

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM PARA TERAPIA INTENSIVA: CONTRADIÇÕES ENTRE O REGULAMENTADO E O FEITO

Antônio César Ribeiro*
Kaoanny Jonatas Matias Marques Silva**
Lucas dos Santos Ribeiro***
Raiany Katchussa Ignatz de Andrade****
Roseany Patrícia Silva Rocha*****
Yara Nãna Lima*****

RESUMO

Estudo descritivo, com delineamento transversal, realizado junto a três unidades de terapia intensiva adulta de um hospital público municipal, em Cuiabá – MT. Teve como objetivo analisar a composição quantitativa e qualitativa do quadro de pessoal de enfermagem destinado à assistência em terapia intensiva, comparativamente às normas específicas do Conselho Federal de Enfermagem. Os dados foram levantados a partir das escalas dos meses de fevereiro a abril de 2016. De posse do material coletado, quando comparados com o cálculo realizado a partir da Resolução COFEN 543/2017, pode-se observar que há um distanciamento e inadequação qualiquantitativa entre a realidade empírica e o que determina a referida resolução relativa ao dimensionamento de pessoal para a assistência em terapia intensiva. No que diz respeito ao exercício profissional, evidenciou-se ainda a inadequada participação de auxiliares de enfermagem na assistência ao paciente que requer cuidados técnicos e de maior complexidade. Frente ao evidenciado, sugere-se a baixa institucionalidade das normas técnicas da enfermagem brasileira no processo de organização do trabalho da enfermagem destinado à pacientes em terapia intensiva.

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem. Dimensionamento. Hospital.

INTRODUÇÃO

A prática da enfermagem constitui-se de diferentes processos de trabalho que podem ser particularizados a partir dos seus específicos elementos (finalidade, objeto, instrumentos, agente e produto), podendo, ou não, ser desenvolvidos de forma concomitante, a saber: cuidar/assistir, gerenciar/administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente⁽¹⁾.

Para além da identificação dos diferentes processos de trabalho que constituem a prática da enfermagem, outra característica que a identifica está na divisão técnica e social na produção dos seus serviços, em que participam agentes com diferentes níveis de formação e competências, conforme define a lei que regulamenta o exercício profissional da categoria no Brasil (LEPE)⁽¹⁻³⁾.

Considerando a arquitetura que o trabalho da

enfermagem assume, entre seus diferentes agentes, tomou-se aqui o enfermeiro a quem compete, privativamente, a organização, o planejamento e a avaliação da assistência de enfermagem, além da assunção dos cuidados mais complexos. A partir da definição do plano individual de cuidado, o enfermeiro deve delegar tarefas aos agentes de nível médio – respeitados os níveis de formação e competência – e controlar a sua eficiência, por meio da supervisão direta⁽²⁻³⁾.

Ainda conforme a LEPE, cabe, privativamente, ao enfermeiro o processo de trabalho gerenciar/administrar, no sentido de organizar e garantir as condições para a realização do cuidado qualificado⁽¹⁻³⁾.

Buscando normatizar o trabalho de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem editado as Resoluções que, na condição de Normas

*Enfermeiro, Doutor em Ciências, Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – orientador. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPALIUM/FAEn/UFMT.

Cuiabá – MT, Brasil. E-mail: anceri1964@gmail.com.

**Bacharel em Enfermagem, graduada pela Faculdade de Enfermagem / UFMT. Cuiabá – MT, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPALIUM/FAEn/UFMT. E-mail: Kaoanny.marques@hotmail.com.

***Enfermeiro, graduado pela Faculdade de Enfermagem / UFMT. Cuiabá – MT, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPALIUM/FAEn/UFMT. E-mail: lucas_sanribeiro@hotmail.com.

****Enfermeira, graduado pela Faculdade de Enfermagem / UFMT. Cuiabá – MT, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPALIUM/FAEn/UFMT. E-mail: raiany.andrade@gmail.com.

*****Bacharel em Enfermagem. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem/UFMT. Membro do Grupo de Pesquisa TRIPALIUM/FAEn/UFMT.

