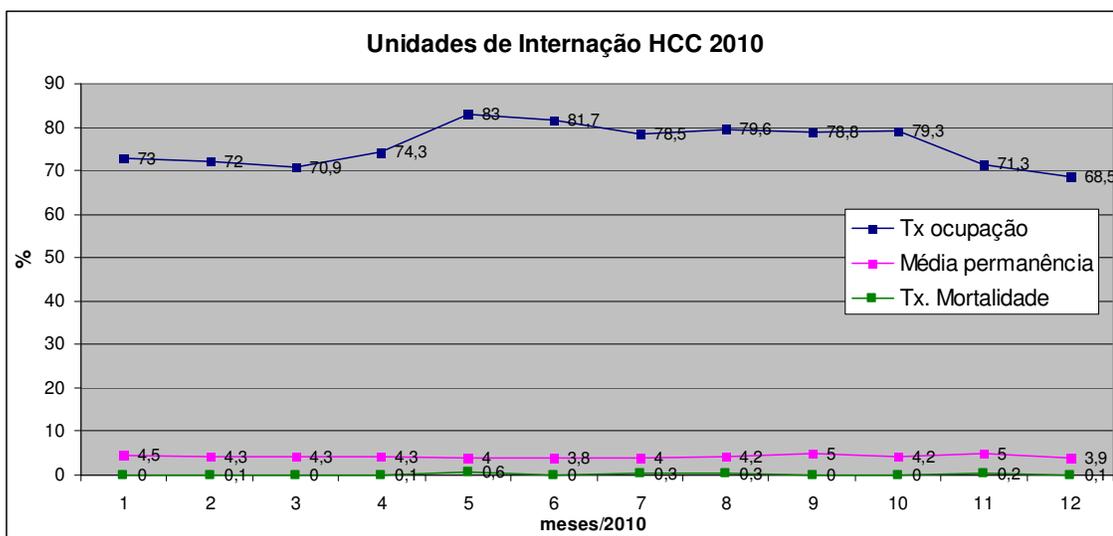


Gráfico 2: Taxa de ocupação, média de permanência e taxa de mortalidade no Hospital da Criança Conceição, 2010 (Sistema GHC)

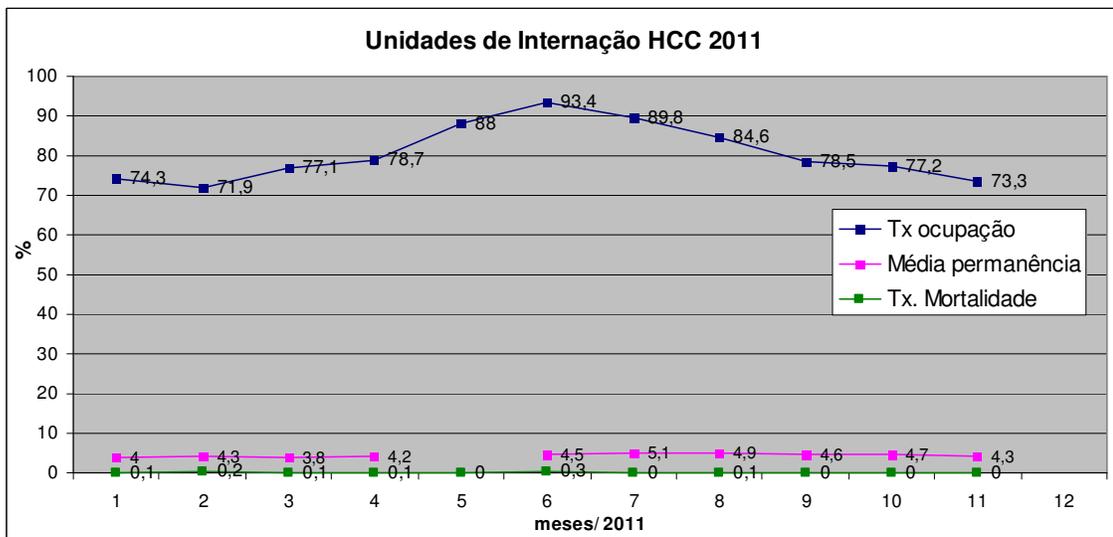


Gráfico 3: Taxa de ocupação, média de permanência e taxa de mortalidade no Hospital da Criança Conceição, 2011 (Sistema GHC)

