



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Gestão de Unidades de Saúde

Para Obtenção do Grau de Mestre

Orientador: Prof. Dr. Adriano Pedro

Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem na
Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira
em Portalegre

Maria José Catalão nº531

Abril
2016

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre
4º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde
Para Obtenção do Grau de Mestre
Orientador: Prof. Dr. Adriano Pedro

AVALIAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMÍLIO MOREIRA EM PORTALEGRE

Maria José Catalão nº531

Abril
2016

" Não é o trabalho, mas o saber trabalhar, que é o segredo do êxito no trabalho. Saber trabalhar quer dizer: não fazer um esforço inútil, persistir no esforço até ao fim, e saber reconstruir uma orientação quando se verificou que ela era, ou se tornou, errada."

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Adriano Pedro, por toda a dedicação, incentivo, ajuda, disponibilidade e sapiência que me transmitiu ao longo deste trabalho.

Um especial agradecimento ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, que permitiu a recolha dos dados, para este relatório.

À minha família e em especial a minha mãe, por me ter incentivado a participar neste mestrado e estar ao meu lado em todos os momentos importantes da minha vida, dando sempre uma palavra de apoio e incentivo. A ela o meu grande e eterno agradecimento.

A todas as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração deste relatório, que possam julgar-se esquecidas, o meu muito obrigado por terem permitido a realização deste trabalho.

RESUMO

No âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, o presente relatório pretende apresentar um documento reflexivo sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências na área da gestão de unidades de saúde, em âmbito de estágio. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira da Unidade Local do Norte Alentejano, no período de Outubro de 2015 a Fevereiro de 2016.

Foi aplicada a metodologia de projeto, tendo desenvolvido no decorrer do estágio o Trabalho de Projeto Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre

Os enfermeiros desempenham funções muito importantes na área da gestão dos recursos e dos cuidados, em unidades de cuidados intensivos. Uma dessas funções consiste em avaliar o índice de gravidade dos doentes internados e a carga de trabalho de enfermagem através do Therapeutic Intervention Scoring System-28. Neste sentido tornou-se pertinente o estudo retrospectivo da carga de trabalho na UCIDEM, por forma a otimizar a utilização do instrumento de gestão implementado e propor melhorias no âmbito da dotação dos enfermeiros.

Concluiu-se, principalmente, que: em relação ao Índice de Enfermeiros e Score TISS, verificaram-se variações acentuadas, quer na necessidade de trabalho de enfermagem quer na gravidade dos doentes, durante 365 dias; comparando a média anual de TISS obtida com o diagnóstico atual da situação na UCIDEM, existe uma dotação desfasada de acordo com o que foi medido pelo TISS; e que a carga de trabalho dos enfermeiros não é distribuída equitativamente pelos turnos.

PALAVRAS-CHAVE: UCI; Carga de Trabalho de Enfermagem; TISS-28

ABSTRACT

Under the 4th Master in Nursing with specialization in Health Services Management, of the School of Health Sciences at the Polytechnic Institute of Portalegre, this report aims to present a reflective paper on the acquisition and development of skills in management, of health units, during an internship. This internship was held in the Intensive Care Unit Dr. Emilio Moreira of the Unidade Local do Norte Alentejano, in the period of October 2015 to February 2016.

The design of Project methodology was applied, having developed during the internship the Nursing Workload Assessment Project in the Intensive Care Unit Dr. Emilio Moreira in Portalegre.

Nurses perform very important functions in the management of resources and care, in intensive care units. One of these functions is to assess the severity index of patients admitted and the workload of nursing through the Therapeutic Intervention Scoring System-28. In this sense it has become pertinent this retrospective study in the UCIDEM in order to optimize the use of the implemented management tool and propose improvements within the allocation of nurses according to the workload.

The conclusion is mainly that: regarding nurses Index and TISS Scores, there were marked variations either in the need of nursing work, whether in the severity of critical illness of the patients, in a period of 365 days; comparing the average annual score TISS obtained with the current diagnosis of the situation in the UCIDEM, there is an offset allocation of nursing resources according to what has been measured by TISS; and that the workload of nurses, presently, is not distributed equally among the shifts.

Keywords: ICU (Intensive Care Unit), Nursing Workload, TISS-28

Abreviaturas e Símbolos

DGS- Direção Geral da Saúde

Dr.- Doutor

HDJMG- Hospital Dr. José Maria Grande

TISS-28- Therapeutic Intervention Scoring System 28

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIDEM – Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
1-ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1- BREVE HISTÓRIA DA UCI.....	14
1.2-CLASSIFICAÇÃO DAS UCIS.....	15
1.3-O ENFERMEIRO NA UCI.....	16
1.4-CARGA DE TRABALHO	19
1.5-DOTAÇÕES EM UCI.....	21
1.6- O TISS-28.....	23
2-ANÁLISE DO CONTEXTO	31
2.1- CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO:UCIDEM	31
2.1.1- Recursos Humanos	33
3- METODOLOGIA	35
3.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	35
3.1.1 Recursos Envolvidos	36
3.2- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	36
3.3- PLANEAMENTO e EXECUÇÃO.....	37
3.4- AVALIAÇÃO.....	40
4- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
4.1- SUGESTÕES DE MELHORIA.....	54
CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
ANEXOS	

Anexo I- Pedido de Autorização de Recolha de Dados á ULSNA.....	66
Anexo II- Autorização da Recolha de Dados concedido pela ULSNA.....	68

Índice de Tabelas e Quadros

	Pág.
Tabela 1-Simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28).....	25
Tabela 2-Descrição das intervenções (TISS 28), adaptado de Padilha (2005)...	26
Tabela 3- Classes de Cullen, adaptado de Pinto e Pires (2009)	29
Tabela 4- Índice de Enfermeiros Previsto/Mês.....	42
Tabela 5- Score TISS-28/Mês.....	44
Tabela 6- Carga de Trabalho/Mês.....	46
Tabela 7- Classes de Cullen.....	47
Tabela 8- Prevalência das Intervenções TISS-28.....	49
Tabela 9- Pontos TISS/Registo.....	52
Tabela 10- Tempo Médio Despendido por Categoria de Intervenção/Registo...	53
Quadro 1- Planeamento de Estratégias/Atividades	37
Quadro 2- Estratégias/Atividades Realizadas.....	39

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1- Índice de Enfermeiros Previsto/Mês.....	43
Gráfico 2- Score TISS-28/Mês.....	45
Gráfico 3- Carga de Trabalho/Mês.....	46
Gráfico 4- Classes de Cullen.....	48
Gráfico 5- Prevalência das Intervenções TISS-28.....	50
Gráfico 6- Pontos TISS/Registo.....	52
Gráfico 7- Média de Minutos Despendido por Categoria de Intervenção/Registo.....	53
Gráfico 8- Média de Horas Despendido por Categoria de Intervenção/Registo.	53

INTRODUÇÃO

O presente relatório retrata o trajeto percorrido durante o estágio realizado, de acordo com os objetivos previamente traçados em Trabalho de Projeto.

Seguindo a metodologia de projeto, identificou-se o ponto de partida para a ação. Assim,

“O Trabalho de Projeto (...) contém características próprias – métodos e técnicas – que lhe conferem o estatuto de metodologia (...) que resulta da necessidade de articular, de forma coerente e sistémica, um projeto (...) [e] tem como finalidade determinar quando há que agir neste ou naquele sentido – sucessão de ações – o que há a fazer – conteúdo das ações – e como fazer, que meios, técnicas a utilizar – no processo” (Leite, Malpique e Santos; 2001:75).

No âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde é parte integrante um estágio a desenvolver numa unidade de saúde, com o propósito de os mestrandos desenvolverem competências na área de gestão de unidades de saúde. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira [UCIDEM] da Unidade Local do Norte Alentejano [ULSNA], no período de Outubro de 2015 a Fevereiro de 2016.

É indispensável a existência de uma formação prática que deva alternar com a formação teórica, pois a produção de competências não cabe só à instituição de ensino, mas também ao local de trabalho. É no agir em situação que se desenvolvem as competências, ou dito de outro modo, a ciência e a arte dos cuidados de enfermagem formam um todo integrado de conhecimento.

O Estágio, numa unidade ou serviço de saúde, assume um papel preponderante na formação académica do Enfermeiro, uma vez que contribui para um enriquecimento pessoal, viabiliza a aquisição de conhecimentos e de competências nos diversos contextos, e permite ainda uma consolidação de saberes. A aprendizagem em contexto de trabalho consiste numa forma de integrar os conhecimentos teóricos adquiridos previamente, e é essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional tendo repercussões ao nível da melhoria do desempenho e qualidade dos serviços prestados.

Possibilita, deste modo, ao profissional alcançar uma melhoria no cuidar em

Enfermagem, potencializando ganhos em saúde.

Os rápidos avanços científicos e tecnológicos são evidentes, atualmente, nas Unidades de Cuidados Intensivos [UCI], onde novas modalidades de abordagens médicas, tecnologias e tratamentos estão em interface com os esforços sucessivos por uma melhoria contínua dos cuidados. E o desempenho dos enfermeiros numa UCI é bastante complexo, daí a necessidade de uma prestação de cuidados com maior rigor, segurança e qualidade, assim como uma maior eficácia, eficiência e efetividade. Benner (2001:121) afirma que os enfermeiros observaram “a sua função de diagnóstico e vigilância desenvolver-se de uma forma importante”; de facto, o número de doenças e de intervenções por pessoa “aumentou de uma forma exponencial no decorrer dos últimos decénios”.

Os enfermeiros, também, desempenham funções muito importantes na área da gestão dos recursos e dos cuidados, em unidades de cuidados intensivos, e que determinam uma melhoria da qualidade da assistência prestada.

Uma dessas funções consiste em avaliar o índice de gravidade dos doentes internados e a carga de trabalho de enfermagem através do Therapeutic Intervention Scoring System-28 [TISS-28]. O TISS-28 é um sistema de medida de gravidade da doença crítica e da carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos e tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasividade e tempo despendido pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos na pessoa em estado crítico (Padilha et al, 2005).

Este instrumento de gestão é composto por sete categorias de intervenções às quais são atribuídas pontuações consoante o tempo necessário a disponibilizar. Cada ponto equivale a 10,6 minutos de um turno de 8 horas.

O TISS-28 é aplicado diariamente na UCIDEM, pela equipa de enfermagem, no entanto os seus resultados não traduzem a dotação de enfermeiros no serviço, sendo este estipulado pela direção e chefia de enfermagem, não estando sujeito a alterações consoante a carga de trabalho e ou necessidades do serviço. E não reflete a gravidade dos doentes críticos admitidos nesta unidade, uma vez que até ao presente, desde a sua implementação do TISS-28 em Julho de 2014, não houve lugar a tratamento dos dados registados.

Neste sentido torna-se pertinente o estudo da temática da avaliação da carga de trabalho e a caracterização retrospectiva da gravidade dos doentes internados em UCIDEM,

por forma a otimizar a utilização do instrumento de gestão implementado e propor melhorias no âmbito da dotação dos enfermeiros de acordo com a carga de trabalho.

Assim, defini para este estágio, como **Objetivo Geral**:

- Desenvolver competências na área da Gestão de Unidades de Saúde, mais propriamente na utilização do instrumento de gestão TISS-28.

E como **Objetivos Específicos**:

- Avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros na UCIDEM, segundo o TISS-28.
- Verificar a prevalência das categorias de intervenções terapêuticas realizadas na UCI, segundo o TISS-28.
- Classificar a gravidade da doença crítica dos doentes admitidos na UCIDEM, segundo o TISS-28.

Este Relatório é constituído por quatro capítulos, sendo o primeiro o enquadramento conceptual, o segundo a análise do contexto onde se realizou o estágio, o terceiro a metodologia onde é descrito: o diagnóstico de situação, o planeamento, a execução, e o processo de avaliação; e o quarto a apresentação e discussão de resultados, terminando com as principais conclusões e considerações finais.

1-ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1- BREVE HISTÓRIA DA UCI

Não existe um consenso entre os diversos autores acerca da criação das Unidades de Cuidados Intensivos. Miller & Swensson (2002) dizem que a primeira UCI foi criada em 1930 num hospital alemão.

A Sociedade Americana de Medicina Intensiva (Society of Critical Care, nd) por sua vez, refere que a primeira UCI terá sido criada nos Estados Unidos da América, quando o Dr. W. E. Dandy abriu três camas para doentes a cumprir pós-operatório de neurocirurgia, sendo que a data deste acontecimento é desconhecida. Já Moreno (2000a) refere que o início e desenvolvimento da Medicina Intensiva coincidem com a epidemia de poliomielite de Copenhaga em 1952. Após esta epidemia existiu um grande avanço na medicina intensiva e, devido ao número elevado de doentes que necessitavam de respiração artificial e cuidados especializados considerou-se que era fundamental cuidar desses doentes numa enfermaria onde cada doente poderia e deveria ter o seu próprio enfermeiro e médico especializado, surgindo então, em Dezembro de 1953, o que se considera a primeira Unidade de Cuidados Intensivos da Europa. (Kelly et al, 2014).

Contudo, quando falamos do cuidar do doente em estado crítico, condicionando esse doente a um espaço físico específico não podemos esquecer que já em 1853 Florence Nightingale durante a guerra da Crimeia foi a pioneira na estratificação dos doentes, atribuindo prioridades nos cuidados. Em 1863, Nightingale utilizou esta metodologia ao criar um pequeno espaço ao lado do bloco operatório, onde eram alocados os soldados após uma intervenção cirúrgica, dando origem às primeiras unidades pós-anestésicas. Foi com o desenvolvimento destas que surgiu o conceito de UCI, através da utilização de alta tecnologia, desenvolvida para o cuidado intensivo, e pela admissão de utentes do foro não cirúrgico (Carrillo, 2011).

Historicamente, as unidades de cuidados intensivos [UCI's] tiveram um impulso no seu desenvolvimento aquando da constatação de melhoria no estado clínico de doentes graves que se encontravam agrupados num ambiente único, onde a sua observação e o cuidado continuo das suas funções vitais era realizado a partir de um único local de observação.

Em Portugal, o crescimento e desenvolvimento das UCI foi turbulento e conturbado, sendo muitas vezes condicionado aos interesses locais. Os registos encontrados que apontam para a existência de UCI, remetem-se para a década de sessenta e setenta, nos Hospitais Universitários de Coimbra e do Porto. No final da década de sessenta, os cuidados ao doente crítico eram prestados em salas chamadas de reanimação ou de cuidados especiais, usualmente alocadas ao serviço de urgência (Moreno R., 2000a).

Com o decorrer do tempo e a evolução do conhecimento, houve uma maior compreensão da fisiopatologia dos processos e das técnicas de diagnóstico, nas diversas áreas de tratamento, levando não só a alterações a nível das UCI, mas também a mudanças na administração hospitalar e nos diversos departamentos especializados. Esta evolução levou a que as UCI se tornassem em locais onde se concentram recursos humanos e tecnológicos altamente especializados, proporcionando desta forma, uma assistência ao doente, considerada como uma das mais complexas, sofisticadas e dispendiosas do sistema de saúde.

