



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL**



MICHELI MARINHO MELO

**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS SEGUNDO O GRAU DE
DEPENDÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES NEONATAIS**

**Rio de Janeiro
2021**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**

MICHELI MARINHO MELO
<http://lattes.cnpq.br/8531550377519366>

**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS SEGUNDO O GRAU DE
DEPENDÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES NEONATAIS**

Dissertação apresentada a Banca do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do Título de Mestre Profissional em Saúde Perinatal.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
<http://lattes.cnpq.br/0811801303654789>

**Rio de Janeiro
2021**

M491 Melo, Micheli Marinho

Sistema de classificação de recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas unidades neonatais/Micheli Marinho Melo -- Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2021. 222f; 31 cm.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Perinatal) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Saúde Perinatal, 2021.

Referências bibliográficas: f. 121

1. Enfermagem Neonatal. 2. Recém-Nascido. 3. Dimensionamento de Pessoal. 4. Sistema de Classificação de Pacientes.. 5. Saúde Perinatal – Dissertação. I. Esteves, Ana Paula Vieira dos Santos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. IV. Título.

CDD – 610.73

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS SEGUNDO O GRAU DE DEPENDÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES NEONATAIS

Autora: Micheli Marinho Melo

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Dissertação apresentada a Banca do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do Título de Mestre Profissional em Saúde Perinatal.

Aprovada em: 08/02/2021

Banca:

Prof.^a Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves (Presidente)
Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Joffre Amim Júnior
Doutor em Clínica Obstétrica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Halina Cidrini Ferreira
Doutorado em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Elisa da Conceição Rodrigues
Pós-doutora pela Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dra. Marialda Moreira Christoffel
Pós-doutora pela Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Obs.: “Assinada conforme Resolução CEPG n. 02 de abril de 2020 art. 1, parágrafo 6º, inciso V, alínea a.”

DEDICATÓRIA

*A Deus, fonte de sabedoria e amor, pela dádiva da vida, presença constante e força
para enfrentar dificuldades e obstáculos.
Sei que o Senhor me guia e ilumina.*

*Aos meus pais, Zeli e Geronimo, pela educação, amor e incentivo, em todos os
momentos da minha vida instruíram-me a seguir o caminho do conhecimento, honestidade e
dedicação.
Vocês são os meus exemplos.
Sempre amarei vocês!*

A todos recém-nascidos e suas famílias, que são exemplo de força e resiliência.

AGRADECIMENTO

Incontáveis são as pessoas que desejo agradecer neste espaço. Afinal, cada uma, a seu modo, contribuiu significativamente para o êxito de meu trabalho.

Para começar, agradeço...

A minha orientadora Ana Paula Esteves, pela confiança, serenidade, exemplo, incentivo, disponibilidade e conhecimentos ímpares transmitidos durante a orientação deste trabalho e na minha jornada profissional na Maternidade Escola. Mais do que orientador, você tornou-se uma pessoa muito querida no meu coração.

Aos membros da Comissão examinadora da banca pela contribuição na execução deste trabalho. Agradeço pela disponibilidade, sugestões e comentários.

A minha irmã Janir, pelo apoio em todos os momentos da minha vida. Você é um presente de Deus na minha vida. Amo-te!

As minhas amigas e irmãs do coração Carina Anna, Luana Alves, Gabriela Fernanda e Edivânia Teixeira, companheiras para todos os momentos. Vocês são luz na minha vida! Obrigada pela amizade e cumplicidade!

A minha madrinha e amiga Janice Machado, pelo incentivo, disponibilidade, conselhos e pelas contribuições na minha carreira acadêmica desde a graduação.

Aos meus parceiros de trabalho Viviane Saraiva, Danielle Querido, Hélder Camilo, Isabela Melo, Priscila Borges, Priscilla Vigo e Akla Martins por toda colaboração e compartilhamento.

A todos os participantes da pesquisa que foram peças-chaves para o alcance dos objetivos propostos.

A todos os profissionais da Unidade Neonatal da Maternidade Escola, pela oportunidade de poder desfrutar dos ensinamentos e experiências.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram e torceram para que essa etapa se concretizasse.

Muito obrigada!

RESUMO

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) possibilita estimar a demanda de cuidados de enfermagem, sendo efetivo para dimensionar pessoal, planejar custos, garantir o padrão de qualidade da assistência e segurança do paciente. Considerando a inexistência de um instrumento que atendesse as especificidades e individualidades da clientela da Unidade Neonatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o estudo teve como objetivos: modificar o instrumento de classificação de recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais, proposto por Bochembuzio (2002); validar o conteúdo do instrumento de classificação de recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais; e propor a implantação do instrumento para classificação de recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem na Unidade Neonatal da Maternidade Escola, a fim de oferecer um cuidado de enfermagem individualizado e direcionado para as especificidades da clientela assistida. Para compor o instrumento foram propostas 20 áreas de cuidado e em cada área foram traçadas 04 condições de dependência por ordem de complexidade crescente. O recém-nascido deve ser classificado em todas as áreas e na complexidade que melhor corresponder a sua condição, em seguida somam-se os pontos obtidos e verifica-se a categoria de cuidado correspondente (intermediário; alta dependência; semi-intensivo; intensivo). Para validação do conteúdo foi aplicado o Método *Delphi* em 2 rodadas e a análise respaldou-se no Índice de Validade de Conteúdo (IVC), com emprego da escala tipo *Likert*. Participaram como juízes 09 enfermeiros da área neonatal e/ou pediátrica. Os resultados obtidos mostraram concordância dos juízes quanto à relevância e clareza das áreas de cuidado, condições de dependência e nível crescente de complexidade assistencial (IVC >0,80). A validação do instrumento ateu-se ao conteúdo proposto, porém faz-se necessário processar a verificação de sua aplicabilidade na prática clínica. Sendo assim, recomenda-se conduzir estudos para monitorar suas propriedades de validade e confiabilidade em diferentes Unidades Neonatais que tenham a intenção de utilizá-lo e por enfermeiros em consonância com a prática assistencial. Espera-se, ainda, estimular a reflexão acerca da relevância e seriedade dos SCP e da necessidade da sua empregabilidade na prática assistencial e gerencial das instituições em seus diferentes cenários.

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal. Recém-Nascido. Dimensionamento de Pessoal. Sistema de Classificação de Pacientes.

ABSTRACT

The Patient Classification System (SCP) makes it possible to estimate the demand for nursing care, being effective for dimensioning personnel, planning costs, ensuring the quality of care and patient safety. Considering the lack of an instrument that met the specificities and individualities of the clientele of the Neonatal Unit of the Maternity School of the Federal University of Rio de Janeiro, the study aimed to: modify the instrument for classifying newborns according to the degree of dependence of the team nursing in Neonatal Units, proposed by Bochembuzio (2002); validate the content of the newborn classification instrument according to the degree of dependence of the nursing team in Neonatal Units; and to propose the implementation of the instrument for the classification of newborns according to the degree of dependence of the nursing team in the Neonatal Unit of Maternidade Escola, in order to offer individualized nursing care directed to the specificities of the assisted clientele. To compose the instrument, 20 care areas were proposed and in each area 04 conditions of dependence were drawn up in order of increasing complexity. The newborn should be classified in all areas and in the complexity that best corresponds to his condition, then the points obtained are added and the corresponding care category is verified (intermediate; high dependence; semi-intensive; intensive) . For content validation, the Delphi Method was applied in 2 rounds and the analysis was supported by the Content Validity Index (CVI), using the *Likert* scale. Nine neonatal and / or pediatric nurses participated as judges. The results obtained showed the judges' agreement regarding the relevance and clarity of the care areas, conditions of dependence and increasing level of care complexity (CVI> 0.80). The validation of the instrument adhered to the proposed content, but it is necessary to process the verification of its applicability in clinical practice. Therefore, it is recommended to conduct studies to monitor its validity and reliability properties in different Neonatal Units that intend to use it and by nurses in line with care practice. It is also expected to stimulate reflection on the relevance and seriousness of the SCP and the need for their employability in the care and management practice of the institutions in their different settings.

Keywords: Neonatal Nursing. Newborn. Personnel Downsizing. Patient Classification System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição da Estratégia PICO.....	34
Quadro 2 - Estratégias de Buscas da Revisão Integrativa.....	35
Quadro 3 - Caracterização dos estudos selecionados na revisão integrativa.....	45
Quadro 4 - Primeira proposta das Áreas de cuidado e graduação das condições de dependência por complexidade crescente do instrumento.....	84
Quadro 5 - Instrumento Final para Classificação dos recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais.....	110
Quadro 6 - Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem.....	118

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão das publicações investigadas.....	44
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos Juízes Especialistas.....	92
Tabela 2 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC), na primeira fase da técnica <i>Delphi</i> , quanto a relevância e clareza das Áreas de Cuidados, (n=9).....	94
Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC), na primeira fase da técnica <i>Delphi</i> , quanto a relevância e clareza das Condições de Dependência de Cuidados (n=9).....	98
Tabela 4 - Avaliação dos Juízes quanto ao nível crescente de complexidade assistencial da pontuação proposta para as Condições de Dependência de Cuidados, na primeira fase da técnica <i>Delphi</i> e percentagem de concordância, (n=9).....	99
Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC), na segunda fase da técnica <i>Delphi</i> , quanto a relevância e clareza das Áreas de Cuidados, (n=9).....	104
Tabela 6 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC), na segunda fase da técnica <i>Delphi</i> , quanto a relevância e clareza das Condições de Dependência de Cuidados, (n=9).....	106
Tabela 7 - Avaliação dos Juízes quanto ao nível crescente de complexidade assistencial da pontuação proposta para as Condições de Dependência de Cuidados, na segunda fase da técnica <i>Delphi</i> e percentagem de concordância, (n=9).....	107

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
DPE - Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem
HE - Horas de Enfermagem
IST - Índice de Segurança Técnica
IVC - Índice de Validade de Conteúdo
PCM - Paciente de Cuidados Mínimos
PCI - Pacientes de Cuidados Intermediários
PCAD – Pacientes de Cuidados de Alta Dependência
PCSI - Pacientes de cuidados Semi-Intensivo
PCIt - Pacientes de Cuidados Intensivos
QP - Quantitativo de Pessoal
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
RN - Recém-nascido
SCP - Sistema de Classificação de Paciente
SI - Sítio Funcional
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THE - Total de Horas de Enfermagem
UCIN - Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCa - Unidade de Cuidados Intermediários NeonatalCanguru
UCINCo - Unidade de Cuidados Intermediários NeonatalConvencional
UN - Unidade Neonatal
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivos	15
1.1.1 Objetivo Geral.....	15
1.1.2 Objetivos Específicos.....	15
1.2 Justificativa	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 A Neonatologia	18
2.2 Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem (DPE)	21
2.3 Sistema de Classificação de Paciente (SCP)	26
2.4 Teoria das Necessidades Humanas Básicas	29
3 METODOLOGIA	33
3.1 Tipo do estudo	33
3.2 Primeira Etapa: Revisão Integrativa da Literatura	33
3.3 Segunda Etapa: Modificação do Instrumento para Classificação dos Recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais	36
3.3.1 Local do Estudo.....	36
3.3.1.1 Caracterização do local do estudo.....	36
3.3.2 Amostra do estudo.....	37
3.3.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	37
3.3.4 Coleta dos dados.....	37
3.3.5 Análise dos dados.....	41
3.3.6 Riscos e benefícios.....	42
3.3.7 Aspectos éticos.....	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	44
4.1 Revisão Integrativa	44
4.2 Primeira Proposta do Instrumento para Classificação dos Recém-nascidos segundo o grau de dependência equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais	84

4.2.1 Caracterização dos Juízes Especialistas participantes da pesquisa.....	92
4.2.2 Avaliação da Validade de Conteúdo do Instrumento: primeira fase da técnica <i>Delphi</i>	94
4.3 Segunda Proposta do Instrumento para Classificação dos Recém-nascidos segundo o grau de dependência equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais.....	104
4.3.1 Avaliação da Validade de Conteúdo do Instrumento: segunda fase da técnica <i>Delphi</i>	104
4.4 Proposta Final do Instrumento para Classificação dos Recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais.....	109
5 CONCLUSÃO.....	120
REFERÊNCIAS.....	121
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	132
ANEXO B – Instrumento para classificação dos recém-nascidos de acordo com o grau de dependência.....	135
APÊNDICE A – Caracterização dos juízes especialistas.....	140
APÊNDICE B – Técnica Delphi: fase I – Primeiro questionário.....	142
APÊNDICE C – Técnica Delphi: fase II – Carta Convite.....	162
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	165
APÊNDICE E – Técnica Delphi: fase 2 – Segundo questionário.....	168
APÊNDICE F – Técnica de Delphi: fase 2 – Coleta de dados.....	189
APÊNDICE G – Projeto aplicativo.....	198

1 INTRODUÇÃO

A neonatologia é uma especialidade aplicada à assistência ao recém-nascido (RN), bem como à pesquisa clínica, sendo seu principal objetivo a redução da mortalidade e morbidade perinatais na busca da sobrevivência nas melhores condições funcionais possíveis (RAMOS, 1991).

A Unidade Neonatal (UN), composta pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao RN grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, articulando uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica (BRASIL, 2012).

Os avanços tecnológicos e as práticas para a manutenção da sobrevivência dos RNs antes considerados inviáveis fez com que tornasse necessário uma equipe provida de vasto conhecimento técnico e científico, experiência e pensamento crítico, com o intuito de promover, manter e recuperar a saúde do neonato (NETO; RODRIGUES, 2015).

A ampliação da assistência de enfermagem e o crescimento do quadro de profissionais especializados na área devido à complexidade do setor justificam a necessidade de desenvolver e investir no gerenciamento de recursos humanos (CURAN *et al.*, 2015).

Neste contexto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 543 de 18 de Abril de 2017, estabelece parâmetros oficiais para o Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem (DPE), fundamentando-se na distribuição em categorias de cuidado, de acordo com a classificação do paciente e as áreas de atuação para indicar o número mínimo de profissionais de enfermagem, bem como a percentagem de distribuição por categoria profissional (COFEN, 2017).

O DPE é um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem, indispensável para prover cuidados de maneira a garantir a qualidade, previamente estabelecida a um grupo de pacientes de acordo com a filosofia, singularidade e estrutura de cada organização (GAIDZINSKI, FUGULIN e CASTILHO, 2005), sendo primordial enfatizar a necessidade do DPE como processo indispensável para planejar, avaliar, organizar e a qualificar a assistência de enfermagem prestada à clientela em diversos setores e serviços da saúde (CURAN *et al.*, 2015).

Desde o início da minha trajetória profissional em Neonatologia, que ocorreu por meio da Residência de Enfermagem em Neonatologia no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF-FIOCRUZ), em 2012 e, posteriormente, como plantonista e gestora da UN da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ), pude observar que a alocação de recursos humanos e determinação da carga de trabalho com relação a cada RN são realizadas empiricamente, ou seja, os critérios não são analisados com base no cuidado individualizado para o dimensionamento da equipe de enfermagem, sendo a forma utilizada para avaliar a complexidade assistencial do RN a patologia, diagnóstico médico e quadro clínico, de maneira subjetiva e não formalizada.

Desta forma, o estudo emergiu mediante aos questionamentos realizados em minha prática profissional sobre o tema dimensionamento de pessoal e gestão de recursos humanos, mobilizando-me para o desenvolvimento de pesquisa que possibilitasse melhor compreensão no processo de previsão e avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal para atendimento das necessidades assistenciais dos RNs e seus familiares.

Sendo assim, o emprego de um instrumento para a classificação do RN de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem pode ser uma ferramenta de gestão que auxilia na priorização de informações importantes referentes à demanda de cuidados, visando o desenvolvimento de ações que contribuam para a integralidade e qualidade do cuidado prestado, bem como o cumprimento de exigências legais impostas pelo COFEN.

O Sistema de Classificação do Paciente (SCP) é um método desenvolvido para determinar, monitorar e validar as necessidades de cuidado individualizado, por meio da classificação de pacientes em categorias ou grupos de cuidados, com possibilidade de avaliar o trabalho de enfermagem requerido, visando à qualidade da assistência prestada (DE GROOT, 1989; GIOVANNETTI, 1979). A sua utilização nas unidades assistenciais possibilita agrupar os pacientes por complexidade, observando o perfil de cada grupo ou categoria previamente estabelecida, permitir a qualidade da assistência, distribuir os leitos para atendimento da demanda por grupo de pacientes, realocar recursos humanos e materiais, detalhar a dinâmica operacional do sistema e monitorar a produtividade e o processo orçamentário (GIOVANNETTI, 1979).

De acordo com Fugulin *et al.* (2012), o grupo gestor responsável pelos recursos humanos e pela quantificação de profissionais para assistência segura ao paciente carece de instrumentos, como o SCP, que a auxilie no planejamento, alocação, distribuição e controle

do quadro de funcionários, por se tratar de um dos itens mais significativos da eficácia, qualidade e custo hospitalar.

No cenário hospitalar, a equipe de enfermagem é responsável pelo planejamento e execução do cuidado ininterrupto ao cliente de acordo com suas condições clínicas e gravidade. Entre os diversos ambientes assistenciais, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), além das UTIN, são caracterizadas pelo uso de equipamentos e tecnologias, demandam profissionais especialistas e altamente qualificados (OTAVIANO; DUARTE; SOARES, 2015).

Cabe à enfermagem, na prestação da assistência, realizar cuidados diversos, desde os elementares como higiene e conforto, aos mais específicos como medicação, procedimentos invasivos e controle de parâmetros fundamentais à vida. Ademais, o enfermeiro tem como atribuição realizar atividades relacionadas ao treinamento, capacitação de profissionais de enfermagem, gerenciamento de insumos e materiais, articulação com outros profissionais da saúde, administração e organização do serviço, orientação aos familiares e a avaliação da assistência (NOVARETI *et al.*, 2016).

Neste contexto, como destaca Fugulin *et al.*(1994), com a implantação de um SCP em um hospital universitário, pode-se verificar a melhoria de alguns indicadores tais como: o decréscimo da média de permanência e do coeficiente de mortalidade dos pacientes, a racionalização de recursos materiais e equipamentos, maior satisfação e melhoria da competência da equipe de enfermagem para o atendimento diferenciado.

1.1 Objetivos do Estudo

1.1.1 Objetivo Geral

Modificar o instrumento de classificação de recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais, proposto por Bochembuzio (2002).

1.1.2 Objetivos Específicos

Validar o conteúdo do instrumento de classificação de recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais.

Propor a implantação do instrumento para classificação de recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem na Unidade Neonatal da Maternidade Escola, a fim de oferecer um cuidado de enfermagem individualizado e direcionado para as especificidades da clientela assistida.

1.2 Justificativa

Este estudo surgiu baseado na minha observação da prática diária sobre a necessidade de classificação dos RNs hospitalizados para melhor alocar os recursos humanos da UN onde exercia gestão e, além disso, a implantação de um instrumento para classificação seria uma oportunidade de aperfeiçoar os procedimentos, as ações e as intervenções, redirecionando os processos de gestão, promovendo uma forma diferenciada de gerenciar recursos humanos, alocar recursos financeiros e definindo necessidades de novas tecnologias e processos de cuidado, centradas no RN e sua família.

Atualmente, o COFEN (2017) recomenda a utilização do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos da DINI (2007), porém o instrumento não atende a clientela da UN da Maternidade Escola, uma vez que não abrange todos os cuidados realizados pela equipe de enfermagem da instituição.

Outro instrumento encontrado na literatura para classificação de RN foi proposto Bochembuzio (2002), sendo adaptado de Toledo e Fugulin (2000) e sua reestruturação teve a função de orientar a classificação de RN por tipo de cuidado com base nas necessidades individualizadas de assistência de enfermagem. No entanto, não segue as categorias do cuidado proposta pelo COFEN (2017) e também não engloba todos os cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem da unidade. Assim, objetiva-se sua modificação na perspectiva de melhor adequá-lo às unidades neonatais e seguindo as determinações quanto às categorias do cuidado do COFEN.

Desta forma, entende-se que a modificação do instrumento proposto neste estudo, contemplando o perfil e especificidades da Neonatologia e, considerando também o cenário em questão, proporcione resultados que poderão contribuir para gerar um maior conhecimento acerca da temática proposta e, conseqüentemente sua aplicabilidade e operacionalização na assistência de enfermagem visando melhoria da assistência, segurança do paciente, redução de custos e de eventos iatrogênicos que poderiam ser ocasionados por um dimensionamento ineficaz.

No âmbito do ensino espera-se contribuir para a disseminação do conhecimento acerca do assunto e gerar discussões para que se reflita a relevância do tema para otimização da equipe de enfermagem e melhoria dos cuidados prestados, bem como engajar demais pesquisas sobre a temática em neonatologia validando ainda mais suas contribuições com os processos assistenciais e gerenciais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A Neonatologia

O termo neonatologia foi definido por Alexandre Schaffèr (1960), em seu livro sobre doenças dos recém-nascidos (“Diseases of the Newborns”), como “a arte e a ciência do diagnóstico e o tratamento dos distúrbios do recém-nascido” (SCHAFFER; AVERY, 1977; LUSSKY, 1999; PHILIP, 2005).

No século XIX, não existiam instituições que se dedicassem aos cuidados infantis, exceto alguns locais denominados na época de Fundações, onde as taxas de mortalidade eram muito altas, atingindo valores de 85% a 95% (LUSSKY, 1999; PHILIP, 2005; DUXBURY, 1983).

No final desse século, observou-se na Europa diminuição na taxa de natalidade, abandono de crianças nas ruas e aumento da mortalidade infantil. Estas ocorrências contribuíram para o surgimento do chamado “Movimento para a Saúde da Criança”, entre 1870 a 1920, o qual buscava preservar a vida de todas as crianças e foi um marco na história da medicina (LUSSKY, 1999; PHILIP, 2005; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

O trabalho de parto realizado no domicílio por parteiras era uma das principais causas de mortalidade materna na época. Segundo Avery (1999), era comum que crianças prematuras e malformadas fossem a óbito, baseados na teoria da seleção natural, pois se acreditava serem estes bebês menos adaptados a sobrevivência (AVERY, 1999).

O desenvolvimento dos equipamentos para dar assistência aos RNs iniciou-se em 1878, quando foi desenvolvida a primeira incubadora, a pedido do obstetra parisiense Stephane Etienne Tarnier, a qual foi instalada em 1880, na Maternidade de Paris, atribuindo-se ao seu uso uma redução da taxa de mortalidade dos RNs com peso inferior a 2000g, de 66% para 38% (LUSSKY, 1999; AVERY, 1999; ROLLET, 2000).

O obstetra francês Pierre Constant Budin, em 1882, abrangeu suas preocupações além da sala de parto, criando o primeiro ambulatório de puericultura no Hospital Charité, em Paris, e desenvolveu os princípios e métodos básicos da medicina neonatal (LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; DESMOND, 1991).

Em Chicago, no ano de 1914, houve uma exibição de RNs prematuros com intuito de mostrar à classe médica a relevância de seus cuidados e nesta mesma cidade, em 1922, o pediatra Julius Hess inaugurou a primeira unidade de assistência aos prematuros, no Hospital Sarah Morris (LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; DOWNES, 1992). Após

esse evento, foram criados diversos centros na América do Norte e na Europa, seguindo os mesmos preceitos, onde os RNs prematuros eram agrupados numa sala com finalidade de lhes assegurar enfermeiras treinadas, dispositivos próprios, incluindo incubadoras e procedimentos rigorosos para a prevenção de infecções (ZIEGEL; CRANLEY, 1980; COSTA, 2005).

Tais avanços técnico-científicos reduziram as taxas de mortalidade e morbidade neonatal, no entanto, ocasionaram a separação e distanciamento do RN e de seus familiares, prejudicando o vínculo afetivo e o aleitamento materno (DOWNES, 1992; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005; AVERY, 1984). Ainda assim, as condições de apoio permitiam que o organismo se recuperasse, tal como o descrito por Florence Nightingale, a precursora da enfermagem: “calor, descanso, nutrição, quietude, higiene, espaço e outros” (AVERY, 1984; WINSLOW, 1978).

A enfermagem também exerceu um papel fundamental no início do desenvolvimento da neonatologia. Um artigo escrito pelo pediatra Julius Hess nos traz a informação de que os melhores resultados obtidos no cuidado aos recém-nascidos prematuros eram alcançados quando enfermeiras bem treinadas estavam à frente do serviço como supervisoras. Neste período cresceu o incentivo pela especialização da enfermagem para o cuidado a recém-nascidos prematuros, e observou-se um grande investimento nessa área, devido à melhora visível nos índices de sobrevivência dos prematuros (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; AVERY, 1999; HESS, 1951). No Centro para prematuros de Chicago foi criado um fundo de investimento para o treinamento das enfermeiras na área de neonatologia (HESS, 1951).

A partir da década de 40, os partos passaram a serem realizados, na sua maioria, nos hospitais, facilitando o atendimento à gestante e ao RN, possibilitando pesquisas de doenças cujo início ocorria intra-útero ou durante o período neonatal (LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; DOWNES, 1992).

Entretanto, somente após a segunda Guerra Mundial que as grandes mudanças ocorreram na medicina em geral e resultaram na melhora da sobrevivência da população. Dentre os avanços dessa época na área da neonatologia, destacamos a utilização de antibióticos e da terapia intravenosa, as inovações no armazenamento do sangue, a introdução da técnica de cateterização da veia umbilical, a modernização das incubadoras, que além de manter a temperatura corpórea constante, passa a manter o ar umidificado (LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; DOWNES, 1992).

Na década de 50, ocorreram os estudos relacionados aos distúrbios respiratórios, com a descrição de Mary Ellen Avery e Jere Mead (1958) de que a deficiência de surfactante nos pulmões era a etiologia da síndrome de desconforto respiratório; a comprovação de que o uso

da ventilação mecânica com adaptações das técnicas e equipamentos utilizados nos adultos poderiam ventilar os RNs, e isso foi aplicado aos RNs com tétano na África do Sul (1957); a criação do Escore de APGAR, criado pela Dra. Virginia Apgar em 1953, com objetivo inicial de avaliar a conduta obstétrica, e posteriormente este se tornaria o principal escore utilizado mundialmente para diagnóstico de asfixia perinatal (LUSSKY, 1999; PHILIP, 2005; DOWNES, 1992).

Ocorreram grandes progressos no cuidado neonatal, a partir da década de 1960, dando origem às Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. A dieta administrada após 72 horas de vida passou a ser realizada nas primeiras horas após o nascimento. Novos conhecimentos, equipamentos, tratamentos e técnicas foram introduzidos no cuidado neonatal, contribuindo para a diminuição da taxa de mortalidade e, conseqüentemente, para um aumento da sobrevida. Todo este aparato tecnológico propiciou um ambiente extremamente barulhento e ruidoso, sendo necessário maior número de profissionais nos cuidados neonatais. Passou-se do mínimo manuseio à intervenção e manipulação excessiva da equipe intensivista (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Posteriormente, na década de 70, os pediatras, cirurgiões e anesthesiologistas infantis defenderam a idéia do agrupamento de lactentes com patologias severas em unidades especiais, visando o tratamento mais eficaz. As maternidades para prematuros passam a ser denominadas maternidade de tratamento especial, e desta para unidade de tratamento intensivo para recém-nascido (DOWNES, 1992; LUSSKY, 1999).

Em meados dos anos 1990, passou-se a valorizar a permanência dos pais nas UTI, sendo esta prática amplamente aceita e incentivada. Ela favorece um vínculo afetivo profundo e duradouro, propiciando efeitos positivos, tanto para os pais, quanto para as crianças. Este vínculo tornou-se importante para o sucesso de qualquer terapêutica (LAMY, 1995).

Atualmente, todo este avanço tecnológico culminou com a capacidade de garantir a sobrevida dos RNs antes ditos incompatíveis com a vida, sejam eles prematuros, malformados, baixo peso ou qualquer outra condição de saúde que o impossibilitasse de sobreviver. Entretanto, este intervencionismo tornou-se um dos múltiplos desafios enfrentados pela equipe de saúde, ou seja, o uso prudente desta tecnologia, garantindo a sobrevida dos RNs e a sua qualidade de vida no futuro.

2.2 Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem (DPE)

O DPE é definido por GAIDZINSKI; KURCGANT (1998) como a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por intuito a previsão da quantidade de funcionário por categoria, necessária para suprir as demandas de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente.

O dimensionamento de recursos humanos é uma atividade gerencial que compete ao enfermeiro no que permeia à previsão de pessoal sob os enfoques quantitativo e qualitativo e não determina somente o número total de profissionais requeridos ao atendimento da clientela, como também, estima a quantidade de funcionários em proporção às categorias profissionais (níveis superior e médio) da enfermagem (COFEN, 2017).

No entanto, na prática profissional é apontado que os enfermeiros não realizam o dimensionamento e quando realizam não o fazem corretamente (MENEGUETI *et al.*, 2013). Dimensionar os recursos humanos de enfermagem às necessidades das UTI pediátricas é relevante e possibilita que o enfermeiro gerencie melhor o cuidado aos recém-nascidos (OTAVIANO; DUARTE; SOARES, 2015).

Uma pesquisa sobre as dimensões do mercado de trabalho da enfermagem aponta que a sobrecarga de trabalho da equipe tem transferido aos profissionais de enfermagem falta de tempo para descanso, lazer, convívio com a família, reflexões sobre o agir profissional e a busca de novos conhecimentos. Bem como, a sobrecarga ocasiona desgaste físico e emocional acentuado, interferindo na prática profissional (CAETANO; PRADO, 2016). Além disso, o desgaste se agrava devido à carga horária excessiva, dimensionamento insuficiente de profissionais, trabalho pouco reconhecido e mal remunerado, bem como a complexidade técnica e tecnológica do processo de cuidar (CAETANO; PRADO, 2016).

Magalhães *et al.* (2017) associaram em seu estudo a carga de trabalho a indicadores de segurança do paciente em unidades de internação de um hospital universitário de grande porte, em análise retrospectiva de 157.481 pacientes e 502 profissionais de enfermagem, dos quais 126 (25,1%) eram enfermeiros e 376 (74,9%) técnicos de enfermagem. Nos resultados, apurou-se que o aumento da proporção de pacientes por trabalhador de enfermagem, traduzida como a elevação da carga de trabalho, foi responsável por piores resultados entre a média de permanência hospitalar, taxa de infecção urinária relacionada a procedimentos invasivos e também a própria satisfação do paciente sobre a assistência de enfermagem. Esses dados refletem a importância da adequação do quadro de pessoal e da avaliação da carga de trabalho

da equipe de enfermagem para proporcionar um ambiente de cuidado mais seguro e com melhores resultados de qualidade da assistência.

No Brasil, embora o início dos estudos sobre DPE tenha ocorrido nas décadas de 1970 e 1980, o COFEN só se manifestou sobre o tema na década de 90, quando em 1996 publicou a Resolução nº 189 que estabelecia os parâmetros para o dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde (COFEN, 1996).

Em 2004, para atualizar os parâmetros para a definição do quantitativo e qualitativo de profissionais de enfermagem necessário para a cobertura assistencial, foi publicada pelo COFEN, a Resolução nº 293 que revogou a Resolução anterior de 1996 (COFEN, 2004). Já em 03 de novembro de 2016, com a revogação das disposições anteriores, o COFEN estabelece a Resolução nº 527 que define parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo de profissionais nas instituições de saúde e é baseada nas características da organização, do serviço de enfermagem e da clientela (COFEN, 2016). Para conhecer a clientela, a Resolução referendou quatro das cinco categorias do SCP, proposta por Fugulin e colaboradores (1994).

Em decorrência da necessidade de ajustes no seu texto, esta última legislação foi revogada pela Resolução nº 543 de 18 de abril de 2017, que atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais nos serviços locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Para cada categoria foi estabelecido um tempo de cuidado por paciente, no período de 24 horas, conforme consta no Artigo 3º da referida Resolução e abordado nos parágrafos posteriores (COFEN, 2017).

O referencial mínimo para o DPE considera o SCP, as Horas de Enfermagem (HE), os turnos e a proporção funcionário/leito, Índice de Segurança Técnica (IST), Sítio Funcional (SF), os dias da semana, Unidade de Internação e Unidade Assistencial Especial (COFEN, 2017).

Para efeito de cálculo devem ser atendidas como HE por cliente: 04 horas no cuidado mínimo; 06 horas no cuidado intermediário; 10 horas no cuidado de alta dependência e semi-intensivo; e 18 horas no cuidado intensivo, no período de 24 horas diárias (COFEN, 2017).

A mesma Resolução, no Artigo 3º, Inciso II, preconiza a distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, de acordo com a complexidade (COFEN, 2017):

- Para assistência mínima e intermediária: 33% de Enfermeiros (com mínimo de seis) e os demais Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem.
- Para a assistência de alta dependência 36% são enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

- Para assistência semi-intensiva: 42% de Enfermeiros e os demais Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem.
- Para assistência intensiva: 52% de Enfermeiros e os demais Técnicos de Enfermagem.

Para efeito do DPE devem ser considerados a distribuição percentual, o SCP e também a proporção profissional/paciente nos diferentes turnos de trabalho:

- Cuidado mínimo: 1 profissional de enfermagem para 6 pacientes.
- Cuidado intermediário: 1 profissional de enfermagem para 4 pacientes.
- Cuidado de alta dependência: 1 profissional de enfermagem para 2,4 pacientes.
- Cuidado semi-intensivo: 1 profissional de enfermagem para 2,4 pacientes.
- Cuidado intensivo: 1 profissional de enfermagem para 1,33 pacientes (COFEN,2017).

Para berçário e unidade de internação em pediatria, caso não tenha acompanhante, a criança menor de 6 anos e o recém nascido devem ser classificados com necessidades de cuidados intermediários.

Outra normativa que auxilia no dimensionamento de enfermagem intensiva é a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual sofreu uma alteração por meio da publicação da RDC nº 26 de maio de 2012. A alteração modificou justamente o modo de cálculo para o quantitativo de enfermagem. A RDC nº 7, em seu texto original, estabelecia que para o funcionamento a UTI deveria contar com um enfermeiro para cada oito leitos e um técnico de enfermagem para cada dois leitos, mais um técnico de enfermagem de apoio (ANVISA, 2010). Na modificação, a RDC nº 26 determina um enfermeiro para cada 10 leitos, mantendo um técnico para cada dois leitos e subtraído o técnico de apoio (ANVISA, 2012).

Vale ressaltar que tanto a RDC nº 7 como a RDC nº 26 implicam em questões sanitárias para funcionamento de UTI, não levando em conta a gravidade do paciente e nem a carga de trabalho. Para isso, a própria RDC nº 7, na seção IX, sobre Avaliação, Art. 48, estabelece (ANVISA, 2010):

Art. 48. Devem ser monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos.

§1º Deve ser calculado o Índice de Gravidade/ Índice Prognóstico dos pacientes internados na UTI por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado por literatura científica especializada.

§2º O Responsável Técnico da UTI deve correlacionar a mortalidade geral de sua unidade com a mortalidade geral esperada, de acordo com o Índice de gravidade utilizado.

§3º Devem ser monitorados os indicadores mencionados na Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010 da ANVISA.

§4º Estes dados devem estar em local de fácil acesso e ser disponibilizados à Vigilância Sanitária durante a inspeção sanitária ou quando solicitado.

Art. 49. Os pacientes internados na UTI devem ser avaliados por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem recomendado por literatura científica especializada.

§1º O enfermeiro coordenador da UTI deve correlacionar as necessidades de cuidados de enfermagem com o quantitativo de pessoal disponível, de acordo com um instrumento de medida utilizado.

§2º Os registros desses dados devem estar disponíveis mensalmente, em local de fácil acesso.

O provimento quantitativo e qualitativo da equipe de enfermagem, com objetivo de assistir ao paciente com segurança, deve ser estimado, privativamente, pelo enfermeiro, além do planejamento, supervisão da assistência e adequada alocação dos recursos humanos, como determina a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e a Resolução COFEN nº 543/2017 (BRASIL, 1986; COFEN, 2017).

Outra legislação que aponta sobre o DPE é a Portaria nº 930 de 10 de Maio de 2012, que estabelece:

-UTIN tipo II:

Art. 13- Para habilitação como a UTIN tipo II, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima:

VI - equipe mínima formada nos seguintes termos:

d) 1 (um) enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal.

e) 1 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.

h) técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 (um) para cada 2 (dois) leitos em cada turno.

-UTIN tipo III:

Art. 14- Para habilitação como UTIN tipo III, o serviço hospitalar deverá contar com toda a estrutura mínima prevista no art. 13 e mais o seguinte:

II - enfermeiro coordenador com título de especialização em terapia intensiva/terapia intensiva neonatal ou no mínimo 5 (cinco) anos de experiência profissional comprovada de atuação na área.

III - 1 (um) enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 5 (cinco) leitos ou fração.

h) técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 (um) para cada 2 (dois) leitos em cada turno.

-UCINCa e UCINCo:

Art. 17- Para habilitação como UCINCo, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima:

d) 1 (um) enfermeiro coordenador, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência profissional comprovada, com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, podendo acumular responsabilidade técnica ou coordenação de, no máximo, duas unidades como UCINCo e UCINCa.

e) 1 (um) enfermeiro assistencial, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno.

f) 1 (um) técnico de enfermagem para cada 5 (cinco) leitos, em cada turno.

Art. 24- O atendimento na UCINCa será feito pela(s) equipe(s) responsável(is) pela UCINCo.

Parágrafo único. Para fins de formação da equipe mínima da UCINCo, nos termos do inciso IV do art. 17, serão somados os leitos de UCINCo e de UCINCa disponíveis na mesma unidade hospitalar.

No caso das UTI é importante considerar que os pacientes, quase sempre, se encontram extremamente debilitados e dependentes de cuidados. E, dessa maneira, o DPE deve ser realizado por meio de instrumentos completos e de fácil aplicação. No entanto, deve-se considerar as diversas atividades desenvolvidas no setor, para que esses instrumentos auxiliem na real quantificação da carga de trabalho e determinação do quantitativo para compor a equipe (INOUE; MATSUDA, 2010).

Além da carga de trabalho, que vai determinar o DPE, deve ser considerado o Índice de Segurança Técnica (IST), estabelecido também pela Resolução COFEN nº 543/2017, que refere-se ao adicional de profissional de enfermagem para cobertura das ausências ao

trabalho, sejam imprevistas, por benefício ou por absenteísmo. A mesma Resolução recomenda o uso do coeficiente empírico de 15%, percentual resultante da soma de 8,33%, relativo à cobertura de ausências por benefícios, e 6.67%, relativo à cobertura de absenteísmo (COFEN, 2017).

A literatura nacional demonstra que os enfermeiros nas organizações hospitalares, principalmente nas UTI pediátricas não realizam o DPE. Ademais esses profissionais identificam os resultados gerados pelo não dimensionamento da equipe e reconhecem como uma de suas atribuições. No entanto, observa-se que o enfermeiro desconhece o valor dessa atividade que pode empoderar suas reivindicações para o aumento do número de trabalhadores, junto à administração, bem como, proporcionar respaldo legal diante de uma ação judicial por assistência prestada de forma inadequada (TEIXEIRA, 2017).

2.3 Sistema de Classificação do Pacientes (SPC)

A enfermagem tem almejado, continuamente, assistir ao indivíduo de maneira cada vez mais científica e independente, tanto em situações novas, como no resultado de situações que a prática tem oferecido resultados relevantes para a enfermagem como, a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que visa cada vez mais a autonomia do enfermeiro (CARMONA; ÉVORA, 2002).

Mediante tal necessidade, a integração na prática assistencial do SCP enquanto instrumento útil para o planejamento da assistência de enfermagem, para o dimensionamento de recursos humanos e materiais e para a distribuição das atividades entre os membros da equipe de enfermagem conforme a capacitação de cada um e gravidade do paciente é de extrema necessidade.

A história evidencia que a classificação de pacientes na área da enfermagem tenha surgido no período de Florence Nightingale. Ela buscava organizar as enfermarias de maneira que os pacientes mais graves ficavam alocados próximo à mesa das enfermeiras, visando a racionalização das atividades e a garantia da qualidade assistencial da enfermagem (FUGULIN, 1997).

Na década de 1930, a realização de um estudo nos hospitais em Nova York foi considerado o precursor no desenvolvimento de sistemas de classificação, identificando as necessidades de cuidados aos pacientes de modo operacional, quantificável, amplo e propondo subsídios para determinar as horas de assistência de enfermagem (RODRIGUES, 1992).

Um grupo de pesquisadores, em 1961, formado no John Hopkins University and Hospitals, Estados Unidos, desenvolveu um sistema para classificação baseado no grau de necessidade do paciente em relação à assistência de enfermagem. Os pacientes foram classificados em três grupos: autocuidado, cuidado parcial ou intermediário e cuidado intensivo ou total e determinou-se a média de horas de assistência de enfermagem por paciente para cada classificação. O grupo pode concluir que o SCP proporcionou um efetivo mecanismo administrativo para estimativas diárias de necessidades dos pacientes em relação à assistência de enfermagem e de recursos materiais (CONNOR, 1961).

Numa análise evolutiva dos métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem demonstra que os estudos sobre essa temática consideraram os diferentes graus de complexidade assistencial que os pacientes apresentavam dentro de uma mesma unidade de internação, introduzindo o conceito de SCP enquanto instrumento para estimar as necessidades diárias dos pacientes em relação à assistência de enfermagem, a partir de 1960 (FUGULIN, GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

Até 1970 os estudos relativos ao SCP tiveram como objetivo principal a previsão de pessoal por plantão e unidade. Perroca (1996) denominou estes trabalhos de primeira geração de sistemas de classificação.

A partir de 1970 houve um aumento significativo de sistemas de classificação. Estes instrumentos tinham duas estruturas básicas: 1- Sistema Protótipo ou Avaliação Protótipo (sistema subjetivo). 2- Sistema de Avaliação de Indicadores (sistema objetivo) (GIOVANNETTI, 1979).

