

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Gestão em Enfermagem**

**Implementação de um Instrumento de Avaliação  
da Carga de Trabalho em Enfermagem - Nursing  
Activities Score numa Unidade de Cuidados  
Intensivos Cirúrgicos**

**Marisa Monteiro**

**Projecto orientado por:**

**Prof<sup>a</sup> Coordenadora Teresa Santos Potra**

**2012**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Gestão em Enfermagem**

**Implementação de um Instrumento de Avaliação  
da Carga de Trabalho em Enfermagem - Nursing  
Activities Score numa Unidade de Cuidados  
Intensivos Cirúrgicos**

**Marisa Monteiro**

**Projecto orientado por:**

**Prof<sup>a</sup> Coordenadora Teresa Santos Potra**

**2012**



*“ Mesmo que a rota da minha vida me conduza a uma estrela, nem por isso fui dispensado de percorrer os caminhos do mundo”*

José Saramago

## **AGRADECIMENTOS**

À Sra. Professora coordenadora Teresa Santos Potra pelo excepcional acompanhamento, incentivo e pelo perfeccionismo com que me premiou ao longo deste percurso.

À Sra. Enfermeira Chefe Lurdes Escudeiro por todos os conhecimentos que me transmite, pelo incentivo à formação e pelo exemplo de gestão de recursos humanos, materiais mas sobretudo de afectos.

À Sra. Enfermeira Fernanda Leal por toda a atenção e disponibilidade demonstrada na implementação deste projecto.

Ao enfermeiro João Paulo Cheira pela paciência e disponibilidade para me ensinar nas ferramentas informáticas e na produção de conhecimento sobre a profissão de enfermagem.

A todos os enfermeiros da UCIC que buscam a excelência no cuidado, e a todos aqueles que de forma directa ou indirecta permitiram a execução deste projecto.

Ao Cláudio por tudo e por todas as coisas, porque sem ele nada seria possível, pelos caminhos que percorremos e continuaremos a percorrer, pelo equilíbrio, pelas palavras, pela paciência, por tudo o que se diz e não se diz que cresce e fortalece dentro de nós em todos os momentos.

Ao João Afonso, a minha estrela.

Aos meus faróis, pela luz... em especial à Marta por toda a ajuda que me disponibilizou.

À minha mãe musa inspiradora de luta, a quem devo o que sou.

Ao meu irmão, as palavras jamais serão suficientes para lhe agradecer todas as horas, minutos e segundos em que nos construímos juntos e em que nos mantemos unidos, mesmo em silêncio ou na distância dos momentos.

Ao amor da minha família que me inspira e me segue.

## RESUMO

A literatura em enfermagem evidencia que a dotação segura de recursos humanos em enfermagem está directamente relacionada com a qualidade dos cuidados de saúde, bem como com os ganhos em saúde. Assim, o uso de instrumentos que permitam avaliar de forma objectiva a condição do doente, bem como as necessidades de cuidados torna-se uma mais-valia permitindo aos gestores de enfermagem argumentar de forma sistematizada e válida, com base em dados objectivos a adequação numérica e qualitativa dos recursos humanos em enfermagem.

Dentre vários instrumentos existentes evidenciamos o Nursing Activities Score (NAS) como um instrumento de avaliação da carga de trabalho em enfermagem desenvolvido para a realidade das Unidades de Cuidados Intensivos. Este projecto pretende, assim, promover uma maior evidência sobre as necessidades de recursos humanos em enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC) de um hospital central e teve como principal objectivo:

- Implementar um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, o Nursing Activities Score por um período experimental, definido de 30 de Novembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011.

A implementação do NAS foi concretizada como previsto permitindo a avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem de 58 doentes, durante 63 dias promovendo assim a aplicação do instrumento num total de 622 vezes. Ficou demonstrada a viabilidade real da sua aplicação no contexto seleccionado, tendo ainda possibilitado um retrato válido da realidade das necessidades em cuidados dos doentes desta UCIC. A sua aplicação permitiu reflectir sobre a dotação adequada de recursos humanos de enfermagem com vista à qualidade, eficácia e eficiência da prestação de cuidados em alinhamento com os objectivos estratégicos da instituição hospitalar e com o desenvolvimento de competências na área da gestão em enfermagem.

Palavras-chave: Recursos humanos em enfermagem, gestão em enfermagem, Nursing Activities Score.

## **ABSTRACT**

Nursing literature shows that a safe allocation of nursing human resources is directly related to the quality of health care, as well as health gains. Therefore, the use of instruments that evaluate objectively a patient's condition and care requirements becomes an asset, allowing managers in this area to defend the adequacy of numerical and qualitative human resources, based on a systematic point of view and on objective data.

Among a variety of existing instruments we point out the Nursing Activities Score (NAS) as an instrument for measuring nursing workload, developed for Intensive Care Units. This project intends to support the importance of nursing human resources in a Surgical Intensive Care Unit (UCIC) in a central hospital and its main objective is:

- To apply a rating instrument of the workload in nursing activities, the Nursing Activities Score, for a trial period, defined to be between November 30, 2010 and January 31, 2011.

The implementation of NAS was completed as planned, allowing the rate of nursing care of 58 patients during 63 days and the application of the instrument for a total of 622 times. This study demonstrated the possibility of implementing such instrument in this kind of environment and revealed the reality of patient care needs in this UCIC. Its implementation allowed to reflect on the adequate allocation of nursing staff, improving the quality and efficiency of nursing care, according to the objectives of the hospital and the development of skills in nursing management.

**Keywords:** Human resources in nursing, nursing management, Nursing Activities Score

## ÍNDICE

<b>0.INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>1.CUIDAR EM ENFERMAGEM</b>	<b>5</b>
<b>1.1.Perspectiva Histórico Político Social em Evolução</b>	<b>5</b>
<b>1.2.Cuidar em Cuidados Intensivos</b>	<b>12</b>
<b>2. A GESTÃO E OS RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM</b>	<b>15</b>
<b>2.1. Recursos Humanos em Enfermagem: Um Desafio da Gestão em Enfermagem</b>	<b>15</b>
<b>2.2. Sistemas de Classificação de Doentes como Instrumento de Gestão na Unidade de Cuidados Intensivos</b>	<b>18</b>
<b>2.3. O índice de Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem - Nursing Activities Score (NAS)</b>	<b>22</b>
<b>3.O PROJECTO</b>	<b>31</b>
<b>3.1. Os Antecedentes do Projecto</b>	<b>32</b>
<b>3.1.1. Conteúdo e justificação do projecto.</b>	<b>32</b>
<b>3.1.2. Finalidade e objectivos do projecto.</b>	<b>33</b>
<b>3.1.3. Definição dos beneficiários e pré-requisitos do projecto.</b>	<b>34</b>
<b>3.1.4. Contexto e condições de aplicação do projecto.</b>	<b>35</b>
<b>3.1.5. Recursos materiais e humanos envolvidos.</b>	<b>35</b>
<b>3.1.6. Resultados esperados.</b>	<b>36</b>
<b>3.1.7. Mensuração dos riscos.</b>	<b>37</b>
<b>3.2. Os Consequentes do Projecto</b>	<b>38</b>
<b>3.2.1. Planificação e realização de actividades.</b>	<b>38</b>
<b>3.2.2. Avaliação terminal.</b>	<b>40</b>
<b>3.2.2.1 Apresentação e análise dos resultados da aplicação do NAS</b>	<b>41</b>
<b>3.2.2.2.Avaliação global do processo de aplicação do NAS</b>	<b>57</b>
<b>4.REFLEXÕES FINAIS</b>	<b>62</b>

**5. REFERÊNCIAS** **68**

**6. ANEXOS E APÊNDICES** **73**

**APÊNDICE I – Cronograma de Actividades**

**APÊNDICE II- Pedido de Autorização de Utilização do NAS**

**APÊNDICE III– Pedido de Autorização de Aplicação do NAS**

**APÊNDICE IV- Avaliação Inicial do Doente**

**ANEXO I – NURSING ACTIVITIES SCORE**

## LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico nº1- Distribuição dos doentes por sexo	43
Gráfico nº2 – Distribuição dos doentes por motivo de internamento	44
Gráfico nº 3 – Distribuição dos Doentes por destino após internamento	45
Gráfico nº 4 – Distribuição dos doentes por duração de internamento	46
Quadro nº1 – Score Médio, mínimo e máximo do NAS	47
Quadro nº2- 1º Score Médio, mínimo e máximo do NAS no 1ºdia de internamento	48
Quadro nº 3 – Score Médio, mínimo e máximo do NAS no último dia de internamento	48
Quadro nº4 – Distribuição da frequência das intervenções dos enfermeiros	50
Quadro nº 5 – Relação entre o Score NAS e o consumo de Cuidados de Enfermagem	57

## **SIGLAS**

PIB- Produto Interno Bruto

DGS – Direcção Geral de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

NAS – Nursing Activities Score

REPE – Regulamento do Exercício Profissional para a Prática de Enfermagem

APACHE - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

SAPS - Simplified Acute Physiology Score

MPM- Mortality Probability Models

MODS – Multiply Organ Dysfunction Score

SOFA – Sequential Organ Failure Assessment

LODS – Logistic Organ Dysfunction System

PSI – Physiologic Stability Index

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

CPAP – Continuous Positive Air Pressure

BIPAP – BI- level Positive Air Pressure

TOT – Tubo Orotraqueal

OT – Orotraqueal

ECG – Electrocardiograma

Enf – Enfermeiro (a)

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

## **0- INTRODUÇÃO**

O crescimento acelerado dos gastos em saúde é uma das problemáticas mais preocupantes das últimas décadas. Várias explicações para o ritmo destes gastos têm sido apontadas, tais como: o próprio crescimento económico (associado à elasticidade positiva das despesas de saúde face ao Produto Interno Bruto), o envelhecimento da população, o ritmo de inovação e desenvolvimento tecnológico no domínio médico e terapêutico (Ferreira, Harfouche, Campos, & Ramos, 2006).

Por ultimo mas, com especial destaque, salientamos o facto dos cuidados de saúde serem intensivos em trabalho e a maior intensidade de capital não ser substitutiva de trabalho, mas antes exigir recursos mais diferenciados, na maior parte dos domínios da prestação de cuidados (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

Assim, na abordagem da gestão hospitalar e, subsequentemente, na gestão em enfermagem a questão relativa aos recursos humanos é apontada como de extrema relevância, uma vez que estes respondem a uma parcela significativa dos gastos verificados nos serviços de saúde (Iwamoto, 2005).

As unidades de cuidados intensivos integram profissionais de saúde multidisciplinares, cujos objectivos principais consistem no suporte e recuperação das funções vitais do doente para que se criem condições para tratar a doença e, simultaneamente, se proporcionar uma vida futura com qualidade. Com vista a atingir tais objectivos, as unidades de cuidados intensivos têm de ser dotadas de recursos humanos qualificados e treinados para dar resposta às situações que lhes são apresentadas, com a tecnologia que dispõem.

Constatamos, ainda, que o consumo de cuidados intensivos a par dos gastos em saúde tem vindo a aumentar de forma exponencial tornando-se então necessária a rentabilização e racionalização dos recursos existentes de forma a avaliar a sua utilização e antecipar necessidades futuras (Direcção Geral de Saúde, 2003).

Consideramos estar, pois, perante uma conjectura política, económica e social da qual a profissão de enfermagem não pode ser dissociada, em que coexiste uma preocupação crescente com os recursos humanos. Neste contexto surge a necessidade de avaliar o perfil dos doentes que realmente carecem de cuidados intensivos, por meio da criação de instrumentos de medida de gravidade.

Contudo, estes têm-se revelado incompletos havendo necessidade de recorrer a sistemas de classificação de doentes que permitam não só avaliar a gravidade dos doentes, mas que representem uma mais-valia na avaliação de necessidades de cuidados e, consequentemente, na medição da carga de trabalho de enfermagem. Estes sistemas funcionam como aliados à prática de cuidados de enfermagem de qualidade, à optimização de recursos humanos e à redução de custos em saúde (Gonçalves, 2006, citado por Souza, Lima, Franco, & Barçante, 2010).

Dado que, a maioria dos profissionais que integram as equipas de cuidados intensivos são enfermeiros, o custo dos cuidados de enfermagem reflecte-se de forma significativa nos custos totais da assistência ao doente. A avaliação da carga de trabalho de enfermagem, nomeadamente nas unidades de cuidados intensivos, torna-se então indispensável e da maior pertinência como recurso de gestão (Magalhães, Riboldi, & Agnol, 2009).

No sentido de dar resposta aos pressupostos atrás enunciados na década de 70 surge o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), com o propósito de mensurar a gravidade do doente de acordo com o tempo gasto pela equipa de enfermagem, para a realização dos diversos procedimentos. O objectivo principal do TISS seria mensurar o nível de gravidade dos doentes e calcular a carga de trabalho de enfermagem correspondente à necessidade de cada doente em cuidados intensivos (Souza, Lima, Franco, & Barçante, 2010). Após a reestruturação e redireccionamento deste instrumento para a avaliação das necessidades dos cuidados e carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) surgiu o Nursing Activities Score (NAS), com o objectivo de medir a real carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos passando a abranger mais actividades de enfermagem. A sua utilização permite aos gestores de enfermagem argumentar de forma sistematizada e válida, com base em dados objectivos a adequação numérica e qualitativa dos recursos humanos em

enfermagem protegendo o doente no seu direito à assistência e à qualidade dos cuidados prestados (Lima, Tsukamoto, & Fugulin, 2008).

Na óptica do enfermeiro gestor, este instrumento poderá ser uma mais-valia, pois são-lhe atribuídas funções, como: “ *Identificar e determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores; planejar e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria dos cuidados prestados.*” (Decreto lei 248/2009, artigo 10º).

Numa perspectiva institucional, são contemplados como objectivos estratégicos do Centro Hospitalar onde exercemos funções “ *a prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno; aumento da eficiência e eficácia num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável*” (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., 2011). São nesses pressupostos que assentamos a necessidade e pertinência de implementação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, pois os dados fornecidos pela aplicação da escala produzem indicadores acerca da gravidade dos doentes, do número efectivo de consumo de horas de cuidados de enfermagem e conseqüentemente das necessidades de recursos humanos de enfermagem para que desta forma se perspetive uma melhoria da eficiência da prestação e da qualidade dos cuidados.

Na nossa prática constatamos que a utilização de instrumentos desta natureza, que permitam de forma mais objectiva e válida mensurar a carga de trabalho e dimensionar os recursos humanos em enfermagem é escassa. Assim, pretendemos com este projecto promover uma maior evidência sobre as necessidades de recursos humanos em enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC) de um hospital central. De forma a atingir tal finalidade foi definido como principal objectivo: Implementar um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, o Nursing Activities Score por um período experimental, definido de 30 de Novembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011.

Com vista a atingir o objectivo geral supracitado foram estabelecidos os seguintes objectivos específicos: Identificar os scores atribuídos a cada doente internado no período de aplicação do NAS; Analisar as actividades dos enfermeiros desenvolvidas na unidade de cuidados intensivos cirúrgicos durante o período de aplicação do instrumento;

Determinar o tempo dispendido em cuidados de enfermagem, de acordo com a especificidade e complexidade do estado de saúde de cada utente internado na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos a cada 24 horas, durante o período de aplicação do instrumento; Comparar os resultados obtidos na aplicação do NAS, no que concerne à dotação ideal de recursos humanos em enfermagem com os recursos humanos de enfermagem efectivos, durante o período de aplicação do instrumento.

A execução deste projecto pretende articular conhecimentos oriundos das várias temáticas abordadas em enfermagem na de especialização de gestão, nomeadamente: Recursos Humanos; Gestão e Organização dos cuidados de enfermagem; Comportamento Organizacional. A mobilização destes conhecimentos para a prática traduziu-se num desenvolver de competências das quais se salienta: “ *adequa recursos tendo em vista a produção e organização de cuidados de enfermagem*” (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

O presente relatório que pretende retratar e reflectir todo o trabalho realizado foi estruturado em cinco partes. Para além desta introdução em que justificamos a pertinência deste projecto dedicamos dois capítulos ao suporte teórico em que abordamos temas relativos ao cuidar em enfermagem e à gestão de recursos humanos em enfermagem e, mais especificamente, aos sistemas de classificação de doentes como instrumentos de gestão em cuidados intensivos. Num terceiro capítulo passamos a descrever o projecto de acordo com a metodologia de descrição de projectos de Raynal (1996), em que se discrimina o processo do projecto contemplando os seus antecedentes e os seus consequentes, assim como a avaliação terminal, que compreende a apresentação e análise dos resultados obtidos através da aplicação do NAS durante o período experimental e a avaliação global do processo de aplicação do instrumento. A parte final do relatório compreende um capítulo de reflexões finais que pretende reflectir todo o processo vivido neste percurso, destina-se às respectivas conclusões da implementação deste projecto, esperando desde já, que a expansão do desejo, da vontade, da intenção e da ambição de concretizar este projecto se reflectam no descrever do mesmo.

“ *Um projecto é a expansão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção e de uma ambição*”

Raynal (1996, p. 68)

## 1. CUIDAR EM ENFERMAGEM

### 1.1. Perspectiva Histórico Político Social em Evolução

A aplicação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem (NAS) torna-se, sem dúvida, indissociável da abordagem da evolução dos conceitos da disciplina e profissão de enfermagem. No fundo, a essência deste projecto baseia-se na evolução do conceito de cuidar e respectivos cuidados de enfermagem na realidade dos serviços de cuidados intensivos. Serão mencionados aspectos tais como, a tradução e mensuração destes cuidados de forma quantitativa tendo em conta a qualidade dos cuidados prestados como um patamar jamais descurável. Ressalta-se a importância da associação do cuidado de enfermagem com instrumentos que permitam valorizá-los para que sejam utilizados como auxiliares nas metodologias da gestão em enfermagem, sendo que neste contexto surge a pertinência e fundamentação deste projecto inovador.