1.2-CLASSIFICAÇÃO DAS UCIS

As Unidades de Cuidados Intensivos assumem-se como um local qualificado para a prestação na totalidade de cuidados integrais aos doentes com falências múltiplas de órgãos, com carácter de suporte, preventivo e revertendo as falências e complicações decorrentes. São um local de passagem para doentes em risco de vida, sendo um momento transitório que faz parte de um processo (DGS, 2003).

Destinadas à assistência aos doentes críticos, passíveis de recuperação ou em risco de vida, as Unidades de Cuidados Intensivos são unidades que exigem recursos humanos e materiais especializados para a monitorização contínua das funções vitais dos doentes, a fim de prevenir e detetar complicações (DGS, 2003).

A acompanhar esta evolução surgiu a necessidade de classificar as UCI quanto aos níveis de cuidados, à forma como são geridas, ao tipo de doentes e ainda classificar os utentes admitidos nas mesmas.

O conceito de nível de cuidados foi proposto por Lockward e colaboradores no início dos anos 60 (Lockward, Giddings, & Thoms, 1960), sendo que a operacionalização do conceito foi concretizada em 1983 por membros de uma conferência de consenso em Bethesda (NIH, 1983). Segundo esta classificação, as UCI deveriam ser classificadas em quatro grupos: ‘intensive care’, ‘high care’, ‘medium care’ e ‘low care’.

No entanto, nos anos 80 um grupo de trabalho da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos considerou a classificação insuficiente, pelo que desenvolveu uma outra que se baseia no rácio enfermeiro/doente utilizando a classificação por 3 níveis de cuidados e esta é a classificação ainda hoje adotada pela Direção Geral de Saúde [DGS] em Portugal (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

A mesma entidade, apoiando-se Sociedade Europeia de Medicina Intensiva classifica as unidades de cuidados intensivos em três níveis, tendo em consideração as técnicas utilizadas e as valências disponíveis no hospital. Sendo assim, o nível I visa, basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva. O nível II tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas. No que diz respeito a nível III este corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/ Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Ordem dos Enfermeiros,2014).

Quanto à forma de como são geridas as UCI, estas podem ser abertas, semifechadas ou fechadas. Nas unidades abertas qualquer médico pode admitir e tratar doentes e a equipa da unidade só atua a pedido do médico assistente. Nas semifechadas existe um diretor da unidade que revê e aprova todas as decisões. O cuidado ao doente, pode ser realizado ou não pela equipa da unidade. Nas fechadas o diretor e a equipa são responsáveis pelas admissões e altas, em que os doentes admitidos são da total responsabilidade da equipa da unidade, que no entanto devem trabalhar em conjunto com o médico assistente. Em Portugal e na Europa, a gestão das UCI na sua maioria ocorre sob a forma fechada. Quanto ao tipo de utentes, as UCI classificam-se em médicas e cirúrgicas, recebendo doentes destes foros. Podem ainda ser polivalentes e monovalentes, quando se encontram agregadas a uma especialidade (DGS, 2003).

1.3-O ENFERMEIRO NA UCI

A evolução das unidades de cuidados intensivos tem proporcionado melhores

condições para os doentes e para os profissionais de saúde aquando da prestação de cuidados, contudo, a exigência para com esses profissionais de saúde também tem sido crescente, necessitando essas unidades de profissionais cada vez mais especializados, que possam dar uma resposta adequada às diversas situações que vão surgindo no dia-a-dia. Trabalhar numa unidade de cuidados intensivos “exige atenção constante de enfermeiros que sejam responsáveis, com uma perceção positiva e realista de si mesmos.” (Nonato et al, 2014: 1905)

Aragão (2012) refere que trabalhar numa unidade de cuidados intensivos exige aos enfermeiros um esforço suplementar para superar o cansaço físico e mental de modo a não diminuir a atuação esperada e assim não colocar em risco a vida do doente.

O ambiente especializado da Unidade de Cuidados intensivos obriga que o profissional que aí presta cuidados, tenha determinadas características, no sentido de atender aos requisitos do cuidado que se processa neste local, marcado pela presença de aparatos tecnológicos. Contudo, a tecnologia existente tem de ser complementada com o saber prático e científico. A tecnologia comporta em si um saber, enquanto fruto de uma produção da ciência, o qual precisa ser articulado a outros conhecimentos para que se alcance o uso apropriado no cuidado ao doente (Silva & Ferreira, 2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.1), “ a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. A DGS (2003) refere que a Medicina Intensiva, é uma área que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas tais que apresentam risco ou falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis, e tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, tratar a doença e criar qualidade de vida. De referir que as UCI's assentam num propósito contínuo de ações e procedimentos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados em função das necessidades do doente, 24h por dia (DGS, 2003)

Assim os cuidados de enfermagem ao doente crítico são contínuos, e específicos nas respostas às necessidades afetadas e funções vitais em risco, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos enfermeiros, 2011).

O enfermeiro, independente do diagnóstico ou do contexto clínico, deve estar apto a cuidar de todos os doentes e, ao cuidar de doentes internados em UCI's, o enfermeiro e sua

equipa defrontam-se, constantemente, com o binómio vida/morte e, devido às características tecnológicas e científicas desse local, faz-se necessária a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade, fundamental para manter a vida do ser humano (Martins et al, 2009).

O papel do enfermeiro nestas unidades passa por obter a história do doente, fazer exame físico, executar tratamentos, monitorização dos diversos sistemas orgânicos através de intervenções específicas, aconselhar e ensinar a manutenção da saúde e, orientar os doentes para a continuidade do tratamento. Para além disso, devem ainda, aliar à fundamentação teórica o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, maturidade e estabilidade emocional (Hudak, Gallo, 2007).

Dentro de uma unidade de cuidados intensivos os cuidados prestados aos doentes estão, na maioria das vezes, dependentes de alta tecnologia tanto para tratar, apoiar ou monitorizar. Gerir equipamentos como bombas infusoras, ventiladores ou por exemplo máquinas de diálise, torna os cuidados inerentes a uma unidade de cuidados intensivos mais complexos. (Tunlindet al, 2015). É necessário que o enfermeiro tenha a capacidade para lidar com situações complexas, ser rápido e preciso além de saber definir prioridades. (Celestino & Ferreira, 2012)

Dois fatores que se destacam em relação aos cuidados aos doentes críticos são os custos crescentes da assistência à saúde e à necessidade de dados precisos sobre a gravidade e prognóstico, possibilitando a tomada de decisões precisas por parte dos familiares e equipa multidisciplinar de saúde (Elias et al, 2006). A gravidade do estado clínico é a principal característica de um doente internado em UCI, e a mensuração dessa gravidade é um desafio constante.

Assim, conhecer as intervenções terapêuticas a que os doentes críticos são submetidos torna-se necessário não só para fundamentar e planear a assistência de enfermagem em UCI, como também para fazer a previsão de recursos materiais e humanos com vista à melhoria dos cuidados prestados.

A necessidade de classificar os doentes, tem desenvolvido uma variedade de escalas que permitem calcular a carga de trabalho da equipa de enfermagem e, desta forma, tornar possível obter o número adequado e ideal de enfermeiros que assegure a qualidade e adequação do custo/benefício (Santos et al, 2010).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos, as situações vividas no cuidado ao doente crítico permitem mensurar a gravidade da doença crítica e, também, relacioná-la às intervenções necessárias no seu tratamento e/ou recuperação (Fortis et al, 2004). Atualmente,

a mensuração da gravidade dos doentes internados em UCI, pode ser obtida por meio de instrumentos de medida objetivos, os quais são definidos como classificações numéricas relacionadas a determinadas características apresentadas pelos doentes e que proporcionam meios para avaliar, inclusive, a probabilidade de mortalidade e morbidade resultante de um quadro patológico.

O prognóstico, ou previsão do grau de recuperação do doente crítico é bastante variável mas certamente proporcional à gravidade da patologia que levou à admissão em UCI (Fortis et al, 2004). A severidade da doença tem sido aferida de diversas formas, mais efetivamente por meio de índices de gravidade que procuram estimar a gravidade da doença.

1.4-CARGA DE TRABALHO

Além de toda a responsabilidade que tem um enfermeiro que trabalha numa UCI, não só relacionada com a tecnologia utilizada e com a gravidade dos doentes, o horário de trabalho também se revela determinante. Um horário excessivo condiciona também a atuação dos mesmos. Os profissionais de enfermagem que trabalham numa UCI e se submetem a carga horária excessiva de trabalho apresentam níveis elevados de stress psicológico, o que conduz a uma diminuição da sua capacidade de atuação, aumento dos níveis de stress e início de sintomas relacionados com o síndrome de ‘burnout’ (Aragão, 2012). Segundo a Ordem dos enfermeiros na sua norma para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, publicada em Diário da República em 2 de Dezembro de 2014 as “cargas de trabalho elevadas conduzem a insatisfação, desmotivação e “burnout” dos profissionais, bem como colocam em causa a qualidade exigida por cada cidadão na prestação de cuidados de saúde” (2014:10).

Por si só o trabalho de enfermagem possui a características especiais pois lida diariamente com o sofrimento dos outros, necessita de estabelecer relações interpessoais e tem rotinas de trabalho que envolvem muitas vezes a vertente emocional e psicológica. O facto de existir um grande aparato tecnológico que necessita de um controle direto e de conhecimentos específicos, leva a que a prestação de cuidados, desenvolvida pelos profissionais nesse ambiente, necessite de deve ser segura e livre de erros, aumentando assim os níveis de stress dos enfermeiros. (Filgueira et al, 2014) Além do ambiente de trabalho com constante risco, da carga horária excessiva, por vezes da falta de recursos humanos e materiais não se pode deixar de considerar que o trabalho por turnos é também um fator condicionante para o enfermeiro pois dificulta a gestão da sua vida profissional com a vida familiar e social. (Cruz

& Machado, 2012)

Para o enfermeiro, trabalhar numa UCI requer, por um lado, intervenções rápidas, por outro não existem dúvidas que é um espaço naturalmente mobilizador de emoções e sentimentos que frequentemente se expressam de forma muito intensa. Ser enfermeiro numa UCI envolve a realização de um trabalho permeado por ambiguidades, onde estão presentes tanto aspetos limitantes como gratificantes. Ser responsável por pessoas, como no caso dos enfermeiros, obriga a uma maior interação, aumentando a probabilidade de ocorrência do stress por conflitos interpessoais. (Francine, 2008)

Como referem Ferrareze et al, (2006), não há dúvidas que a maioria dos enfermeiros sente prazer ao cuidar de doentes graves mas, ao mesmo tempo experiencia angústias intensas pelo facto de terem que realizar um grande número de procedimentos complexos, manipular inúmeros equipamentos e realizar todas as Actividades com iniciativa, rapidez e livre de qualquer erro, pois isso poderia implicar a morte do doente. Outro facto que possivelmente contribui para o desgaste dos profissionais é o facto do ritmo de trabalho ser bastante intenso e imprevisível pois, a qualquer momento existe a possibilidade de agravamento da situação do doente.

A Enfermagem é uma profissão desgastante, pois para além de cargas de trabalho elevadas, os enfermeiros têm uma vida social que nem sempre é compatível com os horários da sociedade comum. A nível hospitalar, a enfermagem está presente 24 horas por dia, 7 dias por semana e 365 dias por ano, ou seja, os enfermeiros em horários rotativos por turnos, privam-se da família, fim-de-semana, ocasiões festivas...e o reconhecimento de todo o esforço é pouco. Desta forma, segundo Carayon e Gurses (2008, citado por Hughes 2008), é importante monitorizar os níveis de carga de trabalho, bem como a sua satisfação profissional, para que desempenhem as suas funções com os níveis de qualidade que lhe são exigidos. De acordo com estes autores a avaliação e mensuração da carga de trabalho de enfermagem pode ser realizada quanto: à carga de trabalho do serviço, carga de trabalho de enfermagem efetiva, carga de trabalho atribuída ao doente e carga de trabalho relacionada com o contexto/situação. A relacionada com o serviço é a mais usual, apoia-se no rácio enfermeiro/utente e permite comparar diferentes unidades/serviços relativamente a dotação de pessoal e ‘outcomes’ dos doentes. Tem como limitação não incluir as características do serviço e o contexto em que decorre a prestação de cuidados. A relacionada com o trabalho de enfermagem efetivo corresponde ao tipo de trabalho desempenhado pelos enfermeiros, ou a especialidade em que se desenrola a prestação. É um método apropriado para comparar a carga de trabalho de

enfermagem entre diferentes especialidades ou serviços ou entre diferentes categorias de profissionais de enfermagem. Quanto à carga de trabalho atribuída ao doente, esta apoia-se na situação clínica do mesmo, relacionando-se exclusivamente com as intervenções terapêuticas prestadas ao utente. Um instrumento utilizado em Portugal para avaliar este tipo de carga de trabalho é o Therapeutic Intervention Scoring System – TISS28. A carga de trabalho relacionada com o contexto/situação é mais abrangente e veio da necessidade de colmatar as lacunas dos anteriores. Além do rácio e do estado clínico do doente são consideradas as características do serviço.

1.5-DOTAÇÕES EM UCI

Segundo a OMS (2006) é importante refletir sobre a dotação de pessoal de enfermagem existente nas UCI. Os gastos com a saúde aumentaram, e a população encontra-se cada vez mais envelhecida. Uma população envelhecida exige mais horas de cuidados de saúde pela tendência pela multimorbilidade, pela gravidade e cronicidade das patologias associadas à idade e pela maior dependência dos idosos nas suas atividades de vida. Os avanços tecnológicos ocorrem continuamente, mas para aceder a essa tecnologia de ponta, são necessários grandes investimentos, o que aumenta ainda mais os encargos com o sector da saúde.

Por dotação de pessoal, entende-se segundo Giovannetti (1978, citado em McGillis H., 2005: 2) “(...) as quantidades e tipos de pessoal necessários para a prestação de cuidados a doentes ou clientes. “.

No entanto, as dotações vão para além das quantidades, nomeadamente carga laboral, ambiente de trabalho, complexidade dos doentes, nível de qualificação dos enfermeiros, eficiência e eficácia em termos de custo e ligação aos resultados dos doentes e de enfermagem (ICN, 2006). A mesma entidade refere que dotações seguras, significa em qualquer momento estarem disponíveis, a quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada dos níveis de competência, para que se possa assegurar, que se vai de encontro às necessidades de cuidados dos doentes, e que são mantidas as condições de trabalho isentas de riscos.

As dotações seguras, refletem a manutenção da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização. Uma adequada dotação de pessoal, é benéfica tanto para a instituição como para os profissionais e utentes. Tendo em conta ao elevado peso que a equipa de enfermagem representa no orçamento de uma UCI, dizer que a equipa que a compõe é insuficiente, apresenta-se como

um desafio para qualquer enfermeiro gestor. Contudo, uma insuficiente dotação de pessoal pode conduzir a gastos bem mais elevados do que a admissão de mais elementos para a equipa (ICN, 2006).