O desenvolvimento desse projeto é importante para caracterizar o perfil de complexidade de cuidado de enfermagem na clientela atendida. Esse projeto, inicialmente aplicado em uma unidade, pode estender-se às outras unidades do

hospital, dando uma visão global da complexidade do cuidado na instituição e podendo, com a avaliação sistemática, readequar recursos humanos e físicos com vistas ao aumento da qualidade do cuidado.

2 OBJETIVO

Medir a complexidade dos cuidados de enfermagem em pacientes internados em uma unidade clínica pediátrica por meio de um Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos proposto por Dini (2007).

2.1 Objetivos específicos

Conhecer as diferenças de complexidade de cuidado existentes em dois períodos do ano, com diferentes demandas de atendimento.

Prover a gestão hospitalar com informações que possibilitem a readequação dos recursos para atendimento.

3 METODOLOGIA

A seguir estará descrita a metodologia que será utilizada para o desenvolvimento da pesquisa.

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional do tipo descritivo. Neste tipo de estudo o pesquisador desempenha um papel passivo na observação dos eventos e explora a topografia do campo de pesquisa.

As variáveis quantitativas envolvem distinções não-substanciais, no sentido de diferenças ou desigualdades de grau, frequência, intensidade. Seus resultados podem ser expressos em termos numéricos (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 1999).

3.2 Campo de Estudo

O estudo será desenvolvido em uma unidade clínica pediátrica que atende crianças de seis meses a dois anos de idade do Grupo Hospitalar Conceição, do município de Porto Alegre/RS. A unidade estudada dispõe de dezesseis leitos, distribuídos em quatro enfermarias.

Esta unidade está localizada dentro do hospital público referência em atendimento pediátrico, onde os atendimentos são integralmente cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

3.3 População e Amostra

Serão incluídos no estudo todos os pacientes com idade entre seis meses e dois anos internados em uma unidade clínica pediátrica do hospital público.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorrerá em dois períodos diferentes do ano. O Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos deverá ser aplicado no primeiro ou segundo dia de internação e nos dias subseqüentes, até a alta hospitalar.

A escala será aplicada pela pesquisadora ou enfermeira previamente capacitada para tal atividade.

Será utilizado um instrumento que avalia o grau de complexidade dos pacientes de acordo com a dependência em relação aos cuidados de enfermagem. O instrumento proposto por Dini (2007) compreende a análise de onze indicadores críticos de cuidado: 1) atividade, 2) intervalo de aferição de controles, 3) oxigenação, 4) terapêutica medicamentosa, 5) integridade cutâneo-mucosa, 6) alimentação e hidratação, 7) eliminações, 8) higiene corporal, 9) mobilidade e deambulação, 10) participação do acompanhante, 11) rede de apoio e suporte (ANEXO A).

Será planejada uma capacitação para os enfermeiros coletadores e pretende-se fazer um teste piloto de aplicação do instrumento de pesquisa.

3.5 Análise dos Dados

A análise dos dados será realizada através da estatística descritiva, apresentando dados nas formas de freqüências absolutas e relativas. A pesquisa com caráter descritivo, possibilita, segundo Rouquayrol (1999), o detalhamento do perfil epidemiológico de uma população, possibilitando o planejamento de ações em saúde.

Os indicadores críticos de necessidades de cuidados correspondem às variáveis preditoras. O grau de dependência em relação aos cuidados de enfermagem corresponde à variável de desfecho e será considerada a associação entre as duas variáveis (HULLEY, NEWMAN, CUMMINGS, 2008).