A abordagem do conceito de cuidados de enfermagem é inevitavelmente associada ao seu passado. O contributo que as referências teóricas deram à disciplina de enfermagem consolidaram, esclareceram e procuraram compreender a essência da enfermagem, a disciplina face ao contexto histórico. O quotidiano da enfermagem actual integra esses saberes, restaurando-os mas também, como profissão aberta que é ao mundo que a rodeia está em constante mutação e, conseqüentemente, constrói novos saberes, adequando-se à realidade social em que está inserida e da qual não poderá ser dissociada.

Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major (1996), reforçam a ideia de que é bastante difícil, senão impossível, descrever a disciplina de enfermagem sem ter em conta os contextos que marcaram a sua evolução. Nesta perspectiva, é oportuno contextualizar as grandes correntes do pensamento que contribuíram para a definição dos conceitos da disciplina e profissão de enfermagem como a conhecemos na actualidade.

Fawcett (1984), citada por K erouac et al. (1996), examinou várias obras das teóricas de enfermagem e reconheceu que os conceitos de cuidado, pessoa, saúde e ambiente estavam presentes nas suas teorias de forma explícita ou implícita.

Para K erouac et al. (1996), estes quatro conceitos estão presentes na obra de Florence Nightingale que, por sua vez, foi responsável pela autonomiza o da profissão de enfermagem. Nightingale defendia que a enfermagem possuía fun es aut nomas e como tal devia ter forma o, criando então a primeira escola de enfermagem. A sua obra deu origem   filosofia dos cuidados de enfermagem assente nos pilares da humaniza o, na qual o doente independentemente do nível de especializa o dos profissionais, não   de forma alguma dissociável da sua doença, nem o interesse pela sua doença pode suplantar o interesse pelo próprio doente.

O seu pensamento destaca-se pela base humanística e holística, mas também pela articula o com a arte, ciência e espiritualidade (Silva, 1995, citado por Fernandes, 2008). Após este avanço histórico de grandes repercussões para a disciplina, a enfermagem retrocedeu passando o cuidado de enfermagem a organizar-se em fun o das tarefas prescritas pelo médico, momento histórico em que vigorava o conceito biomédico. Nesse momento histórico, a doença conduzia a ac o do enfermeiro na presta o de cuidados, o foco dos cuidados centrava-se na cura e a valoriza o dos cuidados recaía essencialmente nos cuidados curativos (Colli re, 1989).

Desta forma, a enfermagem p s-nightingaleana ao adoptar o modelo biomédico afasta-se da sua essência, deixando de ser a pessoa o centro da sua aten o, a preocupa o central passa a ser a cura e o que se valoriza são os cuidados curativos, desvalorizando-se progressivamente os cuidados de manuten o da vida, que são considerados de baixo nível sendo através da técnica que os enfermeiros consideram ter acesso ao domínio do conhecimento (Augusto, Rodrigues, Simões, Amaro, & Almeida, 2004).

O desconforto sentido relacionado aos cuidados ligados   técnica, conduzem a esforços para reencontrar o sentido dos cuidados ao doente, levando a uma prática de cuidados centrados na pessoa e não na doença (Colli re, 1989). Surge desta forma a necessidade de recapturar as bases fundamentais da profissão de enfermagem.

Assim, na segunda metade do século XX, a enfermagem recupera as suas bases e avança significativamente no processo de constru o do seu próprio conhecimento. Surge

então, a escola das necessidades suportada por teóricas como Virginia Henderson, Dorothea Orem e Faye Abdellah.

De acordo com esta escola o cuidado está centrado na independência da pessoa, na satisfação das suas necessidades humanas básicas (Henderson, 1964, citada por Kérouac et al., 1996) e na sua capacidade de concretizar o seu auto-cuidado (Orem, 1991, citada por Kérouac et al., 1996). O enfermeiro tem como principal função substituir a pessoa na satisfação das suas necessidades e reabilitá-la para que possa atingir a independência na realização dessas actividades, bem como na realização do auto-cuidado (Kérouac et al., 1996).

A escola da interacção é criada no princípio da década de 60 marcada por vários acontecimentos políticos e socioculturais. Esta época caracteriza-se pela crescente preocupação nas necessidades e relações humanas, pelo que as teóricas desta escola se baseiam em teorias da interacção, de fenomenologia e do existencialismo. De acordo com esta escola, o cuidado é uma acção humana e não mecânica, surgindo então a ideia de que o enfermeiro deve possuir conhecimentos sistemáticos e científicos que lhe permitam avaliar as necessidades do doente, formular diagnósticos de enfermagem e planear as intervenções adequadas de forma a dar resposta a esses problemas. As teóricas que suportam este modelo são, entre outras, H. Peplau e Imogene King (Meleis, 1991, citada por Kérouac et al., 1996).

A escola dos efeitos desejáveis foi constituída por teóricas que tentaram conceptualizar os resultados e os efeitos esperados e desejados dos cuidados de enfermagem. Para estas teóricas, o objectivo dos cuidados de enfermagem passa por estabelecer equilíbrio, estabilidade, homeostasia e conservação da energia. As suas fontes de inspiração foram essencialmente as teorias da adaptação e de desenvolvimento, bem como a teoria geral dos sistemas. As teóricas que representam esta escola são, entre demais, Callista Roy e Betty Neuman (Kérouac et al., 1996).

No sentido de dar resposta às perguntas “O que fazem os enfermeiros?” e “a quem são dirigidos os cuidados de enfermagem?”, nasce a escola da promoção da saúde cuja principal teórica é Moyra Allen. O seu enunciado principal passa por considerar que a saúde de uma nação é o recurso mais desejado e por isso os indivíduos, as famílias e as

comunidades aspiram a um melhor estado de saúde e possuem a motivação necessária para obtê-la.

Assim, o principal objectivo dos cuidados de enfermagem passa por promover a saúde, jamais descurando que a pessoa está integrada na sua família sofrendo por isso a sua influência e que tanto o individuo como a família são sistemas abertos em constante interacção com o mundo.

Rogers (1970), citada por Kérouac et al. (1996) apresenta uma concepção da disciplina de enfermagem que se destaca das outras, dando origem à escola do Ser Humano Unitário. Neste modelo os conceitos de saúde e de doença são acontecimentos do processo natural da vida e não se encontram divididas nem opostas, são realidades contínuas de um ser humano unitário. Esta escola foi também seguida por Newman e Parse.

Nos últimos 30 anos surge a escola do cuidar que foi desenvolvida entre outros teóricos por Leininger com a teoria dos cuidados transculturais, em que o indivíduo é visto como um ser com necessidades bio-psico-socio-económico e espirituais, respeitando as suas semelhanças, mas simultaneamente as suas diferenças, de acordo com as suas crenças e valores inerentes e singulares a cada indivíduo.

Neste contexto, Leininger surge como a fundadora da enfermagem transcultural. O conceito de enfermagem transcultural centra-se num estudo comparativo de culturas e subculturas diferentes em relação aos valores do cuidar, expressão, crenças de saúde-doença e padrão de comportamento com o objectivo de desenvolver um conhecimento científico e humanista. Os principais objectivos desta teoria passam por desenvolver um conhecimento científico e humanista para fornecer uma prática de cuidada própria para cada cultura e simultaneamente uma prática de cuidados de enfermagem universais (Tomey & Alligood, 2004).

Na sua teoria transcultural existe uma diferenciação entre o conceito de cuidar e o conceito de cuidado. Assim, o cuidado (substantivo) refere-se ao fenómeno abstracto e concreto, estando relacionado aos actos de assistência, de apoio ou de capacitação, para ou por outros, com necessidades evidentes ou antecipadas com o objectivo de melhorar a condição ou modo de vida humana. O cuidar (verbo) diz respeito a acções e actividades que objectivam o assistir, apoiar ou capacitar indivíduos ou grupos que tenham

necessidades de melhorar a condição, modo de vida humano ou mesmo para se defrontar com a morte (Silva, 1995, citado por Fernandes, 2008).

O cuidar na sua forma transcultural, de acordo com a mesma teórica, refere-se aos valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão de forma subjectiva ou objectivamente aprendidos que permitem assistência e o apoio de forma a facilitar ou a habilitar outro indivíduo ou grupo a manter a sua saúde e bem-estar, a melhorar a sua condição humana e modo de vida, ou a lidar com a doença, impedimentos ou morte.

Na sua definição de conceitos, Leininger encara a enfermagem como uma disciplina e profissão humanística e científica aprendida, centrada nos fenómenos do cuidar humano e nas actividades para auxiliar, apoiar, facilitar ou capacitar os indivíduos ou grupos a readquirir o seu bem-estar, ou saúde de formas culturalmente significativas e benéficas ou ajudar as pessoas a encarar a morte (Tomey & Alligood, 2004).

Para além desta autora, outra das teóricas de enfermagem que vem perseguir a máxima de que o cuidar é o atributo mais valioso que a enfermagem pode oferecer à humanidade é Jean Watson. Seguidora da teoria de Leininger reconhece-a como uma das bases para a formulação da sua teoria do cuidado humano ou “*Human Care*” (Watson, 1999), alargando-a. Neste contexto debruçamo-nos sobre a importância da humanização do cuidado, em virtude da excelência dos cuidados de enfermagem, temática esta, transversal até aos dias de hoje.

Na prática exige-se ao enfermeiro que reúna uma panóplia de competências que lhe permitam prestar cuidados de excelência, usando ao seu dispor todos os recursos tecnológicos e inovadores com fim à cura do doente, mas essencialmente que transaccione para a prática de cuidar todas as competências humanas que lhe permitam cuidar a pessoa no seu todo.

Para Watson, enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia “*um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano*” (Watson, 1999, p.52). Por outro lado, o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos traduz-se num enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas que envolvem a relação entre humanos, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço (Watson, 1999).

Assente na visão metafísica que a ciência de enfermagem representa é necessário desenvolver e reflectir sobre o processo de cuidar, conceito tão proeminente ao longo deste projecto, bem como *“nas transacções de humano-para- humano, que se tornam progressivamente importantes no complexo sistema tecnológico dos sistemas de saúde em rápido crescimento.”* (Watson, 1999,pag.53).

Constatamos assim que desde Florence Nightingale até aos dias de hoje, vários referenciais teóricos procuram então definir o que é a enfermagem, sendo unânime que a mesma é uma ciência que integra um corpo de conhecimentos próprio acerca do cuidar humano.

Desta forma, o conhecimento das diferentes concepções e idealizações da enfermagem por parte das teóricas que sustentam a história da ciência de enfermagem poderá certamente contribuir para que os enfermeiros possam assumir os cuidados de enfermagem ao utente em cuidados intensivos, apesar da alta tecnologia do trabalho neste contexto, não descurando da essência do cuidado humano na experiência de ser, existir e viver num mundo em constante mutação e transformação. Nesta sequência, consideramos importante debruçarmo-nos sobre a evolução de outra das perspectivas da profissão de enfermagem, tendo em conta que esta deverá ser vista como um todo, integrada num mundo em constante evolução do ponto de vista político e social.

Na realidade actual, deparamo-nos com um cuidar que se pretende muito mais de cariz científico, um cuidar baseado num corpo de saberes e conhecimentos científicos característicos e únicos da profissão de enfermagem. O nível de exigência para com os enfermeiros tem vindo a ser crescente, a perspectiva política e social que a profissão encara vem ganhando o seu lugar e assumindo cada vez mais ênfase na sociedade moderna.

Assim, desde a segunda metade do século XX tem vindo a aumentar o nível de competências exigido aos enfermeiros, bem como a correspondente formação académica e profissional. Em Portugal, de acordo com os Decretos-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro, n.º100/90 de 20 de Março, com a concessão dos termos de equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem e com a publicação da Lei n.º 115/97 de 19 de Setembro, que atribui ao ensino superior, a competência de conferir o grau de licenciatura, reestrutura-se a configuração do ensino de enfermagem e

consequentemente a repercussão positiva do desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Estas mudanças comprovam o reconhecimento e o respeito pelo empenho dos enfermeiros, na dignificação da profissão. Existe um reconhecimento do Governo Português, expresso no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiros – R.E.P.E. (1996, p. 2): “ (...) a enfermagem registou entre nós no decurso dos últimos anos, uma evolução (...) da formação de base, da complexidade e dignificação do seu exercício profissional (...), sendo reconhecido o significativo valor do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e também no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados.”

Verifica-se ainda no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (1998, p. 1739): “ (...) os enfermeiros constituem actualmente uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso à população a cuidados de saúde de qualidade. (...) Os enfermeiros no estadió actual do desenvolvimento de enfermagem e com a plena consciência do relevante papel que desempenham no sistema de saúde, constituem um corpo institucional idóneo para assumir a devolução de poderes que ao Estado competem no que concerne à regulamentação e controlo do exercício profissional.” O R.E.P.E. (1996, p. 4) reforça que “ o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, reabilitação e a reinserção social”.

No que diz respeito à categorização das intervenções de enfermagem, é referenciado no artigo nono (9º) do R.E.P.E (1996), que existem dois tipos de actividades, as autónomas e as interdependentes. No que diz respeito às autónomas, temos que são “as acções realizadas pelos enfermeiros sobre a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, gestão, no ensino, na formação com os contributos da investigação em enfermagem”( R.E.P.E, 1996, p.4).

De uma forma geral, procurámos abordar alguns dos referenciais teóricos que constituem a base da disciplina e profissão de enfermagem, bem como a sua evolução político-social como um ponto de referência para o que se aborda neste projecto, que fundamentalmente são as actividades de enfermagem. Autónomas ou interdependentes, todas as actividades

de enfermagem são importantes e mensuráveis na profissão de cuidar o doente, interessando-nos desde sempre dar-lhes a visibilidade devida perante a conjectura social em que vivemos e em que diariamente necessitamos de reafirmação profissional.

## 1.2 Cuidar em Cuidados Intensivos

Em consonância com o que foi dito anteriormente, constatamos que o conceito de cuidar dos doentes em estado crítico existe desde há muito, sendo parte integrante da obra de Florence Nightingale. Contudo o desenvolvimento da área de cuidar o doente em situação crítica surge essencialmente a partir da década de 40 com a criação de unidades pós-anestésicas e unidades coronárias, atingindo maior desenvolvimento nas décadas seguintes. Neste período, na sequência dos avanços no conhecimento e na tecnologia médica ocorreu um crescimento acelerado da assistência intensiva, com o surgimento das primeiras unidades de cuidados intensivos médicos e cirúrgicos (Queijo, 2002).

Assim, o hospital é hoje uma organização heterogénea e complexa que engloba uma índole variada de serviços com características singulares. A unidade de cuidados intensivos é o espaço dedicado ao atendimento de doentes críticos, potencialmente recuperáveis que exijam atenção permanente e cuidados especializados (Moreno, 2000, citado por Fernandes, 2008).

Entenda-se por doentes críticos, aqueles doentes que têm um acelerado processo patológico, de origem aguda ou crónica agudizada, e que necessitam de intervenções prontas e condutas profissionais dirigidas à garantia da sua sobrevivência e recuperação implicando uma assistência intensiva adequada. A criação de áreas específicas e diferenciadas, nas últimas décadas, permitiram que os cuidados intensivos dessem resposta às instabilidades agudas, sendo estas hemodinâmicas, ventilatórias, metabólicas, renais, entre outras (Queijo, 2002).

Na diversidade de patologias que se reúnem nos cuidados intensivos, “o denominador que as faz convergir neste lugar é a sua agudização ao limite do risco de vida, requerendo o recurso a instrumentos de trabalho e procedimentos de elevada elaboração e rigor, em

*que a medição dos equipamentos tecnológicos apresenta particular centralidade”* (Lopes, 2001, p.117).

O recurso a instrumentos de trabalho, bem como, aos procedimentos de elevada elaboração e rigor supracitados transformam as unidades de cuidados intensivos em unidades que concentram recursos humanos e tecnológicos altamente especializados *“geralmente não disponíveis em outras áreas do hospital, proporcionando, assim, uma forma de assistência considerada como das mais complexas, sofisticadas e onerosas do sistema de saúde.”* (Queijo, 2002, p.3).

Em consequência da utilização dos equipamentos tecnológicos, as unidades de cuidados intensivos exigem um apoio logístico diferenciado e recursos humanos qualificados, nas quais estão incluídos os recursos humanos de enfermagem, representativos de uma parcela significativa da totalidade dos recursos humanos nestes serviços. Para Vila e Rossi (2002), citados por Fernandes (2008), a utilização desses recursos tecnológicos avançados e a competência no domínio da técnica devem ser elementares para o cuidado desenvolvido numa unidade de cuidados intensivos, porém não podem ser mais significativos que a essência humana.

Para cuidar em cuidados intensivos é preciso *“saber combinar a inteligência instrumental-analítica, donde vem o rigor científico, com a inteligência emocional-cordial, donde derivam as imagens e os mitos”* (Boff, 1999, citado por Fernandes, 2008, p.15). As emoções e os sentimentos vão actuar como uma forma de vinculação ao outro, ao mundo e a nós próprios, conferindo ao acto de cuidar o encanto, o sentido, o impulso e a motivação que preenche o vazio dos actos técnicos (Diogo, 2006, citado por Fernandes, 2008).

Por outro lado, será esta tecnicidade que, por sua vez, proporciona o reconhecimento das responsabilidades tangíveis, apoiadas na aquisição de competências exactas, e é a partir das tecnologias, das técnicas e da sua valorização económica e social, que se constrói toda uma hierarquização vertical do pessoal que presta cuidados, incluindo do pessoal de enfermagem (Collière, 1989), sendo que esta realidade é particularmente reconhecida na prestação de cuidados na realidade das unidades de cuidados intensivos.