Blegen, Goode e Reed (1998) descrevem uma relação direta entre as dotações seguras e a recuperação dos doentes ao constatarem que a combinação entre maior número de enfermeiros e de competências correspondia a uma menor incidência de erros de medicação e de úlceras de pressão, assim como, a uma maior satisfação dos doentes.

Na mesma linha de pensamento, Personet al. (2004) verificaram que doentes tratados em ambientes com dotações mais elevadas de enfermeiros tinham uma menor probabilidade de morrer durante o internamento, estabelecendo uma relação inversa entre a mortalidade e o número de enfermeiros, ou seja uma maior incidência de enfermeiros por turno leva a uma menor taxa de mortalidade.

Deste modo, torna-se importante repensar nas dotações dos serviços, adequando os recursos às necessidades dos utentes, garantindo a sua segurança. De acordo com o ICN (2006: 15)

“As dotações seguras mostram repetidamente contribuir para melhores resultados dos doentes, o que, em última instância, se manifesta em custos reduzidos de saúde para os indivíduos, as famílias e as comunidades e em receitas aumentadas de impostos, uma vez que os doentes regressam à força de trabalho ativa.” e que “ (...) países com um fornecimento amplo de profissionais de saúde têm melhores indicadores de saúde.” (2006: 17).

Um dos maiores obstáculos às dotações seguras, segundo Spetz (2005) relaciona-se com o fato de os hospitais receberem poucos benefícios em aumentar a qualidade dos cuidados, mas o resultado disso pode-se traduzir em gastos elevados, ou seja, ainda que o aumento das dotações de enfermeiros possam beneficiar os cuidados aos utentes, os custos associados a mais contratualizações de enfermeiros ultrapassam os ganhos para as instituições. Mas tendo em conta outras fontes de custos, tais como, absentismo, morbidade e mortalidade elevadas, o custo associado a novas contratualização pode ser mais rentável.

Como foi referido anteriormente, segundo Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2014), relativamente à dotação de pessoal para as UCI, recomenda-se que no mínimo deverá existir um enfermeiro por cada duas camas. E a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos classifica as UCI em três níveis de cuidados e é ainda hoje, adotada pela Direção Geral de Saúde em Portugal.

Para cálculo da dotação de enfermeiros deve atender-se à norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem (2014) em relação aos rácios

enfermeiro/doente:

- Nível I, com uma relação de 1/3;
- Nível II, com uma relação de 1/1,6;
- Nível III, com uma relação 1/1.

1.6- O TISS-28

As escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem são uma ferramenta de gestão importante em cuidados intensivos, sendo o TISS-28 uma das mais utilizadas.

As primeiras unidades de cuidados intensivos eram salas, inseridas num serviço, apetrechadas com material sofisticado, vocacionadas para o doente em estado crítico, e os profissionais de saúde encontravam-se a prestar assistência global ao serviço e não especificamente à unidade. Com o decorrer do tempo, essas salas transformaram-se em serviços independentes e os profissionais começaram a ter formação específica e a prestar assistência apenas na unidade. Os horizontes da enfermagem foram alargados e começou-se a falar sobre carga de trabalho, rácio enfermeiro/doente e índices de gravidade (Pinto e Pires, 2009). Foi neste âmbito que surgiu o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), em 1974, descrito por Cullen (1974), com o objetivo de introduzir na prática clínica a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em Medicina Intensiva relacionando-o com a gravidade de doença (Miranda, 1997).

Ao longo do tempo este instrumento foi atualizado, adaptado a populações específicas e simplificado, mas a sua filosofia original manteve-se inalterada, sendo que, a maior gravidade do utente está relacionado com um maior número de intervenções terapêuticas e consequentemente uma maior carga de trabalho.

A equipa de enfermagem desempenha na UCI atividades de colaboração e autónomas. As autónomas compreendem o conjunto de funções deliberadas que a enfermeira exerce e que executa pela sua formação e julgamento, sem a intervenção da prescrição médica. As de colaboração relacionam-se com o papel em que a enfermeira na assistência ao médico, executando ações que este prescreve (Phaneuf, 2001).

O TISS descreve e seleciona um conjunto dessas atividades, reportando-as como intervenções terapêuticas. O critério para a seleção dessas atividades foi a sua relação com a gravidade da doença (Miranda, Riji, & Shaufeli, 1996).

O Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) é um índice que permite

relacionar intervalos de gravidade do quadro do doente crítico com sua sobrevivência. E recentemente também tem sido usado para avaliar a carga de trabalho realizado pela equipa de enfermagem (Padilha et al, 2007). É baseado na premissa de que, independente do diagnóstico, quanto mais procedimentos e intervenções, o doente recebe, maior a gravidade da doença e, conseqüentemente, maior tempo despendido pela enfermagem para tal atendimento (Miranda, 1997).

Os índices de gravidade estão cada vez mais divulgados e utilizados em UCI's. Por meio destes é possível realizar vários tipos de análises: estratificar doentes de acordo com a gravidade da doença e prognóstico; acompanhar a evolução e a resposta do doente à terapêutica instituída; comparar a evolução de doentes semelhantes submetidos a tratamentos diversos; avaliar o desempenho da UCI; comparar mortalidade observada e esperada; e avaliar (de modo indireto) a relação custo/benefício de determinados procedimentos para doente em várias fases da doença (Padilha et al, 2009)

O TISS-28 tem-se destacado como um sistema que classifica a gravidade do paciente, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem utilizados. Não é usado para prognosticar sobrevida, no entanto tem-se observado, na prática clínica diária, a associação entre o óbito e a pontuação elevada do score TISS. Para além disso é um score que avalia a carga de trabalho da equipa de enfermagem e, desse modo, é instrumento de grande valia na prática clínica. Além de ser uma ferramenta de gestão em enfermagem, é aceite internacionalmente e deste modo confere credibilidade às discussões administrativas junto da direção do hospital sobre o número de pessoal necessário para prestar uma boa assistência e cuidados seguros ao doente em Cuidados Intensivos (Guimarães et al, 2010).

Como foi referido anteriormente, o TISS-28 foi desenvolvido por Cullen em 1974 e simplificado por Miranda et al em 1996, e é um sistema que classifica indiretamente a gravidade dos doentes tendo por base as intervenções terapêuticas a que os mesmos são submetidos. O instrumento é constituído por 7 categorias (Actividades Básicas, Suportes Ventilatório, Cardiovascular, Renal, Neurológico, Metabólico e Intervenções Específicas) e respetivos itens, que no conjunto perfazem um total de 28.

O TISS-28 começou inicialmente com 57 pontos de verificação, tendo sido atualizado, em 1983, e alterado para 76 pontos (Pinto e Pires, 2009). Com o intuito de tornar este índice mais simples e ajustado à aferição da carga de trabalho de enfermagem e facilitar a sua utilização prática, Reis Miranda (Miranda; Rijk; Schaufeli, 1996), em 1996, procedeu à

simplificação do índice. Foi então reduzida a sua composição para 28 itens, subdivididos em sete categorias de intervenção terapêutica (Silva & Sousa, 2004).

A pontuação obtida através deste instrumento, veio permitir estimar as intervenções mediante a gravidade apresentada pelos doentes, assim como avaliar e dimensionar a carga de trabalho de enfermagem na UCI (Padilha et al, 2005). Assume-se que cada ponto obtido consome cerca de 10,6 minutos de tempo de trabalho de um enfermeiro na assistência a um doente crítico. Cada item do TISS-28 é pontuado tendo em conta a tabela (Tabela 1) abaixo.

Tabela 1-Simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28)

Tiss-28	Pontos Classificáveis
Atividades básicas	
Monitorização básica - Sinais vitais horários, cálculo e registo do balanço hídrico.	5
Análises - testes bioquímicos ou microbiológicos, incluindo gasometrias.	1
Medicação única - Qualquer tipo de medicamento administrado EV ou por SNG.	2
Medicação múltipla EV- mais de um fármaco, em bólus ou perfusão contínua	3
Mudança roupa simples - Cuidados e prevenção de decúbito e mudança diária de pensos	1
Mudança roupa complexa - Pensos frequentes e/ou cuidados importantes a feridas.	1
Drenagens - Qualquer tipo de drenagens exceto sonda nasogástrica	3
Suporte respiratório	
Ventilação artificial - Qualquer forma de ventilação mecânica/assistida, com ou sem PEEP, com ou sem relaxantes musculares.	5
Suporte ventilatório - Respiração espontânea por tubo endotraqueal ou traqueostomia com suplementação de oxigénio.	2
Cuidados de via aérea - Tubo endotraqueal ou traqueostomia.	1
Medidas suporte função pulmonar- Fisioterapia respiratória, espirometria incentiva, terapêutica inalatória, aspiração endotraqueal sem tubo traqueal ou traqueostomia	1
Suporte cardiovascular	
Fármaco vasoativo único - Qualquer fármaco vasoativo em perfusão contínua EV	3
Fármacos vasoativos múltiplos - Mais de um fármaco vasoativo em perfusão contínua EV independentemente do tipo ou da dose	4
Substituição de volume - Substituição EV de grande quantidade de perdas de fluidos (>3l/m ² /dia aproximadamente>4.5L/dia), independentemente do tipo de fluido administrado.	4
Linha arterial periférica	5
Monitorização hemodinâmica - Cateter de Swan-Ganz, com ou sem medição do débito cardíaco	8
Cateter venoso central	2
Ressuscitação cardiorrespiratória - Nas 24 horas precedentes	3
Suporte renal	
Técnicas dialíticas	3
Monitorização débito urinário - Através de cateter urinário	2
Diurese forçada - Diurese ativa (por exemplo furosemida) associado com sobrecarga hídrica	3
Suporte neurológico	
Monitorização da Pressão intracraniana	4
Suporte metabólico	
Tratamento alcalose/acidose metabólica complicada	4
Alimentação parentérica	3
Alimentação por SNG	2
Intervenções específicas	
Intervenção específica única na UCI- Tal como entubação endotraqueal, pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de urgência nas 24 horas precedentes, lavagem gástrica	3
Intervenção específica múltiplas UCI- Mais de uma das precedentes	5
Intervenções específicas fora da UCI- Procedimentos diagnósticos ou cirurgia	5

Notas:

- 1-“Medicação e.v. múltipla” exclui “Medicação e.v. única”
- 2-“Ventilação mecânica” exclui “Suporte ventilatório”

3-“Farmacos vaso ativos múltiplos” exclui “Fármaco vaso ativo único”

4-“Intervenções específicas múltiplas na UCI” exclui “Intervenção específica única na UCI”

Na aplicação prática, têm existido dúvidas relacionadas à definição de alguns itens do instrumento, o que motivou a elaboração de uma descrição mais pormenorizada Padilha (2005). Descrição essa que é exposta na tabela 2, apresentam-se as definições operacionais padronizadas.

Tabela 2-Descrição das intervenções (TISS 28), adaptado de Padilha (2005)

<i>Dimensão</i>	<i>Definição das intervenções</i>
Actividades Básicas	<p>Monitorização básica - sinais vitais horários, cálculo e registo do balanço hídrico Aplica-se ao doente que, em qualquer período das 24 horas, tenha recebido controlo de algum parâmetro vital continuamente ou pelo menos a cada uma hora e cálculo do balanço hídrico, pelo menos a cada 24 horas.</p> <p>Análises - testes bioquímicos e microbiológicas, incluindo gasometrias Aplica-se ao utente submetido a qualquer teste bioquímico ou microbiológico, independente da quantidade, realizados em laboratório ou na UCI.</p> <p>Medicação única - Qualquer tipo de medicamento administrado EV ou por SNG. Considera-se a quantidade de fármacos e não a frequência de administração. Não se aplica como fármaco EV o soro de manutenção.</p> <p>Medicação múltipla EV - mais de um fármaco, em bólus ou perfusão contínua Inclui os doentes que receberam dois ou mais fármacos por via endovenosa. Considera-se a quantidade de fármacos e não a frequência de administração. Não se aplica como fármaco EV o soro de manutenção.</p> <p>Mudança roupa simples - Cuidados e prevenção de decúbito e mudança diária de pensos Aplica-se ao doente que recebeu uma ou duas realizações de pensos, independente do número de locais e do tipo de penso, ou que recebeu qualquer intervenção de prevenção de úlcera de pressão.</p> <p>Mudança roupa complexa - Pensos frequentes e/ou cuidados importantes a feridas Aplica-se ao doente que recebeu um mínimo de três realizações de troca de pensos, independente do número de locais e do tipo de penso ou pelo menos uma troca de penso de ferida extensa.</p> <p>Drenagens - Qualquer tipo de drenagens exceto sonda nasogástrica Aplica-se ao doente que esteja com qualquer sistema de drenagem instalado. Inclui sonda vesical e exclui sonda nasogástrica (SNG).</p>
Suporte Respiratório	<p>Ventilação artificial - Qualquer forma de ventilação mecânica/assistida, com ou sem PEEP, com ou sem relaxantes musculares. Aplica-se ao doente em uso de aparelho de ventilação mecânica de modo contínuo ou intermitente, em qualquer modalidade, com ou sem tubo endotraqueal (CPAP, BPAP “Desmame”).</p> <p>Suporte ventilatório - Respiração espontânea por tubo endotraqueal ou traqueostomia com suplementação de oxigénio. Aplica-se ao utente em respiração espontânea, com ou sem traqueostomia ou tubo endotraqueal, que tenha recebido suplementação de oxigénio por qualquer método, excluindo-se aqueles os métodos que dependem de aparelho de ventilação. Nestes casos o doente pontua no item anterior.</p> <p>Cuidados de via aérea - Tubo endotraqueal ou traqueostomia. Aplica-se ao doente com tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia.</p> <p>Medidas suporte função pulmonar- Fisioterapia respiratória, espirometria incentiva, terapêutica inalatória, aspiração endotraqueal sem tubo traqueal ou traqueostomia Aplica-se ao doente que tenha recebido qualquer tratamento para a melhorar a função pulmonar, realizado em qualquer frequência. Inclui exercícios respiratórios com aparelho.</p>