Cuiabá – MT, Brasil. Roseanyrocha1@gmail.com.

*****Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem do Programa Voluntariado de Iniciação Científica – VIC. Faculdade de Enfermagem / UFMT. E-mail: yara_nannalima@hotmail.com.

Técnicas (NT), cumprem o objetivo de orientar, desde a organização do trabalho até a sua efetivação, por meio de ações de intervenção no sentido do atendimento ou antecipação das necessidades de clientes/pacientes que demandam por assistência de enfermagem⁽³⁻⁴⁾.

Neste sentido, a presente proposta de investigação toma como referência a Resolução COFEN-543/2017, que atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas suas atividades⁽⁴⁾.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é entendido como um processo sistemático que deve orientar o planejamento do quantitativo e qualitativo de pessoal, considerando a natureza e peculiaridade do trabalho e os aspectos organizacionais da instituição, na perspectiva da qualidade e continuidade da assistência de enfermagem⁽⁵⁾.

Neste sentido, o dimensionamento tem sido referido como importante instrumento do trabalho gerencial do enfermeiro e, por isso mesmo, considerado como um dos maiores desafios da administração dos mais variados serviços de enfermagem⁽⁴⁻¹²⁾.

Dada a centralidade que o trabalho de enfermagem assume na organização e efetivação do processo de assistência à saúde, no contexto do modelo clínico hospitalar, o presente estudo definiu como seu objeto o dimensionamento quantitativo de pessoal de enfermagem, considerando-o como potente instrumento/ferramenta do processo de trabalho gerenciar/administrar do enfermeiro^(1,3-12).

O presente estudo teve como objetivo analisar o dimensionamento de pessoal destinado à assistência em terapia intensiva comparativamente à Norma Técnica específica do Conselho Federal de Enfermagem⁽⁴⁾.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, recorte de uma pesquisa matricial intitulada “Análise da organização do trabalho de enfermagem em Terapia Intensiva, de um hospital público municipal, em Cuiabá – MT, na perspectiva das Normas Técnicas do Conselho Federal de Enfermagem”.

Neste sentido, buscou-se analisar o dimensionamento de pessoal de enfermagem destinado à assistência em terapia intensiva em um

Hospital Público Municipal, em Cuiabá – MT, à luz da NT definida por meio da Resolução COFEN N.º 543/2017⁽⁴⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia”⁽¹³⁾.

Situado na capital do Estado de Mato Grosso, o hospital estudado tem capacidade para 224 leitos e responde como referência de alta complexidade para o atendimento ao trauma na Grande Cuiabá e interior do Estado. Na sua estrutura, conta com 38 leitos destinados à assistência em terapia intensiva adulta, organizados em três Unidades, sendo 10 leitos da UTI-A I e na UTI-A II e 18 leitos na UTI-A III.

A população estudada foi constituída pelos agentes do trabalho de enfermagem, lotados e em exercício nas três UTIs adultas, que somam o total de 139 profissionais, entre enfermeiros coordenadores do serviço, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Como critérios de inclusão foram considerados apenas os profissionais em atividade efetiva, conforme as escalas de serviço no período da coleta dos dados e aqueles que atuam diretamente na assistência aos pacientes. Assim, foram excluídos dois enfermeiros que assumem a função de coordenação, cujas atribuições são de caráter exclusivamente administrativo-burocrático.

A coleta dos dados consistiu na caracterização do quadro efetivo dos agentes do trabalho de enfermagem, destinado ao gerenciamento do cuidado (enfermeiros) e do cuidado em si (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Para tanto, foi utilizada a técnica de análise documental, aplicada ao estudo das escalas de serviço e da legislação pertinente.

Assim, foram consideradas as escalas de serviço das três unidades, correspondentes ao período de fevereiro a abril de 2016. Após a coleta os dados, foram digitalizados e armazenados com os recursos do *software* EPIDATA 3.1. Após a constituição do banco de dados, estes foram considerados mês a mês, em que se pode observar que o conjunto dos trabalhadores de enfermagem não variou numericamente no que diz respeito ao quantitativo e qualitativo das escalas. Assim, decidiu-se, aleatoriamente, pela escala do mês de Abril de 2016 como referência na apresentação dos resultados relativos à realidade local.