Posteriormente, surgiu uma segunda geração de sistemas de classificação que estabeleceu um sistema computadorizado com monitorização de confiabilidade e validade. Trata-se de um instrumento que emprega uma combinação de etapas para a classificação do paciente indicando com a descrição de cuidados dependentes, representados pelo esquema terapêutico do paciente na unidade (PERROCA, 1996; GIOVANNETTI, 1979).

A introdução do conceito de SCP, na prática gerencial do enfermeiro, contribuiu para o aperfeiçoamento dos modelos utilizados para a determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que evidenciava a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias de cuidado, possibilitando, também, a adequação dos métodos até então utilizados na determinação dos custos da assistência prestada (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

Sendo assim o SCP vem sendo considerado como instrumento essencial da prática administrativa, proporcionando informações para o processo de tomada de decisão quanto à

alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade, aos custos da assistência de enfermagem, à organização dos serviços e ao planejamento da assistência de enfermagem (RODRIGUES, 1992). A classificação de pacientes destaca-se como auxiliar no desenvolvimento do processo de enfermagem sistemático, por ser ordenador e direcionador do trabalho, constituindo uma das etapas do método de dimensionamento de pessoal da equipe de enfermagem.

A Resolução do COFEN nº 543 de 2017 foi instituída objetivando a colaborar na aplicação dos Métodos de Dimensionamento a fim de padronizar a relação profissionais/pacientes para a assistência de enfermagem, estabelecendo parâmetros mínimos para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores e gerentes. Tal Resolução pontua que todas as Unidades de Internação deverão adotar um SCP para identificar as categorias do cuidado.

Este sistema permite a identificação e classificação de pacientes em grupos de cuidados, ou categorias, e a quantificação dessas categorias como medida dos esforços de enfermagem requeridos (GIOVANNETTI, 1979). Assim, possibilita ao enfermeiro, em suas atividades de gerenciamento, avaliar e adequar o volume de trabalho requerido com o pessoal de enfermagem disponível. A utilização de um SCP pode, também, auxiliar o enfermeiro a justificar a necessidade de pessoal adicional, quando ocorre aumento do volume de trabalho na unidade, além de subsidiar as decisões referentes ao recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem (ALWARD, 1992).

O SCP adotado como ferramenta para a prática administrativa de enfermagem, propicia a tomada de decisão com relação ao dimensionamento de pessoal, qualidade e monitoramento de custos da assistência de enfermagem (DE GROOT, 1989).

Considerando sob o ponto de vista da enfermagem, o SCP ideal é aquele que utiliza instrumentos que permitam resultados seguros para a avaliação dos pacientes e da unidade. Entre esses recursos, destacam-se os desenvolvidos para identificar a gravidade dos usuários, avaliar a carga de trabalho de enfermagem, quantificar as necessidades de cuidados dos pacientes e estimar a real necessidade de profissionais de enfermagem por paciente (MALLOCH *et al.*, 1999).

Gaidzinski (1994) descreve que o SCP é uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal para atender às necessidades biopsicosocioespírituais do paciente.

Assim o SCP contempla: - Paciente de cuidados mínimos (PCM): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas. - Paciente de cuidados intermediários (PCI): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas. - Paciente de cuidados de alta dependência (PCAD): paciente crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas. - Paciente de cuidados semi-intensivo (PCSI): paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada. - Paciente de cuidados intensivos (PCIt): paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (COFEN, 2017).

O COFEN (2017) por meio da Resolução citada acima sugere utilizar os seguintes instrumentos para o SCP: Perroca e Gaidzinski (1998), Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005), Martins (2007), Perroca (2011) e Dini (2014).

Acredita-se que a maioria das instituições hospitalares brasileiras que atendem RN a avaliação, classificação e definição da unidade a ser encaminhado o RN são realizados pelo pediatra ou neonatologista no Centro Obstétrico, com base no peso de nascimentos, Idade Gestacional, quadro clínico e/ou diagnóstico. Do mesmo modo, o dimensionamento do pessoal de enfermagem que presta cuidados aos neonatos não é baseado num SCP, mas em critérios peculiares a cada instituição.

O estabelecimento de um SCP para RN permite o planejamento das necessidades de cada unidade de cuidado, maior satisfação da clientela, da equipe multiprofissional, maior rendimento e eficiência no trabalho, menor tempo de permanência e maior rotatividade do leito hospitalar, concentração dos recursos humanos e materiais especializados com maior aproveitamento e menor custo hospitalar, maior índice de recuperação, maior rapidez no atendimento de enfermagem, maior participação da enfermagem nos planos de cuidados, favorecimento das ações educativas aos familiares e maior satisfação de clientes e familiares.

2.4 Teoria das Necessidades Humanas Básicas

No Brasil, a primeira enfermeira a falar sobre teoria no campo profissional foi Wanda de Aguiar Horta, que procurou despertar a Enfermagem brasileira para a importância do

assunto (SOUZA,1998). Sua obra reflete inicialmente o empenho na divulgação do conhecimento acerca de teorias elaboradas pelas enfermeiras norte-americanas e do processo de enfermagem, entendendo-o como o instrumento metodológico por meio do qual esses referenciais seriam aplicados na prática profissional. Posteriormente, faz ela própria o esforço de síntese teórica e divulga, em 1974, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. (GARCIA; NOBREGA, 2004).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, considerada como um marco conceitual no âmbito da Enfermagem brasileira, fundamentalmente por transpor a visão funcionalista e incorporar uma dimensão qualitativa, que vem sendo continuamente estudada, avaliada e implementada em diversos cenários das práticas de enfermagem, principalmente por causa da sua ampla aplicabilidade e por ter como objeto o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas afetadas, para torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado. Baseia-se ainda em que ele recupere, mantenha e promova sua saúde em colaboração com outros profissionais e com seus próprios recursos (HORTA, 1979).

Neste raciocínio, temos a enfermagem, segundo Horta, sempre acumulando conhecimentos e técnicas empíricas, relacionadas entre si, que procuram explicar os fatos à luz do universo natural. A enfermagem é a arte de assistir o ser humano, no atendimento de suas necessidades básicas. O estudo das necessidades humanas básicas e dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento, na assistência prestada a caracterizam como ciência. (HORTA,1979). Na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a enfermagem apresenta-se como ciência aplicada, saindo da fase empírica para a fase científica, pesquisando e sistematizando seus conhecimentos, como uma ciência independente (HORTA, 1979).

A teoria das necessidades humanas básicas foi desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow. Wanda Horta adaptou a teoria aplicada ao comportamento humano, aplicando as idéias de Maslow para o cuidado de enfermagem.

Para Maslow, as necessidades humanas estão arranjadas numa hierarquia que ele denominou de hierarquia dos motivos humanos. Conforme o seu conceito de premência relativa, uma necessidade é substituída pela seguinte mais forte na hierarquia, na medida em que começa a ser satisfeita (HESKETH; COSTA; 1980).

Assim, por ordem decrescente de premência, as necessidades estão classificadas em: fisiológicas, segurança, afiliação, auto-estima e auto-realização. A necessidade fisiológica é, portanto, a mais forte, a mais básica e essencial, enquanto a necessidade de auto-realização é a mais fraca na hierarquia de premência (HESKETH; COSTA; 1980).

Não foram definidas operacionalmente as categorias de necessidades por Maslow. Contudo ele apresenta definições feitas a partir da observação dos desejos emitidos por seus pacientes. Esses desejos constituem uma manifestação consciente das necessidades e são apenas um meio para determinado fim. Um indivíduo pode estar motivado, simultaneamente, por várias necessidades. A motivação dominante vai depender de qual das necessidades mais baixas na hierarquia está suficientemente satisfeita. Os estados de motivação, algumas vezes, são sentidos como causadores de desconforto para o organismo. O comportamento motivado, que corresponde à realização de objetivos e de respostas consumatórias, é uma maneira ou técnica para reduzir estes desconfortos, isto é, diminuir as necessidades (HESKETH; COSTA; 1980).

Maslow classifica sua teoria em cinco níveis de necessidades humanas básicas: necessidades fisiológicas; segurança; amor; estima; auto-realização. Um indivíduo só passa a procurar satisfazer as necessidades do nível seguinte após um mínimo de satisfação das anteriores. O mínimo referido ainda não foi determinado, mas o próprio autor reconhece que tal sistemática não é rígida, variando também em alguns indivíduos (HORTA, 1979).

Um conceito fundamental de Maslow é de que nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois se houvesse, conforme a teoria estabelece, não haveria mais motivação individual. Horta refere que é preferível utilizar na enfermagem a denominação de João Mohana: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual; os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o terceiro nível, por enquanto e dentro dos conhecimentos atuais, é característica única do homem (HORTA, 1979).

Necessidades humanas básicas são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não. São exemplos de necessidades psicobiológicas: oxigenação, nutrição, sono e repouso, abrigo, integridade física, sexualidade, locomoção e eliminação. São exemplos de necessidades psicossociais: segurança, amor, liberdade, lazer, auto-estima, comunicação, independência, entre outras (HORTA, 1979).

Percebendo a aplicabilidade da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e entendendo que seu objeto atende plenamente às problemáticas apresentadas pelos pacientes no atendimento das necessidades humanas básicas afetadas, compreendemos que sua aplicação no âmbito da neonatologia é extremamente relevante. Dessa forma, ela é aplicável

no atendimento às necessidades do binômio mãe-filho, visto que todo ser vivo, para manter-se no mundo, requer que lhe sejam satisfeitas algumas necessidades em algum momento da vida, cada um seguindo uma escala de prioridades (ALBUQUERQUE; NÓBREGA; FONTES, 2008). A partir do pioneirismo de Wanda de Aguiar Horta, o conhecimento a respeito das teorias de enfermagem tem avançado consideravelmente no meio da enfermagem brasileira (SOUZA, 1998), para o que têm contribuído os cursos de pós-graduação *stricto sensu* da área e a constituição de grupos de estudo e pesquisa sobre a fundamentação, tecnologia e instrumentação da enfermagem (GARCIA; NOBREGA, 2004).

A teoria de enfermagem traz o embasamento necessário para a sistematização da assistência de enfermagem, funcionando como um alicerce para o processo. O processo de enfermagem é o método utilizado para implementar parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem com base na teórica escolhida.

O processo de enfermagem possibilita ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos e uma teoria de enfermagem. Possui como objetivo embasar a ação deste profissional favorecendo o cuidado e a organização das condições necessária para que ele seja realizado (FIGUEIREDO *et al.*, 2003).

Mediante o exposto optou-se por utilizar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta para fundamentar a modificação do instrumento de Classificação de Pacientes Neonatais segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, que se propõe a desenvolver um instrumento para classificação de RN segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas UN.

No estudo metodológico o pesquisador desenvolve instrumentos e concilia envolver métodos complexos e sofisticados, incluindo a utilização de modelos com métodos mistos (quanti-quali), referindo-se a investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas (POLIT; BECK, 2011).

Contradiopoulos *et al.* (1997) indica que a pesquisa metodológica é considerada uma estratégia que utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para elaboração de uma nova intervenção ou melhora significativa de uma intervenção existente, ou ainda, elabora ou melhora um instrumento, um dispositivo ou um método de mediação.

Nesse intuito, o estudo foi dividido em duas etapas, sendo a primeira uma revisão integrativa da literatura relativa ao levantamento de conhecimentos existentes, necessários para a geração dos parâmetros que servirão como base de discussão e a segunda etapa a modificação e validação do instrumento por especialistas, através da aplicação do Método *Delphi*.

3.2 Primeira Etapa: Revisão Integrativa da Literatura

A revisão integrativa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema e possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a formação de novos conhecimentos, respaldados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Nesse sentido, objetivou-se realizar uma revisão integrativa sobre a produção nacional e internacional a respeito do Sistema de Classificação de Pacientes Neonatais e os instrumentos disponíveis a fim de identificar as evidências disponíveis na literatura sobre tema a ser desenvolvido.

Adotou-se como referencial as seis etapas para a revisão integrativa da literatura descrita por Mendes, Silveira e Galvão (2008), compreendidas: identificação do tema e elaboração da questão da pesquisa; estabelecimento de critérios e amostragem; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão

integrative; interpretação dos resultados; apresentação da síntese do conhecimento obtido com a revisão.

Para elaboração da questão norteadora levou-se em consideração a estratégia PICO, composta por quatro elementos: paciente ou problema (P) diz respeito aos clientes ou cenário clínico de interesse; intervenção (I) está relacionada com o aspecto terapêutico, preventivo, diagnóstico ou organizacional; comparação ou controle (C) diz respeito à intervenção utilizada; desfecho (“outcomes”) (O) é o que se espera com o uso da intervenção (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). No caso do presente estudo, a questão norteadora foi: Quais as evidências científicas referentes a classificação de pacientes neonatais ou pediátricos em internação hospitalar que fornece subsídios para o dimensionamento de pessoal?

O quadro a seguir demonstra os componentes utilizados para elaboração da questão da pesquisa:

Quadro 1- Descrição da Estratégia PICO

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	DESCRIÇÃO
P	Paciente ou Problema	Pacientes neonatais ou pediátricos em internação hospitalar
I	Intervenção	Classificação de pacientes neonatais ou pediátricos
C	Controle ou Comparação	Não se aplica
O	Desfecho (“outcomes”)	Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Com vistas a mediar o levantamento do material bibliográfico na condução da pesquisa, elegeu buscar evidências nas bases de dados eletrônicas. Definiu-se as seguintes bases: LILACS (Literatura Latino-americana do Caribe em Ciências das Saúde), PubMed, que engloba a MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Web of Science, CINAHL (Cumulative Index to Nursing Allied Health Literature) e SCOPUS. Foram adotadas as seguintes estratégias de busca, atentando-se aos Descritores controlados em Ciências da Saúde (DeCS) e do vocabulário controlado MeSH de cada base de dados, bem como os operadores booleanos AND e OR nas combinações:

Quadro 2 - Estratégias de Buscas da Revisão Integrativa

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS DE BUSCAS
LILACS	enfermagem neonatal OR enfermagem pediátrica AND classificação
PubMed/MEDLINE	((Infant, Newborn [mesh] OR Infant Newborn [tiab] OR neonatal patient [tiab] OR neonatal inpatient [tiab]) AND (Pediatric Nursing [mesh] OR Pediatric Nursing [tiab] OR nurs* OR Nursing Care [mesh] OR Nursing Care [tiab])) AND (classification [mesh] OR classification systems [tiab])
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY (“neonatal nursing” OR “pediatric nursing” AND classification AND workload)
CINAHL	"classification system" AND newborns OR neonates OR infants OR pediatrics AND nursing
WEB OF SCIENCE	TS= (classification) AND TS= (“neonatal nursing”) AND TS= (nurs* OR "pediatric nursing")

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Optou-se por incluir todos os instrumentos de classificação que atendessem a clientela neonatal ou pediátrica, pois a pediatria abrange a neonatologia e, sendo assim, foram analisados quanto a sua aplicabilidade e especificidades.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para análise dos resultados:

- Foco na temática do Sistema de Classificação de Pacientes na clientela neonatal e/ou pediátrica.
- Idiomas: português, inglês e espanhol.
- Período estabelecido: janeiro de 2000 a dezembro de 2019.
- Conter todos os dados necessários para o preenchimento da ficha para análise dos estudos.

Os critérios de exclusão:

- Publicações duplicadas.
- Artigos não disponíveis na íntegra.
- Editoriais, cartas ao editor, teses, dissertações, livros, relatórios de conferências, resumos de congressos e artigos de revisão.
- Outros idiomas não incluídos nos critérios acima.
- Não abordar a temática proposta.

Os artigos potencialmente relevantes e que não continham, no título ou resumo, as informações necessárias para determinar sua elegibilidade foram obtidos na íntegra e analisados novamente quanto a sua adequação aos critérios de inclusão e exclusão. A busca dos artigos na íntegra foi realizada de forma eletrônica por meio das próprias bases de dados, rede social ResearchGate e correspondência eletrônica com os autores.

Foram enviados dois emails para os autores dos estudos elegíveis, que não foram possíveis de serem acessados gratuitamente, a fim de obter o artigo na íntegra, porém obteve-se retorno de apenas um dos artigos.

Para a coleta e análise dos dados das publicações selecionadas foi utilizado um quadro contendo as seguintes informações: título do estudo, autor(es), periódico/base de dados, país/ano da publicação, objetivo(s), características metodológicas e síntese dos resultados.

As demais etapas serão apresentadas nos Resultados e Discussão, são elas: 4- avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, 5- interpretação dos resultados e 6- apresentação da síntese do conhecimento obtido com a revisão.

3.3 Segunda Etapa: Modificação do Instrumento para Classificação dos Recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais

Esta etapa contempla o objetivo e produto do estudo e suas etapas estão descritas a seguir:

3.3.1 Local do estudo

O cenário para a realização do estudo foi a Unidade Neonatal da Maternidade Escolada Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ). Esta escolha justifica-se devido ao fato da unidade possuir atendimento aos RN com diferentes diagnósticos e necessidades de cuidados diretos, indiretos e contínuo da equipe de enfermagem. Somado a isso, é atualmente campo de atuação profissional da pesquisadora principal.

3.3.1.1 Caracterização do local do estudo

A referida maternidade é caracterizada pelo atendimento às gestantes de risco habitual e alto risco, o que permite encontrarmos RN com os mais variados tipos de patologias e quadros clínicos.

A UN da ME-UFRJ é composta pela UTIN que possui dezesseis (16) leitos e as Unidades de Cuidados Intermediários (UCIN), subdividida em Convencional (UCINCo) com seis (6) leitos e a Canguru (UCINCa) com quatro (4) leitos para o binômio mãe-bebê, totalizando vinte e seis (26) leitos neonatais.

A instituição promove cursos de atualização constantes, onde são possíveis discussões e melhorias da assistência prestada aos RN internados ou em acompanhamento ambulatorial.

A equipe multidisciplinar da UN é constituída pela equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e musicoterapeutas, e conta com o apoio de médicos especialistas tais como cardiologista, oftalmologista, radiologista, cirurgião pediátrico e infectologista. Além dos profissionais que compõem o quadro de servidores da instituição ainda conta-se com residentes e acadêmicos, diretamente ligados à assistência e gestão da qualidade dos serviços ofertados na unidade.

3.3.2 Amostra do estudo

Os participantes da pesquisa foram nove (9) enfermeiros, conforme recomendação de Lynn (1986), enfermeiros especialistas em Enfermagem Neonatal e/ou Pediátrica que julgaram o instrumento formulado, considerando o conhecimento, a experiência e a vivência na área.

3.3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram convidados os juízes que corresponderam aos seguintes critérios: enfermeiros, com experiência de, no mínimo, cinco (5) anos de prática assistencial na área e, pelo menos, 50% com especialização *stricto sensu* e os demais com especialização na área neonatal.

Os critérios para eventual exclusão foram não contemplar os critérios de inclusão, não aceitar participar do estudo e não cumprir os prazos estipulados para devolução do material a ser apreciado.

3.3.4 Coleta dos dados

Para a validação do instrumento modificado proposto para classificação de RN segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem foi empregado o Método *Delphi*.

A técnica *Delphi* é uma estrutura teórica utilizada para embasar e garantir a validade do conteúdo do estudo. Ela valoriza a participação de profissionais especialistas e conhecedores de um determinado assunto, facilitando a obtenção de resultados produtivos (SPÍNOLA, 1984).

O conceito do método teve início nos primórdios dos anos 50, na Rand Corporation (Santa Mônica, Califórnia, EUA), segundo Olaf Hermer, um dos autores do método, no preâmbulo do livro *The Delphi Method* (LINSTONE, TUROFF, 2002), o *Delphi* teve o propósito de estimar a probabilidade dos efeitos de um massivo ataque de bomba atômica aos Estados Unidos da América (EUA). Em meados dos anos 60 foi empregado em projetos tecnológicos, se empalhando mais tarde pelos EUA e por outros países, ampliando suas finalidades.

O método apresenta quatro pilares fundamentais: anonimato, *feedback*, flexibilidade e uso de especialistas (OLIVEIRA, COSTA, WILLE, 2008). O anonimato nas respostas coloca todos os especialistas em um mesmo patamar, associado ao consenso de opiniões (NARVÁEZ *et al.*, 2015). O *feedback*, também denominado de “*feedback* controlado”, devido aos especialistas receberem um resumo com os resultados de cada rodada, permite o acompanhamento das argumentações, comentários e opiniões dos demais especialistas, o que pode ocasionar reflexão, mudança de posição, além de permitir que o grupo mantenha a vigilância e atenção nas questões propostas (OLIVEIRA, COSTA, WILLE, 2008). A flexibilidade diz respeito a datas, horários e localização geográfica. Os especialistas tem liberdade para responder aos questionários (OLIVEIRA, COSTA, WILLE, 2008). E o último pilar é o emprego de especialistas, onde não existe hierarquia e que a troca, através dos resultados de cada rodada, permitindo assim aprendizado recíproco entre os participantes (OLIVEIRA, COSTA, WILLE, 2008).

Wright e Giovinazzo (2000) sugerem as seguintes atividades a serem percorridas na aplicação do *Delphi*: definição do objetivo, com clareza, contendo tempo e resultado esperado; elaboração das questões; aprimoramento do questionário, concomitantemente a definição de critérios para escolha dos especialistas; disponibilização do questionário para ser preenchido pelos especialistas; análise das informações após o término do prazo definido para que os respondentes finalizem o questionário (ao final da 1ª rodada, é avaliada a necessidade da inserção de novas questões, o que é comum de acontecer); realização de nova rodada *Delphi* (o questionário da 2ª rodada *Delphi* vem acompanhado do resultado da 1ª rodada, para que cada respondente reveja as suas respostas ao tomar conhecimento do resultado do grupo e, caso considere pertinente, possa alterar de posição nesta 2ª rodada, que objetiva a

“convergência dos resultados”. As rodadas são realizadas sucessivamente, até que se compreenda uma concordância satisfatória. Para que seja efetivamente denominado de método *Delphi*, há que ocorrer, no mínimo, 2 rodadas. Sendo que são raros os casos em que ocorreram mais de 3 rodadas; e obtenção do consenso, ou seja, uma vez consensualizadas as questões, é elaborado o resultado final que pode ser disponibilizado na internet ao público em geral ou apenas para os especialistas.

Neste estudo, optou-se pela utilização de questionários semiestruturados nas rodadas *Delphi*, formados por perguntas estruturadas, utilizando a escala de verificação de *Likert*, além do campo para resposta em aberto para justificativa, em caso de marcação inferior a 3 pontos.

Elaborou-se dois questionários, sendo eles: 1- Caracterização dos Juízes (Apêndice A) que consta de dados referentes à identificação, área de atuação e qualificação profissional dos juízes; 2-Primeira proposta do Instrumento de Classificação de RN segundo grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais (Apêndice B).

Os questionários foram acompanhados de uma Carta Convite (Apêndice C) que esclarece os objetivos da pesquisa, bem como as atividades solicitadas aos juízes pela pesquisadora e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Estes documentos foram entregues pela pesquisadora, presencialmente ou via e-mail, estabelecendo um prazo de 20 dias para o retorno.

O instrumento proposto no questionário foi modificado a partir de um instrumento existente e recomendado por BOCHEMBUZIO, 2002 (Anexo B), cujas finalidades, dentre outras, foram nortear a classificação de RN por tipo de cuidado com base nas necessidades individualizadas de assistência de enfermagem e contribuir para a qualidade do atendimento. A autora descreve que seu instrumento foi reestruturado a partir do levantamento da literatura e vivência profissional, sendo fundamentado nas Necessidades Humanas Básicas preconizadas por Horta (1979), contemplando 16 (dezesesseis) áreas de cuidados aos RN.

Desta forma, o instrumento modificado atende as Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e a primeira proposta contemplou 20 (vinte) áreas de cuidados, as quais refletem as principais ações da equipe de enfermagem no cuidado dos RN internados na UN da ME-UFRJ, que são: I- Termorregulação. II- Peso. III- Idade Gestacional (IG) ou Idade Gestacional Corrigida (IGC). IV- Atividade espontânea e reação à estímulos. V- Cor da pele. VI- Tonicidade. VII- Nutrição e hidratação. VIII- Eliminações. IX- Oxigenação. X- Integridade cutâneo-mucosa. XI- Cuidado corporal. XII- Controle de parâmetros vitais. XIII- Controle de

sondas e drenos. XIV- Controle de cateteres venosos. XV- Terapêutica medicamentosa. XVI- Participação do acompanhante. XVII- Rede de apoio e suporte. XVIII- Mudança de decúbito e posicionamento. XIX- Outros procedimentos da equipe de enfermagem. XX- Apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem. Juntamente com cada área de cuidado foram descritas quatro condições de dependência de cuidados, cabendo os juízes, selecionar uma das opções: discorda (1 ponto), discorda parcialmente (2 pontos), concorda parcialmente (3 pontos) ou concorda totalmente (4 pontos), julgando a pertinência de cada item em relação a sua relevância e clareza, seja das áreas de cuidados ou das condições de dependência de cuidados. Além disso, tiveram a possibilidade de utilizar os espaços discriminados para sugestões e comentários.

Posteriormente, os juízes avaliaram cada uma das condições de dependência de cuidados e julgaram se estavam em nível crescente de complexidade assistencial, onde assinalaram sim ou não e utilizaram os espaços disponíveis para sugestões e comentários.

Cabe ressaltar que em cada área de cuidado foram traçadas 04 (quatro) condições de dependência de cuidados por ordem de complexidade, com pontuação de 01 (um) a 04 (quarto), sendo 01 (um) ponto representando a menor complexidade e 04 (quatro) pontos a maior complexidade. Descreveram-se quatro condições de dependência de cuidados, pois com base nas orientações da Resolução nº 543 de 2017 do COFEN, conforme segue abaixo, para as Unidades Assistenciais Ininterruptas/Internação (UAI) o enfermeiro deverá utilizar um SCP que estabeleça as seguintes categorias do cuidado (COFEN, 2017):

-Paciente de Cuidados Mínimos (PCM): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

-Paciente de Cuidados Intermediários (PCI): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

-Paciente de Cuidados de Alta Dependência (PCAD): paciente crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

-Paciente de Cuidados Semi-intensivos (PCSI): paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

-Paciente de Cuidados Intensivos (PCIt): paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

A Resolução citada pontua no § 3º- Alojamento Conjunto o binômio mãe-filho deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário e §- 4º Para berçários e unidades de internação em pediatria todo RN e criança menor de 6 anos deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário, independente da presença do acompanhante (COFEN, 2017). Desta forma, Pacientes de Cuidados Mínimos (PCM) foram desconsiderados para fim de classificação do instrumento proposto.

3.3.5 Análise dos dados

A análise de dados respaldou-se no Índice de Validade de Conteúdo (IVC), pois é um método que mensura a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Inicialmente permite analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância e representatividade, as respostas podem incluir:

1= não relevante ou não representativo (Discorda).

2= item necessita de grande revisão para ser representativo (Discorda parcialmente).

3= item necessita de pequena revisão para ser representativo (Concorda parcialmente).

4= item relevante ou representativo (Concorda totalmente) (RUBIO *et al.*, 2003; LYNN, 1986).

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram identificados por “3” ou “4” pelos especialistas (GRANT; DAVIS, 1997). Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados. A fórmula para avaliar cada item individualmente fica assim:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "3" e "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

Número total de respostas

Segundo Alexandre e Coluci (2011) não existe consenso na literatura para avaliar o instrumento como um todo e, de acordo com Polit e Beck (2006), há a recomendação que os pesquisadores devem descrever como realizaram o cálculo. Esses autores apresentam três formas que podem ser utilizadas. Uma é definida como a “média das proporções dos itens considerados relevantes pelos juizes”. A outra é a “média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é soma-se todos os IVC calculados separadamente e divide-se pelo número de itens considerados na avaliação”. Finalmente, a última forma seria dividir o “número total de itens considerados como relevantes pelos juizes pelo número total de itens”.

Deve-se também estipular a taxa de concordância aceitável entre os juízes. Autores defendem que no processo de avaliação dos itens individualmente, deve-se considerar o número de juízes. Com a participação de cinco ou menos sujeitos deve haver unanimidade e todos concordar para ser representativo. Considerando seis ou mais especialistas, orienta-se uma taxa não inferior a 0,78 (POLIT; BECK, 2006; LYNN, 1986). Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80 (GRANT; DAVIS, 1997; DAVIS, 1992).

Para fins da análise dessa pesquisa utilizou-se o “número total de itens considerados como relevantes pelos juízes pelo número total de itens”, conforme fórmula acima, e optamos por uma concordância, tendo como base a validade de um novo instrumento, a taxa de 0,80 ou mais.

3.3.6 Riscos e benefícios

Não ocorreu intervenção do pesquisador na assistência clínica vinculada à coleta dos dados. O estudo ofereceu riscos mínimos, como tomar tempo dos participantes da pesquisa ao responder aos questionários, bem como cansaço e aborrecimento. Ressalta-se que foi garantida a suspensão imediata do participante ao perceber qualquer um dos riscos apontados. O pesquisador declara não possuir conflitos de interesses.

Os benefícios apontados com a pesquisa consistiram na modificação de um instrumento de classificação de pacientes neonatais de acordo com a dependência da equipe de enfermagem, oferecendo uma maior qualidade e segurança da assistência prestada aos RN pela equipe de enfermagem, bem como otimização do quantitativo de funcionários e dos custos.

3.3.7 Aspectos éticos

A coleta dos dados iniciou-se somente após cadastro na Plataforma Brasil sob o CAAE 30690320.5.0000.5275 e aprovação do projeto através do Parecer nº 3.972.245 (Anexo A), participando do estudo o profissional que aceitou o proposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente do estudo.

Os princípios éticos da pesquisa foram contemplados, de acordo com as Resoluções nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A confidencialidade dos dados foi preservada, as informações são de responsabilidade do pesquisador e os documentos do estudo foram arquivados pelo pesquisador com base no tempo previsto pela legislação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

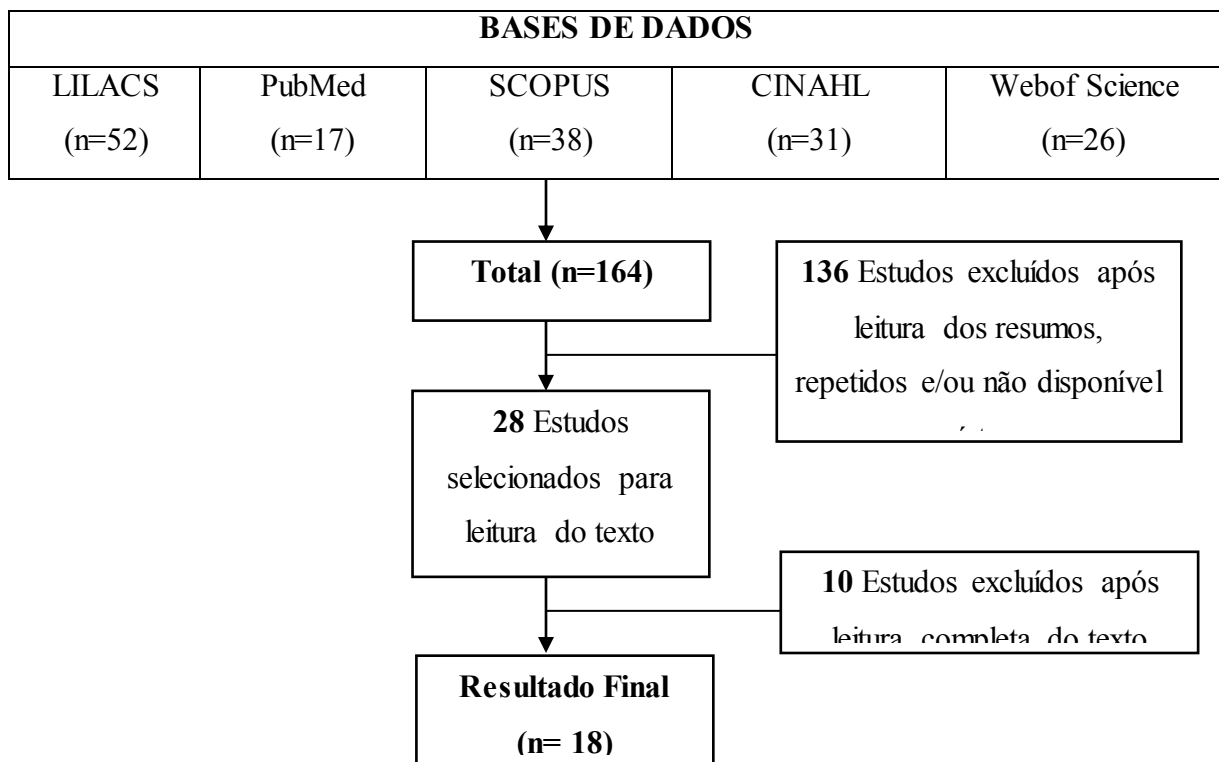
4.1 Revisão integrativa

Conforme citado anteriormente, a revisão integrativa percorreu as seis etapas descritas por Mendes, Silveira, Galvão (2008), e neste momento serão discutidas as três últimas: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento obtido com a revisão.

A análise dos resultados evidenciados foi realizada de forma descritiva, sendo apresentada a síntese de cada estudo incluído nesta revisão, com objetivo de responder a questão norteadora.

Encontra-se a seguir um fluxograma final dos estudos selecionados:

Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão das publicações investigadas



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Os artigos selecionados foram organizados conforme título do estudo, autor(es), periódico/base de dados, país/ano da publicação, objetivo(s), características metodológicas e síntese dos resultados, conforme apresentado a seguir no Quadro 3:

Quadro 3 - Caracterização dos estudos selecionados na revisão integrativa

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
1- Caracterização sociodemográfica -clínica e diagnósticos de enfermagem na enfermaria pediátrica	-Suelen Reiniack -Jamile Pascoal Franco Gonçalves -Alexandre Sousa da Silva -Teresa Tonini	Enfermagem Foco LILACS	Brasil 2019	Caracterizar o perfil de pacientes internados na enfermaria de pediatria. Identificar os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes, de acordo com a taxonomia da NANDA-I.	Trata-se de um estudo descritivo, documental e seccional com abordagem quantitativa. Instrumento: Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos de DINI (2007). Amostra: 100 prontuários de crianças internadas nas clínicas de internação (cirurgia pediátrica, onco-hematologia e pediatria).	Predominância do sexo masculino (71%), idade média de 7,32 anos, o Cuidado Intermediário (49%) foi o mais frequente. Por meio do teste de Kruskal-Wallis conclui-se que há diferença estatisticamente significativa no comportamento das idades entre as categorias de SCP, permitindo observar que os pacientes que requerem cuidados intermediários e de

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
					Optou-se por testes não paramétricos (Teste Exato de Fisher, Wilcoxon e Kruskal-Wallis, após a realização de teste de normalidade de Shapiro-Wilk.	alta dependência são em geral os mais novos.
2-Classificação de pacientes pediátricos em um hospital de ensino de Teresina	-Márcia Teles de Oliveira Gouveia -Mônica Cristiane Soares Mendes	Revista Rene LILACS	Brasil 2010	Classificar os pacientes em um hospital infantil público de Teresina, segundo o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos	Estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa Instrumento: Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos de DINI (2007). Amostra: 40 criança	Os dados obtidos com a classificação de pacientes pediátricos permitiram obter a demanda de cuidados de enfermagem, sendo que a maioria depende da enfermagem para atendimento de suas necessidades orgânicas/físicas, emocionais e

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
	-Yaciara Pereira de Oliveir Luz -Grazielle Roberta Freitas da silva			(ICPP). Caracterizar os pacientes quanto à idade, sexo e tipo de enfermidade e avaliar o nível de dependência dos mesmos em relação ao cuidado de enfermagem.	internadas nas enfermarias. Foi utilizada estatística descritiva, tabulados em planilhas <i>Microsoft Excel</i> ® e apresentados em forma de tabelas e gráficos.	sociais, o que é determinado pela predominância do cuidado de alta dependência (72,5%). É relevante a utilização de sistemas de classificação, pois possibilita a identificação do perfil assistencial das crianças assistidas pela enfermagem.
3-Estudo de dois Sistemas de Classificação de Pacientes cirúrgicos pediátricos	-Jéssica Aparecida Rolim Pontes -Elena	Enfermagem Foco LILACS	Brasil 2019	Analisar os tempos de atividades de enfermagem obtidos por meio dos NAS e ICPP	Estudo transversal, descritivo e exploratório. Instrumento: Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos de DINI (2007).	Quanto ao ICPP a pontuação revelou pacientes requerendo cuidados de enfermagem, predominantemente em nível intermediário. Em relação ao NAS, a pontuação representou

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
	Bohomol			em unidade de internação de pacientes cirúrgicos pediátricos.	Amostra: 155 prontuários de pacientes internados numa unidade cirúrgica pediátrica. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, onde foram observadas as medidas de tendência central como valores máximos e mínimos, e média; e medidas de variabilidade como desvio padrão.	a necessidade de cuidados de enfermagem intensivos. Os achados relacionados à demanda de cuidado revelam que os dois SCP estudados não se mostraram equivalentes em relação à quantidade de horas necessárias para assistência. É possível inferir que o ICPP não aponta algumas atividades contempladas no NAS, as quais são indispensáveis para a população pediátrica no processo de internação.

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
4-Grau de dependência dos pacientes de um hospital pediátrico em relação à assistência de enfermagem	-Francis Solange Vieira Tourinho -Isabelle Cristina Braga Coutinho Cunha -Larissa Soares Mariz -Priscilla Delfino de	Revista Nursing LILACS	Brasil 2017	Classificar o grau de dependência de pacientes em relação ao cuidado de enfermagem, segundo o ICPP.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. Instrumento: Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos de DINI (2007). Amostra: 139 crianças (por conveniência) internadas na enfermaria de pediatria. Foi utilizada estatística descritiva simples, tabulados em planilhas <i>Microsoft Excel®</i> e	A maior parte foi classificada como cuidados mínimos (62,58%), com quantitativo de pessoal da enfermagem insuficiente para assisti-los O conhecimento do perfil assistencial dos pacientes permitiu caracterizá-los demográfica e clinicamente, além de auxiliar a contabilizar o real número de funcionários para assistir a clientela conforme suas especificidades, criando subsídios para planejar e implementar um programa

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
	Medeiros -Tatiana Maria Nóbrega Elias			Classificar o grau de dependência de pacientes em relação ao cuidado de enfermagem, segundo o ICPP.	apresentados em forma de tabelas e figuras.	assistencial.
5-Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias cuidados	-Ariane Polidoro Dini -Fernanda Maria Togeiro Fugulin	Revista da Escola de Enfermagem da USP LILACS	Brasil 2011	Construir e validar a conceituação das categorias de cuidado para a clientela da Enfermagem Pediátrica que	Estudo metodológico, onde a primeira fase do trabalho voltou-se ao delineamento das categorias de cuidado com base em estudo bibliográfico sobre desenvolvimento infantil e conceituações existentes	Foram estabelecidas e validadas cinco categorias de cuidados: Mínimos, Intermediários, Alta dependência, Semi-intensivo e Intensivo. A validação das categorias de

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
	-Maria de La Ramallo Veríssimo -Edinêis de Brito Guirardello			distingam diferentes grupos de pacientes em relação às necessidades de cuidado de enfermagem.	para pacientes adultos; e a segunda fase envolveu a avaliação da validade de conteúdo das conceituações das categorias de cuidado, por meio da técnica Delphi (n=7).	cuidado subsidiou a construção de um sistema de classificação de pacientes pediátricos que poderá contribuir para o processo de tomada de decisão do enfermeiro na prática gerencial e assistencial.
6-Construção e validação de instrumento para identificação das atividades de enfermagem em unidades	-Nanci Cristiano Santos -Fernanda Maria Togeiro	Revista da Escola de Enfermagem da USP SCOPUS	Brasil 2013	Construir um instrumento para identificação das atividades de enfermagem realizadas em unidades	Estudo metodológico, realizada em duas etapas: construção de instrumento para identificação das atividades de enfermagem realizadas em unidades pediátricas e validação do	O instrumento (com cinco domínios e 20 classes, constituídas por três a dez níveis) foi elaborado a partir da eleição da NIC como referencial teórico. O método utilizado para o

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
pediátricas: subsídio para determinação da carga de trabalho	Fugulin			pediátricas e realizar sua validação, subsidiando novas investigações que correlacionem essas ações com o tempo despendido para sua realização, de forma a compor um instrumento de mensuração da carga de trabalho da equipe de	instrumento construído, por meio de um subtipo de validade de conteúdo, denominado validade de rosto (face validity) (n=4).	desenvolvimento da pesquisa permitiu maior aproximação com a realidade assistencial do paciente pediátrico, contribuindo para a compreensão dos processos assistenciais e gerenciais envolvidos no dimensionamento de pessoal de enfermagem.

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
				enfermagem em unidades pediátricas.		
7-Construção e validação de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos	-Ariane Polidoro Dini -Edinêis de Brito Guirardello	Acta Paulista de Enfermagem SCOPUS	Brasil 2013	Construir, validar o conteúdo e verificar a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para a classificação de pacientes pediátricos em cinco categorias de cuidados.	Estudo misto, com referencial quantitativo, sendo o delineamento descritivo exploratório para a validação do conteúdo do instrumento realizado pela Técnica <i>Delphi</i> (n=23) seguido por desenho correlacional para avaliar a confiabilidade interavaliadores. Na confiabilidade interavaliadores, o	Após quatro fases da Técnica <i>Delphi</i> , o instrumento ficou constituído por 11 indicadores de demanda de cuidado e cada um por quatro situações graduadas refletindo o aumento da necessidade de enfermagem. Obteve-se nível de confiabilidade ótimo para cinco indicadores; bom para cinco e apenas um indicador com fraco nível de confiabilidade.