<p>Suporte Cardiovascular</p>	<p>Fármaco vasoativo único - qualquer fármaco vasoativo em perfusão contínua EV Aplica-se ao doente que tenha recebido somente um fármaco vasoativo, independente do tipo de dose (noradrenalina, dopamina, dobutamina, etc.) Fármacos vasoativos múltiplos - mais do que um fármaco vasoativo em perfusão contínua EV independentemente do tipo ou da dose Aplica-se ao doente que tenha recebido dois ou mais fármacos vasoativos, independente do tipo e da dose (noradrenalina, dopamina, dobutamina, etc.) Substituição de volume - Substituição EV de grande quantidade de perdas de fluidos (>3l/m²/dia aproximadamente>4.5L/dia), independentemente do tipo de fluido administrado. Aplica-se ao doente que tenha recebido quantidade maior do que 4,5 litros de solução por dia, independente do tipo de fluido administrado. Linha arterial periférica Aplica-se ao doente que tenha usado um ou mais cateteres em artéria periférica. Monitorização hemodinâmica - Cateter de Swan-Ganz, com ou sem medição do débito cardíaco Aplica-se ao doente que tenha usado cateter na artéria pulmonar. Cateter venoso central Aplica-se ao utente com um ou mais cateteres em veia venosa central. Ressuscitação cardiorrespiratória nas 24 horas precedentes Aplica-se ao doente que tenha tido PCR e recebido medidas de reanimação, excluindo murro pré cordial.</p>
<p>Suporte Renal</p>	<p>Técnicas dialíticas Aplica-se ao doente que tenha recebido qualquer tipo de procedimento dialítico, intermitente ou contínuo. Monitorização do débito urinário - através de cateter urinário Aplica-se ao doente com controlo de diurese, com ou sem algum tipo de cateter urinário. Diurese forçada - diurese ativa (por exemplo furosemida) associado com sobrecarga hídrica Aplica-se ao doente que tenha recebido qualquer fármaco para estimular a produção de urina (Furosemida, Manitol, Aldactone, etc.)</p>
<p>Suporte Neurológico</p>	<p>Monitorização da pressão intracraniana Aplica-se ao doente que mantém artefactos para monitorização da PIC.</p>
<p>Suporte Metabólico</p>	<p>Tratamento da alcalose/acidose metabólica complicada Aplica-se ao doente que recebeu fármaco específico para a correção de acidose ou alcalose metabólica. Alimentação parentérica Aplica-se ao doente que recebeu perfusão venosa central de substâncias com a finalidade de suprir as necessidades nutricionais. Alimentação através de SNG Aplica-se ao doente que recebeu substâncias com a finalidade de suprir as necessidades nutricionais, através de sonda, por qualquer via do trato gastrointestinal.</p>
<p>Intervenções Específicas</p>	<p>Intervenção específica única na UCI- Tal como entubação endotraqueal, pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de urgência nas 24 horas precedentes, lavagem gástrica Aplica-se ao doente submetido a uma única intervenção diagnóstica ou terapêutica, entre as listadas, realizada dentro da UCI. Intervenções específicas múltiplas na UCI - mais do que uma das precedentes Aplica-se ao doente submetido a duas ou mais intervenções diagnósticas ou terapêuticas, entre as listadas, realizadas dentro da UCI. Intervenções específicas fora da UCI - procedimentos diagnósticos ou cirurgia Aplica-se ao doente submetido a uma ou mais intervenções diagnósticas ou terapêuticas realizadas fora da UCI.</p>

O preenchimento do TISS-28 em forma de tabela/formulário é efetuado junto do doente, pela equipa de enfermagem da UCI, e refere-se a um período mínimo de internamento de 24h por doente, mediante a observação direta e consultando os resultados dos vários meios de suporte disponíveis, permitindo o correto preenchimento da mesma.

Assim, a sua execução é diária e da responsabilidade do enfermeiro que tem o utente a seu cargo, sendo efetuada no início do turno da noite, logo a partir das 24 horas, com base nos cuidados e procedimentos efetuados nas últimas 24 horas. Este procedimento poderá variar de UCI para UCI (Padilha et al, 2005).

Os 28 itens são analisados diariamente, permitindo a obtenção de um perfil evolutivo do doente crítico, por meio da pontuação e da classificação da gravidade. Não é usado para efetuar prognósticos de sobrevida, mas pode auxiliar na avaliação evolutiva do agravamento clínico do doente (Elias et al, 2006).

Após a atribuição dos pontos efetua-se a sua soma e a classificação numérica obtida, é o score do TISS-28 desse doente.

De acordo com Moreno, R (2000b), um enfermeiro experiente, no seu turno de 8 horas, desenvolve cerca de 46 pontos. A divisão entre a pontuação total dos doentes internados em UCI e o valor tido como razoável para um enfermeiro experiente, permite estimar o número de enfermeiros necessários na UCI (Dias, 2010). A soma da pontuação das camas (Score TISS-28), da capacidade instalada na UCI, permite estabelecer um índice, que é obtido através da razão entre a soma dos pontos das várias camas da UCI, por 46. O denominador representa os pontos atribuídos a um enfermeiro com experiência e formação adequada, que corresponde a 46 pontos por turno de 8 horas.

Assim:

$$\text{N}^\circ \text{ enfermeiros} = (\text{Soma da pontuação das camas da UCI}) / 46.$$

Uma vez estabelecido este índice, correlacionando-o com as classes de Cullen, isto é com a gravidade da doença crítica, o TISS-28, permite estabelecer as necessidades do serviço em recursos de enfermagem (Dias, 2010).

Dependendo do número total de pontos obtidos, os pacientes são classificados em quatro grupos conforme a necessidade de vigilância e de cuidados intensivos (Pinto e Pires, 2009), como mostra a Tabela 3.

As classes de Cullen, num total de quatro, ajudam também a compreender o grau de vigilância necessário bem como a necessidade de cada doente permanecer internado na UCI.

Tabela 3- Classes de Cullen, adaptado de Pinto e Pires (2009)

Classe I	Até 9 pontos
Classe II	De 10 a 19 pontos
Classe III	De 20 a 39 pontos
Classe IV	Acima de 39 pontos

As classes de Cullen possibilitam a hierarquização dos doentes por tipo de doente e grau de gravidade. O primeiro grau (classe I) identifica doentes com menos de 10 pontos que não necessitam de estar na UCI. O segundo grau de gravidade (classe II) reporta a doentes entre os 10 e os 19 pontos, onde existe a indicação de encaminhamento para a UCI. O terceiro grau de gravidade (classe III) para doentes que, pontuando entre os 20 e 39 pontos, requerem assistência intensiva. O quarto grau de gravidade (classe IV) é definido para doentes com mais de 39 pontos, que apresentam uma indicação compulsiva para o recurso à UCI (Pinto e Pires, 2009)

Em Portugal, o TISS-28 é um instrumento amplamente disponível, validado e aplicado em UCIs portuguesas, tal como em UCIs de todo o mundo, e que transforma as atividades de enfermagem em tempo de trabalho (Severino, R. et al 2010). A Direção Geral de Saúde usa o TISS-28 como critério de valorização da avaliação da qualidade de serviços de cuidados intensivos, daí a sua elevada importância como instrumento de gestão dos recursos de enfermagem (DGS, 2003).

Pinto e Pires (2009) referem ainda que este instrumento permite estimar a gravidade da doença, tendo algum valor prognóstico de mortalidade e através do somatório dos pontos atribuídos às intervenções terapêuticas é possível estratificar os doentes pelas classes de Cullen, ajudando a compreender o grau de vigilância necessário e a necessidade de internamento em UCI.

Queijo, A. F. (2002) classifica-o como um método de avaliação da carga de trabalho fiável, pois considera a especificidade de cada doente em relação à gravidade e permite uma comparação de carga de trabalho entre cada doente ou grupo de doentes; e tem uma fácil e rápida aplicabilidade, necessitando de poucos recursos para a sua implementação.

Mas tal como os restantes, este método de avaliação da carga de trabalho também tem limitações. Segundo Severino, R. et al (2010), embora a carga de trabalho de enfermagem, e o tipo e frequência das intervenções estejam relacionadas com a gravidade da doença crítica, muitas das atividades de enfermagem não estão necessariamente relacionadas com esta gravidade. Este autor refere ainda que os enfermeiros despendem apenas 43,3% do seu tempo

a desempenhar as intervenções contempladas pelo TISS-28, ficando assim uma grande percentagem de trabalho de enfermagem por contabilizar. As variáveis do contexto (comunicação, acondicionamento de materiais, entre outras) também não são contempladas; demonstra pouca sensibilidade para Actividades de enfermagem autónomas e não é sensível a picos de carga de trabalho.

Contudo, é um método de avaliação da carga de trabalho fiável, pois considera a especificidade de cada doente em relação à gravidade e permite uma comparação de carga de trabalho entre cada doente ou grupo de doentes; e tem uma fácil e rápida aplicabilidade, necessitando de poucos recursos para a sua implementação (Queijo, A.F., 2002).

2-ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1- CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO:UCIDEM

A UCIDEM foi a primeira UCI polivalente criada em Portugal num Hospital Distrital, pelo Dr. Emílio Moreira, tendo entrado em funcionamento em 1977, e posicionada na ala esquerda do 4º piso do H.D.J.M.G.

Até 19 de Abril de 1994, a UCIDEM comportava cinco camas. Posteriormente sofreu obras de beneficiação, reabrindo em 29 de Junho do mesmo ano. A partir desta data passou a dispor de quatro camas equipadas com monitores informatizados que permitiam a visualização e registos de determinados parâmetros vitais. Passou também a dispor de uma central de telemetria, desfibrilhador, ventiladores de diversos tipos, gasómetros, bombas e seringas infusoras, ecocardiógrafo, electrocardiógrafo, máquinas de Hemofiltração e de técnicas de substituição renal contínuas, entre outro equipamento. E em 1995, começou a ter assistência médica permanente, que anteriormente era feita de forma intermitente, de acordo com a necessidade.

Em Fevereiro de 2004, este serviço foi transferido para o 2º piso, localizando-se junto do Serviço de Urgência, próximo do Laboratório de Sangue e do Serviço de Imagiologia, estreitando assim a proximidade entre estas valências. Em Julho de 2006, abriu também a Unidade de Cuidados Intermédios, com capacidade para cinco camas, mas entrando em funcionamento apenas duas, situação que se alterou em Fevereiro de 2008, abrindo mais duas camas. E em Junho de 2009, foi aberta a última cama para doentes que se encontram internados no Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre, que necessitam de terapias de substituição renal e que não se podem dirigir ao local habitual de tratamento (Diálise Crónica).

Cada unidade de alocação de Cuidados Intensivos está equipada com telemetria, rampa de vácuo e oxigénio, e ventilador. Nos Cuidados Intermédios, as cinco camas são dotadas de monitores de telemetria, rampa de vácuo e oxigénio, e ventilador em apenas duas, reservado para situações urgentes. Comum a estas duas salas são o uso de bombas e seringas

infusoras devidamente aferidas e standardizadas, e cada sala é detentora de uma central de telemetria, que se intercomunicam entre si.

Uma descrição das valências físicas da UCIDEM, inclui:

- Um posto administrativo á entrada do serviço;
- Dois vestiários por género, com casa de banho, param uso exclusivo dos funcionários da UCIDEM;
- Uma sala de despejos;
- Uma copa;
- Uma sala com antecâmara com posto de lavagem das mãos, para circulação exclusiva de visitas e familiares;
- Um gabinete Médico;
- Um gabinete de Enfermagem;
- Um armazém, onde se encontra a roupa limpa e material de consumo clínico em stock;
- Uma sala de trabalho, onde se realiza a passagem de turno da equipa de Enfermagem, com bancadas e armários, consumíveis clínicos e de farmácia, frigorífico de medicação e um gasómetro;
- Dois postos de enfermagem, um por sala (Intensivos e Intermédios), com a respetiva central de telemetria aferida a cada posto, e um computador para uso das aplicações clínicas em vigor na ULSNA e na UCIDEM, também por posto.
- Uma arrecadação, exterior ao serviço, onde ficam reservados e devidamente acondicionados equipamentos e material que não estejam em uso, mas que fica em localização de fácil acesso.

A UCIDEM recebe utentes portadores das mais diversas patologias, quer do foro cardiovascular, respiratório, neurológico e outros (ex.: choque séptico, diabetes mellitus descompensada, intoxicações medicamentosas e químicas, pós-operatórios complicados ou provenientes de cirurgia de alto risco, e recentemente trauma abdominal, trauma torácico, trauma das extremidades etc.) dos restantes serviços do Hospital de Portalegre, e de outros Hospitais. No entanto exclui os doentes de serviços de Neonatologia e Pediatria, pois não possui recursos humanos e materiais para prover a assistência adequada a estes doentes. Os doentes são transferidos da UCIDEM, sempre que se verifica que a unidade não dispõe de

meios adequados para responder e providenciar o melhor tratamento possível relativamente à situação clínica dos doentes, ou quando os doentes em causa, já não necessitam de cuidados intensivos/intermédios, sendo então transferidos para outras unidades de internamento.

2.1.1- Recursos Humanos

Presentemente, a equipa de enfermagem é constituída por 26 elementos, 25 dos quais em horário rotativo por turnos, à exceção de uma enfermeira e do atual Enfermeiro Chefe Artur Lopes que estão em horário fixo. Atualmente o serviço detém também na sua equipa 8 enfermeiras (os) com Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, de Reabilitação e Saúde Comunitária respetivamente.

De momento, a equipa médica é composta por 1 Nefrologista, 1 Pneumologista, 4 Anestesiastas, e 1 Internista, 1 cardiologista, 1 Cirurgião Geral e 2 Intensivistas, sendo o diretor deste serviço o Dr. Fernando Pádua, que assegura a assistência aos doentes no período da manhã e programa estratégias médicas com os restantes médicos da equipa. A UCIDEM conta ainda com o apoio de outros técnicos de saúde que, integrados em equipa multidisciplinar, prestam cuidados aos doentes internados na unidade, quando solicitados.

A equipa das auxiliares de ação médica, presentemente, é composta por 9 elementos em horário rotativo por turnos, e 1 elemento de horário fixo.

A UCIDEM possui ainda um administrativo em horário fixo permanente.

O método de trabalho utilizado na UCIDEM, é o do Enfermeiro responsável, baseado no processo de Enfermagem segundo o Modelo Teórico de Nancy Roper, adotado pela ULSNA.

A distribuição de trabalho é feita por turnos, onde são escalados 6 enfermeiros no turno da manhã, 4 na tarde e 4 na noite. O que corresponde a um rácio médio total das 24 horas, enfermeiro/doente para uma capacidade instalada de 27 camas (9 camas x 3 turnos), de 1/1,93 durante todo o ano. No entanto esse rácio não é equitativo, uma vez que o número de enfermeiros por turno não é o mesmo, assim por turno temos os seguintes rácios enfermeiro/doente:

- Manhã: 1/1,5
- Tarde: 1/2,25
- Noite: 1/2,25

De referir que a UCIDEM é uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Nível II onde coexistem algumas valências de Nível III. Segundo a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (DGS, 2003) e pela Ordem dos Enfermeiros (2014), de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis, as Unidades de Nível II: têm capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, etc.), pelo que deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior; e deve ter acesso permanente a médico com preparação específica.

3- METODOLOGIA

O presente trabalho segue a Metodologia de Projeto, e esta metodologia de investigação surge orientada para a resolução de problemas, capaz de reproduzir a realidade e de a transformar. Procura traduzir-se num ganho de capacidades e competências para elaborar e concretizar projetos em situação real (Ruivo et al., 2010).

Esta metodologia de investigação procura identificar no local do estágio, um problema ou oportunidade, sendo este o ponto de partida para o planeamento da intervenção, a sua execução e posterior avaliação. A utilização da metodologia de projeto, pela sua aproximação à realidade, permite a quem investiga compreender de forma mais profunda o contexto onde se insere, traduzindo-se por uma planificação e implementação mais direcionada para a realidade, produzindo conhecimento para as pessoas e com as pessoas implicadas com a prática (Nunes, Ruivo & Lopes, 2011).

