

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALINE LANDIM RAMOS

**DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADES
PEDIÁTRICAS HOSPITALARES E O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA:
PERCEPÇÃO DE GESTORES**

SÃO CARLOS - SP

2022

ALINE LANDIM RAMOS

**DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADES
PEDIÁTRICAS HOSPITALARES E O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA:
PERCEPÇÃO DE GESTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em ciências da saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Monika Wernert

SÃO CARLOS - SP

2022

RAMOS, A.L. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades pediátricas hospitalares: percepção de gestores.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2022.

RESUMO

A qualidade e segurança do cuidado de enfermagem em unidade pediátrica hospitalar perpassa pelo dimensionamento de pessoal de enfermagem e pela incorporação da filosofia “cuidado centrado na pessoa da criança e da família”. O objetivo deste estudo foi de conhecer as percepções de gestores de unidades pediátricas hospitalares, acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem e sua implicação para o cuidado centrado na família. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido junto a nove enfermeiros com experiência de gestão de pediátricas hospitalares, localizados por meio da técnica snow ball. Entrevista semiestruturada única, conduzida por via remota, utilizando a plataforma Google Meet, estratégia adotada para a coleta dos dados. A duração média delas foi de 20 minutos e todas as entrevistas foram desenvolvidas pela pesquisadora autora deste estudo. A análise temática na propositura de Braun & Clarke foi conduzida, apoiada no referencial teórico do Interacionismo Simbólico. A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a setembro de 2021. Os resultados estão apresentados a partir de duas unidades temáticas: “Fragilidades de sistemas de classificação de pacientes e criação de ajustes” e “Pensamento sobre o Cuidado Centrado na Família e sua incorporação no dimensionamento de pessoal de enfermagem”. A primeira unidade revela a percepção de ser o instrumento nacional de classificação de pacientes pediátricos frágil, lacunar na consideração de especificidades de características e particularidade do trabalho de enfermagem, quando há destaque para as demandas da família e acolhimento do familiar/acompanhante da criança. Diante desse entendimento, o gestor não adota o instrumento de forma fiel, mas, ajusta seu resultado a partir de elementos relativos a essas fragilidades e ao contexto do cuidado. Apesar de o familiar ser reconhecido, sua inserção no cenário do cuidado foi descrita na direção da educação em saúde e pouco intencionada em edificar relações colaborativas que o tomem na centralidade do cuidado. Não foram evidenciadas ações do gestor para correlacionar acolhimento do familiar e dimensionamento de pessoal de enfermagem. A carga de trabalho posta ao profissional de enfermagem, no cotidiano das práticas de atenção em saúde, em unidades de pediatria relaciona-se com a qualidade e segurança do cuidado. O estudo desenvolvido contribuiu para a discussão sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades pediátricas, o qual tem revelado tímidos avanços desde a propositura do instrumento de classificação de pacientes pediátricos brasileiro, em 2014. Ainda, traz elementos para a articulação entre dimensionamento de pessoal de enfermagem com o cuidado centrado na família, aspecto premente, do contrário famílias seguirão a ser negadas ou reduzidas a pessoas que proveem cuidado de crianças e precisam ser treinadas para ele.

Palavras-chave: Gestão de pessoas na área da saúde; Enfermagem pediátrica; Assistência de enfermagem; Cuidado centrado na família. Carga de trabalho.

RAMOS, A.L. **Sizing of nursing staff in pediatric hospital units: perception of managers.** Dissertation (Masters) – Post-graduate Program in Nursing, Federal University of São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2022.

ABSTRACT

The quality and safety of nursing care in a pediatric hospital unit involves the dimensioning of nursing staff and the incorporation of the philosophy “care centered on the person of the child and the family”. The objective of this study was to know the perceptions of managers of pediatric hospital units, about the dimensioning of nursing staff and its implications for family-centered care. This is a qualitative study, developed with nine nurses with experience in managing pediatric hospitals, located using the snow ball technique. A single semi-structured interview, conducted remotely, using the Google Meet platform, the strategy adopted for data collection. Their average duration was 20 minutes and all interviews were developed by the researcher who authored this study. The thematic analysis in Braun & Clarke's proposal was conducted, supported by the theoretical framework of Symbolic Interactionism. Data collection took place from January to September 2021. The results are presented from two thematic units: “Weaknesses of patient classification systems and creation of adjustments” and “Thinking about Family-Centered Care and its incorporation” in the dimensioning of nursing staff”. The first unit reveals the perception that the national instrument for classifying pediatric patients is fragile, lacking in the consideration of specific characteristics and particularities of nursing work, when there is an emphasis on family demands and care for the child's family member/companion. Given this understanding, the manager does not faithfully adopt the instrument, but adjusts its result based on elements related to these weaknesses and the context of care. Although the family member is recognized, his/her insertion in the care setting was described in the direction of health education and with little intention of building collaborative relationships that make him/her at the center of care. The manager's actions were not evidenced to correlate the reception of the family member and the dimensioning of the nursing staff. The workload placed on the nursing professional, in the daily practice of health care, in pediatric units is related to the quality and safety of care. The study developed contributed to the discussion on the sizing of nursing staff in pediatric units, which has revealed timid advances since the proposal of the Brazilian pediatric patient classification instrument, in 2014. It also brings elements for the articulation between staff sizing of nursing with family-centered care, a pressing aspect, otherwise families will continue to be denied or reduced to people who provide child care and need to be trained for it.

Key Words: People management in healthcare. Pediatric nursing. Nursing care. Family centered care. Worl load.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Aline Landim Ramos, realizada em 31/03/2022.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Monika Wernet (UFSCar)

Profa. Dra. Sílvia Helena Zem Mascarenhas (UFSCar)

Profa. Dra. Edmara Bazoni Soares Maia (UNIFESP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Dedico este trabalho ao meu filho Marco Antônio, por me ensinar o verdadeiro significado do AMOR e por me motivar a ser sua heroína.

Agradecimentos

A Deus, em primeiro lugar, com sua infinita bondade esteve ao meu lado em cada etapa deste caminho, por me conceder a graça de continuar viva, por me amparar em seu colo. Muitas provações enfrentei durante este percurso, mas o Senhor estava ali, segurando a minha mão.

À minha amada orientadora Monika Wernet, que foi para mim, o anjo de Deus personificado. Este sonho somente se realizou porque você acreditou em mim e, sobretudo, me apoiou nos momentos mais difíceis, com certeza, sem você eu não teria conseguido. Te admiro e você me inspira, gratidão por estar ao meu lado.

Ao meu amado filho, Marco Antônio Ramos Moreira, menino esperto, amoroso e carinhoso. Mesmo tão pequeno compreendeu e apoiou cada etapa desta conquista. Obrigada por ser minha maior motivação e por encher minha vida de alegria e amor. Você é o meu maior presente. Te amo muito meu lindo!

Ao meu amado companheiro, Thiago Augusto dos Santos, a você devo o olhar maduro sobre todas as coisas que aconteceram principalmente durante esta trajetória. Obrigada por sempre me apoiar, me motivar, me incentivar, e, principalmente por sonhar comigo os meus sonhos. Te amo muito!

À minha amada mãe, Rita Maria Fernandes Landim, que me deu a vida e me ensinou a lutar e ser forte, a enfrentar meus medos, a seguir sempre em frente, e principalmente pelas orações a mim dedicadas. A você devo tudo o que sou e o que tenho. Obrigada por me apoiar, por cuidar de mim e me encorajar quando tudo já parecia perdido. Te amo muito!

À minha amada avó, Armiris Begati Landim que sempre acreditou em mim, me apoiou, me incentivou, e, principalmente por tanto amor e oração sempre. Ao meu amado avô Jesus Fernandes Landim (in memoriam), quanta falta o senhor me faz, tenho certeza de que se estivesse aqui, falaria com orgulho da neta enfermeira, e, agora, mestre.

Ao meu amado pai Laert Aparecido Ramos, que me ensinou a simplicidade e leveza da vida. Obrigada, por me ensinar uma das maiores qualidades que se pode ter: a tolerância. Te amo muito, pai!

À minha amada irmã Ligia Priscila Ramos Oliveira, que me inspira e me motiva a ser alguém forte, independente, batalhadora e por me ensinar a apreciar as coisas mais simples da vida.

Às enfermeiras gestoras que participaram desta pesquisa compartilhando tantos ensinamentos. A vocês, gratidão pela disponibilidade, e, por fazerem possível a conclusão deste trabalho.

A toda família pediatria do HU-UFscar, às minhas chefias e colegas de trabalho que me incentivaram, apoiaram e me inspiraram a seguir em frente.

À banca examinadora, gratidão por participarem deste momento de crescimento e por partilharem comigo tantos aprendizados, me lembrarei sempre de vocês com muito carinho.

*O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou,
mas sim pelas dificuldades que superou no caminho.*

Abraham Lincoln

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Caracterização das entrevistadas	37
---	----

SUMÁRIO

1 DELIMITAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO	12
2 INTRODUÇÃO.....	15
2.1 A FAMÍLIA E O CUIDADO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA	15
2.2 CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA	19
2.3 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM (DPE).....	21
3 JUSTIFICATIVA.....	26
4 OBJETIVO.....	28
5 MÉTODO.....	30
5.1 DELINEAMENTO	30
5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO E COLETA DE DADOS	30
5.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
5.4 REFERENCIAL TEÓRICO	33
5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	34
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
7 CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
ANEXOS.....	69

Delimitação do estudo

“A persistência é o menor caminho do êxito”. (Charles Chaplin)

1 DELIMITAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

Esta dissertação está ligada a linha de pesquisa Saúde da Criança do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Após 5 anos de formação em enfermagem, tive o meu primeiro contato com o público pediátrico enquanto enfermeira assistencial de unidade de internação e urgência e emergência, em 2015. As demandas específicas do cuidar de crianças despertaram meu interesse em aprofundar meus conhecimentos e me debruçar sobre a vertente de carga de trabalho de enfermagem e grau de dependência do paciente pediátrico.

Desde o final do ano de 2018, tenho a oportunidade de gerenciar o cuidado de uma unidade de internação e urgência e emergência pediátrica, em um Hospital Universitário do Interior de São Paulo, com 12 leitos de internação pediátrica, 6 leitos de retaguarda de urgência e emergência e 2 leitos de emergência. A minha motivação deu-se por meio da filosofia de cuidado centrada na família, e pelos desafios experimentados na prática, concomitante à dificuldade em transmitir a real carga de trabalho de enfermagem necessária, com o intuito de expressar as especificidades do cuidado, e o dimensionamento de pessoal em enfermagem. Dessa forma, alcançando as premissas desse cuidado, de maneira segura e com qualidade.

Diante das dificuldades vivenciadas na prática, e de muitas lacunas na literatura vigente que abarquem essas particularidades do cuidado centrado na família, cuidado de enfermagem em pediatria, carga de trabalho real, e horas de enfermagem dedicadas a cada categoria do cuidado e como estas articulam-se entre si. Esta pesquisa tem a meta de localizar outros colegas que desempenham ou desempenharam a mesma função que a minha, gerenciando unidades de internação pediátrica hospitalar, a fim de conhecer as percepções desses gestores de unidades de internação pediátrica hospitalares, acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem e sua implicação para o cuidado centrado na família.

A meu ver, precisamos questionar e refletir sobre as decisões gerenciais, compartilhando experiências e atualizando os conhecimentos. Assim, esse movimento nos proporcionará o alcance de um cuidado com qualidade, seguro e centrado na família, tendo como foco os gestores de unidades de internação pediátrica e não instituições.

Ingresso neste Programa de Mestrado, buscando entender como os gestores efetivam o dimensionamento de pessoal de enfermagem, em unidades de internação pediátrica. Algumas indagações: quais instrumentos utilizam? Como consideram a carga de trabalho dos profissionais? Quais as dificuldades que encontram no dia a dia, para garantir um quantitativo de pessoal de enfermagem, capaz de atender as especificidades do cuidar pediátrico?

Ao compor o grupo de pesquisa Saúde e Família, coordenado pela Professora Monika Wernet e aprofundar os conhecimentos em cuidado centrado na família, também nas disciplinas regulares, despertou-me a dissonância entre a teoria e a prática, intensificando os meus questionamentos sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e como os gestores o relacionam com o cuidado centrado na família para garantir o seu alcance.

Assim, ao idealizar o projeto, Monika e eu resolvemos explorar os meus questionamentos, e, investigar a gestão e o cuidado centrado na família, de acordo aos nossos ideais, tratando a família como participantes e não receptáculos de informações.

Concomitantemente ao mestrado, ingressei no curso de especialização em enfermagem pediátrica. Essa escolha foi sentida pela necessidade de fortalecer e aprofundar meus conhecimentos nesse cuidado tão singular e multicêntrico que é o cuidar de crianças e famílias.

Os temas “Dimensionamento de pessoal de enfermagem”, “Carga de trabalho no cuidado ao paciente pediátrico”, principalmente relacionados ao “Cuidado Centrado na Família” são pouco tratados e explorados. A intenção foi de contribuir com reflexões a respeito das estratégias gerenciais utilizadas para o alcance dessas vertentes, compartilhando experiências em busca de melhores práticas.

Compreendermos ser este um movimento inicial, que busca entender o “fazer” de gestores para o alcance do cuidado centrado na família e o dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem, e, assim, nortear os passos seguintes, transformando, aprimorando à procura de melhores práticas e, dessa forma, proporcionar descobertas importantes. Convido você a envolver-se com as reflexões, e, também, se apaixonar pelo tema, assim como eu.

Boa Leitura!!

Aline Landim Ramos

Introdução

“Descobrir consiste em olhar para o que todo mundo está vendo e pensar uma coisa diferente”. (Roger Von Oech)

2 INTRODUÇÃO

2.1 A FAMÍLIA E O CUIDADO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Há tempos, a família está apontada como uma essencialidade na atenção à saúde, reconhecida como contexto de promoção de saúde e vida para seus integrantes, inclusive em situação de adoecimento. Apesar disso, o conhecimento e a aplicação prática dele, nos cenários assistenciais, são incipientes, até mesmo na área da Enfermagem (CRUZ et al, 2016). O Cuidar de famílias está sinalizado como responsabilidade e compromisso de enfermeiros, quando nas instituições estão postas as ofertas de um contexto favorável ao desenvolvimento desse cuidado (CRUZ et al, 2016). Dedicar tempo, para cuidar de famílias, agregam segurança e qualidade aos cuidados em saúde e em enfermagem (CRUZ et al, 2016).

A família detém a capacidade de se reorganizar diante de situações que a instabiliza (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Eventos, junto a um membro da família, tendem a ter desdobramentos para todos e, também, para ela como unidade, ou seja, sua dinâmica é afetada e, por esse motivo, as reorganizações são requeridas, a fim de que seus projetos busquem dar acolhimento e suporte aos seus membros (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Família está compreendida como um complexo de pessoas em mútua interação, unidos por laços de pertencimento, orientados por bem-querer e intenções de suporte e bem-estar (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Os processos em família repercutem em concepções, crenças, práticas e tradições diretamente manifestas no viver, na busca de saúde e enfrentamento de adoecimentos. Ainda, o cenário socioeconômico e cultural de inserção da família desdobra-se na sua forma de ser e estar no mundo e junto a seus membros, nas suas expressões e possibilidades.