A análise de dados será feita através de programa estatístico disponível na ocasião da análise. Serão realizadas consultorias com um estatístico para cruzamento de dados e análise estatística.

3.6 Aspectos Éticos

O desenvolvimento do projeto terá início somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Serão respeitadas as diretrizes propostas pela Resolução 196 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos procedimentos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos. A bibliografia utilizada será citada conforme preconiza a legislação sobre direitos autorais (BRASIL, 1998).

Os enfermeiros que participarão da coleta de dados assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias após treinamento específico para aplicação do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) proposto por Dini (2007).

Será aplicado também um TCLE (APÊNDICE B) aos pais ou responsáveis pelos pacientes hospitalizados, ficando uma cópia deste termo com os mesmos. Este instrumento foi baseado no TCLE aplicado por Dini (2007) para elaboração do instrumento em estudo.

As escalas preenchidas e os TCLE serão guardados no arquivo particular da pesquisadora por cinco anos e após esse período serão destruídos.

4 CRONOGRAMA

No Quadro 1 consta o planejamento da atividades para execução do presente projeto.

Etapas	Abril – Set 2011	Out 2011	Nov 2011	Dez 2011	Jan 2012	Fev 2012	Mar-Jun 2012	Jul 2012	Ago-Out 2012	Nov 2012	Dez 2012
Revisão da Literatura	X	X	X	X	X	X		X	X		
Elaboração do Projeto	X	X	X								
Entrega do Projeto			X								
Apresentação à Banca				X							
Encaminhar CEP – GHC					X						
Treinamento enfermeiros e TCLE						X					
Teste piloto						X					
Coleta de Dados						X		X			
Análise de Dados							X	X	X		
Discussão dos Resultados									X	X	
Redação do Relatório Final									X	X	
Apresentação ao Serviço											X
Encaminhar para Publicação											X

Quadro 1 – Cronograma das atividades de pesquisa.

5 ORÇAMENTO

No Quadro 2 consta o planejamento financeiro previsto para a realização do presente projeto.

Material	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Material de escritório (canetas, lápis, pastas, papel A4)	01	100,00	100,00
Cartucho para impressora	02	35,00	70,00
Cópias do Instrumento para Coleta de Informações	960	0,10	96,00
Consultoria estatística	02	100,00	200,00
TOTAL			466,00

Quadro 2 – Planejamento financeiro para a execução do projeto.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. e ROUQUAYROL, M.Z. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. *In*: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p.149 – 170.

AZZOLIN, G.M.C.; PEDUZZI, M. Processo de Trabalho Gerencial e Processo de Enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 28, n.4. p. 549-55, 2007.

BRASIL . **Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Dispõe sobre a legislação dos direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L9610.htm >. Acesso em: 12 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 12 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. **Tabnet – Tabulador de dados para ambiente web**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 12 de julho de 2011.

CRUZ, D.A.L.M. Processo de Enfermagem e Classificações. *In*: GAIDZINSKI, R.R. (org.). **Diagnóstico de Enfermagem na Prática Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1.ed., 2008, 368p., p. 25-37.

DINI, A.P. **Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos**: construção e validação de instrumento. 2007. 170f. Campinas. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. 2007. Disponível em: <http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000430507>. Acesso em: 10 de maio de 2011.

DURAN, E.C.M.; TOLEDO, V.P. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n.2. p. 234-40, 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16153>. Acesso em: 14 de setembro de 2011.

FUGULIN, F.M.T; GAIDZINSKI, R.R; KURCGANT, P. **Sistema de Classificação de Pacientes**: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Revista Latino-americana de Enfermagem. São Paulo, v.13, n.1, p. 72-8, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000100012&script=sciarttext>. Acesso em: 24 de março de 2011.

GAIDZINSKI, R.R; FUGULIN, F.M.T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. (org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 125-137.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000. Disponível em: www.virtual.unifesp.br/cursos/.../sistematizacaodaassistencia.pdf. Acesso em: 14 de setembro de 2011.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979, 100p.