A instabilidade e gravidade dos casos, típica dos cuidados intensivos, acentuam as margens de incerteza e de indeterminação que se inscrevem nas práticas profissionais

dos diferentes grupos, o que implica vigilância permanente, reactualização e reajustamento das intervenções específicas de acordo com a evolução do estado do doente. Assim, a padronização dos procedimentos acontece tendo em consideração as múltiplas contingências, gerando elevados níveis de interdependência funcional, em especial entre o trabalho médico e o trabalho de enfermagem, acentuando os espaços de negociação na articulação das respectivas práticas profissionais (Lopes, 2001).

Em suma, as unidades de cuidados intensivos com as características supracitadas devem combinar profissionais habilitados de competências não apenas tecnológicas, mas também relacionais, devem procurar envolver a equipa multidisciplinar agindo em complementaridade no cuidado ao doente. A modernidade tecnológica e o processo acelerado de transformações da actualidade obrigam a que, as organizações de saúde modernizem a sua forma de gerir o trabalho e os recursos humanos, o que se aplica na realidade de enfermagem em cuidados intensivos. Assim, atribuímos de seguida especial importância aos recursos humanos em enfermagem como uma problemática associada à gestão em saúde.

## 2. A GESTÃO E OS RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM

### 2.1. Recursos Humanos em Enfermagem: Um Desafio da Gestão em Enfermagem

O processo de produção de serviços de saúde apresenta certas peculiaridades que configuram e determinam a importância dos recursos humanos inseridos neste mercado específico.

Desta forma, o carácter intensivo do processo de trabalho em saúde implica que a quantidade da força de trabalho absorvida para a produção seja superior à quantidade de capital empregue por unidade produzida. A forte interacção entre o sujeito que produz e o sujeito que usufrui o serviço torna o trabalho num componente importante na “*eficiência e eficácia da organização. Influi sobre a eficiência enquanto nos serviços ocorre a coordenação instantânea entre demanda e produção através de uma maior ou menor alocação do factor de trabalho disponível*” (Ruffini, 1995, citado por Iwamoto, 2005, p.6).

A dotação do pessoal de enfermagem integra a etapa inicial do processo de provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, necessária para atender directa ou indirectamente às necessidades de cuidados de enfermagem.

De acordo com Magalhães, Riboldi, & Agnol (2009) a dotação de recursos humanos em enfermagem tem sido considerada um desafio. Estes recursos são considerados os mais complexos da organização, sendo que os demais recursos exigem a sua presença para que possam ser utilizados. Os factores socioeconómicos de um país vão influenciar claramente a dotação de recursos humanos em enfermagem de acordo com as respectivas actividades de saúde.

Oliveira (2011) considera que, na realidade nacional inserida num contexto de mudança dos sistemas de saúde, as instituições são confrontadas com a necessidade de mudança ao nível dos modelos de prestação de cuidados que, por sua vez, são condicionados por numerosos factores tais como: o envelhecimento da população, a maior preferência do

bem saúde em relação aos outros bens, factores socioeconómicos e culturais, mudanças nos padrões de morbilidade e mortalidade, aumento das doenças crónicas, utilização e custo das novas tecnologias, bem como o desenvolvimento das profissões associadas à saúde, nomeadamente da enfermagem.

O decorrer destas mudanças a nível nacional colocam imensos desafios aos profissionais de saúde, *“o que coloca à gestão dos recursos humanos um repto maior, face à necessidade do desenvolvimento contínuo das competências dos seus profissionais e à avultada rubrica orçamental que estes representam no orçamento das instituições de saúde, que adquire maior acuidade no contexto actual de crise económica e social (...).”* (Oliveira, 2011, p. 23).

Para o mesmo autor, a gestão de recursos humanos em enfermagem é bastante sensível e importante para que não se descure a qualidade e segurança dos cuidados de saúde e deve ter em conta três pressupostos fundamentais, que passamos a citar:

- *“ O planeamento estratégico de recursos humanos, centrado nas necessidades dos cidadãos a curto, médio e longo prazo, é a única via para garantir a universalidade, acessibilidade e equidade dos serviços de saúde;”*
- *“ O capital humano é sempre o mais importante em qualquer organização, pelo que deverá ser permanentemente valorizado. Sendo que, na saúde, deverá ser entendido como investimento em potenciais ganhos em saúde e não como um custo a ser minimizado;”*
- *“ A governação clínica e as suas dimensões (formação, auditoria clínica, efectividade clínica, investigação e desenvolvimento, transparência e gestão do risco), integrada num modelo gestor integrado (...) constitui a melhor estratégia para garantir a efectiva e eficiente gestão de recursos humanos (...).”* (Oliveira, 2011, p.24).

Já em 1991, Gaidzinski & Kurcgant consideravam que os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos requeriam a atenção dos enfermeiros responsáveis pela administração dos serviços de enfermagem, no que concerne às repercussões que a dotação inadequada pode ter sobre a qualidade de assistência de enfermagem. Os autores realçam também a importância que os recursos humanos de enfermagem têm na

maioria das instituições de saúde do país em que representam quantitativamente o percentual mais significativo de recursos humanos dessas instituições.

A falta de parâmetros bem definidos em termos operacionais destinados à dotação de recursos humanos em enfermagem torna este assunto controverso e fragiliza a argumentação da chefia de enfermagem frente à administração das instituições (Gaidzinski, & Kurcgant, 1991).

A dotação segura de recursos humanos em enfermagem está directamente relacionada com a qualidade dos cuidados de saúde, bem como com os ganhos em saúde. No Conselho Internacional de Enfermeiros em 2006, foi revelado um estudo em que, foram recolhidos e analisados dados de 10184 enfermeiros e 232342 doentes submetidos a cirurgia tendo sido constatado que cada doente adicional por enfermeiro, com uma carga de quatro doentes, estava associado a um aumento de 7% na probabilidade de morte, no intervalo de 30 dias após a admissão e um aumento de 7% na probabilidade de insucesso na reanimação (Aiken et al., 2002, citados por Oliveira, 2011).

Urge então a necessidade de promover a adopção de medidas que permitam a correcção dos défices de recursos humanos em enfermagem assegurando dotações seguras e conseqüentemente cuidados de saúde com segurança e de qualidade importando para isso realçar *“os sistemas de classificação de doentes como instrumentos de gestão de recursos humanos excelentes”* (Oliveira, 2011, p.27).

Neste contexto, debruçamo-nos de seguida sobre o desenvolvimento de instrumentos que permitam determinar a dotação segura de recursos humanos em enfermagem face à carga de trabalho efectiva de forma a melhorar a eficácia e eficiência da prestação de cuidados.

## **2.2. Sistemas de Classificação de Doentes como Instrumento de Gestão na Unidade de Cuidados Intensivos**

Na conjectura actual, marcada por profundas mudanças e pela forma acelerada como ocorrem as transformações em todas as áreas, a gestão das organizações vê-se forçada a modernizar a forma de gerir as pessoas e o trabalho. Segundo Perroca (2000), citado por Queijo (2002), fica inviabilizada qualquer forma tradicional de gestão que se fundamente apenas no controle e supervisão das acções de enfermagem, dado que focalizam as formas de execução do trabalho e não a qualidade dos resultados obtidos.

Neste contexto, o uso de indicadores que permitam avaliar de forma objectiva a condição do doente, bem como a necessidade de cuidados tornou-se fundamental quando se procura melhorar a relação custo-benefício na prestação de cuidados de saúde. Na realidade específica da enfermagem, os indicadores são cada vez mais necessários como requisito para a real quantificação de recursos humanos nas diferentes unidades hospitalares.

Considerando que o objectivo fundamental de um sistema de classificação de doentes consiste em combinar as necessidades do doente com os recursos humanos disponíveis de enfermagem, estes instrumentos podem revelar-se uma mais-valia como auxiliares da gestão, possibilitando projecções mais racionais e efectivas do quadro de recursos humanos de enfermagem necessárias para a assistência adequada aos doentes.

Assim sendo, os sistemas de classificação de doentes funcionam como instrumentos de medida da carga de trabalho de enfermagem, que determinam igualmente a gravidade dos doentes, a quantificação da necessidade de cuidados, a estimativa da real necessidade de recursos humanos em enfermagem, bem como o custo da assistência em cuidados intensivos. Tais funcionalidades permitem que os instrumentos de avaliação da carga de trabalho em enfermagem possam ser usados como recursos facilitadores de gestão.

Os instrumentos de classificação devem ser confiáveis, para tal é imprescindível que sejam de fácil aplicação, abrangentes, precisos e válidos. Entre estes sistemas de classificação foram desenvolvidos instrumentos que permitissem identificar a gravidade dos doentes, avaliar a carga de trabalho de enfermagem, quantificar as necessidades de

cuidados dos doentes e estimar a real necessidade de profissionais de enfermagem por doente (Malloch, 1999, citado por Tranquitelli, & Padilha, 2007).

Desta forma, a sua utilização revela-se fundamental no planeamento, gestão e avaliação das próprias unidades de cuidados intensivos permitindo a identificação da influência das mudanças tecnológicas na qualidade dos cuidados prestados. Considera-se também como um requisito na adequação dos enfermeiros, na medida em que uma equipa superdimensionada se torna dispendiosa. Por outro lado, uma equipa reduzida pode causar uma redução da eficácia/ qualidade dos cuidados prestados, prolongar o internamento e aumentar os custos do tratamento (Padilha et al., 2010, citados por Severino, Saiote, Martinez, Deodato, & Nunes, 2010).

A pertinência da utilização destes instrumentos é evidenciada em vários estudos internacionais que confirmam os riscos da inadequação de enfermeiros o que implica sobrecarga de trabalho para esta classe profissional e, conseqüentemente, eventuais falhas nos cuidados aos doentes. Mais especificamente, o aumento de um doente por enfermeiro pode aumentar a probabilidade de mortalidade dos doentes cirúrgicos em 7%, em 23% a insatisfação no trabalho e em 15%, o risco de síndrome de Burnout (Aiken et al., 2002, citados por Magalhães, Riboldi, & Agnol, 2009). A nível nacional estes resultados comprovam-se, tendo sido apurado que a sobrecarga de trabalho aumenta os níveis de stress (Gomes et al., 2008, citados por Severino et al., 2010).

Assim sendo, a adequação do número de enfermeiros à respectiva carga de trabalho contribui para melhorar a qualidade de cuidados prestados e garantir a segurança dos doentes, podendo ser evidenciada pela diminuição de complicações e morbilidade (Novelli e Castro et al., 2009).

De forma a permitir o desenvolvimento organizacional e enfrentar os constantes desafios que se colocam, as instituições hospitalares devem estabelecer mudanças que contemplem a adopção de novas técnicas de gestão, devendo os sistemas de classificação utilizados ser actualizados mediante as necessidades dos prestadores, mas sobretudo, das necessidades daqueles que são alvo dos cuidados de saúde. Importa então perceber a evolução que os sistemas de classificação de doentes sofreram ao longo dos anos.

Na 2ª década do século XX teve início o programa de qualidade das instituições hospitalares. Com este programa, surge a necessidade de criar indicadores de saúde que avaliassem objectivamente o estado clínico do doente, assim como a necessidade de cuidados de cada doente internado. O objectivo fundamental destes indicadores passaria por melhorar a relação custo-benefício nos cuidados de saúde (Bochembuzio, 2007, citado por Severino et al., 2010).

Mas apenas nos últimos 50 anos com o aparecimento e desenvolvimento de uma das áreas mais marcantes no domínio da medicina, a medicina intensiva, fruto do desenvolvimento multidisciplinar, não só na área da fisiopatologia e terapêutica, mas também das tecnologias utilizadas acompanhada de uma elevação expressiva dos custos financeiros, surge a necessidade de promover o desenvolvimento de índices ou indicadores de gravidade que sustentassem dados mais precisos sobre os doentes em cuidados intensivos (D.G.S., 2003).

Neste esforço foram desenvolvidos vários instrumentos que apesar do diferente uso de critérios de natureza fisiológica, clínica ou terapêutica contribuíram significativamente para a avaliação dos doentes críticos (Queijo, 2002). Surgiram desta forma, os índices de gravidade com o objectivo de descrever quantitativamente o grau de disfunção orgânica de doentes em situação crítica. A gravidade da doença é traduzida num valor numérico e permite estimar a probabilidade de morte hospitalar sendo denominados igualmente como índices prognósticos (Livianu, 1998, citado por Tranquitelli, & Padilha, 2007).

Os índices de gravidade permitem a realização de diferentes análises, tais como: a estratificação de doentes de acordo com a gravidade da doença e do prognóstico; o estabelecimento de pré-requisitos mínimos que indiquem a necessidade de internamento nos cuidados intensivos; o acompanhamento da evolução e resposta do doente à terapêutica instituída e a comparação da evolução de doentes semelhantes submetidos a tratamentos diversos.

Para além destas funcionalidades, os índices de gravidade assumem também um papel importante na aferição da qualidade dos cuidados intensivos permitindo avaliar e comparar o desempenho de diferentes unidades de cuidados intensivos, comparar a mortalidade observada e a esperada, avaliar de modo indirecto o custo/benefício de

determinados procedimentos para doentes em várias etapas da sua doença (Livianu, 1998, citado por Queijo, 2002).

Os instrumentos que avaliam o prognóstico aceites internacionalmente e simultaneamente mais utilizados em cuidados intensivos são respectivamente: o Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE), o Simplified Acute Physiology Score (SAPS) e o Mortality Probability Models (MPM).

Por outro lado existem índices que avaliam a falência/ disfunção de órgãos e que representam um papel importante na descrição dos doentes em cuidados intensivos. Entre estes encontram-se o Multiple Organ Dysfunction Score (MODS), o Sequential Organ Failure Assesment (SOFA) e o Logistic Organ Dysfunction System (LODS).

Contudo, os índices de gravidade não possuem a capacidade de avaliar a carga de trabalho da equipa de enfermagem, pois são direccionados às condições clínicas dos doentes e à terapêutica médica. Assim, a gravidade do doente ou o número de intervenções nem sempre são proporcionais à carga de trabalho de enfermagem (Novelli e Castro et al., 2009).

Miranda et al. (2003), citados por Severino et al., (2010), definem que o conceito de “*carga de trabalho de enfermagem*” surge com a finalidade de estimar a necessidade de trabalho requerida dos enfermeiros nas actividades de prestação de cuidados directos e indirectos ao doente. Os autores consideram este conceito de importância extrema, na medida em que, os recursos humanos de enfermagem constituem cerca de 50% do total de gastos em unidades de cuidados intensivos. Debruçamo-nos então sobre o instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem fruto da implementação deste projecto – O Nursing Activities Score.

### **2.3. O índice de Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem - Nursing Activities Score (NAS)**

O Nursing Activities Score (NAS) tem sido apontado como um instrumento sensível e promissor para dimensionar a carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos, bem como possibilitar a identificação do tempo de assistência directa e indirecta dispensado pela equipa de enfermagem aos doentes em cuidados intensivos, subsidiando desta forma o cálculo e a distribuição de enfermeiros (Lima, Tsukamoto, & Fugulin, 2008).

De acordo com Novelli e Castro et al. (2009) foi realizado em 2003 por Miranda e seus colaboradores, um amplo estudo para ajustamento do TISS-28, que até então seria o score mais utilizado para avaliar quer a carga de trabalho de enfermagem, quer o índice de gravidade dos doentes. Este novo instrumento obteve melhorias mas manteve sete grandes categorias, nomeadamente, as actividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. O Score resultante foi denominado NAS e representa o tempo gasto pelo enfermeiro na assistência ao doente.

Gonçalves & Padilha (2005), apresentam como mudança fundamental do TISS-28 para o NAS a ampliação da categoria das actividades básicas que passou a incluir para além de monitorização e controles, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamento do doente, suporte e cuidados aos familiares e doentes e tarefas de gestão e administrativas não contempladas anteriormente.

A sua principal vantagem face ao instrumento anterior prende-se com o facto de abranger mais actividades desenvolvidas pela enfermagem, assim como o facto de permitir a quantificação e graduação da complexidade do cuidado abrangendo 80,8% do tempo do profissional de enfermagem no cuidado do doente no decorrer das 24h, o que representa aproximadamente o dobro do tempo que o TISS-28 abrange, que é cerca de 43.3% (Severino et al., 2010).

Em Portugal, o TISS-28 começou por ser o único score de avaliação da carga de trabalho de enfermagem que foi validado de forma multicêntrica mediante o European Intensive Care Unity Studies (EURICUS), porém este índice após ter sido revisto, tal como foi

referido anteriormente, deu origem ao Nursing Activities Score. Este último foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Queijo (2004), tendo mostrado concordância com outros índices e transmitindo confiabilidade e validade para mensurar a carga de trabalho em unidades de cuidados intensivos.

Neste contexto, o NAS foi validado num estudo desenvolvido em 99 unidades de cuidados intensivos de 15 países o que permitiu determinar as actividades de enfermagem que melhor descreviam a carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos e atribuídas as respectivas pontuações (Severino et al., 2010).

No âmbito da prática intensivista, um número crescente de enfermeiros, médicos e gestores tem vindo a aplicar o NAS e a divulgar os resultados dos seus estudos em congressos da área (Severino et al., 2010). Na revisão sistemática da literatura elaborada por Severino et al., (2010), concluiu-se que o NAS é considerado uma ferramenta de gestão importante nas unidades de cuidados intensivos, pois permite a identificação do tempo dispendido nos cuidados de enfermagem e, tal como foi referido anteriormente, subsidiar o cálculo e a distribuição dos enfermeiros. Salientam ainda, que esta ferramenta contempla os cuidados assistenciais directos como, por exemplo, o apoio aos doentes e familiares bem como as actividades administrativas e de gestão. O índice não se encontra dependente da gravidade do doente, visto que a sua construção e validação foram baseadas nas actividades de enfermagem autónomas e interdependentes.

O NAS apresenta correlação estatística com outros indicadores de saúde nomeadamente, o TISS-28, SAPSII, Índice de Parsonnet e Physiological Stability Index (PSI). A sua utilização ter-se-á revelado útil noutros serviços tais como, unidades de gastroenterologia e unidades de neonatologia, tendo apresentado bons resultados e permitindo a identificação do perfil de cuidados de enfermagem nos cuidados semi-intensivos e intensivos neonatais.