A partir do levantamento quantitativo dos

agentes do trabalho de enfermagem alocados, conforme a escala do mês de Abril/2016, das três UTIs adultas foram levantadas as informações relativas a: (1) jornada semanal de trabalho (30 horas semanais $K_m = 0,2683$); (2) número efetivos de leitos (38 leitos), sendo 10 UTI-A I e II e 18 UTI-A III; (3) taxa de ocupação 100% para as três Unidades, considerando os últimos seis meses.

Para a classificação dos pacientes, de acordo com os níveis de cuidados requeridos, utilizou-se instrumento específico desenvolvido com base nas necessidades individuais de pacientes adultos^(7, 14). O referido instrumento contempla 13 (treze) áreas de cuidado, a saber: estado mental e nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição e hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminações, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação e integridade cutâneo-mucosa. Cada um

dos prognosticadores varia de pontuação de 1 (menor complexidade do cuidado) a 5 (maior complexidade do cuidado). A pontuação mínima é de 13 e a máxima de 65 pontos. Por meio do instrumento, os cuidados podem ser classificados em quatro níveis: mínimos (13-26 pontos), intermediários (27-39 pontos), semi-intensivos (40-52 pontos) e intensivos (53-65 pontos). Após a aplicação do instrumento, 100% (cem por cento) dos pacientes foram classificados no nível de cuidados intensivos, o que demanda 18 horas de assistência de enfermagem nas 24 horas.

Tal classificação explica-se considerando que o hospital estudado é referência de alta complexidade para atendimento ao trauma.

De posse dos dados relativos às características das UTIs adultas, foi realizado o cálculo de pessoal à luz da Resolução COFEN N.º 543/2017⁽⁴⁾. Para tanto, utilizou-se a fórmula da constante de marinho:

$$(1) \quad Q_p = K_m \times THE$$

Onde:

Q_p = Quadro de Pessoal

K_m = Constante de Marinho (0,2683 para 30 h/sem)

THE = Tempo em Horas de Enfermagem (18 horas)

$$(2) \quad K_m = \frac{DS}{JST} \quad IST$$

Onde:

DS = Dias da Semana (7)

JST = Jornada Semana de Trabalho (30 h)

IST = Índice de Segurança Técnica (15%)

$$(3) \quad THE = (PCM \times 4) + (PCI \times 6) + (PCAD \times 10) + (PCSI \times 10) + (PCIt \times 18)$$

Onde:

THE = Tempo em Horas de Enfermagem.

PCM = Paciente de Cuidados Mínimos.

PCI = Paciente de Cuidados Intermediários.

$PCSI$ = Paciente de Cuidados Semi-Intensivos.

$PCAD$ = Pacientes de Cuidado com Alta Dependência.

$PCIt$ = Paciente de Cuidados Intensivos.

(1) Fórmula para o cálculo do quantitativo de pessoal para serviços de enfermagem (Q_p), proposto por Marinho (COFEN, 2017).

(2) Fórmula para o cálculo da Constante de Marinho (K_m), aplicada no cálculo do quantitativo de pessoal para serviços de enfermagem.

(3) Fórmula do cálculo do Tempo em Horas de Enfermagem (THE), aplicado na fórmula para o cálculo do quantitativo de pessoal para serviços de enfermagem.

Dadas as características encontradas no serviço, na definição quantitativa dos profissionais, não foi realizado acréscimos relativos ao índice mínimo de segurança técnica, uma vez que não se justificou, considerando que a faixa etária dos trabalhadores situou abaixo do que recomenda a Norma Técnica específica⁽⁴⁾.

Já na definição qualitativa da equipe, por nível de formação, após sua definição global, por se tratar de 100% dos leitos destinados aos pacientes em cuidados intensivos, foi considerada 52% (cinquenta e dois por cento) de enfermeiros e 48% (quarenta e oito por cento) de técnicos de enfermagem⁽⁴⁾.