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
					instrumento foi aplicado em 42 pacientes pediátricos por 2 enfermeiras ao mesmo tempo. Os dados foram analisados com uso do coeficiente de <i>Kappa</i> .	
8-Intervenções de enfermagem em pediatria: contribuição para a mensuração da carga de trabalho	-Melissa Nardini de Assis -Ana Caroline Ramirez de Andrade	Revista da Escola de Enfermagem da USP SCOPUS	Brasil 2015	Identificar e validar as intervenções/atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem de uma unidade pediátrica, como	Estudo de natureza quantitativa, descritivo, transversal e observacional. A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: identificação das atividades de enfermagem realizadas na assistência	As 275 atividades identificadas foram mapeadas em 63 intervenções, 22 classes e sete domínios da NIC, 25 atividades associadas e 13 pessoais. Após validação, o número de atividades passou para 244, correspondendo a 53 intervenções, 20 classes e seis

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
	-Karin Emília Rogenski -Valéria Castilho -Fernanda Maria Togeiro Fugulin			subsídio para a mensuração da carga de trabalho desses profissionais.	ao paciente pediátrico, por meio de registros em prontuários (total de 60, sendo 20 lactentes, 20 pré-escolares e 20 escolares) e observação direta dos profissionais em campo; mapeamento das atividades em intervenções, segundo a NIC; validação das intervenções/atividades de enfermagem por meio de oficinas de trabalho (validade de rosto, n=7).	domínios da NIC, 30 atividades associadas e nove pessoais. A partir das intervenções e atividades descritas é possível mensurar a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem, indicando o tempo médio de assistência requerido para o atendimento dos pacientes pediátricos.

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
9-Validade e confiabilidade de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos	-Ariane Polidoro Dini -Daniela Fernanda dos Santos Alves -Henrique Ceretta Oliveira -Edinêis de Brito Guirardello	Revista Latino-America de Enfermagem SCOPUS	Brasil 2014	Avaliar a validade de construto e a confiabilidade do ICPP.	Estudo correlacional. Instrumento: Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos de DINI (2013). Amostra: 227 pacientes pediátricos hospitalizados. Os dados foram organizados em planilha eletrônica no programa <i>Microsoft Excel</i> ® e analisados com auxílio do <i>SPSS</i> . A validade de construto foi avaliada pela abordagem analítica de fator por meio da	Na avaliação da confiabilidade, os valores do alfa de Cronbach encontrados foram: 0,92 para o instrumento como um todo, 0,88 para o domínio do paciente, 0,81 para o domínio família e 0,44 para o domínio procedimentos terapêuticos. As análises denotam a factibilidade da classificação de pacientes, por meio do ICPP, no entanto, sugerem a realização de novos estudos para confirmar os três

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
					<p>técnica Análise Fatorial Exploratória (AFE). Todas as variáveis trabalhadas foram ordinais e o método escolhido de extração dos fatores foi por componentes principais com rotação pelo método ortogonal Varimax. A confiabilidade do ICCP foi avaliada por meio da consistência interna com três parâmetros: correlações item-total, correlações interitens e o alfa de Cronbach (α).</p>	<p>domínios identificados na AFE, bem como revisar a validade de conteúdo do instrumento para investigar se problemas de clareza, pertinência ou relevância proporcionaram baixas cargas fatoriais ou presença de resíduos maiores que 50%.</p>

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
10-Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento	-Ariane Polidoro Dini -Edinêis de Brito Guirardello	Revista da Escola de Enfermagem da USP SCOPUS	Brasil 2014	Aprimorar a validade de conteúdo do instrumento de classificação de pacientes pediátricos. Avaliar a validade de constructo do instrumento refinado.	Estudo misto, com delineamento descritivo exploratório para a validação de conteúdo pela escala tipo Likert e IVC (em 2 etapas, sendo n=5 e n=8) e delineamento correlacional para a validação de constructo por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE). Amostra para validação do constructo: 227 pacientes pediátricos hospitalizados. Para verificar o ajuste dos	As evidências da validade de conteúdo residem em sua análise por <i>experts</i> da área, com a medida pelo IVC 0,99 para os indicadores e 0,97 para as situações graduadas. Na validação do construto, foram extraídos três domínios: paciente, família e procedimentos terapêuticos, com 74,97% de variância de explicação. O instrumento apresentou evidências de validade de conteúdo e de construto.

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
					<p>dados à AFE, foram considerados os testes de <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> (KMO), cujos valores admitidos foram maiores que 0,60 e de Esfericidade de <i>Bartlett</i> com significância menor que 0,05.</p> <p>A validação de construto pela AFE se deu pelas análises do total de variância de explicação (VE).</p>	

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
11-Dependency level of babies on the neonatal unit: a comparison of two different classification systems (Nível de dependência de bebês na unidade neonatal: uma comparação de dois sistemas de classificação diferentes)	-C W Yoxall -R W I Cooke -N J Shaw -N V Subhedar -A M Weindling	Arch Dis Child Fetal Neonatal PubMed	Reino Unido 2001	Desenvolver um sistema que permitisse a determinação precisa do nível de dependência de bebês sob nossos cuidados usando os sistemas BAPM / NNA e NNN, e fazer uma comparação entre esses dois sistemas.	Estudo transversal, onde quarenta detalhes relacionados ao estado clínico atual e ao tratamento administrado foram registrados diariamente para cada paciente em duas unidades neonatais durante 17 meses. Esses detalhes foram registrados em um banco de dados de computador e os níveis de dependência foram calculados para cada dia do paciente usando os dois sistemas.	Houveboa concordância entre os dois sistemas sobre o que constituiu o nível mais alto de dependência, mas a comparabilidade geral foi pobre, com os dois sistemas atribuindo níveis de dependência comparáveis a apenas 76% dos pacientes-dia. Análises anteriores da Rede Neonatal do Norte relataram melhor concordância interobservador para o sistema NNN do que o

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
					Instrumentos: BAPM / NNA e NNN. Amostra: Um total de 1555 recém-nascidos foram cuidados nas 2 unidades durante o período do estudo.	sistema BAPM / NNA em dados coletados prospectivamente e retrospectivamente.
12-Confabilidade de um instrumento para classificar o recém-nascido segundo a complexidade assistencial	-Caroline de Souza Bosco -Edi Toma -Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira	Revista da Escola de Enfermagem da USP WEB OF SCIENCE	Brasil 2013	Avaliar a confiabilidade e a aplicabilidade de um instrumento de classificação de recém-nascidos segundo a complexidade assistencial.	Estudo observacional, onde 9 enfermeiras aplicaram o instrumento a 63 RN, sendo duas simultaneamente em cada um dos cinco setores do berçário. Instrumento: Classificação de recém-nascidos de	Verificou-se que o nível de concordância <i>Kappa</i> entre as enfermeiras foi excelente para a maioria das áreas de cuidado (69,0%). O indicador educação à saúde apresentou a menor concordância entre as enfermeiras (36,5%).

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
	-Maria Aparecida de Jesus Belli				<p>acordo com o grau e dependência de cuidados de enfermagem, por Bochembuzio e Gaidzinski (2005).</p> <p>Utilizou-se o coeficiente <i>de Kappa</i> para medir a concordância interavaliadores.</p>	<p>Concluiu-se que houve consenso e concordância das enfermeiras quanto ao instrumento ser completo, de fácil entendimento e aplicável, porém depende muito tempo.</p> <p>A principal limitação identificada foi a falta de clareza, devido aos itens muito extensos e repetitivos, que dificultam sua compreensão.</p>

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
13-Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem	-Luciana Bochembuzi -Raquel Rapone Gaidzinski	Acta Paulista de Enfermagem WEB OF SCIENCE	Brasil 2005	Reconstruir o instrumento para classificação de pacientes em unidade neonatal, proposto por Toledo e Fugulinem 2000, de acordo com as necessidades assistenciais de enfermagem. Validar o conteúdo do novo instrumento de	Metodologia quantitativa descritiva. A validação do instrumento de classificação de pacientes compreendeu três etapas: a reestruturação do instrumento de classificação de pacientes proposto por Toledo e Fugulin (2000); a validação do conteúdo do instrumento de classificação de pacientes pela técnica <i>Delphi</i> ($n=5$) e o estabelecimento do método para a padronização do	Os resultados obtidos mostraram concordância quanto a: manutenção das 16 áreas de cuidado, a pertinência e clareza das áreas e a existência de nível crescente de complexidade assistencial, sugerindo modificações quanto a colocação das graduações, bem como inclusão e exclusão de outras graduações quanto à suficiência do cuidado. Propõe-se a dar continuidade, em pesquisas futuras, no

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
				classificação de pacientes com as juízas especialistas, utilizando a técnica <i>Delphi</i> .	escore.	sentido de processar a validação clínica desse instrumento para a verificação de sua aplicabilidade na prática assistencial.
14-Validation of a tool to measure neonatal nursing workload (Validação de ferramenta para medir carga de trabalho de enfermagem	-Doris Sawatzky-Dickson -Karen Bodnaryk	Journal of Nursing Management WEB OF SCIENCE	Canadá 2008	Testar a validade e confiabilidade da Ferramenta de Avaliação de Necessidades de Enfermagem Neonatal de Winnipeg (WANNNT)	Estudo transversal, onde a validação do instrumento foi realizada com a assistência de enfermeiras da equipe de três unidades neonatais em Winnipeg, Canadá (dois hospitais diferentes). Instrumento: WANNNT.	As estimativas de tempo médio para os níveis 1–5 não foram significativamente diferentes do WANNNT. Os enfermeiros estimaram 50% menos tempo do que a ferramenta atribuída ao nível 6. A ferramenta foi 95% confiável na atribuição de níveis de paciente entre dois

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
neonatal)					<p>Amostra: 89 enfermeiras forneceram suas estimativas da quantidade de tempo cuidando de 384 pacientes, em 205 de enfermagem turnos.</p> <p>Os dados foram analisados usando SPSS, usando testes t de amostras pareadas, intervalo de confiança e desvio padrão.</p>	<p>avaliadores.</p> <p>A ferramenta forneceu uma estimativa razoável e confiável do número de enfermeiros necessários para uma determinada coleção de pacientes, a fim de fornecer a mais alta qualidade de atendimento.</p>
15-Complexity assessment and monitoring to ensure optimal	-Jean Anne Connor -Christine	American Journal of Critical Care	EUA 2015	Desenvolver uma medida abrangente da carga de trabalho	Validação por painel de especialistas, por meio do método <i>Delphi</i> modificado (n=8).	Os 14 domínios do CAMEO descrevem não apenas os processos cognitivos diretos, mas também os indiretos

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
outcomes tool for measuring pediatric critical care nursing (Avaliação e monitoramento da complexidade para garantir a ferramenta de resultados ideais para medir a enfermagem em cuidados intensivos pediátricos)	LaGrasta -Patricia A. Hickey	CINAHL		de enfermagem em cuidados intensivos pediátricos.	Instrumento: CAMEO. A versão final da ferramenta CAMEO foi aplicada retrospectivamente em 75 pacientes pediátricos em cuidados intensivos em unidade cardíaca, sendo utilizado estatísticas descritivas para resumir a coorte de pacientes, sendo avaliado quanto à frequência de cada item.	associados ao cuidado de enfermagem. O uso do CAMEO informa as necessidades de pessoal por meio da carga cognitiva de trabalho, permitindo sinergia entre as necessidades do paciente e de sua família e os conhecimentos e habilidades do enfermeiro.

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
16-Developing a Patient Classification System for the Neonatal ICU (Desenvolvimento de um sistema de classificação de pacientes para uma UTI neonatal)	-Nancy M. Daraiseh -William P. Vidonish -Pam Kiessling -Li Lin	The Journal of Nursing Administration CINAHL	EUA 2016	Desenvolver um sistema de classificação de pacientes (PCS) válido e confiável para uma UTI neonatal (UTIN).	Os dados foram coletados em uma UTIN por meio de amostragem de trabalho, revisão de prontuários e opinião de especialistas. Instrumento: PCS. O PCS resultante foi avaliado quanto à validade e confiabilidade, facilidade de uso, eficácia e satisfação.	O PCS (incluiu 62 itens em 9 categorias) apresentou confiabilidade e validade significativamente altas. As pontuações da pesquisa revelaram que os enfermeiros consideraram a ferramenta fácil de usar e eficaz.
17-Classificação de pacientes pediátricos em um hospital de	-Márcia Teles de Oliveira Gouveia	Revista Rene LILACS	Brasil 2010	Classificar os pacientes em um hospital infantil público de	Estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa	Os dados obtidos com a classificação de pacientes pediátricos permitiram obter a demanda de cuidados de

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
ensino de Teresina	-Mônica Cristiane Soares Mendes -Yaciara Pereira de Oliveir Luz			Teresina, segundo o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP). Caracterizar os pacientes quanto à	Instrumento: Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos de DINI (2007). Amostra: 40 crianças internadas nas enfermarias. Foi utilizada estatística descritiva, tabulados em	enfermagem, sendo que a maioria depende da enfermagem para atendimento de suas necessidades orgânicas/físicas, emocionais e sociais, o que é determinado pela predominância do cuidado de alta dependência (72,5%).
18-Validation of the Complexity Assessment and Monitoring to Ensure Optimal Outcomes	-Jean A. Connor -Christine LaGrasta	Dimensions of Critical Care Nursing CINAHL	EUA 2019	Descrever a acuidade e complexidade da enfermagem em terapia intensiva pediátrica em um	Estudo de coorte descritivo de pacientes admitidos em 1 das 4 UTI de um hospital. Instrumento: CAMEO	CAMEO II foi descrito continuamente e como níveis de complexidade ordinal (I-V). Entre 235 pacientes que completaram CAMEO II em 4 unidades de cuidados

(continua)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
(CAMEO II) Acuity Tool for Pediatric Critical Care Nursing (Validação da Avaliação de Complexidade e Monitoramento para Garantir Resultados Ótimos (CAMEO II) ferramenta de	-Kimberlee Gauvreau -Courtney Porter -Patricia A. Hickey			hospital infantil de grande porte e correlacionar o CAMEO II com medidas fisiológicas pediátricas	Amostra: 235 pacientes pediátricos com doenças congênitas ou cardíacas. A validação do construto foi conduzida correlacionando o CAMEO II a um sistema de classificação pediátrica e 2 ferramentas de acuidade fisiológica. Foram utilizadas estatísticas descritivas. A validade de construção entre as ferramentas foi avaliada	intensivos (UTI), a pontuação total média foi de 99,06 (mediana, 97; variação, 59-204). A classificação de complexidade CAMEO II para 235 pacientes foi a seguinte: I: 22 (9,4%), II: 53 (22,6%), III: 56 (23,8%), IV: 66 (28,1%) e V: 38 (16,2%).

(conclusão)

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	PERIÓDICO / BASE DE DADOS	PAÍS/ ANO	OBJETIVO (S)	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	SÍNTESE DOS RESULTADOS
acuidade para enfermagem pediátrica em cuidados intensivos)					Usando o coeficiente de correlação de Spearman.	

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Conforme descrito, a amostra foi composta de 18 estudos primários, com base nos critérios de seleção propostos por esta revisão.

Em relação ao período de publicação, 04 artigos foram publicados entre os anos de 2001-2006 (22,22%) e 14 foram publicados entre os anos de 2010 e 2019 (77,78%), apresentando os anos de 2013 e 2019 os maiores números de artigos publicados (total de 3 em cada). Isso demonstra que a preocupação na última década está aumentando com relação ao conhecimento e aplicabilidade do sistema de classificação de pacientes neonatais e/ou pediátricos. Dos 18 artigos selecionados, 12 foram realizados no Brasil (66,66%), 03 nos Estados Unidos da América (EUA) (16,66%), 01 no Canadá (5,56%), 01 na Austrália (5,56%) e 01 no Reino Unido (5,56%). Quanto a base de dados, observa-se que 05 são LILACS (27,78%), 05 SCOPUS (27,78%), 03 Web of Science (16,67%), 04 CINAHL (22,22%) e 01 PubMed (5,55%).

A análise dos 18 estudos da amostra desta pesquisa possibilitou sintetizar o conhecimento da literatura nacional e internacional sobre a temática proposta. Com base nos dados descritos no quadro acima e leituras dos artigos avaliamos os instrumentos utilizados a fim de determinar o dimensionamento de pessoal de enfermagem existentes, bem como observamos pontos necessários de melhoria e intervenção.

Dos 18 artigos identificados, 08 tratavam-se do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) proposto e publicado por Dini, 2007; Dini e Guirardello, 2013; Dini *et al*, 2014.

No estudo de Gouveia *et al*. (2010) pretendeu-se classificar e avaliar pacientes pediátricos segundo o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (DINI, 2007) e seu nível de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. Os dados obtidos com a classificação de pacientes pediátricos permitiram obter a demanda de cuidados de enfermagem na instituição do estudo, sendo que a maioria dependia da enfermagem para atendimento de suas necessidades orgânicas/físicas, emocionais e sociais, o que foi determinado pela predominância do cuidado de alta dependência. Destacou-se que o ICPP é de fácil aplicação, porém uma versão abreviada do instrumento ou mesmo um guia de preenchimento, facilitaria ainda mais sua utilização, já que a alta carga de trabalho dos enfermeiros poderia ser um entrave à sua aplicação diária.

Dini *et al*. (2011) publicou um artigo onde definiu e validou as categorias de cuidado de pacientes pediátricos, de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem. Utilizou-se a revisão bibliográfica para definição das categorias de cuidado e a validação de

conteúdo das categorias propostas grupo de juízes, composto por enfermeiros que atuam no ensino, na pesquisa, na gerência ou na assistência direta ao paciente pediátrico ou, ainda, com conhecimento na área referente a sistemas de classificação de pacientes. Foram estabelecidas e validadas cinco categorias de cuidados: Mínimos, Intermediários, Alta dependência, Semi-intensivo e Intensivo. Ressaltou-se que a classificação de pacientes em categorias de cuidado fornece subsídios para o DPE na área pediátrica, no entanto, faz-se necessário identificar as horas médias de assistência de enfermagem para cada categoria de cuidado em pediatria.

No estudo publicado por Dini e Guirardello (2013), os autores descrevem como foi realizada a construção e a validação do conteúdo do instrumento, sendo realizada por um grupo de 19 juízes com o uso da técnica *Delphi* e paracada indicador foram atribuídas quatro situações graduadas de um a quatro pontos de forma crescente quanto às necessidades de cuidados. A construção inicial do instrumento foi composta por dez indicadores de cuidado, quatro situações graduadas refletindo o aumento da necessidade de enfermagem e foram necessárias quatro etapas da técnica *Delphi*, para validar o conteúdo de todos os indicadores e respectivas pontuações. Após obter a versão final do instrumento (com onze indicadores de cuidado e cinco categorias de cuidado), foi avaliada a confiabilidade interavaliadores. A amostra foi composta por 42 pacientes internados em uma unidade pediátrica de um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo. Os resultados do estudo têm como limitação o tipo de confiabilidade utilizado, e a não verificação da consistência interna do instrumento, bem como a avaliação de sua validade de construto.

Em outro estudo, Dini *et al.* (2014), avalia a validade de construto e a confiabilidade do Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (DINI e GUIRARDELLO, 2013), onde fizeram parte da amostra 227 pacientes pediátricos hospitalizados, no período de setembro de 2011 a junho de 2012. As análises denotaram a factibilidade da classificação de pacientes, por meio do ICPP, no entanto, sugeriram a realização de novos estudos para confirmar os três domínios identificados na Análise Fatorial Exploratória, bem como revisão da validade de conteúdo do instrumento para investigar se problemas de clareza, pertinência ou relevância proporcionaram baixas cargas fatoriais ou presença de resíduos maiores que 50%. Concluiu-se apontando que instrumentos como o ICPP são escassos na literatura, com isso, sua validação constituiu um desafio não finalizado e, considerando sua relevância com uma abordagem mais sofisticado sobre a assistência e a gestão em enfermagem pediátrica, novos estudos para reexplorar sua dimensionalidade e validade de conteúdo deverão ser considerados.

No artigo publicado por Dini e Guirardello (2014) tratou-se de aprimorar a validade de conteúdo do instrumento de classificação de pacientes pediátricos e avaliar a validade do instrumento refinado. Primeiramente foi realizada a validação do conteúdo pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) do ICPP (Dini *et al.*, 2014) por cinco enfermeiras, onde empregou escalas tipo *Likert* para avaliar a relevância e a clareza do conteúdo do instrumento. Posteriormente análise fatorial exploratória, em que fizeram parte da amostra 227 pacientes pediátricos hospitalizados no período de julho a novembro de 2012. A coleta de dados ocorreu em duas etapas, sendo de julho a setembro a primeira, com a classificação de 166 pacientes, e de outubro a novembro a segunda (versão beta), com a classificação de 61 pacientes. Apontaram como limitações: a metodologia de validação de conteúdo, derivada da confiança do pesquisado e a incorporação do indicador Intervalo de Afirmação de Controle no domínio paciente contrariando estudo precedente. Recomendaram estudos complementares para associar a idade de desenvolvimento com a categoria de cuidado, bem como estudos para associar o número de horas de enfermagem para atender cada categoria de cuidado com segurança e qualidade.

O estudo de Tourinho *et al.* (2017) permitiu classificar o grau de dependência de pacientes em relação ao cuidado de enfermagem, segundo o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (DINI, 2007). A população do estudo foi composta por 139 crianças portadoras de enfermidades variadas, de ambos os sexos, que estiveram hospitalizadas no período da coleta de dados, que se deu entre 29 de abril a 29 de julho de 2013. Concluiu-se com este estudo que o conhecimento do perfil assistencial dos pacientes permitiu caracterizá-los demograficamente e clinicamente, além de auxiliar a contabilizar o real número de funcionários para assistir a clientela conforme suas especificidades, criando subsídios para planejar e implementar um programa assistencial. Na prática cotidiana da enfermagem, principalmente em pediatria, almeja-se, ainda, estimular a reflexão acerca da relevância e seriedade dos sistemas de classificação e da necessidade da sua empregabilidade.

Reiniack *et al.* (2019) objetivou em seu estudo analisar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados na enfermaria de pediatria e determinar os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes, de acordo com a taxonomia da NANDA-I. A população do estudo foi constituída por 100 pacientes internados na enfermaria de pediatria, no período de dezembro de 2017 a julho de 2018. A partir de um banco de dados relacionados à gestão da referida enfermaria de pediatria, buscou-se as variáveis idade, gênero, SCP, diagnóstico médico e de enfermagem. Quanto ao SCP, a gestão da unidade utilizou o instrumento da DINI

(2007). No estudo, o Cuidado Intermediário foi a variável mais frequente, com 49 (49%) ocorrências, indo ao encontro das expectativas para uma unidade de internação, seguido do Cuidado Mínimo, 35 (35%), e do Cuidado de Alta Dependência, 16 (16%). Ressaltou-se que, em uma unidade de internação em pediatria, todo RN e criança menor de seis anos deve ser classificado, no mínimo, na categoria de cuidado intermediário, independentemente da presença do acompanhante. No Cuidado Intermediário o paciente está estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, acompanhado em período integral pela mãe ou responsável, em conjunto com o qual realiza ações de autocuidado, mas requer auxílio da enfermagem para seu autocuidado e/ou apoio para o enfrentamento da situação de doença e hospitalização. Observou-se que há diferença estatisticamente significativa no comportamento das idades entre as categorias de SCP, permitindo observar que os pacientes que requerem cuidados intermediários e de alta dependência são em geral os mais novos.

Pontes e Bohomol (2019) propuseram analisar os tempos de atividades de enfermagem obtidos por meio dos *Nursing Activities Score* (NAS) e ICPP (DINI e GUIRARDELLO, 2014) em unidade de internação de pacientes cirúrgicos pediátricos. A amostra foi constituída por 155 pacientes internados em uma unidade de internação cirúrgica pediátrica entre janeiro e março de 2017. É possível inferir que o ICPP não aponta algumas atividades contempladas no NAS, as quais são indispensáveis para a população pediátrica no processo de internação. O ICPP, por exemplo, não contempla a “Investigação laboratorial”, a qual demanda muito tempo, profissionais habilitados e consiste em uma atividade frequente, sendo realizada pela equipe de enfermagem da unidade pediátrica estudada, bem como “Intervenções específicas fora da Unidade”. Como implicações para a prática, este estudo mostrou que há diferenças significantes de resultados na classificação dos pacientes pediátricos a depender do instrumento utilizado. Tal fato impõe um alerta aos gestores de serviços de enfermagem para que não haja erros relacionados à demanda de cuidados requeridos e ao dimensionamento de profissionais, para que a assistência seja realizada com segurança e qualidade. Concluiu-se que novos estudos são necessários para que se avaliem os modelos de gestão e atribuições específicas dos enfermeiros e profissionais de nível médio envolvidos na assistência e seu impacto no tempo de assistência ao paciente.

Dois estudos abordaram a construção de um instrumento baseado na *Nursing Intervention Classification* (NIC):

Santos e Fugulin (2013) identificaram que na prática, existiam lacunas no que se referia à proposição e à validação do tempo de assistência para o atendimento das

necessidades dos pacientes internados em unidades pediátricas, bem como de estudos que utilizassem metodologias objetivas para identificar a carga de trabalho da equipe de enfermagem. Assim, este estudo teve por objetivo construir um instrumento para identificação das atividades de enfermagem em unidades pediátricas e realizar sua validação, subsidiando novas investigações que correlacionem essas ações com o tempo despendido para sua realização, de forma a compor um instrumento de mensuração da carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidades pediátricas. Foi realizada em duas etapas: construção de instrumento para identificação das atividades de enfermagem realizadas em unidades pediátricas e validação do instrumento construído. Foi elaborado um instrumento a partir da eleição da NIC como referencial teórico, por se tratar de um sistema padronizado de linguagem próprio da enfermagem. Na segunda etapa da pesquisa foi realizada a validação do instrumento, por meio de um subtipo de validade de conteúdo, denominado validade de rosto (*face validity*). O instrumento final, conforme consenso do grupo de especialistas apresentou cinco domínios e 20 classes constituídas por três a dez níveis. A ordenação das atividades de acordo com o tempo estimado para a sua realização representa um conjunto de ações de natureza distintas que aparentemente apresentam diferentes cargas de trabalho para a equipe de enfermagem. Portanto, para confirmação serão necessários estudos que permitirão estabelecer o tempo médio de cuidado consumido na execução de cada atividade, a partir do qual será possível identificar o volume de trabalho demandado pelos pacientes pediátricos e assim determinar o quantitativo e o qualitativo de profissionais adequado para o atendimento das necessidades assistenciais dessa clientela.

Assis *et al.* (2015) almejam identificar e validar as intervenções/atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem de uma unidade pediátrica, como subsídio para a mensuração da carga de trabalho desses profissionais, realizando três etapas: identificação das atividades de enfermagem realizadas na assistência ao paciente pediátrico, por meio de registros em prontuários e observação direta dos profissionais em campo; mapeamento das atividades em intervenções, segundo a NIC; validação das intervenções/atividades de enfermagem por meio de oficinas de trabalho. As 275 atividades identificadas foram mapeadas em 63 intervenções, 22 classes da NIC e 7 domínios da NIC, e 25 atividades associadas e 13 pessoais. Após a validação, o número de atividades diminuiu para 244, correspondendo a 53 intervenções, 20 classes NIC e 6 domínios NIC, e 30 atividades associadas e 9 atividades pessoais. As lacunas existentes na literatura acerca de outras pesquisas, nacionais e internacionais, desenvolvidas especificamente com pacientes

pediátricos impossibilita a análise comparativa dos resultados obtidos, constituindo limitação para a discussão da presente pesquisa. O fato de ter sido realizado em apenas uma Clínica Pediátrica houve limitação metodológica. Apontou-se que a partir das intervenções e atividades descritas seria possível mensurar a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem, indicando o tempo médio de assistência requerido para o atendimento dos pacientes pediátricos.

A pesquisa de Bochembuzio e Gaidzinski (2005) foi a única do cenário brasileiro que continha a proposta de um instrumento para Classificação de Pacientes focada na clientela neonatal. O estudo propôs a: reconstruir o instrumento para classificação de pacientes em neonatologia, proposto por Toledo e Fugulin em 2000, de acordo com as necessidades assistenciais de enfermagem; e validar o conteúdo do novo instrumento de classificação de pacientes com as juízas especialistas, utilizando a técnica *Delphi*. Para o instrumento reconstruído cada uma das 16 áreas de cuidado (termorregulação, peso, atividade espontânea, reação à estímulos, cor da pele, tonicidade muscular, nutrição e hidratação, eliminações, oxigenação, integridade cutâneo-mucosa, cuidado corporal, controle de sinais vitais (T, FR, FC, PA, Saturação de O₂), controle de drenos e sondas, controle de cateteres, terapêutica medicamentosa, educação à saúde) receberam valores de 1 a 3, a pontuação mínima alcançada é de 16 e a máxima de 48 pontos com amplitude total igual a 32 pontos. Os pontos foram distribuídos em 3 categorias correspondentes aos tipos de cuidados: mínimos (16-26 pontos), intermediários (27-37 pontos) e intensivos (38-48 pontos). Esta pesquisa ateu-se à reconstrução de um instrumento de classificação de RN e sua validação efetuou-se apenas quanto ao aspecto do conteúdo, necessitando de pesquisas futuras, no sentido de processar a validação clínica para a verificação de sua aplicabilidade na prática assistencial.

Posteriormente, BOSCO *et al.* (2013) avaliaram a confiabilidade e a aplicabilidade do instrumento de classificação de RN segundo a complexidade assistencial (BOCHEMBUZIO e GAIDZINSKI, 2005), sendo o primeiro estudo a aplicar o instrumento. A amostra foi de conveniência e envolveu nove enfermeiras que trabalham no período diurno e para avaliar a confiabilidade do instrumento, duas enfermeiras classificaram simultaneamente os RN do mesmo setor. Tal procedimento foi realizado durante cinco dias consecutivos, sendo avaliado um setor por dia. Observou-se que, dos 16 indicadores avaliados, 10 apresentaram dificuldade de entendimento, podendo atribuir essa dificuldade à inabilidade das profissionais em lidar com o instrumento, visto que não foi feita uma explicação detalhada do mesmo, pois sua interpretação também fazia parte da avaliação. A principal limitação identificada no

instrumento foi a falta de clareza, devido aos itens muito extensos e repetitivos, que dificultam sua compreensão. Foi referido que requer um longo período de tempo para sua aplicação e que necessita de adequação na área de educação à saúde para ser aplicado na prática assistencial e por se tratar de um estudo realizado em um hospital terciário, que atende neonatos com necessidades de serviços de saúde de alta complexidade, sugere-se que o instrumento seja testado em outros locais com a finalidade de investigar sua aplicabilidade com diferentes perfis de bebês, buscando seu aprimoramento.

Estudos internacionais apontaram a utilização dos seguintes instrumentos:

Spence *et al.* (2006) objetivaram determinar se um método adequado de mensuração da carga de trabalho de enfermagem poderia ser desenvolvido em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). Os instrumentos utilizados foram:

-Patient Dependency Score (1998) (PDS)- instrumento que estima as horas de enfermagem necessárias para sete componentes de cuidados avaliados em cinco níveis de dependência. Utilizada em um hospital (infantil) há vários anos e foi validada para uso no berçário neonatal.

-Northern Neonatal Network (1993)-Dependency Tool (NNN-DT)- instrumento do Reino Unido que estima as horas de enfermagem necessárias para quatro níveis de dependência, sendo uma ferramenta neonatal específica.

-Professional Assessment of Nursing Care Intensity Level (2000) (PAONCIL)- ferramenta linear de 25 pontos pontuada pelos enfermeiros quanto ao nível de intensidade do cuidado exigido por seus pacientes alocados. Descritores para cada nível de intensidade estavam disponíveis para auxiliar os enfermeiros. Os fatores do sistema são avaliados como contribuindo para um aumento, diminuição ou nenhuma mudança em sua carga de trabalho. Esta medida leva em consideração as percepções de cada enfermeiro para fornecer um nível ideal de cuidado.

-Score for Neonatal Acute Physiology (1993) (SNAP)- está altamente correlacionado com a carga de trabalho de enfermagem, pontuando o pior distúrbio fisiológico em cada sistema orgânico em 76 categorias específicas para neonatos.

Obteve-se um total de 12.649 pontuações que estimaram as horas de enfermagem usando as duas ferramentas (PDS e NNN-DT) de acuidade do paciente. A discrepância em horas variou entre as duas medidas nas duas unidades. A ferramenta PDS demonstrou uma estimativa mais próxima das práticas atuais de recrutamento, enquanto o NNN-DT subestimou as horas necessárias (SPENCE *et al.*, 2006).

As estimativas de horas de enfermagem usando duas medidas de dependência da acuidade do paciente (NNN-DT e PDS) não correspondem à prática atual. Isso pode ser devido às medidas utilizadas com base em tarefas, amplas categorias de cuidados e número de pacientes, que podem ser restritivas na mensuração da carga de trabalho de enfermagem. Os cuidados exigidos por bebês doentes e suas famílias são complexos e variáveis, e o comportamento do bebê pode contribuir para a carga de trabalho das enfermeiras. Esse comportamento é difícil de captar com as medidas de acuidade e, a quantidade de cuidados necessários pode ser subjetiva de acordo com as habilidades dos cuidadores em apoiar e consolar bebês em dificuldades. Quando vários bebês são alocados para uma enfermeira durante um turno, as necessidades conflitantes de diferentes bebês requerem habilidades de gerenciamento de tempo. Esses componentes ocultos do cuidado são difíceis de capturar em medidas que usam determinantes fisiológicos ou tarefas específicas para determinar a carga de trabalho (SPENCE *et al.*, 2006).

Na tentativa de considerar formas alternativas de mensuração da carga de trabalho, optou-se por utilizar o método PAONCIL, que possibilitou ao enfermeiro indicar a intensidade da assistência de enfermagem exigida por seus pacientes. Embora essa medida seja subjetiva, ela leva em consideração as capacidades individuais percebidas pelo enfermeiro que cuida. Não houve relação entre o SNAP e a média de horas diárias de enfermagem com nenhum dos instrumentos quando coletados manualmente por três dias consecutivos e a cada três dias na unidade perinatal (SPENCE *et al.*, 2006).

Para determinar se os níveis de pessoal são adequados na UTIN, devem ser desenvolvidas medidas de resultados de cuidados que sejam 'sensíveis aos enfermeiros', tanto positivos quanto adversos. Sem medidas adequadas dos resultados do paciente, permanecerá uma tarefa difícil determinar o nível de equipe apropriado, bem como o nível de combinação de habilidades desejado durante o recrutamento ativo. Embora fora do escopo deste estudo, sentimos que essa é uma questão importante que precisa ser tratada em pesquisas futuras sobre carga de trabalho (SPENCE *et al.*, 2006).

Em conclusão, o estudo mostrou que é possível medir a carga de trabalho em UTINs de diferentes combinações de casos. No entanto, ao medir a carga de trabalho de enfermagem, não é suficiente usar apenas a acuidade do paciente ou a gravidade da doença (SPENCE *et al.*, 2006).

Connor, Lagrasta e Hickey (2015) elaboraram um estudo onde propõem desenvolver uma medida abrangente da carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos

cardíacos pediátricos, criando o instrumento para Complexity Assessment and Monitoring to Ensure Optimal Outcomes (CAMEO) para abordar a carga de trabalho cognitiva dos cuidados de enfermagem. Cinco grupos de classificação de complexidade de carga de trabalho cognitiva (I-V) foram identificados. Na classe I, a avaliação, o monitoramento e o gerenciamento de enfermagem estão focados na manutenção da meta hemodinâmica, e a coordenação de cuidados/ensino/orientação antecipatória está focada em uma transição perfeita para cuidados de enfermagem fora da UTI. Em contraste, os pacientes da classe V requerem avaliação, monitoramento e gerenciamento frequentes de enfermagem em terapia intensiva. Várias intervenções e procedimentos podem ser necessários para atingir e manter a meta hemodinâmica. A coordenação dos cuidados/ensino/orientação antecipatória requer consultas da equipe médica/cirúrgica, assim como o ensino e apoio ao paciente/família. Para confirmar a captura da complexidade cognitiva dos cuidados de enfermagem, a versão final da ferramenta CAMEO foi aplicada retrospectivamente em 75 pacientes internados na unidade de terapia intensiva cardíaca em um período de 1 mês.

A ferramenta CAMEO foi abrangente na descrição e quantificação da complexidade da carga de trabalho cognitiva praticada por enfermeiras de cuidados intensivos cardiovasculares pediátricos. Seu uso informa as necessidades de pessoal por meio da carga cognitiva de trabalho, permitindo sinergia entre as necessidades do paciente e de sua família e os conhecimentos e habilidades do enfermeiro. Compreender os cuidados de enfermagem além da frequência e do tempo necessário para as “tarefas” é necessário para informar completamente o diálogo sobre os modelos de prática profissional, as decisões de pessoal de enfermagem e a alocação de recursos para melhor servir os pacientes e suas famílias (CONNOR, LAGRASTA e HICKEY, 2015).

Connor *et al.* (2019) descreveu em outro estudo a acuidade e complexidade da enfermagem em cuidados intensivos pediátricos em um hospital infantil de grande porte e correlacionar o CAMEO II com medidas fisiológicas pediátricas. Destacou que desde fevereiro de 2014, a ferramenta CAMEO e, em seguida, sua versão revisada, CAMEO II, forneceram uma linguagem padrão para o hospital comunicar a experiência em cuidados de enfermagem, fazer projeções de pessoal e fornecer sinergia das necessidades do paciente e da família com o conhecimento de enfermagem e habilidade. O CAMEO II foi implementado em 4 unidades de terapia intensiva (UTI), UTI cardíaca (UCI), UTI médico-cirúrgica (UTIM), UTI médica (UTI) e UTI neonatal (UTI).

O CAMEO II considera a natureza multifacetada do cuidado de enfermagem (tanto direto quanto indireto), bem como as responsabilidades ambientais e / ou profissionais que contribuem para a carga de trabalho cognitiva geral do enfermeiro. Esta ferramenta de medição abrangente aumenta a eficácia e eficiência das necessidades de pessoal e garante sinergia entre as necessidades dos pacientes e suas famílias, bem como o conhecimento e a habilidade do enfermeiro (CONNOR *et al.*, 2019).

Como limitações, embora este estudo tenha buscado incluir dados de 4 ambientes distintos de UTI, este foi em um único local, e seus resultados são subsequentemente limitados em generalidade em ambientes hospitalares. Embora esses achados forneçam evidências iniciais para apoiar a confiabilidade entre avaliadores e a validade de construto moderada do CAMEO II, a validação externa é necessária em um grande conjunto de hospitais pediátricos para estabelecer a generalização. Retratarão que os esforços de pesquisas futuras se concentrarão na realização de um estudo em vários locais para avaliar a acuidade em hospitais infantis e validar o CAMEO nesses ambientes externos (CONNOR *et al.*, 2019).

Daraiseh *et al.* (2016) propuseram desenvolver um Sistema de Classificação de Pacientes (PCS) válido e confiável para uma UTI neonatal. Para desenvolver um PCS específico do paciente com base em indicadores de trabalho ponderados que representam o atendimento RN, medindo a carga de trabalho centrada no desenvolvimento de tempos padrão para as várias atividades RN. Um banco de dados de atividades de trabalho foi desenvolvido por uma equipe interdisciplinar de especialistas em enfermagem, PCSs, medição do trabalho, segurança e gerenciamento de projetos composta por 2 acadêmicos, um engenheiro industrial e 3 especialistas. Para abranger todas as atividades de cuidado, foram incluídos os cuidados diretos, indiretos e hospitalares. O cuidado direto foi definido como as atividades em que o paciente deveria estar envolvido (por exemplo, exames laboratoriais, administração de medicamentos), o cuidado indireto foi realizado para um paciente, mas o envolvimento do paciente não foi necessário (por exemplo, documentação, revisão de prontuário) e as tarefas hospitalares não afetaram um paciente diretamente (por exemplo, treinamento). Os especialistas foram então solicitados a classificar cada atividade por importância e estimar a duração e a frequência para estabelecer a validade de face e de conteúdo. O banco de dados resultante incluiu mais de 15.000 atividades de enfermagem, reduzidas para 300 após a categorização (DARAISEH *et al.*, 2016).

O tempo e a frequência da atividade foram combinados para definir um padrão de tempo de atendimento para cada paciente durante um período de 24 horas, ou seja, horas de enfermagem por dia do paciente (Nursing Hours Per Patient Day-NHPPDs), que foram validados por 2 especialistas. O PCS final segmentou cada paciente em 5 classificações NHPPD predefinidas. O PCS final incluiu 62 itens em 9 categorias (indicadores de alta acuidade (via aérea crítica/ECMO), dieta, acesso vascular, medicamentos, respiratório, procedimentos, intervenções, curativos, educação/apoio familiar). A pontuação final resulta em 1 a 5 níveis de cuidado correspondentes a um total de NHPPDs e proporção profissional-paciente associada. Os NHPPDs são agregados ao nível da unidade e são usados como uma métrica chave para avaliar a demanda de enfermagem. Essa demanda é comparada com a disponibilidade da equipe para implantar os recursos necessários. Pacientes de alta acuidade com um tubo / via aérea crítica ou necessitando de oxigenação por membrana extracorpórea são designados a uma proporção de 1:1 e 2:1 RN para paciente, respectivamente, independentemente de outros cuidados necessários (DARASEH *et al.*, 2016).

Os autores apontaram que estudos futuros devem examinar o impacto do PCS nos resultados do paciente (por exemplo, tempo de internação), resultados da enfermagem (agendamento, qualidade do atendimento) e a precisão ao longo prazo, conforme o tratamento e as populações mudam. Além disso, preencher itens no PCS a partir de registros médicos eletrônicos simplificaria mais o fluxo de trabalho (DARASEH *et al.*, 2016).