A consideração à família em sua singularidade, suas formas e possibilidades de enfrentamento, é premente na atenção em saúde. Conceber família como um contexto de cuidado tem se tornado uma perspectiva em Enfermagem no Brasil (CRUZ et al, 2016). Nessa direção, desponta o modelo Cuidado Centrado na Família (CCF), o qual entende ser ela uma constante na vida de pessoas, com necessidade de vivenciar compartilhamento de informações e oportunidades reais de colaboração

junto aos profissionais em relação ao planejamento e implementação dos cuidados em saúde.

A criança não é um ser isolado, ela está integrada a sua família (CRUZ et al, 2016) e, portanto, diante de sua hospitalização, o familiar da criança é decisivo para o restabelecimento da saúde e/ou recuperação dela (LOUREIRO et al., 2021). Sua presença, sobretudo, quando com oportunidade e favorecimento de colaboração, está destacada na literatura como suporte (FONSECA, et al, 2020). Portanto, o vislumbrado é de alcance de uma presença não somente física, mas participativa, com direito a voz e tomadas de decisão.

No contexto da hospitalização infantil, um dispositivo legal que favorece a permanência física da família junto à criança é o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069 de 1990, em seu artigo 12 (BRASIL, 1990). Porém, apenas garantir a presença não tem os alcances de impactar saúde e vida, de reais alcances de suporte e cuidado. Para alcances nessa direção é necessário considerar sua colaboração ativa no estabelecimento do cuidado à criança. A busca é por garantia e efetivação de relações e comunicações palpáveis e respeitadas entre enfermagem e o acompanhante/familiar/família da criança (RIBEIRO et al., 2017).

Porém, o comum é a desconsideração por parte dos profissionais das necessidades familiares, sem esforços de transpor a rigidez de protocolos, normas e rotinas hospitalares, sem investimentos em parcerias (DURÃES et al.,2021). A estada no hospital é experiência qualificada por muitos acompanhantes/familiares, como desafiadora em termos de manejo de sentimentos, sofrimentos, emoções dadas a insensibilidade e impessoalidade com que são tratados (DURÃES et al, 2021).

O modelo biomédico, de caráter curativo e tecnicista, com negativas à presença e participação da família predomina, bem como um olhar objetal à criança, apesar da ampla discussão sobre o impacto da hospitalização na criança e família (MIRANDA et al, 2015). Cuidar da criança hospitalizada infere a concepção de cuidado a uma pessoa e sua família, ambos com chances de estarem se sentindo em situação de vulnerabilidade, com necessidades que podem ter o profissional de saúde como um recurso. Para esse alcance, faz-se necessário incluir a criança no processo, valorizando seus desejos, tornando-a um sujeito ativo e valorizando seus desejos (GOMES et al, 2013), assim como a família. A doença e a hospitalização afetam toda a família (CRUZ et al, 2016).

Na visão das crianças é importante que o cuidado de enfermagem seja realizado com carinho, afeto e respeito, enfatizando a necessidade que sentem, que esses profissionais expliquem passo a passo os procedimentos, para que entendam a sua utilidade e se sintam mais seguros, devendo, em sua visão, serem os profissionais de enfermagem engraçados, ou seja, que brinquem, assim, revelando a necessidade de incluir atividades lúdicas durante a assistência. É preciso dar voz às crianças para que suas singularidades sejam respeitadas, caracterizando as ações de enfermagem, segundo uma perspectiva de ser humano integral (SANTOS et al, 2016).

Em muitas unidades pediátricas hospitalares, os esforços, pelo menos no discurso, são de compromissos com uma abordagem centrada na pessoa da criança e família e proteção aos vínculos comunitários. Essas ancoragens alinham-se com a garantia dos direitos humanos, bem como com diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro em termos de humanização e integralidade (MIRANDA et al, 2015).

A hospitalização da criança é um evento potencialmente traumático, tanto para ela quanto para sua família, com desdobramentos ao cotidiano e organização familiar (FARIAS et al, 2017). Isto se deve ao afastamento da criança de seu contexto de vida, com reclusão temporária na unidade pediátrica hospitalar, somado à necessidade de incorporar as normas da unidade no cotidiano familiar (FARIAS et al, 2017; AZEVEDO et al, 2017). É recomendado aos profissionais que incentivem e favoreçam a continuidade da ligação natural da criança e família (PINTO et al, 2010).

Ofertar uma assistência que efetive intervenções na direção do exposto no parágrafo anterior, requer dos profissionais reconhecer o impacto da hospitalização e adoecimento para a criança e sua família, explorar o mesmo na direção de necessidades, com posterior desenvolvimento colaborativo de um plano terapêutico singular à situação de cada díade (criança/família-acompanhante) (AZEVEDO et al, 2017).

Os esforços e compromissos de profissionais devem ser na direção de uma assistência que favoreça a criança compreensão do vivenciado e proteja e promova seu desenvolvimento (LIMA, et al, 2014). O brincar e brinquedo na assistência à mesma são um recurso que contribuem com essa meta assistencial e alinha-se com um cuidado atraumático e com as preconizações da Política Nacional de Humanização (FIORETI et al, 2016). Está assinalado enquanto premente a incorporação de aspectos humanos como acolhimento, receptividade, calma, carinho

e atenção, na assistência de enfermagem à criança em hospitalização (RIBEIRO et al, 2017).

No que tange à família, as relações não podem ficar limitadas a informações sobre os cuidados no ambiente hospitalar, precisam avançar na direção de um cuidado colaborativo (RIBEIRO et al, 2017). A família deseja receber informações claras e compreensíveis sobre o tratamento e situação da criança, quando relações horizontais estão indicadas (RIBEIRO et al, 2017).

Os processos de trabalho nas unidades pediátricas requerem atenção às necessidades da criança e sua família, integrando dimensões da ordem biológica, emocional, subjetiva e social (LEITE et al, 2017). Envolver a família ao longo da hospitalização infantil remete à revisão dos modos de delinear o cuidado (RIBEIRO et al, 2017), fato que se aplica também ao desafio de considerar e envolver a criança.

A família tem a enfermagem enquanto referência e apoio (RIBEIRO et al, 2017), o que seria um facilitador no processo de internação hospitalar da criança, contudo quando de uma relação técnica e objetal entre elas, construção de vínculos, o cuidado compartilhado e colaborativo e essa referência se desfazem/ ficam sob ameaça. O mesmo entendimento pode ser tomado na direção da criança. A criança é pessoa de voz e direitos, aspecto que também é verdadeiro no contexto da hospitalização (AZEVEDO et al, 2017).

Frente ao exposto, o estabelecimento de um contexto relacional que favoreça diálogo, contato com o familiar é desejável (AZEVEDO et al, 2017) e requer disponibilidade, tempo e habilidades do profissional. Insuficiências de comunicação fragilizam a confiança e o respeito, não favorecem o engajamento em uma relação de colaboração e valorização mútua, com limites para a atenção da criança, seu acompanhante e sua família (SCHLIEMANN et al.,2021).

Enfermeiros possuem posição privilegiada para identificar necessidades de famílias (CRUZ et al, 2016) e de crianças, dado o tempo e oportunidades de contato que possuem com crianças e família. Infere-se que a equipe de enfermagem é um dos determinantes relacionados com a qualidade do cuidado recebido ao longo da hospitalização da criança e, a organização precisa atentar, investir e viabilizar uma presença efetiva da equipe, quando o quantitativo que a compõe, os processos de trabalho e a filosofia de cuidado portada têm influência.

2.2. CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

A Enfermagem Pediátrica está entre as especialidades da saúde pioneira e de destaque na busca e investimento do CCF. (SMITH, 2018). O CCF é filosofia de cuidado que assume a família na centralidade das decisões em saúde, considera e respeita seus valores e escolhas (SMITH, 2018). Operacionalmente, ancora-se na relação de parceria e colaboração entre profissionais e famílias no planejamento e estabelecimento do plano de cuidado, quando o compartilhamento aberto, transparente e compreensivo de informações é central (SMITH, 2018).

Inicialmente, o termo empregado era “medicina centrada no paciente”, evoluindo para “cuidado centrado no paciente”, com a constatação de que esse termo não descrevia a abordagem pretendida, foi incluído o termo família. O termo “cuidado centrado na família” surgiu devido a compreensão de que a família é considerada um elemento fundamental no cuidado de seus membros, e foi amplamente disseminado, em 1969, com o propósito de definir a qualidade do cuidado prestado aos pacientes e suas famílias sob sua ótica no âmbito hospitalar. Considerava também a autonomia do paciente frente as suas necessidades de saúde, enxergando-o e tratando-o como participante nas decisões do cuidado (ICCF, 2008).

Por esse amadurecimento do conceito e reconhecimento da influência que a família exerce sobre a saúde do paciente, sendo considerada parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado, na década de 90, foi constituído em Marvland, Estados Unidos, o Institute for Patient-and Family Centered Care – ICCF, o qual define essa abordagem de cuidado à saúde como um processo de planejamento, prestação e avaliação baseados em parceria, com benefícios mútuos entre os pacientes, famílias e provedores (ICCF, 2008).

A princípio, o ICCF praticava a abordagem centrada na família no contexto pediátrico, com vistas ao incentivo para que as crianças se tornassem participantes do cuidado à sua saúde. Com o tempo, e a ampliação da atenção a adultos e idosos, o ICCF começou a praticar o cuidado centrado no paciente e sua família em outros contextos. O termo cuidado centrado no paciente e família surgiu devido à compreensão de que a família é considerada um elemento fundamental no cuidado de seus membros e o isolamento social é um fator de risco, em especial, para os

indivíduos mais dependentes como os muito jovens, os mais velhos e aqueles com doença crônica (PINTO et al, 2010).

Assim, é recomendado que os profissionais incentivem a continuidade da ligação natural que existe entre a maioria dos pacientes e suas famílias e sua rede de apoio. Portanto, trata-se de uma filosofia de cuidado que pode ser destinado a pacientes de todas as idades, em qualquer serviço de saúde, por todos os profissionais de saúde (PINTO et al, 2010). Os pressupostos centrais do cuidado centrado na família são, assim, apresentados pelo Instituto:

1-) dignidade e respeito: os profissionais de saúde ouvem e respeitam as escolhas e perspectivas do paciente e da família; o conhecimento, os valores, as crenças e a cultura do paciente e da família são incorporadas ao planejamento e prestação do cuidado;

2-) informação compartilhada: os profissionais de saúde comunicam e dividem as informações úteis de maneira completa e imparcial com os pacientes e a família; estes recebem informações acuradas, no momento oportuno, a fim de efetivar sua participação no cuidado e na tomada de decisão; participação: pacientes e famílias são encorajados e apoiados a participarem do cuidado e da tomada de decisão, escolhendo seu nível de atuação;

3-) colaboração: pacientes e famílias são incluídos como base de apoio da instituição; os líderes de cuidado a saúde colaboram com os pacientes e família no desenvolvimento, implantação e avaliação das políticas e programas, na facilitação dos cuidados à saúde, na educação profissional e na prestação de cuidado (ICCF, 2008).

O CCF tem como objetivo promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos bem como de sua família, restaurando seu controle e sua dignidade. De acordo com esse conceito, a definição de família é dada pelos seus próprios membros, e, as ações não se restringem ao corpo biológico, tendo em vista que o apoio emocional, social, e, de desenvolvimento são considerados componentes do cuidado à saúde, ou seja, família são todos aqueles que são considerados para além da relação biológica que existe. Embora seja centrado na família, o cuidado não elimina a competência individual de cada membro em relação à tomada de decisão de sua própria saúde, e faz-se com que as forças sejam somadas (ICCF, 2008).

No Brasil, a enfermagem pediátrica vem contribuindo, expressivamente, com pesquisas que buscam aprimorar a visão do cuidado centrado na família. No entanto, há necessidade de ampliar a inclusão e atualização dos conteúdos referentes à família nos cursos de graduação e pós-graduação, nos serviços de educação continuada, assim como, formar enfermeiras especialistas em família, atuando em conjunto com as generalistas. (PINTO et al, 2010). Para os autores, cuidar da família é uma responsabilidade e compromisso moral do enfermeiro e, para tanto, é necessário que haja um ambiente de cuidado que favoreça o relacionamento entre enfermeiro-família, a fim de construir uma prática que ajude no enfrentamento de dificuldades, em especial, em situação de doença

Nacionalmente, estudos em temáticas que tangenciam a questão acima, mostram o processo de trabalho da enfermagem organizado para dar suporte ao trabalho do médico em detrimento às necessidades da criança e família e ao que é próprio em relação ao trabalho da enfermagem (LEITE et al, 2017). Como consequência, efetiva-se uma atenção reduzida ao se tomar a integralidade, humanização e direitos.

Entre as inúmeras discussões que competem a operacionalização do CCF estão a lacuna de conhecimento do conceito (SMITH, 2018), a ambiência e processos de trabalhos de equipamentos de saúde favoráveis a presença e participação da família (SMITH, 2018), tão logo que o tempo e a comunicação entre profissionais e família sejam um ponto chave (GRIFFIN, 2013).

Este estudo propõe explorar o CCF a partir da percepção de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

2.3 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM (DPE)

O dimensionamento de pessoal de enfermagem (DPE) envolve processos para prever e prover o quantitativo de pessoal por categoria, necessário para atender, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela (KURCGANT et at., 1989). Dessa forma, requerendo a apreciação da caracterização da clientela e a demanda de cuidados que atribuem à equipe de enfermagem (DINI et al, 2011). A Apreciação da demanda de cuidados perpassa pelo tempo de assistência, dependência da criança do adulto, característica da situação de adoecimento, assim

como o quanto seu acompanhante e/ou familiar conseguem contribuir e participar de ações. Para isso, são utilizados Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP), quando o uso de um instrumento de classificação específico para pacientes pediátricos (ICPP) está assinalado (COFEN, 2017).

A temática “dimensionamento de pessoal de enfermagem”, ao longo dos anos, tem se constituído como foco de atenção de enfermeiros e gestores hospitalares, por, justamente, interferir diretamente na eficácia, qualidade e no custo da assistência prestada. Tem relação causal de discussões diante da díade: aumentar os serviços prestados x diminuir custos, colocando imediatamente o quadro de pessoal de enfermagem em pauta por ser o maior quantitativo dentro das Instituições de saúde, e, conseqüentemente, também o maior custo (GAIDZINSKI et al, 2016).

Além disso, está pautada na segurança do paciente, sob o reconhecimento de ser a força de trabalho, sendo essencial, com evidências de que quando há um contingente inadequado de profissionais observam-se ocorrências de incidentes e ameaças à segurança do paciente (BIASIBETTI et al, 2020). A insuficiência quantitativa de profissionais de enfermagem é um relevante fator que interfere no alcance da assistência ofertada (ASSIS et al, 2015), além dos pressupostos sobre cuidado portados por eles.