De posse dos resultados referentes às escalas reais do serviço e o cálculo para o dimensionamento

normatizado pelo COFEN, pode-se proceder à comparação entre a realidade empírica e o ideal para o serviço de enfermagem das UTIs-A estudadas⁽⁴⁾.

Durante todas as etapas do estudo, foram considerados os dispositivos constantes na Resolução CNS 466/2012. O projeto matricial do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Júlio Muller/UFMT e aprovado com o Parecer N.º 749.388, de 13/08/2014.

RESULTADOS

As três UTIs adultas contam com 137 trabalhadores de enfermagem destinados à assistência

direta aos pacientes, sendo 21 (15,32%) enfermeiros, 111 (81,02%) técnicos de enfermagem e 5 (3,64%) auxiliares de enfermagem.

Do conjunto dos trabalhadores de enfermagem, 37 (27%) estão alocados na UTI-A I, 37 (27%) estão alocados na UTI-A II e 63 (46%) na UTI-A III. Observou-se que o número de enfermeiro é idêntico para as unidades I e II e que estes estão distribuídos na razão de um para cada 10 leitos ou fração, por

equipe/turno de trabalho. O que varia é o número de profissionais de nível médio, que inclui o auxiliar de enfermagem.

Relativo aos dados das escalas, considerando cada unidade de serviço, a Tabela 1 sintetiza, de modo comparativo, os achados quando considerada a realidade empírica em relação às normatizações baixadas pela Resolução COFEN 543/2017, incluindo o que estabelece a RDC 07/2010 MS/ANVISA^(4,13).

Tabela 1 – Comparação da distribuição de recursos humanos de enfermagem realizada nas Unidades de Terapia Intensiva I, II e III com o que preconiza a RDC 07/2010 MS/ANVISA e a Resolução COFEN 543/2017. Cuiabá. 2016

Categoria Profissional	MINISTÉRIO DA SAÚDE		COFEN/2017		REALIDADE DO HOSPITAL	
	N	%	N	%	N	%
UTI I						
Enfermeiro	10	28,57	25	52	5	13,6
Técnico de enfermagem	25	71,43	23	48	29	78,3
Auxiliar de enfermagem	0	0	0	0	3	8,1
Total	35	100	48	100	37	100
UTI II						
Enfermeiro	10	28,57	25	52	5	13,6
Técnico de enfermagem	25	71,43	23	48	30	81
Auxiliar de enfermagem	0	0	0	0	2	5,4
Total	35	100	48	100	37	100
UTI III						
Enfermeiro	15	25	45	52	11	17,5
Técnico de enfermagem	45	75	42	48	52	82,5
Auxiliar de enfermagem	0	0	0	0	0	0
Total	60	100	87	100	63	100

Fonte: Arquivos das escalas fornecidos pela Coordenação do Serviço de Enfermagem do Hospital. Cuiabá – MT. 2016.

DISCUSSÃO

Contemporânea do advento da administração científica, a dita Enfermagem Moderna, historicamente, organizou o modo de produzir seus serviços refletindo a forma de organização do trabalho no modelo capitalista de produção, separando o momento de concepção do momento de execução do trabalho⁽³⁾. Decorre daí a permanência de distintos agentes do trabalho de enfermagem que se diferenciam pelo grau de escolaridade e formação e, por conseguinte, pelas competências legais atribuídas pela legislação que regulamenta o exercício profissional da enfermagem brasileira⁽²⁾.

Desta forma, planejar recursos humanos para alocação nos diferentes serviços que demandam o cuidado de enfermagem tem sido um desafio para as lideranças de enfermagem quer no campo técnico, ético, legal ou político⁽⁵⁻¹¹⁾. Neste sentido, a questão do dimensionamento de RHE “tem permeado as inúmeras esferas da complexidade do atendimento,

dentre elas a qualidade do cuidado, resultados da atenção, satisfação do cliente, carga de trabalho, horas de assistência de enfermagem, assim como contenção de custos^(2,7,5-11).