Lima, Tsukamoto, & Fugulin (2008), referem que a soma das pontuações obtidas com a avaliação retrospectiva de cada doente, face a cada item do instrumento representa a quantidade de tempo que o profissional de enfermagem despendeu no cuidado ao doente nas últimas vinte e quatro horas. Assim, uma pontuação igual a 100 pontos, por exemplo, significa que o doente requereu 100% do tempo de um trabalhador de enfermagem, nas últimas 24h. Outros autores reforçam que o instrumento permite a obtenção de

informações retrospectivas sobre a carga de trabalho de enfermagem, na medida em que é aplicado a cada doente uma vez por dia (Severino et al., 2010).

Desta forma, a pontuação do Nursing Activities Score foi correlacionada com o tempo de assistência prestada, indicando que cada ponto NAS equivale a 14,4 minutos, o que possibilita a obtenção do número de horas necessárias de cuidados de enfermagem (Conishi, & Gaidzinsky, 2007).

Existem factores associados ao aumento da carga de trabalho de enfermagem avaliada pelo NAS, entre eles a gravidade, a duração do internamento, necessidade de intervenções terapêuticas e aumento do risco de mortalidade. Na correlação entre a gravidade e a carga de trabalho de enfermagem aconselha-se que seja aplicado em simultâneo com um índice de gravidade como por exemplo o SAPSII. As suas aplicações podem ser relacionadas com outros indicadores dos cuidados intensivos tais como: taxas de alta, óbito e readmissões (Severino et al., 2010)

Em suma, o NAS revelou-se mais abrangente e fidedigno para aplicação em unidades de cuidados intensivos mas também mais reduzido (Gonçalves & Padilha, 2005) tornando-se importante descrever o instrumento e respectivos itens, nomeadamente:

### **1. Monitorização e controles**

1a) Sinais vitais, cálculo e registo do balanço hídrico (4.5 pts) – Aplica-se a doentes que não necessitaram de mudanças frequentes no tratamento e que exigiram monitorização e controles de rotina.

1b) Presença à beira do leito e observação continua ou activa por duas ou mais horas durante o turno por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame de ventilação, agitação, confusão mental, posição prona, preparo e administração de fluidos ou medicação e auxílio em procedimentos específicos (12.1pts) – Aplica-se a doentes que por razões de segurança, gravidade ou terapia tiveram a sua monitorização intensificada para além do normal, ou seja por duas horas ou mais em pelo menos um turno.

1c) Presença à beira do leito e observação continua ou activa por quatro horas ou mais durante o turno por razões de segurança, gravidade ou terapia (19.6 pts) – Aplica-se a doentes que por razões de segurança, gravidade ou terapia tiveram a sua monitorização intensificada por quatro horas ou mais em qualquer turno nas 24 horas.

2. **Investigações Laboratoriais: Bioquímicas e Microbiológicas** (4.3 pts) – Aplica-se a doentes submetidos a qualquer exame bioquímico ou microbiológico, independente da quantidade realizados em laboratório ou à beira do leito, com a participação do profissional de enfermagem.
3. **Medicação, excepto drogas vasoactivas** (5.6pts) – inclui doentes que receberam qualquer tipo de medicamento independentemente da dose ou via de administração, exclui-se deste item o soro de manutenção.
4. **Procedimentos de higiene**
  - 4a) Realização de procedimentos de higiene, tais como: realização de pensos de feridas e de cateteres, troca de roupa da cama, higiene corporal do doente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas exsudativas, pensos cirúrgicos complexos com irrigação) e procedimentos especiais como por exemplo, em caso de isolamento (4.1pts) – Aplica-se ao doente que foi submetido a qualquer um dos procedimentos de higiene acima descritos com uma frequência normal, de acordo com as rotinas da unidade, em pelo menos um turno durante as 24 horas.
  - 4b) Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que duas horas num turno (16.5pts) – Aplica-se ao doente que foi submetido a qualquer um dos procedimentos de higiene descritos em 4ª com frequência superior ao normal, mais do que 2 horas em pelo menos um turno nas 24 horas.
  - 4c) Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas num turno (20.0pts) – Aplica-se a doentes que foram submetidos a qualquer um dos procedimentos descritos em 4ª com uma frequência superior, ou seja, mais do que quatro horas em qualquer um dos turnos, nas 24 horas.
5. **Cuidados com drenos**, todos à excepção da sonda nasogástrica (1.8pts) – Aplica-se a doentes que apresentem qualquer sistema de drenagem instalado, incluindo sonda vesical e excluindo sonda nasogástrica e gastrostomias.
6. **Mobilização e posicionamento** – Inclui procedimentos tais como mudança de decúbito, mobilização do doente, transferência da cama para o cadeirão e mobilização do doente em equipa.

6a) Realização do procedimento até três vezes em 24 horas (5.5pts) – Aplica-se a doentes submetidos aos procedimentos de mobilização acima descritos até três vezes nas 24 horas.

6b) Realização do procedimento mais do que três vezes em 24 h, ou com 2 enfermeiros em qualquer frequência (12.4pts) – Aplica-se a doentes que sejam submetidos aos procedimentos de mobilização acima descritos, que tenham sido realizados mais do que três vezes em 24 horas ou com dois membros da equipa de enfermagem, em pelo menos um turno nas 24 horas.

6c) Realização do procedimento com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência (17.0) – Aplica-se a doentes submetidos aos procedimentos de mobilização acima descritos, que tenham sido realizados com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência, em pelo menos um dos turnos nas 24 horas.

7. **Suporte e Cuidados aos familiares e doentes** – Inclui procedimentos tais como: telefonemas, entrevistas e aconselhamentos. Frequentemente o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes, permitem à equipa continuar com outras actividades de enfermagem (por ex: comunicação com os doentes durante procedimentos de higiene ou comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando o doente)

7a) Suporte e cuidados aos familiares e doentes que requerem dedicação exclusiva por cerca de 1 hora durante o turno, tais como: Explicar condições clínicas, lidar com a dor e angustia e lidar com circunstâncias familiares difíceis (4.0pts) – Aplica-se ao doente e família que tenham recebido suporte emocional com dedicação exclusiva, com duração dentro do normal de acordo com o estabelecido na unidade, em pelo menos um turno nas 24 horas.

7b) Suporte e Cuidados aos familiares e doentes que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais durante algum turno, tais como: morte, circunstancias especiais (por ex.: grande numero de familiares, problemas de linguagem e familiares hostis) (32.0pts) - Aplica-se ao doente e sua família que tenham recebido suporte emocional com dedicação exclusiva, com duração superior ao normal (mais do que 3 horas), em pelo menos um turno durante as 24 horas.

## 8. Tarefas Administrativas e de Gestão

8a) Realização de tarefas de rotina, tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames e troca de informações profissionais, como por exemplo passagem de turno e passagem da visita clínica (4.2pts) – este item inclui qualquer tarefa administrativa ou de gestão relacionada com o doente que teve uma duração considerada normal de acordo com os padrões da unidade.

8b) Realização de tarefas administrativas e gestão que requerem dedicação integral do profissional por cerca de 2 horas, durante o turno, estão incluídas: actividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e de alta (23.2pts) – Inclui tarefas administrativas e de gestão supracitadas que excederam o tempo convencional (2 horas)

8c) Realização de tarefas administrativas e de gestão que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais durante algum dos turnos nas 24 horas, assim como: morte, procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outros elementos da equipa multidisciplinar (30.0pts) – Inclui qualquer tarefa de administrativa ou de gestão relacionada com o doente que teve a duração de quatro horas ou mais.

## Suporte Ventilatório

9. Suporte respiratório – qualquer forma de ventilação mecânica ou ventilação mecânica não invasiva com ou sem sedação/ curarização implementada; Respiração espontânea com ou sem tubo endotraqueal, oxigénio suplementar ou qualquer outra forma de ventilação (1.4pts) – Aplica-se ao doente com qualquer tipo de suporte ventilatório, como por exemplo: cateter nasal de oxigénio, entubação endotraqueal, nebulização, máscaras de oxigénio, ventilação mecânica não invasiva, entre outros.

10. Cuidados com as vias aéreas artificiais: tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia (1.8pts) – Aplica-se ao doente com tudo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia.

11. Tratamento para melhoria da função pulmonar, cinesiterapia respiratória, terapia inalatória e aspiração endotraqueal (4.4pts) – Aplica-se ao doente que tenha recebido qualquer tratamento para melhoria da função pulmonar, realizado em qualquer frequência pela equipa de enfermagem.

### **Suporte Cardiovascular**

12. Medicação vasoactiva, independente do tipo ou dose (1.2pts) – Aplica-se ao doente que tenha recebido qualquer medicação vasoactiva, independente do tipo e dose.
13. Reposição endovenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos superior a 3lt por dia, independente do tipo de fluido administrado.
14. Monitorização do átrio esquerdo, cateter da artéria pulmonar com ou sem medida do débito cardíaco (1.7pts) – Aplica-se ao doente que tenha usado cateter na artéria pulmonar ou cateter de termodiluição também auxiliar da medida do débito cardíaco.
15. Reanimação cardiorespiratória nas últimas 24 horas (excluído murro pré-cordial).

### **Suporte Renal**

16. Técnicas de Hemofiltração. Técnicas dialíticas (7.7pts) – Aplica-se ao doente que tenha recebido qualquer tipo de procedimento dialítico, intermitente ou contínuo.
17. Medida quantitativa do débito urinário (por ex. sonda vesical) (7.0pts) – Aplica-se ao doente com controlo de diurese, com ou sem qualquer tipo de cateter urinário.

### **Suporte Neurológico**

18. Medida da pressão intracraniana (1.6pts) – aplica-se ao doente que foi submetido a monitorização da pressão intracraniana.

### **Suporte Metabólico**

19. Aplica-se ao doente que recebeu droga específica para correcção de acidose ou alcalose metabólica, excluindo-se a reposição volémica.
20. Nutrição parentérica total (2.8pts) – Aplica-se ao doente que recebeu perfusão endovenosa central ou periférica de substâncias com a finalidade de suprir as necessidades nutricionais.
21. Alimentação Entérica por sonda gástrica ou outra via gastrointestinal (por ex. jejunostomia) – Aplica-se ao doente que recebeu substâncias com a finalidade de suprir necessidades nutricionais através de sonda por qualquer via do tracto gastrointestinal.

## **Intervenções Específicas**

22. Intervenções específicas na unidade de cuidados intensivos: entubação endotraqueal, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência, lavagem gástrica e outras nas últimas 24 horas. Não estão incluídas intervenções de rotina sem consequências directas para as condições clínicas do doente (2.8pts) - Aplica-se ao doente submetido a qualquer intervenção diagnóstica ou terapêutica supracitada dentro da unidade de cuidados intensivos. Procedimentos específicos realizados na unidade que requerem actuação activa da equipa de enfermagem podem ser considerados neste item.

23. Intervenção específica fora da unidade de terapia intensiva (1.9pts) – Aplica-se ao doente submetido a uma ou mais intervenções diagnósticas ou terapêuticas realizadas fora da unidade de cuidados intensivos.

Na sequência da descrição do instrumento de avaliação da carga de trabalho em enfermagem, que poderá ser consultado no anexo I, convém salientar que a pontuação do NAS reflecte o tipo de Unidade de Cuidados Intensivos e as necessidades do doente em actividades de enfermagem (Severino et. al., 2010).

Para os mesmos autores, a identificação dos factores associados à carga de trabalho de enfermagem constitui um aspecto fundamental para os enfermeiros que exercem funções em cuidados intensivos. Alguns estudos estão a ser desenvolvidos sobre os factores associados à carga de trabalho de enfermagem através do NAS e, apesar de não existirem resultados conclusivos, existem alguns factores que já estão identificados nomeadamente: as variáveis sócio-demográficas (idade e género), a proveniência, a duração do internamento, a gravidade e estado de alta na unidade de cuidados intensivos (Padilha et al., 2010, citados por Severino et al., 2010)

No que concerne à carga de trabalho de enfermagem dos doentes ao primeiro dia (dia de admissão), é sabido pela prática dos enfermeiros que a maioria dos doentes exige uma carga mais elevada de trabalho, independentemente da duração do internamento. Este aspecto é justificado pela gravidade do doente, pela instabilidade hemodinâmica e respiratória, pela aplicação dos protocolos de admissão, incluídos nas tarefas administrativas e de gestão, pelo apoio dado à família ou ao doente, dada a ansiedade de um internamento em UCI (Gonçalves, 2006, citado por Severino et al., 2010).

Em continuidade, o mesmo se pode referir em relação ao último dia de internamento, na medida em que medidas específicas são aplicadas na preparação para a transferência do doente, factores que aumentam a carga de trabalho de enfermagem, tais como a aplicação de protocolos de alta e o apoio à família.

Relativamente aos factores sociodemográficos os estudos realizados são unânimes, verificando-se que os doentes internados em cuidados intensivos são predominantemente idosos e do género masculino. Contudo, vários autores concordam que *“não existem diferenças significativas entre a idade do cliente e a carga de trabalho de enfermagem”* (Padilha et. al., 2010, citados por Severino et al., 2010). A correlação entre outros factores poderá vir a ser estudada, dada a existência de poucos trabalhos nesta área.

Consideramos pois que aplicação do NAS poderá representar uma mais-valia, permitindo dimensionar os recursos de enfermagem às necessidades do doente. Os benefícios da carga de trabalho de enfermagem adequada apresentam reflexo a vários níveis, nomeadamente, na qualidade de cuidados prestados aos doentes, na satisfação dos enfermeiros e na redução de custos em saúde (Oliveira, 2011). Daí surge a pertinência de implementação deste projecto que passamos a descrever de seguida.

### 3. O PROJECTO

De acordo com Raynal (1996, p. 68), “ *um projecto é a expansão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção e de uma ambição. É também a expressão do necessitar de algo (...).*” Este projecto surge da preocupação com as dotações dos enfermeiros e o seu impacto na segurança e qualidade dos cuidados prestados. Avaliar a carga de trabalho de enfermagem, quantificar as necessidades de cuidados dos doentes e estimar a real necessidade de profissionais de enfermagem por doente torna-se da máxima pertinência na actualidade, pelo que a inexistência de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos foi o ponto de partida para este percurso.

O projecto é fruto de uma ambição pessoal mas também de uma necessidade organizacional considerando que a implementação deste instrumento pode constituir-se como um excelente instrumento de gestão contribuindo para o aumento da eficiência e eficácia da prestação de cuidados de enfermagem, sendo este um dos objectivos estratégicos da instituição, bem como contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na medida em que funciona como um excelente indicador para que se possa adequar e organizar os métodos de trabalho em enfermagem de forma a dar resposta em tempo útil às necessidades dos doentes, permite igualmente dar resposta à mensuração e valorização da carga de trabalho de enfermagem no contexto da UCIC.

O processo do projecto pode ser definido através da articulação entre dois tempos característicos tais como: os antecedentes do projecto e os consequentes do projecto. Raynal (1996), define os antecedentes do projecto como o primeiro tempo do mesmo. Sendo que este primeiro tempo é decomposto em vários momentos, nomeadamente: a emergência do projecto e o lançamento do projecto.

Num segundo tempo, Raynall (1996) compreende que o projecto se divide em três momentos, nomeadamente: a planificação das diferentes actividades a realizar e a determinação dos prazos limite, as actividades realizadas que contemplam a concretização do projecto e, por último, a avaliação terminal do projecto.

O autor contempla que a expressão da vontade e do desejo de realizar o projecto deve ser mensurada num estudo essencialmente racional que consiste na elaboração da formalização do projecto. Para finalizar a formalização do projecto é imprescindível dar resposta a um determinado número de questões que determinam os subcapítulos descritivos do mesmo.

### **3.1. Os Antecedentes do Projecto**

#### **3.1.1. Conteúdo e Justificação do Projecto.**

Este subcapítulo de acordo com a metodologia de gestão de projectos utilizada pretende dar resposta à pergunta: “ de que trata o projecto?”. Neste sentido este projecto visa a implementação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem o Nursing Activities Score.

O método de organização de cuidados de enfermagem nesta unidade de cuidados intensivos cirúrgicos é o método individual. Os cuidados de enfermagem individuais pressupõem *“o conceito global e implicam a afectação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a carga de trabalho assim o permitir”* (Pinheiro, 1994, citado por Costa, 2004, p.237). Na situação específica, cada enfermeiro tem um ou dois doentes atribuídos.

A avaliação da carga de trabalho a que o autor anterior se refere é feita de forma empírica e não baseada na aplicação de nenhum instrumento, pelo que esta ferramenta facilitará a função dos enfermeiros chefes de equipa na distribuição dos utentes pelos enfermeiros que integram a equipa ao determinar efectivamente o tempo que cada utente requer em termos de cuidados de enfermagem.

Assim, o motivo pelo qual se deu a escolha deste projecto prende-se com o facto de não existir até à data na UCIC onde exercemos funções nenhum instrumento que meça a carga de trabalho de enfermagem, bem como permitir que o mesmo fundamente uma

justificação adequada do rácio enfermeiro doente de forma a assegurar uma prestação de cuidados de qualidade.

### 3.1.2. Finalidade e Objectivos do Projecto.

A finalidade de um projecto é, “ *antes de tudo o mais, resolver um problema, inovar, alterar (a organização, as práticas, os meios), prever (uma situação, uma dificuldade, um risco) para se passar de uma situação actual insatisfatória para uma situação desejada mais satisfatória.*” (Raynal 1996, p.71).

Este projecto tem como **finalidades** promover uma maior evidência sobre as necessidades de recursos humanos em enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos de um hospital central, bem como permitir que a carga de trabalho de enfermagem passe a ser mencionada de forma válida e reconhecida, para efeitos de dotação de pessoal de enfermagem da UCIC. De forma a atingir tais finalidades foi definido como **principal objectivo**:

- Implementar um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, o Nursing Activities Score por um período experimental, definido de 30 de Novembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011.