O dimensionamento de pessoal permite um equilíbrio entre a necessidade de profissionais de enfermagem e as demandas de cuidado. Para a definição dos recursos humanos necessários às demandas do trabalho de enfermagem, algumas variáveis podem interferir, são elas: atividades a serem realizadas, necessidade de qualificação técnica dos profissionais, grau de dependência da clientela, tecnologia necessária para o desenvolvimento do trabalho, recursos técnicos e materiais disponíveis, além de características de ordem pessoal dos trabalhadores, entre outras.

Para a definição do quantitativo de pessoal, Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2005) desenvolveram uma equação que permite dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem por complexidade assistencial, conforme os critérios estabelecidos pela Resolução COFEN 543/2017 (COFEN, 2017). Em sua aplicação, necessita da identificação das seguintes variáveis: carga de trabalho da unidade, índice de segurança técnica e tempo efetivo de trabalho.

A medida da carga de trabalho na enfermagem é um fator indispensável para o adequado provimento de pessoal em unidades hospitalares, devendo ser balizada pela demanda dos pacientes e pelos padrões de cuidados estabelecidos como meta pelas instituições. Conhecer a carga de trabalho a que está submetida a equipe de enfermagem é uma das variáveis mais importantes para o dimensionamento adequado de pessoal. (NEIS; GELBCKE, 2011).

Observa-se que alguns métodos de verificação de carga de trabalho na enfermagem foram criados, na tentativa de avaliar o tipo de paciente atendido e o tempo despendido por ele nos cuidados de enfermagem. Embora os critérios fossem diferentes em alguns aspectos (físicos, psicológicos, outros), todos eles trouxeram contribuição para a avaliação dos pacientes e de suas necessidades de cuidados pela equipe de enfermagem (NEIS, GELBCKE, 2011).

Deve-se considerar que as condições de trabalho interferem diretamente na carga de trabalho dos profissionais de enfermagem. Na literatura, encontra-se essas condições que, muitas vezes, são deficientes e necessitam ser minimizadas, contudo os autores não as relacionam com as propostas de dimensionamento de pessoal (NEIS, GELBCKE, 2011).

A carga de trabalho posta ao profissional de enfermagem no cotidiano das práticas de atenção em saúde, em unidades de pediatria, relaciona-se com a qualidade e segurança do cuidado (BIASIBETTI et al, 2020). Ainda, atua como importante determinante na promoção das recomendações colocadas em diretrizes de humanização e de cuidado colaborativo, os quais repercutem em alcances de saúde, bem-estar e satisfação com a atenção recebida (ROGENSKI, FUGULIN, 2007).

Define-se carga de trabalho da unidade de assistência de enfermagem como o produto da quantidade média diária de pacientes assistidos, segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem, pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizado por paciente, de acordo com o grau de dependência apresentado, levantado através de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) (CONISHI, GAIDZINSKI, 2007).

Em pediatria, no Brasil, a Classificação de Pacientes Pediátricos é realizada, sobretudo, a partir do uso do instrumento proposto por Dini (2014), e contempla três domínios, a saber: família, paciente e procedimentos terapêuticos, onde são avaliados

11 indicadores: higiene corporal; alimentação e hidratação; mobilidade e deambulação; atividade; eliminações; oxigenação; intervalo de aferição de controles; rede de apoio e suporte; participação do acompanhante; terapêutica medicamentosa e integridade cutâneo-mucosa.

Desde sua proposição, ele vem sendo experimentado no cenário assistencial hospitalar brasileiro, para classificar pacientes pediátricos, direcionando a avaliação do enfermeiro em um modelo de assistência centrado na criança e sua família para promover a saúde em instituições hospitalares (DINI, GUIRARDELLO, 2014). A cada indicador, foram atribuídas quatro situações de dependência de cuidado graduadas com um valor numérico de um a quatro pontos, de forma que, um ponto representa uma menor demanda de enfermagem e quatro pontos representa a maior demanda de enfermagem. Para a determinação do escore final, a amplitude foi dividida em cinco intervalos, onde cada intervalo representa uma categoria de cuidado.

Contudo, classificar o paciente quanto à necessidade de assistência, sem considerar as condições que se têm para atendê-lo pode contribuir para que haja, em muitos serviços, um quantitativo aparentemente insuficiente para prestar uma assistência de qualidade, o que poderia ser revertido com melhores condições de trabalho. Os gestores têm se preocupado com a responsabilidade de dimensionar o pessoal de enfermagem para seu local de trabalho e buscado caminhos que lhe deem objetividade e suporte teórico para negociar frente as administrações Hospitalares.

O dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem deve basear-se em características relativas ao serviço de saúde, ao serviço de enfermagem e ao paciente grau de dependência, em relação a equipe de enfermagem, bem como considerar que para berçário e unidade de internação em pediatria, todo recém-nascido e criança menor de 6 anos devem ser classificados, no mínimo, como cuidado intermediário, independente da presença do acompanhante (COFEN, 2017).

Assim, este estudo toma como objeto o dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades pediátricas hospitalares, sob as perguntas de pesquisa: “Como gestores de enfermagem efetivam o dimensionamento de pessoal em unidade pediátrica hospitalar?” e “Qual a percepção deles acerca da adequação para o cuidado centrado na família?”.

Justificativa

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”. (Leonardo da Vinci)

3 JUSTIFICATIVA

O profissional gestor tem por responsabilidade viabilizar condições adequadas de trabalho e, simultaneamente, a qualidade do cuidado prestado (ASSONI et al, 2021). O cuidado de qualidade seguro à criança, é uma discussão atual, com indicativos para o desenvolvimento de estudos no tema ou em fatores associados a ele (BIASIBETTI et al, 2020). O dimensionamento de pessoal de enfermagem é de articulação direta com a segurança do paciente, com premências, reflexões e evidências acerca dele no contexto de unidade pediátrica hospitalar, pela especificidade do cuidado (ASSIS et al, 2015; BIASIBETTI et al, 2020), com destaque para a efetivação do cuidado centrado na família (CCF). A qualidade da assistência de enfermagem está associada ao dimensionamento de pessoal de enfermagem (DPE), a qual articula-se ao papel do gestor (ASSONI et al, 2021).

A inclusão e consideração da família no contexto da hospitalização infantil está assinalada à Enfermagem Pediátrica (GAIVA et al, 2020) e, o enfermeiro detém responsabilidades e compromissos nessa direção (CRUZ et al, 2016). Há necessidade de estudos que tomem as cargas de trabalho de enfermagem presentes nas unidades pediátricas e o modo como são geridas, na direção de discussões que instaurem reflexões e contribuições relacionadas ao DPE com consideração ao CCF como filosofia assistencial.

Há necessidade de estudos que tomem as cargas de trabalho de enfermagem presentes nas unidades pediátricas e o modo como são geridas, na direção de discussões que instaurem reflexões e contribuições relacionadas ao DPE em consideração ao CCF como filosofia assistencial.

Objetivo

“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são”. (Aristóteles)

4 OBJETIVO

Conhecer as percepções de gestores de unidades de internação pediátrica hospitalares acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem e sua implicação para o cuidado centrado na família.

Método

“O conhecimento nos faz responsáveis”. (Che Guevara)

5 MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida junto a enfermeiros com lastro de gestão/coordenação de unidades pediátricas hospitalares.

A abordagem qualitativa intenciona as perspectivas dos participantes, reconhece a relevância delas no estabelecimento de evidências científicas. Minayo (2014) assinala terem estudos qualitativos potenciais diferenciados para renovações de abordagens, conceitos, e categorias referentes ao fenômeno estudado, uma vez que valoriza o apresentado pelo participante, os significados, aspirações, crenças, valores e atitudes descritos, assim como as relações desses elementos entre si, sob o horizonte do fenômeno elencado ao estudo (MINAYO, 2014).

A reflexividade do pesquisador, sua experiência e capacidade de pensar, deduzir e inferir sobre os dados empíricos a partir do problema de pesquisa elencado são importantes e de destaques na produção de evidências nessa abordagem (MINAYO, 2014).

5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO E COLETA DE DADOS

A segurança do paciente e o dimensionamento de pessoal são questões centrais no exercício da função de gestor do cuidado (REIS et al, 2019). Assim, os participantes do estudo foram selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão: (1) ser enfermeiro de formação; (2) ter experiência como gestor/coordenador de unidade de internação pediátrica hospitalar igual ou superior a dois anos, podendo ser essa composição em distintas instituições; (3) estar ou não em exercício da função no momento do convite ao estudo. Os critérios de não inclusão foram: (1) ser a experiência como gestor/coordenador em unidade pediátrica de cuidados intensivos e/ou pronto atendimento infantil e/ou unidades neonatais.

Os participantes foram recrutados por meio da técnica bola de neve (Snowball Sampling), uma forma de localização de participantes pautada em indicações pessoais, inclusive por parte daquele que integrou o estudo, aspecto que favorece o apontamento em cadeia de novos informantes-chave (VINUTO, 2014). Iniciou-se o

processo, a partir do compartilhamento do estudo e do perfil dos participantes intencionados em reunião do grupo de pesquisa Saúde e Família, do qual a proponente e a orientadora são integrantes e que abarca enfermeiros e estudiosos na área da Enfermagem Pediátrica.

A estratégia permitiu a identificação de três participantes em potencial, os quais foram, inicialmente, contatados e todos aceitaram integrar o estudo. A seguir, foi sendo solicitado ao entrevistado uma nova indicação e, a partir delas se compôs o conjunto de participantes deste estudo. Não houve negativas frente a consulta de participação.

Destaca-se que frente ao aceite de participação no estudo, o e-mail era solicitado para envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), por meio do Google Forms®. Apenas, após o recebimento desse é que o dia e horário para a entrevista eram marcados.

Diante do cenário de pandemia pela COVID-19, as entrevistas foram realizadas à distância. No dia e horário marcados, aconteceram as entrevistas, que foram gravadas em áudio, por um aplicativo de celular, com posterior transcrição integral.

Todo o processo de convite dos participantes, coleta e análise dos dados foram desenvolvidos, predominantemente, pela pesquisadora principal, mas contou, esporadicamente, com o apoio de uma pesquisadora auxiliar, doutoranda do mesmo programa, ao qual este estudo está remetido, e sob orientação da mesma orientadora deste estudo.

A estratégia de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, desenvolvida de forma individual e remota, mediada por plataforma gratuita (Google Meet®). . As entrevistas são consideradas diálogos de iniciativa de um entrevistador, com o intuito de obtenção de informações que se relacionam com o objeto/objetivo de pesquisa (MINAYO, 2014).

A entrevista semiestruturada conta com um roteiro pré-estabelecido de perguntas que direciona a conversa, e, que no caso deste estudo, são: “Conte-me sobre a sua percepção acerca do dimensionamento de pessoal em unidade de internação pediátrica.”; “O que considera(va) para efetivá-lo?”; “Quais os desafios que você identifica(va) para realizá-lo?”; “O que você entende por cuidado centrado na família”, “Em sua opinião, como o dimensionamento de pessoal articula-se com o cuidado centrado na família?”.

Outras perguntas foram apresentadas, levando em consideração ampliar a compreensão do que foi colocado pelo participante, como por exemplo: “Então, quais seriam as suas sugestões para uma melhor identificação do grau de dependência dos pacientes pediátricos?”; “Então, o que você poderia sugerir que traria mais subsídios para que você realizasse o dimensionamento de pessoal de enfermagem?”.

Cabe destacar que, a título de caracterização do participante, juntamente ao TCLE, no questionário Google Forms®, foram solicitados alguns dados, a saber: (1) idade, (2) anos de formação em Enfermagem, (3) realização de especialização ou residência, e, qual? (4) anos de experiência como coordenador/gestor de unidade pediátrica, (5) formação continuada relacionada a gestão de pessoas/dimensionamento de pessoal, (6) característica do serviço no qual exerceu o cargo de coordenador/gestor.

A saturação de significado (meaning saturation) foi adotada para determinar o número de participantes, ou seja, na medida em que os dados coletados forneceram suficiente profundidade, riqueza e complexidade do tema, e proporcionaram uma compreensão abrangente das questões levantadas, determinou-se a saturação de significados (HENNINK et al., 2017).

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foram analisados a partir da técnica de análise temática (CLARKE, BRAUN, 2013). A análise temática identifica e analisa padrões de dados qualitativos. Para tanto, pauta-se nos seguintes passos:

(I) familiarização com os dados: após transcrição das entrevistas, serão realizadas leituras e releituras exaustivas do conjunto de dados;

(II) codificação: buscar-se-á referenciar e codificar as informações relevantes em função das questões de pesquisa, por meio de códigos que capturam a leitura semântica e conceitual dos dados; os códigos serão agrupados com os relevantes dados extraídos do conjunto de informações;

(III) busca por temas: um tema é coerente e significativo padrão nos dados relevantes à resposta da pergunta de pesquisa; os códigos da fase anterior são agrupados nesses temas;

(IV) revisão de temas: checar se os temas trabalham de acordo com os códigos de dados extraídos e sua relação com o conjunto geral de dados, para serem representativos;

(V) definição e nomeação dos temas: conduzir a escrita detalhada da análise de cada tema, identificando a essência de cada um;

(VI) escrita final: elemento integral da análise temática, que envolve a tessitura conjunta da narrativa analítica, bem como sua contextualização com literatura relevante da área; dispositivos legais e articulação com os conceitos teóricos.

5.4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico selecionado foi o Interacionismo Simbólico (IS), ele permite compreensão do comportamento humano com atenção aos desdobramentos das interações sociais nos processos mentais e de significação. Para esse referencial, a partir dos processos interacionais que o indivíduo estabelece e transforma significações.

São premissas do IS, segundo Blumer (1969):

(1) O significado das coisas (tudo com o que podemos interagir) emerge da interação social;

(2) Os significados são manipulados e modificados pelo ser humano por meio de um processo interpretativo mediado pela atividade da mente.

(3) Os seres humanos agem em relação aos objetos sociais, inclusive outros seres humanos e situações da vida cotidiana com base nos significados que elas têm para eles. Tais significados influenciam o comportamento da pessoa.

Enfermeiros gestores dimensionam o pessoal de enfermagem a partir de significados de cuidado de enfermagem, carga de trabalho, cuidado de crianças, cuidado da família. Assim, a adoção do referencial favorece a visibilidade da tomada de ação do gestor no dimensionamento de pessoal e as ancoragens de entendimento que as sustentam.

O IS é uma perspectiva teórica com foco nos significados que sustentam o comportamento humano. O referencial propõe o entendimento de que as pessoas

estão, continuamente, em interação com objetos sociais (tudo com o que a pessoa pode interagir), das quais se desdobram significados e esses comportamentos.