Os resultados do estudo corroboram estudos anteriores e atuais sobre a temática, apontando para questões extremamente relevantes no contexto da realidade investigada. Dentre estas se destacou: 1) a inadequação quantitativa dos RHE para o atendimento da demanda⁽⁵⁻¹¹⁾; 2) a inadequação qualitativa dos RHE frente às exigências dos cuidados demandados⁽⁵⁻¹¹⁾; 3) a inadequação qualitativa dos RHE frente às exigências dos cuidados demandados e inobservância da legislação básica que regulamenta o exercício da enfermagem brasileira^(2,4,15-16).

A inadequação quantitativa dos RHE para o atendimento da demanda

Foi flagrante que o Serviço de Enfermagem prescinde da NT específica do COFEN⁽⁴⁾ na alocação

de pessoal, porém, pode-se observar que a composição da equipe observa, em parte, a Resolução-RDC Nº 7/2010⁽¹³⁾, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. A referida norma prevê, no mínimo, um enfermeiro para cada oito leitos e um técnico de enfermagem para cada dois leitos, considerando as suas frações, respectivamente.

A partir desta determinação restam duas considerações. A primeira, frente ao evidenciado empiricamente, de que o hospital mantém a relação de um técnico de enfermagem para cada dois leitos, em estrito cumprimento ao mínimo estabelecido na RDC-MS, todavia, na alocação de enfermeiros, não considera a fração, restando um profissional para cada dez leitos nas unidades I e II e um profissional para cada 9 leitos na unidade III. A segunda diz respeito à própria RDC-MS quando normatiza que “deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente”⁽¹³⁾, porém, na sequência estabelece o mínimo necessário o que contraria as mesmas legislações a que faz referência⁽⁴⁾.

Sabe-se que os serviços públicos de saúde no Brasil sofrem do crônico contingenciamento de recursos financeiros, o que coloca como desafio aos gestores os custos operacionais dos serviços. Decorre daí a justificativa pelo não cumprimento mínimo da NT específica para o dimensionamento dos RHE^(5,6,8,10-11). Alguns autores consideram que “existe [...] uma tendência de atribuir os altos custos da saúde aos gastos com o quadro de pessoal” e que a “a redução de custos, que tende a recair sobre a equipe de enfermagem, ocasionando diminuição do quadro de pessoal, o que repercute na qualidade da assistência prestada”⁽¹¹⁾.

O contexto mundial de transformações socioculturais, políticas e econômicas, ao determinarem os traços que as políticas organizacionais assumem no campo da prestação dos serviços de saúde, determinam diretamente na organização do trabalho de enfermagem, já que esta representa a maior força de trabalho nos serviços de saúde, implicando em redução dos custos operacionais a partir da lógica capitalista de aumento da produção a um menor custo operacional, muitas vezes em detrimento da qualidade do cuidado^(5,10).

Exatamente neste contexto percebe-se a baixa institucionalidade das NTs da categoria enfermagem, já que em todo o seu Estatuto Social (o que inclui desde a LEPE até as normatizações técnicas baixadas

pelo COFEN), há a previsão e a definição de um modo de organização e produção do cuidado que são desconsideradas, inclusive pelos órgãos oficiais do Estado brasileiro^(3-4,9,15-16).

A inadequação qualitativa dos RHE frente às exigências dos cuidados demandados e inobservância da legislação básica que regulamenta o exercício da enfermagem brasileira

Decorrente da inadequação quantitativa dos RHE, a questão da deficiência no seu qualitativo também foi evidenciada quando comparado o que determina a NT específica da categoria enfermagem^(4,9). Nesta, a determinação é de que, para pacientes que demandam cuidados intensivos, o quadro de pessoal de enfermagem deve contar com 52% de enfermeiros e os demais devem ser técnicos de enfermagem.

Os dados mostraram a relação de um enfermeiro para cada dez/nove leitos e o percentual de 15,32% de enfermeiros em relação ao total de trabalhadores da equipe de enfermagem, nas três unidades. Frente ao constatado, para além da insuficiência numérica dos profissionais de enfermagem, sugere-se a secundarização do trabalho da enfermagem/enfermeiro na assistência em terapia intensiva⁽¹⁵⁾.