Com vista a atingir o objectivo geral supracitado foram estabelecidos **objectivos específicos**, tais como:

- Identificar os scores atribuídos a cada doente internado no período de aplicação do NAS.
- Analisar as actividades dos enfermeiros desenvolvidas na unidade de cuidados intensivos cirúrgicos durante o período de aplicação do instrumento.
- Determinar o tempo dispendido em cuidados de enfermagem, de acordo com a especificidade e complexidade do estado de saúde de cada utente internado na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos a cada 24 horas, durante o período de aplicação do instrumento.

- Comparar os resultados obtidos na aplicação do NAS, no que concerne à dotação ideal de recursos humanos em enfermagem com os recursos humanos de enfermagem efectivos, durante o período de aplicação do instrumento.

### **3.1.3. Definição dos Beneficiários e Pré-requisitos do Projecto.**

O projecto pretende que a carga de trabalho de enfermagem passe a ser mencionada de forma válida e reconhecida, para efeitos de dotação de pessoal de enfermagem do serviço. Tal facto, permitirá uma dotação segura de recursos humanos de enfermagem, bem como uma qualidade de cuidados de enfermagem adequada face à dotação adequada de enfermeiros.

Desta forma, os principais beneficiários contemplados serão: a equipa de chefia do serviço, na medida em que o instrumento pode ser utilizado como ferramenta auxiliar de gestão, tal como já foi referido anteriormente; a equipa de enfermagem responsável pela prestação de cuidados no quotidiano, composta por um total de 35 enfermeiros; os utentes internados em cuidados intensivos que dada a complexidade do seu estado de saúde, o instrumento permitirá definir o tempo dispendido ao nível dos cuidados de enfermagem, melhorando a dotação de recursos humanos de enfermagem e consecutivamente a qualidade dos cuidados prestados.

A aplicação do Nursing Activities Score, como instrumento de medição carga de trabalho em enfermagem, implica a existência de pré-requisitos tais como a obtenção das autorizações formais ao nível da direcção de enfermagem para aplicação do instrumento, a colaboração da equipa de coordenação da UCIC para o preenchimento da escala e da restante equipa de enfermagem do serviço para o fornecimento de dados correctos e adequados para o preenchimento do NAS.

### **3.1.4. Contexto e Condições de Aplicação do Projecto.**

A concretização deste projecto, implementação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho em enfermagem, o Nursing Activities Score, terá lugar numa Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos de um Hospital central de Lisboa, que compreende 9 unidades de internamento de utentes do foro cirúrgico, neurocirúrgico ortotrauma e neurotrauma, sendo que 2 das unidades de internamento são destinadas a isolamento e dotadas de infra-estruturas necessárias à realização de técnicas dialíticas.

A implementação do Nursing Activities Score na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos necessita de algumas condições de aplicabilidade, tais como:

- Taxa de Ocupação superior a 90%. Esta é considerada uma condição necessária na medida em que, uma taxa inferior a 90% poderá influenciar os resultados do nº de enfermeiros necessários por turno. No entanto, esta condição só tem implicações na análise dos resultados, não propriamente ao nível da aplicabilidade do projecto.
- Recursos Humanos e materiais contemplados no desenho do projecto.

### **3.1.5. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos.**

O Nursing Activities Score é um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem que dispõe de aplicação informática, para tal constituem parte dos equipamentos necessários, um computador que permita a visualização do instrumento, que será também útil na 1ª fase execução do projecto, para a realização de sessões de formação com a equipa de coordenação do serviço; Suporte em papel que permita efectuar o preenchimento da escala. A nível de infra-estruturas tendo em conta que o projecto decorre no espaço físico da UCIC será apenas necessário um espaço dedicado à formação.

A implementação do instrumento de avaliação da carga de trabalho em enfermagem, mais especificamente o NAS, requer a envolvência de recursos humanos dispostos a

colaborar com a sua execução e que permitam que os resultados produzidos por este instrumento sejam válidos e seguros quando relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem sejam estes directos ou indirectos. Como tal, serão envolvidos neste projecto:

- Gestora do projecto com funções de auxílio e supervisão associadas à implementação do NAS durante o período de aplicação do mesmo.
- Equipa de gestão de enfermagem do serviço que compreende: a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira-Chefe do serviço, a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Coordenadora e a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Especialista de Reabilitação.
- Equipa de Enfermagem do serviço, composta por 35 elementos, para complementar e fornecer toda a informação necessária às enfermeiras coordenadoras para o preenchimento adequado da escala.

### **3.1.6. Resultados Esperados.**

Os resultados esperados com a implementação do NAS no seu período experimental passam por:

- Aplicar o NAS a 100% dos doentes internados na unidade de cuidados intensivos cirúrgicos, no período de 30 de Novembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011;
- Obter o score NAS, de forma retrospectiva a cada 24 horas, para cada doente internado na UCIC, durante o período de aplicação do instrumento;
- Apurar o tempo dispendido pelos enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem contemplados no instrumento, nos doentes internados no período de 30 de Novembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011;
- Determinar a dotação de enfermeiros recomendada através da aplicação do instrumento, durante o período de aplicabilidade da ferramenta de avaliação da carga de trabalho de enfermagem.

Estes resultados poderão ser utilizados na gestão e organização dos cuidados de enfermagem pela equipa de coordenação e, podem inclusive, ser um dos argumentos a utilizar para aumentar a dotação de recursos humanos em enfermagem, para além de que actua como um complemento de informação dos registos de enfermagem podendo funcionar como indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem representando uma mais-valia a nível da gestão hospitalar dos cuidados de enfermagem.

### **3.1.7. Mensuração dos Riscos.**

Na execução do desenho do projecto previram-se potenciais riscos, que apesar de não desejáveis foram reflectidos durante a execução do mesmo. Assim assumiram-se como riscos para a execução deste projecto:

- A ocorrência de processos de trabalho de enfermagem muito específicos, com reflexo no consumo de tempo/ carga de trabalho dos profissionais de enfermagem diferente daquela idealizada na construção do instrumento;
- A possibilidade de ocorrerem intervenções de enfermagem, que não sejam adequadamente consideradas, discriminadas, avaliadas ou classificadas na realização da pontuação dos utentes;
- Os registos de enfermagem, bem como, o relato dos enfermeiros aquando da passagem de turno possam fornecer dados insuficientes que não permitam o preenchimento do instrumento de forma válida e adequada;
- A falta de adesão da equipa de coordenação de enfermagem, bem como da restante equipa no fornecimento de dados e preenchimento da escala;
- A hipótese de não prossecução do projecto a nível futuro na unidade de cuidados intensivos cirúrgicos após o seu período de implementação experimental.

## 3.2. Os Consequentes do Projecto

### 3.2.1. Planificação e Realização de Actividades.

De forma a otimizar o planeamento e obter um sistema de controlo da posterior implementação do projecto, na fase de desenho do mesmo, foi efectuado um cronograma em que foram definidas e detalhadas pormenorizadamente as actividades a serem efectuadas durante o período de tempo estimado, o mesmo terá tido utilidade na análise da viabilidade no período de aprovação do projecto. O cronograma do projecto encontra-se presente no Apêndice I.

Para a consecução da implementação do NAS na UCIC como instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem e, consequentemente, para atingir os objectivos anteriormente definidos passamos a descrever as actividades desenvolvidas:

- Pedido de autorização de utilização do instrumento de avaliação da carga de trabalho em enfermagem: Nursing Activities Score ao autor da escala (Dr. Reis Miranda), que pode ser consultado no Apêndice II.
- Reunião com a coordenação de enfermagem do serviço na qual foi apresentado o projecto, a sua finalidade e os objectivos pretendidos, respectivo cronograma, bem como a definição dos recursos envolvidos na execução do projecto. Esta reunião teve dois momentos, um primeiro com a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira-Chefe e, um segundo momento, com as restantes duas enfermeiras responsáveis pela coordenação do serviço. Desde o início evidenciou-se uma boa receptividade para com a aplicação do projecto, bem como, a importância atribuída ao mesmo, dado que até ao momento não existia nenhuma ferramenta que permitisse a avaliação da carga de trabalho de enfermagem nesta UCIC.
- Pedido de autorização formal à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira-Chefe do serviço e ao Sr. Enfermeiro Director, presente no Apêndice III Esta formalização do pedido, tem essencialmente um carácter ético e de responsabilização da gestão em enfermagem na implementação do NAS.

- Realização de sessões de formação com as enfermeiras coordenadoras da UCIC que compreenderam a apresentação do NAS, assim como da explicitação de cada um dos itens de modo a tornar compreensível e uniformizar o preenchimento da escala e tornar fidedignos os resultados da sua aplicação. Estas sessões de formação tiveram lugar na UCIC, tendo sido apresentado o instrumento e clarificado item a item o significado da sua pontuação. A pertinência desta actividade prende-se com o facto, de possibilitar o correcto preenchimento da escala, evitando erros e que se obtenham resultados da aplicação do NAS desadequados da realidade de prestação de cuidados na UCIC.
- Aplicação do NAS diariamente para cada utente internado na UCIC pela equipa de coordenação do serviço formalmente responsável pela aplicação do mesmo. A aplicação do instrumento foi retrospectiva, ou seja, nas 24 horas seguintes à prestação de cuidados ao doente e baseou-se nos registos de enfermagem, nas informações obtidas pelos profissionais durante a passagem de turno e, em caso de dúvida, na abordagem dos profissionais envolvidos na prestação directa dos cuidados de enfermagem.
- Monitorização e acompanhamento da implementação do instrumento de avaliação da carga de trabalho em enfermagem através de reuniões formais e informais com a equipa de coordenação da UCIC. O acompanhamento da implementação da ferramenta foi realizado nos primeiros quinze dias de aplicação, pelo que houve necessidade de presença no serviço para averiguar se existiam dúvidas durante o preenchimento da escala, apurar as dificuldades sentidas e a verificação de um correcto preenchimento da mesma. Constatando-se no início algumas dificuldades na compreensão dos itens que foram ultrapassadas ao longo deste acompanhamento e do treino na aplicação do instrumento.
- Tratamento e análise dos dados obtidos na sequência da aplicação do NAS, durante o período de 30 de Novembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011. Esta actividade foi desenvolvida nos meses seguintes à aplicação do instrumento entre Fevereiro e Março de 2011.
- Elaboração de relatório de projecto, após todas as actividades descritas anteriormente.
- Comunicação dos resultados à equipa de enfermagem, ao Sr. Enfermeiro director, bem como à equipa de chefia da UCIC.

- Entrega do relatório do projecto.

### **3.2.2. Avaliação Terminal.**

De acordo com Raynall (1996), a avaliação terminal culmina com a avaliação na fase da acção. Dada a especificidade deste projecto que consistiu na aplicação do NAS dividiremos este subcapítulo em dois momentos: no 1º momento dedicamo-nos à **apresentação e análise dos resultados do estudo da aplicação do NAS**. Num segundo momento dedicamo-nos a fazer uma **avaliação global** de todo o processo de implementação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos em questão na sua fase experimental.

### 3.2.2.1. Apresentação e Análise dos Resultados da Aplicação do NAS no Período Experimental.

#### *Caracterização da população e amostra do estudo da aplicação do NAS.*

De acordo com Fortin (1996, p.202) “ uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns”. Na implementação do Nursing Activities Score na UCI durante o período experimental podemos considerar que a população em estudo corresponde aos doentes internados na respectiva Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos de um Hospital Central em Lisboa.

A amostragem não probabilística acidental foi utilizada neste estudo, uma vez que para Fortin (1996, p.208) “ a amostragem acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...) os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam”. A amostragem foi constituída por todos os doentes internados na UCIC no período de 30 de Novembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011, sendo o critério de exclusão idades inferiores a 18 anos. Durante o período de aplicação experimental do instrumento não houve necessidade de excluir utentes, pois todos tinham idades superiores a 18 anos.

#### *Instrumentos de colheita de dados.*

Foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados, o primeiro presente no apêndice IV é composto por dados referentes à identificação e caracterização da amostra do estudo, tendo sido recolhidas informações como: a identificação numérica do doente, idade, sexo, dados de internamento, especificamente, o motivo do internamento (foro médico, cirurgia de urgência, cirurgia electiva, neurocirurgia, neurotrauma e ortotrauma), data de internamento e respectiva alta do serviço, bem como motivo da alta (transferência, óbito ou outros).

O segundo instrumento corresponde ao Nursing Activities Score (ANEXO I), instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem no âmbito das unidades de cuidados

intensivos, desenvolvidos por Miranda e seus colaboradores (2003) e validado para a língua portuguesa por Queijo em 2004, (Severino et al., 2010). O NAS é um instrumento composto por um conjunto de 23 actividades com pontuação pré-estabelecida, sendo que a pontuação final representa a percentagem de tempo dispendida em vinte e quatro horas na assistência de enfermagem ao doente. A pontuação total do NAS varia entre 0 a 100% ou mais, e cada ponto percentual equivale a 14.4 minutos de cuidados de enfermagem. A aplicação do instrumento é realizada individualmente para cada doente. Sempre que a pontuação do NAS atinge um valor de 100% significa que é necessária a dedicação de um profissional de enfermagem por turno para a assistência a esse doente.

A colheita de dados para o preenchimento do NAS foi realizada a cada 24 horas de internamento pelas enfermeiras coordenadoras da UCIC utilizando, como auxiliares de preenchimento da escala, os registos de enfermagem do doente, a respectiva folha de enfermagem correspondente às vinte e quatro horas e as informações fornecidas pelos profissionais de enfermagem aquando da passagem de turno.

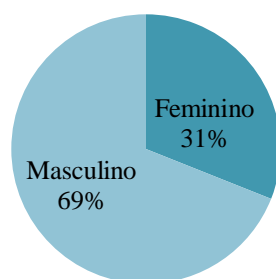
Após a colheita de dados descrita procedeu-se à análise dos dados resultantes da aplicação do NAS durante o período experimental. As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0, tendo-se recorrido a medidas de estatística descritiva (frequências e percentagens) para apresentação e análise dos resultados. O NAS foi aplicado a 58 doentes e os resultados obtidos através da aplicação do mesmo são apresentados de seguida.

### *Idade e sexo.*

A idade mínima verificada foi de 18 anos e a idade máxima de 95 anos correspondendo a média das idades verificadas nos sujeitos do internamento a 60,72 anos, sendo o desvio padrão da idade correspondente a 18.70, contrariamente ao verificado noutros estudos em que se verificou predominância de população idosa no internamento em UCI (Severino et al., 2010).

Verificou-se ainda maior predomínio de doentes do sexo masculino (n=40) com correspondência percentual de 69% em comparação com 31% (n=18) de mulheres internadas, como se pode observar no gráfico 1. Este facto apresenta semelhança com outros estudos internacionais que constataam o mesmo cenário em relação ao sexo dos doentes maioritariamente internados em UCI (Gonçalves et al., 2006). Num estudo realizado desde a abertura da UCIC até Dezembro de 2011 verificou-se que no total das admissões, durante os 24 anos do estudo 59% dos doentes pertenciam ao sexo masculino (Martins & Ferreira, 2012) à semelhança com o verificado no período de aplicação experimental do NAS.

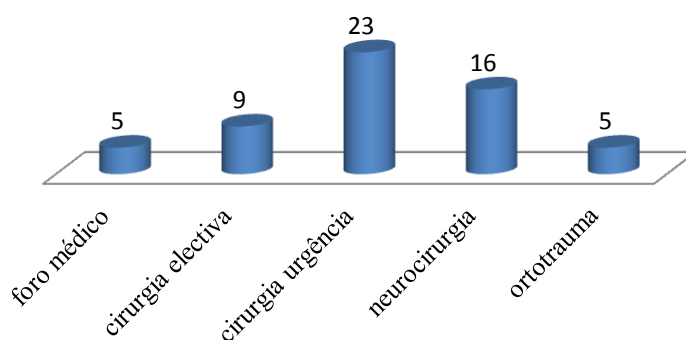
**Gráfico 1- Distribuição de doentes por sexo**



*Motivo de internamento.*

No que concerne ao motivo de internamento verificamos que a cirurgia de urgência obteve maior frequência, seguida da neurocirurgia, ortotrauma e foro médico, estas duas últimas especialidades responsáveis por menos internamentos. Tal facto, justifica-se na medida em que se trata de uma unidade de cuidados intensivos do foro cirúrgico apenas recebendo utentes do foro médico na ausência de vagas noutras unidades de cuidados intensivos. Este factor pode representar um aumento da carga de trabalho de enfermagem, pois existem estudos que constataram que existe uma relação positiva entre o aumento da carga de trabalho de enfermagem e os doentes cirúrgicos (Sousa et al., 2010). Podemos visualizar a frequência do motivo de internamento através do gráfico 2.

**Gráfico 2 - Distribuição de doentes por motivo de internamento**

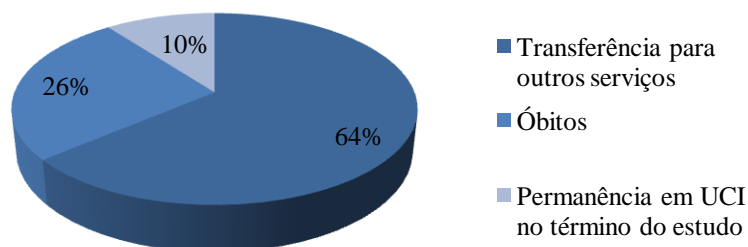


### *Destino após internamento.*

Em relação ao destino dos doentes após o internamento na unidade de cuidados intensivos cirúrgicos constatou-se que 63.8% (n=37) dos doentes foram transferidos para outros serviços de internamento, 10,3% (n=6) mantiveram-se internados na UCIC no término do estudo e 25.9% (n=15) culminaram em óbito, o que se pode observar através do gráfico nº 3.