Um estudo desenvolvido no Canadá por Sawatzky-Dickson e Bodnaryk (2009) teve o objetivo testar a validade e confiabilidade da ferramenta WANNNT (Winnipeg Assessment of Neonatal Nursing Needs Tool), onde avaliou-se as necessidades de enfermagem neonatal. Foi proposto inicialmente uma lista de indicadores específicos que orientavam o trabalho de enfermagem, variando de carga de trabalho de nível inferior a superior, sendo construído com base na experiência das autoras e de um grupo de enfermeiras especializadas. Os indicadores foram agrupados em níveis preliminares de atenção propostos e detalhes suficientes foram incluídos para que os pacientes tivessem pelo menos um indicador que os incluíssem no nível correto, sem tornar a ferramenta muito longa. A validade foi estabelecida solicitando contribuições de pelo menos 10 enfermeiras seniores, três enfermeiras gerentes e dois neonatologistas de duas unidades neonatais de nível 3 e uma de nível 2. Posteriormente, 89 enfermeiras (aproximadamente 35% do total da equipe) forneceram suas estimativas da quantidade de tempo que gastavam cuidando de 384 pacientes em 205 turnos. Os enfermeiros foram solicitados a estimar o tempo de prestação de cuidados de enfermagem, observação

direta, documentação e comunicação. Após revisar as estimativas e compará-las com os indicadores de cada paciente, seis níveis ficaram evidentes: 1 (1:0.25 enfermeira), 2 (1:0.3 enfermeira), 3 (1:0.5 enfermeira), 4 (1:0.7 enfermeira), 5 (1:1.0 enfermeira) e 6 (1:1.5 enfermeiras).

Segundo as autoras, essa ferramenta tem o potencial de definir mais claramente as necessidades do paciente em um determinado momento, para que enfermeiros assistenciais e gerentes possam adequá-las aos recursos humanos disponíveis, levando em consideração o nível de experiência dos envolvidos. O WANNNT foi projetado para permitir que o enfermeiro que está designando o paciente para o próximo turno adequa com o nível de especialização de cada profissional. Em geral, o WANNNT é uma ferramenta simples que pode ser facilmente aplicada em UN. Evidenciou-se que a ferramenta tinha o potencial de auxiliar a manter o objetivo geral de fornecer cuidados de alta qualidade de forma consistente a todos os bebês e famílias, porém o impacto total da implementação da ferramenta ainda não havia sido determinado e quemais testes precisariam ser realizados em uma variedade de unidades para ver como as diferentes filosofias de enfermagem afetariam sua validade. Sugeriram que uma versão computadorizada necessitaria ser desenvolvida para que os indicadores dos pacientes pudessem acionar automaticamente um cálculo do nível do paciente, embora não levasse muito tempo para ser preenchida. Essa ferramenta tem o potencial de ajudar a manter o objetivo geral de fornecer cuidados de alta qualidade de forma consistente a todos os bebês e famílias (SAWATZKY-DICKSON e BODNARYK, 2009).

E, por fim, o último artigo identificado nessa revisão integrativa, desenvolveu um banco de dados que permitiu a determinação do nível de dependência dos RN usando dois sistemas existentes (BAPM/NNA, The British Association for Perinatal Medicine and The Neonatal Nurses Association e o NNN, Northern Neonatal Network) e os comparou. Ambas classificações de dependência são de uso comum no Reino Unido e possuem quatro categorias de nível de dependência, que pareciam ser amplamente comparáveis. Os sistemas necessitaram do conhecimento de uma série de itens de informações, a fim de classificar o nível de dependência do paciente. Foram necessários trinta e dois itens para classificar com precisão o nível de dependência usando o sistema BAPM/NNA, mas apenas 11 são para o sistema NNN (YOXALL *et al.*, 2001).

Quarenta detalhes relativos ao estado clínico atual e ao tratamento administrado foram registrados diariamente para cada paciente em duas unidades neonatais durante um período de 17 meses. Esses detalhes foram registrados em um banco de dados de computador e os níveis

de dependência foram calculados para cada dia do paciente usando os dois sistemas. Embora os dois sistemas fossem semelhantes, eles não foram diretamente comparáveis, o que impediu comparações significativas entre unidades que usavam os dois sistemas diferentes. Ressaltaram que o sistema NNN tinha vantagens sobre o sistema BAPM/NNA, pois era mais simples de coletar porque precisavam ser considerados menos dados para determinar o nível de dependência, bem como refletia o número de horas de enfermagem recebidas por um bebê durante cada dia, sendo, portanto, validado. Nenhuma validação foi realizada para o sistema. Destacaram nas conclusões que ambos os sistemas de classificação foram desenvolvidos há muito tempo e que houve mudanças na assistência neonatal ao longo dos anos e que era oportuno reavaliar os métodos utilizados para determinar o nível de dependência e acordar sobre um padrão nacional para a coleta de dados (YOXALL *et al.*, 2001).

Os artigos incluídos neste estudo permitiram traçar um panorama das ferramentas/instrumentos utilizados nos cenários nacional e internacional, bem como, analisar e descrever as aplicações e considerações destes sistemas de classificações nos cenários apresentados.

Os instrumentos identificados nessa revisão foram: 1- Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP); 2- Instrumento para classificação de RN de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem; 3- Nursing Activities Score (NAS); 4- Instrumento baseado nas *Nursing Intervention Classification* (NIC); 5- Patient Dependency Score (PDS); 6- Northern Neonatal Network (NNN); 7- Complexity Assessment and Monitoring to Ensure Optimal Outcomes (COME0 e COMEO II); 8- Patient Classification System (PCS); 9- Winnipeg Assessment of Neonatal Nursing Tool (WANNNT); 10- The British Association for Perinatal Medicine and the Neonatal Nurses Association (BAPM/NNA).

Apenas os instrumentos 1 e 2 consideram a classificação dos pacientes segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem, conforme exigido pelo COFEN (2017). Os instrumentos baseados nas NIC não possuíam validação da carga de trabalho de cada intervenção, ou seja, não eram aplicáveis ainda. Demais instrumentos utilizam a mensuração da carga de trabalho utilizando a acuidade do paciente e/ou a gravidade da doença, sendo citada também a carga de trabalho cognitiva, onde utilizavam-se a proporção paciente/profissional.

Há unanimidade sobre a relevância da utilização de instrumentos com a finalidade de conhecer o grau de dependência dos pacientes e identificar a carga de trabalho de enfermagem, pois reflete diretamente na qualidade da assistência, redução de custos,

satisfação dos usuários e profissionais, dentre outros tópicos pontuados nos estudos e relatados acima.

Os estudos evidenciaram que ferramentas vêm sendo utilizadas e confeccionadas a fim de atender as necessidades das instituições, porém não há consenso mundial e nem local sobre a mais adequada, alguns estudos reforçam que cada cenário possui suas características individuais e tal questão precisa ser levada em consideração na aplicabilidade do instrumento, ou seja, mais estudos precisam ser realizados para validade dos instrumentos em diferentes realidades assistenciais e gerenciais.

Considerando os estudos expostos, optou-se por modificar o instrumento proposto por Bochembuzio (2002), publicado por Bochembuzio e Gaidzinski (2005) e Bosco *et al.* (2013), conforme revisão descrita, para Classificação de RN, uma vez que sua estrutura é a que melhor atende a proposta de classificação que visa a pesquisa.

4.2 Primeira Proposta do Instrumento para Classificação dos Recém-Nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais

A proposta inicial do instrumento continha 20 (vinte) áreas de cuidado com definição conceitual, que representam diferentes demandas de cuidado exigidas pelos RN e contemplam as Necessidades Humanas Básicas para cada área de cuidado foram traçadas 04 (quatro) condições de dependência de cuidados por ordem de complexidade crescente com pontuação de 01 (um) a 04 (quatro), sendo 01 (um) ponto representando a menor complexidade e 04 pontos (quatro) a maior complexidade (Quadro 4).

Quadro 4- Primeira proposta das Áreas de cuidado e graduação das condições de dependência por complexidade crescente do instrumento

(continua)

ÁREA DE CUIDADO I: TERMORREGULAÇÃO- função fisiológica capaz de controlar e manter a temperatura corporal estável, com gasto calórico e consumo de oxigênio mínimos, para uma adaptação extra-uterina bem sucedida.	
01 PONTO	Recém-Nascidos que estão em berço comum ou berço com grades
02 PONTOS	Recém-Nascidos que estão em Incubadora Aquecida ou Unidade de Calor Radiante

03 PONTOS	Recém-Nascidos que estão em Incubadora Aquecida e Umidificada
04 PONTOS	Recém-nascidos em Protocolo de Hipotermia Terapêutica
ÁREA DE CUIDADO II: PESO- auxilia na avaliação das condições nutricionais e riscos potenciais decorrentes do crescimento e desenvolvimento. Necessidade de controle de peso para comparar com o do nascimento e do dia anterior.	
01 PONTO	Superior a 2500g
02 PONTOS	Superior a 1500g a 2500g, incluso (Baixo Peso)
03 PONTOS	Superior a 1000g a 1500g, incluso (Muito Baixo Peso)
04 PONTOS	Inferior ou igual a 1000g (Extremo Baixo Peso) Maior ou igual 4000g (macrossomia)
ÁREA DE CUIDADO III: IDADE GESTACIONAL OU IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA-	
(IG): duração da gestação medida do primeiro dia do último período normal de menstruação até o nascimento e/ou clinicamente pelos métodos de CAPURRO ou NEW BALLARD SCORE, sendo expressa em dias ou semanas completas.	
(IGC): traduz o ajuste da idade cronológica em função da prematuridade até o recém-nascido atingir 40 semanas. Ambos auxiliam no estabelecimento de risco de comprometimento neonatal ou de desenvolvimento em longo prazo.	
01 PONTO	37 semanas a 41 semanas e 6 dias (Termo)
02 PONTOS	32 semanas a 33 semanas e 6 dias (Pretermo Moderado) 34 semanas a 36 semanas e 6 dias (Pretermo Tardio)
03 PONTOS	28 semanas a 31 semanas e 6 dias (Muito Pretermo)
04 PONTOS	Inferior a 27 semanas e 6 dias (Pretermo Extremo) Acima de 42 semanas (Pós-Termo)
ÁREA DE CUIDADO IV: ATIVIDADE ESPONTÂNEA E REAÇÃO A ESTÍMULOS- habilidade em manter as atividades compatíveis com o desenvolvimento e capacidade de responder à estímulos sensoriais, proprioceptivos, bioquímicos, térmicos e mecânicos adequados para uma adaptação extra-uterina bem sucedida.	
01 PONTO	Recém-Nascidos ativos e reativos ou submetidos à sedação
02 PONTOS	Recém-Nascidos hipoativos, porém reativos
03 PONTOS	Recém-Nascidos irritados e chorosos

04 PONTOS	Recém-Nascidos arreativos ou hipoativos e/ou hiporeativos ou hiperreativos e/ou hiperativos
ÁREA DE CUIDADO V: COR DA PELE -capacidade de manter pele e mucosas coradas adequadas para uma adaptação extra-uterina bem sucedida.	
01 PONTO	Recém-Nascidos normocorados, variando de acordo com antecedentes raciais, acianóticos, quando mantidos em ambientes termoneutros
02 PONTOS	Recém-Nascidos pletóricos e/ou com hiperbilirrubinemia ou icterícia fisiológica
03 PONTOS	Recém-Nascidos com palidez e/ou descorados e/ou com hiperbilirrubinemia (Zonas 1 e 2)
04 PONTOS	Recém-Nascidos cianótico e/ou com acrocianose e/ou matizados e/ou com hiperbilirrubinemia (Zona 3) e/ou com alteração da perfusão e/ou edema e/ou apresentando equimose e/ou petéquias e/ou púrpuras e/ou hematomas
ÁREA DE CUIDADO VI: TONICIDADE - capacidade de manter-se com tônus muscular vigoroso adequado a uma adaptação extra-uterina bem sucedida.	
01 PONTO	Tônus muscular pronunciado, vigoroso, com movimentos espontâneos frequentes e regulares.
02 PONTOS	Tônus muscular pronunciado, porém com movimentos espontâneos leves e/ou diminuídos.
03 PONTOS	Tônus muscular reduzido e/ou com movimentos involuntários de tremores ou abalos
04 PONTOS	Tônus muscular flácido e/ou espástico com pouco ou nenhum movimento espontâneo e/ou com movimentos trêmulos, irregulares e assimétricos.
ÁREA DE CUIDADO VII: NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO -habilidade receber nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas com auxílio da mãe, da família ou da equipe de enfermagem por meio de seio materno, mamadeiras, copinhos, sondas e cateteres.	
01 PONTO	Recém-nascidos em seio materno com a mãe apropriada da pega e posicionamento corretos ou dieta zero e/ou nutrição parenteral
02 PONTOS	Recém-nascidos com dieta por copinho e/ou mamadeira, sem dificuldade
03 PONTOS	Recém-nascido com dieta por sonda orogástrica (SOG) ou nasogástrica (SNG) ou sonda nasojejunal (SNJ) ou gastrostomia por gavagem ou gastóclise

04 PONTOS	Recém-nascidos com dieta oral com dificuldade de sucção e/ou seio materno com dificuldade na pega e posicionamento e/ou apresentando regurgitação
ÁREA DE CUIDADO VIII: ELIMINAÇÕES- habilidade em manter eliminações urinária e intestinal espontânea, por drenos ou ostomia, com auxílio da equipe de enfermagem.	
01 PONTO	Eliminações espontâneas e com características dentro da normalidade, com controle da diurese com ou sem necessidade do peso de fralda
02 PONTOS	Eliminações presentes por ostomia, com controle das eliminações por peso de fralda e/ou mililitros (ml) e dentro da normalidade
03 PONTOS	Eliminações espontâneas presentes, com alterações dos padrões da normalidade (oligúria e/ou polúria, aumento ou diminuição da frequência das fezes e alteração da consistência e/ou coloração ou ausência de fezes por um período maior que 24h)
04 PONTOS	Eliminação por cateter vesical de demora e/ou recém-nascido anúrico Recém-nascido com necessidade de cateterismo vesical intermitente
ÁREA DE CUIDADO IX: OXIGENAÇÃO- aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo ou com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos.	
01 PONTO	Recém-Nascidos com respiração espontânea, sem necessidade de oxigenioterapia ou desobstrução de vias aéreas
02 PONTOS	Recém-Nascidos com respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro fisiológico
03 PONTOS	Recém-Nascidos com respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreção e/ou necessidade de oxigenoterapia por cateter nasal ou Oxyhood
04 PONTOS	Recém-Nascidos em Ventilação Mecânica Invasiva ou Não Invasiva ou Ventilação Oscilatória de Alta Frequência (com ou sem óxido nítrico)
ÁREA DE CUIDADO X: INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA- capacidade de manter pele e mucosas sem danificação ou destruição.	
01 PONTO	Integridade da pele e mucosas preservada
02 PONTOS	Presença de incisões cirúrgicas e/ou lesões cicatrizadas, sem alteração na integridade cutâneo-mucosa, sem necessidade de curativo

03 PONTOS	Presença de incisões cirúrgicas e/ou lesões em cicatrização (com alteração na integridade cutâneo-mucosa) e/ou Lesão por Pressão estágios 1 e 2, com necessidade ou não de curativo e/ou cobertura
04 PONTOS	Presença de incisões cirúrgicas infectadas e/ou com deiscência e/ou soluções de continuidade e/ou Lesão por Pressão estágios 3, 4, não classificável e/ou tissular profunda e/ou doenças de pele infecto-contagiosas e/ou sinais flogísticos do coto umbilical
ÁREA DE CUIDADO XI: CUIDADO CORPORAL- necessidade de higiene corporal, oral e ocular, troca de fraldas, bem como uso de vestimentas.	
01 PONTO	Banho de imersão em banheira, higiene perineal, oral e ocular e trocas de fraldas (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas realizadas pela mãe/pai/família sob orientação e supervisão direta da equipe de enfermagem
02 PONTOS	Banho de imersão em banheira ou de Ôfuro, higiene perineal, oral e ocular realizados pela equipe de enfermagem com acompanhamento da mãe e trocas de fralda (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas realizadas pela mãe/pai/família com supervisão direta da equipe de enfermagem
03 PONTOS	Banho de leito (incubadora/UCR/berço comum), higiene perineal, oral e ocular realizados pela equipe de enfermagem com acompanhamento da mãe/pai/família e trocas de fralda (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas realizadas pela mãe/pai/família com supervisão direta da equipe de enfermagem
04 PONTOS	Banho de leito (incubadora/UCR/berço comum), higiene perineal, oral e ocular, (coto umbilical, caso não tenha havido queda), trocas de fralda, e vestimentas realizadas pela equipe de enfermagem
ÁREA DE CUIDADO XII: CONTROLE DE PARÂMETROS VITAIS- necessidade de observação e controles dos parâmetros vitais - temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial não invasiva e invasiva, saturação de oxigênio e glicemia capilar.	
01 PONTO	Controle de 6 em 6 horas em todos os parâmetros
02 PONTOS	Controle de 4 em 4 horas *Um parâmetro nesse controle determina tal escolha

03 PONTOS	Controle de 3 em 3 horas *Um parâmetro nesse controle determina tal escolha
04 PONTOS	Controle igual ou inferior a 2 horas *Um parâmetro nesse controle determina tal escolha
ÁREA DE CUIDADO XIII: CONTROLE DE SONDAS E DRENOS- necessidade de observação e controle dos equipamentos contendo fluidos de infusão e/ou drenagem.	
01 PONTO	Recém-nascidos que não dispõe de equipamentos contendo fluidos de infusão e/ou drenagem
02 PONTOS	Recém-nascidos que são submetidos a SOG ou SNG e/ou SOJ
03 PONTOS	Recém-nascidos que necessitam de ostomias
04 PONTOS	Recém-nascidos que necessitam de DVP (derivação ventricular peritoneal) ou DVE (derivação ventricular externa) e/ou dreno de tórax e/ou CET (cânula endotraqueal)e/ou SVD (sonda vesical de demora)
ÁREA DE CUIDADO XIV: CONTROLE DE CATETERES VENOSOS- necessidade de observação e controle dos cateteres de infusão e/ou coletas, monitorização hemodinâmica.	
01 PONTO	Recém-nascidos que não utilizam
02 PONTOS	Recém-nascidos submetidos a cateteres periféricos intermitentes de curta permanência para infusão intermitente
03 PONTOS	Recém-nascidos submetidos a cateteres periféricos intermitentes de curta permanência para infusão contínua e intermitente, sendo soluções vesicantes e irritantes
04 PONTOS	Recém-nascidos que necessitam de cateterização de vasos umbilicais e/ou cateteres epicutâneo e/ou venodissecação e/ou punção profunda
ÁREA DE CUIDADO XV: TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA- administração de medicamentos terapêuticos- drogas, soluções, hemocomponentes e hemoderivados.	
01 PONTO	Não utiliza medicamentos
02 PONTOS	Medicação via oral (VO) e/ou via nasal e/ou via ocular e/ou via otológica e/ou via tópica e/ou via retal e/ou via inalatória
03 PONTOS	Medicação via SOG ou SNG ou SOJ e/ou IM e/ou SC
04 PONTOS	Medicação endovenosa (EV) intermitente e/ou EV contínua e/ou uso de drogas vasoativas e/ou vesicantes e/ou exsanguineotransusão e/ou hemoderivados e/ou hemocomponentes e/ou quimioterápicos e/ou

	bicarbonato de sódio e/ou reposição de volume
AREA DE CUIDADO XVI: PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE- habilidade, confiança e segurança da mãe/família para dispensar cuidados adequados para a manutenção dos hábitos de saúde pessoais e/ou ambientais dos recém-nascidos.	
01 PONTO	Mãe/ família orientados e reconhecendo as necessidades pessoais e/ou ambientais dos recém-nascidos
02 PONTOS	Mãe/família orientados, com aceitação das informações recebidas, porém com dificuldade de compreensão, apreensivos ou resistentes
03 PONTOS	Mãe/família orientados, mas com elevada apreensão e resistência e com fortes reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatório, os procedimentos diagnósticos, as rotinas hospitalares e as atividades diárias
04 PONTOS	Mãe/família com compreensão ou não das informações recebidas, sem aceitá-las e com severas reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatórios, os procedimentos diagnósticos, as rotinas hospitalares e as atividades diárias Mãe/Família ausentes Recém-nascidos em mínimo manuseio por gravidade
AREA DE CUIDADO XVII: REDE DE APOIO DE SUPORTE- presença de um acompanhante durante sua permanência no hospital.	
01 PONTO	Mãe/ família orientados e reconhecendo as necessidades pessoais e/ou ambientais dos recém-nascidos
02 PONTOS	Mãe/família orientados, com aceitação das informações recebidas, porém com dificuldade de compreensão, apreensivos ou resistentes
03 PONTOS	Mãe/família orientados, mas com elevada apreensão e resistência e com fortes reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatório, os procedimentos diagnósticos, as rotinas hospitalares e as atividades diárias
04 PONTOS	Mãe/família com compreensão ou não das informações recebidas, sem aceitá-las e com severas reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatórios, os

	procedimentos diagnósticos, as rotinas hospitalares e as atividades diárias Mãe/Família ausentes Recém-nascidos em mínimo manuseio por gravidade
AREA DE CUIDADO XVIII: MUDANÇA DE DECÚBITO E POSICIONAMENTO- inclui procedimentos de mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados.	
01 PONTO	Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 6/6h
02 PONTOS	Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 4/4h
03 PONTOS	Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 3/3h ou intervalo menor nas 24h
04 PONTOS	Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados, necessitando de 2 ou mais profissionais, em qualquer frequência
AREA DE CUIDADO XIX: OUTROS PROCEDIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM- procedimentos específicos realizados na unidade e requerem a atuação ativa da equipe de enfermagem.	
01 PONTO	Ausência de procedimentos específicos
02 PONTOS	Procedimentos não invasivos: coleta de swab, EAS no saco coletor, eletrocardiograma, coprocultura, pesagem, mensurações, outras coletas de exames de menor complexidade, coleta de aspirado traqueal, instalação de Pressão Arterial Invasiva
03 PONTOS	Punção venosa periférica; coleta de urinocultura; inserção de sonda gástrica e/ou jejunal e/ou sonda vesical de demora e/ou cateterismo vesical intermitente Orientações de Acolhimento/ Admissão e/ou Alta e/ou cuidados ao RN e/ou Reunião sobre rotinas da Unidade e/ou circunstâncias especiais (morte/ gravidade/ dificuldade de comunicação)
04 PONTOS	Inserção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC); e/ou Cirurgias realizadas na Unidade Neonatal ou no Centro Obstétrico com suporte do profissional da Unidade Neonatal Preparo do corpo Consulta Multiprofissional para adesão ao Método Canguru
AREA DE CUIDADO XX: APOIO E SUPORTE A OUTROS PROCEDIMENTOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM- procedimentos dentro ou fora da unidade e requerem	

a atuação indireta da equipe de enfermagem.	
01 PONTO	Ausência de procedimentos
02 PONTOS	Auxílio em procedimentos médicos (cateterismo umbilical, coleta de líquor, intubação orotraqueal, fundoscopia, dentre outros)
03 PONTOS	Transporte Intra-Hospitalar para transferência
04 PONTOS	Transporte Intra-Hospitalar para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, com permanência integral da equipe de Enfermagem Transporte Inter-hospitalar (para transferência ou procedimentos diagnósticos) Cirurgias realizadas na Unidade Neonatal ou no Centro Obstétrico

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

4.2.1 Caracterização dos Juízes Especialistas participantes da pesquisa

Foram identificados e convidados para o estudo 10 (dez) enfermeiros que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão para avaliar o instrumento, na Técnica *Delphi*, e mediante anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), porém 9 (noves) juízes participaram das duas fases realizadas. Segue abaixo a tabela de caracterização:

Tabela 1- Caracterização dos Juízes Especialistas

(continua...)

CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES	<i>n</i>	(%)
SEXO		
Feminino	8	88,9%
Masculino	1	11,1%
IDADE		
30-34 anos	4	44,4%
35-39 anos	3	33,3%
≥ 40 anos	2	22,2%
FORMAÇÃO PROFISSIONAL		
7-10 anos	4	44,4%

11-15 anos	2	22,2%
≥ 16 anos	3	33,3%
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL		
6-10 anos	5	55,6%
11-15 anos	2	22,2%
≥ 16 anos	2	22,2%
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL		
Especialização	3	33,3%
Mestrado	3	33,3%
Doutorado (em andamento)	2	22,2%
Doutorado (concluído)	1	11,1%
ÁREA DE ATUAÇÃO		
Assistência Direta	9	100,0%
Assistência Indireta (Gerência)	6	66,7%
Ensino	9	100,0%
Pesquisa	6	66,7%
TOTAL DE JUÍZES	9	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A seleção dos juizes especialistas foi composta por 8 (oito) profissionais do sexo feminino e 01 (um) do sexo masculino, com idades entre 30 a 48 anos de idade, formação entre 7 a 24 anos e tempo de experiência entre 6 a 24 anos.

No que concerne a área de atuação, os 9 (nove) enfermeiros atuam na assistência direta ao recém-nascido e/ou lactente, bem como exercem atividades de ensino na área de enfermagem em cursos de graduação e/ou pós-graduação *lato sensu* (n=9), além de outras atuações concomitantes como gerência de unidade neonatal ou pediátrica, e assessoria de planejamento, supervisão e cuidado (n=6) e pesquisa (n=6).

Com relação à trajetória profissional, as experiências citadas foram: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCo), Alojamento Conjunto, Oncologia Pediátrica, Traumatologia e Ortopedia Pediátrica, Clínica Médica, Cardiologia e Emergência Obstétrica.

Desses 9 (nove) enfermeiros, todos possuem, no mínimo, 1 título de especialista *lato sensu* e 6 realizaram o curso de pós-graduação *stricto sensu*, sendo 4 com mestrado e 1 com doutorado concluídos, e 02 enfermeiros com doutorado em andamento.

4.2.2 Avaliação da Validade de Conteúdo do Instrumento: primeira fase da técnica *Delphi*

Realizou-se duas fases da Técnica *Delphi*, de maneira que o conteúdo do instrumento foi modificado duas vezes, para atingir o consenso dos juízes especialistas (concordância mínima de 0,8 pelo Índice de Validade de Conteúdo) acerca de cara Área de Cuidado e suas respectivas condições graduadas de dependência de cuidado da equipe de enfermagem.

Foram entregues 10 (dez) questionários (Apêndice B) sendo 9 (nove) impressos e 1 (um) por correio eletrônico, com retorno dos mesmos por 9 juízes, todos que retornaram de forma impressa, o que correspondeu a 90% de retorno dos instrumentos.

Considerou-se para análise os 9 (nove) questionários respondidos. O nível de concordância com relação a relevância e clareza do instrumento quanto as áreas de cuidado, condições de dependência e nível crescente de complexidade assistencial da pontuação proposta para as condições de dependência de cuidado estão apresentadas na tabela a seguir:

Tabela 2- Índice de Validade de Conteúdo (IVC), na primeira fase da técnica *Delphi*, quanto a relevância e clareza das Áreas de Cuidados (n=9)

(continua...)

ÁREAS DE CUIDADOS	IVC	
	RELEVÂNCIA	CLAREZA
I- Termorregulação	1,0	1,0
II- Peso	1,0	1,0
III- Idade Gestacional (IG) ou Idade Gestacional Corrigida (IGC)	0,89	1,0
IV- Atividade espontânea e reação à estímulos	0,89	0,89
V- Cor da pele	0,89	0,89
VI- Tonicidade	1,0	1,0

VII- Nutrição e hidratação	1,0	1,0
VIII- Eliminações	1,0	1,0
IX- Oxigenação	1,0	1,0
X- Integridade cutâneo-mucosa	1,0	0,89
XI- Cuidado corporal	1,0	1,0
XII- Controle de parâmetros vitais	1,0	1,0
XIII- Controle de sondas e drenos	1,0	1,0
XIV- Controle de cateteres venosos	1,0	1,0
XV- Terapêutica medicamentosa	1,0	1,0
XVI- Participação do acompanhante	1,0	1,0
XVII- Rede de apoio e suporte	0,89	1,0
XVIII- Mudança de decúbito e posicionamento	1,0	1,0
XIX- Outros procedimentos da equipe de enfermagem	1,0	1,0
XX- Apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem	1,0	0,89

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Verifica-se pela Tabela 2 que houve uma concordância entre os juízes quanto a relevância e clareza das Áreas de Cuidado propostas, pois considerou-se como base 0,80 ou mais no Índice de Validade de Conteúdo e variou de 0,89-1,0. No entanto, mediante algumas considerações dos juízes no questionário de coleta de dados optou-se por alterar algumas definições para aperfeiçoar o conteúdo do instrumento.

Na Área de Cuidado- Termorregulação foi sugerido por um juiz acrescentar a temperatura corporal almejada no recém-nascido (36,5-37°C) e dois indicaram a inclusão da definição de ambiente estável/ termoneutro.

Segundo um juiz a definição da Área de Cuidado- Peso estava confusa, uma vez que parecia comparar o peso do nascimento e do dia anterior ao nascimento. Considerando tal informação, optou-se por reformular o conceito, bem como considerar a sugestão de alterar para “[...] condições nutricionais e de hidratação, bem como riscos potenciais [...]” e acrescentar “que a necessidade de controle é para definir/ ajustar condutas terapêuticas e

nutricionais adequadas às demandas do recém-nascido”, e acrescentar no conceito que o peso menor está ligado a maiores riscos para o recém-nascido, o que foi nomeado de “riscos potenciais de morbimortalidade”.

Com relação a Área de Cuidado- Idade Gestacional (IG) e Idade Gestacional Corrigida (IGC) um juiz considerou que o o risco de comprometimento ou desenvolvimento do RN não impacta diretamente na demanda de cuidado, no entanto, sabe-se pela literatura que quanto menor a idade gestacional (IG), maiores são as taxas de mortalidade e morbidade, e consequentemente maior a chance da criança apresentar sequelas que poderão surgir à medida que se desenvolve (ROLNIK, 2013). A imaturidade de órgãos e de sistemas vitais torna os RN vulneráveis e mais susceptíveis ao desenvolvimento de complicações de saúde (CUCOLO; FARIA; CESARINO, 2007).

Um juiz considerou na Área de Cuidado- Atividade espontânea e reação à estímulos que o conceito não estava claro, pois as adaptações e reações poderiam ter relação direta com a Idade Gestacional e isto não estava descrito, desta forma foi reformulado para que ficasse compreensível e claro.

Reformulou-se o conceito da Área de Cuidado- Cor da Pele, pois um juiz indicou que o termo “adequadas” e “bem sucedida” poderiam causar interpretações variadas e alterou-se o nome a Área de Cuidado para “Cor da Pele e Mucosas”, segundo sugestão.

Na Área de Cuidado Eliminações, dois juízes sugeriram suprimir a parte “auxílio da equipe de enfermagem” e um juiz indicou trocar “dreno” por “cateter”.

No conceito da Área de Cuidado- Oxigenação, um juiz sugeriu alteração para “com auxílio de dispositivos e equipamentos de suporte, com necessidade de intervenção da equipe de enfermagem” no lugar de “com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos”, o que foi acatado, pois considerou-se mais completo.

Com relação a definição da Área de Cuidado- Integridade cutâneo-mucosa, dois juízes pediram revisão, sendo assim foi alterado o para “manutenção da pele e mucosas livres de danos”.

Um juiz sugeriu acrescentar a dor na Área de Cuidado- Controle de parâmetros vitais na avaliação e dependência da equipe de enfermagem, o que foi considerado relevante e de suma importância.

Quanto a Área de Cuidado- Controle de sondas e drenos, um juiz apontou que o conceito pareceu repetitivo com outras Áreas de Cuidado (Eliminações e Nutrição e Hidratação), neste sentido optou-se por retirar das condições de dependência as sondas

(gástrica, jejunal e vesical) e as ostomias (colostomia, ileostomia ou urostomia), pois já estavam presentes em outras áreas de cuidado. Neste sentido, foi alterado o termo sondas para cateteres, equipamentos para dispositivos e o termo infusão foi retirado.

Substituiu-se na Área de Cuidado- Controle de cateteres venosos o termo “venosos” por “vasculares”, uma vez que temos o Cateteres Umbilicais Arteriais, por sugestão de um juiz. E um juiz questionou a questão da coleta no conceito, pois ficou inespecífico, sendo assim acrescentei “coleta de sangue”, pois há a rotina de coleta de sangue nos cateteres umbilicais arteriais.

Com relação a Área de Cuidado- Rede de apoio e suporte, três juízes propuseram acrescentar integral ou intermitente no conceito, um juiz questionou o conceito de rede de apoio e suporte, pois engloba muito mais que presença física do acompanhante, porém não entraremos neste mérito, uma vez que queremos mensurar a dependência da equipe de enfermagem de acordo com os cuidados oferecidos e as demandas existentes, sendo assim optamos por alterar o nome da Área de Cuidado para “Presença do Acompanhante”. Mantivemos esta área de cuidado, pois a presença constante ou visitas mais frequentes ao RN, possibilita o restabelecimento da saúde e fortalecimento do vínculo afetivo, diminuindo o estresse hospitalar e, conseqüentemente, reduzindo o tempo de internação, sendo assim merece ser incentivada, orientada e acompanhada de perto pela equipe de enfermagem e toda equipe multiprofissional.

Acrescentou-se no conceito da Área de Cuidado- Outros procedimentos da equipe de enfermagem “orientações e procedimentos específicos”, por sugestão de um juiz.

Houve discordância por parte de um juiz na descrição “atuação indireta” na Área de Cuidado- Apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem, pois segundo o mesmo, algumas condições de dependência demandavam atuação direta da equipe de enfermagem, desta forma optou-se por modificar para “consultas, reuniões, transportes e procedimentos, dentro ou fora da Unidade Neonatal, que requerem a participação de uma equipe multiprofissional, sendo a atuação da equipe de enfermagem sempre presente” e renomear a Área de Cuidado para “Ações realizadas pela equipe multiprofissional”.

Tabela 3–Índice de Validade de Conteúdo (IVC), na primeira fase da técnica *Delphi*, quanto a relevância e clareza das Condições de Dependência de Cuidados(n=9)

ÁREAS DE CUIDADOS	IVC	
	RELEVÂNCIA	CLAREZA
I-Termorregulação	0,89	0,89
II-Peso	0,89	1,0
III-Idade Gestacional (IG) ou Idade Gestacional Corrigida (IGC)	0,89	1,0
IV-Atividade espontânea e reação à estímulos	0,89	0,89
V-Cor da pele	1,0	0,89
VI-Tonicidade	1,0	1,0
VII-Nutrição e hidratação	1,0	1,0
VIII-Eliminações	1,0	0,89
IX-Oxigenação	1,0	1,0
X-Integridade cutâneo-mucosa	1,0	1,0
XI-Cuidado corporal	1,0	1,0
XII-Controle de parâmetros vitais	1,0	1,0
XIII-Controle de sondas e drenos	1,0	1,0
XIV-Controle de cateteres venosos	1,0	1,0
XV-Terapêutica medicamentosa	1,0	1,0
XVI-Participação do acompanhante	1,0	1,0
XVII-Rede de apoio e suporte	0,89	1,0
XVIII-Mudança de decúbito e posicionamento	1,0	1,0
XIX-Outros procedimentos da equipe de enfermagem	1,0	1,0
XX-Apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem	1,0	0,89

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Tabela 4- Avaliação dos Juizes quanto ao nível crescente de complexidade assistencial da pontuação proposta para as Condições de Dependência de Cuidados, na primeira fase da técnica *Delphi* e percentagem de concordância, (n=9)

ÁREAS DE CUIDADOS	CONCORDÂNCIA QUANTO AO NÍVEL CRESCENTE DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DA PONTUAÇÃO PROPOSTA			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
I-Termorregulação	8	88,9%	1	11,1%
II-Peso	9	100,0%	0	0,0%
III-Idade Gestacional (IG) ou Idade Gestacional Corrigida (IGC)	8	88,9%	1	11,1%
IV-Atividade espontânea e reação à estímulos	7	77,8%	2	22,2%
V-Cor da pele	8	88,9%	1	11,1%
VI-Tonicidade	9	100,0%	0	0,0%
VII-Nutrição e hidratação	5	55,6%	4	44,4%
VIII-Eliminações	7	77,8%	2	22,2%
IX-Oxigenação	9	100,0%	0	0,0%
X-Integridade cutâneo-mucosa	9	100,0%	0	0,0%
XI-Cuidado corporal	9	100,0%	0	0,0%
XII-Controle de parâmetros vitais	9	100,0%	0	0,0%
XIII-Controle de sondas e drenos	8	88,9%	1	11,1%
XIV-Controle de cateteres venosos	9	100,0%	0	0,0%
XV-Terapêutica medicamentosa	9	100,0%	0	0,0%
XVI-Participação do acompanhante	9	100,0%	0	0,0%
XVII-Rede de apoio e suporte	8	88,9%	1	11,1%
XVIII-Mudança de decúbito e posicionamento	8	88,9%	1	11,1%
XIX-Outros procedimentos da equipe de enfermagem	9	100,0%	0	0,0%
XX-Apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem	8	88,9%	1	11,1%

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

De acordo com a Tabela 3, ocorreu uma concordância entre os juizes quanto a relevância e clareza das Condições de Dependência de Cuidados propostas, pois o Índice de Validade de Conteúdo variou de 0,89-1,0. No entanto, quanto ao Nível crescente de

complexidade assistencial da pontuação proposta (Tabela 4), três níveis tiveram o Índice de Validade de Conteúdo menor que 0,80, sendo eles: Atividade espontânea e reação à estímulos (0,78), Nutrição e Hidratação (0,56) e Eliminações (0,78).

Mediante algumas considerações e sugestões dos juízes foram realizadas as seguintes alterações a fim aprimorar e adequar o conteúdo do instrumento:

Na Área de Cuidado- Termorregulação foi apontado por um juiz a questão do Protocolo de Hipotermia, pois segundo o mesmo a acomodação do RN não pode ser comparado a um protocolo de cuidado que tem por prática a indução da hipotermia, pois não são claras na comparação. Com isso, foi alterada a pontuação 4 para RN em Unidade de Calor Radiante (UCR), pois bebês com quadro grave, em alguns casos, são admitidos e mantidos, em Unidade de Calor Radiante, o que dificulta a termorregulação. Ressalto que a maioria dos bebês em Protocolo de Hipotermia são mantidos em UCR, desta forma, como a faixa almejada de temperatura diverge da normotermia descrita, acrescentou-se no conceito a hipotermia terapêutica. Tal alteração contempla a sugestão de outro juiz quanto a questão de RN em UCR demandar uma maior complexidade do que a pontuada (2 pontos); um juiz sugeriu especificar a incubadora aquecida com ou sem parede dupla, o que foi considerado pertinente, pois a cúpula com parede dupla foi desenvolvida para proporcionar uma melhor estabilidade de temperatura, o que proporciona um isolamento térmico adequado, fazendo com que o RN fique envolto em uma circulação de com temperaturas perfeitamente homogêneas em toda sua extensão (FANEM, 2012), sua indicação é principalmente para peso $\leq 1500\text{g}$, ou seja, que apresentam maiores dificuldades de termorregulação; um juiz assinalou que o nível de pontuação não encontrava-se crescente, sendo assim, e mediante as sugestões dos demais juízes, reformulei a complexidade.

Considerando a Área de Cuidado- Peso, um juiz pontuou a inserção da faixa de peso de “2500g a 3999g” e três juízes consideraram que o peso $\geq 4000\text{g}$ não se encaixa na maior complexidade (4 pontos), porém RNs macrossômicos apresentam grandes chances de complicações neonatais, como hipoglicemia, doença das membranas hialinas, síndrome de aspiração meconial, distócia de ombros, fratura da clavícula e lesão do plexo braquial (RIBEIRO, COSTA; DIAS, 2017), o que demanda um maior cuidado e vigilância da equipe de enfermagem, devido ao risco potencial de morbimortalidade, porém considerando a complexidade com um RN com peso $\leq 1000\text{g}$, realmente a demanda de cuidado destes bebês é maior, desta forma optou-se por alterar a condição de dependência para a pontuação 2.

Houve discordância de quatro 4 juízes na Área de Cuidado- Idade Gestacional (IG) e Idade Gestacional Corrigida (IGC) com relação a IG acima de 42 semanas como pontuação 4, no entanto, a Idade Gestacional de 42 ou mais semanas está associada ao aumento, em até três vezes, da mortalidade perinatal (por anoxia intra-uterina não diagnosticada adequadamente), aumento da morbidade (oligoidrâmnio, síndrome de aspiração meconial, toco-traumatismos pela macrossomia fetal, sofrimento fetal, comprometimento neurológico do RN) (MIYADAHIRA; FRANCISCO; ZUGAIB, 2003), porém seguindo o critério dos RN com \geq 4000g (macrossomia), optou-se por alterar para a pontuação 2.

Pontuou-se por um juiz que na Área de Cuidado- Atividade espontânea e reação à estímulos, as complexidades das pontuações 3 e 4 são contrapostas, e três juízes consideraram que a descrição da pontuação 4 estava confusa, sendo assim foi revisto o conteúdo das mesmas; e quatro juízes ressaltaram que RN em uso de sedação dependem mais do cuidado da enfermagem, uma vez que demandam maior supervisão, monitorização e interpretação das suas reações e estímulos, o que foi considerado pertinente.

Para a Área de Cuidado- Cor da Pele e Mucosas, um juiz indicou que a descrição das condições de dependência estavam incompletas no que competia as áreas de icterícia pela Zona de Kramer, o que foi considerado pertinente e acrescentado; e um juiz descreveu que alguns termos da pontuação 4 condiziam com aporte de oxigênio e não necessariamente estavam de acordo com a complexidade das demais pontuações, sendo assim optou-se por reformular as condições e retirar alguns termos possíveis de dúvidas.

Indicou-se a padronização do termo “movimentos involuntários de tremores” e “movimentos trêmulos”, pois possuem o mesmo significado na Área de Cuidado- Tonicidade.