Nesta perspectiva, o planejamento da assistência de enfermagem, conforme estabelece as normas legais, pode ficar comprometido, considerando a insuficiência numérica de enfermeiros para o cuidado intensivo. Consequentemente, a assistência prestada pelos profissionais de nível dificilmente poderá ir além da rotina e do cumprimento das prescrições médicas. Dessa forma, a prática do cuidado fica longe de ser considerada sistematizada e individualizada, conforme as características que os pacientes em terapia intensiva requerem^(2,4,9-15).

Frente ao evidenciado, pode-se ainda, seguramente, afirmar o descumprimento da legislação básica da categoria enfermagem quando o hospital mantém no seu quadro de pessoal destinado aos cuidados intensivos a presença de auxiliares de enfermagem. Em todos os mandamentos legais e infralegais da enfermagem brasileira há, de forma explícita, a proibição do auxiliar de enfermagem na assunção de cuidados aos pacientes graves^(2,4,15).

Para a garantia da qualidade do cuidado de enfermagem, é imperativo a observância da legislação no sentido de garantir a alocação de recursos humanos em quantidade e qualidade, além do investimento na qualificação continuada da equipe, bem como o

oferecimento de condições de trabalho que possibilitem o exercício apropriado das funções no atendimento das necessidades e expectativas dos pacientes/clientes^(3,5,10).

Especialmente no contexto do hospital estudado, pode-se considerar que a gestão de enfermagem, quando não observa a legislação própria na alocação de pessoal, contribui para a baixa institucionalidade das normas legais que orienta o exercício da enfermagem brasileira, haja vista que a solução do caso em particular da presença de auxiliares de enfermagem na terapia intensiva demandaria apenas o remanejamento de pessoal técnico de outros setores e a redistribuição destes para unidades de cuidados mínimos ou intermediários^(4,9,15-16).

Frente a tal constatação, considerando o que dispõe o artigo 12 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem sobre as responsabilidades e deveres, resta ainda considerar que os enfermeiros gestores, e aqueles outros que atuam diretamente nas UTIs estudadas, ferem o referido código quando mantêm pessoal sem qualificação legal que, potencialmente, poderiam gerar danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência ao cliente/paciente⁽¹⁶⁾.

Ainda que os auxiliares de enfermagem tenham acumulado experiência, tal condição não autoriza o descumprimento da norma legal, haja vista que a aquisição de competência técnicas pela experiência não pode prescindir das competências legais^(2,4,15-16).

A baixa institucionalidade das normas legais da enfermagem brasileira

O não cumprimento das normas técnicas e legais da enfermagem brasileira evidenciado, quer no quantitativo ou qualitativo do pessoal alocado para as UTIs do hospital estudado, sugere a ideia da fragilidade do estatuto social da categoria, aqui compreendido como o conjunto das normas legais e infralegais que regulamentam e normatizam a prática profissional no país^(2,4,15-16).

A gestão do serviço de enfermagem é atribuição do enfermeiro que deve exercê-la com autonomia por meio do planejamento, coordenação e avaliação das práticas da enfermagem^(2,14). Neste sentido, deve pautar suas ações nos mandamentos legais, considerando que estes não existem por si só, mas para ordenar o exercício profissional. Tal ordenamento tem como princípio a proteção do cliente/paciente e do próprio agente do trabalho de enfermagem. Portanto, não se admite ao enfermeiro gestor a manutenção de serviço

que não esteja pautado nas normas legais, sob pena de culpa pelo descumprimento da lei.

Outro aspecto a ser considerado frente à evidência da baixa institucionalidade das normas legais da enfermagem brasileira é que tal condição compromete o sentido do profissionalismo da categoria enfermagem^(3,9).

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a constatação de que o serviço de enfermagem é organizado à revelia das Normas Técnicas que compõem o estatuto social da categoria enfermagem, em que pese à presença do enfermeiro, na condição de gerente ou Responsável Técnico.