A metodologia de projeto e de acordo com Ruivo et al. (2010) é:

- Intencional, desenvolve atividades para alcançar um produto final em função de objetivos pré-estabelecidos;
- Pressupõe iniciativa e autonomia, demonstrada pela capacidade de elaborar e pôr em marcha um projeto e pela necessidade de tomar decisões;
- Autêntico, porque tem origem num problema concreto;
- Complexo e incerto, pelo qual necessita de planeamento;
- Faseado e prolongado, decorre ao longo de um tempo determinado percorrendo diversas fases.

A metodologia de projeto pressupõe as seguintes fases: diagnóstico da situação; planeamento; execução; avaliação e a divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

3.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Como já referimos, o TISS-28 é um instrumento capaz de avaliar a gravidade do doente crítico, assim como, avaliar e medir a carga trabalho de enfermagem exigida por estes

(Padilha et al, 2005). No entanto é muitas vezes registado de forma rotineira e pouco compreendida.

O TISS-28 foi implementado na UCIDEM em 18 de Julho de 2014, sobe a norma de serviço NOR-10-UCI/HPortalegre. É aplicado diariamente pela equipa de enfermagem no turno da noite e registado em suporte informático (Excel). Contudo, os scores obtidos não traduzem a dotação de enfermeiros no serviço (estabelecida pela direção e chefe do serviço), não estando esta deste modo sujeita a alterações consoante a carga de trabalho e/ou necessidades do serviço, do mesmo modo que também não reflete a gravidade dos doentes críticos, uma vez que os dados ainda não foram trabalhados, nem interpretados.

Desta forma torna-se pertinente o estudo da temática da avaliação da carga de trabalho e a caracterização retrospectiva da gravidade dos doentes internados na UCIDEM, por forma a otimizar a utilização do instrumento de gestão implementado e propor melhorias futuras no âmbito da dotação dos enfermeiros de acordo com a carga de trabalho.

3.1.1– Recursos Envolvidos

Os elementos utilizados para a execução deste projeto, fui eu própria (Mestranda), o Professor Orientador (Sr. Prof. Dr. Adriano Pedro) e o Sr. Enfermeiro Chefe Artur Lopes.

Os recursos materiais utilizados foram os registos dos scores do TISS-28, e um computador (propriedade da mestranda) com o programa Microsoft Office Excel na versão 10, para efetuar a análise estatísticas dos dados.

Por forma a cumprir criteriosamente os princípios éticos e deontológicos que se impôs ao desenvolvimento deste trabalho, foi solicitada autorização para a utilização dos registos TISS-28 da UCIDEM (Anexo I e II).

3.2- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Competência, é a capacidade de mobilizar adequadamente os saberes ou conhecimentos previamente adquiridos e pressupõe o agir em situação, mobilizando nessa ação, de uma forma equilibrada e integrada, conhecimentos, capacidades, procedimentos e atitudes, o que determina melhor capacidade para pensar, fazer ou apreciar alguma coisa (Le Boterf, 2002). E os objetivos a atingir devem ser concretizáveis, mensuráveis, claros e objetivos.

Assim, definimos como objetivo geral:

- Desenvolver competências na área da Gestão de Unidades de Saúde, mais propriamente na utilização do instrumento de gestão TISS-28.

E como objetivos específicos:

- Avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros na UCIDEM, segundo o TISS-28.
- Verificar a prevalência das categorias de intervenções terapêuticas realizadas na UCI, segundo o TISS-28.
- Classificar a gravidade da doença crítica dos doentes admitidos na UCIDEM, segundo o TISS-28.

3.3- PLANEAMENTO e EXECUÇÃO

De modo a atingir os objetivos acima descritos, foram planeadas as seguintes estratégias e atividades seguindo o plano delineado:

Quadro 1- Planeamento de Estratégias/Atividades

<i>Estratégias</i>	<i>Atividades a Desenvolver</i>
1º Adquirir conhecimentos sobre o TISS-28	<ul style="list-style-type: none">• Efetuar pesquisa bibliográfica;• Consultar a Norma de Serviço “TISS-28” da UCIDEM;
2º Efetuar o levantamento de dados/scores do TISS-28.	<ul style="list-style-type: none">• Consultar os registos existentes no serviço em formato digital.
3º Efetuar o tratamento estatístico dos Scores TISS-28.	<ul style="list-style-type: none">• Importar e analisar os registos para a análise estatística ser realizada com a utilização do programa Microsoft Excel.• Aplicar critérios de inclusão e exclusão dos registos.
4º Avaliar a Carga de Enfermagem; a Gravidade da Doença Crítica e a Prevalência das Categorias de Intervenção.	<ul style="list-style-type: none">• Refletir sobre as conclusões encontradas neste estudo retrospectivo.• Propor sugestões de melhoria na aplicação do instrumento TISS-28.

A realização deste estudo descritivo, foi baseado na análise retrospectiva e longitudinal das avaliações do TISS-28 dos doentes internados na UCIDEM, e que nela permanecessem internados por um período mínimo de 24 horas. A amostra inserida no estudo foi composta por todos os registos TISS-28 observados e em suporte informático, entre 31 de Agosto de 2014 e 31 de Agosto de 2015, correspondendo a um período de 365 dias, na UCIDEM. Para uma melhor representação dos resultados obtidos e evitar enviesamentos, foram excluídos os dados referentes ao primeiro mês de utilização do instrumento após a sua implementação sob a norma NOR-10-UCI/HPortalegre de 18 de Julho de 2014, por corresponder ao período de adaptação da equipa de enfermagem ao instrumento.

Para a realização da colheita de dados utilizou-se os registos informáticos do instrumento TISS-28 relativos ao período temporal acima referido, tendo sido recolhidos e avaliados um total de 2248 ficheiros. De ressaltar que este número não corresponde ao número real de doentes internados nesta unidade durante este período de tempo, uma vez que após as 24 horas de permanência na unidade o doente é avaliado diariamente e assim o mesmo doente terá múltiplos registos com o instrumento TISS-28.

Após a recolha dos ficheiros, os dados foram armazenados numa base de dados criada no programa Microsoft Excel, sendo a análise dos dados realizada a partir desse programa, tendo em consideração a frequência em números absolutos e percentuais. Foram calculados Índices, Médias, Mínimos, Máximos, Carga de Trabalho, Prevalência das Intervenções, e Classes de Cullen.

Os registos TISS foram inseridos e analisados por dia, variando no mínimo de dois registos por dia (que se referem aos doentes críticos crónicos presentemente na UCIDEM), até a um máximo de 9 registos por dia, que se referem à capacidade instalada da UCI. Simultaneamente efetuou-se o registo das classes de Cullen de cada valor score TISS-28 também por dia.

Posteriormente foram analisados os registos um a um, para observação direta de erros de preenchimento, segundo as instruções do instrumento (ver Tabela 1), e foram excluídos 550 registos que continham um ou mais erros de preenchimento, ficando a amostra final em estudo com 1698 registos

Aquando da realização da recolha de dados foram também verificadas algumas falhas referentes aos registos do TISS-28, essencialmente omissão de registos. Essas omissões

corresponderam a falhas no sistema informático, o que não permitiu aos enfermeiros realizar o registo do TISS-28, por não estar disponível. Outra razão para a omissão de registos, prende-se com os dias de greve dos enfermeiros, em que na realização de cuidados mínimos não se enquadra a aplicação do instrumento TISS-28. Pelo que pela impossibilidade de análise destes registos, estes não foram contabilizados.

De acordo com o planeamento, a execução decorreu naturalmente ao longo do nosso percurso.

De seguida é apresentado o cronograma da realização das estratégias e atividades desenvolvidas no estágio, para atingir os objetivos propostos.

Quadro 2- Estratégias/Atividades Realizadas

Mês	Mês	Out. 2015	Nov. 2015	Dez. 2016	Jan. 2016	Fev. 2016	AVALIAÇÃO
Objetivo Geral	Objetivos Específicos						
<p>• Desenvolver competências na área da Gestão de Unidades de Saúde, mais propriamente na utilização do instrumento de gestão TISS-28.</p>	<p>• Avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros na UCIDEM, segundo o TISS-28.</p> <p>• Verificar a prevalência das categorias de intervenções terapêuticas realizadas na UCI, segundo o TISS-28.</p> <p>• Classificar a gravidade da doença crítica dos doentes admitidos na UCIDEM, segundo o TISS-28.</p>						<p>- Aquisição de novos conhecimentos</p> <p>- Esclarecimento de Dúvidas</p>
							<p>-Consultar os registos existentes no serviço; (formato digital).</p>
							<p>- Importação dos Registos para o programa Microsoft Excel versão 10.</p> <p>- Aplicação de critérios de inclusão e exclusão dos registos.</p> <p>- Análise estatística da amostra.</p>
							<p>- Apresentação dos Resultados</p> <p>- Principais Conclusões</p> <p>- Sugestões de Melhoria/Otimização do Instrumento TISS-28.</p>
							<p>AVALIAÇÃO</p> <p>- Redação e apresentação do Relatório</p>

Para uma melhor visualização dos resultados obtidos, estes serão apresentados e descritos sob a forma de tabelas e gráficos no capítulo 4 deste relatório.

3.4- AVALIAÇÃO

A avaliação é o momento de questionar o trabalho desenvolvido (Ruivo et al., 2010).

De acordo com Leite, Malpique e Santos (2001) a avaliação deve ser feita ao longo do percurso desenvolvido procurando contribuir para a elaboração da Avaliação Final.

A avaliação deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de sucesso na consecução de um objetivo, confrontando os objetivos e as estratégias ao nível da adequação (Tavares, citado por Pereira, 2011). A avaliação permitiu dar visibilidade ao trabalho realizado, tendo sido efetuada de forma contínua, permitindo a readaptação dos objetivos, comparando-se os objetivos inicialmente delineados e os objetivos alcançados.

Da análise do cumprimento dos objetivos propostos podemos concluir que foram alcançados, e que as estratégias delineadas foram adequadas. De salientar também que os recursos envolvidos foram suficientes para alcançar os objetivos.

A realização deste relatório foi marcada pela existência de algumas limitações que dificultaram a sua concretização, obrigando a um acréscimo de trabalho por forma a solucionar as dificuldades/limitações que foram surgindo.

As principais limitações que foram surgindo prenderam-se essencialmente com a parte informática. A primeira limitação com que nos deparámos foi relacionada com a forma de armazenamento do registo do TISS-28. Os dados referentes ao TISS-28 são registados e guardados no programa Microsoft Excel, dificultando assim a sua visualização e análise. Além disso, os computadores existentes na UCIDEM, e onde são realizados os registos referentes ao TISS-28 comportam o Libre Office como software, sendo então necessário guardar todos os ficheiros existentes num outro formato para que assim fosse possível a sua visualização.

Além das dificuldades a nível informático, deparamo-nos com algumas lacunas e omissões nos registos do TISS-28. Essas omissões relacionaram-se com dias em que o sistema informático falhou e não foi possível fazer o registo bem como a existência de greves dos enfermeiros, em que apenas são prestados os cuidados mínimos, não sendo então efetuado o registo do TISS-28.

Outra limitação com que nos deparámos relacionou-se com o facto de não existir

separação entre os cuidados intensivos e cuidados intermédios, ou seja, os ficheiros são todos guardados na mesma base de dados, independentemente dos doentes estarem internados nos cuidados intensivos ou intermédios, não possibilitando assim, perceber e adequar as necessidades das duas unidades de modo individualizado.

4- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar os resultados obtidos através dos dados recolhidos, realizando uma breve análise dos mesmos. Os dados serão apresentados em tabelas e gráficos.

A soma da pontuação das camas (Score TISS-28), da capacidade instalada na UCI, permite estabelecer um índice de Enfermeiros, que é obtido através da razão entre a soma dos pontos das várias camas da UCI, por 46 Pontos que um enfermeiro experiente pode executar por turno de 8 horas) (Moreno, R 2000b).

Pela análise dos dados relativos ao índice (ver Tabela 4 e Gráfico 1) em que os valores mínimos e máximos apresentam uma discrepância marcada, podemos afirmar que no mesmo mês houve variações acentuadas quer na necessidade de trabalho de enfermagem, quer na gravidade dos doentes, verificando-se pelos valores mínimos uma descida na gravidade dos doentes e pelos valores máximos o inverso (6,87 enfermeiros). Este facto pode ser explicado pela elevada rotatividade na ocupação das camas da UCIDEM, verificando-se um número elevado de altas e de novas admissões num curto espaço de tempo (Ex: doentes cirúrgicos a cumprir o pós-operatório imediato).

De referir ainda que alguns valores mínimos podem coincidir com as datas onde houve a omissão de registos, atingindo valores tão baixos como 0,43 enfermeiros.

A média Anual do Índice de Enfermeiros Previsto foi de 3,12.

Tabela 4- Índice de Enfermeiros Previsto/Mês

Índice de Enfermeiros Previsto	Ago-Set/14	Out/14	Nov/14	Dez/14	Jan/15	Fev/15	Mar/15	Abr/15	Mai/15	Jun/15	Jul/15	Ago/15
Mín	0,43	0,89	0,48	1,3	1,54	1,35	1,91	0,91	0,5	0,96	0,85	0,83
Máx	5,24	4,59	5,26	5,2	5,59	6,87	5,7	5,22	5,7	4,89	5,3	4,54
Média	1,99	2,61	3,04	3,58	3,63	3,58	4,01	3,36	3,06	2,96	3,05	2,54

Gráfico 1- Índice de Enfermeiros Previsto/Mês



Estes valores de índice permitem relacionar intervalos de gravidade do quadro do doente crítico, bem como avaliar a carga de trabalho realizado pela equipa de enfermagem (Padilha et al, 2007).

Uma vez estabelecido este índice, correlacionando-o com as classes de Cullen, isto é com a gravidade da doença crítica, o TISS-28, permite estabelecer as necessidades do serviço em recursos de enfermagem (Dias, 2010).

Os dados representados anteriormente mostram que os registos com média de índice TISS 28 mais elevada centram-se no mês de Março de 2015, com 4,01 enfermeiros.

Podemos também observar que houve uma diferença relevante na média nos meses da colheita de dados. Vale ressaltar que os meses de Agosto/Setembro e Outubro 2014, bem como Junho e Agosto de 2015, apresentam a média mais baixa em relação aos outros meses.

A divisão entre a pontuação total dos doentes internados em UCI e o valor tido como razoável para um enfermeiro experiente, permite estimar o número de enfermeiros necessários na UCI (Dias, 2010).

De acordo com a média anual de TISS obtida nos resultados, temos 3,12 enfermeiros a cada turno de 8 horas, o que daria 9,36 enfermeiros a cada 24 horas. Comparando este resultado com o diagnóstico atual da situação, temos que na escala atual de trabalho na UCIDEM a média atual de enfermeiros por turno é de 4,67 enfermeiros (14 enfermeiros/3 turnos), o que significa que existe um desfazamento acentuado na dotação de acordo com o que foi medido pelo TISS-28.