O processo interpretativo tem no *self* um elemento central. O *self* se apresenta a partir de duas fases, 'eu' e 'mim', as quais ocorrem de forma concomitante em dinâmica dialética promotora de consciência de si mesmo. O "eu" surge na e da ação do indivíduo em uma situação social determinada, quase que uma reação ao que é apreendido no exato momento da interação social. O "mim" capta essa existência imediata ("eu") e, a partir da ação da mente, promove interações com ela tomando convenções sociais. Ou seja, o "mim" permite, enquanto consciência de si mesmo, uma apreciação da percepção imediata a partir dos padrões/convenções sociais existentes. Portanto, no IS o conceito de *self* porta a concepção de que as pessoas efetivam continuamente ideias reflexivas sobre si e sobre os outros. (CHARON, 2010)

Além do *self*, são conceitos centrais do IS, o símbolo, a mente, o assumir o papel do outro e a ação humana. O símbolo condiz com a representação social do objeto, tem função de transmissão simbólica de uma mensagem e se relaciona com o contexto social. A mente é ação, apresenta os símbolos ao *self* e mantém o processo nele, ela efetiva a comunicação com e no *self* a partir dos símbolos. A atividade mental promove o assumir o papel do outro, que permite a pessoa agir e perceber as consequências de suas ações. Dessa forma, assumir o papel do outro é condição para modificações de significados e ação. A ação humana é um processo que resulta dos elementos anteriores, são tomadas de decisão dirigidas pela definição da situação. (CHARON, 2010)

5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016) foram seguidas e respeitadas. Este estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e recebeu aprovação. Está registrado sob o CAAE nº36008920.0.0000.5504.

A participação voluntária, esclarecida e consentida na pesquisa foi adotada, quando da assinatura do TCLE e processos anteriores à entrevista, no caso validar o desejo de participação, a existência de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos, com retomada da pergunta do estudo, seu objetivo e os procedimentos que seriam

adotados. Ressalta-se que a interação pesquisadora e participante(s) foi permeada de abertura e diálogo, de forma a garantir a ele(s) a liberdade para desistirem da participação a qualquer momento, fato este que será sempre expresso e colocado enquanto opção. Não houve desistências de participação.

Como benefício da pesquisa, mostra-se a natural reflexão sobre dimensionamento de pessoal e o cuidado centrado na família em unidades de internação pediátrica, quando o participante trouxe sua narrativa. O próprio ato de narrar permite revisitar práticas e conceitos, com chances de revisão crítica do vivido. O resultado do estudo será compartilhado com o participante, o que também tem potencial formativo. E, como outro benefício está a contribuição para o avanço de conhecimento acerca do dimensionamento de pessoal em pediatria e o alcance do cuidado centrado na família.

Quanto aos riscos, elencou-se o possível desconforto durante a entrevista, relacionado às reflexões acerca do modo como efetivavam o dimensionamento de pessoal e seus desdobramentos ao cuidado. Nessa direção, a própria oportunidade de expor, ofereceu chances de organizar, autoavaliar e tomar iniciativas relativas ao processo. Não se identificou desconforto que determinasse a interrupção da entrevista.

A pesquisadora assumiu esforços máximos de atitude isenta de avaliação de juízo, com apoio à consideração de dissonâncias entre os olhares e perspectivas das práticas profissionais, bem como, compromissou-se com a manutenção do sigilo e anonimato, motivo pelo qual adota a letra "E" seguida por número ordinal, tradutor da ordem de entrada do participante no estudo, após o excerto.

Análise e Discussão dos resultados

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (Marthin Luther King)

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Um total de nove enfermeiras gestoras foram entrevistadas e integraram o estudo. Nenhuma entrevistada desistiu da participação. A Tabela 1 traz os dados de caracterização das participantes.

Tabela 1 – Caracterização das entrevistadas

Participante	Idade (anos)	Anos de formação em enfermagem	Anos de gestão em unidade pediátrica hospitalar	Formação <i>lato sensu</i> e complementar
E1	34	Superior a 10	6 anos	-Gestão em enfermagem; -MBA em executivo em saúde; -Curso de aprimoramento em gestão; -Liderança de equipe e desenvolvimento de líderes; -UTI adulto
E2	32	Entre 7 a 10	2 anos	-Gestão de qualidade e segurança do paciente e administração hospitalar; - Psiquiatria; - Resgate de alta complexidade; - Cursos MBA em liderança.
E3	41	Superior a 10	19 anos	- Mestrado e doutorado na área da pediatria; - Especialização em assistência de enfermagem ao paciente pediátrico em cti pediátrico e neonatal;
E4	43	Superior a 10	3 anos	-Especialização em terapia intensiva neonatal;

E5	32	Entre 7 e 10	3 anos	-Pós graduação (latu sensu) em urgência e emergência e terapia intensiva -Cursando mestrado
E6	24	Entre 3 a 6	3 anos	-Cursando especialização em pediatria
E7	56	Superior a 10	15 anos	-Especialização: uti pediátrica e neonatal; administração hospitalar; mestrado em ciências da saúde.
E8	39	Superior a 10	3 anos	- Saúde do trabalhador, docência em enfermagem, gestão da qualidade em saúde
E9	38	Entre 7 e 10	3 anos	- Especialização em Enfermagem Pediátrica

Fonte: Entrevistas e formulário Google Forms

A análise dos dados obtidos nas entrevistas, assim como a discussão deles estão apresentados a seguir, organizados a partir de duas unidades temáticas.

Unidade temática 1: Fragilidades de sistemas de classificação de pacientes e criação de ajustes

Apesar de as participantes descreverem uso de escalas e métricas para o dimensionamento de pessoal de enfermagem, assinalam escassez, para unidades pediátricas, de modo que a totalidade delas adota a desenvolvida por Dini e Giradello (2014). Apesar disso, não se percebe a escala como satisfatória, por causa da pouca sensibilidade para as especificidades relativas ao cuidado demandado pela criança e seu acompanhante/familiar. Assim, significando que ela não é capaz de retratar a carga de trabalho presente no cenário assistencial. Uma participante utilizou o termo 'frouxo' para sintetizar o alcance da adoção da escala, quanto a carga de trabalho requerida e, conseqüentemente, o DPE.

[...] as escalas de classificação de risco ainda não são sensíveis o suficiente para expressar a carga de trabalho que cada paciente exige, então, tem uma especificidade muito ainda, muito, aquém da realidade em pediatria. [...] Na enfermaria pediátrica o escore de DINI, demonstra um pouquinho diferente do que o COFEN determina, ela traz uma classificação como escore mínimo de assistência e se isso a gente levar para o cálculo em horas, é, que está mencionado na legislação, dá um valor muito baixo em horas de enfermagem. [...]acaba ficando um pouco frouxo, como se a gente precisasse de menos enfermagem. **(E1)**

“Olha, o que a gente tem pelo tempo de experiência a gente não acha muito específico de pediatria, quando a gente busca, alguma coisa de dimensionamento, a gente acha muita coisa voltada a clínica médica, pessoal, adulto, isso acaba causando um pouco de frustração, aqui na unidade, por exemplo, a gente usa a DINI, para poder fazer análise de gravidade do paciente, mas eu acho que também tem uma falha bastante também nessa tabela que a gente acaba utilizando. [...] não tem nada muito direcionado, então, assim, as normas para organizar um serviço por exemplo, eu consigo uma normativa do Centro de Terapia Intensiva (CTI) onde fala que eu preciso ter um técnico para dois pacientes graves, ou um enfermeiro para cinco ou dez pacientes, dependendo a classificação desse CTI, mas, na enfermaria de internação, na enfermaria comum por exemplo, eu não consigo ter isso, a gente vê para CTI, semi-intensivo, obstetrícia, mas na pediatria a gente tem que trabalhar um pouco com a experiência. Então, é o que no dia a dia, a gente está acostumado a lidar com essa assistência geral.” (E3)

“Acredito que desde que surgiu a escala Dini, quase todas as unidades pediátricas brasileiras passaram a utilizá-la. Eu uso ela, mas não gosto inteiramente, ela não dá conta de captar muita coisa, falta, sabe. Tem várias coisas não dá conta. A presença do familiar da criança nem sempre suaviza a carga de trabalho. Ela não consegue captar o particular de cada situação, ela permite cercar alguns elementos, mas em outros é muito longe do que de fato exige. (E9)

Diante dessa percepção, não a toma em sua propositura original e passam a incorporar ajustes no seu uso. Como exemplo, a partir do escore intermediário para todos os pacientes da unidade, independentemente da faixa etária, conforme posto nas indicativas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (COFEN, 2017).

[...] e então a gente usa sempre um escore intermediário que é o recomendado pelo COFEN, então a gente sempre inverte, mesmo que dê mínimo na Dini, a gente já transporta todo mundo para o intermediário que é o mínimo que o paciente pediátrico irá requerer, é, então é essa escala que a gente usa naquele setor. (E1)

Uma eu te falo, gestor de pediatria quase sempre já coloca de antemão intermediário. Por vezes pode ser menos, por vezes pode ser mais, mas para balancear ele já cola no COFEN para todas as crianças e não coloca menos que intermediário. Está certo? Acho que não, mas a escala não dá conta de garantir. Daí a qualidade do cuidado pode correr risco. (E9)

Ao mencionar o documento orientador do COFEN (2017) e não ser ele pleno para o cotidiano das unidades pediátricas hospitalares, discursam sobre a necessidade de uma legislação, de um documento que seja referência para uso do gestor nas questões do DPE, do contrário enfrentam dificuldades para retratar e ter um respaldo nas discussões com superiores quanto ao quadro de pessoal. Traçaram comparativo com a existência de legislação para outras unidades hospitalares.

Acho que você tivesse um dimensionamento, mais efetivo, né? Correto, acho que se a gente tivesse uma RDC que normatiza em todos os setores seria um pouco mais fácil, porque aí seria uma lei que implica isso. [...] Eu não tenho uma RDC, que normalize para mim, então, muitas vezes, eu tenho que tocar com dois né? Se a gente colocar a unidade de internação da Pediatria (...) nós temos também dimensionamento que são de máximo de cinco crianças para cada funcionário, mas também é aquilo, é muito relativo, o dimensionamento tem que ser feito a partir do cuidado do que cada paciente traz, qual que é o nível de cuidado. A gente não trabalha com Fugilin, mas posso te dar um exemplo do que seria um Fugilin, a gente trabalha com escore de Dini que ajuda um pouco, mas, mesmo assim, no papel assim, isso não é feito, sabe? A Dini não retrata o trabalho que temos.” (E5)

Usamos atualmente a classificação de pacientes de Ariane Dini. enquanto nós sempre pautamos e fundamentamos os nossos relatórios e as nossas solicitações quantitativamente, a partir desses estudos, então, a gente vem sempre acompanhando aí esse movimento né? Científico na vida real, ela não é muito assim na verdade, nós é, sabemos o quanto precisamos. Mas, nós nunca temos de verdade o quantitativo adequado para assistência ao paciente Pediátrico. [...] Às vezes, a gente se sente um pouco impotente na questão de gestão e dimensionamento de pessoal, porque nós não temos muitos recursos, muitas ferramentas, é... caminha para uma situação e, em outra, e, assim, estamos sempre desfalcados, é isto.” (E7)

Um dos núcleos destacados como falhos na escala proposta por Dini e Guirardello (2014) diz respeito à presença do acompanhante/familiar da criança e a forma como essa questão é tomada no cuidado. Também problematizam o olhar dado a capacidade da criança deambular ou não.

Eu acho que a escala da Dini, ela acaba abrangendo as necessidades dos pacientes, o que a gente precisaria discutir, em relação a essa escala, é tirar essa participação mais assim, (pensa). então, se não me engano são os dois itens finais, se a criança está sozinha, ela tem a nota quatro, e se ela tá com acompanhante 24 horas, ela tem a nota um, eu acho que é uma discrepância muito grande e isso atrapalha na hora de você classificar aquela criança como semi-intensivo ou cuidados intermediários, então, ela cai para cuidados intermediários, né? Porque ela vai ser dependente, então, acho que, uma escala que tirasse essa responsabilidade, essa nota tão alta na presença do acompanhante, acho que ela consegue dar um pouco mais de subsídios para a gente poder classificar esse paciente, para poder lutar e definir o real, a real equipe para a pediatria. [...] mas, eu acho que também tem uma falha bastante, nessa tabela, que a gente acaba utilizando, porque ela tem como referência a participação dos pais, então, isso atrapalha um pouco, porque, às vezes, o paciente que tá grave, se ele tá acompanhando por um responsável, ele acaba tendo uma nota menor, do que o paciente que é, está sozinho e ele não está tão grave. (E3)

“Eu tenho algumas situações de, por exemplo, a gente tem muita criança neuropata em pediatria, por exemplo, se a gente vai falar da parte de mobilidade e deambulação a gente tem crianças que nem andam ainda, né? Os lactentes, os bebezinhos de 1 mês, 2 meses, e aí a gente coloca lá que fica restrito no leito que é, totalmente dependente, mas a criança é superativa no leito, ela não consegue se levantar, ela não deambula, mas ela é superativa e se você coloca isso na Dini, ela já entende como se fosse alguém acamado, né? [...] Eu lembro que na fralda eles colocam que precisa de um profissional para fazer a troca, mas, essa nem sempre é a realidade, a criança está de fralda, mas quem troca a fralda é a mãe, aí a gente coloca que a

criança está de fralda isso vai aumentar o tempo de assistência de enfermagem só que a criança está acompanhada o tempo todo, ou mãe ou o pai troca, né? Eu acho que mais esses tipos de adaptação assim que acaba que não representa a realidade né?”(E6)

“Na DINI estar acompanhado significa menor dependência da enfermagem. Eu discordo, não é regra e, se pensarmos que o acompanhante também tem necessidades, precisa ser cuidado, deveria é ser aumentado. Então, a Dini não retrata, mas é a usada. (E9)

Destarte, apontam a não consideração das particularidades relativas ao preparo e administração de medicamentos em pediatria na escala proposta por Dini e Guirardello (2014).

[...] eu acho que falta considerar (na escala DINI de classificação dos pacientes) principalmente, os eventos colaterais, né? Então, por exemplo, uma criança que está submetida principalmente a medicações que causam efeito colateral como quimioterápicos, o quimioterápico ele exige de nós colaboradores aumento de verificação dos sinais vitais para esses eventos colaterais, a demanda na hora de um vômito, de uma diarreia, de uma febre, enfim, de uma neutropenia, então, tem um monte de intercorrências de eventos adversos relacionados a drogas, né? Que não são considerados, por exemplo, na consideração de complexidade assistencial, os eventos adversos, porque o manejo do evento adverso exige muito e as drogas de quimioterápicos tem muito efeito diverso, então, são cuidados, por exemplo, que não contempla ali na nas classificações. [...] Outra coisa que eu também considero particularidade, né? Então, menores de 1 ano eu sempre coloco dois funcionários para validar o preparo de prescrição médica, né? O preparo das medicações, porque são diluídos e algumas rediluídas, envolve cálculo, envolve aspiração, validação e tudo isso é risco de assistência, só que esse tempo não é contemplado em nenhuma avaliação de escala, né? É uma particularidade que eu acredito que na internação de pediatria faria toda a diferença [...] uma prescrição pediátrica é muito diferente o tempo de preparo da medicação também é outro critério, porque uma medicação que você só aspira e administra uma dose como no adulto, ok, agora quando a gente fala de dose em pediatria, doses fracionadas, [...] isso desprende um tempo muito grande do funcionário. [...] às vezes, uma administração de medicamento oral para uma criança, uma medicação oral meu profissional de enfermagem leva lá 40 minutos, né? Até fazer administração efetiva e a abordagem da criança. (E2)

Criança com cateter em pediatria geral não é raridade mais. Assim todos os cuidados com cateteres exigem um tempo de enfermagem muito grande, é trabalho de enfermagem e a escala Dini não capta isto, mas está lá no dia a dia da unidade. Efeitos adversos de medicamentos, o preparo, na linha da administração de medicamentos tem todo um mundo de carga de trabalho que a escala não alcança. (E9)

Compondo com os apontamentos mencionados como limites expostos acima, alguns participantes trouxeram como lacuna da escala os procedimentos exclusivos do enfermeiro e os cuidados com cateteres e ostomias.