Com relação a Área de Cuidado- Nutrição e Hidratação, um juiz sugeriu alterar o termo regurgitação por intolerância alimentar, pois engloba regurgitação e/ou vômito e/ou distensão abdominal; três juízes consideraram a complexidade assistencial incorreta com relação a pontuação 1 para RN em uso Nutrição Parenteral Total (NPT), pois descreveram que são mais trabalhosos e tem a questão do envase, rotulagem, instalação e manuseio do cateter, bem como controle rigoroso dessa infusão e balanço hídrico, o que foi considerado pertinente e alterado para pontuação 4; dois juízes pontuaram a dieta zero (pontuação 1) como sendo de maior complexidade, pois tem a questão da verificação de resíduo gástrico e controle rigoroso do balanço hídrico, o que foi considerado pertinente e também alterado para pontuação 4; dois juízes julgaram que a descrição da pontuação 3 é maior do que a 4, uma vez que os RN demandam maior complexidade, o que foi considerado pertinente e revisto.

Quanto a Área de Cuidado- Eliminações, dois juízes sugeriram especificar as eliminações em intestinal e urinária em todas as condições de dependência; um juiz indicou que acrescentasse como se faz a avaliação sem peso da fralda; e um juiz pontuou que recém-nascidos ostomizados apresentam maior demanda de cuidado, pois tem questões relacionadas ao manuseio da ostomia, o que foi considerado relevante.

Incluiu-se a macronebulização na pontuação 3 da Área de Cuidado- Oxigenação, por sugestão de um juiz e por uma demanda de cuidado da unidade.

Um dos juízes sugeriu acrescentar, na Área de Cuidado- Integridade cutâneo-mucosa, a lesão de fralda na pontuação 4, porém considerei pertinente acrescentar na pontuação 3, pois estão mais relacionados os conceitos; um juiz pontuou que estava confuso o conceito “presença de incisões” e “sem alteração da integridade” na pontuação 2, e solicitou o acréscimo de “coto umbilical sem sinais flogísticos” para que houvesse comparação, ambas sugestões foram acatadas.

Acrescentou-se o termo para “vestimentas colocadas e quando aplicáveis” na Área de Cuidado- Cuidado Corporal, por sugestão de um juiz.

Foi reformulado as condições de dependência da Área de Cuidado- Controle de parâmetros vitais, pois um juiz sugeriu acrescentar o intervalo maior que 6 horas.

Questionou-se por um juiz na Área de Cuidado- Controle de sondas e drenos, a cânula endotraqueal (CET), pois não condizia com o conceito, desta forma foi retirado, pois já estava contemplada na Área de Cuidado- Oxigenação; e um juiz sugeriu equilibrar as condições de cuidado, pois havia discrepância entre os dispositivos, desta forma, mediante as sugestões foram refeitas as condições.

Com base na Área de Cuidado- Controle de cateteres venosos, quatro juízes questionaram a descrição das soluções vesicantes e irritantes, pois anularia as demais, sendo assim optou-se por retirar os termos e manter a pontuação 3 para cateteres periféricos intermitentes de curta permanência para infusão contínua.

Na Área de Cuidado- Terapêutica Medicamentosa, um juiz sugeriu colocar medicação intermitente na pontuação 3, porém optou-se por manter na pontuação 4, uma vez que medicações endovenosas, seja intermitente ou contínua, possuem seus riscos e necessitam de demandas de preparo, administração e observação de infusão; um juiz questionou a pontuação 1 “Não utiliza medicamentos”, porém foi mantida, pois os RN precisam se encaixar em todas as áreas de cuidado para que seja estabelecida uma pontuação final; um juiz orientou retirar “drogas vasoativas”, “vesicantes”, “quimioterápicos”, “bicarbonato de sódio” e “reposição de

volumes”, pois já se encaixavam em medicação endovenosa, o que foi considerado pertinente, porém foi modificado e acrescido “droga e/ou solução” nos conceitos. Após a releitura desta condição percebeu-se que hemoderivados e hemocomponentes não se encaixam em terapêutica medicamentosa, desta forma, foi alterado o nome e o conceito da área de cuidado para “Terapêutica Medicamentosa e Transfusional- administração de drogas, soluções, hemocomponentes e hemoderivados.”

Um juiz indicou acrescentar mãe/ família ausente na primeira pontuação da Área de Cuidado- Participação do Acompanhante, pois no início da internação as mães podem estar graves no Centro Obstétrico e haver demais situações, porém deixaria duabilidade na questão. Optou-se, no entanto, por incluir mãe/ família ausente na Área de Cuidado Presença do Acompanhante.

Com relação a Área de Cuidado- Presença do Acompanhante (anteriormente Rede de apoio e suporte), um juiz sugeriu acrescentar na pontuação 2, o intervalo de 12-24h, o que foi considerado válido.

A mudança de decúbito e posicionamento de 6 em 6 horas foi questionada por um juiz na Área de Cuidado- Mudança de decúbito e posicionamento, pois segundo o mesmo poderia ser em um bebê grave, porém o que se avalia nesta condição de dependência é a questão diretamente relacionada ao cuidado de mobilização no leito e não apenas a gravidade do RN.

Baseado na Área de Cuidado- Outros procedimentos da equipe de enfermagem, um juiz indicou acrescentar “mensurações antropométricas”; um juiz sugeriu organizar o texto das condições de cuidado, pois estava confuso, sendo que alguns cuidados exigiam maior complexidade, se comparados com os pontuados, o que foi levado em consideração e reorganizado; um juiz sugeriu dividir a “Admissão” por complexidade, porém nesse quesito esta compreendido apenas a questão das orientações realizadas a mãe/família, desta forma optou-se por modificar apenas para “Orientações de Acolhimento aos Pais/Familiares”; um juiz questionou a tópico “Cirurgias realizadas na Unidade Neonatal ou no Centro Obstétrico com suporte do profissional da Unidade Neonatal e a Consulta Multiprofissional para adesão ao Método Canguru”, pois envolve outros profissionais e se encaixaria na Área de Cuidado- Apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem, o que foi considerado válido, sendo reestruturado, bem como outras demandas da equipe multiprofissional que se encontravam neste tópico.

A questão do transporte como procedimento apenas auxiliar foi questionado por um juiz na Área de Cuidado- Apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem,

desta forma foi acrescentado o “Transporte Intra-Hospitalar para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, com permanência integral apenas da equipe de Enfermagem”, introduzindo a palavra “apenas” para a Área de Cuidado- Outros procedimentos da equipe de enfermagem; os demais transportes sempre são realizados com a presença efetiva de um profissional médico; um juiz sugeriu rever a construção dos termos das condições, sendo assim foram feitas alterações nos termos para deixar mais claro.

Posteriormente a esta análise foi reformulado o instrumento com as considerações e sugestões propostas quanto ao conteúdo inicial. O questionário para a segunda fase da técnica *Delphi* (Apêndice E), e as instruções com as modificações realizadas (Apêndice F), foram entregues aos juízes para a próxima etapa.

4.3 Segunda Proposta do Instrumento para Classificação dos Recém-Nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais

4.3.1 Avaliação da Validade de Conteúdo do Instrumento: segunda fase da técnica *Delphi*

Foram entregues 09 (nove) questionários, sendo 8 (oito) impressos e 1 (um) por correio eletrônico, com 100% de retorno dos instrumentos.

Considerou-se para análise os 9 questionários respondidos. O nível de concordância com relação à relevância e clareza do instrumento quanto às áreas de cuidados, condições de dependência e nível crescente de complexidade assistencial da pontuação proposta para as condições de dependência de cuidados estão apresentadas nas tabelas a seguir:

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC), na segunda fase da técnica *Delphi*, quanto a relevância e clareza das Áreas de Cuidados (n=9)

(continua...)

ÁREAS DE CUIDADOS	IVC	
	RELEVÂNCIA	CLAREZA
I-Termorregulação	1,0	1,0
II-Peso	1,0	1,0

III-Idade Gestacional (IG) ou Idade Gestacional Corrigida (IGC)	1,0	1,0
IV-Atividade espontânea e reação à estímulos	1,0	1,0
V-Cor da pele e mucosas	1,0	1,0
VI-Tonicidade	1,0	1,0
VII-Nutrição e hidratação	1,0	1,0
VIII-Eliminações	1,0	1,0
IX-Oxigenação	1,0	1,0
X-Integridade cutâneo-mucosa	1,0	1,0
XI-Cuidado corporal	1,0	1,0
XII-Controle de parâmetros vitais	1,0	1,0
XIII-Controle de sondas e drenos	1,0	1,0
XIV-Controle de cateteres vasculares	1,0	1,0
XV-Terapêutica medicamentosa e transfusional	1,0	1,0
XVI-Participação do acompanhante	1,0	1,0
XVII-Presença do acompanhante	1,0	1,0
XVIII-Mudança de decúbito e posicionamento	1,0	1,0
XIX-Outros procedimentos da equipe de enfermagem	1,0	1,0
XX-Ações realizadas pela equipe multiprofissional	1,0	1,0

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Observa-se na Tabela 5 que houve um Índice de Validade de Conteúdo de 1,0 em relação à relevância e clareza das Áreas de Cuidado propostas. Contudo, foram consideradas duas sugestões de melhoria do instrumento, são elas: no conceito da Área de Cuidado- Idade Gestacional (IG) e Idade Gestacional Corrigida (IGC), um juiz sugeriu a inclusão da Ultrassonografia (USG) como método para calcular a Idade Gestacional (IG); e na Área de Cuidado- Controle de parâmetros vitais, um juiz sugeriu alterar para “pressão arterial não invasiva e/ou invasiva” para torná-lo completo na definição.

Tabela 6- Índice de Validade de Conteúdo (IVC), na segunda fase da técnica *Delphi*, quanto a relevância e clareza das Condições de Dependência de Cuidados (n=9)

ÁREAS DE CUIDADOS	IVC	
	RELEVÂNCIA	CLAREZA
I-Termorregulação	1,0	1,0
II-Peso	1,0	1,0
III-Idade Gestacional (IG) ou Idade Gestacional Corrigida (IGC)	1,0	1,0
IV-Atividade espontânea e reação à estímulos	0,89	0,89
V-Cor da pele	1,0	1,0
VI-Tonicidade	1,0	1,0
VII-Nutrição e hidratação	1,0	1,0
VIII-Eliminações	1,0	1,0
IX-Oxigenação	1,0	1,0
X-Integridade cutâneo-mucosa	1,0	1,0
XI-Cuidado corporal	1,0	1,0
XII-Controle de parâmetros vitais	1,0	1,0
XIII-Controle de sondas e drenos	1,0	1,0
XIV- Controle de cateteres venosos	1,0	1,0
XV- Terapêutica medicamentosa	1,0	1,0
XVI- Participação do acompanhante	1,0	1,0
XVII- Rede de apoio e suporte	1,0	1,0
XVIII- Mudança de decúbito e posicionamento	1,0	1,0
XIX- Outros procedimentos da equipe de enfermagem	1,0	1,0
XX- Apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem	1,0	1,0

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Tabela 7 - Avaliação dos Juízes quanto ao nível crescente de complexidade assistencial da pontuação proposta para as Condições de Dependência de Cuidados, na segunda fase da técnica *Delphi* e percentagem de concordância, (n=9)

ÁREAS DE CUIDADOS	CONCORDÂNCIA QUANTO AO NÍVEL CRESCENTE DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DA PONTUAÇÃO PROPOSTA			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
I-Termorregulação	9	100,0%	0	0,0%
II-Peso	9	100,0%	0	0,0%
III-Idade Gestacional (IG) ou Idade Gestacional Corrigida (IGC)	9	100,0%	0	0,0%
IV-Atividade espontânea e reação à estímulos	8	88,9%	1	11,1%
V-Cor da pele e mucosas	9	100,0%	0	0,0%
VI-Tonicidade	9	100,0%	0	0,0%
VII-Nutrição e hidratação	8	88,9%	1	11,1%
VIII-Eliminações	9	100,0%	0	0,0%
IX-Oxigenação	9	100,0%	0	0,0%
X-Integridade cutâneo-mucosa	9	100,0%	0	0,0%
XI-Cuidado corporal	8	88,9%	1	11,1%
XII-Controle de parâmetros vitais	9	100,0%	0	0,0%
XIII-Controle de cateteres e drenos	9	100,0%	0	0,0%
XIV-Controle de cateteres vasculares	9	100,0%	0	0,0%
XV-Terapêutica medicamentosa e transfusional	9	100,0%	0	0,0%
XVI-Participação do acompanhante	9	100,0%	0	0,0%
XVII-Presença do acompanhante	9	100,0%	0	0,0%
XVIII-Mudança de decúbito e posicionamento	9	100,0%	0	0,0%
XIX-Outros procedimentos da equipe de enfermagem	9	100,0%	0	0,0%
XX-Ações realizadas pela equipe multiprofissional	9	100,0%	0	0,0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Analisando a Tabela 6, observa-se uma concordância entre os juízes quanto a relevância e clareza das Condições de Dependência de Cuidados propostas, pois o Índice de Validade de Conteúdo variou de 0,89-1,0, sendo que apenas uma Área de Cuidado (IV-

Atividade espontânea e reação à estímulos) apresentou 0,89 de concordância, as demais tiveram 1,0. Quanto ao Nível crescente de complexidade assistencial da pontuação proposta (Tabela 7), todos os níveis atingiram o Índice de Validade de Conteúdo proposto, após reformulação do instrumento, sendo a variação de 0,89-1,0. Os níveis que obtiveram a concordância de 0,89 foram: Atividade espontânea e reação à estímulos, Nutrição e Hidratação e Cuidado Corporal, os demais atingiram uma concordância de 1,0.

Mesmo adequando-se ao Índice de Validade de Conteúdo proposto (0,80 ou mais), optou-se por acrescentar algumas considerações e sugestões dos juízes a fim aprimorar e adequar o conteúdo do instrumento, bem como esclarecer algumas questões.

Um dos juízes considerou que na Área de Cuidado- Atividade espontânea e reação à estímulos a dependência de cuidados de RN hipoativos/ hiporreativos e principalmente sedados é menor que nos ativos e hiperreativos, porém conforme discussão anterior e levada para a segunda rodada do questionário, os RN nestas condições necessitam de mais cuidados da equipe de enfermagem, uma vez que demandam maior supervisão, monitorização e interpretação das suas reações e estímulos.

Foi descrito por um juiz na Área de Cuidado- Nutrição e Hidratação, que recém-nascidos em seio materno e/ou chucha demandam mais tempo e cuidado da equipe do que com dieta por gastróclise, porém tal questão foi discutida e alterada na primeira fase de coleta e acordada por maior número de juízes.

Na Área de Cuidado- Cuidado Corporal, um juiz considerou que as pontuações do banho de leito (3 e 4) deveriam associar algum grau de gravidade do RN, pois é diferente de bebês estáveis, porém o banho de leito é indicado para bebês impossibilitados e restritos ao banho de imersão em banheira, seja pelo quadro clínico e/ou uso de dispositivos vasculares e/ou oxigenoterapia, sendo assim fica claro a dependência de cuidado da equipe de enfermagem.

Dois juízes solicitaram a revisão da pontuação 1 na Área de Cuidado- Controle de Cateteres e Drenos, o que foi alterado para “Recém-nascidos que não dispõe de dispositivos destinados a drenagem de fluidos e/ou líquidos”.

Sugeriu-se na Área de Cuidado- Apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem, a especificação na pontuação 4 que é outra categoria profissional da área da saúde e a inclusão que este profissional é além do examinador responsável pelo procedimento.

4.4 Proposta Final do Instrumento para classificação dos recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem

O processo de validação de conteúdo do instrumento permitiu refinar a descrição das áreas de cuidados, condições de dependência de cuidados graduadas e também reorganizar o instrumento em uma sequência que propiciasse a avaliação ordenada do RN.

A proposta final do Instrumento para classificação dos RNs segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas UN, apresentado no Quadro 5, foi composto por vinte Áreas de Cuidado possuindo cada uma quatro condições de dependência de cuidados graduadas com um valor numérico de um a quatro pontos, de maneira que, um ponto representa menor dependência da equipe de enfermagem e quatro pontos a maior.

A classificação do RN consiste na avaliação do mesmo em relação as vinte áreas de cuidado e determinação da situação que melhor representa sua condição e dependência de cuidado. Então, procede-se a soma dos números de pontos obtidos em cada área de cuidado e classifica o RN nas categorias a seguir, sendo o escore mínimo de 20 pontos e o máximo de 80 pontos (os escores não foram considerados na abordagem clínica dos RNs, necessitando de estudos posteriores para tal). Para determinação do escore final foi estabelecido o seguinte critério:

- Cuidados Intermediários: 20-34 pontos.
- Cuidados de Alta Dependência: 35-49 pontos.
- Cuidados Semi-Intensivos: 50- 64 pontos.
- Cuidados Intensivos: 65-80 pontos.

Quadro 5 – Instrumento Final para Classificação dos recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas Unidades Neonatais
(BOCHEMBUZIO, 2002. Modificado por MELO, 2020)

(continua)

<p>I-TERMORREGULAÇÃO- função fisiológica capaz de controlar e manter a temperatura corporal estável e normotérmica (36,5-37°C), com gasto calórico e consumo de oxigênio mínimos, para uma adaptação extra-uterina bem sucedida, o que dependerá de um ambiente termoneutro (variando de acordo com as horas/dias de vida e peso de cada recém-nascido).</p> <p>Com base nos recém-nascidos em Hipotermia Terapêutica pontua-se que: o resfriamento corpóreo é iniciado dentro das 6 primeiras horas de vida, visando uma temperatura central alvo de 33 a 34°C pelo período de 72h, a fim de melhorar a sobrevivência e o neurodesenvolvimento em recém-nascidos com encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) moderada ou grave.</p>	
Recém-nascidos que estão em berço comum ou berço com grades	1 ponto
Recém-nascidos que estão em Incubadora Aquecida sem parede dupla	2 pontos
Recém-nascidos que estão em Incubadora Aquecida com parede dupla	3 pontos
Recém-nascidos em Incubadora Aquecida com parede dupla e umidificada ou Unidade de Calor Radiante	4 pontos
<p>II- PESO- contribui na avaliação das condições nutricionais, de hidratação e riscos potenciais de morbimortalidade decorrentes do peso. O peso diário auxilia na decisão das condutas terapêuticas e nutricionais adequadas às demandas de cada recém-nascido.</p>	
Peso entre 2501g a 3999g (Peso Adequado)	1 ponto
Peso entre 1501g a 2500g (Baixo Peso) ou \geq 4000g (Macrossomia)	2 pontos
Peso entre 1001g a 1500g (Muito Baixo Peso)	3 pontos
Peso \leq 1000g (Extremo Baixo Peso)	4 pontos
<p>III-IDADE GESTACIONAL (IG)- duração da gestação medida do primeiro dia do último período normal de menstruação até o nascimento e/ou pela ultrassonografia (USG) e/ou clinicamente pelos métodos de CAPURRO ou NEW BALLARD SCORE, sendo expressa em dias ou semanas completas. IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA (IGC): traduz o ajuste da idade cronológica em função da prematuridade até o recém-nascido atingir 40 semanas. Ambos auxiliam no estabelecimento de risco de</p>	

comprometimento neonatal ou de desenvolvimento em longo prazo.	
37 semanas a 41 semanas e 6 dias (Termo)	1 ponto
32 semanas a 33 semanas e 6 dias (Pretermo Moderado) 34 semanas a 36 semanas e 6 dias (Pretermo Tardio) Acima de 42 semanas (Pós-Termo)	2 pontos
28 semanas a 31 semanas e 6 dias (Muito Pretermo)	3 pontos
Inferior a 27 semanas e 6 dias (Pretermo Extremo)	4 pontos
IV-ATIVIDADE ESPONTÂNEA E REAÇÃO À ESTÍMULOS- habilidade e capacidade em responder comportamental e fisiologicamente aos estímulos sensoriais, proprioceptivos, bioquímicos, térmicos e mecânicos, sendo a avaliação compatível com o desenvolvimento esperado para a sua Idade Gestacional ou Idade Gestacional Corrigida.	
Recém-Nascidos ativos e reativos	1 ponto
Recém-Nascidos hipoativos, porém reativos	2 pontos
Recém-Nascidos hiperreativos	3 pontos
Recém-Nascidos hipoativos e hiporreativos ou arreativos (inclusos os submetidos a sedação)	4 pontos
V-COR DA PELE E MUCOSAS- manutenção da pele e mucosas coradas, variando de acordo com antecedentes raciais.	
Recém-Nascidos com pele e mucosas coradas, variando de acordo com antecedentes raciais	1 ponto
Recém-Nascidos pletóricos e/ou com icterícia (Zona 1)	2 pontos
Recém-Nascidos com acrocianose e/ou com icterícia (Zonas 2 e 3)	3 pontos
Recém-Nascidos hipocorados e/ou cianóticos e/ou com icterícia (Zona 4 e 5)	4 pontos
VI-TONICIDADE- capacidade de manter-se com tônus muscular vigoroso adequado a uma adaptação extra-uterina bem sucedida.	
Tônus muscular pronunciado, vigoroso, com movimentos espontâneos frequentes e regulares.	1 ponto
Tônus muscular pronunciado, porém com movimentos espontâneos leves e/ou diminuídos.	2 pontos
Tônus muscular reduzido e/ou com movimentos involuntários de tremores ou abalos	3 pontos

Tônus muscular flácido e/ou espástico com pouco ou nenhum movimento espontâneo e/ou com movimentos involuntários de tremores, irregulares e assimétricos.	4 pontos
VII-NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO- habilidade em receber e reter nutrientes e líquidos para atender às necessidades nutricionais e metabólicas, com auxílio dos pais/família e equipe de enfermagem por meio de seio materno, mamadeira, copinho, sonda e/ou cateter.	
Recém-nascidos em seio materno com a mãe apropriada da pega e posicionamento corretos	1 ponto
Recém-nascidos com dieta por copinho ou mamadeira, sem dificuldade	2 pontos
Recém-nascidos com dieta por copinho ou mamadeira com dificuldade e/ou seio materno com dificuldade na pega e posicionamento e/ou apresentando intolerância alimentar	3 pontos
Recém-nascidos com dieta por sonda orogástrica (SOG) ou nasogástrica (SNG) ou sonda orojejunal (SOJ) ou gastrostomia, sendo por gavagem ou gastróclise Recém-nascidos apresentando intolerância alimentar Recém-nascidos em dieta Zero e/ou Nutrição Parenteral	4 pontos
VIII-ELIMINAÇÕES- habilidade em manter as eliminações urinária e intestinal espontâneas na fralda, por ostomias (colostomia, ileostomia ou urostomia) e/ou cateter vesical de demora ou intermitente.	
Eliminações intestinal e urinária espontâneas e com características dentro da normalidade, com controle da diurese sem a necessidade da pesagem de fralda (avaliação subjetiva por anotação em cruzeiros (+/++/+++)) em impresso próprio)	1 ponto
Eliminações intestinal e urinária espontâneas, com características dentro da normalidade e controle da diurese com necessidade da pesagem da fralda	2 pontos
Eliminações intestinal e urinária espontâneas presentes, com alterações dos padrões da normalidade (oligúria e/ou polúria, aumento ou diminuição da frequência das fezes e alteração da consistência e/ou coloração ou ausência de fezes por um período de 24h)	3 pontos

<p>Recém-nascido anúrico e/ou ausência de eliminações intestinais por um período maior que 24h</p> <p>Eliminação por cateter vesical de demora</p> <p>Recém-nascido com necessidade de cateterismo vesical intermitente</p> <p>Eliminações presentes por ostomias (colostomia, ileostomia ou urostomia), com controle das eliminações por peso de fralda e/ou mililitros (ml), seja dentro da normalidade ou não</p>	4 pontos
<p>IX-OXIGENAÇÃO- aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si ou com auxílio de dispositivos e equipamentos de suporte, com necessidade de intervenção da equipe de enfermagem.</p>	
<p>Recém-Nascidos com respiração espontânea, sem necessidade de oxigenioterapia ou desobstrução de vias aéreas</p>	1 ponto
<p>Recém-Nascidos com respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro fisiológico</p>	2 pontos
<p>Recém-Nascidos com respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreção e/ou necessidade de oxigenoterapia por cateter nasal, macronebulização ou Oxyhood</p>	3 pontos
<p>Recém-Nascidos em Ventilação Mecânica Invasiva (TOT ou traqueostomia) ou Não Invasiva ou Ventilação Oscilatória de Alta Frequência (com ou sem óxido nítrico)</p>	4 pontos
<p>X-INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA- manutenção da pele e mucosas livres de danos.</p>	
<p>Integridade da pele e mucosas preservada</p> <p>Coto umbilical sem sinais flogísticos</p>	1 ponto
<p>Presença de incisões cirúrgicas e/ou lesões cicatrizadas, sem indicação de curativo</p>	2 pontos
<p>Presença de incisões cirúrgicas e/ou lesões em cicatrização e/ou Lesão por Pressão (estágios 1 e 2), com ou sem necessidade de curativo e/ou cobertura e/ou alteração na integridade cutâneo-mucosa por dermatite de fralda</p>	3 pontos
<p>Presença de incisões cirúrgicas infectadas e/ou com deiscência e/ou Lesão por Pressão (estágios 3, 4, não classificável e/ou tissular</p>	4 pontos

profunda) e/ou doenças de pele infecto-contagiosas Coto umbilical com sinais flogísticos	
XI-CUIDADO CORPORAL- necessidade de higiene corporal, oral e ocular, troca de fraldas, bem como uso de vestimentas.	
Banho de imersão em banheira, higiene perineal, oral e ocular e trocas de fraldas (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas colocadas, quando aplicáveis, pela mãe/pai/família sob orientação e supervisão direta da equipe de enfermagem	1 ponto
Banho de imersão em banheira ou de Ôfuro, higiene perineal, oral e ocular realizados pela equipe de enfermagem com acompanhamento da mãe e trocas de fralda (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas colocadas, quando aplicáveis, pela mãe/pai/família sob supervisão direta da equipe de enfermagem	2 pontos
Banho de leito (incubadora/UCR/berço comum), higiene perineal, oral e ocular realizados pela equipe de enfermagem com acompanhamento da mãe/pai/família e trocas de fralda (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas colocadas, quando aplicáveis, pela mãe/pai/família com supervisão direta da equipe de enfermagem	3 pontos
Banho de leito (incubadora/UCR/berço comum), higiene perineal, oral e ocular, (coto umbilical, caso não tenha havido queda), trocas de fralda, e vestimentas colocadas, quando aplicáveis, pela equipe de enfermagem	4 pontos
XII-CONTROLE DE PARÂMETROS VITAIS- necessidade de observação e controles dos parâmetros vitais - temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial não invasiva e/ou invasiva, dor (Escala de NIPS, conforme rotina da unidade), saturação de oxigênio e glicemia capilar. * Caso tenha intervalos diferentes para controle dos parâmetros citados, o com menor intervalo determinará a escolha da pontuação.	
Controle com intervalo ≥ 6 horas	1 ponto
Controle com intervalo de 4 horas	2 pontos
Controle com intervalo de 3 horas	3 pontos
Controle com intervalo ≤ 2 horas	4 pontos
XIII-CONTROLE DE CATETERES E DRENOS- necessidade de observação e	

controle dos dispositivos destinados a drenagem de fluidos e/ou líquidos.	
Recém-nascidos que não dispõe de dispositivos destinados a drenagem de fluidos e/ou líquidos	1 ponto
Recém-nascidos com DVP (Derivação Ventricular Peritoneal)	2 pontos
Recém-nascidos com drenos (tórax e/ou Penrose e/ou outros)	3 pontos
Recém-nascidos com DVE (Derivação Ventricular Externa)	4 pontos
XIV-CONTROLE DE CATETERES VASCULARES- necessidade de observação e controle dos cateteres de infusão e/ou coleta de sangue (Cateter Umbilical Arterial) e/ou monitorização hemodinâmica.	
Recém-nascidos que não utilizam	1 ponto
Recém-nascidos submetidos a cateteres periféricos intermitentes de curta permanência para infusão intermitente	2 pontos
Recém-nascidos submetidos a cateteres periféricos intermitentes de curta permanência para infusão contínua	3 pontos
Recém-nascidos que necessitam de cateterização de vasos umbilicais e/ou cateteres epicutâneo e/ou venodissecação e/ou punção profunda	4 pontos
XV-TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E TRANSFUSIONAL- administração de drogas, soluções, hemocomponentes e/ou hemoderivados.	
Não utiliza medicamentos	1 ponto
Droga e/ou solução por via oral (VO) e/ou via nasal e/ou via ocular e/ou via otológica e/ou via tópica e/ou via retal e/ou via inalatória	2 pontos
Droga e/ou solução por via SOG ou SNG ou SOJ e/ou IM e/ou SC	3 pontos
Droga e/ou solução por via endovenosa (EV) e/ou exsanguineotransfusão e/ou hemoderivados e/ou hemocomponentes	4 pontos
XVI-PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE- habilidade, confiança e segurança da mãe/família para dispensar cuidados adequados para a manutenção dos hábitos de saúde pessoais e/ou ambientais dos recém-nascidos.	
Mãe/ família orientados e reconhecendo as necessidades pessoais e/ou ambientais dos recém-nascidos	1 ponto
Mãe/família orientados, com aceitação das informações recebidas, porém com dificuldade de compreensão, apreensivos ou resistentes	2 pontos

Mãe/família orientados, mas com elevada apreensão e resistência e com fortes reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatório, procedimentos diagnósticos, rotinas hospitalares e atividades diárias	3 pontos
Mãe/família com a compreensão ou não das informações recebidas, sem aceitá-las e com severas reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatórios, procedimentos diagnósticos, rotinas hospitalares e atividades diárias. Recém-nascidos em mínimo manuseio por gravidade	4 pontos
XVII-PRESENÇA DO ACOMPANHANTE- presença de um acompanhante durante sua permanência no hospital, seja de forma integral ou intermitente.	
Presença de um responsável acompanhado-o durante as 24h	1 ponto
Presença de um responsável acompanhado-o por mais de 12h e menos que 24h ao dia	2 pontos
Presença de um responsável acompanhado-o por menos de 12h ao dia	3 pontos
Recém-nascido desacompanhado	4 pontos
XVIII-MUDANÇA DE DECÚBITO E POSICIONAMENTO- inclui procedimentos de mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados.	
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 6/6h	1 ponto
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 4/4h	2 pontos
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 3/3h ou intervalo menor nas 24h	3 pontos
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados, necessitando de 2 ou mais profissionais, em qualquer frequência	4 pontos
XIX-OUTROS PROCEDIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM- orientações e procedimentos específicos realizados na unidade e que requerem a atuação ativa da equipe de enfermagem.	
Ausência de orientação e procedimentos específicos	1 ponto
Coleta de exames: swab, diurese em saco coletor, coprocultura, Procedimentos: pesagem; mensurações antropométricas; preparo e instalação de Pressão Arterial Invasiva	2 pontos

<p>Coleta de exames: urinocultura; aspirado traqueal</p> <p>Procedimentos: punção venosa periférica; inserção de sonda gástrica e/ou jejunal; sonda vesical de demora; cateterismo vesical intermitente regular; eletrocardiograma</p> <p>Orientações Gerais: quanto aos cuidados realizados seja na internação ou preparando para alta (troca de fralda, higiene corporal/oral/ocular, vestimentas, cateterismo vesical intermitente, aleitamento materno, ordenha manual de leite humano (incluso colostroterapia), dentre outros)</p>	3 pontos
<p>Procedimentos: inserção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC); preparo do corpo</p> <p>Transporte intra-hospitalar para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, com permanência integral apenas da equipe de Enfermagem</p>	4 pontos
<p>XX-AÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL- consultas, reuniões, transportes e procedimentos, dentro ou fora da Unidade Neonatal, que requerem a participação de uma equipe multiprofissional, sendo a atuação da equipe de enfermagem sempre presente.</p> <p>*Considerar apenas as condutas que a equipe de enfermagem estiver envolvida.</p>	
Ausência de procedimentos	1 ponto
Atuação em procedimentos: cateterismo umbilical, coleta de líquido, intubação oro-traqueal, fundoscopia, dentre outros	2 pontos
<p>Transporte Intra-Hospitalar para transferência</p> <p>Orientações: Acolhimento aos pais e familiares na Unidade (Primeira Visita)</p> <p>Reunião sobre rotinas da Unidade e/ou circunstâncias especiais (morte/ gravidade/ dificuldade de comunicação)</p>	3 pontos
<p>Transporte Intra-Hospitalar para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, com a presença do profissional de enfermagem e outra (s) categoria (s) profissional (is) de saúde, além do examinador</p> <p>Transporte Inter-hospitalar (para transferência ou procedimentos diagnósticos)</p> <p>Cirurgias realizadas na Unidade Neonatal OU no Centro Obstétrico, com</p>	4 pontos

suporte do profissional da Unidade Neonatal Consulta Multiprofissional para adesão ao Método Canguru Atuação em Parada Cardiorrespiratória (PCR)	
--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Posteriormente a classificação e categorização de cuidado do recém-nascido através do SCP, considera-se também as horas de assistência de enfermagem, a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem e a proporção profissional/paciente:

Quadro 6- Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem

SCP	HORAS	DISTRIBUIÇÃO	PROPORÇÃO
PCI	6h/paciente	1 prof/ 4 pacientes	33% enfermeiros 67% técnicos
PCAD	10h/paciente	1 prof/ 2,4 pacientes	36% enfermeiros 64% técnicos
PCSI	10h/paciente	1 prof/ 2,4 pacientes	42% enfermeiros 58% técnicos
PCIt	18h/paciente	1 prof/ 1,33 pacientes	52% enfermeiros 48% técnicos

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Com base nestas informações, utiliza-se algumas fórmulas para alcançar o Quantitativo de Pessoal (QP) para o DPE.

*Total de horas de enfermagem (THE)- somatório das cargas médias diárias de trabalho necessárias para assistir os pacientes com demanda de cuidados intermediários, alta dependência, semi-intensivos e intensivos.

$$THE = [(PCM \times 4) + (PCAD \times 10) + (PCSI \times 10) + (PCIt \times 18)]$$

*Constante de Marinho para Unidade de Assistência Ininterrupta (KM_{UAI}): funcionamento 24 horas.

$$KM_{(UAI)} = \frac{DS}{CHS} \times (1+IST)$$

DS = dias da semana (7 dias).

CHS = carga horária semanal.

(1 + IST) = Fator de ajuste do Índice de Segurança Técnica.

*QP- número de profissionais de enfermagem necessário na UI, com base nas horas de assistência, segundo o SCP.

$$QP_{(UI/SCP)} = THE \times KM_{(UAI)}$$

*Cálculo da Quantidade de profissionais (QP) para Unidade de Internação (UI) com base na relação de proporção.

$$QP_{(UI)} = \{[(PCI) + (PCAD) + (PCSI) + (PCIt)] \times [(PF \times DS)]\} \times (1 + IST)$$

4 2,4 2,4 1,33 CHS

PF = período de funcionamento da unidade (24 horas).

A distribuição de profissionais por categoria do cuidado, referido acima, deverá seguir o grupo de pacientes que apresentar a maior carga de trabalho.

5 CONCLUSÃO

Este estudo destinou-se a modificação do instrumento para classificação dos RNs segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem nas UN, considerando as necessidades e demandas individualizadas, bem como as atividades gerenciais e cognitivas relacionadas ao cuidado, com base nas quatro categorias de cuidado, conforme determinação do COFEN.

O emprego do instrumento pode ser adotado como ferramenta no gerenciamento de recursos humanos e materiais, bem como proporcionar melhoria na qualidade da assistência, segurança do paciente, subsidiar a alocação da equipe de enfermagem, fornecer um cuidado baseado nas necessidades individuais do RN e sua família e gerar informações que subsidiam as tomadas de decisões.

É importante destacar que a classificação diária de pacientes deve ser utilizada como uma avaliação da demanda de cuidados de enfermagem da unidade como um todo, no entanto não deve ser considerada como uma descrição da prática de enfermagem, pois não engloba toda a complexidade das interações éticas, físicas, emocionais, sociais e profissionais que interferem na rotina do serviço.

O bom uso das informações obtidas através da aplicação responsável, consciente e segura do instrumento permite aos gestores uma administração hospitalar mais eficiente, com planejamento dos custos da assistência, manutenção de padrões de qualidade e direcionada para as demandas específicas do ambiente de trabalho e segurança do paciente.

A validação do instrumento ateu-se apenas ao conteúdo proposto, porém faz-se necessário processar a verificação de sua aplicabilidade na prática clínica. Sendo assim, recomenda-se conduzir estudos para monitorar suas propriedades de validade e confiabilidade em diferentes Unidades Neonatais que tenham a intenção de utilizá-lo e por enfermeiros em consonância com a prática assistencial.

São recomendados novos estudos para quantificar os escores por categoria de cuidado para compor o SCP e assim, contribuir com a operacionalização do dimensionamento de pessoal com maior segurança e confiabilidade.

Espera-se, ainda, estimular a reflexão acerca da relevância e seriedade dos SCP e da necessidade da sua empregabilidade na prática assistencial e gerencial das instituições em seus diferentes cenários.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.C; NÓBREGA, M.M.L.; FONTES, W.D.F. Sistematização da assistência de enfermagem a um binômio mãe-lactentes utilizando a teoria das necessidades Humanas Básicas e a CIPE[®] versão 1.0. **Cienc Cuid Saude**. V.7, n.3, p.392-8, jul/set., 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6518/3867>. Acesso em: 04 de janeiro de 2020.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência ; Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011.

ALWARD, R.R. Patient classification systems: another perspective. **Journal Nursing Management**, 1992; v.23, p.38-9, 1992

ASSIS, M. N. de. *et al.* Intervenções de enfermagem em pediatria: contribuição para a mensuração da carga de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.49, n.esp., p.83-89, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0083.pdf> Acesso em: 20 de Junho de 2019.

AVERY, G.B. Neonatologia: Perspectivas na década de 1990. In: AVERY, G.B.; FLETCHER, M.A.; MACDONALD, M.G. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do RN**. 4 ed. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica, 1999. p.3-7.

AVERY, G.B. **Neonatologia, fisiologia e tratamento do recém-nascido**. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1984.

BOCHEMBUZIO, L. **Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência**. (Dissertação) São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, p. 135, 2002.

BOCHEMBUZIO, L.; GAIDZINSKI, R.R. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.18, n.4, p.382-9, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a06v18n4.pdf> Acesso em: 03 de março de 2018.

BOSCO. C. De S. *et al.* Confiabilidade de um instrumento para classificar o recém-nascido segundo a complexidade assistencial. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.47, n.4, p.788-93,

2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0788.pdf> Acesso em: 10 de dezembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 7.498**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem de 25 de junho de 1986. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de UTIN no âmbito do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 26 set. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 19 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 12 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 26, de 11 de maio de 2012**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html>. Acesso em: 12 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em 02 de janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016**. Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html> Acesso em 02 de janeiro de 2019.

CAETANO, S. A; PRADO, J. T. C.P. Mercado de trabalho: condições gerais do trabalho da enfermagem. **Divulg. Saúde Debate**, v. 28, n. 56, p. 98-195, dez. 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen.pdf. Acesso em: 03 de março de 2017.

CARMONA, L.M.P.; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de classificação de pacientes: aplicação de um instrumento validado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.36, n.1, p.42-9, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 189 de 25 de Março 1996**. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Rio de Janeiro: COFEN, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 543 de 18 de Abril de 2017**. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 293 de 21 de Setembro de 2004**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas. COFEN: Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2932004_4329.htm>. Acesso em: 03 de março de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 527 de 18 de abril de 2016**. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. COFEN: Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html Acesso em: 03 de março de 2017.

CONTRADIOPOULOS, A.P. *et al.* **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CONNOR, R.J. Effective use of nursing resources: a research report. Hospitals. **Journal of the American Hospital Association**, v.35, n.5, p.30-9, 1961.

CONNOR, J.A.; LAGRASTA, C.; HICKEY, P.A. Complexity assessment and monitoring to ensure optimal outcomes tool for measuring pediatric critical care nursing. **American J Critical Care**, v.24, n.4, July, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/resid%C3%Aancia/Downloads/PublicationConnor7_15pgs2.pdf Acesso em: 01 de dezembro de 2019.

CONNOR, J. A *et al.* Validation of the Complexity Assessment and Monitoring to Ensure Optimal Outcomes (CAMEO II) Acuity Tool for Pediatric Critical Care Nursing. **Dimensions**

of **Critical Care Nursing**, v.38, n.3, p.153-9, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/resid%C3%Aancia/Downloads/Validation_of_the_Complexity_Assessment_and.8.pdf Acesso em: 10 de maio de 2020.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe canguru em uma unidade de neonatologia**: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. (Dissertação). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

CUCOLO, D.F.; FARIA, J.I.L.; CESARINO, C.B. Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infecção hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.1, p.49-54, jan/mar., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0103-21002007000100009> Acesso em: 08 de junho de 2020.

CURAN, G.R.F. *et al.* Sizing of staff of neonatal units in a University Hospital. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.36, n.1, supl, p. 55-62, ago., 2015.

DARAISEH, N.M. *et al.* Developing a Patient Classification System for a Neonatal ICU. **The Journal of Nursing Administration**, v.46, n.12, december, p.636-41, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/resid%C3%Aancia/Downloads/Daraisehetal2016PCS.pdf> Acesso em: 10 de maio de 2020.

DAVIS, L.L. Instrument review: getting the most from a panel of experts. **Appl Nurs Res.**, v.5, n.4, p.194-7, 1992.

DE GROOT, H.A. Patient classification system evaluation. Part 1: essential system elements. **Journal Nursing Administration**, n.19, n.16, p.30-5, 1989.

DESMOND, M.M. A review of newborn medicine in America: European past and guiding ideology. **American Journal Perinatology**, v.8, p. 308-22, 1991.

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 dezembro de 2018.

DINI, A.P. *et al.* Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.3, p.575-80, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a04.pdf>> Acesso em: 01 de dezembro de 2019.