Mas estes resultados foram diretamente influenciados pela omissão de registos e pela exclusão de 550 registos, o que levou a uma diminuição acentuada do índice anual médio calculado inicialmente (baixou de 4,32 para 3,12 enfermeiros!), e que subentende que a dotação atual na UCIDEM é muito superior á necessidade, comparando com o resultado médio anual de acordo com o TISS-28.

No entanto, verificou-se também que, atualmente, os enfermeiros não são distribuídos equitativamente pelos turnos onde são escalados: 6 enfermeiros no turno da manhã, 4 na tarde e 4 na noite. E não podemos esquecer que os enfermeiros despendem apenas de 43,3% do seu tempo para desempenhar as intervenções contempladas no TISS-28, ficando assim uma grande percentagem de trabalho de enfermagem por contabilizar (Severino, R. et al 2010).

Se formos ainda comparar estes factos com o que se encontra preconizado pela DGS (2003) e pela Ordem dos Enfermeiros (2014), onde para uma UCI de nível II deverá existir um rácio enfermeiro doente de 1/1,6, percebemos que teria de existir um reforço no número de enfermeiros por cada turno, em que no total das 24 horas deveriam ser escalados 17 enfermeiros para uma capacidade instalada de 9 camas (9 Camas X 3 Turnos=27; $27/17 = 1,59$ rácio doente/enfermeiro), uma vez que o rácio atual nesta UCIDEM é de 1/1,93.

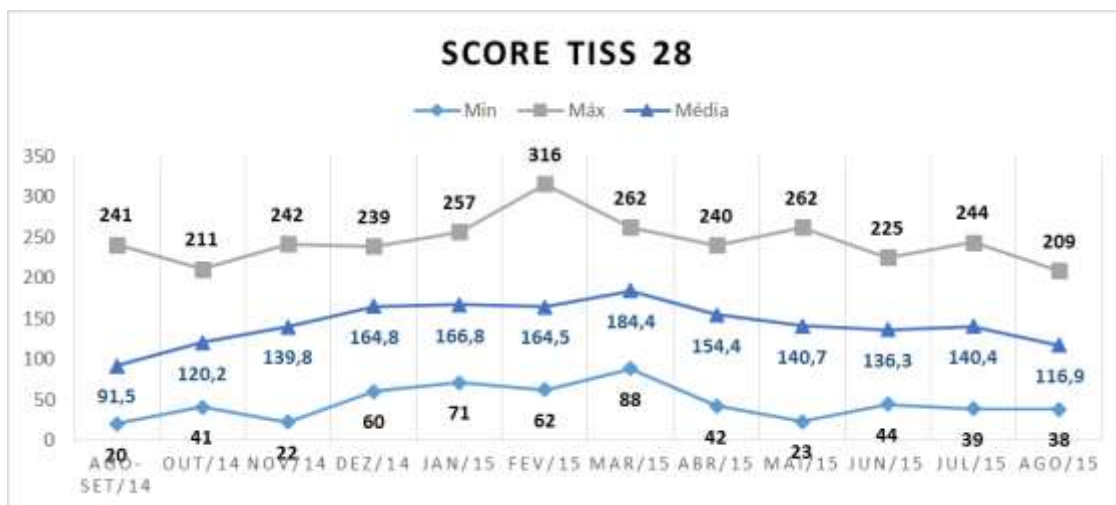
Existe portanto uma dualidade entre o resultado do TISS-28, e o rácio das UCI's, provocado pelo mau preenchimento dos registos.

A partir das 1698 mensurações do TISS-28, no período de estudo, verificou-se um Score TISS-28 médio Anual de 143,38.

Tabela 5- Score TISS-28/Mês

Score TISS-28	Ago-Set/14	Out/14	Nov/14	Dez/14	Jan/15	Fev/15	Mar/15	Abr/15	Mai/15	Jun/15	Jul/15	Ago/15
Min	20	41	22	60	71	62	88	42	23	44	39	38
Máx	241	211	242	239	257	316	262	240	262	225	244	209
Média	91,5	120,2	139,8	164,8	166,8	164,5	184,4	154,4	140,7	136,3	140,4	116,9

Gráfico 2- Score TISS-28/Mês



Os dados representados anteriormente (ver Tabela 5 e Gráfico 2) mostram que os doentes com média de score mais elevada centram-se no mês de Março de 2015, e por isso com maior tempo de trabalho de enfermagem prestado, á semelhança do verificado nos resultados relativos ao Índice de Enfermeiros Previstos.

De acordo com a média Score TISS-28 Anual obtida de 143,38 e tendo em conta a escala atual de trabalho de enfermagem na UCIDEM, e relacionando com o que nos diz Moreno, R. (2000b) e Padilha et al (2005), em que um enfermeiro que presta cuidados num turno de 8 horas é capaz de assistir um doente em segurança com, no máximo, 46 pontos, temos que 143,38 score TISS / 6 enfermeiros no turno da manhã fazem em média 23,90 pontos; 143,38 score TISS / 4 enfermeiros no turno da tarde fazem em média 35,85 pontos e 143,38 score TISS / 4 enfermeiros no turno da noite fazem em média 35,85 pontos. Estes valores mostram que a carga de trabalho não está distribuída de modo equitativo pelos turnos, no entanto no turno da tarde e da noite, apresentam um valor superior ao turno da manhã. Depreende-se, assim que no turno da manhã o Rácio enfermeiro/doente é menor e consequentemente a carga de trabalho também é menor, pois fazem em média metade do máximo dos pontos TISS-28 para assistir um doente.

Deste modo, pelos dados obtidos pelo TISS seriam necessários 9 a 10 enfermeiros nas 24 horas para equilibrar estes valores, mas pela dotação da Ordem dos Enfermeiros (2014) abordada anteriormente, seriam necessários 17 enfermeiros.

No entanto e á semelhança do que foi referido anteriormente, estes resultados foram diretamente influenciados pela omissão de registos e pela exclusão de 550 registos, o que

levou a uma diminuição acentuada do Score TISS-28 Anual médio calculado inicialmente (baixou de 198,55 para 143,38 pontos TISS-28), levando a uma diminuição de 50 pontos, o que corresponde á omissão de sensivelmente 1 enfermeiro!

E com estes resultados se depreende que a dotação atual na UCIDEM é muito superior á necessidade, comparando com o resultado médio anual de acordo com o TISS-28.

Tabela 6- Carga de Trabalho/Mês

	Ago-Set /14	Out/ 14	Nov/ 14	Dez/ 14	Jan/ 15	Fev/ 15	Mar/ 15	Abr/ 15	Mai/ 15	Jun/ 15	Jul/ 15	Ago/ 15
Índice Previsto	1,99	2,61	3,04	3,58	3,63	3,58	4,01	3,36	3,06	2,96	3,05	2,54
Horas de Cuidados Realizadas	16,16	21,23	24,69	29,12	29,46	29,06	32,57	27,28	24,85	24,08	24,80	20,65

Gráfico 3- Carga de Trabalho/Mês



Desta forma podemos verificar que um score mais elevado corresponde a mais horas de cuidados ao doente (ver Tabela 6 e Gráfico 3), doente esse que pelo seu índice previsto, será um doente de maior gravidade, sendo que a maior vantagem segundo Queijo, A. F. (2002) é a obtenção de uma medida objetiva e reproduzível da intensidade do trabalho de enfermagem relacionada aos vários procedimentos realizados nos doentes internados em UCI.

O número Total de Horas Anuais realizadas foram 303.95 no entanto é de ressaltar que existiu uma diminuição das horas totais derivada da exclusão de 550 registos (inicialmente verificou-se que o total de horas anual era de 420,92; uma diferença de 116,97 horas!)

O score TISS-28 quando convertido em horas de trabalho pode servir para intuir sobre o número de profissionais de enfermagem necessários por turno de 8h de trabalho, no entanto é de ter em conta, como foi referido anteriormente, que o TISS-28 apenas representa 43,3% do trabalho de enfermagem, e que a planificação e os horários não se compadecem de alterações repentinas no valor do score.

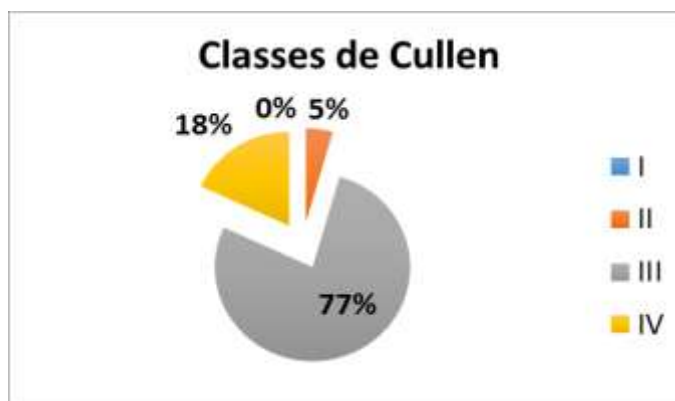
Em relação às Classes de Cullen, a maioria dos registos encontram-se na Classe III (20-39 pontos TISS-28), com uma frequência absoluta de 1315 registos, correspondendo a uma frequência relativa de 77,4% (Ver Tabela 7 e Gráfico 4). E com um score TISS-28 superior a 39 pontos existem 307 registos, cerca de 18,1%, correspondente á segunda classe com maior incidência de registos. De seguida a Classe II apresentou uma frequência relativa de 4,5% o que correspondeu a 76 registos. De referir ainda que não existe nenhum registo incluído na Classe de Cullen I.

As classes de Cullen, num total de quatro, ajudam a compreender o grau de vigilância necessário bem como a necessidade de cada doente permanecer internado na UCI. Sabemos que estas possibilitam a hierarquização dos doentes por tipo de doente e grau de gravidade e que um enfermeiro experiente pode executar cerca de 46 pontos de TISS 28 por turno (Moreno, R 2000b), portanto podemos assim afirmar que a UCIDEM, de acordo com os resultados, recebe doentes com necessidade para assistência e indicação compulsiva para cuidados intensivos.

Tabela 7- Classes de Cullen

Classes	n	%
I	0	0,0
II	76	4,5
III	1315	77,4
IV	307	18,1
Total	1698	100

Gráfico 4- Classes de Cullen



Relativamente á Prevalência das Intervenções, podemos observar na Tabela 8 e pelo Gráfico 5, que a categoria de intervenções das Atividades Básicas tem a maior prevalência relativamente às restantes, e é simultaneamente a que contempla maior número de intervenções classificáveis. De seguida, por ordem decrescente, apresentam-se com maior prevalência as categorias: Suporte Respiratório, Suporte Renal, Suporte Metabólico, Intervenções Específicas, Suporte Cardiovascular e por fim o Suporte Neurológico.

Depreende-se por estes resultados, que segundo a amostra em estudo e pelo TISS-28, os enfermeiros da UCIDEM realizaram mais intervenções de enfermagem, no período de tempo em estudo, nas categorias acima descritas.

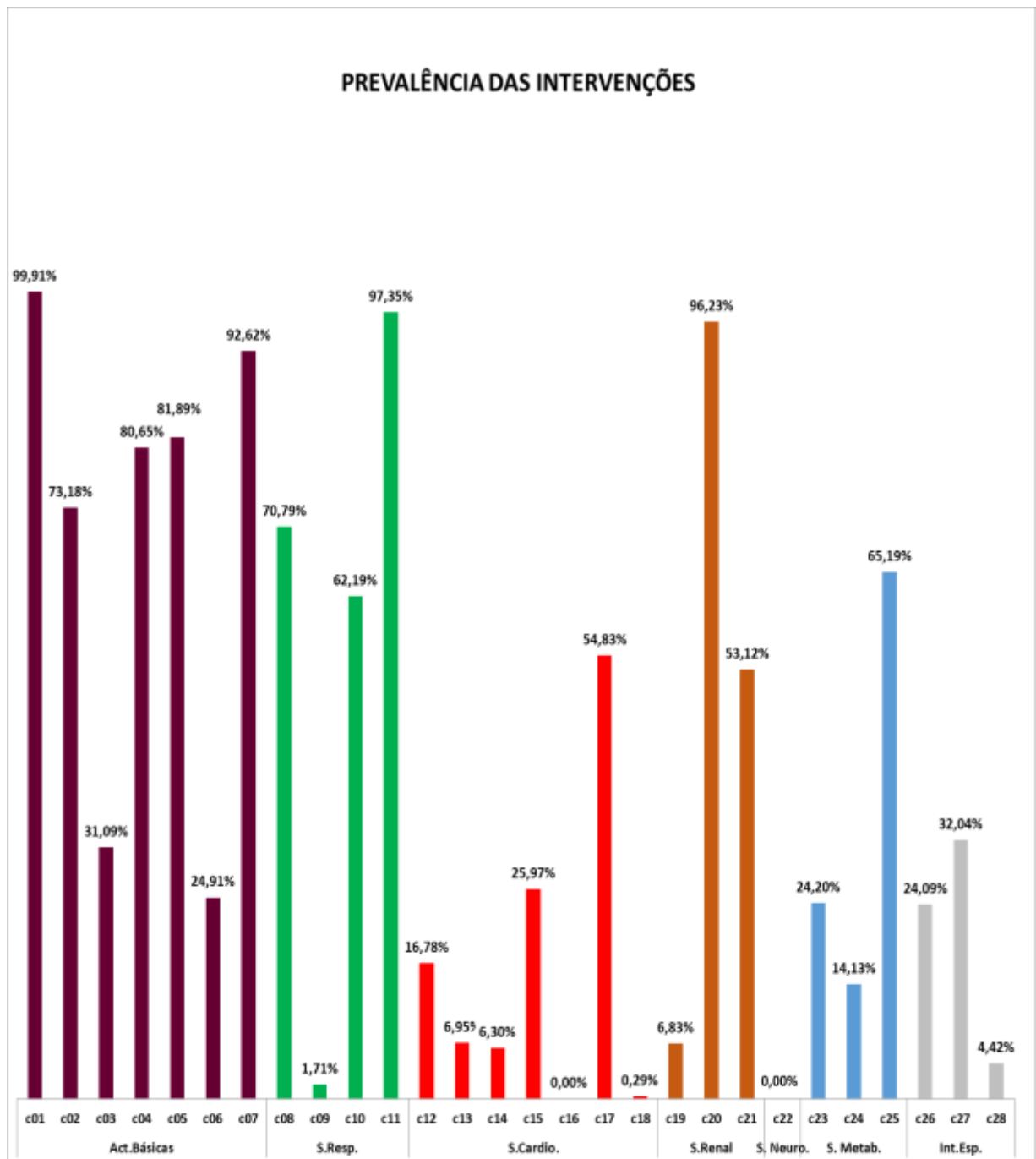
A categoria Suporte Neurológico, mais propriamente a intervenção ‘Monitorização da Pressão Intracraniana’, tem zero de prevalência registada, o que significa que não existiram cuidados de enfermagem efetuados, de acordo com o TISS-28, nos registos analisados. Em relação a esta última categoria, não se verificaram registos, pois a intervenção ‘Monitorização da pressão Intracraniana’ não é passível de classificação, uma vez que esta valência não está disponível, atualmente na UCIDEM. O mesmo se verifica na categoria Suporte Cardiovascular relativamente á intervenção ‘Monitorização Hemodinâmica’ (que implica o uso do cateter Swan-Ganz; ver tabela 2), pois este tipo de monitorização através da artéria pulmonar também não está disponível, atualmente, na UCIDEM.