HULLEY, S.B.; NEWMAN, T.B.; CUMMINGS, S.T. Introdução: Anatomia e fisiologia da pesquisa clínica. In: HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.21 - 33.

MAGALHÃES, A.M.M.; RIBOLDI, C.O.; DALL’AGNOL, C.M. Planejamento em recursos humanos de enfermagem: desafios para as lideranças. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 4, p. 608-12, jul-ago, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400020. Acesso em: 01 de outubro de 2011.

QUELUCI, G.C.; FIGUEIREDO, N.M.A. Sobre as situações de enfermagem e seus graus de complexidade – menor, média e maior – na prática assistencial hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 171-76, jan-mar, 2010. Disponível em: www.eean.ufrj.br/revista_enf/20101/artigo%2023.pdf. Acesso em: 27 de dezembro de 2010.

RIBEIRO, 1972 *apud* PERROCA, M.G. **Sistemas de Classificação de Pacientes**: construção e validação de um instrumento. 1996. 99f. São Paulo. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo. 1996. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-12122006-161601/pt-br.php>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2011.

RIO GRANDE DO SUL. **Projeto de Lei nº 174 de 24 de junho de 2010**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de

Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados nos Setores Públicos e Privados no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=servicos&pagina=noticias-ler&id=1455>. Acesso em: 10 de maio de 2011.

ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia descritiva. *In*: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 77– 118.

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Enfermeiros
Coletadores**

Pesquisa: Medindo a complexidade de cuidados de enfermagem em uma unidade de internação clínica pediátrica de um hospital público de Porto Alegre.

Esta pesquisa tem por objetivo medir a complexidade dos cuidados de enfermagem em pacientes internados em uma unidade clínica pediátrica que atende crianças com idade entre seis meses e dois anos. Será utilizado o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) proposto por Dini (2007). A coleta de dados será realizada em duas fases, prevista para os meses de fevereiro e julho de 2012, de modo que possa ser feita uma comparação entre períodos do ano com diferentes demandas de atendimento. Haverá também uma semana para aplicação de teste piloto.

O desenvolvimento desse projeto é importante para caracterizar o perfil de complexidade da clientela atendida. A partir dos resultados encontrados pretendemos conhecer a complexidade de cuidado de enfermagem destinado aos pacientes e verificar se existem diferenças quando comparados períodos do ano distintos.

Esse projeto, inicialmente aplicado em uma unidade, pode estender-se às outras unidades do hospital, dando uma visão global da complexidade do cuidado na instituição e podendo, com a avaliação sistemática, readequar recursos humanos e físicos com vistas ao aumento da qualidade do cuidado.

Será realizada uma reunião para treinamento dos enfermeiros que participarão da aplicação do ICPP anteriormente à aplicação deste TCLE. Reuniões posteriores poderão ser feitas, caso surjam dúvidas ou dificuldades para aplicação do instrumento.

Sua participação será através da aplicação do ICPP a um número de pacientes combinado na reunião (não ultrapassando seis pacientes por turno). O tempo médio para aplicação do ICPP será previsto após realizar o teste piloto.

Qualquer dúvida que você tiver sobre a pesquisa ou seus objetivos poderá buscar esclarecimentos com a pesquisadora. Fica assegurado que, em caso de recusa ou desistência da participação na pesquisa, você não terá nenhum prejuízo/coação profissional dentro da instituição.

Como pesquisadora, assumo toda e qualquer responsabilidade durante a pesquisa, garantindo-lhe que as informações serão utilizadas somente para o estudo acima mencionado e que as enfermeiras coletadoras serão citadas como colaboradoras deste projeto.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura da Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Assinatura da Orientadora: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 2012.

Telefones para Contato:

Pesquisadora: Daiana da Silva Lúcio – (51) 99783148

Orientadora responsável: Profª MSc Veralice Maria Gonçalves – (51) 99771046

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais ou responsáveis pela criança hospitalizada.

Pesquisa: Medindo a complexidade de cuidados de enfermagem em uma unidade de internação clínica pediátrica de um hospital público de Porto Alegre.