DINI, A.P.; GUIRARDELLO, E. de B. Construção e validação de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.26, n.2, p.144-9, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a07.pdf>> Acesso em: 10 de março de 2019.

DINI, A.P. *et al.* Validity and reliability of a pediatric patient classification instrument. **Rev Latino Am Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.4, p.58-603, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/0104-1169-rlae-22-04-00598.pdf> Acesso em: 01 de maio de 2019.

DINI, A.P.; GUIRARDELLO, E. de B. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.48, n.5, p.787-93, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-787.pdf Acesso em: 20 de outubro de 2019.

DOWNES, J.J. Evolução histórica, estado atual e desenvolvimento prospectivo do tratamento intensivo pediátrico. **Clínica de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.1-25, 1992.

DUXBURY, M.L. Nursing in neonatology. In: SMITH, G.F.; VIDYASAGAR, D. **Historical review and recent advances in neonatal and perinatal medicine**. Mead Johnson Nutritional Division, p.9-33, 1983.

FANEM. **Manual do Usuário- Incubadora Neonatal, Modelo 1186**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://cleanmedical.com.br/wp-content/uploads/2019/12/Incubadora-Fanem-1186.pdf>> Acesso em: 08 de junho de 2020.

FIGUEIREDO, R.M. *et al.* Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.2, p. 299-303, 2006.

FUGULIN, F.M.T. **Sistema de Classificação de Pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem**. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1997.

FUGULIN, F.M.T. *et al.* Nursing care time in the Intensive Care Unit: evaluation of the parameters proposed in COFEN Resolution nº 293 de 2004. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.2, p.325-32, 2012.

FUGULIN, F.M.T. *et al.* Implantação do sistema de Classificação de Pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista de Medicina do Hospital Universitário da USP**, v.4, n1/2, p.63-8, jan./dez., 1994. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0104-11692005000100012>. Acesso em: 03 de março de 2017.

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, janeiro-fevereiro, 2005.

GAIDZINSKI, R.R. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam a prática**. [Tese]. São Paulo (SP); Escola de Enfermagem/USP; 1994.

GAIDZINSKI, R.R.; KURCGANT, P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiras. **Nursing**, v.1, n. 2, jul. 1998. p. 28-34. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis;src=google;base=LILACS;lang=p;nextAction=lnk;exprSearch=247055;indexSearch=ID>>. Acesso em: 03 março de 2017.

GAIDZINSKI, R.R.; FUGULIN, F.M.T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.125-37.

GARCIA, T.R; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Rev Enferm Esc Anna Nery**, v.13, n.1, p.188-93, janeiro-março, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2015.

GIOVANNETTI, P. Understanding patient classification systems. **Journal Nursing Administration**, v.9, n.2, p.4-9, 1979.

GOUVEIA, M. T. de O.*et al.* Classificação de pacientes pediátricos em um hospital de ensino de Teresina. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.11, n.esp, p.160-8, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4699/3495> Acesso em: 20 de outubro de 2019.

GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res Nurs Health**, v.20, n.3, p.269-74, 1997.

HESKETH, J. L.; COSTA, M. T. P. M. Construção de um instrumento para medida de satisfação no trabalho. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v.20, n.3, p.59-68, Setembro, 1980.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0034-75901980000300005;lng=en;nrm=iso> Acesso em: 20 de abril de 2018.

HESS, J.H. Chicago Plan for care premature infantes. **Journal American Medical Association**. v.146, p.891-3, 1951.

HORTA, W.A. **O processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M. Sizing the nursing staff in an Intensive Care Unit for Adults. **Acta paul. enferm.**, v.23, n.10, p. 379-84, maio, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a11.pdf>>. Acesso em: 03 de março de 2017.

LAMY, Z.C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-natos internados em unidade de terapia intensiva neonatal** [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira; 1995.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. **The Delphi Method**. [s.l.] Murray Turoff and Harold A. Linstone, 2002. Disponível em: <<https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/index.html>> Acesso em: 05 de Maio de 2019.

LUSSKY, R.C. A century of neonatal medicine. **Minnesota Medical Association**, Mineápolis, v.82, dec.,1999.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.**, v.35, n.6, p.382-5, 1986.

MAGALHÃES, A.M.M. *et al.* Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.51, dez., p.1-7, 2017. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016021203255>> Acesso em: 13 de Janeiro de 2021.

MALLOCH, K. *et al.* Patient classification systems. Part 2: The third generation. **Journal Nursing Administration**, v.29, n.9, p.33-42, 1999.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, out/dez, p.758-64, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0104-07072008000400018;lng=en;nrm=iso;tlng=pt> Acesso em: 30 de junho de 2019.

MENEGUETI, M.G. *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.2, abr/jun,p.551-63, 2013. Disponível em:<<https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf>>. Acesso em: 18 de setembro de 2017.

MIYADAHIRA, S.; FRANCISCO, R.P.V.; ZUGAIB, M. Indução do parto em gestações pós-termo com 41 semanas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.49, n.3, jul/set., 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0104-42302003000300019> Acesso em: 08 de junho de 2020.

NARVÁEZ, J. A. *et al.* Guidelines for magnetic resonance imaging in axial spondyloarthritis: A Delphi study. **Radiología**, v. 57, n. 6, p.512–22, 2015.

NETO, J.A.S.; RODRIGUES, B.M.R.D. A ação intencional da equipe de enfermagem ao cuidar do RN na UTI neonatal. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v.14, n.3, jul./set.; p.1237-1244, 2015.

NOVARETTI, M. C. Z; *et al.* Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n.5, p. 692-9, jul., 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>. Acesso em: 13 de janeiro de 2021.

OLIVEIRA, J. de S.P. de; COSTA, M.M.; WILLE, M. F. de C. **Introdução ao Método Delphi**. Curitiba: Mundo Material, 2008. Disponível em: http://eprints.rclis.org/12888/1/cartilha_delphi_digital.pdf Acesso em: 05 de Maio de 2019.

OLIVEIRA, I.C.S., RODRIGUES, R.G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, p.498-505, 2005.

OTAVIANO, F.P; DUARTE, I.P.; SOARES, N.S. Assistance to Nursing Neonate Premature in Intensive Care Units Neonatal (NICU). **Rev Saúde em foco**, v. 2, n. 1, p. 60-79, jan-jul. 2015. Disponível em:< file:///C:/Users/Fabiana/Downloads/296- 2871-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 de junho de 2017.

PERROCA, M.G. **Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento**. (Dissertação) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1996.

PHILIP, A.G.S. The Evolution of neonatology. **Journal of Pediatric Research**, v.58, p.799-815, 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported critique and recomendationas. **Res Nurs Health**, v.29, p.489-97, 2006.

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

PONTES, J.A.R.; BOHOMOL, E. Estudo de dois sistemas de classificação de pacientes cirúrgicos pediátricos. **Enferm. Foco**, Brasília, v.10, n.4, p.28-34,2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/resid%C3%Aancia/Downloads/2174-15366-1-PB.pdf>> Acesso em: 02 de março de 2020.

RAMOS, J.L.A. Pediatria Neonatal: âmbito e finalidades. In: MARCONDES. E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A. *et al.* **Pediatria básica: pediatria clínica especializada**. São Paulo: Sarvier; 1991.

REINIACK, S *et al.* Caracterização sociodemográfica-clínica e diagnósticos de enfermagem na enfermaria pediátrica. **Enferm. Foco**, Brasília, p.127-34, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/resid%C3%Aancia/Downloads/2426-13227-2-PB.pdf> Acesso em: 02 de março de 2020.

RIBEIRO, S.P.; COSTA, R.B.; DIAS, C.P. Macrosomia Neonatal: Fatores de Risco e Complicações Pós-parto. **Nascer e Crescer**, Porto, v.26, n.1, mar., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0872-07542017000100003> Acesso em: 08 de junho de 2020.

RODRIGUES, J. FILHO. Sistema de classificação de pacientes. Parte I: dimensionamento de pessoal de enfermagem. **Rev Esc Enfermagem/ USP**, v.26, n.3, p.395-404, dezembro, 1992.

RODRIGUES, R.G.; OLIVEIRA, I.C.dos S. Os primórdios da assistência aos 286 recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.2, p.286-291, 2004. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R3_primordio.pdf >. Acesso em: 23 de novembro de 2018.

ROLLET, C. The debut of neonatal medicine in the XIX century. **Bull Acad Nati Med**. p.1863-5, 2000.

ROLNIK, D.L. *et al.* Predição do parto prematuro: avaliação sequencial do colo uterino e do teste para proteína-1 fosforilada ligada ao fator de crescimento insulina-símile. **Rev. Bras de Ginecol. Obst.**, São Paulo, v.35, n. 9, p.394-400, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n9/v35n9a03.pdf>> Acesso em: 08 de junho de 2020.

ROZADOS, H.B.P. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. **Em Questão**, Porto Alegre, v.21, n.3, p. 64-86, set/dez., 2015.

RUBIO, D.M. *et al.* Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res.**, v.23, n.2, p.94-105, 2003.

SANTOS, C.M.da C.; PIMENTA, C. A. de M.; NOBRE, M.R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.3, maio/ju 2007, p. 508-511, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf >. Acesso em: 30 de junho de 2019.

SANTOS, N.C.; FUGULIN, F.M.T. Construção e validação de instrumento para identificação das atividades de enfermagem em unidades pediátricas: subsídio para determinação da carga de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.47, n.5, p.1052-69, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1052.pdf .Acesso em: 05 de Junho de 2019.

SAWATZKY-DICKSON, D.; BODNARYK, K. Validation of a tool to measure neonatal nursing workload. **J of Nurs Manag**, v.17, n.1, p.84-91, 2009.

SCHAFFER, A.J.; AVERY, M.E. **Diseases of the newborn**. Philadelphia: Saunders; 1977.

SOUZA, M.F. Modelos teóricos e teorias de enfermagem: contribuição para a construção do conhecimento em enfermagem no Brasil. In: GARCIA, T.R., PAGLIUCA, L.M.F. A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos. Fortaleza (CE): **RENE**; 1998, p.51-63.

SPENCE, K *et al.* Measuring nursing workload in neonatal intensive care. **Journal of Nursing Management**, v.14, p.227-34, 2006. Disponível em: file:///C:/Users/resid%C3%Aancia/Downloads/Measuring_Nursing_Workload_in_Neonatal_Intensive_C.pdf Acesso em: 05 de Maio de 2020.

SPÍNDOLA, A.W.P. **Delphos**: proposta tecnológica alternativa. São Paulo: [s.n.]; 1984.

TEIXEIRA, F.F.R. **Dimensionamento e carga de trabalho da enfermagem em UTI pediátrica e neonatal.** (Dissertação) Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

TOURINHO, F.S.V *et al.* Grau de dependência dos pacientes de um hospital pediátrico em relação à assistência de enfermagem. **Rev Nursing**, São Paulo, v.20, n.234, p.1915-22, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Revista-Nursing_234-BAIXA.pdf Acesso em: 01 de dezembro de 2019.

WINSLOW, C.E.A. Florence Nightingale and Public Health Nursing. Public Health nursing 1946. In: DOLAN, J.A. **Nursing in Society**. 14a ed. Philadelphia: WB Saunders; 1978.

WRIGHT, J.T.C.; GIOVINAZZO, R.A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v.1, n.12, 2º trim/2000.

YOXALL, C.W. *et al.* Dependency level of babies on the neonatal unit: a comparison of two different classification systems. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v.85, p.173–6, 2001. Disponível em: <<file:///C:/Users/resid%C3%Aancia/Downloads/v085p0F173.pdf>> Acesso em: 10 de maio de 2020.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. 7a ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTACIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTACIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES NEONATAIS SEGUNDO O GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Micheli Marinho Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30690320.5.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade-Escola da UFRJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.972.245

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto da área da enfermagem inserido no Programa de Mestrado Profissional da Maternidade Escola / UFRJ. a pesquisadora pretende elaborar um instrumento para classificação do grau de dependência da equipe de enfermagem de recém-nascidos que será submetido a apreciação de juizes especialistas. A utilização de um instrumento para a classificação de pacientes por dependência de cuidados da equipe de enfermagem pode ser uma ferramenta de gestão que auxilia na priorização de informações importantes referentes à demanda de cuidados, visando o desenvolvimento de ações que contribuam para a integralidade e qualidade do cuidado prestado.

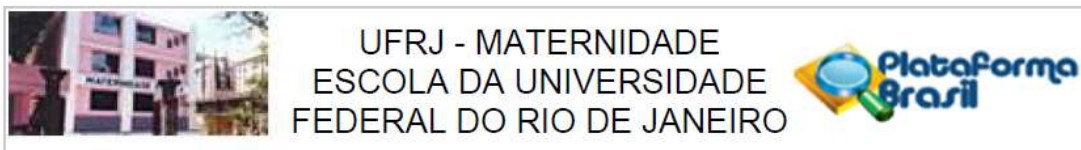
Objetivo da Pesquisa:

Construir um instrumento para classificação de pacientes neonatais baseado no grau de dependência da equipe de enfermagem para Unidade Neonatal;
propor a inserção do instrumento na rotina assistencial da Unidade Neonatal;
elaborar um formulário digital e personalizado para a classificação dos recém-nascidos da Unidade Neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não ocorrerá intervenção do pesquisador na assistência clínica vinculada à coleta dos dados. O estudo oferece riscos mínimos, como tomar tempo dos participantes da pesquisa ao responder

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.972.245

aos questionários, bem como cansaço e aborrecimento; mas a pesquisadora garante suspensão imediata da participação do participante ao perceber qualquer um dos riscos apontados.

Os benefícios serão a construção de um instrumento de classificação de pacientes neonatais com relação a dependência dos cuidados de enfermagem e a de um formulário digital e personalizado para a unidade em questão, oferecendo uma maior qualidade e segurança da assistência prestada aos recém-nascidos pela equipe de enfermagem, bem como otimização do quantitativo de funcionários e dos custos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de grande relevância e trará um resultado direto para a assistência de enfermagem aos recém-nascidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de compromisso de utilização e divulgação de dados;
 TCLE dentro das recomendações solicitadas por este Comitê;
 Projeto de Pesquisa bem delineado;
 Link dos currículos apresentados;
 Orçamento e Cronograma apresentados.

Recomendações:

Adequar o cronograma - a submissão ao CEP foi no segundo trimestre e não no primeiro.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer acatado. Projeto aprovado.

OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/2012, inciso XI.2., e com a Resolução CNS 510/2016, artigo 28, incisos III, IV e V, cabe ao pesquisador:

- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção
- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.972.245

- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	PROJETO.doc	15/04/2020 10:41:47	Ivo Basílio da Costa Júnior	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1536301.pdf	08/04/2020 13:51:39		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	08/04/2020 13:50:59	Micheli Marinho Melo	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	07/04/2020 16:59:24	Micheli Marinho Melo	Aceito
Outros	CARTA_CONVITE.doc	07/04/2020 16:58:32	Micheli Marinho Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	07/04/2020 16:56:46	Micheli Marinho Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.doc	07/04/2020 16:56:24	Micheli Marinho Melo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 15 de Abril de 2020

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador(a))

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br

ANEXO B - INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS DE ACORDO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL**



INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS DE ACORDO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA PROPOSTO POR TOLEDO E FUGULIN, 2000 E ADAPTADO POR BOCHEMBUZIO, 2002

I- TERMORREGULAÇÃO (capacidade de manutenção da temperatura corporal estável, com gasto calórico e consumo de oxigênio mínimos, para uma adaptação extra-uterina bem sucedida)

- 1- Recém-Nascidos que estão em berço comum ou em berço aquecido.
- 2- Recém-Nascidos que estão em berço comum, berço aquecido ou em incubadora.
- 3- Recém-Nascidos que estão em berço aquecido ou em incubadora.

II- PESO (necessidade de controle de peso para comparar o peso diário com o peso de nascimento e com peso do dia anterior, auxiliando na avaliação das condições nutricionais e riscos potenciais decorrentes do peso e de nascimento)

- 1- Superior a 2500g.
- 2- Superior a 1000g.
- 3- Superior a 500g ou independente do peso.

III- ATIVIDADE ESPONTÂNEA (habilidade em manter o estado de consciência, a resposta comportamental aos estímulos sensoriais, proprioceptivos, bioquímicos, térmicos e mecânicos e parâmetros fisiológicos adequados para uma adaptação extra-uterina bem sucedida).

- 1- Recém-Nascidos ativos e/ou hiperativos.
- 2- Recém-Nascidos ativos e/ou hipoativos e/ou hiperativos.
- 3- Recém-Nascidos ativos e/ou hipoativos e/ou hiperativos e/ou submetidos à sedação.

IV- REAÇÃO À ESTÍMULOS (capacidade de responder à estímulos sensoriais, proprioceptivos, bioquímicos, térmicos e mecânicos adequados para uma adaptação extra-uterina bem sucedida).

- 1- Recém-Nascidos reativos e/ou hiperreativos.
- 2- Recém -Nascidos reativos e/ou hiporeativos e/ou hiperreativos.
- 3- Recém-Nascidos reativos e/ou arreativos e/ou hiporeativos e/ou hiperreativos.

V- COR DA PELE (capacidade de manter pele e mucosas coradas adequadas para uma adaptação extra-uterina bem sucedida).

- 1- Recém-Nascidos corados, variando de acordo com antecedentes raciais, acianóticos, quando mantidos em ambientes termoneutros e/ou pletóricos e/ou com icterícia fisiológica.
- 2- Recém-Nascidos com coloração cianótica e/ou pletora e/ou palidez, e/ou descorados e/ou com icterícia patológica Zonas I a III.
- 3- Recém-Nascidos com coloração cianótica e/ou matizados e/ou palidez e/ou pletora e/ou descorados e/ou com icterícia patológica Zonas IV a V.

VI- TONICIDADE (capacidade de manter-se com tônus muscular vigoroso adequado a uma adaptação extra-uterina bem sucedida)

- 1- Tônus muscular pronunciado, vigoroso, com movimentos espontâneos frequentes e regulares.
- 2- Tônus muscular reduzido e/ou com movimentos involuntários de tremores ou abalos e/ou com movimentos espontâneos leves e diminuídos.
- 3- Tônus muscular flácido e/ou espástico com pouco ou nenhum movimento espontâneo e/ou com movimentos trêmulos, irregulares e assimétricos.

VII- NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO (habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas com auxílio da mãe, da família ou da equipe de enfermagem por meio de seio materno, mamadeiras, copinhos, sondas e cateteres).

- 1- Alimentação via oral (VO).
- 2- Alimentação via oral (VO), sonda orogástrica (SOG) ou nasogástrica (SNG) ou sonda nasojejunal (SNJ), por ostomias ou via parenteral.
- 3- Alimentação por sonda orogástrica (SOG) ou nasogástrica (SNG) ou sonda nasojejunal (SNJ), por ostomias ou via parenteral.

VIII- ELIMINAÇÕES (habilidade em manter eliminações urinária e intestinal espontânea com auxílio de terceiros ou por drenos e estoma).

- 1- Eliminações presentes e com características dentro da normalidade.
- 2- Eliminações presentes, com alterações dos padrões da normalidade (oligúria e/ou polúria, aumento ou diminuição da frequência das fezes e alteração da consistência e/ou coloração), com ostomias, controle das eliminações por peso de fralda, saco coletor.
- 3- Apresenta alterações nos padrões das eliminações, com ostomias, controle das eliminações por peso de fralda e/ou presença de cateter vesical e/ou saco coletor.

IX- OXIGENAÇÃO (aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo ou com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos).

- 1- Recém-Nascidos não dependentes de oxigênio.
- 2- Recém-Nascidos submetidos a oxigenoterapia em incubadora, por cateter nasal, halo ou nebulização contínua.
- 3- Recém-Nascidos submetidos a halo ou nebulização contínua, CPAP nasal ou ventilação pulmonar mecânica.

X- INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA (capacidade de manter pele e mucosas sem danificação ou destruição).

- 1- Integridade da pele e mucosas preservadas.
- 2- Presença de incisões cirúrgicas e mucosas com alteração na integridade.
- 3- Presença de incisões cirúrgicas e soluções de continuidade da pele e mucosas.

XI- CUIDADO CORPORAL (capacidade de manter a higiene pessoal e vestuário).

- 1- Banho de imersão, higiene perineal, oral e ocular e trocas de fralda e roupas realizadas pela mãe/ família sob orientação e supervisão direta da equipe de enfermagem.
- 2- Banho de leito ou de imersão, higiene perineal, oral e ocular realizados pela equipe de enfermagem com acompanhamento da mãe e trocas de fralda e vestimentas realizadas pela mãe/ família com supervisão direta da equipe de enfermagem.
- 3- Banho no leito, higiene perineal, oral e ocular, trocas de fralda e vestimentas realizadas pela equipe de enfermagem.

XII- CONTROLE DE SINAIS VITAIS (necessidade de observação e controles dos parâmetros vitais - temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio).

- 1- Controle de 6 em 6 horas de temperatura.
- 2- Controle de 6 em 6 horas ou de 4 em 4 horas de temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio.
- 3- Controle inferior a 4 horas de temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio.

XIII- CONTROLE DE SONDAS E DRENOS (necessidade de observação e controle dos equipamentos contendo fluidos de infusão e/ou drenagem).

- 1- Recém-nascidos que não dispõem de equipamentos contendo fluidos.
- 2- Recém-nascidos que são submetidos a SOG ou SNG ou SNJ e/ou SVD (sonda vesical de demora), DVP (derivação ventricular peritoneal) ou DVE (derivação ventricular externa) e/ou bolsa de ostomia.
- 3- Recém-nascidos que necessitam de SOG ou SNG ou SNJ e/ou SVD e/ou DVP ou DVE e/ou bolsa de ostomia e/ou dreno de tórax e/ou CET (cânula endotraqueal).

XIV- CONTROLE DE CATETERES VENOSOS (necessidade de observação e controle dos cateteres de infusão e/ou coletas, monitorização hemodinâmica e nutrição parenteral hipertônica).

- 1- Recém-nascidos que não utilizam.
- 2- Recém-nascidos submetidos a cateteres periféricos intermitentes de curta duração e/ou cateterização de vasos umbilicais.
- 3- Recém-nascidos que necessitam de cateterização de vasos umbilicais e/ou cateteres percutâneos ou venodisseção.

XV- TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA (utilização dos diversos medicamentos terapêuticos- drogas, soluções, sangue e hemoderivados).

- 1- Medicação via oral (VO) e/ou via nasal e/ou via ocular e/ou via otológica e/ou via tópica e/ou via retal e/ou intramuscular (IM) e/ou subcutânea (SC).

2- Medicação VO e/ou SOG ou SNG e/ou via nasal e/ou via ocular e/ou via otológica e/ou via tópica e/ou via inalatória e/ou via retal e/ou IM e/ou SC e/ou endovenosa (EV) intermitente e/ou EV contínua.

3- Medicação VO e/ou SOG ou SNG e/ou via nasal e/ou via ocular e/ou via otológica e/ou via tópica e/ou via inalatória e/ou via retal e/ou IM e/ou SC e/ou endovenosa (EV) intermitente e/ou EV contínua e/ou uso de drogas vasoativas e/ou exsanguineotransfusão.

XVI- EDUCAÇÃO À SAÚDE (habilidade, confiança e segurança da mãe/família para dispensar cuidados adequados para a manutenção dos hábitos de saúde pessoais e/ou ambientais dos recém-nascidos).

1- Orientações da equipe de enfermagem à mãe/família a prestar o cuidado com aceitação ou não das informações recebidas, ainda que estejam com dificuldade de compreensão, apreensivos ou resistentes.

2- Orientações da equipe de enfermagem à mãe/família a prestar cuidado com aceitação ou não das informações recebidas, mas com elevada apreensão e resistência e com fortes reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatório, os procedimentos diagnósticos, as rotinas hospitalares e as atividades diárias.

3- Orientações da equipe de enfermagem à mãe/família com compreensão ou não das informações recebidas, sem aceitá-las e com severas reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatórios, os procedimentos diagnósticos, as rotinas hospitalares e as atividades diárias.

AVALIAÇÃO DO TIPO DE CUIDADO

Cuidados Mínimos: 16 a 26 pontos.

Cuidados Intermediários: 27 a 37 pontos.

Cuidados Intensivos: 38 a 48 pontos.

APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES ESPECIALISTAS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL
CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES ESPECIALISTAS**

**1- IDENTIFICAÇÃO**

Idade: _____

2- FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃOGraduação

Local: _____

Ano: _____

Especialização

Área: _____

Local: _____

Ano: _____

Mestrado

Área: _____

Local: _____

Ano: _____

Doutorado

Área: _____

Local: _____

Ano: _____

Outras

Área: _____

Local: _____

Ano: _____

Local de Trabalho Atual: _____

Área de Atuação: () Assistência () Ensino () Pesquisa () Outra _____

3- TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

LOCAL/ UNIDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO

APÊNDICE B - TÉCNICA *DELPHI*: FASE 1 – PRIMEIRO QUESTIONÁRIO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL**



**PRIMEIRO QUESTIONÁRIO SOBRE O INSTRUMENTO PARA
CLASSIFICAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS SEGUNDO O GRAU DE
DEPENDÊNCIA DOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

[Elaborado por BOCHEMBUZIO, 2002 [de uma proposta de TOLEDO e FUGULIN, 2000] e
modificado por MELO, 2020]

I- ÁREA DE CUIDADO: TERMORREGULAÇÃO- função fisiológica capaz de controlar e manter a temperatura corporal estável, com gasto calórico e consumo de oxigênio mínimos, para uma adaptação extra-uterina bem sucedida.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

Ia. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-Nascidos que estão em berço comum ou berço com grades	1 ponto
Recém-Nascidos que estão em Incubadora Aquecida ou Unidade de Calor Radiante	2 pontos
Recém-Nascidos que estão em Incubadora Aquecida e Umidificada	3 pontos
Recém-nascidos em Protocolo de Hipotermia Terapêutica	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

II- ÁREA DE CUIDADO: PESO- Auxilia na avaliação das condições nutricionais e riscos potenciais decorrentes do crescimento e desenvolvimento. Necessidade de controle de peso para comparar com o do nascimento e do dia anterior.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

IIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Superior a 2500g	1 ponto
Superior a 1500g a 2500g, incluso (Baixo Peso)	2 pontos
Superior a 1000g a 1500g, incluso (Muito Baixo Peso)	3 pontos
Inferior ou igual a 1000g (Extremo Baixo Peso) Maior ou igual 4000g (macrossomia)	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

III- ÁREA DE CUIDADO: IDADE GESTACIONAL (IG)- duração da gestação medida do primeiro dia do último período normal de menstruação até o nascimento e/ou clinicamente pelos métodos de CAPURRO ou NEW BALLARD SCORE, sendo expressa em dias ou semanas completas. **IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA (IGC)**: traduz o ajuste da idade cronológica em função da prematuridade até o recém-nascido atingir 40 semanas. Ambos auxiliam no estabelecimento de risco de comprometimento neonatal ou de desenvolvimento em longo prazo.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

IIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
37 semanas a 41 semanas e 6 dias (Termo)	1 ponto
32 semanas a 33 semanas e 6 dias (Pretermo Moderado) 34 semanas a 36 semanas e 6 dias (Pretermo Tardio)	2 pontos
28 semanas a 31 semanas e 6 dias (Muito Pretermo)	3 pontos
Inferior a 27 semanas e 6 dias (Pretermo Extremo) Acima de 42 semanas (Pós-Termo)	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

IV- ÁREA DE CUIDADO IV: ATIVIDADE ESPONTÂNEA E REAÇÃO À ESTÍMULOS- habilidade em manter as atividades compatíveis com o desenvolvimento e capacidade de responder à estímulos sensoriais, proprioceptivos, bioquímicos, térmicos e mecânicos adequados para uma adaptação extra-uterina bem sucedida.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

IVa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-Nascidos ativos e reativos ou submetidos à sedação	1 ponto
Recém-Nascidos hipoativos, porém reativos	2 pontos
Recém nascidos irritados e chorosos	3 pontos
Recém-Nascidos arreativos ou hipoativos e/ou hiporeativos ou hiperreativos e/ou hiperativos	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

V- ÁREA DE CUIDADO: COR DA PELE- capacidade de manter pele e mucosas coradas adequadas para uma adaptação extra-uterina bem sucedida.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

Va. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-Nascidos normocorados, variando de acordo com antecedentes raciais, acianóticos, quando mantidos em ambientes termoneutros	1 ponto
Recém-Nascidos pletóricos e/ou com hiperbilirrubinemia ou icterícia fisiológica	2 pontos
Recém-Nascidos com palidez e/ou descorados e/ou com hiperbilirrubinemia (Zonas 1 e 2)	3 pontos
Recém-Nascidos cianótico e/ou com acrocianose e/ou matizados e/ou com hiperbilirrubinemia (Zona 3) e/ou com alteração da perfusão e/ou edema e/ou apresentando equimose e/ou petéquias e/ou púrpuras e/ou hematomas	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

VI- ÁREA DE CUIDADO: TONICIDADE- capacidade de manter-se com tônus muscular vigoroso adequado a uma adaptação extra-uterina bem sucedida.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

Via. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Tônus muscular pronunciado, vigoroso, com movimentos espontâneos frequentes e regulares.	1 ponto
Tônus muscular pronunciado, porém com movimentos espontâneos leves e/ou diminuídos.	2 pontos
Tônus muscular reduzido e/ou com movimentos involuntários de tremores ou abalos	3 pontos
Tônus muscular flácido e/ou espástico com pouco ou nenhum movimento espontâneo e/ou com movimentos trêmulos, irregulares e assimétricos.	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

VII- ÁREA DE CUIDADO: NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO- habilidade receber nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas com auxílio da mãe, da família ou da equipe de enfermagem por meio de seio materno, mamadeiras, copinhos, sondas e cateteres.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

VIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-nascidos em seio materno com a mãe apropriada da pega e posicionamento corretos ou dieta zero e/ou nutrição parenteral	1 ponto
Recém-nascidos com dieta por copinho e/ou mamadeira, sem dificuldade	2 pontos
Recém-nascido com dieta por sonda orogástrica (SOG) ou nasogástrica (SNG) ou sonda nasojejunal (SNJ) ou gastrostomia por gavagem ou gastóclise	3 pontos
Recém-nascidos com dieta oral com dificuldade de sucção e/ou seio materno com dificuldade na pega e posicionamento e/ou apresentando regurgitação	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

VIII- ÁREA DE CUIDADO: ELIMINAÇÕES- habilidade em manter eliminações urinária e intestinal espontânea, por drenos ou ostomia, com auxílio da equipe de enfermagem.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

VIIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Eliminações espontâneas e com características dentro da normalidade, com controle da diurese com ou sem necessidade do peso de fralda	1 ponto
Eliminações presentes por ostomia, com controle das eliminações por peso de fralda e/ou mililitros (ml) e dentro da normalidade	2 pontos
Eliminações espontâneas presentes, com alterações dos padrões da normalidade (oligúria e/ou polúria, aumento ou diminuição da frequência das fezes e alteração da consistência e/ou coloração ou ausência de fezes por um período maior que 24h)	3 pontos
Eliminação por cateter vesical de demora e/ou recém-nascido anúrico Recém-nascido com necessidade de cateterismo vesical intermitente	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

IX- ÁREA DE CUIDADO: OXIGENAÇÃO- aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo ou com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

IXa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-Nascidos com respiração espontânea, sem necessidade de oxigenioterapia ou desobstrução de vias aéreas	1 ponto
Recém-Nascidos com respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro fisiológico	2 pontos
Recém-Nascidos com respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreção e/ou necessidade de oxigenoterapia por cateter nasal ou Oxyhood	3 pontos
Recém-Nascidos em Ventilação Mecânica Invasiva ou Não Invasiva ou Ventilação Oscilatória de Alta Frequência (com ou sem óxido nítrico)	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

X- ÁREA DE CUIDADO: INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA- capacidade de manter pele e mucosas sem danificação ou destruição.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

Xa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Integridade da pele e mucosas preservada	1 ponto
Presença de incisões cirúrgicas e/ou lesões cicatrizadas, sem alteração na integridade cutâneo-mucosa, sem necessidade de curativo	2 pontos
Presença de incisões cirúrgicas e/ou lesões em cicatrização (com alteração na integridade cutâneo-mucosa) e/ou Lesão por Pressão estágios 1 e 2, com necessidade ou não de curativo e/ou cobertura	3 pontos
Presença de incisões cirúrgicas infectadas e/ou com deiscência e/ou soluções de continuidade e/ou Lesão por Pressão estágios 3, 4, não classificável e/ou tissular profunda e/ou doenças de pele infecto-contagiosas e/ou sinais flogísticos do coto umbilical	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XI- ÁREA DE CUIDADO: CUIDADO CORPORAL- necessidade de higiene corporal, oral e ocular, troca de fraldas, bem como uso de vestimentas.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Banho de imersão em banheira, higiene perineal, oral e ocular e trocas de fraldas (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas realizadas pela mãe/pai/família sob orientação e supervisão direta da equipe de enfermagem	1 ponto
Banho de imersão em banheira ou de Ôfuro, higiene perineal, oral e ocular realizados pela equipe de enfermagem com acompanhamento da mãe e trocas de fralda (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas realizadas pela mãe/pai/família com supervisão direta da equipe de enfermagem	2 pontos
Banho de leito (incubadora/UCR/berço comum), higiene perineal, oral e ocular realizados pela equipe de enfermagem com acompanhamento da mãe/pai/família e trocas de fralda (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas realizadas pela mãe/pai/família com supervisão direta da equipe de enfermagem	3 pontos
Banho de leito (incubadora/UCR/berço comum), higiene perineal, oral e ocular, (coto umbilical, caso não tenha havido queda), trocas de fralda, e vestimentas realizadas pela equipe de enfermagem	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XII- ÁREA DE CUIDADO: CONTROLE DE PARÂMETROS VITAIS- necessidade de observação e controles dos parâmetros vitais - temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial não invasiva e invasiva, saturação de oxigênio e glicemia capilar.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Controle de 6 em 6 horas em todos os parâmetros	1 ponto
Controle de 4 em 4 horas *Um parâmetro nesse controle determina tal escolha	2 pontos
Controle de 3 em 3 horas *Um parâmetro nesse controle determina tal escolha	3 pontos
Controle igual ou inferior a 2 horas *Um parâmetro nesse controle determina tal escolha	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XIII- ÁREA DE CUIDADO: CONTROLE DE SONDAS E DRENOS- necessidade de observação e controle dos equipamentos contendo fluidos de infusão e/ou drenagem.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XIIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-nascidos que não dispõe de equipamentos contendo fluidos de infusão e/ou drenagem	1 ponto
Recém-nascidos que são submetidos a SOG ou SNG e/ou SOJ	2 pontos
Recém-nascidos que necessitam de ostomias	3 pontos
Recém-nascidos que necessitam de DVP (derivação ventricular peritoneal) ou DVE (derivação ventricular externa) e/ou dreno de tórax e/ou CET (cânula endotraqueal)e/ou SVD (sonda vesical de demora)	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XIV- ÁREA DE CUIDADO: CONTROLE DE CATETERES VENOSOS- necessidade de observação e controle dos cateteres de infusão e/ou coletas, monitorização hemodinâmica.

	1- Discordo	2- Discordo	3- Concordo	4- Concordo

		Parcialmente	Parcialmente	Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XIVa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-nascidos que não utilizam	1 ponto
Recém-nascidos submetidos a cateteres periféricos intermitentes de curta permanência para infusão intermitente	2 pontos
Recém-nascidos submetidos a cateteres periféricos intermitentes de curta permanência para infusão contínua e intermitente, sendo soluções vesicantes e irritantes	3 pontos
Recém-nascidos que necessitam de cateterização de vasos umbilicais e/ou cateteres epicutâneo e/ou venodissecação e/ou punção profunda	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XV- ÁREA DE CUIDADO: TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA- administração de medicamentos terapêuticos- drogas, soluções, hemocomponentes e hemoderivados.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
----------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Sugestões e Comentários: _____

XVa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Não utiliza medicamentos	1 ponto
Medicação via oral (VO) e/ou via nasal e/ou via ocular e/ou via otológica e/ou via tópica e/ou via retal e/ou via inalatória	2 pontos
Medicação via SOG ou SNG ou SOJ e/ou IM e/ou SC	3 pontos
Medicação endovenosa (EV) intermitente e/ou EV contínua e/ou uso de drogas vasoativas e/ou vesicantes e/ou exsanguineotransusão e/ou hemoderivados e/ou hemocomponentes e/ou quimioterápicos e/ou bicarbonato de sódio e/ou reposição de volume	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XVI- ÁREA DE CUIDADO: PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE- habilidade, confiança e segurança da mãe/família para dispensar cuidados adequados para a manutenção dos hábitos de saúde pessoais e/ou ambientais dos recém-nascidos.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XVIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Mãe/ família orientados e reconhecendo as necessidades pessoais e/ou ambientais dos recém-nascidos	1 ponto
Mãe/família orientados, com aceitação das informações recebidas, porém com dificuldade de compreensão, apreensivos ou resistentes	2 pontos
Mãe/família orientados, mas com elevada apreensão e resistência e com fortes reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatório, os procedimentos diagnósticos, as rotinas hospitalares e as atividades diárias	3 pontos
Mãe/família com compreensão ou não das informações recebidas, sem aceitá-las e com severas reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatórios, os procedimentos diagnósticos, as rotinas hospitalares e as atividades diárias Mãe/Família ausentes Recém-nascidos em mínimo manuseio por gravidade	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XVII- ÁREA DE CUIDADO: REDE DE APOIO E SUPORTE- Presença de um acompanhante durante sua permanência no hospital.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XVIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Presença de um responsável acompanhado-o durante as 24h	1 ponto
Presença de um responsável acompanhado-o por mais de 12h ao dia	2 pontos
Presença de um responsável acompanhado-o durante menos de 12h ao dia	3 pontos
Recém-nascido desacompanhado	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XVIII- ÁREA DE CUIDADO: MUDANÇA DE DECÚBITO E POSICIONAMENTO-

inclui procedimentos de mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XVIIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 6/6h	1 ponto
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 4/4h	2 pontos
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 3/3h ou intervalo menor nas 24h	3 pontos
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados, necessitando de 2 ou mais profissionais, em qualquer frequência	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XIX- ÁREA DE CUIDADO: OUTROS PROCEDIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM- procedimentos específicos realizados na unidade e requerem a atuação ativa da equipe de enfermagem.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XIXa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Ausência de procedimentos específicos	1 ponto

XIXa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Procedimentos não invasivos: coleta de swab, EAS no saco coletor, eletrocardiograma, coprocultura, pesagem, mensurações, outras coletas de exames de menor complexidade, coleta de aspirado traqueal, instalação de Pressão Arterial Invasiva	2 pontos
Punção venosa periférica; coleta de urinocultura; inserção de sonda gástrica e/ou jejunal e/ou sonda vesical de demora e/ou cateterismo vesical intermitente Orientações de Acolhimento/ Admissão e/ou Alta e/ou cuidados ao RN e/ou Reunião sobre rotinas da Unidade e/ou circunstâncias especiais (morte/ gravidade/ dificuldade de comunicação)	3 pontos
Inserção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC); e/ou Cirurgias realizadas na Unidade Neonatal ou no Centro Obstétrico com suporte do profissional da Unidade Neonatal Preparo do corpo Consulta Multiprofissional para adesão ao Método Canguru	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XX- ÁREA DE CUIDADO: APOIO E SUPORTE A OUTROS PROCEDIMENTOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM- procedimentos dentro ou fora da unidade e requerem a atuação indireta da equipe de enfermagem.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XXa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Ausência de procedimentos	1 ponto
Auxílio em procedimentos médicos (cateterismo umbilical, coleta de líquor, intubação orotraqueal, fundoscopia, dentre outros)	2 pontos
Transporte Intra-Hospitalar para transferência	3 pontos
Transporte Intra-Hospitalar para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, com permanência integral da equipe de Enfermagem Transporte Inter-hospitalar (para transferência ou procedimentos diagnósticos) Cirurgias realizadas na Unidade Neonatal ou no Centro Obstétrico	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

APÊNDICE C - TÉCNICA DELPHI: FASE 1 – CARTA CONVITE**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL****CARTA CONVITE**

Prezado (a),

Gostaríamos de convidá-los a participar do estudo intitulado **"SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES NEONATAIS SEGUNDO O GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM"**, que tem como objetivo principal: Construir um instrumento para classificação de pacientes neonatais baseado no grau de dependência da equipe de enfermagem para Unidade Neonatal da Maternidade Escola da UFRJ.

Destacamos que este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Perinatal – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, de autoria da discente Micheli Marinho Melo, sob orientação da professora Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves. O estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil sob o CAAE 30690320.5.0000.5275 e aprovado sob o Parecer nº 3.972.245.

O instrumento proposto no questionário foi modificado a partir de um instrumento já existente e recomendado por BOCHEMBUZIO, 2002, cujas finalidades, dentre outras, foram nortear a classificação de recém-nascidos por tipo de cuidado com base nas necessidades individualizadas de assistência de enfermagem e contribuir para a qualidade do atendimento. A autora descreve que seu instrumento foi modificado a partir do levantamento da literatura e vivência profissional, sendo fundamentado nas Necessidades Humanas Básicas preconizadas por Horta (1979), contemplando 16 (dezesseis) áreas de cuidados aos recém-nascidos.

Desta forma, o instrumento atende as Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e contempla as 20 (vinte) áreas de cuidado, as quais refletem as principais ações da equipe de

enfermagem no cuidado dos recém-nascidos hospitalizados na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que são: Termorregulação, peso, idade gestacional (IG) ou idade gestacional corrigida (IGC), atividade espontânea e reação à estímulos, cor da pele, tonicidade, nutrição e hidratação, eliminações, oxigenação, integridade cutâneo-mucosa, cuidado corporal, controle de parâmetros vitais, controle de sondas e drenos, controle de cateteres venosos, terapêutica medicamentosa, participação do acompanhante, rede de apoio e suporte, mudança de decúbito e posicionamento, outros procedimentos da equipe de enfermagem, apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem.