Tabela 8- Prevalência das Intervenções TISS-28

Atividades Básicas	c01	99,91%	Monitorização Básica
	c02	73,18%	Análises
	c03	31,09%	Medicação Única
	c04	80,65%	Medicação Múltipla
	c05	81,89%	Mudança Roupa Simples
	c06	24,91%	Mudança Roupa Complexa
	c07	92,62%	Drenagens
Suporte Respiratório	c08	70,79%	Ventilação Artificial
	c09	1,71%	Suporte Ventilatório
	c10	62,19%	Cuidados da Via Aérea
	c11	97,35%	Medidas Suporte Função Pulmonar
Suporte Cardiovascular	c12	16,78%	Fármaco Vasoativo Único
	c13	6,95%	Fármacos Vasoativos Múltiplos
	c14	6,30%	Substituição de Grande Volume
	c15	25,97%	Uso de Linha Arterial Periférica
	c16	0,00%	Monitorização Hemodinâmica
	c17	54,83%	Uso de Cateter Venoso Central
	c18	0,29%	Ressuscitação Cardiorrespiratória
Suporte Renal	c19	6,83%	Técnicas dialíticas
	c20	96,23%	Monitorização Débito Urinário
	c21	53,12%	Diurese Activa Forçada
Suporte Neurológico	c22	0,00%	Monitorização da Pressão Intracraniana
Suporte Metabólico	c23	24,20%	Tratamento da Alcalose/Acidose Metabólica Complicada
	c24	14,13%	Alimentação Parentérica
	c25	65,19%	Alimentação Entérica
Intervenções Específicas	c26	24,09%	Intervenção Específica Única na UCI
	c27	32,04%	Intervenções Específicas Múltiplas na UCI
	c28	4,42%	Intervenções Específicas Fora da UCI

De ressaltar que das 28 intervenções que são contempladas pelo TISS-28 (ver Tabela 1 e 2), as que registaram prevalências acima dos 90%, e por ordem decrescente, foram: ‘Monitorização Básica’ (99.91%), ‘Medidas de Suporte da Função Pulmonar’ (97.35%), ‘Monitorização do Débito Urinário’ (96,23%) e ‘Drenagens’ (92,62%). No inverso as intervenções que registaram prevalências inferiores a 10% e também por ordem decrescente: ‘Fármacos Vasoativos Múltiplos’ (6,95%), ‘Técnicas Dialíticas’ (6,83%), ‘Substituição de Grande Volume’ (6,3%), ‘Intervenções Específicas Fora da UCI’ (4,42%), ‘Suporte Ventilatório’ (1,71%), e ‘Ressuscitação Cardiorrespiratória’ (0,29%).

Gráfico 5- Prevalência das Intervenções TISS-28



De referir que as UCI's assentam num propósito contínuo de ações e procedimentos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados em função das necessidades do doente, 24h por dia (DGS, 2003). Assumem-se como um local qualificado para a prestação na totalidade de cuidados integrais aos doentes com falências múltiplas de órgãos, com carácter de suporte, preventivo e revertendo as falências e complicações decorrentes.

E segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011:1), “ a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Assim os cuidados de enfermagem ao doente crítico são contínuos, e específicos nas respostas às necessidades afetadas e funções vitais em risco, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos enfermeiros, 2011).

O TISS-28 mede a gravidade indireta do doente pela quantificação de intervenções terapêuticas a ele aplicadas, além de proporcionar o estudo da utilização dos recursos na UCI, da proporção requerida de enfermagem/doente na unidade e do número de camas de cuidados intensivos necessários.

Portanto, conhecer as intervenções terapêuticas a que os doentes críticos são submetidos torna-se necessário não só para fundamentar e planear a assistência de enfermagem em UCI, como também para fazer a previsão de recursos materiais e humanos com vista à melhoria dos cuidados prestados. A necessidade de classificar os doentes torna possível obter o número adequado e ideal de enfermeiros que assegure a qualidade e adequação do custo/benefício (Santos et al, 2010).

Já verificámos que o score TISS final, permite não só identificar as intervenções realizadas no doente, como também dimensionar a carga de trabalho de enfermagem, uma vez que cada ponto TISS-28 consome 10,6 minutos do tempo de um enfermeiro na prestação de cuidados ao doente. Assim é possível calcular o tempo gasto por enfermeiro, por turno de 8 horas, e por doente, para o cuidado direto, multiplicando-se o valor 10,6 minutos pelo total de pontos obtidos no escore TISS-28.

De acordo com o TISS-28 (ver Tabela 1), cada categoria, detém intervenções passíveis de classificação, onde são atribuídos pontos de acordo com a realização dessas intervenções em doentes com períodos de internamento superiores a 24 horas. Este instrumento de gestão é composto por sete categorias de intervenções às quais são atribuídas pontuações consoante o tempo necessário a disponibilizar pelos enfermeiros para as realizarem.

Observando a Tabela 9 e o gráfico 6, verificou-se que a maior incidência de pontos TISS-28 classificáveis, em média por registo, registou-se na categoria das ‘Atividades

Básicas' (12,62 pontos), em concordância com o verificado anteriormente na prevalência das intervenções. Seguindo-se da categoria 'Suporte Respiratório' (5,17 pontos) e da categoria 'Suporte Renal' (3,72 pontos).

Tabela 9- Pontos TISS/Registo

Categorias das intervenções	At.Básicas	S.Resp.	S.Cardio.	S.Renal	S. Neuro	S.Metab.	Int. Esp.
Média Pontos TISS/Registo	12,62	5,17	3,44	3,72	0	2,7	2,55

Gráfico 6- Pontos TISS/Registo



De ressaltar que na categoria Suporte Neurológico, não houve registo de pontos TISS, pois a intervenção 'Monitorização da pressão Intracraniana' não é passível de classificação, uma vez que esta valência não está disponível, atualmente na UCIDEM, e é a única intervenção contemplada nesta categoria (ver Tabela 1 e 2).

A pontuação obtida através do TISS-28, veio permitir estimar o tempo despendido pelos enfermeiros para a realização das intervenções, mediante a gravidade apresentada pelos doentes na UCI (Padilha et al, 2005). Assim, e de acordo com os resultados anteriores dos valores médios dos Pontos TISS/registo verificados, pudemos estimar o tempo em minutos e horas, despendidos pelos enfermeiros por categoria de intervenções (ver Tabela 1; e Gráfico 7 e 8).

Tabela 10- Tempo Médio Despendido por Categoria de Intervenção/Registo

Categorias das intervenções	At.Básicas	S.Resp.	S.Cardio.	S.Renal	S. Neuro	S.Metab.	Int. Esp.
Média Minutos/Registo	133,77	54,8	36,64	39,43	0	28,62	27,03
Média Horas/registo	2,23	0,91	0,61	0,66	0	0,48	0,45

Gráfico 7- Média de Minutos Despendido por Categoria de Intervenção/Registo

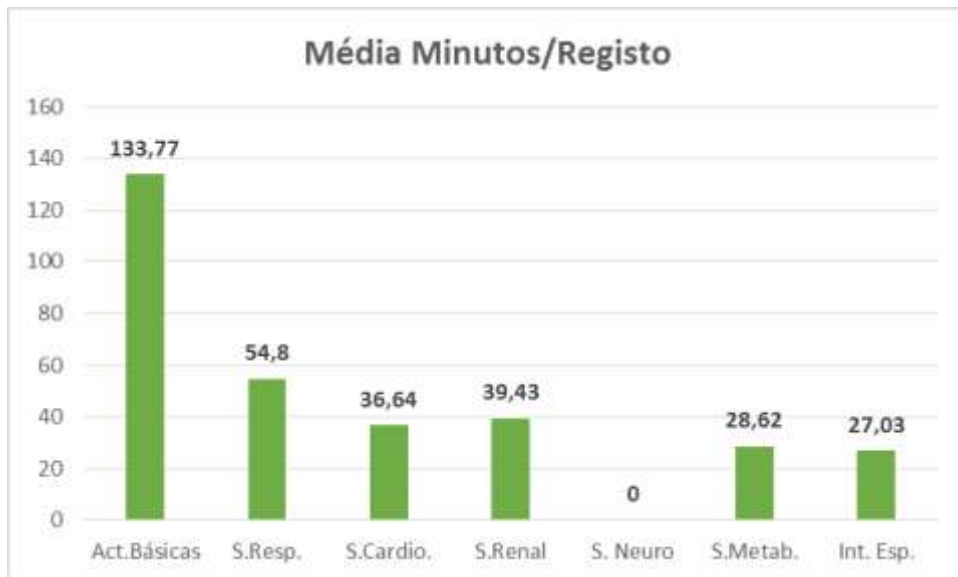
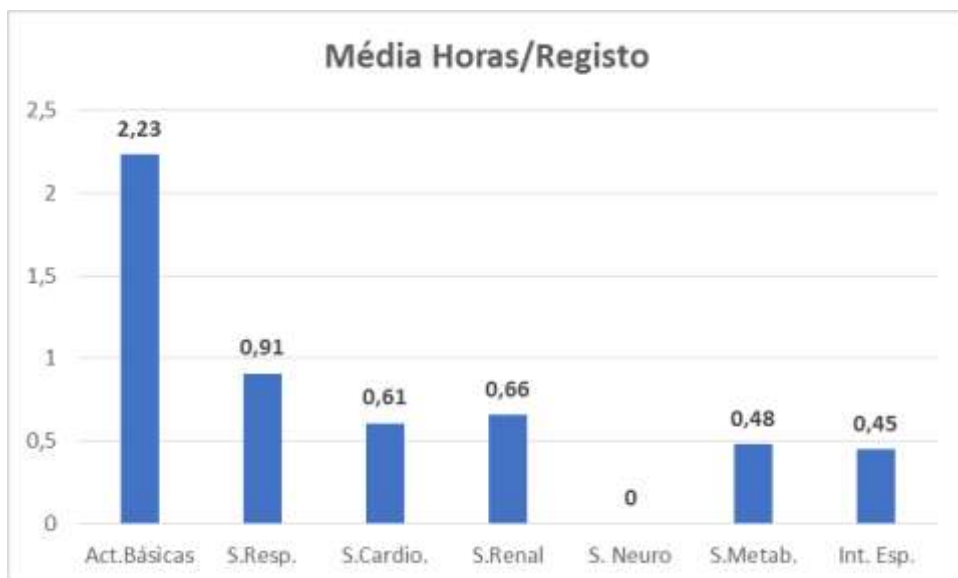


Gráfico 8- Média de Horas Despendido por Categoria de Intervenção/Registo



Analisando a tabela e os gráficos, e de acordo com o referido anteriormente, as categorias: ‘Atividades Básicas’ (2,33 horas), ‘Suporte Respiratório’ (0,91 horas) e ‘Suporte Renal’ (0,66 horas); foram as que consumiram mais tempo de trabalho dos enfermeiros, em média, por turno de 8 horas, e a categoria ‘Suporte Neurológico’ nenhum, pois não é classificável.

No entanto é de referir que somando o tempo médio estimado pelos pontos TISS de todas as categorias pelas intervenções registadas, verificou-se um consumo médio de tempo de 5,34 horas/turno de 8 horas, verificando-se um ‘handicap’ médio de 2,66 horas em cada turno. Este resultado pode ser explicado pelas intervenções com prevalências mais baixas, mas que no entanto detêm maior valor de pontos TISS classificáveis (ex: ‘Uso de Linha Arterial Periférica’ com 5 pontos TISS, e com uma prevalência de 25,97%), e pela impossibilidade de classificação de algumas intervenções como a ‘Monitorização da pressão Intracraniana’ (4 pontos) e ‘Monitorização Hemodinâmica’ (8 pontos), com elevadas pontuações TISS mas cujas valências não estão, atualmente disponíveis na UCIDEM.

Em Portugal, o TISS-28 é um instrumento amplamente disponível e que transforma as atividades de enfermagem em tempo de trabalho (Severino, R. et al 2010). Embora a carga de trabalho de enfermagem, e o tipo e frequência das intervenções estejam relacionadas com a gravidade da doença crítica, muitas das atividades de enfermagem não estão necessariamente relacionadas com esta gravidade. Os enfermeiros despendem apenas de 43,3% do seu tempo a desempenhar as intervenções contempladas pelo TISS-28, ficando assim uma grande percentagem de trabalho de enfermagem por contabilizar.

De referir mais uma vez, que estes resultados não refletem completamente a realidade da UCIDEM, e foram diretamente influenciados, pela exclusão de 550 ficheiros da amostra inicial, por omissão e mau preenchimento dos registos, levando a uma diminuição do Total de Horas Anuais realizadas, como tínhamos verificado anteriormente, de 420,92 horas para 303,95 horas.

4.1- SUGESTÕES DE MELHORIA

A implementação do TISS-28 nas UCI’s tornou-se essencial e fundamental para quantificar a carga de trabalho de enfermagem. É um instrumento importante na medida que

oferece a possibilidade de gerir os recursos de enfermagem disponíveis e adequá-los às necessidades existentes naquele momento na UCI.

Desse modo, pensamos ser essencial que os registos efetuados através do instrumento TISS-28 possibilitem adequar a dotação enfermeiro/doente por turno, estabelecendo, por exemplo uma bolsa de horas para reforço da equipa quando, pontualmente, a carga de trabalho é superior e seja necessário reforçar a equipa para assim prestar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

O instrumento TISS-28 nem sempre é de fácil interpretação e registo, por parte da equipa de enfermagem, surgindo assim algumas não conformidades e erros nos registos efetuados. Assim, seria adequado otimizar a folha de registo do TISS-28 e realizar mais formação em serviço á equipa, tornando-o menos confuso e menos subjetivo à interpretação de cada enfermeiro, uniformizando assim os registos e a fidedignidade dos mesmos, tornando o registo fácil e rápido.

Uma das limitações com que nos deparámos foi a dificuldade em conseguir analisar os registos efetuados uma vez que cada computador na UCIDEM tem a sua versão de registo informático em Excel, tornando-se difícil e moroso retirar dados importantes. Como referimos anteriormente pensamos que o registo no instrumento TISS-28 é fundamental para adequar a carga de trabalho da equipe de enfermagem mas, para que isso aconteça é necessário que os dados registados estejam disponíveis e sejam de fácil visualização e acesso. Assim, consideramos importante mudar a forma como são guardados os dados registados e, além disso, pensamos que seria interessante construir uma base de dados na intranet, acessível a todos, com tratamento estatístico, facilitando assim a consulta dos resultados a qualquer momento ou altura do ano.

CONCLUSÃO

A necessidade de prestar cuidados individualizados e especializados a doentes em situação crítica levou a que gradualmente, por todo o mundo, fossem criadas unidades de cuidados intensivos. A acompanhar essa evolução, também os profissionais de saúde tiveram necessidade de se formar e especializar nesta área para assim dar uma resposta mais adequada às necessidades diárias do doente.