Acho que isso é um fator limitante das escalas (não considerar procedimentos exclusivos de enfermeiros). [...] nosso paciente de enfermaria aqui,

provavelmente, é paciente de UTI aí fora, então, eu tenho, pelo menos, uns, ah, uns dez por cento das internações estão em uso de NPP, cateter central, cateter venoso de inserção, é, central de inserção periférica a gente usa bastante, então, são todos, são, dispositivos, gastrostomia, traqueostomia, são dispositivos que requerem uma assistência, um cuidado, em algum momento, uma assistência mais dedicada e que não estão contempladas nessas escalas mais tradicionais pra cuidado de enfermaria. [...] Ainda é, elas [escalas de classificação de pacientes pediátricos], elas são falhas, em principalmente, em tornar mais sensível aqueles procedimentos que são feitos exclusivamente por enfermeiros, né? Coloca tudo de um modo mais geral, [...] talvez, funcione para a maioria das enfermarias pediátricas, mas não muito para este tipo de serviço que é de alta complexidade.”(E1)

Cateteres de inserção periférica e localização central, cateter de tenckhoff, gastrostomia, traqueostomia, cistostomia, isso não é tão raro na unidade pediátrica e pede uma dedicação diferente de tempo. A Dini não dá conta de disto não, com a particularidade da pediatria não. Então, a gente vai usando um ajuste que vem da vivência na unidade, mas se for ver, tentar justificar o número de pessoal que pede, não conseguirá pela escala não. (E9)

Assim, os gestores assinalaram recorrentemente a fragilidade da escala, aspecto que determina ele a ajustar o resultado que obtém com a aplicação dela em função de uma apreciação da demanda típica da unidade, quando a questão do acompanhante/familiar, medicamentos e ostomias estiveram destacados.

Esta unidade temática traz para reflexão o quanto gestores vislumbram assertividade da ferramenta/métrica voltada à avaliação da carga de trabalho de enfermagem, mas a literatura sobre Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) enfatiza ser usual a necessidade de adequações para abarcar as especificidades do perfil dos pacientes (MORAES et al, 2021; GUEDES et al, 2016). Recente revisão de literatura acerca do papel do gestor de enfermagem pediátrica identificou ser papel do gestor o dimensionamento de equipes na direção da promoção de um bom ambiente de trabalho e da qualidade e segurança do paciente (ASSONI et al, 2021). A sobrecarga do enfermeiro com atividades foi identificada, reforçando a importância do DPE para se contrapor a sobrecarga e favorecer a qualidade do atendimento (ASSONI et al, 2021).

Segundo Williams (1988) apud in Castro e Almeida (2020), um SCP pode ser adaptado em cada instituição, de acordo com as características do serviço e inclusive validado, utilizando como, por exemplo, a técnica Delphi. Dessa forma, busca-se adequar o instrumento existente para utilização em determinada realidade, como, por exemplo, o trabalho desenvolvido por Castro e Almeida (2020), que validaram o instrumento de classificação de pacientes pediátricos em um contexto de pacientes de alta complexidade internados.

Vasconcelos et al (2016) relata que não há dúvidas de que os instrumentos de classificação de pacientes constituem uma ferramenta de gestão, interligada e indissociável, complementando-se com o processo do cuidado. A qualidade do cuidado está dependente do quantitativo de pessoal de enfermagem (QUADROS et al, 2016), assim como a segurança e a redução de danos relacionados à assistência (TROVÓ; CUCOLO; PERROCA, 2020), sustentando investimentos na melhoria no DPE. Cabe ainda destacar ser o DPE de relação com a prevenção de sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem.

A Resolução COFEN de 2004, atualizada em 2017, é um importante marco para a Enfermagem, traz balizas, mostrou ser conhecida e, simultaneamente, assinalada como insuficiente quando se toma a particularidade da unidade pediátrica hospitalar. A referida resolução traz em seu Art. 3.º § 4: “Para berçário e unidade 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” (COFEN, 2017).

Unidade pediátrica hospitalar requer dos profissionais de enfermagem um trabalho peculiar, quando os participantes destacaram as exigências do preparo e administração de medicamentos, cuidados com ostomias e questões relacionais com os acompanhantes/familiares das crianças. Isso corrobora com apontamentos de outro estudo que identificou desajuste entre a carga de trabalho e a alocação de profissionais nas unidades pediátricas. (MORAES et al, 2021). O SCP pediátrico mencionado utiliza 11 indicadores, entre os quais está a terapêutica medicamentosa, a integridade cutânea mucosa e a participação do acompanhante (DINI; GIRADELLO, 2014). Infere-se tratar-se de núcleos que poderiam vir a ser revistos no instrumento.

Outros estudos corroboram com a colocação de ser o preparo e administração de medicamentos de impacto na carga de trabalho da enfermagem (CAMARGO; RENOVATO; GANASSIN, 2021; DINI; GUIRARDELLO, 2014; GAITA; FONTANA, 2018; RODRIGUES et.al., 2021). Destarte, o manuseio dos dispositivos para administração segura de medicamentos, manejo de prescrição médica sem clareza, interrupções e distrações no momento do preparo das medicações podem repercutir em erros na administração de medicamentos e pedem uma dedicação e atenção diferenciada da equipe de enfermagem (RODRIGUES et.al., 2021).

O cuidado em unidade hospitalar pediátrica envolve questões relativas ao acolhimento do familiar e educação em saúde direcionado a eles, tanto no momento da alta, quanto ao longo da hospitalização à criança. Esses atribuem carga de trabalho (OKAGAWA et al, 2018). A carga de trabalho a qual a equipe de enfermagem está submetida é variável central no dimensionamento adequado de pessoal (NEIS; GELBCKE, 2011), o qual busca incorporar os esforços para as atividades realizadas direta ou indiretamente com o paciente, inclusive as educativas e gerenciais. Para estabelecer a carga de trabalho, o usual é apreciar as variáveis quantidade média diária de pacientes assistidos, grau de dependência deles dos cuidados de enfermagem e tempo médio de assistência de enfermagem utilizado por paciente (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007). As participantes versaram, predominantemente, sobre o grau de dependência e tempo de assistência.

Outros núcleos estão presentes na literatura brasileira de carga de trabalho em unidade pediátrica e que não foi trazido pelos participantes: necessidades típicas à infância (PONTES, BOHOMOL, 2019; SILVA et al, 2015) e o manejo da dor (SILVA, et.al. 2015).

As necessidades próprias da infância, como o brincar, constam do cuidado nas unidades pediátricas e demandam à equipe de enfermagem de forma diferenciada (DINI; GUIRARDELLO, 2014). O cuidado em enfermagem pediátrica traz consigo particularidades que não podem ser mensurados com precisão pelo sistema de classificação de pacientes proposto por Dini & Giradello (2014), pois, envolvem questões subjetivas e intensificadas de humanização do cuidado, que vão além das demandas mensuráveis, com destaque a educação em saúde e constante contato com familiares e cuidadores (PONTES, BOHOMOL, 2019).

O manejo da dor crônica do paciente pediátrico foi apresentado como determinante de carga de trabalho diferenciada no estudo de Silva et al (2015). Nele, o gerenciamento do cuidado teve como condições limitadoras o déficit de recursos humanos e materiais, absenteísmo, trabalho em equipe ineficaz, remanejamento profissional, e qualificação profissional insuficiente. Contudo, como facilitadores destaca-se o conhecimento profissional adequado, trabalho em equipe eficaz, diálogo, empatia, o uso do lúdico e relação afetiva com a criança (SILVA, et.al. 2015).

Estudos que tomam ajustes ou reflexões críticas para o único ICPP existente, no Brasil, sinalizam o predomínio da classificação de alta dependência (GOUVEIA et

al, 2010; COSTA et al, 2021). Para Macedo et al (2018), é necessário padronizar a linguagem e os critérios de avaliação, principalmente, para evitar a subjetividade, dando subsídios para a reflexão profissional para o estabelecimento de um planejamento de um cuidado efetivo.

Ainda nos ajustes, os gestores destacaram existir diferença no trabalho de enfermagem nos diferentes turnos, haja vista as particularidades de procedimentos assistenciais e fluxo de pacientes nos diferentes períodos do dia. Assim, diante desse entendimento, o gestor faz intervenções para amenizar a discrepância de carga de trabalho que considera existir.

“Eu busco fazer uma leitura mais específica de como que estão organizados os processos de trabalho dentro das rotinas, então, a gente distribui diferente nos turnos de trabalho a quantidade de pessoal por causa dos processos e das rotinas hospitalares, né? Que são da instituição. [...] aspectos de segurança do paciente, alguns procedimentos que são melhor indicados fazer no período diurno, então, acabam sobrecarregando mais a equipe do diurno ao invés da do noturno, é, instalação de quimioterápicos, é, protocolos que exigem duplo cheque, coisas que exigem uma atenção mais focada, é, NPP, tem até algumas regulamentações, é, hemoterápicos, que tem regulamentações próprias, de recomendações que sejam feitas no período diurno, então, a gente faz, pondera um pouco como essa rotina assistencial, pra fazer o cálculo do dimensionamento”. **(E1)**

“eu fazia o cálculo de quantidade de profissionais que eu precisaria em cima da quantidade de leitos que eu tinha disponível e através da classificação de pacientes feito em um instrumento próprio, que era uma tabela que a gente, que a gente mesmo montou, um instrumento próprio nosso que a gente fazia. Nele a gente pensava, por exemplo o turno de trabalho. É diferente a exigência que tem pela manhã, tarde e noite.” **(E4)**.

“Um dos ajustes que eu sempre procurei foi da questão de trabalhar em qual turno. Não acho que dá para pensar do mesmo modo. (pensa) Era como se eu aplicasse um coeficiente de correção” (ri). **(E9)**

Adicionalmente, a oscilação de pacientes internados durante a semana, bem como, a concentração de procedimentos em períodos específicos do dia e semana também integravam a análise do gestor para o dimensionamento de equipe.

[...] “e algumas outras questões do próprio funcionamento da unidade, como volume de internação, volumes de internação distribuídas um pouco diferente no decorrer da semana, em relação internação e alta, então a gente faz esse movimento para analisar os dias mais críticos, pós-operatório, dias assim que a gente sabe que tem um volume maior de atendimento”. **(E1)**

Nesse mesmo raciocínio, houve tentativa por uso de escala direcionada para unidades críticas/semicríticas em enfermarias pediátricas, a fim de buscar um

instrumento que retratasse fielmente à prática assistencial de enfermagem e obtivesse melhores resultados ao dimensionamento de pessoal, porém sem consistência.

Já tentei aplicar NAS (Nursing Activities Score) também viu, mas, não funciona viu, não dá pra falar que é UTI, que se você puser a NAS ali também não vai. **(E1)**

“Quantas vezes tentei usar Fugulin, mas não encaixava também. Parece que fica sempre faltando e a gente vai tentando criar o jeito de ficar mais próximo do que é. Cata escalas propostas para outro cenário e tenta, só que eu nunca achei. Daí vai o nosso ajuste mesmo.” **(E5)**

Essa busca pela sensibilidade, por achar um caminho que dê conta de abarcar a fragilidade do SCP o gestor vai tentando encontrar caminhos. O plano de cuidados extraído da reunião em equipe, assim como o olhar para os procedimentos operacionais padrão da instituição vão direcionando o gestor nesse ajuste.

[...] “então, são particularidades que a gente consegue tirar da reunião da equipe multi num plano singular terapêutico, e, aí eu faço um ajuste né? Então, olha, por exemplo, quem for cuidar do paciente é, (pausa) um que é, (pausa) de rotina internação, para esse cuidado nós já sabemos, que vai ficar só com ele que vai exigir muito demanda muito cuidado por conta das particularidades, enquanto, outros dá para aumentar, então, a gente faz isso no dimensionamento de Rh. [...] eu tenho, é, os POP's, né? Os procedimentos operacionais padrão lá da minha instituição, que um enfermeiro e o técnico tem que seguir, e aí a gente tem aí uma análise de tempo e de conduta que pode variar o tempo de acordo com a criança, a gente realmente consegue mensurar esse tempo de acordo com a criança ao saber de qual criança se trata” **(E2)**

“Teve uma época que os POPs foram discutidos entre nós (equipe de enfermagem da pediatria) para tentar deixar pistas do quanto demorava, do quanto exigia de nós. Daí separamos os POPs que mais demandavam e quando eu fazia o dimensionamento pensava nestes POPs.” **(E9)**

Outro ponto trazido pelo gestor foi situações em que há uma complexidade assistencial e um curso mais crônico do adoecimento, a exemplo da criança oncológica. Nessas situações o gestor, efetiva o ajuste considerando o grau de inserção/participação da família no cuidado em conjunto com os próprios procedimentos existentes. Queixam-se da não existência de um instrumento específico que norteie o dimensionamento de pessoal de enfermagem considerando complexidades.

[...] “eu faço como base o que preconiza a legislação, mas eu adapto o meu dimensionamento para particularidades oncológicas e para as necessidades específicas tanto de complexidade assistencial, né? Que aí eu faço a classificação de pacientes quanto a participação e colaboração da família.” **(E2)**

“Eu sempre levei em consideração os pais e suas possibilidades nestas situações complexas (falando da criança com câncer), porque, é um

tratamento específico, com procedimentos específicos e com sofrimentos específicos que exigem de nós (equipe de enfermagem), da família. A família acaba sofrendo junto ou mais do que a própria criança que, muitas vezes, e para o dimensionamento eu preciso olhar isso. Como ela consegue cuidar, consegue cuidar. Quando a unidade tinha lá três, quatro crianças com este perfil eu incluía no raciocínio do meu dimensionamento. Não tem como ignorar e não tem escala que pegue isto.” (E9)

Esse movimento de criar caminhos, elencar ancoragens fica evidente na fala de uma gestora.