Por definição, Unidades de Terapia Intensiva são espaços especiais que requerem tecnologia, o que inclui o saber especializado de enfermagem e a condução do processo assistencial por enfermeiros. Estes, para além das atividades burocráticas, devem assumir o protagonismo no processo de planejamento, execução, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem, o que demanda alocação de pessoal quantitativamente adequada a este fim.

Dada a limitação do estudo, que buscou conhecer a adequação da alocação dos RHE considerando o que manda a NT específica do COFEN, não foi possível observar que características que a assistência de enfermagem assume naquele cenário. Apenas por sugestão, foi considerado em potencial as dificuldades do cumprimento do protagonismo do enfermeiro no que diz respeito ao planejamento, à execução, à supervisão e à avaliação da assistência de enfermagem, em uma perspectiva de individualização do cuidado frente ao que cada paciente/cliente requer.

Tal condição sugere um processo de assistência cuja maior referência fica centrada na prescrição médica e nas rotinas, tais como higienização, curativos, alimentação e controle de eliminações. Neste cenário a participação do enfermeiro parece cumprir apenas a exigência mínima, o que demonstra a secundarização dos saberes e práticas, próprios da enfermagem/enfermeiro.

Outra condição encontrada e que compromete a assistência de enfermagem está na presença do auxiliar de enfermagem nos quadros da UTI. Ainda por definição, este profissional deveria responder por cuidados de natureza simples e que não demandassem tomada de decisão imediata. Certamente os cuidados demandados pelos pacientes que necessitam da UTI

estão longe de serem considerados de natureza simples.

Frente ao evidenciado, sugere-se que todos os agentes do trabalho de enfermagem, o que inclui desde o enfermeiro até o auxiliar de enfermagem, infringem a Lei do Exercício Profissional e o seu Código de Ética, o que coloca em risco o próprio sentido do profissionalismo da enfermagem brasileira, na ótica da

sociologia das profissões.

Por assim considerar, resta a sugestão de que novos estudos devam ser realizados, incluindo outras dimensões sobre a temática que se relacionem mais diretamente com as características que o cuidado/assistência de enfermagem assumem nas circunstâncias evidenciadas.

DIMENSIONING OF NURSING PERSONNEL FOR INTENSIVE THERAPY: CONTRADICTIONS BETWEEN THE REGULATED AND WHAT IS DONE

ABSTRACT

Descriptive study, with a cross-sectional design, carried in three adult intensive care units of a municipal public hospital, in Cuiabá - MT. The objective of this study was to analyze the quantitative and qualitative composition of the nursing staff assigned to intensive care, compared to the specific precepts of the Federal Nursing Council. The data collection was from February to April 2016. It was observed, when compared to the calculation made from Resolution COFEN 543/2017, that there is a distancing and qualitative mismatch between the empirical reality and what determines the resolution regarding the dimensioning of personnel for intensive care. Regarding the professional practice, the inadequate participation of nursing assistants in patient care requiring technical care and greater complexity was also evidenced. In view of the evidence, it is suggested the low institutionality of the Brazilian nursing technical standards in the process of nursing work organization for intensive care patients.

Keywords: Nursing Staff. Dimensioning. Hospital.

DIMENSIONAMIENTO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA TERAPIA INTENSIVA: CONTRADICCIONES ENTRE LO REGLAMENTADO Y LO HECHO

RESUMEN

Estudio descriptivo, con delineamiento transversal, realizado junto a tres unidades de terapia intensiva adulta de un hospital público municipal, en Cuiabá - MT. Tuvo como objetivo analizar la composición cuantitativa y cualitativa del cuadro de personal de enfermería destinado a la asistencia en terapia intensiva, en comparación con las normas específicas del Consejo Federal de Enfermería. Los datos fueron recogidos a partir de las escalas de los meses de febrero a abril de 2016. De posesión del material recolectado, cuando comparados con el cálculo realizado a partir de la Resolución COFEN 543/2017, se puede observar que hay un distanciamiento y una inadecuación cuali-cuantitativa entre la realidad empírica y lo que determina la referida resolución relativa al dimensionamiento de personal para la asistencia en terapia intensiva. En lo que se refiere al ejercicio profesional, se evidenció la inadecuada participación de auxiliares de enfermería en la asistencia al paciente que requiere cuidados técnicos y de mayor complejidad. Frente a lo evidenciado, se sugiere la baja institucionalidad de las normas técnicas de la enfermería brasileña en el proceso de organización del trabajo de la enfermería destinado a pacientes en terapia intensiva.