Em cada área de cuidado foram descritas situações que representam diferentes demandas de cuidado exigidas pelos recém-nascidos e que contemplam as Necessidades Humanas Básicas. Em cada área de cuidado serão traçadas 04 (quatro) condições de dependência de cuidados por ordem de complexidade e com pontuação de 01 (um) a 04 (quatro) (sendo 01 (um) ponto representando a menor complexidade e 04 pontos (quatro) a maior complexidade).

De acordo com as orientações da Resolução nº 543 de 2017 do Conselho Federal de Enfermagem para as Unidades Assistenciais Ininterruptas/Internação (UAI), o Enfermeiro deverá utilizar um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) que estabeleça as categorias do cuidado conforme segue (§ 3º Alojamento Conjunto o binômio mãe-filho deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário e § 4º Para berçários e unidades de internação em pediatria todo recém-nascido e criança menor de 6 anos deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário, independente da presença do acompanhante):

-Paciente de cuidados intermediários (PCI): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

-Paciente de cuidados de alta dependência (PCAD): paciente crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

-Paciente de cuidados semi-intensivos (PCSI): paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

-Paciente de cuidados intensivos (PCIIt): paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Sendo assim, para cada área de cuidado e sua respectiva conceituação, você deverá selecionar uma das opções: discorda (1 ponto), discorda parcialmente (2 pontos), concorda parcialmente (3 pontos) ou concorda totalmente (4 pontos). Além disso, terá a oportunidade de utilizar os espaços discriminados para sugestões e comentários.

Para cada condição ou atividade de dependência de cuidado, você deverá opinar se discorda (1 ponto), discorda parcialmente (2 pontos), concorda parcialmente (3 pontos) ou concorda totalmente (4 pontos) com cada uma das condições de dependência de cuidados/complexidade assistencial crescente e avaliar o nível de pontuação quanto a relevância e clareza. Poderá também utilizar os espaços disponíveis para sugestões e comentários.

Sua participação é relevante para avaliar o instrumento quanto à relevância, clareza e conceituação de cada área de cuidado; avaliação de cada área de cuidado e sua gradação; comentários sobre a manutenção ou exclusão de cada item do instrumento, bem como a inclusão de outras áreas de cuidado, caso julgue pertinente; apreciação do conteúdo das áreas de cuidados, clareza dos enunciados e a complexidade assistencial crescente dos itens.

Encaminhamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo informações a respeito do estudo e, caso aceite participar, solicitamos que marque o item ACEITO e, em seguida, o instrumento lhe será disponibilizado para o seu preenchimento.

Parte 1- Dados de identificação (Caracterização).

Parte 2-Primeiro Questionário sobre o Instrumento para Classificação dos recém-nascidos segundo o grau de dependência dos cuidados da equipe de enfermagem.

Acrescentamos que esta validação utilizará a técnica *Delphi* até que se obtenha o consenso sobre o resultado final e a avaliação de cada item se dará por meio da Escala *Likert*.

Desde já agradecemos a sua valiosa contribuição, a qual ampliará extensamente as possibilidades deste estudo.

Coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado a participar de um estudo cujo título é "**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES NEONATAIS SEGUNDO O GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**". Destacamos que este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Perinatal – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, de autoria da discente Micheli Marinho Melo, sob orientação da professora Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves.

OBJETIVO DO ESTUDO: Construir um instrumento para classificação de pacientes neonatais baseado no grau de dependência da equipe de enfermagem para a Unidade Neonatal.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para construir um instrumento de classificação de pacientes neonatais da Maternidade Escola, a fim de utilizá-lo como ferramenta para o dimensionamento de pessoal. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, responderá as rodadas de questionários semi-estruturados (online ou impresso), podendo ou não fazer alguma consideração relevante ao final do instrumento, bem como utilizaremos suas considerações como parte do objeto de pesquisa. Cabe ressaltar que caso não haja concordância entre os juízes de $\geq 0,80$ no resultado da avaliação, esta será analisada, reelaborada a partir das sugestões, e reencaminhado para uma nova validação de conteúdo, caso necessário. O tempo de duração de resposta aos questionários é de aproximadamente 1

(uma) hora. Os questionários serão armazenados em arquivos digitais ou impressos, mas somente terão acesso aos mesmos à pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será guardado por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução nº466/ 2012 e orientações do CEP ME-UFRJ. Os resultados serão divulgados ao público participante por meio da dissertação e artigo científico.

RISCOS: Não ocorrerá intervenção do pesquisador na assistência clínica vinculada à coleta dos dados. O estudo oferece riscos mínimos, como tomar tempo dos participantes da pesquisa ao responder aos questionários, bem como cansaço e aborrecimento. Ressalta-se que será garantida a suspensão imediata do participante ao perceber qualquer um dos riscos apontados.

BENEFÍCIOS: Sua participação ajudará a aprimorar os parâmetros de dimensionamento. Entretanto, fazendo parte deste estudo, você fornecerá mais informações sobre o assunto em questão, contribuindo na validação dos parâmetros a serem utilizados na ferramenta. O estudo não acarretará em malefícios e seus resultados trarão benefícios para o desenvolvimento científico. Portanto, sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não aparecerá no estudo. Nenhuma publicação revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, a pesquisadora não divulgará nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa possui vínculo com a Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ por meio do Programa de Pós-Graduação em Perinatologia - Mestrado Profissional, sendo a mestranda Micheli Marinho Melo e orientação da professora Ana Paula Vieira dos Santos Esteves. A investigadora está disponível para responder a qualquer dúvida. Caso seja necessário, contate no telefone (21) 98177-0434 e/ou e-mail michelimelo_07@hotmail.com e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-ME/UFRJ no telefone (21) 2285-7935, situado na Rua das Laranjeiras, 180, e-mail: cep@me.ufrj.br. O Sr(a). terá uma via deste documento assinado enviado via correio eletrônico para a sua guarda.

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo e tendo sido devidamente esclarecido (a) sobre seus objetivos, métodos proposto e condições éticas legais, estou de acordo em participar como juiz desta pesquisa, validando o conteúdo, por meio de um instrumento; recebi uma via do termo; rubriquei todas as páginas e assinei a última, bem como o pesquisador.

Em caso positivo, informe:

Nome completo: _____

Informe o seu e-mail: _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do Juiz Especialista

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E – TÉCNICA DELPHI FASE 2 – SEGUNDO QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL



TÉCNICA *DELPHI*: FASE 2

SEGUNDO QUESTIONÁRIO SOBRE O INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS SEGUNDO O GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

[Elaborado por BOCHEMBUZIO, 2002 [de uma proposta de TOLEDO e FUGULIN, 2000] e
modificado por MELO, 2020]

I- ÁREA DE CUIDADO: TERMORREGULAÇÃO- função fisiológica capaz de controlar e manter a temperatura corporal estável e normotérmica (36,5-37°C), com gasto calórico e consumo de oxigênio mínimos, para uma adaptação extra-uterina bem sucedida, o que dependerá de um ambiente termoneutro (variando de acordo com as horas/dias de vida e peso de cada recém-nascido).

Com base nos recém-nascidos em Hipotermia Terapêutica pontua-se que: o resfriamento corpóreo é iniciado dentro das 6 primeiras horas de vida, visando uma temperatura central alvo de 33 a 34°C pelo período de 72h, visando melhorar a sobrevivência e o neurodesenvolvimento em recém-nascidos com encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) moderada ou grave.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

Ia. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-Nascidos que estão em berço comum ou berço com grades	1 ponto
Recém-Nascidos que estão em Incubadora Aquecida sem parede dupla	2 pontos
Recém-Nascidos que estão em Incubadora Aquecida com parede dupla	3 pontos
Recém-nascidos em Incubadora Aquecida com parede dupla e umidificada ou Unidade de Calor Radiante	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

II- ÁREA DE CUIDADO: PESO- contribui na avaliação das condições nutricionais, de hidratação e riscos potenciais de morbimortalidade decorrentes do peso. O peso diário auxilia na decisão das condutas terapêuticas e nutricionais adequadas às demandas de cada recém-nascido.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

IIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Peso entre 2501g a 3999g (Peso Adequado)	1 ponto
Peso entre 1501g a 2500g (Baixo Peso) ou \geq 4000g (Macrossomia)	2 pontos
Peso entre 1001g a 1500g (Muito Baixo Peso)	3 pontos
Peso \leq 1000g (Extremo Baixo Peso)	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes				
Condições Claras				

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

III- ÁREA DE CUIDADO: IDADE GESTACIONAL (IG)- duração da gestação medida do primeiro dia do último período normal de menstruação até o nascimento e/ou clinicamente pelos métodos de CAPURRO ou NEW BALLARD SCORE, sendo expressa em dias ou semanas completas. **IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA (IGC):** traduz o ajuste da idade cronológica em função da prematuridade até o recém-nascido atingir 40 semanas. Ambos auxiliam no estabelecimento de risco de comprometimento neonatal ou de desenvolvimento em longo prazo.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

IIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
37 semanas a 41 semanas e 6 dias (Termo)	1 ponto
32 semanas a 33 semanas e 6 dias (Pretermo Moderado) 34 semanas a 36 semanas e 6 dias (Pretermo Tardio) Acima de 42 semanas (Pós-Termo)	2 pontos
28 semanas a 31 semanas e 6 dias (Muito Pretermo)	3 pontos
Inferior a 27 semanas e 6 dias (Pretermo Extremo)	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

IV- ÁREA DE CUIDADO IV: ATIVIDADE ESPONTÂNEA E REAÇÃO À ESTÍMULOS- habilidade e capacidade em responder comportamental e fisiologicamente aos estímulos sensoriais, proprioceptivos, bioquímicos, térmicos e mecânicos, sendo a avaliação compatível com o desenvolvimento esperado para a sua Idade Gestacional ou Idade Gestacional Corrigida.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

IVa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-Nascidos ativos e reativos	1 ponto
Recém-Nascidos hipoativos, porém reativos	2 pontos
Recém-Nascidos hiperreativos	3 pontos
Recém-Nascidos hipoativos e hiporreativos ou arreativos (inclusos os submetidos a sedação)	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

V- ÁREA DE CUIDADO: COR DA PELE E MUCOSAS- manutenção da pele e mucosas coradas, variando de acordo com antecedentes raciais.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

Va. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-Nascidos com pele e mucosas coradas, variando de acordo com antecedentes raciais	1 ponto
Recém-Nascidos pletóricos e/ou com icterícia (Zona 1)	2 pontos

Va. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-Nascidos com acrocianose e/ou com icterícia (Zonas 2 e 3)	3 pontos
Recém-Nascidos hipocorados e/ou cianóticos e/ou com icterícia (Zona 4 e 5)	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

VI- ÁREA DE CUIDADO: TONICIDADE- capacidade de manter-se com tônus muscular vigoroso adequado a uma adaptação extra-uterina bem sucedida.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

Via. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Tônus muscular pronunciado, vigoroso, com movimentos espontâneos frequentes e regulares.	1 ponto
Tônus muscular pronunciado, porém com movimentos espontâneos leves e/ou diminuídos.	2 pontos
Tônus muscular reduzido e/ou com movimentos involuntários de tremores ou abalos	3 pontos

Via. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Tônus muscular flácido e/ou espástico com pouco ou nenhum movimento espontâneo e/ou com movimentos involuntários de tremores, irregulares e assimétricos.	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

VII- ÁREA DE CUIDADO: NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO- habilidade em receber e reter nutrientes e líquidos para atender às necessidades nutricionais e metabólicas, com auxílio dos pais/família e equipe de enfermagem por meio de seio materno, mamadeira, copinho, sonda e/ou cateter.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

VIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-nascidos em seio materno com a mãe apropriada da pega e posicionamento corretos	1 ponto
Recém-nascidos com dieta por copinho ou mamadeira, sem dificuldade	2 pontos

VIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-nascidos com dieta por copinho ou mamadeira com dificuldade e/ou seio materno com dificuldade na pega e posicionamento e/ou apresentando intolerância alimentar	3 pontos
Recém-nascidos com dieta por sonda orogástrica (SOG) ou nasogástrica (SNG) ou sonda orojejunal (SOJ) ou gastrostomia, sendo por gavagem ou gastróclise Recém-nascidos apresentando intolerância alimentar Recém-nascidos em dieta Zero e/ou Nutrição Parenteral	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

VIII- ÁREA DE CUIDADO: ELIMINAÇÕES- habilidade em manter as eliminações urinária e intestinal espontâneas na fralda, por ostomias (colostomia, ileostomia ou urostomia) e/ou cateter vesical de demora ou intermitente.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

VIIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
--	------------------

VIIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Eliminações intestinal e urinária espontâneas e com características dentro da normalidade, com controle da diurese sem a necessidade do peso de fralda (avaliação subjetiva por anotação em cruzes (+/++/+++)) em impresso próprio)	1 ponto
Eliminações intestinal e urinária espontâneas, com características dentro da normalidade e controle da diurese com necessidade do peso da fralda	2 pontos
Eliminações intestinal e urinária espontâneas presentes, com alterações dos padrões da normalidade (oligúria e/ou polúria, aumento ou diminuição da frequência das fezes e alteração da consistência e/ou coloração ou ausência de fezes por um período de 24h)	3 pontos
Recém-nascido anúrico e/ou ausência de eliminações intestinais por um período maior que 24h Eliminação por cateter vesical de demora Recém-nascido com necessidade de cateterismo vesical intermitente Eliminações presentes por ostomias (colostomia, ileostomia ou urostomia), com controle das eliminações por peso de fralda e/ou mililitros (ml), seja dentro da normalidade ou não	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

IX- ÁREA DE CUIDADO: OXIGENAÇÃO- aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si ou com auxílio de dispositivos e equipamentos de suporte, com necessidade de intervenção da equipe de enfermagem.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente

Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

IXa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-Nascidos com respiração espontânea, sem necessidade de oxigenoterapia ou desobstrução de vias aéreas	1 ponto
Recém-Nascidos com respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por instilação de soro fisiológico	2 pontos
Recém-Nascidos com respiração espontânea, com necessidade de desobstrução de vias aéreas por aspiração de secreção e/ou necessidade de oxigenoterapia por cateter nasal, macronebulização ou Oxyhood	3 pontos
Recém-Nascidos em Ventilação Mecânica Invasiva (TOT ou traqueostomia) ou Não Invasiva ou Ventilação Oscilatória de Alta Frequência (com ou sem óxido nítrico)	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

X- ÁREA DE CUIDADO: INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA- manutenção da pele e mucosas livre de danos.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

Xa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Integridade da pele e mucosas preservada Coto umbilical sem sinais flogísticos	1 ponto
Presença de incisões cirúrgicas e/ou lesões cicatrizadas, sem indicação de curativo	2 pontos
Presença de incisões cirúrgicas e/ou lesões em cicatrização e/ou Lesão por Pressão (estágios 1 e 2), com ou sem necessidade de curativo e/ou cobertura e/ou alteração na integridade cutâneo-mucosa por dermatite de fralda	3 pontos
Presença de incisões cirúrgicas infectadas e/ou com deiscência e/ou Lesão por Pressão (estágios 3, 4, não classificável e/ou tissular profunda) e/ou doenças de pele infécto-contagiosas Coto umbilical com sinais flogísticos	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XI- ÁREA DE CUIDADO: CUIDADO CORPORAL- necessidade de higiene corporal, oral e ocular, troca de fraldas, bem como uso de vestimentas.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Banho de imersão em banheira, higiene perineal, oral e ocular e trocas de fraldas (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas colocadas, quando aplicáveis, pela mãe/pai/família sob orientação e supervisão direta da equipe de enfermagem	1 ponto
Banho de imersão em banheira ou de Ôfuro, higiene perineal, oral e ocular realizados pela equipe de enfermagem com acompanhamento da mãe e trocas de fralda (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas colocadas, quando aplicáveis, pela mãe/pai/família sob supervisão direta da equipe de enfermagem	2 pontos
Banho de leito (incubadora/UCR/berço comum), higiene perineal, oral e ocular realizados pela equipe de enfermagem com acompanhamento da mãe/pai/família e trocas de fralda (higiene do coto umbilical, caso não tenha havido queda) e vestimentas colocadas, quando aplicáveis, pela mãe/pai/família com supervisão direta da equipe de enfermagem	3 pontos
Banho de leito (incubadora/UCR/berço comum), higiene perineal, oral e ocular, (coto umbilical, caso não tenha havido queda), trocas de fralda, e vestimentas colocadas, quando aplicáveis, pela equipe de enfermagem	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XII- ÁREA DE CUIDADO: CONTROLE DE PARÂMETROS VITAIS- necessidade de observação e controle dos parâmetros vitais - temperatura, frequência respiratória, frequência

cardíaca, pressão arterial não invasiva e invasiva, dor (Escala de NIPS, conforme rotina da unidade), saturação de oxigênio e glicemia capilar.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Controle com intervalo \geq 6 horas	1 ponto
Controle com intervalo de 4 horas	2 pontos
Controle com intervalo de 3 horas	3 pontos
Controle com intervalo \leq 2 horas	4 pontos

* Caso tenha intervalos diferentes para controle dos parâmetros citados, o com menor intervalo determinará a escolha da pontuação.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XIII- ÁREA DE CUIDADO: CONTROLE DE CATETERES E DRENOS- necessidade de observação e controle dos dispositivos destinados a drenagem de fluidos e/ou líquidos.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
--	-------------	--------------------------	--------------------------	------------------------

Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XIIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-nascidos que não dispõe de equipamentos contendo fluidos de infusão e/ou drenagem	1 ponto
Recém-nascidos com DVP (Derivação Ventricular Peritoneal)	2 pontos
Recém-nascidos com drenos (tórax e/ou Penrose e/ou outros)	3 pontos
Recém-nascidos com DVE (Derivação Ventricular Externa)	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XIV- ÁREA DE CUIDADO: CONTROLE DE CATETERES VASCULARES-

necessidade de observação e controle dos cateteres de infusão e/ou coleta de sangue (CUA), monitorização hemodinâmica.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XIVa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Recém-nascidos que não utilizam	1 ponto
Recém-nascidos submetidos a cateteres periféricos intermitentes de curta permanência para infusão intermitente	2 pontos
Recém-nascidos submetidos a cateteres periféricos intermitentes de curta permanência para infusão contínua	3 pontos
Recém-nascidos que necessitam de cateterização de vasos umbilicais e/ou cateteres epicutâneo e/ou venodissecação e/ou punção profunda	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XV- ÁREA DE CUIDADO: TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E TRANSFUSIONAL- administração de drogas, soluções, hemocomponentes e hemoderivados.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XVa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Não utiliza medicamentos	1 ponto
Droga e/ou solução por via oral (VO) e/ou via nasal e/ou via ocular e/ou via otológica e/ou via tópica e/ou via retal e/ou via inalatória	2 pontos
Droga e/ou solução por via SOG ou SNG ou SOJ e/ou IM e/ou SC	3 pontos
Droga e/ou solução por via endovenosa (EV) e/ou exsanguineotransfusão e/ou hemoderivados e/ou hemocomponentes	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XVI- ÁREA DE CUIDADO: PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE- habilidade, confiança e segurança da mãe/família para dispensar cuidados adequados para a manutenção dos hábitos de saúde pessoais e/ou ambientais dos recém-nascidos.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XVIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Mãe/ família orientados e reconhecendo as necessidades pessoais e/ou ambientais dos recém-nascidos	1 ponto
Mãe/família orientados, com aceitação das informações recebidas, porém com dificuldade de compreensão, apreensivos ou resistentes	2 pontos
Mãe/família orientados, mas com elevada apreensão e resistência e com fortes reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatório, procedimentos diagnósticos, rotinas hospitalares e atividades diárias	3 pontos
Mãe/família com a compreensão ou não das informações recebidas, sem aceitá-las e com severas reações emocionais sobre o cuidado de higiene, alimentação, afetividade, cuidados peri e pós-operatórios, procedimentos diagnósticos, rotinas hospitalares e atividades diárias. Recém-nascidos em mínimo manuseio por gravidade	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XVII- ÁREA DE CUIDADO: PRESENÇA DO ACOMPANHANTE- Presença de um acompanhante durante sua permanência no hospital, seja de forma integral ou intermitente.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XVIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Presença de um responsável acompanhado-o durante as 24h	1 ponto
Presença de um responsável acompanhado-o por mais de 12h e menos que 24h ao dia	2 pontos
Presença de um responsável acompanhado-o durante menos de 12h ao dia	3 pontos
Recém-nascido desacompanhado	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XVIII- ÁREA DE CUIDADO: MUDANÇA DE DECÚBITO E POSICIONAMENTO-

inclui procedimentos de mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XVIIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 6/6h	1 ponto

XVIIIa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 4/4h	2 pontos
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados de 3/3h ou intervalo menor nas 24h	3 pontos
Mudança de decúbito/mobilização e posicionamento adequados, necessitando de 2 ou mais profissionais, em qualquer frequência	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XIX- ÁREA DE CUIDADO: OUTROS PROCEDIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM- orientações e procedimentos específicos realizados na unidade e que requerem a atuação ativa da equipe de enfermagem.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XIXa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Ausência de orientação e procedimentos específicos	1 ponto

XIXa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Coleta de exames: swab, diurese em saco coletor, coprocultura, Procedimentos: pesagem; mensurações antropométricas; instalação de Pressão Arterial Invasiva	2 pontos
Coleta de exames: urinocultura; aspirado traqueal Procedimentos: punção venosa periférica; inserção de sonda gástrica e/ou jejunal; sonda vesical de demora; cateterismo vesical intermitente regular; eletrocardiograma Orientações Gerais: quanto aos cuidados realizados seja na internação ou preparado para alta (troca de fralda, higiene corporal/oral/ocular, vestimentas, cateterismo vesical intermitente, aleitamento materno, dentre outros)	3 pontos
Procedimentos: inserção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC); preparo do corpo Transporte intra-hospitalar para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, com permanência integral apenas da equipe de Enfermagem	4 pontos

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

XX- ÁREA DE CUIDADO: AÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL- consultas, reuniões, transportes e procedimentos, dentro ou fora da Unidade Neonatal, que requerem a participação de uma equipe multiprofissional, sendo a atuação da equipe de enfermagem sempre presente.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Conceito Relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sugestões e Comentários: _____

XXa. Condições de Dependência de Cuidados	Pontuação
Ausência de procedimentos	1 ponto
Atuação em procedimentos: cateterismo umbilical, coleta de líquido, intubação orotraqueal, fundoscopia, dentre outros	2 pontos
Transporte Intra-Hospitalar para transferência Orientações: Acolhimento aos pais e familiares na Unidade (Primeira Visita) Reunião sobre rotinas da Unidade e/ou circunstâncias especiais (morte/ gravidade/ dificuldade de comunicação)	3 pontos
Transporte Intra-Hospitalar para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, com a presença do profissional de enfermagem e outra (s) categoria (s) profissional (is) Transporte Inter-hospitalar (para transferência ou procedimentos diagnósticos) Cirurgias realizadas na Unidade Neonatal OU no Centro Obstétrico, com suporte do profissional da Unidade Neonatal Consulta Multiprofissional para adesão ao Método Canguru Atuação em Parada Cardiorrespiratória (PCR)	4 pontos

*Considerar apenas as condutas que a equipe de enfermagem estiver envolvida.

	1- Discordo	2- Discordo Parcialmente	3- Concordo Parcialmente	4- Concordo Totalmente
Condições Relevantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições Claras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nível de Pontuação:

Há nível crescente de complexidade assistencial: () Sim () Não

Sugestões e Comentários: _____

APÊNDICE F – TÉCNICA DE DELPHI FASE 2 – COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL



TÉCNICA *DELPHI*: FASE 2 **COLETA DE DADOS**

Prezado (a),

Dando continuidade à pesquisa "**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES NEONATAIS SEGUNDO O GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**", estamos entregando a você um segundo questionário para continuarmos o processo de validação do instrumento.

De acordo com os comentários e sugestões obtidos na primeira fase, foi realizada alterações nas Áreas de Cuidados e nas Condições de Dependência de Cuidados do instrumento, de forma a contemplar a visão do grupo de juízes.

Sendo assim, nessa fase a continuidade de sua participação será de suma importância para:

- Realizar a leitura das 20 (vinte) áreas de cuidados, bem como suas condições de dependência de cuidados.
- Apreciar o conteúdo das áreas de cuidados, clareza dos enunciados e a complexidade assistencial crescente dos itens.

Relembramos que cada área de cuidado foram descritas situações que representam diferentes demandas de cuidado exigidas pelos recém-nascidos e que contemplam as Necessidades Humanas Básicas. Em cada área de cuidado serão traçadas 04 (quatro) condições de dependência de cuidados por ordem de complexidade e com pontuação de 01 (um) a 04 (quatro) (sendo 01 (um) ponto representando a menor complexidade e 04 pontos (quatro) a maior complexidade).

Para cada área de cuidado e sua respectiva conceituação, você deverá selecionar uma das opções: discorda (1 ponto), discorda parcialmente (2 pontos), concorda parcialmente (3 pontos) ou concorda totalmente (4 pontos). Além disso, terá a oportunidade de utilizar os espaços discriminados para sugestões e comentários.

Para cada condição ou atividade de dependência de cuidado, você deverá opinar se discorda (1 ponto), discorda parcialmente (2 pontos), concorda parcialmente (3 pontos) ou concorda totalmente (4 pontos) com cada uma das condições de dependência de cuidados/complexidade assistencial crescente e avaliar o nível de pontuação quanto a relevância e clareza. Poderá também utilizar os espaços disponíveis para sugestões e comentários.

Faz-se necessário ainda esclarecer e pontuar que foram realizadas as seguintes alterações, conforme sugestões e comentários dos juízes, no instrumento:

Área de Cuidado 1- Termorregulação

Com relação ao conceito:

-Acrescentado a temperatura corporal almejada no recém-nascido (36,5-37°C) e inclusão da definição de ambiente estável/ termoneutro.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Foi alterada a pontuação 4 para recém-nascidos em Unidade de Calor Radiante (UCR), pois bebês com quadro grave, em alguns casos, são admitidos e mantidos, em Unidade de Calor Radiante, o que dificulta a termorregulação. Ressalto que a maioria dos bebês em Protocolo de Hipotermia são mantidos em UCR, desta forma, como a faixa almejada de temperatura diverge da normotermia descrita, acrescentou-se no conceito a hipotermia terapêutica. Tal alteração contempla outra sugestão quanto a questão do RN em UCR demandar uma maior complexidade do que a pontuada (2 pontos).

Foi pontuado a incubadora aquecida com ou sem parede dupla, o que foi considerado pertinente, pois a cúpula com parede dupla foi desenvolvida para proporcionar uma melhor estabilidade de temperatura, o que proporciona um isolamento térmico adequado, fazendo com que o recém nascido fique envolto em uma circulação de com temperaturas perfeitamente homogêneas em toda sua extensão, sua indicação é principalmente para recém-nascido com peso $\leq 1500\text{g}$, ou seja, que apresentam maiores dificuldades de termorregulação. Sendo assim, e mediante as sugestões dos demais juízes, reformulei a complexidade.

Área de Cuidado 2- Peso

Com relação ao conceito:

Foi alterado para “[...] condições nutricionais e de hidratação, bem como riscos potenciais [...]” e acrescentado “que a necessidade de controle é para definir/ ajustar condutas

terapêuticas e nutricionais adequadas às demandas do recém-nascido” e “riscos potenciais de morbimortalidade”.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Inserção da faixa de peso de “2500g a 3999g”.

Foi considerado que o peso ≥ 4000 g não se encaixa na maior complexidade (4 pontos), porém recém-nascidos macrossômicos apresentam grandes chances de complicações neonatais, como hipoglicemia, doença das membranas hialinas, síndrome de aspiração meconial, distócia de ombros, fratura da clavícula e lesão do plexo braquial, o que demanda um maior cuidado e vigilância da equipe de enfermagem, devido ao risco potencial de morbimortalidade. Considerando a complexidade com um RN com peso ≤ 1000 g, realmente a demanda de cuidado destes bebês é maior, desta forma optou-se por alterar a condição de dependência para a pontuação 2 e não para pontuação 1, conforme sugerido.

Área de Cuidado 3- IG e IGC

Com relação ao conceito:

Foi pontuado que o o risco de comprometimento ou desenvolvimento (com relação a IG/ IGC) do RN não impacta diretamente na demanda de cuidado, no entanto, considerou-se que quanto menor a idade gestacional (IG), maiores são as taxas de mortalidade e morbidade, e consequentemente maior a chance da criança apresentar sequelas que poderão surgir à medida que se desenvolve. A imaturidade de órgãos e de sistemas vitais torna os RN vulneráveis e mais susceptíveis ao desenvolvimento de complicações de saúde, o que requer maior vigilância da equipe assistencial.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Houve discordância quanto a IG acima de 42 semanas como pontuação 4, no entanto, a Idade Gestacional de 42 ou mais semanas está associada ao aumento, em até três vezes, da mortalidade perinatal (por anoxia intra-uterina não diagnosticada adequadamente), aumento da morbidade (oligodrâmnio, síndrome de aspiração meconial, tocotraumatismos pela macrossomia fetal, sofrimento fetal, comprometimento neurológico do recém-nascido), porém seguindo o critério dos RN com ≥ 4000 g (macrossomia), optou-se por alterar para a pontuação 2.

Área de Cuidado 4- Atividade espontânea e reação à estímulos

Com relação ao conceito:

Foi considerado que o conceito não estava claro, pois as adaptações e reações poderiam ter relação direta com a Idade Gestacional e isto não estava descrito, desta forma foi reformulado para que ficasse melhor compreendido.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Apontaram que as complexidades das pontuações 3 e 4 eram contrapostas, e consideraram a descrição da pontuação 4 confusa, sendo assim foi revisto o conteúdo das mesmas.

Ressaltaram também que recém-nascidos em uso de sedação dependem mais do cuidado da enfermagem, uma vez que demandam maior supervisão, monitorização e interpretação das suas reações e estímulos, o que foi considerado pertinente.

Área de Cuidado 5- Cor da Pele e Mucosas

Com relação ao conceito:

Reformulado o conceito, pois segundo comentário, o termo “adequadas” e “bem sucedida” poderiam causar interpretações variadas, desta forma foi reformulado e alterado o nome a Área de Cuidado para “Cor da Pele e Mucosas”.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Indicaram que a descrição das condições de dependência estavam incompletas no que competia as áreas de icterícia pela Zona de Kramer, o que foi pertinente e acrescentado.

Pontuaram que alguns termos da pontuação 4 condiziam com aporte de oxigênio e não necessariamente estavam de acordo com a complexidade das demais pontuações, optou-se por reformular as condições e retirar alguns termos possíveis de dúvidas.

Área de Cuidado 6- Tonicidade

Com relação ao conceito:

Sem alteração.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Indicaram a padronização do termo “movimentos involuntários de tremores” e “movimentos trêmulos”, pois possuem o mesmo significado.

Área de Cuidado 7- Nutrição e Hidratação

Com relação ao conceito:

Sem alteração.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Alterar o termo regurgitação por intolerância alimentar, pois engloba regurgitação ou vômito, distensão abdominal, etc.

Consideraram a complexidade assistencial incorreta com relação a pontuação 1 para recém-nascidos em uso Nutrição Parenteral Total (NPT), pois descreveram que são mais trabalhosos e tem a questão do envase, rotulagem, instalação e manuseio do cateter, bem como controle rigoroso dessa infusão e balanço hídrico, o que foi considerado pertinente e alterado para pontuação 4.

Pontuaram a dieta zero (pontuação 1) como sendo de maior complexidade, pois tem a questão da verificação de resíduo gástrico e controle rigoroso do balanço hídrico, o que foi considerado pertinente e alterado para pontuação 4.

Julgaram que a descrição da pontuação 3 é maior do que a 4, uma vez que os recém-nascidos demandam maior complexidade, o que foi considerado pertinente.

Área de Cuidado 8- Eliminações

Com relação ao conceito:

Sugeriram suprimir a parte “auxílio da equipe de enfermagem” e alterar “dreno” por “cateter”.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Especificado as eliminações em intestinal e urinária em todas as condições de dependência e acrescentado como se faz a avaliação sem peso da fralda.

Pontuou que recém-nascidos ostomizados apresentam maior demanda de cuidado, pois tem questões relacionadas ao manuseio da ostomia, o que foi considerado pertinente.

Área de Cuidado 9- Oxigenação

Com relação ao conceito:

Alterado o conceito para “com auxílio de dispositivos e equipamentos de suporte, com necessidade de intervenção da equipe de enfermagem” no lugar de “com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos”.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Inclusão da macronebulização na pontuação 3.

Área de Cuidado 10- Integridade cutâneo-mucosa

Com relação ao conceito:

Revisão do conceito.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Acrescentado lesão relacionada ao uso de fralda na pontuação 3.

Pontuado que estava confuso o conceito “presença de incisões” e “sem alteração da integridade” na pontuação 2, e solicitou o acréscimo de “coto umbilical sem sinais flogísticos” para que houvesse comparação, ambas sugestões foram acatadas.

Área de Cuidado 11- Cuidado Corporal

Com relação ao conceito:

Sem alteração.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Alterado o termo “vestimentas realizadas” para “vestimentas colocadas e quando aplicáveis”.

Área de Cuidado 12- Controle de parâmetros vitais

Com relação ao conceito:

Acrescentado a dor como parâmetro vital, uma vez que temos a escala de NIPS como rotina.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Sugerido acrescentar o intervalo maior que 6 horas, sendo assim foi reformulada as condições de dependência para ficar mais claro.

Área de Cuidado 13- Controle de sondas e drenos

Com relação ao conceito:

Revisto o conceito, pois pareceu foi apontado como repetitivo com outras Áreas de Cuidado (Eliminações, Nutrição e Hidratação), neste sentido optou-se por retirar das condições de dependência as sondas (gástrica, jejunal e vesical) e as ostomias (colostomia, ileostomia ou urostomia), pois já estavam presentes em outras áreas de cuidado. Neste sentido, foi alterado o termo sondas para cateteres, equipamentos para dispositivo e o termo infusão foi retirado.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Foi questionado a cânula endotraqueal (CET), pois não condizia com o conceito, desta forma foi retirado, pois já estava contemplada na Área de Cuidado- Oxigenação.

Sugerido equilibrar as condições de cuidado, pois havia discrepância entre os dispositivos, desta forma, mediante as sugestões foram refeitas as condições.

Área de Cuidado 14- Controle de cateteres venosos

Com relação ao conceito:

Substituído o termo “venosos” por “vasculares”, uma vez que temos o Cateteres Umbilicais Arteriais.

Especificado “coleta de sangue”, pois há a rotina de coleta de sangue nos cateteres umbilicais arteriais.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Questionaram a descrição das soluções vesicantes e irritantes, pois anularia as demais, sendo assim optou-se por retirar os termos e manter a pontuação 3 para cateteres periféricos intermitentes de curta permanência para infusão contínua.

Área de Cuidado 15- Terapêutica Medicamentosa

Com relação ao conceito:

Sugerido acrescentar “por qualquer via de administração” no conceito, o que não foi considerado necessário.

Questionado a questão da pontuação 1 “Não utiliza medicamentos”, porém mantida, bem como em outras áreas de cuidado, pois os recém-nascidos precisam se encaixar em todas as áreas de cuidado para que seja estabelecida uma pontuação final.

Foi modificado e acrescido “droga e/ou solução” nos conceitos. Após a releitura desta condição percebeu-se que hemoderivados e hemocomponentes não se encaixam em terapêutica medicamentosa, desta forma, foi alterado o nome e o conceito da área de cuidado para "Terapêutica Medicamentosa e Transfusional- administração de drogas, soluções, hemocomponentes e hemoderivados."

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Retirado “drogas vasoativa”, “vesicantes”, “quimioterápico”, “bicarbonato de sódio e “reposição de volumes”, pois já se encaixavam em medicação endovenosa, o que foi considerado pertinente.

Área de Cuidado 16- Participação do Acompanhante

Com relação ao conceito:

Sem alteração.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Sugerido acrescentar mãe/ família ausente na primeira também, pois no início da internação as mães podem estar graves no Centro Obstétrico e demais situações, porém deixaria duabilidade na questão. No entanto, por uma questão de alteração de conceito e reformulação, optou-se por incluir mãe/ família ausente na Área de Cuidado- Presença do Acompanhante.

Área de Cuidado 17- Rede de apoio e suporte**Com relação ao conceito:**

Acrescentado integral ou intermitente no conceito.

Questionado o conceito de rede de apoio e suporte, pois engloba muito mais que presença física do acompanhante, porém não entraremos neste mérito e optamos por alterar o nome da Área de Cuidado para “Presença do Acompanhante”.

Mantivemos esta área de cuidado, pois a presença constante ou visitas mais frequentes ao recém-nascido, possibilita o restabelecimento da saúde e fortalecimento do vínculo afetivo, diminuindo o estresse hospitalar e, conseqüentemente, reduzindo o tempo de internação.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Acrescentado na pontuação 2, o intervalo de 12-24h.

Área de Cuidado 18- Mudança de decúbito e posicionamento**Com relação ao conceito:**

Sem alteração.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Questionado que a mudança de decúbito e posicionamento de 6 em 6 horas pode ser de um bebê grave, porém o que se avalia nesta condição de dependência é a questão diretamente relacionada ao cuidado de mobilização no leito e não a gravidade do recém-nascido.

Área de Cuidado 19- Outros procedimentos da equipe de enfermagem**Com relação ao conceito:**

Acrescentado “orientações e procedimentos específicos” no conceito.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Acrescentado “mensurações antropométricas”.

Organizado o texto das condições de cuidado, pois foi apontado como confuso, sendo que alguns cuidados exigiam maior complexidade, se comparados com os pontuados, o que foi levado em consideração e reorganizado.

Questionado o tópico “Cirurgias realizadas na Unidade Neonatal ou no Centro Obstétrico com suporte do profissional da Unidade Neonatal e a Consulta Multiprofissional para adesão ao Método Canguru”, pois envolve outros profissionais e se encaixaria na Área de Cuidado-Apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem, o que foi considerado válido, sendo reestruturado, bem como outras demandas da equipe multiprofissional que se encontravam neste tópico.

Área de Cuidado 20- Apoio e suporte a outros procedimentos pela equipe de enfermagem

Com relação ao conceito:

Foi pontuado desacordo com descrição “atuação indireta”, pois algumas condições de dependência demandavam atuação direta da equipe de enfermagem, desta forma optou-se por modificar para “consultas, reuniões, transportes e procedimentos, dentro ou fora da Unidade Neonatal, que requerem a participação de uma equipe multiprofissional, sendo a atuação da equipe de enfermagem sempre presente” e renomear a Área de Cuidado para “Ações realizadas pela equipe multiprofissional”.

Com relação as condições de dependência de cuidados:

Questionado a questão do transporte como procedimento apenas auxiliar, desta forma foi acrescentado o “Transporte Intra-Hospitalar para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, com permanência integral apenas da equipe de Enfermagem”, introduzindo a palavra “apenas” para a Área de Cuidado- Outros procedimentos da equipe de enfermagem; os demais transportes sempre são realizados com, pelo menos, um médico.

01 juiz sugeriu rever a construção dos termos das condições, sendo assim foram feitas alterações em palavras para deixar mais claro.

Acrescentamos que esta validação utilizará a técnica *Delphi* até que se obtenha o consenso sobre o resultado final e a avaliação de cada item se dará por meio da Escala *Likert*.

Reiteramos nosso agradecimento pela sua valiosa contribuição, a qual ampliará extensamente as possibilidades deste estudo.

Coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

APÊNDICE G – PROJETO APLICATIVO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE PERINATAL**



MICHELI MARINHO MELO

**ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES
NEONATAIS SEGUNDO O GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS CUIDADOS DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Projeto Aplicativo desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Professora Orientadora: Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves.

Rio de Janeiro
Janeiro de 2020

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

2.2 Objetivos específicos

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Neonatologia

3.2 Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)

4 ANÁLISE DE PROBLEMAS

4.1 Conceito: Árvore de Problemas

4.1.1 Árvore de Problemas com base na Análise Situacional do instrumento de classificação de pacientes segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem da Unidade Neonatal da ME-UFRJ

5 ATORES SOCIAIS

5.1 Matriz de identificação e relevância dos atores sociais

5.1.1 Análise dos atores

6 PLANO DE AÇÃO / PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Ações estratégicas

6.2 Resultados esperados das ações estratégicas propostas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Classificação do Paciente é um método desenvolvido para determinar, monitorar e validar as necessidades de cuidado individualizado, por meio da classificação de pacientes em categorias ou grupos de cuidados, com possibilidade de avaliar o trabalho de enfermagem requeridos, visando à qualidade da assistência prestada (DE GROOT, 1989; GIOVANNETTI, 1979). A sua utilização nas unidades assistenciais possibilita agrupar os pacientes por complexidade, observando o perfil de cada grupo ou categoria previamente estabelecida, permitir qualidade da assistência, distribuir os leitos para atendimento da demanda por grupo de pacientes, realocar recursos humanos e materiais, detalhar a dinâmica operacional do sistema e monitorar a produtividade e o processo orçamentário (GIOVANNETTI, 1979).

De acordo com Fugulin *et al* (2012), a gerência responsável pelos recursos humanos e pela quantificação de profissionais para assistência segura ao paciente carece de instrumentos, como o Sistema de Classificação de Pacientes, que auxilie no planejamento, alocação, distribuição e controle do quadro de funcionários, por se tratar de um dos itens mais significativos da eficácia, qualidade e custo hospitalar.