O destino dos doentes internados foi maioritariamente a transferência para outros serviços, na medida em que, na realidade da UCIC encontra-se protocolado a transferência para outras unidades de internamento não existindo a possibilidade de alta para o domicílio. Contudo, a percentagem de óbitos (26%) pode influenciar um aumento da carga de trabalho de enfermagem, visto que, por norma se tratam de doentes que revelam uma situação mais instável e que por isso necessitam de mais tempo de cuidados de enfermagem (Gonçalves et al., 2006). Constata-se igualmente que a percentagem de óbitos durante o período de aplicação da escala NAS é bastante aproximada da realidade do serviço, pois num estudo apresentado por Martins & Ferreira (2012) temos que, a taxa de mortalidade do serviço corresponde a 19,2%.

**Gráfico 3 - Distribuição dos doentes por destino após o internamento**

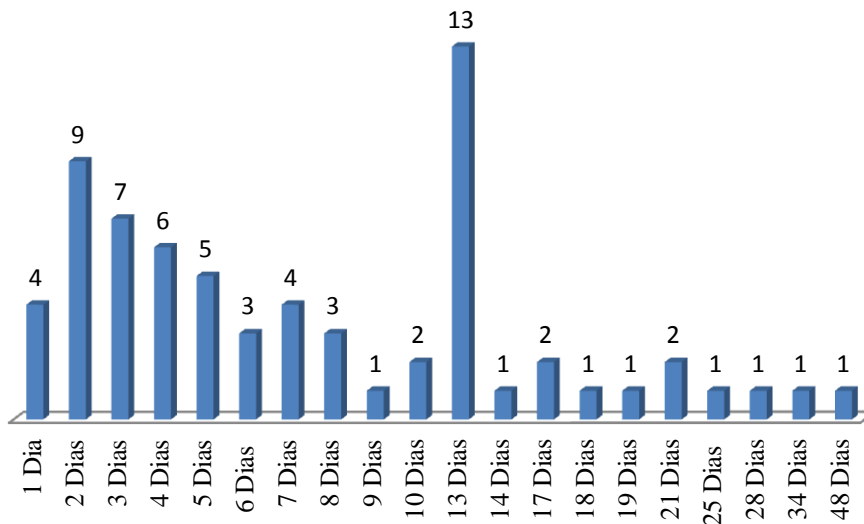


*Tempo de internamento.*

O gráfico seguinte pretende ilustrar a frequência de duração do internamento da amostra de 58 doentes integrados no estudo. Verificou-se que o tempo de internamento variou entre 1 dia (n=4) e um máximo de 48 dias (n=1) e que a média de internamento se situa nos 10,7 dias.

A moda situa-se nos 13 dias (n=13), sendo que se verifica que o nº de doentes com internamento igual ou inferior a 13 dias é superior à frequência registada acima dos 13 dias. De acordo com Padilha et al., (2010), citados por Severino et al., (2010, p.8) “os internamentos mais curtos também consomem um tempo considerável de cuidados de enfermagem”, o que poderá justificar os scores elevados de NAS como poderemos constatar seguidamente.

**Gráfico 4 – Distribuição de doentes por duração do internamento**



*Nursing Activities Score – classificação dos doentes segundo a carga de trabalho de enfermagem obtida pelo NAS a cada 24h.*

Com o objectivo de caracterizar a amostra quanto à gravidade das situações clínicas e a carga de trabalho exigida na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos passamos a descrever os resultados da aplicação do NAS.

Na amostra de 58 doentes, deste estudo, o NAS foi aplicado ao longo de todo o internamento a cada 24 horas, tratando-se por isso de uma avaliação retrospectiva. Constatamos que a variação da pontuação do NAS se situa entre os 73.5 e os 158.6 pontos. A média do NAS verificada foi de 106.6 pontos, com um desvio padrão de 20.66. Tais dados podem ser verificados pela leitura do quadro 1.

- A pontuação média NAS foi de 106.6, com variação entre um mínimo de 73.5 pontos e o máximo de 158.6. Apurou-se ainda que em média o consumo de cuidados de enfermagem por doente correspondeu a 1535 minutos (+/- 24 horas). O valor máximo pode chegar a 176.8% (Queijo, 2002).

- A média da pontuação NAS permite-nos concluir que, em média, para a prestação de cuidados de enfermagem, cada doente internado na UCIC requer a dedicação exclusiva de um enfermeiro, por turno.

**Quadro 1 - Score Médio, Mínimo e Máximo do NAS**

<b>Pontuação do NAS</b>	<b>Pontos</b>
Média	106.6
Mínimo	73.5
Máximo	158.6

*Pontuação do NAS ao primeiro e último dia de internamento.*

Através da análise dos dados foi discriminada a pontuação do NAS relativa ao primeiro dia de internamento, sendo que a média do NAS foi de 116.9 pontos, com variação entre 82.1 e 158.6 e medida de desvio padrão de 17.5, o que se pode verificar no quadro 2.

**Quadro 2 – Score Médio, Mínimo e Máximo do NAS no 1º dia de internamento**

Pontuação do NAS	Pontos
Média	116.9
Mínimo	82.1
Máximo	158.6

No que diz respeito ao último dia de internamento, a média de score do NAS corresponde a 117.8 com um valor mínimo de 73.4 e um valor máximo de 158.6, com um valor de desvio padrão de 22.17. Podemos verificar as variações da pontuação NAS no último dia de internamento no quadro 3.

**Quadro 3 – Score Médio, Mínimo e Máximo do NAS no último dia de internamento**

Pontuação do NAS	Pontos
Média	117.8
Mínimo	73.4
Máximo	158.6

As pontuações do NAS mais elevadas foram registadas ao primeiro e ao último dia de internamento o que vem corroborar estudos já realizados (Lima, 2010), alguns dos aspectos que o justificam são: a gravidade do doente, a instabilidade hemodinâmica e respiratória, alteração do nível de consciência e o agravamento nos diferentes sistemas fisiológicos, bem como a aplicação de protocolos de transferência e de admissão (tarefas administrativas). Estes aspectos são frequentes no primeiro dia de internamento, tornando os doentes mais vulneráveis e contribuindo para um maior consumo de cuidados de enfermagem (Gonçalves, 2006).

No entanto, para a realidade de cuidados intensivos verificamos que a dotação de enfermeiros é igual no turno da manhã ou no turno da noite, sendo que cada turno tem a duração de 12h, pois torna-se impossível a previsão da entrada de doentes, visto tratar-se de um hospital com serviço de urgência aberto à população 24 horas por dia e consequentemente de uma UCI que acolhe as mais variadas situações, tal como já foi descrito anteriormente. No que diz respeito à taxa de ocupação média da Unidade, à semelhança do que se verificou durante a aplicação do NAS a mesma situa-se sempre acima dos 80% (Martins & Ferreira, 2012) o que justifica a necessidade de recursos humanos de enfermagem adequados a esta realidade.

#### *Frequência das actividades de enfermagem do NAS na UCIC.*

Através da observação do quadro 4, que discrimina a frequência das intervenções dos enfermeiros constata-se que as mesmas são variáveis, consoante cada uma das categorias ou componentes do instrumento.

Quadro 4 – Distribuição da Frequência das Intervenções dos Enfermeiros

Actividades de Enfermagem	Sim	Não
<b>1) Monitorização e Controles</b>		
1a) Sinais Vitais Horários, Cálculo e Registo regular do balanço hídrico	10.3% (n=6)	89.7% (n=52)
1b) Presença à beira do leito e observação ou actividade contínua por <u>2 horas</u> ou mais durante o turno por razões de gravidade, terapêutica, tais como: Ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição de prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos	27.6% (n=16)	72.4% (n=42)
1c) Presença à beira do leito e observação ou actividade contínua por <u>4 horas</u> ou mais durante o turno por razões de segurança, gravidade ou terapêutica, tais como os exemplos acima	96.6% (n=56)	3.4% (n=2)
<b>2) Investigações laboratoriais (bioquímicas ou microbiológicas)</b>	98.3% (n=57)	1.7% (n=1)
<b>3) Medicação (excepto drogas vasoactivas)</b>	100% (n=58)	0.0 (n=0)
<b>4) Procedimentos de Higiene</b>		
4a) Realização de Procedimentos de higiene tais como: realização de pensos de feridas e cateteres, troca da roupa da cama, higiene corporal do doente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com exsudado, pensos cirúrgicos complexos ou com irrigação), procedimentos específicos (ex. isolamento)	0.0 (n=0)	100% (n=58)
4b) Realização de Procedimentos de higiene que durem mais do que <u>2 horas</u> no turno	34.5% (n=20)	65.5% (n=38)

4c) Realização de Procedimentos de higiene que durem mais do que <u>4 horas</u> no turno	86.2% (n=50)	13.8% (n=8)
<b>5) Cuidados com drenos (excepto sng)</b>	27.6% (n=16)	72.4% (n=42)
<b>6) Mobilização e posicionamento</b> incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do doente, transferência da cama para a cadeira, mobilização do doente em equipa (ex. doente imóvel, tracção, posição prona)		
6a) Realização do (s) procedimento (s) até <u>3 vezes</u> em 24 horas	3.4% (n=2)	96.6% (n=56)
6b) Realização do (s) procedimento (s) <u>mais do que 3 vezes</u> em 24 horas ou com dois enfermeiros em qualquer frequência	86.2% (n=50)	13.8% (n=8)
6c) Realização do (s) procedimento (s) <u>com 3 ou mais enfermeiros</u> em qualquer frequência	12.1% (n=7)	87.9% (n=51)
<b>7) Suporte e cuidados aos familiares e doentes</b> , incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente o suporte e cuidado, seja aos familiares ou aos doentes permitem à equipa continuar com outras actividades de enfermagem (ex. comunicação com o doente durante os procedimentos de higiene, comunicação com os familiares à beira do leito mantendo a observação do doente)		
7a) Suporte e Cuidado aos familiares e doentes que requerem dedicação exclusiva por <u>cerca de 1 hora</u> durante o turno, tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angustia, lidar com circunstâncias familiares difíceis	81,0% (n=47)	19% (n=11)
7b) Suporte Cuidado aos familiares e doentes que requerem dedicação exclusiva por <u>3 horas ou mais</u> durante o turno tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex. grande número de familiares, problemas de linguagem, familiares hostis)	34.5% (n=20)	65.5% (n=38)

<b>8) Tarefas administrativas/ Registos</b>		
8a) Realização de tarefas de rotina, tais como: processamento dos dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (ex: passagem de turno, passagem da visita médica)	72.4% (n=42)	27.6% (n=16)
8b) Realização de tarefas administrativas e de gestão que requerem dedicação integral por cerca de <u>2 horas</u> em algum turno tais como actividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta	93.1% (n=54)	6.9% (n=4)
8c) Realização de tarefas administrativas ou de gestão que requerem dedicação integral por cerca de <u>4 horas ou mais</u> de tempo durante o turno tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com a equipa multidisciplinar	31% (n=18)	69% (n=40)
<b>Suporte ventilatório</b>		
9) Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ ventilação assistida, respiração espontânea, CPAP ou BIPAP, com ou sem TOT, oxigénio suplementar por qualquer método	100% (n=58)	0.0 (n=0)
10) Cuidados com as vias aéreas, tubo traqueal ou cânula de traqueostomia	84.5% (n=49)	15.5% (n=9)
11) Tratamento para a melhoria da função pulmonar, Cinesiterapia Respiratória, Terapia inalatória, Aspiração endotraqueal	79.3% (n=46)	20.7% (n=12)
<b>Suporte cardiovascular</b>		
12) Medicação vasoactiva independente do tipo ou dose	53.4% (n=31)	46.6% (n=27)
13) Reposição endovenosa de grandes perdas de Fluidos. Administração de fluidos superior a 3 Lt. por dia, independente do tipo de fluido administrado	91.4% (n=53)	8.6% (n=5)
14) Monitorização do átrio esquerdo. Catéter da artéria pulmonar com ou sem medida	5.2%	94.8%

15) Reanimação cardiorespiratória nas últimas 24h, excluído murro pré-cordial	17.2% (n=10)	82.8% (n=48)
<b>Suporte Renal</b>		
16) Técnicas de hemofiltração, outras técnicas dialíticas	3.4% (n=2)	96.6% (n=56)
17) Medida quantitativa do débito urinário	98.3% (n=57)	1.7% (n=1)
<b>Suporte Neurológico</b>		
18) Medida da pressão intracraniana	5.2% (n=3)	94.8% (n=55)
<b>Suporte Metabólico</b>		
19) Tratamento da acidose/ alcalose metabólica complicada	8.6% (n=5)	91.4% (n=53)
20) Alimentação parentérica	37.9% (n=22)	62.1% (n=36)
21) Alimentação Entérica, através de Sonda gástrica ou via gastrointestinal (ex. jejunostomia)	32.8% (n=19)	62.7% (n=39)
<b>Intervenções específicas</b>		
22) Intervenções específicas na unidade, entubação OT, cardioversão, endoscopias, cirurgia de urgência nas últimas 24h, lavagem gástrica, Intervenções de rotina, tais como: Raio X, ecografia, ECG.	100% (n=58)	0.0 (n=0)
23) Intervenções específicas fora da Unidade. Procedimentos diagnósticos ou	46.6%	53.4%

Através da observação do quadro 4, ressalta-se que **100%** dos doentes foram pontuados nalguns itens nomeadamente, o item 3 que corresponde à **medicação, excepto drogas vasoactivas** e que inclui todos os doentes que receberam qualquer tipo de medicação, independentemente da via ou dosagem, excluindo-se deste item as drogas vasoactivas e o soro de manutenção. Outro dos itens pontuado em **100%** foi o item 9 que corresponde a **qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão positiva, com ou sem relaxantes musculares, respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex. CPAP ou BiPAP), com ou sem tubo endotraqueal, oxigénio suplementar ou qualquer método**, o que se aplica a qualquer doente que necessita de qualquer suporte ventilatório (cateter de oxigénio nasal, entubação orotraqueal, mascara de venturi, ventilação não invasiva, entre outros).

Realça-se ainda, com pontuações mais baixas mas também com frequências elevadas os itens:

- **1c) Presença à beira do leito e observação contínua ou activa por 4 horas ou mais, durante um dos turnos nas 24 horas, por razões de segurança, gravidade ou terapia, que obteve pontuação de 96.6%,**

- **2) Investigações laboratoriais de natureza bioquímica ou microbiológica**, a qual foi aplicada a doentes que foram submetidos a qualquer tipo de investigação laboratorial, realizados em laboratório ou à beira do leito, com a participação do enfermeiro.

- **8b) Realização de tarefas administrativas e de gestão que requerem a dedicação integral do profissional de enfermagem por cerca de duas horas num dos turnos nas 24 horas.** Estão incluídas nestas tarefas actividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e de alta. A pontuação elevada (93.1%) deste item explica-se na medida em que, todos os doentes admitidos são alvos de tarefas administrativas, tais como aplicação de protocolos de admissão e de alta.

- **17) Medida quantitativa do débito urinário aplicando-se a doentes com controlo de diurese, com ou sem qualquer tipo de cateter urinário.** Actividade de enfermagem verificada em 98.3% da amostra sobre a qual foi aplicado o instrumento.

Em contrapartida, os itens encontrados em **menor frequência** incluíram:

- **4a) Realização de procedimentos de higiene**, tais como: realização de pensos de feridas e de cateteres, troca de roupa da cama, higiene corporal do doente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas exsudativas, pensos cirúrgicos complexos com irrigação) e procedimentos especiais como por exemplo, em caso de isolamento (0%);
- **6a) Realização de procedimentos tais como mudança de decúbito**, mobilização do doente, transferência da cama para o cadeirão e mobilização do doente em equipa até três vezes em 24 horas (3.4%);
- **14) Monitorização do átrio esquerdo, cateter da artéria pulmonar com ou sem medida do débito cardíaco** (5.2%);
- **16) Técnicas de Hemofiltração, técnicas dialíticas** (3.4%).

As actividades mais pontuadas na UCIC foram respectivamente: **3)** medicação, excepto drogas vasoactivas; **9)** qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão positiva, com ou sem relaxantes musculares, respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex. CPAP ou BiPAP), com ou sem tubo endotraqueal, oxigénio suplementar ou qualquer método; **1c)** presença à beira do leito e observação contínua ou activa por 4 horas ou mais, durante um dos turnos nas 24 horas, por razões de segurança, gravidade ou terapia; **2)** investigações laboratoriais de natureza bioquímica ou microbiológica; **8b)** realização de tarefas administrativas e de gestão que requerem a dedicação integral do profissional de enfermagem por cerca de duas horas num dos turnos nas 24 horas; **17)** medida quantitativa do débito urinário aplicando-se a doentes com controlo de diurese, com ou sem qualquer tipo de cateter urinário. Estas actividades mais registadas no âmbito da unidade de cuidados intensivos cirúrgicos foram igualmente registadas com maior pontuação noutros estudos internacionais (Lima, 2010) e evidenciam a forte componente tecnológica das actividades dos enfermeiros em cuidados intensivos.

*Relação do score NAS com o consumo de cuidados de enfermagem.*

O período de implementação experimental do projecto, que decorreu de 30 de Novembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011, resultou numa aplicação da escala de avaliação da carga de trabalho de enfermagem por 622 vezes. Através desta aplicação foi obtida uma pontuação média de NAS de 106.6, com variação mínima de 73.5 e máxima de 158.6. Estando descrito que a cada ponto NAS equivalem 14.4 minutos de cuidados de enfermagem, temos que em média o consumo de cuidados de enfermagem por doente equivaleu, nesta UCIC, a 1535 minutos (+/- 24 horas), o que adjudicaria a dedicação exclusiva de um profissional de enfermagem por turno para cada doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos.