“aí eu fazia o cálculo de quantidade de profissionais que eu precisaria em cima da quantidade de leitos que eu tinha disponível e através da classificação de pacientes feito em um instrumento próprio, que era uma tabela que a gente, que a gente mesmo montou, um instrumento próprio nosso que a gente fazia” (E4)

E, toda esta atuação ainda sofre influência do macro cenário onde o gestor se insere. Na fala das participantes, sinalizaram o quanto a instituição afeta a viabilidade do DPE. Órgãos públicos foram mencionados como mais falhos na reposição de pessoal quando comparados com os do setor privado. Ainda, no âmbito da gestão superior mencionam que o DP perpassa pela redução de custos, com a tendência de aprovar o mínimo de pessoal.

“as instituições não querem ter gastos, sabemos que somos os profissionais que mais tem dentro dos hospitais e isso vai trazer custos, então, é... muitos barram nesta questão, para reduzir custos, nós vamos trabalhar com o mínimo, e temos trabalhado com o mínimo de profissionais” (E3)

“Eu posso te falar um pouco até do que é o sistema privado e do que é o sistema SUS, no sistema privado a gente tinha até um pouco mais de facilidade né? De fazer esse dimensionamento, quando um funcionário é afastado ou algum funcionário pedia a conta ou ele saía ou ele era desligado da instituição, automaticamente o setor privado já vem e recoloca esse profissional para gente, então, a gente não tinha muita perda, falhas e buracos, né? Nas escalas para a gente dividir. Agora no SUS um grande problema que eu acho que a gente tem é o nosso dimensionamento, quando acontecia algum desligamento e a gente ia mais solicitava a reposição a gente via que tinha uma dificuldade para fazer essa contratação. E isto entra no seu pensamento para carga de trabalho, para dimensionamento. Vai entrando por tempos quando é SUS. Isto é sério.” (E4)

“Eu acho que depende muito da instituição que você trabalha, né? Se ela te dá dimensionamento que cabe ao teu real a tua prática né dia a dia. Eu acho que é a instituição que eu trabalho, reposição, RH, assim, o particular talvez não tenha tanto esse problema porque o RH ele é rotativo, né? Não deu certo ok? Né? Dispensa a gente buscar outro faz treinamento é rotativo, no público, essa rotatividade não existe muito. Muitas vezes, a gente tem um funcionário que faz parte, que tá, faz parte do nosso Centro de Atendimento, mas esse funcionário está afastado há três anos pelo INSS e eu não tenho reposição de vaga, então, isso, eu posso até fazer dimensionamento, mas eu não cumpro ele, eu tenho a pessoa, mas não conto com ela efetivamente” (E5)

“Olha eu tenho que te dizer também que a Minha experiência é no hospital da rede pública rede estadual aqui em São Paulo e nós temos sempre estamos encaminhando para o RH ou Secretaria da Saúde as nossas solicitações para que eles abram vaga para repor esses colaboradores porque nós temos pessoas é, aposentadorias um absenteísmo alto e aí a gente não consegue e uma outra questão que nos impacta é que nós temos vários funcionários que estão com restrição restritos eles têm alguma restrição física ou cognitiva ou psicológica e por ordem médica eles estão afastados tanto enfermeiros quanto auxiliares e técnicos afastados da assistência direta e aí é um outro complicador e nós não conseguimos repor essas pessoas que estão afastadas ou então que se aposentaram ou até mesmo de missões Então esta morosidade por ser aqui no hospital de admissão e exclusivamente por concurso público a nossa reposição é bastante demorada é muito burocrático esse processo todo, o último processo que nós tivemos aqui foi em 2013 e depois disso nunca mais nós temos bastante baixa vários por aposentadoria” (E7)

A necessidade de ponderar outros aspectos, para além do ICP, para a construção do dimensionamento de pessoal de enfermagem se fez presente em todas as falas, exigindo de cada gestor se envolvesse com um movimento de análise e interpretação pessoal da realidade, por vezes, baseada em rotinas e processos ou apenas naquilo que se nota.

A exploração de ferramenta ou elaboração de outras que auxiliem o gestor na elaboração do dimensionamento de pessoal de enfermagem, como: mensuração da carga de trabalho, gerenciamento de custos, demandas assistenciais do cuidado centrado na família em horas de enfermagem, produtividade, saúde do trabalhador, se faz necessária para o embasamento científico do processo de tomada de decisão na gestão em pediatria, considerando todas particularidades e singularidades desse cuidado e do cenário onde ele ocorre. O perfil assistencial da unidade se despontou como um balizador. Desta forma, os gestores inferem que não conseguem considerar as demandas dos acompanhantes no planejamento do dimensionamento de enfermagem quando o cuidado adotado é o cuidado centrado na família.

Constata-se uma das premissas do interacionismo simbólico diante do posicionamento e tomadas de decisão das entrevistadas reveladas através das falas, onde as ações são manipuladas e modificadas por meio de um processo interpretativo mediado pela atividade da mente, pela experiência e percepção que se obtém no dia a dia, tornando o processo de dimensionamento tanto quanto subjetivo e notória dificuldade em se encontrar balizas para aproximar da real necessidade de pessoal.

As falas denotam que no cotidiano das unidades pediátricas coexistem barreiras e desafios no manejo das cargas de trabalho que identificam no cotidiano. Cargas de trabalho integram os processos de trabalho, os quais ocorrem inseridos em

certo contexto e são influenciados por ele. Os gestores, por meio dos esforços de manejo que efetivam, buscam adaptações que reconheçam a carga presente. Isso é relevante, pois cargas de trabalho estão articuladas com a qualidade do cuidado e com a saúde do trabalhador (CARVALHO et al, 2019).

A saúde do trabalhador não esteve diretamente mencionada pelas participantes deste estudo, ou seja, elas não teceram construções narrativas que relacionassem SCP, DPE e saúde do trabalhador. Contudo, está descrito na literatura de saúde a relação entre adoecimento do trabalhador de saúde e sobrecarga de trabalho, tanto no âmbito emocional quanto físico. Em adição, as circunstâncias inadequadas de trabalho estão reconhecidas como de propensão a ocorrência de violências contra os trabalhadores (PAI et al, 2018).

A motivação da equipe de enfermagem é presente em discussões nacionais que envolvem carga de trabalho (LÚCIO et al 2019; KMAN et al 2016); O quantitativo elevado de pacientes por profissional articula-se a exaustão emocional e Burnout (KMAN et al 2016), desmotivação (LÚCIO et al 2019), insatisfação no trabalho (KMAN et al 2016) e limites para o trabalho em equipe (KMAN et al 2016). Comunicação e seu impacto para o trabalho em equipe e alcances de cuidado (AKMAN et al 2016) também compõe reflexões no âmbito da carga de trabalho em unidades pediátricas. O alcance do cuidado, sobretudo, quanto a recuperação do paciente, faz contraponto à experiência de percepção de carga de trabalho excessiva (AKMAN et al 2016).

Fatores motivacionais para os técnicos de enfermagem estão relacionados a resultados na recuperação dos pacientes, no reconhecimento do trabalho, em exercer atividades de que gosta, amor à profissão e aos colegas de trabalho, enquanto para os enfermeiros está a satisfação pessoal, a oportunidade de aprender diariamente, o cuidar dos pacientes, o reconhecimento dos esforços exercidos e a remuneração justa (LÚCIO, 2019).

Unidade temática 2: Pensamento sobre o CCF e sua incorporação no DPE

Em relação ao entendimento sobre Cuidado Centrado na Família (CCF), entende-se que seja norteador da assistência de enfermagem nas unidades pediátricas, principalmente, por favorecer a segurança e a qualidade do cuidado. Entretanto, seu alcance parece ser desafiador, e sua incorporação repercute em

esforços e tempo “extras”, já que faz emergir necessidades sociais e da própria família.

Dessa forma, detém o entendimento da família e familiar/ acompanhante estar em um processo de aprendizagem sobre a situação, demandarem educação em saúde, quando fazem ressalvas sobre a tendência de se projetar neles uma obrigação pelo cuidado da criança:

“[...] eu vejo muitos problemas que demandam tempo do enfermeiro, principalmente de ordem, é, social, problema de relação com a família, questões dos próprios acompanhantes que acabam demandando esforços extras, do enfermeiro, né? Do tempo da enfermagem, [...] é, pra fazer essa inclusão da família e esse cuidado centrado na família”. **(E1)**

“Eu acho fundamental a participação da família no cuidado, principalmente, as crianças mais crônicas, em que, esses pais vão dar continuidade, né? Mas, dentro da Instituição, eu não posso utilizar ele como cuidador, ele está num processo de aprendizagem, então, eu não posso direcionar para ele a responsabilidade de fazer uma avaliação, uma observação mais rigorosa que seria do profissional de enfermagem” **(E3)**

“O familiar está lá junto, é referência para a criança e a enfermagem quer colocar nele a obrigação pelo cuidado, cobra dele mesmo. Eu acho que não é, assim, o papel é mais de educar, de esclarecer sobre o que está acontecendo, tentando fazer com que compreenda e consiga cuidar depois. Isso exige disponibilidade e tempo que pouco são levados em conta pela instituição. Então, eu acho que devemos lutar pelo cuidado centrado na família sim, nesta parceria com ela, mas que não está contabilizado na escala não este e daí fica sempre mais complicado.” **(E9)**

Nesse sentido, compreende que integrar a família, o familiar, dar suporte para eles é um trabalho contínuo na enfermagem de pediatria e que deve estar no plano terapêutico, de segurança do cuidado. Trata-se de um processo contínuo e que requer ter e manter escuta aberta e direcionada ao acolhimento da família e acompanhante, aspecto que leva tempo e que também exige habilidades.

“Promover permanência e conforto a pais e acompanhantes já vai integrando de forma diferente a família no contexto do plano terapêutico dos pacientes e isso, dentro da enfermagem de pediatria, da internação comum, é um trabalho de continuidade, de a família começar a participar do cuidado, começar a se desenvolver para garantir, conseguir uma autonomia e uma segurança no cuidado dos pacientes. [...] Eles (famílias e acompanhantes) precisam se sentir acolhidos e ter esses canais de escuta abertos e constantes. Nem todos os profissionais de enfermagem sabem fazer isto.” **(E1)**

“Cuidar da criança, requer esse cuidado com a mãe, não tem jeito, a gente costuma, às vezes, falar que dependendo do plantão, a gente demora mais tempo para passar uma necessidade do familiar ou acompanhante, que ele tem, do que da criança, né? Mas, a gente precisa entender que, às vezes, o conversar, o ouvir ele é tão importante quanto o próprio cuidado técnico que se coloca para o paciente, e dependendo do quanto de técnico quanto enfermeiro você tem, você não tem esse tempo, e aí, eu acho que a gente vai perdendo espaço. Vai perdendo o espaço que é da enfermagem” **(E3)**

“Olha é eu entendo que nós buscamos o tempo todo é trazer a família para participar o máximo possível de todas as atividades de todos os procedimentos. Nós somos um dos hospitais que iniciamos, desde 1988, e nós implantamos aqui o familiar participante antes deste período nós tínhamos visita. Então, os familiares a mãe e o pai virou apenas uma visita e desde 88, então, nós fizemos o projeto naquela época e conseguimos que os familiares permanecessem com seus filhos, [...] o familiar tem que estar próximo ao meu ver 24 horas. Não é uma obrigatoriedade da mãe realizar os procedimentos de maneira nenhuma linkando uma situação com a outra ela não está para a falta de colaboradores de maneira nenhuma, mas sim para fortalecer o vínculo mãe e filho isso que nós preconizamos aqui não existe isso de que a mãe realiza algum procedimento ou que a mãe tem alguma obrigatoriedade de realizar mesmo que o procedimento simples uma relação ou troca de fraldas nós percebemos e entendemos que mesmo procedimento simples para ela fazer é no sentido de estar presente e fortalecer o vínculo mãe e filho e não por falta do colaborador apesar das dificuldades que temos nós conseguimos prestar uma assistência adequada nesse sentido amanhã está para participar de uma forma prazerosa” **(E7)**

Ainda, a parceria com a família esteve relacionada com segurança do cuidado ofertado. Concebem-na como uma aliada ao cumprimento dos protocolos de segurança, prospectando a ela um papel de execução e fiscalização das ações de enfermagem.

“Alguns dos nossos protocolos, inclusive, envolvem uma boa instrumentalização da família, é, municiar essas famílias a ajudarem as nossas equipes a fazerem o certo. A gente mobiliza muito a, participação deles (família), nos protocolos de risco de queda, nos protocolos de identificação do paciente, então, assim, a família está sempre atenta ao que tem que ser feito. [...] família que participa do cuidado agrega na segurança do paciente, é algo que, melhora muito a assistência” **(E1)**

Porém, considerar a família e o desenvolvimento de um cuidado centrado nela, requer trabalhos e esforços junto às equipes para que estas enxerguem a família como parceira e não como alguém a ser unicamente orientado. Inclusive, identificam, na atualidade, que a equipe de enfermagem tende a desejar a presença do acompanhante junto da criança para minimizar a sobrecarga de trabalho e reconhecem que conflitos na relação com a família e acompanhante ainda existem.

“[...] é um exercício que tem que ser trabalhado bastante com as equipes, né? Até enxergar as famílias como parceiras. [...] o pessoal (equipe de enfermagem) já não quer ficar sem acompanhante. [...] lógico não é um trabalho tão simples e harmônico (envolver/integrar as famílias nos protocolos), porque tem algumas famílias que acabam tratando a equipe com mais rispidez, existem os conflitos. Então, é um trabalho contínuo, houve momentos assim, que a gente teve que superar essas pessoas que tinham mais dificuldade de relacionamento com a família, achava que era um “vigia” (rs), tinha aquela coisa, assim, mais é, um pouco mais de temor”. **(E1)**

“(...)e acontece até com uma certa frequência lá com a gente, como as crianças costumam ficar bastante tempo internada, às vezes, acaba criando algum conflito funcionário/accompanhante, e, aí a gente acaba tendo esse

problema também, então, o nosso dimensionamento sofre com essas questões é relacionamento pessoal.” (E6)

“Eu não tinha muito o problema da enfermagem delegar para a família, porque a unidade era pequena, então, elas queriam fazer os cuidados para não ficarem ociosas.” (E8)

De certo modo, os gestores identificam que o CCF implica em um movimento duplo junto das famílias: promover e favorecer parceria no cuidado de enfermagem à criança, mas também entender que, para tanto, ela é igualmente demandante de cuidado de enfermagem.