Esta pesquisa tem por objetivo medir a complexidade dos cuidados de enfermagem em pacientes internados em uma unidade clínica pediátrica que atende crianças com idade entre seis meses e dois anos.

Será utilizado o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) criado em 2007 por uma enfermeira na Universidade Estadual de Campinas. Este instrumento não é utilizado neste hospital e está sendo feita esta pesquisa para avaliar sua aplicação aos nossos pacientes. A coleta de dados será realizada por enfermeiras do setor de atendimento, que passarão por um treinamento prévio.

Esse projeto será inicialmente aplicado nesta unidade clínica. A partir dos resultados encontrados pretendemos conhecer a complexidade de cuidado de enfermagem destinado aos pacientes. Dessa forma, será possível prover a gestão hospitalar com informações que possibilitem a análise dos recursos para atendimento.

Para participação na pesquisa, a criança **não** passará por nenhum procedimento e os pais ou responsáveis **não** precisarão responder entrevistas. Serão anotadas diariamente informações sobre a situação de saúde da criança, considerando os cuidados que a mesma necessita e o tratamento que está realizando. É importante saber também que a criança e os pais/responsáveis não serão identificados no relatório final da pesquisa.

A participação na pesquisa não oferece risco ao tratamento que está sendo realizado, nem benefícios imediatos. Se você não aceitar que sejam coletadas as informações a respeito do estado clínico do paciente não haverá nenhum tipo de prejuízo no atendimento da criança.

Como pesquisadora, assumo toda e qualquer responsabilidade durante a pesquisa, garantindo-lhe que as informações serão utilizadas somente para o estudo acima mencionado.

Como participante da pesquisa, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada sobre os objetivos, justificativa, procedimentos, riscos e benefícios do presente estudo. Fui orientada que poderei solicitar esclarecimentos sobre estudo em qualquer fase de sua realização, tendo a liberdade de deixá-lo em qualquer etapa sem qualquer prejuízo ao meu atendimento nesta instituição de saúde.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura do Responsável: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Assinatura da Orientadora: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 2012.

Telefones para Contato:

Pesquisadora: Daiana da Silva Lúcio – (51) 99783148

Orientadora responsável: Profª MSc. Veralice Maria Gonçalves – (51) 99771046

ANEXO A – Instrumento para Classificação de Pacientes Pediátricos

Unidade:

Leito:

Data de internação:

Data da coleta:

1) Atividade: Possibilidade de manutenção de atividades compatíveis com a idade de desenvolvimento, exercitando as habilidades pertinentes a cada idade e interagindo com acompanhante, equipe ou outras crianças para sorrir, brincar, conversar, etc.		
	01 ponto	Desenvolvimento de atividades compatíveis com a faixa etária
	02 pontos	Sonolento
	03 pontos	Hipoativo ou Hiperativo ou Déficit no desenvolvimento
	04 pontos	Inconsciente ou sedado ou coma vigil
2) Intervalo de Aferição de Controles: Necessidade de observação e controle de dados como sinais vitais, pressão venosa central, glicemia capilar, balanço hídrico.		
	01 ponto	6/6 horas
	02 pontos	4/4 horas
	03 pontos	2/2 horas
	04 pontos	Intervalo menor que 2 horas
3) Oxigenação: Capacidade da criança ou adolescente manter a permeabilidade de vias aéreas, ventilação e oxigenação normais.		
	01 ponto	Respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou de desobstrução de vias aéreas
	02 pontos	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instalação de soro
	03 pontos	Respiração espontânea com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreções e/ou necessidade de oxigenoterapia
	04 pontos	Ventilação mecânica (Não-invasiva ou Invasiva)
4) Terapêutica medicamentosa: Necessidade da criança ou adolescente receber medicações prescritas		
	01 ponto	Não necessita de medicamentos
	02 pontos	Necessidade de medicamentos por via tópica, inalatória, ocular e/ou oral
	03 pontos	Necessidade de medicamentos por sondas ou via parenteral (subcutânea, intramuscular ou intravenoso)
	04 pontos	Uso de fármacos vasoativos e/ou hemoderivados e/ou quimioterápicos
5) Integridade cutâneo-mucosa: Necessidade de manutenção ou restauração da integridade cutâneo-mucosa.		
	01 ponto	Pele íntegra sem alteração da cor em toda área corpórea
	02 pontos	Necessidade de curativo superficial, de pequeno porte
	03 pontos	Presença de hiperemia (pontos de pressão ou períneo) ou sinais flogísticos em qualquer local da superfície corpórea que necessite de curativo de médio porte
	04 pontos	Presença de lesão com deiscência ou secreção com necessidade de curativo de grande porte