Desta forma, o rácio adequado em média na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos corresponde a um profissional de enfermagem por doente internado, o que perfaz um total de cerca de 9 enfermeiros por turno, contrariamente ao verificado actualmente em que as equipas sendo constituídas por seis elementos situando-se o rácio em 0.6 enfermeiros por doente, ou seja, uma distribuição de aproximadamente 2 doentes por enfermeiro.

No que concerne ao valor mínimo do NAS verificado durante a implementação do projecto foi de 73.5 pontos, temos que neste seu valor mínimo o número de horas dispensado por profissional de enfermagem ao doente em cuidados intensivos cirúrgicos correspondeu a 1058 minutos (+/-17 horas), o que adjudica a dedicação de 0.7 enfermeiros para esse doente perfazendo um total de 6.6 enfermeiros por turno, na condição do serviço apresentar as 9 unidades de internamento preenchidas com doentes.

Ainda no que diz respeito ao valor máximo de NAS verificado de 158.6 pontos, o que corresponde igualmente ao valor máximo verificado aquando do primeiro, bem como ultimo dia de internamento, o número de horas de consumo de cuidados de enfermagem corresponde a 2284 minutos (+/- 38 horas), o que evidencia a necessidade de 1.5 enfermeiros por doente nestas situações específicas. Ou seja, aquando da admissão, assim como da alta do doente verifica-se que os doentes necessitam de cuidados de enfermagem que deveriam ser prestados por dois enfermeiros. Estas constatações poderão ser úteis para a gestão e distribuição dos enfermeiros da UCIC. Os resultados apresentados podem ser constatados através da leitura do quadro5.

**Quadro 5 – Relação entre o Score NAS e o Consumo de Cuidados de Enfermagem**

<b>NAS</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Consumo de cuidados de enfermagem</b>	<b>Rácio recomendado segundo NAS (Enf. /doente)</b>	<b>Rácio efectivo (Enf. /doente)</b>
<b>NAS médio</b>	106.6	+/- 24 Horas	1	0.6
<b>NAS mínimo</b>	73.5	+/- 17 Horas	0.7	0.6
<b>NAS máximo</b>	158.6	+/- 38 Horas	1.5	0.6

Os resultados apresentados têm impacto na gestão de recursos humanos do serviço, na medida em que, a dotação recomendada é superior à existente na UCIC. Apesar dos dados apontarem para uma dotação superior em dias de admissão e transferência, a imprevisibilidade destas situações não permite que o gestor de enfermagem possa aumentar os recursos. Como sugestão resultante da aplicação do NAS ficaria a hipótese de ter enfermeiros de retaguarda que permitissem dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem acentuados nestes momentos específicos

Contudo, mesmo reconhecendo a importância dos recursos humanos na qualidade dos cuidados, os gestores em enfermagem deparam-se com resistências para adequar a dotação de enfermeiros às realidades dos serviços, nomeadamente pelas questões orçamentais (Magalhães, Riboldi, & Agnol, 2009). Ainda que na presença destas resistências superiores, a enfermagem desempenha um papel fundamental nos sistemas de saúde, pelo que a transformação da realidade é possível. Assim, torna-se fundamental a busca de novas ferramentas de gestão que respondam às dificuldades de alocação de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, tal como o NAS, de modo a assegurar a prática baseada na evidência e consequentemente a qualidade dos cuidados.

### **3.2.2.2. Avaliação global do processo de aplicação do NAS.**

De acordo com o que já foi referido anteriormente, este projecto surgiu da preocupação com as dotações dos enfermeiros e o seu impacto na segurança e qualidade dos cuidados prestados. Avaliar a carga de trabalho de enfermagem, quantificar as necessidades de cuidados dos doentes e estimar a real necessidade de profissionais de enfermagem por doente torna-se da máxima pertinência na actualidade, pelo que a inexistência de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos foi o ponto de partida para este percurso.

Consequentemente, este projecto foi fruto de uma ambição pessoal mas também de uma necessidade organizacional considerando que a implementação desse instrumento pode constituir-se como um excelente instrumento de gestão contribuindo para o aumento da eficiência e eficácia da prestação de cuidados de enfermagem, sendo este um dos objectivos estratégicos da instituição, bem como contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, na medida em que funciona como um excelente indicador para que se possa adequar e organizar os métodos de trabalho em enfermagem de forma a dar resposta às necessidades dos doentes, permitindo igualmente dar resposta à mensuração e valorização da carga de trabalho de enfermagem no contexto da unidade de cuidados intensivos cirúrgicos.

Assim, partindo o projecto dum desejo e necessidade pessoal de desenvolver competências e conhecimentos na área da gestão em enfermagem e mais especificamente na área das dotações de recursos humanos, este foi de imediato acolhido e validado pela gestora do serviço tendo sido considerado como uma mais-valia. Tal receptividade foi bastante positiva pois permitiu a implementação do NAS por um período experimental que consideramos representativo da realidade da prestação de cuidados de enfermagem do serviço, tal como foi descrito durante a apresentação e análise dos resultados garantindo que fosse possível atingir os objectivos a que nos propusemos no início do projecto.

O instrumento demonstrou ser aplicável na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos em questão, à semelhança de outros estudos internacionais onde o instrumento igualmente se revelou aplicável. Contudo no decorrer deste percurso algumas foram as

dificuldades sentidas, nomeadamente o facto da unidade se encontrar numa fase de mudança de instalações, pelo que ficou suspensa a implementação do mesmo de forma definitiva. A sugestão dada pela Sr.<sup>a</sup> Enfermeira-Chefe para que contornássemos este aspecto negativo foi que avaliássemos os resultados da sua aplicação, bem como a elaboração do presente relatório do projecto, para que posteriormente nas futuras instalações da unidade se pudesse proceder à definitiva implementação do mesmo, uma vez que todas as condições já estariam reunidas.

O balanço geral da aplicação do NAS é bastante positivo pois o mesmo poderá revelar-se uma útil ferramenta como auxiliar da gestão do serviço, tal como já foi dito anteriormente e sustentado por fontes teóricas (Oliveira,2011), a sua utilização permitirá sustentar com bases fundamentadas a necessidade de recursos humanos em enfermagem no quotidiano do serviço e permitir uma justa distribuição de doentes por enfermeiro com base nos resultados da aplicação do instrumento.

Numa fase inicial de formalização dos pedidos de autorização, destacamos a disponibilidade e acessibilidade com que o autor do instrumento, Dr. Reis Miranda acolheu o projecto mostrando-se aberto ao esclarecimento de dúvidas e à livre utilização do NAS.

A realização de sessões de formação com as enfermeiras coordenadoras do serviço responsáveis pelo preenchimento da escala foi uma etapa fulcral e determinante para o sucesso da implementação do instrumento, uma vez que a falha na percepção dos itens da escala conduz ao preenchimento deficiente do mesmo. Nesta etapa a falta de conhecimento do instrumento por parte da equipa fez-se sentir, mas com empenhamento por parte de todos foi rapidamente ultrapassada esta dificuldade inerente à inexperiência de aplicação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem. A partir da experiência da sua aplicação foi possível estabelecer algumas conclusões relacionadas com o instrumento, entre elas que para a aplicação retrospectiva é imprescindível que o registo das notas de enfermagem seja preciso e completo e retrate as condições do doente.

No que concerne, à aplicação retrospectiva do NAS que têm-se colocado algumas dúvidas quanto à sua eficácia, no sentido de lhes dar resposta foi realizado um estudo comparativo entre a aplicação retrospectiva e prospectiva do NAS, tendo demonstrado

não existir diferenças significativas entre as aplicações. Desta forma, o NAS pode ser utilizado de forma retrospectiva devendo ter em atenção as necessidades reais dos doentes no planeamento das actividades de enfermagem e não permitindo que esse planeamento seja influenciado pelas rotinas da UCI (Ducci & Padilha,2008)

Desta forma salientamos a colaboração de toda a equipa de enfermagem no fornecimento de dados que permitissem o correcto preenchimento da escala, os registos de enfermagem da UCIC são regra geral bastante completos, bem como, o preenchimento da folha de enfermagem relativa a cada dia de internamento por norma adequadamente preenchida.

Assim, entre as várias implicações para a implementação do projecto foi imprescindível a colaboração dos elementos da equipa de gestão, bem como, dos elementos da prestação directa de cuidados de enfermagem, que desde o início da implementação do projecto se revelaram bastante disponíveis e acessíveis para a aplicação do instrumento, o que se revelou imprescindível na obtenção de dados válidos e fidedignos.

O preenchimento da escala pelos enfermeiros pode ser visto em si como uma desvantagem, na medida em que pode ser encarado como uma tarefa burocrática da prestação de cuidados de enfermagem, o que muitas vezes os enfermeiros relatam como desconfortável, sendo que alguns elementos verbalizaram esse desconforto. Tal desvantagem foi ultrapassada pois o preenchimento da escala ocupa cerca de 10 a 15 minutos e as vantagens da sua utilização superam a burocracia implícita. Ainda no que concerne ao preenchimento da escala foi encarado como uma vantagem por parte da equipa de enfermagem que o preenchimento fosse efectuado pela equipa de gestão (Sr<sup>a</sup> enfermeira coordenadora e Sr<sup>a</sup> enfermeira especialista) na medida em que, estes são os elementos mais presentes no serviço de forma continua acompanhando diariamente a evolução do doente e respectiva necessidade de cuidados ao contrário dos enfermeiros de roulement.

Realçamos do ponto de vista da gestão do serviço, a vontade de que se proceda à implementação definitiva do Instrumento de Avaliação da carga de Trabalho de enfermagem – Nursing Activities Score, aquando da mudança de instalações da UCIC e que tal projecto possa dar frutos no quotidiano de enfermagem do serviço e contribuir para o alcance dos objectivos estratégicos institucionais, melhorando a eficácia e

eficiência da prestação de cuidados e respondendo em tempo útil às necessidades dos doentes internados em cuidados intensivos cirúrgicos.

Por fim, a elaboração do relatório do projecto que resume e descreve todo o processo de aplicação do instrumento, bem como os resultados obtidos e a avaliação global da implementação do mesmo pretende dar uma visão detalhada e aproximada da realidade da gestão do projecto, esclarecer o percurso traçado na aplicação do mesmo, com todas as dificuldades sentidas mas culminando com a concretização dos objectivos propostos, explicitação a que nos dedicamos em seguida.

## 4. REFLEXÕES FINAIS

Historicamente, o conceito de cuidar de doentes em situação crítica existe desde há muito, tendo sido contemplado por Florence Nightingale, em 1863. A teórica deu origem a uma à filosofia dos cuidados de enfermagem assente nos pilares da humanização. Desde então várias teorias se seguiram, todas elas responsáveis por um avanço e pelo acrescento de conhecimento à ciência e profissão de enfermagem.

Teorias mais actuais da disciplina de enfermagem reforçam a importância da humanização do cuidado, tão imprescindível no quotidiano da enfermagem, sustentando a ideia de que é necessário desenvolver e reflectir sobre o processo de cuidar, conceito tão proeminente ao longo deste projecto.

Na prática exige-se ao enfermeiro que reúna uma panóplia de competências que lhe permitam prestar cuidados de excelência, usando todos os recursos tecnológicos e inovadores ao seu dispor com fim à cura do doente, mas essencialmente que transaccione para a prática de cuidar todas as competências humanas. Estes desideratos nunca devem ser esquecidos pelos enfermeiros, apesar da forte componente tecnológica dos cuidados de enfermagem na realidade dos cuidados intensivos corroborada pelos dados encontrados na aplicação do NAS.

Cuidar em cuidados intensivos assume ainda mais especificidades na medida em que, as unidades de cuidados intensivos estão incluídas no rol de serviços que pela sua especialização exigem um consumo diferenciado de recursos humanos e, são caracterizadas por serem o espaço dedicado ao atendimento de doentes críticos, potencialmente recuperáveis que exijam atenção permanente e cuidados especializados (Moreno, 2000, citado por Fernandes, 2008).

São igualmente caracterizadas pelo recurso a instrumentos de trabalho específicos, bem como, a procedimentos de elevada elaboração e rigor que as transformam em unidades que concentram recursos humanos e tecnológicos altamente especializados *“geralmente não disponíveis em outras áreas do hospital, proporcionando, assim, uma forma de assistência considerada como das mais complexas, sofisticadas e onerosas do sistema de saúde.”* (Queijo, 2002, p.3).

Na realidade nacional, desde o final da década de 80 que a evolução da gestão de recursos humanos é caracterizada pelo aumento da pressão da competitividade e da globalização, temas que reflectem a preocupação em desenvolver competências e formar o potencial humano. Simultaneamente, evidencia-se a preocupação com a evolução e transformação de valores, da tecnologia e do trabalho e respectiva implicação no funcionamento organizacional e na gestão das pessoas (Caetano & Vala, 2002).

Urge então a necessidade de promover a adopção de medidas que permitam a correcção dos défices de recursos humanos em enfermagem assegurando dotações seguras e, conseqüentemente, cuidados de saúde com segurança e de qualidade importando para isso realçar *“os sistemas de classificação de doentes como instrumentos de gestão de recursos humanos excelentes”* (Oliveira, 2011, p.27).

Os sistemas de classificação de doentes permitem não só avaliar a gravidade dos doentes, como têm sido bastante relevantes na avaliação da necessidade de cuidados e na avaliação da carga de trabalho de enfermagem aliando-se à qualidade dos cuidados, à optimização dos recursos humanos em enfermagem e, inevitavelmente, à redução dos custos (Gonçalves et al., 2006).

Neste contexto surgiu a pertinência deste projecto, a implementação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho em enfermagem, o Nursing Activities Score, resultante da revisão e modificação do TISS- 28 em 2003 por Miranda e seus colaboradores e já traduzido e validado para a língua portuguesa (Severino et al., 2010).

O Nursing Activities Score, tem sido apontado como importante auxiliar da gestão em enfermagem, na medida em que permite medir a carga de trabalho em enfermagem em cuidados intensivos, possibilita a identificação do tempo dispendido nos cuidados de enfermagem e subsidia o cálculo e a distribuição de enfermeiros, consoante as necessidades de cuidados dos doentes (Lima, Tsukamoto, & Fugulin, 2008).

As finalidades definidas para este projecto passaram por: promover uma maior evidência sobre as necessidades de recursos humanos em enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos de um hospital central e permitir que a carga de trabalho de enfermagem fosse mencionada de forma válida e reconhecida, para efeitos de dotação de pessoal de enfermagem da UCIC. Debruçando-nos agora sobre a consecução dos objectivos definidos salientamos não só a sua concretização como a sua implicação.

A implementação do NAS foi concretizada como previsto permitindo a avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem de 58 doentes, durante 63 dias promovendo assim a aplicação da escala num total de 622 vezes. Deste modo ficou demonstrada a viabilidade real da sua aplicação neste contexto, tendo ainda possibilitado um retrato válido da realidade das necessidades em cuidados dos doentes desta UCIC

A identificação das necessidades de cuidados de cada doente internado foi realizada, sendo de salientar o apuramento dos valores médio, mínimo e máximo destas necessidades. Esta identificação com base no NAS possibilitou a identificação dos momentos de admissão e transferência dos doentes como críticos para a gestão dos Recursos Humanos de enfermagem na UCIC. Este dado pode contribuir para a melhoria da eficiência dos cuidados prestados, podendo-se optar por melhorar e adaptar os protocolos de admissão e de alta em função destes resultados. A utilização destes dados poderá igualmente ser útil na identificação das necessidades de formação da equipa prestadora de cuidados.

Analisaram-se as actividades dos enfermeiros desenvolvidas na unidade de cuidados intensivos cirúrgicos durante o período de aplicação do instrumento. As actividades mais verificadas no âmbito da unidade de cuidados intensivos cirúrgicos foram igualmente registadas com maior pontuação noutros estudos internacionais (Lima, 2010) evidenciando a forte componente tecnológica das actividades dos enfermeiros em cuidados intensivos e, conseqüentemente, a necessidade de enfermeiros altamente diferenciados na componente técnica mas que consigam integrar a vertente mais humana que imprescindivelmente deve acompanhar os cuidados (Colliére, 1989).

Determinou-se o tempo despendido em cuidados de enfermagem, de acordo com a especificidade e complexidade do estado de saúde de cada utente internado na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos a cada 24 horas, durante o período de aplicação do instrumento, demonstrando-se assim que, em média, as necessidades de cuidados dos doentes ultrapassam o número de horas disponível pela actual composição das equipas de enfermagem. As implicações que a sobrecarga de trabalho poderá ter para a prática diária de cuidados de enfermagem foram estudadas, tendo-se chegado à conclusão que o aumento de um utente por enfermeiro aumenta em 7% a mortalidade dos doentes cirúrgicos, 23% a insatisfação no trabalho e 15% o risco de Burnout (Aiken et al, 2002 citados por Magalhães, Riboldi, & Agnol, 2009). Desta forma, o efeito do aumento da

carga de trabalho de enfermagem tem efeitos a vários níveis desde a satisfação dos profissionais à qualidade dos cuidados.

Compararam-se os resultados obtidos na aplicação do NAS, no que concerne à dotação ideal de recursos humanos em enfermagem com os recursos humanos de enfermagem efectivos, durante o período de aplicação da escala o que permite sugerir que, em média, a dotação de enfermeiros está abaixo do desejável. Em consonância com o que foi referido anteriormente, a correcção dos rácios assume-se de extrema importância revelando a sua influência na qualidade dos cuidados prestados, teoria corroborada com os estudos apresentados (Aiken et al, 2002 citados por Magalhães, Riboldi, & Agnol, 2009).

Em síntese, a implementação do instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem permitiu dar resposta aos objectivos que nos propusemos alcançar.

Os resultados dos estudos existentes são unânimes quanto à eficácia do NAS na avaliação da carga de trabalho de enfermagem e sensibilidade para as actividades de enfermagem, tendo sido revelado útil em diferentes contextos. No entanto, como ainda existem poucos estudos com o NAS a nível nacional fica a sugestão de que o instrumento seja testado em diferentes Unidades de Cuidados Intensivos à semelhança do apresentado neste projecto.