Mesmo perante aos benefícios apontados acima, muitos serviços, particularmente as unidades neonatais, não dispõem e não realizam um Sistema de Classificação com o objetivo de alocar quantitativa e qualitativamente os recursos humanos para uma assistência de enfermagem de qualidade. Tal fato prejudica a execução dos processos, bem como a segurança dos pacientes e da equipe que presta o cuidado.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 543 de 18 de Abril de 2017, estabelece parâmetros oficiais para o dimensionamento de enfermagem fundamentando-se na distribuição em categorias de cuidado, de acordo com a classificação do paciente e as áreas de atuação para indicar o número mínimo de profissionais de enfermagem, bem como a porcentagem de distribuição por categoria profissional (COFEN, 2017). No entanto, não foram diagnosticados estudos que contemplem satisfatoriamente a classificação em neonatologia, e com tal lacuna é difícil fundamentar o dimensionamento de pessoal nesta área.

Ressalto que o dimensionamento de pessoal é um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem, indispensável para prover cuidados de maneira a garantir a qualidade, previamente estabelecida a um grupo de pacientes de acordo com a filosofia, singularidade e

estrutura de cada organização (GAIDZINSKI, FUGULIN ; CASTILHO, 2005). Ressalta-se ainda que o dimensionamento de pessoal na saúde interfere na qualidade dos serviços de saúde, na segurança do paciente e no custo da assistência (BRAGA ; SELOW, 2016).

Desde o início da minha trajetória profissional em Neonatologia, que ocorreu por meio da Residência em 2012 e, posteriormente, como plantonista e gestora de uma Unidade Neonatal, pude observar que a alocação de recursos humanos e determinação da carga de trabalho com relação a cada recém-nascido são realizadas empiricamente, ou seja, não há critérios analisados com base no cuidado individualizado para o dimensionamento da equipe de enfermagem, sendo a forma utilizada para avaliar a complexidade assistencial do recém-nascido a patologia/ diagnóstico médico/ quadro clínico.

Mediante a esta realidade e minha prática profissional, faz-se necessário então a realização de estudos que conceituem as categorias de cuidado e classifiquem os recém-nascidos de acordo com o grau de dependência dos cuidados de enfermagem, pois como destaca Fugulin *et al* (1994), com a implantação de um SCP em um hospital universitário, pode-se verificar a melhoria de alguns indicadores tais como: o decréscimo da média de permanência e do coeficiente de mortalidade dos pacientes, a racionalização de recursos materiais e equipamentos, maior satisfação e melhoria da competência da equipe de enfermagem para o atendimento diferenciado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Modificar um instrumento para classificação de recém-nascidos baseado no grau de dependência da equipe de enfermagem para Unidade Neonatal da Maternidade Escola da UFRJ.

2.2 Objetivos Específicos

Validar o Instrumento para a Classificação de Pacientes Neonatais segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem pela técnica Delphi.

Propor a implantação do instrumento na Unidade Neonatal da Maternidade Escola da UFRJ.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Neonatologia

O termo neonatologia foi definido por Alexandre Schaffer (1960), em seu livro sobre doenças dos recém-nascidos (“Diseases of the Newborns”), como “a arte e a ciência do diagnóstico e o tratamento dos distúrbios do recém-nascido” (SCHAFFER ; AVERY, 1977; LUSSKY, 1999; PHILIP, 2005).

A neonatologia é uma especialidade aplicada à assistência ao recém-nascido, bem como à pesquisa clínica, sendo seu principal objetivo a redução da mortalidade e morbidade perinatais na busca da sobrevivência nas melhores condições funcionais possíveis. (MARCONDES, VAZ ; RAMOS, 1991)

No século XIX, não existiam instituições que se dedicassem aos cuidados infantis, exceto alguns locais denominados na época de Fundações, onde as taxas de mortalidade eram muito altas, atingindo valores de 85% a 95% (LUSSKY, 1999; PHILIP, 2005; SMITH ; VIDYASAGAR, 1983).

No final desse século, observou-se na Europa diminuição na taxa de natalidade, abandono de crianças nas ruas e aumento da mortalidade infantil. Estas ocorrências contribuíram para o surgimento do chamado “Movimento para a Saúde da Criança”, entre 1870 a 1920, o qual buscava preservar a vida de todas as crianças e foi um marco na história da medicina (LUSSKY, 1999; PHILIP, 2005; RODRIGUES ; OLIVEIRA, 2004).

O trabalho de parto realizado no domicílio por parteiras era uma das principais causas de mortalidade materna na época. Segundo Avery (1999), era comum que crianças prematuras e malformadas fossem a óbito, baseados na teoria da seleção natural, pois acreditava-se serem estes bebês menos adaptados a sobrevivência (AVERY, FLETCHER; MACDONALD, 1999).

O desenvolvimento dos equipamentos para dar assistência aos recém-nascidos iniciou-se em 1878, quando foi desenvolvida a primeira incubadora, a pedido do obstetra parisiense Stephane Etienne Tarnier, a qual foi instalada em 1880, na Maternidade de Paris, atribuindo-se ao seu uso uma redução da taxa de mortalidade dos RN com peso inferior a 2000g, de 66% para 38% (LUSSKY, 1999; AVERY, FLETCHER ; MACDONALD, 1999; ROLLET, 2000).

O obstetra francês Pierre Constant Budin, em 1882, abrangeu suas preocupações além da sala de parto, criando o primeiro ambulatório de puericultura no Hospital Charité, em Paris, e desenvolveu os princípios e métodos básicos da medicina neonatal (LUSSKY, 1999; RODRIGUES ; OLIVEIRA, 2004; DESMOND, 1991).

Em Chicago, no ano de 1914, houve uma exibição de RN prematuros com intuito de mostrar à classe médica a relevância de seus cuidados e nesta mesma cidade, em 1922, o pediatra Julius Hess inaugurou a primeira unidade de assistência aos prematuros, no Hospital Sarah Morris (LUSSKY, 19993; RODRIGUES ; OLIVEIRA, 2004; DOWNES, 1992). Após esse evento, foram criados diversos centros na América do Norte e na Europa, seguindo os mesmos preceitos, onde os RN prematuros eram agrupados numa sala com finalidade de lhes assegurar enfermeiras treinadas, dispositivos próprios, incluindo incubadoras e procedimentos rigorosos para a prevenção de infecções (ZIEGEL ; CRANLEY, 1980; COSTA, 2005).

Tais avanços técnico-científicos reduziram as taxas de mortalidade e morbidade neonatal, no entanto, ocasionaram a separação e distanciamento do RN e de seus familiares, prejudicando o vínculo afetivo e o aleitamento materno (DOWNES, 1992; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005; AVERY, 1984). Ainda assim, as condições de apoio permitiam que o organismo se recuperasse, tal como o descrito por Florence Nightingale, a precursora da enfermagem: “calor, descanso, nutrição, quietude, higiene, espaço e outros” (AVERY, 1984; WINSLOW, 1978).

A enfermagem também exerceu um papel fundamental no início do desenvolvimento da neonatologia. Um artigo escrito pelo pediatra Julius Hess nos traz a informação de que os melhores resultados obtidos no cuidado aos recém-nascidos prematuros eram alcançados quando enfermeiras bem treinadas estavam à frente do serviço como supervisoras. Neste período cresceu o incentivo pela especialização da enfermagem para o cuidado a recém-nascidos prematuros, e observou-se um grande investimento nessa área, devido à melhora visível nos índices de sobrevivência dos prematuros (RODRIGUES ; OLIVEIRA, 2004; AVERY, FLETCHER ; MACDONALD, 1999; HESS, 1951). No Centro para prematuros de Chicago foi criado um fundo de investimento para o treinamento das enfermeiras na área de neonatologia (HESS, 1951).

A partir da década de 40, os partos passaram a serem realizados, na sua maioria, nos hospitais, facilitando o atendimento à gestante e ao RN, possibilitando pesquisas de doenças cujo início ocorria intra-útero ou durante o período neonatal (LUSSKY, 1999; RODRIGUES ; OLIVEIRA, 2004; DOWNES, 1992).

Entretanto, somente após a segunda Guerra Mundial que as grandes mudanças ocorreram na medicina em geral e resultaram na melhora da sobrevivência da população. Dentre os avanços dessa época na área da neonatologia, destacamos a utilização de antibióticos e da terapia intravenosa, as inovações no armazenamento do sangue, a introdução da técnica de

cateterização da veia umbilical, a modernização das incubadoras, que além de manter a temperatura corpórea constante, passa a manter o ar umidificado (LUSSKY, 1999; RODRIGUES ; OLIVEIRA, 2004; DOWNES, 1992).

Na década de 50, ocorreram os estudos relacionados aos distúrbios respiratórios, com a descrição de Mary Ellen Avery e Jere Mead (1958) de que a deficiência de surfactante nos pulmões era a etiologia da síndrome de desconforto respiratório; a comprovação de que o uso da ventilação mecânica com adaptações das técnicas e equipamentos utilizados nos adultos poderiam ventilar os RN, e isso foi aplicado aos RN com tétano na África do Sul (1957); a criação do Escore de APGAR, criado pela Dra. Virginia Apgar em 1953, com objetivo inicial de avaliar a conduta obstétrica, e posteriormente este se tornaria o principal escore utilizado mundialmente para diagnóstico de asfixia perinatal (LUSSKY, 1999; PHILIP, 2005; DOWNES, 1992).

Ocorreram grandes progressos no cuidado neonatal, a partir da década de 1960, dando origem às Unidades de Terapia Intensiva Neonatais. A dieta administrada após 72 horas de vida passou a ser realizada nas primeiras horas após o nascimento. Novos conhecimentos, equipamentos, tratamentos e técnicas foram introduzidos no cuidado neonatal, contribuindo para a diminuição da taxa de mortalidade e, conseqüentemente, para um aumento da sobrevida. Todo este aparato tecnológico propiciou um ambiente extremamente barulhento e ruidoso, sendo necessário maior número de profissionais nos cuidados neonatais. Passou-se do mínimo manuseio à intervenção e manipulação excessiva da equipe intensivista (RODRIGUES ; OLIVEIRA, 2004).

Posteriormente, na década de 70, os pediatras, cirurgiões e anestesiólogos infantis defenderam a idéia do agrupamento de lactentes com patologias severas em unidades especiais, visando o tratamento mais eficaz. As maternidades para prematuros passam a ser denominadas maternidade de tratamento especial, e desta para unidade de tratamento intensivo para recém-nascido (DOWNES, 1992; LUSSKY, 1999).

Em meados dos anos 1990, passou-se a valorizar a permanência dos pais nas UTI, sendo esta prática amplamente aceita e incentivada. Ela favorecia um vínculo profundo e duradouro, propiciando efeitos positivos, tanto para os pais, quanto para as crianças. Este vínculo tornou-se importante para o sucesso de qualquer terapêutica (LAMY, 1995).

Atualmente, todo este avanço tecnológico culminou com a capacidade de garantir a sobrevida dos recém-nascidos antes ditos incompatíveis com a vida, sejam eles prematuros, malformados, baixo peso ou qualquer outra condição de saúde que o impossibilitasse de

sobreviver. Entretanto, este intervencionismo tornou-se um dos múltiplos desafios enfrentados pela equipe de saúde, ou seja, o uso prudente desta tecnologia, garantindo a sobrevivência dos RN e a sua qualidade de vida no futuro.

3.2 Sistema de Classificação do Paciente (SPC)

A enfermagem tem almejado, continuamente, assistir ao indivíduo de maneira cada vez mais científica e independente, tanto em situações novas, como no resultado de situações que a prática tem oferecido resultados relevantes para a enfermagem como, a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que visa cada vez mais a autonomia do enfermeiro (CARMONA ; ÉVORA, 2002).

Mediante tal necessidade, a integração na prática assistencial do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) enquanto instrumento útil para o planejamento da assistência de enfermagem, para o dimensionamento de recursos humanos e materiais e para a distribuição das atividades entre os membros da equipe de enfermagem conforme a capacitação de cada um e gravidade do paciente é de extrema necessidade.

A história evidencia que a classificação de pacientes na área da enfermagem surgiu no período de Florence Nightingale. Ela buscava organizar as enfermarias de maneira que os pacientes mais graves ficavam alocados próximo à mesa das enfermeiras, visando a racionalização das atividades e a garantia da qualidade assistencial da enfermagem (FUGULIN, 1997).

Na década de 1930, a realização de um estudo nos hospitais em Nova York, foi considerado o precursor no desenvolvimento de sistemas de classificação, identificando as necessidades de cuidados aos pacientes de modo operacional, quantificável, amplo e propondo subsídios para determinar as horas de assistência de enfermagem (RODRIGUES, 1992).

Um grupo de pesquisadores, em 1961, formados no John Hopkins University and Hospitals nos Estados Unidos, desenvolveu um sistema para classificação baseado no grau de necessidade do paciente em relação à assistência de enfermagem. Os pacientes foram classificados em três grupos: autocuidado, cuidado parcial ou intermediário e cuidado intensivo ou total e determinou-se a média de horas de assistência de enfermagem por paciente para cada classificação. O grupo pode concluir que o Sistema de Classificação de Pacientes proporcionou um efetivo mecanismo administrativo para estimativas diárias de

necessidades dos pacientes em relação à assistência de enfermagem e de recursos materiais (CONNOR, 1961).

Numa análise evolutiva dos métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem demonstra que os estudos sobre essa temática consideraram os diferentes graus de complexidade assistencial que os pacientes apresentavam dentro de uma mesma unidade de internação, introduzindo o conceito de Sistema de Classificação de Pacientes enquanto instrumento para estimar as necessidades diárias dos pacientes em relação à assistência de enfermagem, a partir de 1960 (FUGULIN, GAIDZINSKI ; KURCGANT, 2005).

Até 1970 os estudos relativos ao Sistema de Classificação de Pacientes tiveram como objetivo principal a previsão de pessoal por plantão e unidade. Perroca (1996) denominou estes trabalhos de primeira geração de sistemas de classificação.

A partir de 1970 houve um aumento significativo de sistemas de classificação. Estes instrumentos tinham duas estruturas básicas: 1- Sistema Protótipo ou Avaliação Protótipo - sistema subjetivo. 2- Sistema de Avaliação de Indicadores - sistema objetivo (GIOVANNETTI, 1979).

Posteriormente, surgiu uma segunda geração de sistemas de classificação que estabeleceu um sistema computadorizado com monitorização de confiabilidade e validade. Trata-se de um instrumento que emprega uma combinação de etapas para a classificação do paciente indicando com a descrição de cuidados dependentes, representados pelo esquema terapêutico do paciente na unidade (PERROCA, 1996; GIOVANNETTI, 1979).

A introdução do conceito de SCP, na prática gerencial do enfermeiro, contribuiu para o aperfeiçoamento dos modelos utilizados para a determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que evidenciava a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias de cuidado, possibilitando, também, a adequação dos métodos até então utilizados na determinação dos custos da assistência prestada (FUGULIN, GAIDZINSKI ; KURCGANT, 2005).

Sendo assim o SCP vem sendo considerado como instrumento essencial da prática administrativa, proporcionando informações para o processo de tomada de decisão quanto à alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade, aos custos da assistência de enfermagem, à organização dos serviços e ao planejamento da assistência de enfermagem (RODRIGUES, 1992). A classificação de pacientes destaca-se como auxiliar no desenvolvimento do processo de enfermagem sistemático, por ser ordenador e direcionador

do trabalho, constituindo uma das etapas do método de dimensionamento de pessoal da equipe de enfermagem.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 543 de 2017 foi instituída objetivando a colaborar na aplicação dos Métodos de Dimensionamento a fim de padronizar a relação profissionais/ pacientes para a assistência de enfermagem, estabelecendo parâmetros mínimos para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores e gerentes. Tal Resolução pontua que todas as Unidade de Internação deverão adotar um Sistema de Classificação de Pacientes para identificar as categorias do cuidado.

O SCP é definido como um sistema que permite a identificação e classificação de pacientes em grupos de cuidados, ou categorias, e a quantificação dessas categorias como medida dos esforços de enfermagem requeridos(GIOVANNETTI, 1979).

Assim, possibilita ao enfermeiro, em suas atividades de gerenciamento, avaliar e adequar o volume de trabalho requerido com o pessoal de enfermagem disponível. A utilização de um SCP pode, também, auxiliar o enfermeiro a justificar a necessidade de pessoal adicional, quando ocorre aumento do volume de trabalho na unidade, além de subsidiar as decisões referentes ao recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem(ALWARD, 1992).

O SCP pode ser entendido, ainda, como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender às necessidades biopsicossocial e espirituais do paciente(GAIDZINSKI, 1994), sendo adotado como ferramenta para a prática administrativa de enfermagem, propicia a tomada de decisão com relação ao dimensionamento de pessoal, qualidade e monitoramento de custos da assistência de enfermagem (DE GROOT, 1989).

Considerando sob o ponto de vista da enfermagem, o SCP ideal é aquele que utiliza instrumentos que permitam resultados seguros para a avaliação dos pacientes e da unidade. Entre esses recursos, destacam-se os desenvolvidos para identificar a gravidade dos usuários, avaliar a carga de trabalho de enfermagem, quantificar as necessidades de cuidados dos pacientes e estimar a real necessidade de profissionais de enfermagem por paciente (MALLOCH *et al*, 1999).

Acredita-se que a maioria das instituições hospitalares brasileiras que atendem recém-nascidos a avaliação, a classificação e a definição da unidade a ser encaminhado o RN são

realizados pelo pediatra ou neonatologista no Centro Obstétrico, com base no peso de nascimentos, Idade Gestacional, quadro clínico e/ou diagnóstico. Do mesmo modo, o dimensionamento do pessoal de enfermagem que presta cuidados aos neonatos não é baseado num sistema de classificação de pacientes, mas em critérios peculiares a cada instituição, pois, atualmente, não há um instrumento eficaz para a classificação.

Dentro do trabalho coletivo de assistência em unidade neonatal, a equipe de enfermagem tem se responsabilizado pelo cuidado direto e contínuo do recém-nascido e pela orientação dos pais sobre os cuidados com a criança, assim como tem assumido a gerência da unidade de internação e controle do ambiente. Considerando a assistência em Unidades Neonatais a Portaria nº 930 de 2012 define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo as Unidades Neonatais divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN tipo II e III) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

O estabelecimento de um SCP para recém-nascidos permite o planejamento das necessidades de cada unidade de cuidado, maior satisfação da clientela, da equipe de enfermagem e médica, maior rendimento e eficiência no trabalho, menor tempo de permanência e maior rotatividade do leito hospitalar, concentração dos recursos humanos e materiais especializados com maior aproveitamento e menor custo hospitalar, maior índice de recuperação, maior rapidez no atendimento de enfermagem, maior participação da enfermagem nos planos de cuidados, favorecimento das ações educativas aos familiares, maior satisfação de clientes e familiares.

4 ANÁLISE DE PROBLEMAS

Este estudo surgiu baseado numa observação da prática diária sobre a necessidade de classificação dos recém-nascidos para melhor alocar os recursos humanos da Unidade Neonatal onde exercia gestão e, além disso a construção e implantação de um Sistema de Classificação em uma Unidade Neonatal seria a oportunidade de aperfeiçoar os procedimentos, as ações e as intervenções, redirecionando os processos de gestão, promovendo uma forma diferenciada de gerenciar recursos humanos, alocar recursos financeiros e definindo necessidades de novas tecnologias e processos de cuidado, centradas no recém-nascido e na família.

Atualmente, encontra-se na literatura poucos referenciais acadêmicos sobre o Sistemas de Classificação em Neonatologia. O Conselho Federal de Enfermagem recomenda a utilização do Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos, adaptado por Marinho, A. da tese da DINI, 2007 (COFEN, 2017), porém não atende especificamente a clientela da Unidade Neonatal da Maternidade Escola.

Um dos estudos propôs reestruturar, com a perspectiva de tornar o instrumento já existente de Toledo e Fugulin, 2000, mais adequado às unidades neonatais no contexto nacional. O instrumento reestruturado tem a função de orientar a classificação de recém-nascidos por tipo de cuidado com base nas necessidades individualizadas de assistência de enfermagem. Assim, o estudo se propõe a reconstruir o instrumento para classificação de pacientes em unidade neonatal e validar o conteúdo do novo instrumento de classificação de pacientes com as juízas especialistas, utilizando a técnica Delphi (BOCHEMBUZIO ; GAIDZINSKI, 2005).

O artigo cita como conclusão que a pesquisa ateu-se à reconstrução de um instrumento de classificação de recém-nascidos e sua validação efetuou-se apenas quanto ao aspecto do conteúdo e que se propõe a dar continuidade, em pesquisas futuras, no sentido de processar a validação clínica desse instrumento para a verificação de sua aplicabilidade na prática assistencial. Porém não encontrei na literatura, até o momento, outros estudos que contemplassem tal feito.

Desta forma, entende-se que a construção do instrumento proposto neste estudo contemplando o perfil e especificidades da Neonatologia e, considerando também o cenário em questão, proporcione resultados que poderão contribuir para gerar um maior conhecimento acerca da temática proposta e, conseqüentemente sua aplicabilidade e operacionalização na

assistência de enfermagem visando não apenas a melhoria da assistência, mas a redução de custos e demais benefícios apontados acima.

No âmbito do ensino espera-se contribuir para a disseminação do conhecimento acerca do assunto e gerar discussões para que se reflita a relevância do tema para a otimização da equipe de enfermagem e melhoria dos cuidados prestados, bem como engajar demais pesquisas sobre a temática em neonatologia validando ainda mais suas contribuições com os processos assistenciais e gerenciais.

Neste projeto de aplicabilidade prática na Unidade Neonatal da Maternidade Escola temos como problema identificado: ausência de um instrumento eficaz para classificação dos recém-nascidos de acordo com o grau de dependência dos cuidados de enfermagem.

O problema exposto foi definido a partir do olhar estratégico dos atores sociais envolvidos (Direção de Enfermagem e Coordenação de Enfermagem da Unidade Neonatal (2015-2020)) e qualificado como problema a fim de que se construa um instrumento para tal e alcance à qualidade da assistência prestada, maior segurança ao paciente e ao profissional, bem como um dimensionamento adequado, conforme a legislação vigente.

4.1 Conceito: Árvore de Problemas

A árvore de problemas é um instrumento utilizado para analisar os problemas existentes, compreendendo suas relações de causalidade e consequência. É formada através do problema identificado e o elenco de suas possíveis causas visando, com isso, desenvolver projetos que solucionem tal problema (CORAL *et al.*, 2009). O Diagrama de Árvore é classificado no Japão entre as primeiras e principais ferramentas gerenciais para o controle da qualidade, sendo uma ferramenta simples, fácil de ser utilizada e apresenta vantagens em relação a outras metodologias, principalmente devido ao fácil manuseio, pelo fato de se adequar aos diversos ambientes, contextos e áreas de atuação, além do melhor desempenho no processo de identificação da causa raiz, fundamental para qualquer método de solução de problemas (ORIBE, 2012).

É importante identificar e selecionar um dos problemas do local do contexto de trabalho, identificando as suas causas e consequências, com o fim de focar nas causas principais para se elaborar um Projeto de Intervenção, pois elas garantirão que o problema, se não resolvido, seja minimizado. O foco nas consequências do problema apenas mascaram a sua resolução. Gerando assim a importância aplicativa da metodologia “Árvore de

Problemas” que tem como base a definição do que é causa e do que é consequência de um problema (SOUZA, 2010).

4.1.1 Árvore de Problemas com base na Análise Situacional do Instrumento de Classificação de Pacientes segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem da Unidade Neonatal da ME-UFRJ

Em seu enfoque aos problemas, a Árvore de Problemas contribui na determinação do foco da intervenção, podendo ser definida como uma representação, em que a ilustração gráfica mostra a situação-problema representada pelo tronco, as principais causas são representadas pelas raízes e os efeitos negativos que ela provoca na população-alvo do projeto são os galhos e folhas. A metáfora da árvore auxilia a visualização das fases de construção dessas ferramentas/instrumentos, embora não se empregue a representação gráfica da árvore, propriamente dita, pois sua estruturação se dá por meio de um organograma (BUVINICH, 1999).

A árvore de problemas apresentada abaixo foi construída com o intuito de analisar as questões relacionadas à Análise situacional da ausência de um Instrumento validado eficaz para Classificar os pacientes neonatais da Unidade Neonatal da Maternidade Escola.



Percebe-se que com a análise da árvore de problemas que com a ausência de um instrumento eficaz contribui para um Dimensionamento de Pessoal insatisfatório, bem como um quantitativo inadequado de profissionais de enfermagem, como consequências dessas causas pontua-se, por exemplos, qualidade da assistência de enfermagem prejudicada, risco de segurança do paciente, horas de enfermagem distribuídas incorretamente e saúde do trabalhador prejudicada.

5 ATORES SOCIAIS

Compreende-se por ator social todo aquele que agindo em uma determinada realidade é capaz de transformá-la. Para tal deverá dispor de controle sobre recursos relevantes à resolução do problema, uma organização minimamente estável e um projeto para intervir na realidade (MATUS, 1993).

5.1 Matriz de Identificação e relevância dos atores sociais

Atores Sociais	Valor	Interesse
Direção Geral da ME-UFRJ (Prof. Dr. Jorge Fonte de Rezende Filho / Prof. Dr. Joffre Amim Junior)	Alto	+
Direção de Enfermagem da ME-UFRJ (Prof. Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves)	Alto	+
Coordenação Médica do Serviço de Neonatologia da ME-UFRJ (Dra. Maura Rodrigues de Castilho)	Alto	+
Coordenação de Enfermagem do Serviço de Neonatologia da ME-UFRJ (Enfã. Priscilla dos Santos Vigo)	Alto	+
Responsáveis pela Central de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH da ME-UFRJ (Enfã. Débora Rangel)	Alto	+
Responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente da ME-UFRJ (Enfã. Andréa Marinho Queiroz C. Barbosa)	Alto	+
Pesquisadora (Enfã. Micheli Marinho Melo)	Alto	+

Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

5.2 Análise de Atores Sociais

Os componentes da Direção Geral da ME-UFRJ (Prof. Dr. Jorge Fonte de Rezende Filho e Prof. Dr. Joffre Amim Junior) e a Direção de Enfermagem da ME-UFRJ (Prof. Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves) estão elencados como atores sociais deste projeto uma vez que a classificação dos recém-nascidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem tem influência direta na qualidade da assistência, racionalização de custos da instituição, por meio da redução de tempo de internação e gastos com materiais e pessoal, e melhores condições para os profissionais envolvidos na assistência.

As Coordenações Médica e de Enfermagem do Serviço de Neonatologia da ME-UFRJ (Dra. Maura Rodrigues de Castilho e Enf^a Priscilla dos Santos Vigo) são de grande interesse

ao projeto elaborado, uma vez que o impacto direto ocorrerá na assistência direta aos recém-nascidos internados na Unidade Neonatal.

Os Responsáveis pela Central de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH da ME-UFRJ (Enfa. Débora Rangel) e p pelo Núcleo de Segurança do Paciente da ME-UFRJ (Enfa. Andréa Marinho Queiroz C. Barbosa) encontram-se pontuados como atores sociais também devido ao grande impacto do projeto nas taxas de controle de infecção hospitalar e segurança do paciente.

Todos estes atores são de alto valor, ou seja, possuem grande poder de influência e governabilidade, e apresentam interesse em relação ao problema em questão, impactando diretamente na viabilidade do projeto.

6. PLANO DE AÇÃO/PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de ação é uma ferramenta utilizada para planejar e acompanhar a execução de ações necessárias para atingir um resultado num determinado prazo (MARCONDES, 2016). Consequentemente está diretamente ligado aos objetivos específicos do projeto, detalhando cada ação que será planejada o alcance dos mesmos. Além disso, indica prazos, recursos (humanos, financeiros e materiais) disponíveis, responsáveis por cada ação e indicadores de avaliação e monitoramento da realização das ações propostas (ORIBE, 2012).

Segundo CARVALHO e RABECHINI (2008), outra característica geral do Projeto de Intervenção reporta-se ao fato do mesmo não ser um processo, portanto possui começo, meio e fim, contendo o esclarecimento objetivo sobre o que será realizado, em que prazo, custos de sua implementação, tarefas a serem executadas e quem as executará, além dos resultados esperados.

6.1 Ações Estratégicas

1ª Ação Estratégica: Construir o Instrumento para Classificação de Pacientes Neonatais de acordo com o grau de dependência da equipe de Enfermagem										
Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos				Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
			Econômico	Organizativo	Materiais	Poder				
1ª - Organizar os dados encontrados na literatura acerca da temática	Diversidade de informações Dados insuficientes	Fácil acesso aos bancos de dados	Próprios	Organização do Material em arquivos identificados	Computador, papel e caneta	Mestranda	Julho de 2019	Mestranda e Orientadora do Projeto	Organização dos dados por relevância	Monitorar a eficácia dos dados coletados no tempo proposto
2ª - Traçar o perfil dos recém-nascidos atendidos na Unidade Neonatal	Dados incompletos	Fácil acesso aos bancos de dados	Próprios	Organização os dados através de planilhas/ tabelas	Computador, papel e caneta	Mestranda	Julho de 2019	Mestranda e Orientadora do Projeto	Organização dos dados por meio planilhas/ tabelas	Monitorar a análise dos dados coletados no tempo proposto
3ª - Elencar as categorias de cuidados de enfermagem segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem	Diversidade de categorias de cuidados Agrupar as categorias	Domínio do assunto Acesso à informação	Próprios	Organização das categorias de cuidados	Computador, papel e caneta	Mestranda	Julho de 2019	Mestranda e Orientadora do Projeto	Criação do instrumento de Classificação de Pacientes Neonatais	Monitorar a eficácia da criação do instrumento no tempo proposto

2ª Ação Estratégica: Validar o Instrumento para Classificação de Pacientes Neonatais segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem pela Técnica Dephi										
Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos				Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
			Econômico	Organizativo	Materiais	Poder				
1ª - Selecionar especialistas na área de Terapia Intensiva Neonatal	Variadas opções de especialistas na área	Especialistas com capacitação adequada na área Apoio da instituição na pesquisa	Próprios	Organizar planilha com nome e contatos dos especialistas selecionados	Computador, papel e caneta	Mestranda	Julho e Agosto de 2019	Mestranda e Orientadora do Projeto	Elaborar lista de especialistas	Monitorar a elaboração da lista de especialistas no tempo proposto
2ª - Enviar o instrumento aos especialistas para avaliação e sugestões	Retorno da resposta dos especialistas Retorno de e-mail devido a endereço incorreto	Baixo Custo Facilidade no envio do material (por meio de correio eletrônico)	Próprios	Assegurar o envio do instrumento para todos os especialistas selecionados	Computador e rede de internet	Mestranda	Julho e Agosto de 2019	Mestranda e Orientadora do Projeto	Avaliar o sucesso no envio do material para apreciação dos especialistas selecionados	Monitorar o envio do instrumento aos especialistas no tempo proposto
3ª - Avaliar as sugestões fornecidas pelos especialistas e proceder as modificações necessárias	Interpretar e filtrar as críticas e sugestões propostas	Baixo Custo Domínio do assunto pela pesquisadora	Próprios	Selecionar as sugestões e críticas recebidas	Computador e rede de internet	Mestranda	Setembro de 2019	Mestranda e Orientadora do Projeto	Proceder as modificações necessárias à validação do instrumento pelos especialistas	Monitorar a realização das modificações necessárias após as avaliações no período proposto
4ª - Reenviar o instrumento com as correções propostas novamente para os especialistas	Retorno da resposta dos especialistas Retorno de e-mail devido a endereço incorreto	Baixo Custo Facilidade no envio do material (por meio de correio eletrônico)	Próprios	Assegurar envio do retorno do material corrigido a todos os especialistas que participaram do processo	Computador e rede de internet	Mestranda	Setembro de 2019	Mestranda e Orientadora do Projeto	Avaliar o sucesso no envio do material corrigido aos especialistas que participaram do processo	Monitorar o envio do instrumento aos especialistas no tempo proposto

3ª Ação Estratégica: Propor a implantação do Instrumento na Unidade Neonatal da Maternidade Escola da UFRJ										
Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos				Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
			Econômico	Organizativo	Materiais	Poder				
1ª - Realizar reunião com a equipe de enfermagem para apresentar a proposta	Reunir os profissionais Falta de conhecimentos dos profissionais	Acesso aos profissionais Construção do instrumento Apoio da Divisão de Enfermagem	Próprios	Agendar espaço para a reunião Enviar e-mail com convites aos profissionais envolvidos	Computador, Data Show e Rede de Internet	Direção da Maternidade Escola, orientador do projeto e mestranda	2020	Mestranda e Orientadora do Projeto	Participação do Grupo	Número de participantes/ Número total de profissionais de enfermagem x 100
2ª - Sensibilizar a equipe da Unidade quanto a importância do instrumento	Falta de conhecimento dos profissionais acerca da importância do instrumento Falta de interesse dos profissionais acerca do tema	Existência real do problema no dimensionamento de pessoal da unidade Domínio da pesquisadora acerca do tema	Próprios	Agendar espaço para realização dos treinamentos Convidar os profissionais para participar dos treinamentos	Computador, Data Show e Rede de Internet	Mestranda e Orientadora do Projeto	2020	Mestranda e Orientadora do Projeto	Participação do Grupo	Número de participantes/ Número total de profissionais de enfermagem x 100
3ª - Instrumentalizar os profissionais através dos treinamentos para conhecimento e utilização do instrumento	Disponibilidade de tempo dos profissionais Interesse dos profissionais acerca do tema	Acesso aos profissionais Domínio da pesquisadora acerca do tema	Próprios	Agendar espaço para realização dos treinamentos Convidar os profissionais para participar dos treinamentos	Computador, Data Show e Rede de Internet	Direção da Maternidade Escola, orientador do projeto e mestranda	2020	Mestranda e Orientadora do Projeto	Participação do Grupo	Número de participantes/ Número total de profissionais de enfermagem x 100

6.2 Resultados esperados das Ações Estratégicas Propostas

Em relação a primeira ação estratégica, construir um instrumento para Classificação de Pacientes Neonatais de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem, tem por objetivo elencar nos bancos de dados as informações que possam levar à construção do conhecimento do tema e que norteiem no processo de construção, bem como estruturar um instrumento com base na clientela da Unidade Neonatal da Maternidade Escola, por meio do conhecimento do perfil da unidade.

Através da segunda ação, validar o instrumento para Classificação de Pacientes Neonatais de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem pela técnica Delphi, busca-se tornar confiável o instrumento construído a partir das sugestões e críticas de especialistas na área.

A última ação, propor a implantação do instrumento na Unidade Neonatal da Maternidade Escola, objetiva-se executar na prática o instrumento elaborado a partir deste

projeto através de diálogos, sensibilizações e instrumentalização da equipe que estará diretamente ligada ao cuidado neonatal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALWARD, R.R. Patient classification systems: another perspective. **J N Management**, 1992; v.23, p.38-9, 1992.

AVERY, G.B. Neonatologia: Perspectivas na década de 1990. In: AVERY GB, FLETCHER MA, MACDONALD MG. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do RN**. 4 ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1999. p.3-7.

BRAGA, D.C.D.; SELOW, M.L.C. A relevância do dimensionamento de pessoal de enfermagem para a qualidade no cuidado do paciente: revisão bibliográfica. **Vitrine de Produção Acadêmica**, Curitiba, v.4, n.2, p.89-103, jul/dez., 2016.

BOCHEMBUZIO, L.; GAIDZINSKI, R.R. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. **Acta Paulista Enf.** v.18, n.4, p.382-9, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a06v18n4.pdf> Acesso em: Março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de UTIN no âmbito do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 26 set. 2012. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 19 jun. 2017.

BUVINICH, M.R. Ferramentas para o monitoramento e avaliação de programas e projetos sociais. **Cad de Pol Sociais**, série Documentos para Discussão, n.10, 1999.

CARMONA, L.M.P.; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de classificação de pacientes: aplicação de um instrumento validado. **Rev Esc de Enferm USP**, São Paulo, v.36, n.1, p.42-9, 2002.

CARVALHO, M. M.; RABECHINI, R. Jr. **Construindo competências para gerenciar projetos: teoria e casos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **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. Brasília, 2017.

CONNOR, R.J. Effective use of nursing resources: a research report. Hospitals. **J American Hospital Association**, v.35, n.5, p.30-9, 1961.

CORAL, E.; OGLIARI, A.; ABREU, A. F. (orgs.). **Gestão integrada da inovação: estratégia, organização e desenvolvimento de produtos**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2009

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora**. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

DE GROOT, H.A. Patient classification system evaluation. Part 1: essential system elements. **J Nursing Administ**, n.19, n.16, p.30-5, 1989.

DESMOND, M.M. A review of newborn medicine in America: European past and guiding ideology. **American J Perinat**, v.8, p. 308-22, 1991.

DOWNES, J.J. Evolução histórica, estado atual e desenvolvimento prospectivo do tratamento intensivo pediátrico. **Clínica de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.1-25, 1992.

DUXBURY, M.L. Nursing in neonatology. In: SMITH, G.F.; VIDYASAGAR, D. **Historical review and recent advances in neonatal and perinatal medicine**. Mead Johnson Nutritional Division, p.9-33, 1983.

FUGULIN, F.M.T. et al. Implantação do sistema de Classificação de Pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev Medic Hospital Universitário da USP**, v.4, n1/2, p.63-8, jan./dez., 1994. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0104-11692005000100012>. Acesso em: 03. mar. 2017.

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. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.1, p.72-8, janeiro-fevereiro, 2005.

FUGULIN, F.M.T. **Sistema de Classificação de Pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem**. [Dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1997.

GIOVANNETTI, P. Understanding patient classification systems. **J Nursing Administ**, v.9, n.2, p.4-9, 1979.

FUGULIN, F.M.T. et al. Nursing care time in the Intensive Care Unit: evaluation of the parameters proposed in COFEN Resolution nº293 de 2004. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.20, n.2, p.325-32, 2012.

GAIDZINSKI, R.R. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática.** [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1994.

GAIDZINSKI, R.R., FUGULIN, F.M.T, CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.125-37.

HESS, J.H. Chicago Plan for care premature infants. **J American Medical Association.** v.146, p.891-3, 1951.

LAMY, Z.C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-natos internados em unidade de terapia intensiva neonatal** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira; 1995.

LUSSKY, R. C. A century of neonatal medicine. **Minnesota Medical Association,** Mineápolis, v.82, dec.,1999.

MALLOCH, K. et al. Patient classification systems. Part 2: The third generation. **JNursing Administration**, v.29, n.9, p.33-42, 1999.

MARCONDES, J.S. **Plano de ação: o que é? Conceito, como fazer, aplicação, modelo.** 2016. Disponível em: <https://www.gestaodesegurancaprivada.com.br/plano-de-acao-o-que-e-conceitos/>. Acesso em: 03 de Janeiro de 2020.

MATUS, C. El plan como apuesta. **Revista PES (Planeación Estratégica Situacional).** Caracas, Venezuela: Fundación Altadir, n. 2, p. 9-59, abril, 1993.

ORIBE, C. Y. **Diagrama de Árvore: a ferramenta para os tempos atuais.** 2012. Disponível em: <http://www.qualypro.com.br/artigos/diagrama-de-arvore-a-ferramenta-para-os-tempos-atuais>>. Acesso em: 03 de Janeiro de 2020.

PERROCA, M.G. **Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento.** [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1996.

PHILIP, A.G.S. The Evolution of neonatology. **J Pediat Research**, v.58, p.799-815, 2005.

RAMOS, J.L.A. Pediatria Neonatal: âmbito e finalidades. In: MARCONDES. E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A. et al. **Pediatria básica: pediatria clínica especializada**. São Paulo: Sarvier; 1991.

RODRIGUES, R.G., OLIVEIRA, I.C.dos S. Os primórdios da assistência aos 286 recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Rev Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.2, p.286-291, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em 23 de Novembro de 2018.

RODRIGUES, J. FILHO. Sistema de classificação de pacientes. Parte I: Dimensionamento de pessoal de enfermagem. **Rev da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, 26, n.3, p.395-404, 1992.

ROLLET, C. The debut of neonatal medicine in the XIX century. **Bull Acad Nati Med**. p.1863-5, 2000.

SCHAFFER, A.J., AVERY, M.E. **Diseases of the newborn**. Philadelphia: Saunders; 1977.

SOUZA, B.C.C. Gestão da mudança e da inovação: árvore de problemas como ferramenta para avaliação do impacto da mudança. **Rev Ciências Gerenciais**. São Paulo, v. 14, n.19, p.1-18, 2010.

WINSLOW, C.E.A. Florence Nightingale and Public Health Nursing. Public Health nursing 1946. In: DOLAN, J.A. **Nursing in Society**. 14a ed. Philadelphia: WB Saunders; 1978.

ZIEGEL, E.E., CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. 7a ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO - SIBi
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE



1. Identificação do tipo de Material

<input type="checkbox"/>	Tese (Doutorado)
<input checked="" type="checkbox"/>	Dissertação (Mestrado)
<input type="checkbox"/>	Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização/ Residência)

2. Identificação do documento

Unidade: MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Nome do curso: MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

Autor: MICHELI MARINHO MELO

RG: 21.647.436-1

CPF: 059.320.877-30

E-mail: michelimelo@me.ufrj.br

Título do trabalho: SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS SEGUNDO O GRAU DE DEPENDÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES NEONATAIS

Orientador: ANA PAULA VIEIRA DOS SANTOS ESTEVES

Data da Defesa: 08/02/2021	Formato: Impresso <input checked="" type="checkbox"/> Eletrônico <input type="checkbox"/>	Número de páginas:
-------------------------------	--	--------------------

3. Informações de acesso ao documento no formato impresso

Este trabalho é documento confidencial? Sim Não

Este trabalho ocasionará registro de patente? Sim Não

4. Informação de acesso ao documento no formato eletrônico

Este trabalho pode ser disponibilizado na Internet? Sim Não

5. Autorização Para Disponibilização Na Biblioteca Digital De Teses E Dissertações e no Repositório Pantheon

Autorizo a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral da publicação supracitada no formato PDF, de minha autoria, na base de dados e no Repositório Pantheon para fins de leitura e/ou impressão pela Internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

_____, ____/____/____

Local, Data

Assinatura