6) Alimentação e hidratação: Capacidade da criança ou adolescente ingerir alimentos sozinho, com auxílio, por sondas ou via parenteral		
	01 ponto	Via oral de forma independente ou seio materno exclusivo
	02 pontos	Via oral com auxílio e paciente colaborativo
	03 pontos	Sondas (gástrica, enteral ou gastrostomia)
	04 pontos	Nutrição parenteral ou via oral com paciente apresentando dificuldade de deglutição ou risco para aspiração
7) Eliminações: Capacidade da criança ou adolescente apresentar eliminações urinária e intestinal sozinha e/ou necessidade de uso de sondas		
	01 ponto	Vaso sanitário sem auxílio
	02 pontos	Vaso sanitário com auxílio
	03 pontos	Fraldas (necessidade de um profissional para troca) ou sonda vesical de demora
	04 pontos	Sonda vesical de alívio ou estomas ou uso de comadre ou urinol ou fraldas (necessidade de dois profissionais para troca)
8) Higiene Corporal: Capacidade da criança ou adolescente realizar, necessitar de auxílio ou depender totalmente para higiene corporal		
	01 ponto	Banho de aspersão sem auxílio
	02 pontos	Banho de aspersão com auxílio
	03 pontos	Banho de imersão ou banho em cadeira
	04 pontos	Banho no leito ou na incubadora ou necessidade de mais de um profissional da enfermagem para realização de qualquer banho
9) Mobilidade e Deambulação: Capacidade da criança ou adolescente de mobilizar voluntariamente o corpo ou seguimentos corporais		
	01 ponto	Deambulação sem auxílio
	02 pontos	Repouso no leito mobiliza-se sem auxílio
	03 pontos	Repouso no leito, mobiliza-se com auxílio ou deambula com auxílio
	04 pontos	Restrito no leito, totalmente dependente para mudança de decúbito
10) Participação do acompanhante: Desempenho do acompanhante para realizar cuidados e atender necessidades da criança ou adolescente		
	01 ponto	Acompanhante reconhece as necessidades físicas e emocionais d paciente pediátrico e consegue atendê-las
	02 pontos	Acompanhante buscando informações para atender necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico
	03 pontos	Acompanhante tem dificuldade em reconhecer algumas necessidades físicas e emocionais, e é resistente a buscar auxílio e a mudanças
	04 pontos	Acompanhante parece não estar atento nem se interessar quanto às necessidades físicas e emocionais do paciente pediátrico ou desacompanhado
11) Rede de apoio e suporte: Apoio com o qual a criança pode contar durante sua permanência no hospital		
	01 ponto	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante todo o tempo
	02 pontos	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o por mais de 12 horas ao dia
	03 pontos	Presença de uma pessoa de confiança acompanhando-o durante menos de 12 horas ao dia
	04 pontos	Desacompanhado

Pontuação:		
	11-17 pontos	Cuidados mínimos
	18-23 pontos	Cuidados intermediários
	24-30 pontos	Alta dependência
	31-37 pontos	Cuidados semi-intensivos
	38-44 pontos	Cuidados intensivos

DINI, A.P. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de instrumento. 2007. 170f. Campinas. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. 2007.