Desse modo, o tempo da enfermagem junto à família é ampliado e determinante ao acolhimento e formação de vínculo. Não garantir esse tempo pode repercutir em desdobramentos negativos nessa relação, sobretudo, em termos da comunicação, bem como, maiores chances de insatisfações quanto ao cuidado ofertado, a opção por fechamento e redução de leitos tem sido uma das estratégias para conseguir minimamente prestar um cuidado adequado:

“Hoje, a gente tá com 17 leitos, 17 não, a gente fechou, a gente está com 14 leitos funcionando, a gente tinha 18, passou para 17 e agora passou para 14. E (...) a gente costuma trabalhar com quatro funcionários por plantão só que como a maioria dos dias a gente está tendo que emprestar funcionário para o CTI que abriu leitos e tá com grande problema de dimensionamento lá a gente tá ficando com três funcionários por plantão para cuidar das 14 crianças. Mas, muito desta redução de leitos é pensando que tem a família ali junto, alguém que precisamos cuidar também.” (E6)

“Se eu tenho número de quadro de profissionais. É claro que eu consigo sim dar uma boa assistência uma atenção adequada para familiar e ela vai conseguir se sentir segura ela vai se sentir segura. Porque se ela tem dúvida eu tenho profissional mais próximo dela ela não fica perdida. [...] Aqui nós fizemos a opção de bloquear leitos para não comprometer a nossa assistência o vínculo mãe e filho e profissional Ele deve estar satisfatória adequado é claro que é comprometedor quando eu não tenho funcionário obviamente quando não tem esse quantitativo adequado, então, nós estivermos e estamos ainda no momento onde nosso preferimos isso é um anime inclusive com outros profissionais da equipe multidisciplinar desbloquear leitos para que não fique sobrecarregado, então, a gente consegue manter o quantitativo adequado com menor número de pacientes na clínica, então, assim, se eu tenho uma clínica com dez leitos e vou reduzir para oito leitos para manter um atendimento adequado, essa vem cedo uma estratégia para que a gente consiga trabalhar com essa questão da Segurança do paciente em todos os aspectos dessa segurança e essa abordagem com familiar.” (E7)

“A família pede atenção e isto precisa aparecer mais nos recursos que temos para pensar carga de trabalho e dimensionamento de pessoal, do contrário fica difícil implementar um cuidado que pense ela (família). Antes a equipe não parava para dar atenção ao familiar, hoje percebo elas mais atentas a eles, mas foi preciso muita conversa para sensibilizar, para mudar o olhar de que eles têm obrigação de cuidar da criança. Fechamos oficialmente um leito como resultado destas conversas de formação para cuidar da família. Leva

tempo, dá trabalho sim, ainda mais quando cruzam com médicos que nem olham direito para elas, daí sobra para enfermagem que está ali direto com elas.” (E9)

A qualidade da relação com a família aparece nos dispositivos de apreciação da qualidade do cuidado recebido, quando algumas falam das manifestações para ouvidorias.

“É, um bom dimensionamento, onde a enfermeira, principalmente, né? Consegue dedicar o tempo necessário pra orientar e pra fazer com que essa família entenda o papel dela, a importância dela, de como ela pode ajudar a criança, enfim, tudo dentro do processo, do plano terapêutico, ele é importante. [...] quando eu tenho menos enfermagem, se a enfermeira está menos dedicada a essa atividade (de acolhimento e escuta de famílias e acompanhantes), aí eu começo a ter, eu tenho, é, alguns sensores que me indicam a falta de comunicação ali dentro, né? A ouvidoria, começa a ter algumas queixas via pesquisa de satisfação, então, é, sem dúvida, o dimensionamento adequado, contribui para o (...) cuidado centrado na família sim”. (E1)

“Se a relação, a comunicação com a família está ruim, estoura na ouvidoria. Então, cada vez mais é necessário entender que o cuidado em pediatria tem a família, o familiar ali junto e que ele precisa ser envolvido. Não é fácil isto, quando o instrumento não trata isto com prioridade. Acompanhante é um item solto lá, mas ele não é solto no dia a dia. É direto, pede direto a enfermagem”. (E2)

Um ponto que sobressai nas falas das entrevistadas é a preocupação com educação em saúde, contudo, considera a família como um adicional quando não reconhecendo as premissas do CCF:

“Eu não considero, não, considero a participação do familiar no meu hall de dimensionamento, justamente, porque nem sempre eu posso contar com o cuidado familiar, né? Então, às vezes, até pro cuidado de higiene, conforto, pelo público que eu atendo, a família não tem condições de oferecer com qualidade, principalmente no ambiente hospitalar, então, no meu dimensionamento ele não correlaciona, não depende do cuidado familiar, o cuidado familiar é um adicional no meu dimensionamento, então, eu considero os meus recursos humanos para todos os cuidados. Ele é mais alguém que cuidamos, alguém que precisa de educação em saúde”. (E2)

“Eu penso que a família tem uma necessidade de informações enorme, sabe, quer ser educada sobre aquilo que está acontecendo. Não acho que conseguimos dizer que decidimos o cuidado com ela, não vejo que alcançamos isto, apesar de ser o que o cuidado centrado intenciona. O que fazemos é mais educar, já é um pedaço, né?”. (E9)

Ainda sobre as considerações que se refere ao cuidado centrado na família e sua relação com o entendimento do processo de doença e dispositivos utilizados no cuidado e que considera o técnico de enfermagem para todos os cuidados, sendo a família um adicional nesses cuidados:

“(...) Sempre vai ficar com um adicional porque, justamente, pela complexidade dos cuidados, às vezes, é início de terapia não tem ainda a condição, a mãe nunca viu pegar uma veia da criança. Ainda mais com de condição de cirurgia, quando é condição de cirurgia, a mãe, por exemplo, nunca teve contato com o dispositivo, assusta, às vezes, tem medo de dar banho, tem medo até para levantar, para cuidar da criança, mas são cuidados simples de baixa complexidade que a gente usaria ali um cuidado intermediário com auxílio da família, classificaria assim, no entanto, às vezes, por não ter quem faça, eu considero o meu técnico de enfermagem, todo cuidado para ele, para a equipe de enfermagem geral, e a família ainda como adicional, um inserido” **(E2)**

Apenas uma participante referiu não ter apropriação clara do conceito de Cuidado Centrado na Família e menciona percepção de estar sempre a criança na centralidade e num patamar secundário a família.

“Para falar a verdade eu não sei nem conceituar essa atenção voltada para a família, tudo, as prescrições, tudo o que a gente prescrevia era voltado para a criança, a família vinha em um segundo momento” **(E8)**

Esta unidade temática reforça o quanto é desafiador implementar um cuidado com foco na criança e sua família (COSTA et al, 2021), apesar de sabidamente existir o reconhecimento de ser ela referência afetiva e de cuidado à criança, com recomendações para sua permanência junto a criança (ASSONI et al, 2021). A demanda de cuidados de enfermagem requer avaliar a atenção dispendidas com o acompanhante e família, inclusive aquelas relativas a educação em saúde (COSTA et al, 2021) e alta hospitalar.

Uma crença facilitadora da relação com a família é conceber enfermeiros como posição privilegiada para identificar necessidades da família, por estarem mais perto delas, ele se estende para a equipe de enfermagem (CRUZ et al, 2016). A família detém necessidade de informações sobre o que está acontecendo à criança, informações sobre a doença, tratamento e alta, mas também preocupação de outras naturezas, a exemplo de como cuidar de outros filhos que ficaram em casa. Assim, buscar compreender em quais núcleos residem as aflições para pensar o que ofertar como cuidado é algo presente no cotidiano da unidade pediátrica hospitalar, quando se toma como horizonte o CCF. As falas das gestoras permitiram visualizar intenção de aproximação da família, uma certa sensibilidade para ela, mas ainda sem ter em vistas um processo colaborativo e compartilhado com ela, como preza o CCF. Nossos

resultados reforçam a incorporação incipiente do modelo nos serviços de saúde brasileiros.

As colocações das participantes não ponderaram o envolvimento da família no planejamento e tomadas de decisões sobre o cuidado, mas sim concentram colocações acerca de discussão já ultrapassada sobre o acompanhante/familiar ter a obrigação ou não de cuidar da criança. O cuidado centrado na família (CCF) é filosofia de cuidado que coloca o paciente e a família no centro das decisões relativas ao cuidado em saúde e, valoriza relações entre profissionais e famílias centradas no respeito, dignidade e no compartilhamento de informações (SMITH, 2018). A escuta da família com esforços para compreender suas necessidades e enfrentamentos constitui um elemento importante, assim como investimento em comunicação efetiva com a família na direção de conduzi-la para a centralidade do processo decisório sobre o cuidado (SMITH, 2018).

Outro ponto destacado foi o da educação em saúde, do 'preparo' do familiar para o cuidado da criança. É inquestionável os benefícios que um processo de capacitação para realizar os cuidados à criança proporciona (FASSARELLA et al, 2019), mas adotar o CCF é mais do que isto. Do mesmo modo, que no estudo de Fassarella et al (2019) a ideia da orientação do familiar/acompanhante também aparece no presente estudo.

Assim, pode-se inferir que o CCF é conhecido pelos gestores, porém, não em profundidade, e, a ponderação dele no DPE não fica evidenciada pelas colocações apresentadas. Há sensibilidade para alguns pontos que integram o CCF. Destarte, não se evidenciou serem eles, efetivamente, considerados no contexto do DPE. Concordamos que "pensar a família como contexto e foco de cuidado é um desafio que envolve ir além de orientar e esperar a colaboração no desempenho de ações de cuidado" (FASSARELLA et al, 2019, p. 3320).

Tomar os preceitos do modelo no DPE seria um avanço prático no sentido de computar carga de trabalho e tempo para estar com a família, de modo que as demandas dos acompanhantes fossem mensuradas juntamente com o grau de dependência dos pacientes pediátricos, já que cada familiar encontra-se em níveis diferentes de entendimento do próprio processo saúde-doença e são impactados por

diversas outras variáveis que não são mensuradas, mas, que dispensam horas de enfermagem para as intervenções, situações como familiar dependente químico de drogas lícitas e ilícitas, familiar que não possui rede de apoio, familiar com filhos recém-nascidos, famílias que já são acompanhadas pelo conselho tutelar, familiares com pais em contexto de separação, pais adolescentes, familiar com doença crônica.

Para finalizar e integrando os achados das duas unidades temáticas, cabe a sinalização da necessidade de se tomar as intervenções e atividades executadas pelos profissionais de enfermagem em unidades pediátricas, por meio de linguagem padronizada. Esse recurso esteve sinalizado em estudo nacional como de contribuição para o conhecimento das principais ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem. Desse modo, ao identificá-las, é possível determinar o tempo médio de assistência requerido e horas de cuidado de enfermagem no cuidado a pacientes pediátricos (ASSIS et al 2015);

Conclusão

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”. (Albert Einstein)

7 CONCLUSÃO

No que tange o CCF, ele não foi evidenciado como direcionador do DPE, apesar do apontamento de ser uma fragilidade do ICP pediátrico existente, no Brasil, a forma como considera o familiar/acompanhante da criança e desconsidera suas demandas para a equipe de enfermagem. Prevalece junto aos gestores deste estudo um significado de ser acompanhante/familiar da criança aquele que é referência para ela, que pode ser educado em saúde e que tem necessidades particulares, as quais deveriam ser acolhidas pela enfermagem. Porém, não evidenciaram movimentos de discussão de colaboração e participação dos acompanhantes/familiares nas tomadas de decisão sobre o cuidado.

O estudo desenvolvido contribuiu para a discussão sobre o DPE em unidades pediátricas, o qual tem revelado tímidos avanços desde a propositura da ICP pediátrica brasileira, em 2014. Traz elementos para a articulação entre DPE e CCF, aspecto premente, do contrário famílias seguirão a ser negadas ou reduzidas a pessoas que proveem cuidado de crianças e precisam ser treinadas para ele. A ausência de um documento de ICP mais próximo do efetivamente vivido, segundo a percepção dos gestores deste estudo, os deixa sob um respaldo frágil, quando da discussão de DPE na instituição, principalmente devido ao fato de que os gestores fazem ajustes sob novas ancoragens, quando sua experiência profissional é direcionadora.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados no que tange ao alcance do CCF, bem como de novos instrumentos de classificação do paciente pediátrico, contemplando as demandas dos acompanhantes/familiares, para que desta forma possa-se calcular as horas de enfermagem efetivamente dedicadas na prática ao cuidado da criança alcançando as premissas do CCF e atendendo todas as demandas dos familiares/acompanhantes. Como limitação do estudo aponta-se o número de participantes, mas, os resultados obtidos não impedem que a reflexão seja tomada em consideração.

Referências

REFERÊNCIAS

ASSIS, Melissa Nardini 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. 2, p. 83-89, dez. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000800083&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 ago. 2018.

ASSONI, M.A.S.; LOURENÇO, A.O.O.S; RAMOS DA SILVA, E.; MAIA, I.A. O papel do enfermeiro gestor em pediatria: revisão integrativa da literatura. **Revista Nursing**, [s.l], v. 24, n. 280, p. 6135-6140, 2021. DOI: 10.36489/nursing.2021v24i280p6135-6146. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1771>. Acesso em: 07 mar. 2022.

AZEVEDO, A.V.S.; LANÇONI JUNIOR A.C.; CREPALDI, M.A. Interação da equipe de enfermagem, criança e família hospitalizada: revisão integrativa. **Ciênc. Saúde colet.**, [s.l], v. 22, n. 11, Nov 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BARDIN, L. **L'Analyse de contenu**. Presses Universitaires de France, 1977. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.069, 13 de Julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8069.htm. Acesso em 10 jul. 2018.

BIASIBETTI, C. et al. Segurança do paciente em pediatria: percepções da equipe multiprofissional. **Rev Min Enferm.**, [s.l], v. 24, p. 1337, 2020. DOI: 10.5935/1415.2762.20200074.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. 2012b. em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. 2016b. em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a Saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em 10 jul. 2018.

CARVALHO, D.P.; ROCHA, L.P.; PINHO, E.C.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G.; BARLEM, E.L.D.; GOULART, L.S. Workloads and burnout of nursing workers. **Rev Bras Enferm**, [s.l], v. 72, n. 6, p. 1435-1441. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0659>.

CHARON, J.M. **Symbolic interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 10 ed. Boston: Prentice Hall, 2010.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). **Resolução COFEN n. 0543/2017, de 16 de maio 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. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen5432017_51440.html. Acesso em: 20 dez. 2021.

CONISHI, R.M.Y.; GAIDZINSKI, R.R. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, 2007.

COSTA, R.M.; LEITE E.I.A.; RIGO, F.L.; MIRANDA, C.H.G. análise do dimensionamento de profissionais de enfermagem em uma unidade De internação pediátrica. **Anais do Fórum Científico**. FHEMIG. Seção de artigo, Belo Horizonte, p. 23-38, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i5.7202>.

CLARKE V, BRAUN V. Teaching thematic analysis: overcoming challenges and developing strategies for effective learning. **The Psychologist**, [s.l], v. 26, n. 2, p. 120-123, 2013. Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/21155>. Acesso em: 12 jul. 2021.

CRUZ, A.C.; SANTOS, C.C.S.; SANCHEZ, K.O.L; ANGELO, M.; MEKITARIAN, F.P. et al. Liga de Enfermagem e família e sua interface com a formação em enfermagem pediátrica. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, [s.l], v. 16, n. 2, p. 75-80, 2016.

DINI, A. P. **Sistema de classificação de pacientes pediátricos**: construção e validação de instrumento. Campinas:[s.n.], 2007.

DINI, A.P., GUIRARDELLO, E.B., Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. **Rev Esc Enferm.**, USP São Paulo, v. 48, n. 5, p. 787-793, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-787.pdf. Acesso em 10 jan. 2020.