Palabras clave: Recursos Humanos de Enfermería. Dimensionamiento. Hospital.

REFERÊNCIAS

1. Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. Rev Bras Enferm [on line]. 2007 abr-nov. [citado 2017 fev 28]; 60(2): 221-4]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en.
2. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 jun 1986 [citado 2017 fev 25]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.
3. Ribeiro AC. O trabalho do enfermeiro: a relação entre o regulamentado, o dito e o feito, no cotidiano do hospital. 2009 [tese]. São Paulo (SP). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. 2009.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.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. [Internet] Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado 2017 nov 5]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html.
5. Lorenzini E, Deckmann LR, Costa TC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão integrativa. Cienc Cuid Saude [on line]. 2014 jan-mar [citado 2017 nov 5] 2017;13(1):166-72]. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15959/pdf_136.
6. Borges F, Bohrer CD, Bugs TV, Nicola AL, Tonini NS, Oliveira JLC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-adulto de hospital universitário público. Cogitare Enferm [internet] 2017 abr-jun; [citado 2017 nov 22]; 22(2):1-8. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50306>.
7. Trettene AS, Luiz AG, Razera APR, Maximiano TO, Cintra FMRN, Monteiro LM. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Semiintensiva especializada: critérios para dimensionamento de pessoal. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2015; [citado 2017 nov 25]; 49(6):960-6. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0960.pdf.

8. Pias C, Mascolo NP, da Silva ERR, Linch GFC, de Souza EM. Complexidade da assistência em unidade de terapia intensiva: subsídios para dimensionamento de pessoal de enfermagem. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2015 jul-set; [citado 2016 dez 28]; 20(3) : 533-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.41083>.

9. Garcia PC, Fugulin FMT. Tempo de assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2012 jul-ago. [citado 2017 nov 25]; 20(4):[09 telas]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400004&script=sci_abstract&tlng=pt.

10. Menegueti MG, Nicolussi AC, Scarparo AF, Campos LF, Chaves LDP, Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. *Rev Eletr Enf*. [Internet]. 2013 abr-jun; [citado 2017 nov 5]; 15(2):551-63. Disponível em:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf.

11. Araújo TR, Menegueti MG, Auxiliadora-Martins M, Castilho V, Chaves LDP, Laus AM. Impacto financeiro do quadro de profissionais de enfermagem requerido em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2016 [citado 2017

out 3 out]; 24(n. esp) Disponível em:

<http://www.redalyc.org/pdf/2814/281449727045.pdf>.

12. Araújo MT, Henriques AVB, Velloso C. Dimensionamento de pessoal de uma unidade de internação cirúrgica. *Rev Gest Saúde*. 2016 jan-mar; 7 (2):650-69.

13. Brasil. Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Imprensa Oficial. Diário Oficial da União. 2010 fev; 25:48-52.

14. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011 jan-fev [citado 2017 nov 5]; 19(1):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_09.pdf.

15. Soares MI, Terra FS, Oliveira LS, Resck ZMR, Esteves AMSD, Moura CC. Processo de enfermagem e sua aplicação em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2013 [citado 2017 nov 5]; 7 Esp:4183-91. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3242/pdf_2617.

16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311 do Conselho Federal de Enfermagem, de 08 de fevereiro de 2007 (BR). Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [citado 2017 fev 25]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html.

Endereço para correspondência: Antônio César Ribeiro. Av. Tancredo Neves, 108 Ed. Portal D'América Apt. 1202 Jardim Kennedy. CEP: 78.065-230 Cuiabá – MT

Data de recebimento: 28/05/2017

Data de aprovação: 27/11/2017