A divulgação destes resultados, como uma das etapas finais do projecto assume-se como uma mais-valia perante a gestão em enfermagem para uma possível adequação do rácio enfermeiro /doente e concretização da implementação do instrumento nesta UCIC, bem como de outras unidades de cuidados intensivos integrantes do Centro Hospitalar.

A aplicação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, o Nursing Activities Score pode ter implicações, tal como já foi demonstrado na prática diária das intervenções dos enfermeiros. O instrumento possibilita a adequação do rácio enfermeiro-doente baseado na evidência e permite adequar a distribuição de enfermeiros face ao score NAS obtido, o que poderá ter impacto no aumento da qualidade dos cuidados prestados. O instrumento pode ser utilizado de forma retrospectiva, na medida em que, se encontram evidências que não há divergências de resultados nas diferentes formas de aplicação (Ducci & Padilha, 2008).

À semelhança de outros autores (Severino et al., 2010) sugerimos ainda que a utilização do NAS pode contribuir para a produção de indicadores de saúde, como: a *“gravidade do doente, a duração do internamento, necessidade de intervenções terapêuticas e aumento do risco de mortalidade”* (Severino et al., 2010, p.3) que podem ser úteis no desenvolvimento de investigação na área da saúde, gestão hospitalar, monitorização da qualidade, formação, financiamento e auxiliar a tomada de decisão em relação às políticas de saúde.

Embora esta aplicação experimental ofereça argumentos para o estabelecimento de parâmetros referente ao tempo dispendido nos cuidados de enfermagem, os seus resultados devem ser analisados à luz das especificidades do contexto onde a mesma decorreu.

Enquanto gestora do projecto saliento algumas dificuldades nomeadamente: a inexperiência relativa à gestão de projectos que foi ultrapassada após pesquisas bibliográficas relativas à temática e ao frequente esclarecimento de dúvidas com a docente orientadora; A gestão do tempo também constituiu um dos desafios na implementação deste instrumento, o que foi ultrapassado pela flexibilidade e ajustamento de entrega do relatório do projecto.

Desenvolver competências na área da gestão dos recursos em enfermagem com o objectivo de melhorar a eficiência e eficácia aumentando a qualidade dos cuidados prestados foi uma das metas propostas aquando da realização deste projecto e que reforçamos como claramente atingida no culminar deste percurso. Destacamos que o enfermeiro gestor deve trabalhar no sentido de *“elaborar, promover ou apoiar a concretização de projectos (...) de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional.”* (Decreto lei 248/2009, artigo 10º).

Desta forma, foram mobilizadas e desenvolvidas competências na área da gestão em enfermagem alinhadas com necessidades organizacionais e com a missão e os objectivos estratégicos institucionais, promovendo desta forma uma maior satisfação por parte da autoria do projecto e desenvolvimento a vários níveis.

Salientamos o desenvolvimento de competências do domínio da gestão dos cuidados, inerentes às competências comuns do enfermeiro especialista, tais como: *“ gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores (...),*

*Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.” (OE, Regulamento nº 122/2011, art.7º).*

Destacamos ainda, o desenvolvimento das competências previstas no documento orientador do curso de mestrado de especialização em enfermagem entre as quais, *“Participa nas políticas institucionais; Dá sentido à missão e visão da instituição; Adequa os recursos tendo em vista a organização e a produção de cuidados de enfermagem; Gere e promove a qualidade dos cuidados.” (ESEL, 2010).*

Em suma, esperamos que a implementação definitiva deste instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem se traduza numa mais-valia em termos futuros, tal como a ambição pessoal que se realizou em concretizá-lo, traduzida num adquirir de competências científicas, na aquisição de conhecimentos relacionados com a temática em questão, mas sobretudo um apelo ao auto-desenvolvimento pessoal e profissional no serviço onde prestamos cuidados.

## 5. REFERÊNCIAS

Augusto, B., Rodrigues, C., Simões, J., Amaro, R., Almeida, Z. (2004). *O corpo e os cuidados*. Coimbra: Formasau- Formação e saúde, Lda. ISBN: 972-8485-42-A.

Caetano, A., Vala, J. (2002). *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, Processos e Técnicas*. Lisboa: Editora RH, Lda. ISBN: 972-96897-8-4.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (2011), site acedido em 05 de Junho de 2012, disponível em: <http://www.chlo.min-saude.pt/>

Collière, M.F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN: 972-95420-0-7.

Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007). Relatório Final. Lisboa. Acedido em 18 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>

Conishi, R., Gaidzinsky, R. (2007). Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir a carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Rev esc enfermagem USP*, 41 (3), 346-54. Acedido em 12 de Novembro de 2010, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusup/v41n3/02.pdf>

Costa, J.S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Revista do ISPV*, 30 (1), 234-251. Acedido em 12 de Novembro de 2010, disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>

Decreto de lei nº 100/90 de 20 de Março. Acedido em 18 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1990/03/06600/13851386.pdf>

Decreto de lei nº 480/88 de 23 de Dezembro. Acedido em 18 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1988/12/29500/50705072.pdf>

Decreto de lei nº 248/2009 de 22 de Setembro. Acedido em 18 de Junho, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL248-2009\\_Carreira\\_Especial\\_Enfermagem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL248-2009_Carreira_Especial_Enfermagem.pdf)

Direcção Geral de Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa. Acedido em 18 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Ducci, A., Padilha, K. (2008). Nursing activities score: estudo comparativo da aplicação retrospectiva e prospectiva em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*, 21 (1), 581-587. Acedido em 16 de Fevereiro de 2011, disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/en\\_a08v21n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/en_a08v21n4.pdf)

ESEL (2010), Documento orientador- Área de especialização da gestão em enfermagem, disponível em: [http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/414B5881-9C17-4B74-8582-45B0C75B48F6/2198/Mestrado\\_Gestao\\_DocOrient1.pdf](http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/414B5881-9C17-4B74-8582-45B0C75B48F6/2198/Mestrado_Gestao_DocOrient1.pdf)

Estatuto da Ordem dos enfermeiros (1998), Acedido em 18 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf>

Fernandes, I. M. R. (2007). *Factores influenciadores da percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau- Formação e saúde, Lda. ISBN: 978-972-8485-88-7.

Fernandes, M. J. C. (2008). Significados do cuidado de enfermagem à pessoa idosa em cuidados intensivos. *Tese de mestrado Universidade de Aveiro: Secção autónoma de Ciências da Saúde*. Acedido em 30 de Novembro de 2010, disponível em: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/Teses/2009000425>

Ferreira,A., Harfouche,A.,Campos,A.C., Ramos,F. (2006). Políticas de Controlo dos Gastos Públicos com a Saúde. *O Economista- Anuário da Economia Portuguesa*. Acedido em 7 de Maio de 2012, disponível em: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/controlo+gastos.htm>

Fortin,M.F. (1996). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X

Gaidzinski, Kurcgant, P. (1991). *Administração em enfermagem*. São Paulo: Editora pedagógica e Universitária, Lda.

Gonçalves, L. A., Garcia, P. C., Toffoleto, M. C., Telles, S. C. R., Padilha, K. G. (2006). Necessidades de Cuidados de Enfermagem em terapia Intensiva: Evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *REBEn, Revista Brasileira de enfermagem*, 59 (1),56-60. Acedido em 21 de Abril de 2010, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a11v59n1.pdf>

Gonçalves, L., Padilha, K. (2005). Nursing Activities Score (NAS): Proposta para Aplicação Prática em Unidade de Terapia Intensiva. *Prática Hospitalar*, 42, 1-9. Acedido em 14 de Abril de 2010, disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2033-42.html>

Iwamoto, H. H. (2005). Recursos humanos de enfermagem na rede hospitalar município de Uberaba – Minas Gerais. *Tese de doutoramento. Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto*. Acedido em 18 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15052006-101523/pt-br.php>

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1996). *El pensamiento Enfermero*. Barcelona:Masson. ISBN: 84-458-0365.

Lei nº 115/97 de 19 de Setembro. Acedido em 18 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://republico.estv.ipv.pt/~mac/faire/legislacao/08.pdf>

Lima, L.B. (2010). Nursing Activities Score para avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem em Unidade de Recuperação pós anestésicas. *Universidade de Porto Alegre*. Acedido em 20 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000737955&loc=2010&l=59b00748ebb6d76>

Lima, M. K. F., Tsukamoto, R., Fugulin, F. M. T. (2008). Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes de alta dependência de enfermagem. *Texto & Contexto*,17 (4), 638-46. Acedido em 5 de maio de 2011, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/03.pdf>

Lopes, N. M. (2001). *Recomposição Social da Enfermagem – Estudo Sociológico em Contexto Hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8717-17-2.

Magalhães, A. M. M., Riboldi, C. O., Agnol, C. M. D. (2009). Planejamento de Recursos Humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *REBEn, revista brasileira de enfermagem*, Brasília, 62 (4), 608-12. Acedido em 11 de Setembro de 2011, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/20.pdf>

Martins, P., Ferreira, A. (2012). Novas Instalações da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do CHLO – HSFX. *Jornal do Centro*, 68,4-5. ISSN: 1646-379X

Novelli e Castro, M. C., Queiroz D.A., Magda, C., Corrente, J. E., Moreira Zornoff, D. C., Arantes, L. F. (2009). Aplicativo informatizado com o nursing activities score: Instrumento para gerenciamento da assistência em Unidade de terapia Intensiva. *Texto & Contexto: enfermagem: Universidade federal de Santa Catarina*, 18 (3), 577-585. Acedido em 22 de Outubro de 2010, disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71411760022.pdf>

Oliveira, A.M. (2011). *Recursos humanos em saúde – A importância de valorizar o factor humano*. Cadernos saúde e sociedade. Diário de Bordo Editores: Loures. ISBN: 978-989-970087-8-5.

Ordem dos enfermeiros (2010), Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido em 18 de Junho de 2012, disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

Queijo, A. F. (2002). Tradução para o português e validação de um instrumento de medida da carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.). *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Acedido em 6 de Maio de 2010 Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-12112003-220346/pt-br.php>

Raynal, Serge. (1996). *A gestão por projecto*. Lisboa: Intituto Piaget- Sociedade e Organizações. ISBN: 972-771-214-2.

REPE (1996) – Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. Acedido em 18 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Rodrigues, L.A.C., Ginó, A., Sena, C., Dahlin, K. (2002). *Compreender os Recursos Humanos do Sistema Nacional de Saúde*. Lisboa: Edições Colibri, APIFARMA. ISBN: 972-772-314-4.

Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho em Enfermagem na UCI. *Percursos, publicação da área disciplinar de enfermagem da escola superior de saúde do instituto politécnico de Setúbal*, 16, 3-13. ISSN 1646-5067. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos\\_n16.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n16.pdf)

Souza A.D., Lima C.G.G., Franco L.M.C., Barçante T.A. (2010). Instrumentos de gestão para avaliação da carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Revista de enfermagem UFPE*, 4 (1), 333-40. ISSN:1981-8963 Acedido em 18 de Fevereiro de 2011, disponível em: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/696/pdf\\_327](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/696/pdf_327)

Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.

Tranquitelli, A. M., Padilha, K.G. (2007). Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em unidades de terapia intensiva. *Revista da Escola Superior de Enfermagem - USP*, 41 (1), 141-146. Acedido em 10 de Maio de 2010 Disponível em: <http://scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a18.pdf>

Tsukamoto, R. (2010). Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS). Tese de mestrado. *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Acedido em 10 de Maio de 2010, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/20.pdf>

Watson, J. (1985). *Nursing: Human Science and Human Care a theory of Nursing*. New York: Nacional League for Nursing. ISBN: 0-88737-417-4

Watson, J. (1999). *Ciência Humana e Cuidar: Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9.

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## **APÉNDICE I- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**





**APÊNDICE II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO NAS**



Mariza Isabel Silva Monteiro <marisa.silvamonteiro@gmail.com>

---

## Permission to use NAS

---

Mariza Isabel Silva Monteiro <marisa.silvamonteiro@gmail.com>

7 de  
Outubro  
de 2010  
11:21

Para [drm@skynet.be](mailto:drm@skynet.be)

Good Morning Dr Miranda

My name is Marisa, i`m a nurse working in a Intensive Care Unit from Lisbon and i would like to have your permission to use the nursing activities score in my unit. I am not sure if your mail adress is correct, i`ll wait for your answer.

Thank you very much

Marisa Monteiro



Mariza Isabel Silva Monteiro  
<marisa.silvamonteiro@gmail.com>

---

## Permission to use NAS

---

D. Reis Miranda <[drm@skynet.be](mailto:drm@skynet.be)>

7 de Outubro de 2010 14:49

Para Mariza Isabel Silva Monteiro <marisa.silvamonteiro@gmail.com>

Dear Mrs. Monteiro,

Thank you for your mail and for your interest in NAS.

NAS is published in the professional literature, and therefore you may use it freely for clinical or research purposes. U will only be bound, as usually, to referring to that publication in your work.

I will be pleased to helping you with any other question if you do so require.

With kind regards,

prof.dr. D. Reis Miranda

Oude Gentweg 14

8000 Brugge

Belgium

**APÊNDICE III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE APLICAÇÃO DO NAS**

De: Marisa Monteiro

Para:

Exmo. Sr. Enfermeiro Director /

Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira chefe da UCIC

Assunto: Implementação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho em enfermagem – Nursing Activities Score na UCIC.

Venho por este meio formalizar o pedido de implementação de um projecto, no âmbito do curso de mestrado em enfermagem, área de especialização em Gestão em Enfermagem. O objectivo da aplicação do projecto passa por, desenvolver a aplicação de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem – o Nursing Activities Score na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos. Apresentam-se como objectivos específicos: Determinar o tempo dispendido em cuidados de enfermagem, de acordo com a especificidade e complexidade do estado de saúde de cada utente internado na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos a cada 24 horas, durante o período de aplicação do instrumento e comparar os resultados obtidos na aplicação do NAS, no que concerne à dotação ideal de recursos humanos em enfermagem com os recursos humanos de enfermagem efectivos, durante o período de aplicação do estudo.

Saliento que os dados recolhidos serão confidenciais, em respeito pelo doente e pelo sigilo profissional a que a enfermagem está comprometida. Desde já agradeço colaboração.

Sem mais assunto, me despeço atenciosamente

Marisa Monteiro

## **APÊNDICE IV- AVALIAÇÃO INICIAL DO DOENTE**

## AVALIAÇÃO INICIAL DO DOENTE

<b>Identificação Numérica</b>	
<b>Idade</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Dados de Internamento:</b>	
<b>Foro Médico</b>	
<b>Cirurgia Electiva</b>	
<b>Cirurgia de Urgência</b>	
<b>Neurocirurgia</b>	
<b>Neurotrauma</b>	
<b>Ortotrauma</b>	
<b>Motivo de Internamento</b>	
<b>Alta (data)</b>	
<b>Transferência</b>	
<b>Óbito</b>	
<b>Outro</b>	

## **ANEXO I- NURSING ACTIVITIES SCORE**

Nursing Activities Score							
Actividades	Pontuação						
<b>1) Monitorização e Controles</b>							
1a) Sinais Vitais Horários, Cálculo e Registo regular do balanço hídrico	4,5						
1b) Presença à beira do leito e observação ou actividade contínua por <u>2 horas</u> ou mais durante o turno por razões de gravidade, terapêutica, tais como: Ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição de prona, procedimentos de doação de órgãos, preparação e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos	12						
1c) Presença á beira do leito e observação ou actividade contínua por <u>4 horas</u> ou mais durante o turno por razões de segurança, gravidade ou terapêutica, tais como os exemplos acima	20						
<b>2) Investigações laboratoriais (bioquímicas ou microbiológicas)</b>	4,3						
<b>3) Medicação (excepto drogas vasoactivas)</b>	5,6						
<b>4) Procedimentos de Higiene</b>							
4a) Realização de Procedimentos de higiene tais como: realização de pensos de feridas e cateteres, troca da roupa da cama, higiene corporal do doente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com exsudado, pensos cirúrgicos complexos ou com irrigação), procedimentos específicos (ex. isolamento)	4,1						
4b) Realização de Procedimentos de higiene que durem mais do que <u>2 horas</u> no turno	17						
4c) Realização de Procedimentos de higiene que durem mais do que <u>4 horas</u> no turno	20						
<b>5) Cuidados com drenos (excepto sng)</b>	1,8						
<b>6) Mobilização e posicionamento</b> incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do doente, transferência da cama para a cadeira, mobilização do doente em equipa (ex. doente imóvel, tracção, posição prona)							
6a) Realização do (s) procedimento (s) até <u>3 vezes</u> em 24 horas	5,5						
6b) Realização do (s) procedimento (s) <u>mais do que 3 vezes</u> em 24 horas ou com dois enfermeiros em qualquer frequência	12						
6c) Realização do (s) procedimento (s) <u>com 3 ou mais enfermeiros</u> em qualquer frequência	17						
<b>7) Suporte e cuidados aos familiares e doentes</b> , incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente o suporte e cuidado, seja aos familiares ou aos doentes permitem à equipa continuar com outras actividades de enfermagem (ex. comunicação com o doente durante os procedimentos de higiene, comunicação com os familiares à beira do leito mantendo a observação do doente)							



<b>Suporte Neurológico</b>									
18) Medida da Pressão intracranéana	1,6								
<b>Suporte Metabólico</b>									
19) Tratamento da acidose/ alcalose metabólica complicada	1,3								
20) Alimentação parentérica	2,8								
21) Alimentação Entérica, através de Sonda gástrica ou via gastrointestinal (ex. jejunostomia)	1,3								
<b>Intervenções específicas</b>									
22) Intervenções específicas na unidade, entubação OT, cardioversão, endoscopias, cirurgia de urgência nas últimas 24h, lavagem gástrica, Intervenções de rotina com consequência directa para a condição de saúde do doente.	2,8								
23) Intervenções específicas fora da Unidade. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos	1,9								