FONSECA, S.A.; SILVEIRA, A.O.; FRANZONI, M.A.H.; MOTTA, E. Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiências de enfermeiras. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, [s.l], v. 9, n. 2, p. 170-190, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.1908>. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n2/2393-6606-ech-9-02-170.pdf>. Acesso em 10 fev. 2022.

FARIAS, D.D.; GABATZ, R.I.B.; TERRA, A.P.; COUTO, G.R.; MILBRATH, V.M. SCHWARTZ, E. A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 703-711, 2017.

FIORETI, F.C.C.F; MANZO, B.F; REGINO, A.F.F. A ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais. **REME – Rev Mineira Enferm**, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160044>. Acesso em: 12 jul.2021.

GAIDZINSKI, R.R.; FUGULIN, F.M.T.; LIMA, A.F.C. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde**. In: KURCGANT, P. (coord). Gerenciamento em Enfermagem. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2016. Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5052316/course/section/5909964/dim.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

GAIVA, M.A.M.; SILVEIRA, A.; VIERA, C.S; MAIA, E.B.S.; ANDERS, J.C.; MIRANDA, J.O.F.; FONSECA, L.M.M.; TACLA, M.T.G.M; WERNET, M.; AREDES, N.D.A. Posição da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras sobre as competências essenciais do enfermeiro neonatologista e pediatra. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 116-133, dez. 2020.

GOMES, I.P.; LIMA, K.A.; RODRIGUES, L.V.; LIMA, R.A.G.; Collet N Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectivas de crianças. **Texto Contexto Enferm**, [s.l.], 2013. Disponível em: www.scielo.-br/pdf/tce/v22n3/v22n3a13. Acesso em 25 abr. 2021.

GOUVEIA, M.T.O.; MENDES, M.C.S.; LUZ, Y.P.O.; SILVA, G.R.F. Classificação de pacientes pediátricos em um hospital de ensino de Teresina. **Rev RENE**, [s.l.], v. 11, p. 160-168, 2010.

HENNINK M.M., KAISER BK, MARCONI V.C. **Code Saturation Versus Meaning Saturation**: How Many Interviews Are Enough? *Qualitative Health Research*, v. 27, n.4, p. 591–608, 2017.

INSTITUTE for family-centered care. **Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system**: recommendations and promising practices. 2008 apr [cited 2007 jul 5]. Disponível em: <http://www.familycenteredcare.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

LEITE, T.M.C.; VERGÍLIO, M.S.T.G; SILVA, E.M. Processo de trabalho do enfermeiro pediatra: uma realidade a ser transformada. **Rev Rene**; [s.l.], v. 18, n. 1, p.26-34. 2017.

LIMA K.Y.N; BARROS, A.G; COSTA, T.D.C; SANTOS, V.E.P; VITOR, A.F *et al*. Atividade lúdica como ferramenta para o cuidado de enfermagem às crianças hospitalizadas. **REME – Rev Mineira Enferm.**, [s.l.], v. 18, n. 3, p. 741-746, 2014.

LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 33-39, 1999.

MACEDO, A.B., RIBOLDI, A.O., SILVA, K.S., GERGENA, T., ECHERB, M.I., SOUZA, S.B. Validação de parâmetros para preencher o sistema de classificação de pacientes da Perroca. **Rev. Gaúcha Enferm.**, [s.l], v. 18, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100464&lng=pt. Acesso em: 10 jul. 2021.

KURCGANT, P. et al. **Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. Enfoque**, v. 17, n. 3, p. 79-81, 1989.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, A.R.; OLIVEIRA A.R.; TOIA, L.M.; STUCCHI, H.K.O. A evolução dos modelos de assistência de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos trinta anos: do modelo centrado na doença ao modelo centrado na criança e família. **Rev. Fac. Cienc. Méd. Sorocaba.**, Sorocaba, v. 17, n. 1, p. 5-9, 2015.

NEIS, M.E.B., GELBCKE, F.L. Carga de trabalho na enfermagem: variável do dimensionamento de pessoal. **Enfermagem em Foco**, [s.l], v. 2, n. 1, p. 6-9, 2011. Disponível em: <///C:/Users/aline/AppData/Local/Temp/65-129-1-SM.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

PAI, D. D et al. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. **Texto & contexto – enfermagem.**, [s.l], v. 27, n. 1, 2018 [ACESSADO 3 MARÇO 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>>. ISSN 1980-265X. Acesso em: 3 mar. 2022.

PINTO, J.P.; RIBEIRO, C.A.; PETTENGILL, M.M.; BALIEIRO, M.M.F.G. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 132-135, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022>.

RIBEIRO, J.P.; GOMES, G.C.; THOEFERHN, M.B.; MOTA, M.S.; CARDOSO, L.S. et al. Hospitalized children perspectives for the shared care between nursing and family. **Rev. Enferm. UFSM.**, [s.l], v. 17, n. 3, p. 350-362, 2017.

RIBEIRO, J.P.; OLIVEIRA, A.M.N; GOMES, G.C.; THOEFERHN, M.B.; MOTA, M.S. Ambiência da pediatria: produção de subjetividades nas crianças internadas. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 43, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/22362>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ROGENSKI, K.E; FUGULIN, F.M.T. Índice de segurança técnica da equipe de enfermagem da pediatria de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 683-689, 2007.

SANTOS, P.M. et al. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERCEPÇÃO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, [s.l], v. 69, n. 4, p.

646-653, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>>. ISSN 1984-0446. Acesso em: 7 fev. 2022.

SCHLIEMANN, A.L.; RAZZA, L.C.; DA SILVA, M.A.; LIMA, P.P.; CATÃO, T.P. Desenvolvimento de material que facilite a convivência e a comunicação em enfermaria pediátrica. **Brazilian Journal of Development**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 2816-2828, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Aline/AppData/Local/Temp/22845-58839-1-PB.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2022.

SILVA, A.A.; MENEZES, M.; CHESANI, F.H. Humanização e integralidade em saúde: práticas de cuidado da enfermagem à criança hospitalizada. **Rev Bras Pesq Saude.**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. 6-15, 2017.

SILVA, C.L. **O grupo focal como técnica de pesquisa no diagnóstico de relações públicas**. Tese de mestrado. Instituição depositaria: Biblioteca Ir. José Otão. Porto Alegre, 2007.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SMITH, W. Concepto f Family-Centered Care of hospitalized pediatric patients. **Journal of Pediatric Nursing.**, [s.l.], v. 42, p. 57-64, 2018.

VASCONCELOS, R.O.; BOHRER, C.D.; RIGO, D.F.; MARQUES, L.G.; OLIVEIRA, J.L.; TONINI, N. et al. Meios de gestão de enfermagem utilizados em unidades hospitalares críticas. **Enferm. Foco**, [s.l.], v. 7, n.3/4, p. 56-60, 2016. Disponível em: <HTTP://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/944/354>. Acesso em: 10 juhl. 2021.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**. Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WILLIAMS, M.A. When you don't develop your own: validation methods for patients classification systems. **Nurs. Manag.**, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 91-96, 1988. *Apud in*: CASTRO, A.R.V.; ALMEIDA, A.P. Classificação de pacientes pediátricos para o cuidado de enfermagem: validação de instrumento reestruturado. **Enferm. Foco**, [s.l.], v. 11, n. 4, p. 144-155, 2020.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família**. 5 ed. São Paulo: Roca; 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3271/2514>. DOI:10.15253/2175-6783.2014000500021. Acesso em: 10 fev. 2022.

Apêndice A

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada
**“DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADES
PEDIÁTRICAS HOSPITALARES E O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA:**

PERCEPÇÃO DE GESTORES”, por portar a experiência de ser/ter sido gestor/coordenador de unidade pediátrica hospitalar. A decisão de participação é livre e consiste em conceder uma entrevista, por via remota, por plataforma gratuita, Google Meet. A entrevista será gravada em áudio para evitar a perda de dados importantes, com duração estimada de 20-30 minutos, sendo o dia e horário pactuado entre nós. Após a gravação a entrevista é transcrita em sua totalidade e o texto derivado dessa transcrição será analisado na direção do objetivo estabelecido para este estudo: conhecer as percepções de gestores de unidades de internação pediátrica hospitalares acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem e sua implicação para o cuidado centrado na família. Trata-se de uma pesquisa desenvolvida por mim, Aline Landim Ramos, para dissertação do mestrado junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. A Prof.Dra. Monika Wernet é a orientadora do estudo. Conto ainda com o apoio de Ana Izaura Basso de Oliveira, doutoranda no mesmo programa e orientanda pela mesma professora. Como benefício de sua participação no estudo apontamos chances de você refletir acerca do processo de dimensionar pessoal de enfermagem em pediatria, e, ainda, os resultados do estudo podem gerar conhecimento de contribuição a sua prática e de demais gestores que atuam nessa área. Acreditamos também, que sua própria participação pode vir a mobilizar seu processo gerencial por questões não pensadas anteriormente, com desdobramentos a sua atuação. Quanto aos riscos, é possível que ao dialogar sobre sua experiência no processo dimensionamento de pessoal em pediatria, venham à tona percepções sobre seu cotidiano que gerem desconforto a você. Apontamos que a própria oportunidade de dialogar oferece chances de organizar, autoavaliar e tomar iniciativas relativas a seu processo de atuação. Porém, ficaremos atentas a sinais sugestivos de desconforto validando-os com você, caso sejam identificados por nós, e, no seu desejo de interromper a entrevista, assumimos que faremos isso prontamente, retomando a entrevista de acordo com seu desejo. No caso de serem intensos ou revelar algo que a afete em seu emocional de forma identificada como intensa por você, nos dispomos a apoiá-lo a encontrar na rede de saúde pública de sua cidade de residência algum serviço ou profissional que o acolha e acompanhe. Além disso, assumimos que adotaremos esforços máximos de atitude isenta de avaliação de juízo e zelaremos pelo compromisso em manter o sigilo e o anonimato, ou seja, não revelar seu nome

em hipótese alguma e não apresentar dados que possam levar a identificação de sua identidade. Comprometemo-nos a estar sensível a sinais de desconforto ao longo da entrevista, validando tais sinais com você e interrompendo prontamente se for de seu desejo. Você pode deixar de participar do estudo a qualquer momento, precisando apenas sinalizar isto a nós nos contatos expostos abaixo. Mesmo assim, caso ocorra dano decorrente de sua participação, comprometemo-nos a fornecer-lhe indenização sobre o dano ocorrido, conforme aponta a Resolução CNS 466/2012. As informações obtidas são confidenciais, sendo o acesso restrito a mim, à minha orientadora, e, a doutoranda menciona acima. É garantido anonimato ao participante e demais indivíduos cujos nomes forem citados. Reforçamos que a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores. A participação no estudo não acarretará gastos para você, nem qualquer tipo de pagamento. Você receberá uma via deste termo devidamente assinada via google forms, onde constam dados para contato com a pesquisadora principal e a orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Adicionamos que os resultados poderão vir a ser divulgados em eventos científicos e publicações científicas, ressaltando que a forma de divulgação não possibilitará sua identificação.

Assinatura do pesquisador principal

Aline Landim Ramos

Rodovia Washington Luís, Km 235. Departamento de Enfermagem, Secretaria de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSCAR. São Carlos SP

Fone: (016) 99740-5480. E-mail: aline_ramos89@hotmail.com

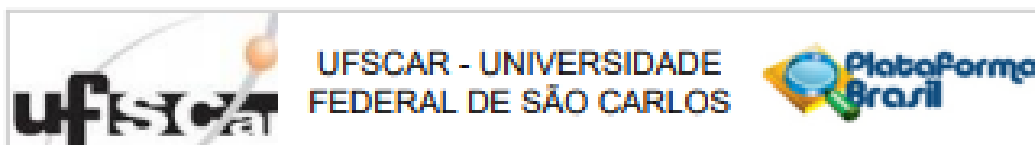
Eu _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, sob número de parecer 4.292.481, que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data _____, ____ de _____ 20__.

Participante da pesquisa

Anexo

ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADES PEDIÁTRICAS HOSPITALARES: PERCEPÇÃO DE GESTORES

Pesquisador: ALINE LANDIM RAMOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36008920.0.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.292.481

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_602799, de 30/07/2020) e do "TCLE".

As informações elencadas no campo "Recomendações" foram retiradas do arquivo Projeto Detalhado: "MÉTODO", "Participantes do estudo".

Objetivo da Pesquisa:

(1) Descrever os preceitos que direcionam o dimensionamento de pessoal na unidade pediátrica por gestores com experiência em unidades pediátricas hospitalares; (2) Conhecer a percepção do gestor acerca do(s) recurso(s) utilizado(s) para o dimensionamento de pessoal e sua adequação para o cuidado de enfermagem; (3) Conhecer a percepção de gestores acerca das dificuldades com o dimensionamento de pessoal para unidade pediátrica hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

É possível que ao dialogar sobre sua experiência no processo dimensionamento de pessoal em pediatria, venham à tona percepções sobre seu cotidiano que gerem desconforto a você. Apontamos que a própria oportunidade de dialogar oferece chances de organizar, autoavaliar e

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Projeto: 4.262.481

tomar iniciativas relativas a seu processo de atuação. Porém, ficaremos atentas a sinais sugestivos de desconforto validando-os com você, caso sejam identificados por nós e, no seu desejo de interromper a entrevista, assumimos que faremos isso prontamente, retomando a entrevista de acordo com seu desejo. No caso de serem intensos ou revelar algo que a afete em seu emocional de forma identificada como intensa por você, nos dispomos a apoiá-lo a encontrar na rede de saúde pública de sua cidade de residência algum serviço ou profissional que o acolha e acompanhe.

Benefícios:

Refletir acerca do processo de dimensionar pessoal de enfermagem em pediatria e, ainda, os resultados do estudo podem gerar conhecimento de contribuição a prática dos participantes e de demais gestores que atuam nessa área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com relevância científica e social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS-466/2012 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Prezadas pesquisadoras,

Por gentileza, encaminhar Carta de Anuência da instituição hospitalar, ANTES da realização da coleta de dados, SE as/os participantes incluídas/os no estudo estiverem em exercício da função no período da coleta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado e não apresenta pendências.

Vale destacar, no entanto, que no "Método", especificamente em "Participantes do estudo" as pesquisadoras mencionam como "critérios de inclusão:" "(2) ...unidade de internação pediátrica hospitalar...; (3) estar ou não em exercício da função no momento.

Endereço: WASHINGTON LUIZ RM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.505-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9885

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.262.481

Nesse caso, SE as/os participantes estiverem em exercício da função no período da coleta de dados HÁ necessidade de encaminhar ao CEP, a Carta de Anuência da instituição hospitalar, ANTES da realização da coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1602799.pdf	30/07/2020 21:18:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Aline_Landim_Ramos.docx	30/07/2020 19:22:00	ALINE LANDIM RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_projeto_Aline_Landim_ Ramos.pdf	29/07/2020 22:05:09	ALINE LANDIM RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto_Aline_Landim_Ramos.do cx	29/07/2020 21:58:35	ALINE LANDIM RAMOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 22 de Setembro de 2020

Assinado por:

ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cep@ufscar.br