Ao longo do tempo, a preocupação com a qualidade dos cuidados que os enfermeiros prestam aos doentes em situação crítica foi aumentando, bem como a exigência para com os enfermeiros, ao mesmo tempo que, os horizontes da enfermagem se foram ampliando e começou-se também a falar sobre dotações seguras, rácio enfermeiro/doente e índices de gravidade, sendo essa uma preocupação da DGS e da Ordem dos Enfermeiros, que emitiram pareceres em relação à dotação de pessoal de enfermagem existente nas unidades de cuidados intensivos. A literatura demonstra que há uma relação entre os níveis de dotações de enfermeiros e os resultados dos doentes, onde por exemplo uma inadequada dotação de enfermeiros é muitas vezes relacionada com um espectro de resultados adversos.

Quantificar a carga do trabalho de enfermagem nas unidades de cuidados intensivos foi então uma necessidade real e, nesse sentido surge em 1974 o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), descrito por Cullen, com o objetivo de introduzir na prática clínica a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em medicina intensiva. Atualmente constitui um dos principais instrumentos utilizados para a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos. É avaliado uma vez por dia e reflete a carga de trabalho efetuado nas 24 horas prévias. (Pinto e Pires, 2009)

Através do TISS-28 torna-se possível estimar as intervenções mediante a gravidade apresentada pelos doentes, assim como avaliar e dimensionar a carga de trabalho de enfermagem na UCI.

Tendo em consideração todos os aspetos mencionados ao longo do relatório, tornou-se evidente que pelo desgaste que o enfermeiro que presta cuidados ao doente em situação crítica detém, pela exigência inerente a esses cuidados e pela gravidade dos doentes, é essencial que o rácio enfermeiro/doente seja o mais adequado possível. Assim, após a análise dos registos do TISS-28 da UCIDEM no período em estudo, obtivemos as principais conclusões:

- A maioria dos registos encontra-se na classe de Cullen III, que corresponde a 20- 39 pontos de TISS 28;
- Em relação ao índice houve variações acentuadas quer na necessidade de trabalho de enfermagem, quer na gravidade dos doentes, que pode ser explicado pela elevada rotatividade na ocupação das camas da UCIDEM; e pela omissão de registos.
- Comparando a média anual de TISS obtida com o diagnóstico atual da situação na UCIDEM, existe uma dotação desfasada de acordo com o que foi medido pelo TISS; no entanto também se verifica que os enfermeiros não são distribuídos equitativamente pelos turnos, onde são escalados 6 enfermeiros no turno da manhã, 4 na tarde e 4 na noite. E se formos ainda comparar estes resultados com o que se encontra preconizado pela Direção Geral da Saúde (2003), existe um desfasamento no rácio, em que no total das 24 horas deveriam ser escalados 17 enfermeiros.
- De acordo com a média Score TISS anual obtida, tendo em conta a escala atual de trabalho de enfermagem da UCIDEM e relacionando com o que nos diz Moreno, R. (2000b) e Padilha et al (2005) a carga de trabalho na UCIDEM não está distribuída de modo equitativo pelos turnos, apresentando no turno da Manhã metade do valor máximo de pontos TISS-28 que um enfermeiro consegue assegurar em 8 horas.
- O score TISS-28 está relacionado com a gravidade do doente; assim quanto maior o score de TISS-28 maior a gravidade do utente; e maior a Carga de Trabalho de Enfermagem.
- O score TISS-28 quando convertido em horas de trabalho pode servir para intuir sobre o número de profissionais de enfermagem necessários por turno de 8h de trabalho;
- No que respeita à dotação de profissionais de enfermagem o TISS-28 pode servir como um elemento na avaliação do número de enfermeiros necessários, mas terá ainda maior importância na distribuição dos doentes por enfermeiro no plano de trabalho de cada turno.
- Em relação à escala diária de trabalho da equipa de enfermagem da UCIDEM, temos um rácio de 1/1,93 que é divergente do que é preconizado pela norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem (2014): 1/1,6.
- A categoria das intervenções que registou maior prevalência e incidência foi a categoria ‘Atividades Básicas’, seguida do ‘Suporte Respiratório’ e do ‘Suporte Renal’; consumindo mais tempo de trabalho dos enfermeiros, em média, por turno de 8 horas, na UCIDEM.
- As intervenções ‘Monitorização da Pressão Intracraniana’ e ‘Monitorização

Hemodinâmica' não foram classificadas nos registos pelo TISS-28, pois não são valências, atualmente, disponíveis na UCIDEM.

- Estes resultados não refletem completamente a realidade da UCIDEM, e foram diretamente influenciados, pela exclusão de 550 ficheiros da amostra inicial, por omissão e mau preenchimento dos registos.

Este relatório apresenta-se como uma base importante na utilização do Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho TISS-28 de forma a ser possível otimizar a utilização deste instrumento e propor melhorias no âmbito da dotação dos enfermeiros de acordo com a carga de trabalho, otimizando custos e potenciando os meios, no sentido de proporcionar o melhor e mais seguro cuidado de enfermagem ao doente crítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aragão Machado, D., Quinellato Louro, T., Maria Almeida de Figueiredo, N., & Marques Alves Vianna, L. (2012). THE EXHAUSTION OF NURSING: A INTEGRATIVE REVIEW OF THE BURNOUT SYNDROME IN ICU. *Revista De Pesquisa: Cuidado E Fundamental*, 4(4), 2765-2775 11p.
- Benner, P. (2001) - De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Blegen, M.A., Goode, C.J., & Reed, I. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing research*, 41(7), 43-50.
- Carrillo-Esper, R. (2011) - La educación en la unidad de cuidados intensivos. *Cirugía y Cirujanos*, 79(1) 92-99. Acedido em 15 de Outubro de 2015 em <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=66221253013>
- Celestino da Silva, R., & de Assunção Ferreira, M. (2012). THINKING ABOUT INTENSIVE CARE NURSES' WAYS TO DELIVER CARE BASED ON THE CONCEPT OF STYLE. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(4), 954-962 9p.
- Cruz, E. P., & Machado, R. C. (2012). WORK OVERLOAD: PERCEPTION OF NURSES IN THE INTENSIVE CARE UNIT. *Journal Of Nursing UFPE / Revista De Enfermagem UFPE*, 6(3), 513-520 8p. doi:10.5205/reuol.2163-16218-1-LE.0603201204
- Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC.(1974) - Therapeutic Intervention Scoring System: a method for quantitative comparison of patient care. *Critical Care Medicine*; 2: 57-60. Acedido em 15 Outubro de 2015 em <http://www.ccforum.com/content/14/2/207>
- DGS- Direção Geral da Saúde (2003) - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento- Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento; Lisboa, 72 p. Acedido em 30 de Setembro de 2015 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

- Dias (2010) - Escalonamento de equipas de enfermagem de acordo com a previsão das necessidades de serviço; Tese de Mestrado em Decisão Económica e Empresarial; Instituto superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa. Maio, Lisboa. Acedido em 1 de Outubro de 2015 em <http://hdl.handle.net/10400.5/2874>
- Elias ACGP, Matsuo T, Cardoso LTQ, Grion CMC. (2006) - Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *RevLatino-am Enfermagem*; 14(3):324-29. Acedido em 2 de Outubro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a04.pdf>
- Ferrareze, Maria Verônica Guilherme, Ferreira, Viviane, & Carvalho, Ana Maria Pimenta. (2006). Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(3), 310-315. Acedido em 26 de Outubro de 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300009&lng=en&tlng=pt
- Filgueira Martins, C. C., Silvânere Pereira Dantas, M., Pereira Marinho, F., Amorim Almeida, L., & Pereira Santons, V. E. (2014). STRESSORS AGENTS IN INTENSIVE CARE: VISION OF NURSING PROFESSIONALS. *Journal Of Nursing UFPE / Revista De Enfermagem UFPE*, 8(10), 3386-3391 6p. doi:10.5205/reuol.6039-55477-1-ED.0810201417
- Fortis A, Mathas C, Laskou M, et al. (2004) - Therapeutic Intervention Scoring System-28 as a tool of post ICU outcome prognosis and prevention. *Minerva Anesthesiol.*;70(1-2):71-81. Acedido em 2 de Outubro de 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14765047>
- Guerrer, Francine Jomara Lopes, & Bianchi, Estela Regina Ferraz. (2008). Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 355-362. Acedido em 26 de Outubro de 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200020&lng=en&tlng=pt.
- Guimarães, Rita de Cássia Mello, Rabelo, Eneida Rejane, Moraes, Maria Antonieta, & Azzolin, Karina. (2010). Gravidade de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma análise evolutiva segundo o TISS-28. *Revista Latino-Americana de*

Enfermagem, 18(1), 61-66. Acedido em 10 de Outubro de 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000100010&lng=en&tlng=pt.

- Hughes, R. (2008.). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses.*(Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). Rockville, MD: AHRQ Publication No. 08-0043. Agency for Healthcare Research and Quality.
- ICN-International Council of Nurses. (2006). *Dotações seguras salvam vidas; Instrumentos de Informação e Acção.* Genebra (Suíça) Acedido em 15 de Novembro de 2015 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2006.pdf
- Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N., & Nolan, J. P. (2014). Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine* (London, England), 14(4), 376-379. doi:10.7861/clinmedicine.14-4-376
- LeBoterf, Guy (2002) – *Desenvolvendo a competência dos profissionais.* 2ª ed. Editora Artemed, São Paulo, Brasil.
- Leite, E.; Malpique, M.; Santos, M. (2001) – *Trabalho de Projeto: Aprender por Projetos Centrados em Problemas.* 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Lockward, H., Giddings, L., & Thoms, E. (1960). Progressive patient care: a preliminary report. *Journal American Medicine Association*, 172(2), 132-137. Acedido em 10 Outubro de 2015 em <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/172/2/132>
- McGillis Hall, L. (2005). Nurse staffing. In L. McGillis Hall, *Quality work environments for nurse and patient safety* (p. 937). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.
- Miller, R. L., & Swensson, E. S. (2002). *Hospital and Healthcare Facility Design.* New York: WW Norton & Company Inc.
- Miranda DR, Rijk A, Schaufeli W. (1996) Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items - Results from a multicenter study. *CritCareMed*; 24(1): 64-73. Acedido em 19 de Outubro de 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8565541>
- Miranda DR. (1997) The therapeutic intervention scoring system: one single tool for the evaluation of workload, the work process and management; *Int Care Med.*; 23:615- 7. Acedido em 19 de Outubro de 2015 em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000083&pid=S0104-1169200600030000400006&lng=pt

- Moreno, R. (2000a). Avaliação da carga de trabalho de enfermagem. In R. Moreno, *Gestão e organização em medicina Intensiva* (pp. 111-123). Lisboa: Permayner Portugal.
- Moreno R. (2000b) Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem como Instrumento de Gestão: <http://www.uninet.edu/cimc2000/mesas/mr3/Moreno/moreno2.htm>, acessado a 10 de novembro de 2015
- NIH. (1983). Consensus development conference on critical care. *Critical Care Medicine* , 11(6), 466-469.
- Nonato Coelho Mendes, R., de Figueirôa Silva Carmo, A., do Carmo Lourenço Haddad, M., & Ângela Rossaneis, M. (2014). NURSES PERCEPTIONS ABOUT THE USE OF EQUIPMENT IN THE INTENSIVE CARE UNIT. *JournalOfNursing UFPE / Revista De Enfermagem UFPE*, 8(7), 1904-1911 8p. doi:10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201411
- Nunes, L.; Ruivo, M.; Lopes, J. (2011). *Guia orientador dos estágios*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.
- Ordem dos enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem;nº233; *Diário da Republica*, 2ª série, Dezembro; Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica n.º 124; *Diário da república*, 2.ª serie, nº35; Fevereiro; Lisboa
- Padilha KG, Sousa RMC, Kimura M, et al. (2007) Nursing workload in intensive care units: A study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). *IntensiveCritCareNurs.*; 23(3):162-9. Acessado em 19 de Outubro de 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329107>
- Padilha, K.; Sousa, R.; Miyadahira, A.; Cruz, D.; Vattimo, M.F.; Kimura, M.; Grossi, S.; Silva, M.C.; Cruz, V.; DuccI, A (2005). – Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Nº 39 (2) p 229-233; Acessado em 18 de Outubro de 2015 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>

- Padilha, KátiaGrillo, Sousa, Regina Márcia Cardoso de, Silva, Maria Claudia Moreira de, & Rodrigues, Alexandre da Silva. (2009). Disfunções orgânicas de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva segundo o LogisticOrganDysfunctionSystem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe2), 1250-1255. Acedido em 19 de Outubro de 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600018&lng=en&tlng=pt.
- Phaneuf, M. (2001). Planificação de cuidados. (N. Salgueiro, & R. P. Salgueiro, Trads.) Coimbra: Quarteto.
- Pereira, R. (2011) - *Metodologia da Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde: Uma Proposta*. X Curso de Mestrado de Saúde Pública Integrado na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 10 de Fevereiro de 2016 em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9583/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Raquel%20Eus%C3%A9bio%20Pereira.pdf>
- Person, S. D., Allison, J. J., Keife, C., Weaver, M. T., Williams, O. D., Centor, R.M. & et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 1-3. Acedido em 2 de Novembro de 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14713734>
- Pinto, T; Pires, M (2009) - TISS-28 (TherapeuticInterventionScoringSystem) e sua capacidade prognóstica; *RevPortMedInt* 2009; 16(2). Acedido em 18 de Outubro de 2015 em http://www.spci.pt/Revista/RPMI_V_16_02.pdf;
- Pires, A. L. de O. (1995) – A pedagogia do projecto. Formar. Lisboa. Nº 16
- Queijo, A. F. (2002). *Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.)*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Acedido a 29 de Outubro de 2015 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-12112003-220346/>
- Ruivo, M. A., et al. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista percursos*. Acedido em 10 de Fevereiro de 2016, em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, D., Chianca, T., & Werli, A. (2010). A systematic review study of therapeutic

intervention scoring system -- 28. *Journal Of Nursing UFPE / Revista De Enfermagem UFPE*, 4(2), 413-419 7p.

Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S. & Nunes, L. (2010). *NursingActivities Score: índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI*. *Percursos*, nº 16. Acedido em 10 de Outubro de 2015 em <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/9208>

Silva, M. C. M.; Sousa, R. M. C. (2004) - A versão simplificada do Therapeutic Intervention Scoring System e seu valor prognóstico . *Rev. esc. enferm. USP*; vol.38, n.2, pp. 217-224. Acedido a 10 de Outubro de 2015 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000200013>

Silva, Rafael Celestino da, & Ferreira, Márcia de Assunção. (2011). Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 98-105. Acedido em 26 de Outubro de 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100015&lng=en&tlng=pt

Society of Critical Care. (nd). *History of Critical Care*. Acedido a 10 de Outubro de 2015 em http://www.sccm.org/AboutSCCM/History_of_Critical_Care/Pages/default.aspx

Spetz, J. (2005). Public policy and nurse staffing: what aproach is best? *JournalofNursingAdministration* , pp.14-16.

Tunlind, A., Granström, J., &Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive&CriticalCareNursing*, 31(2), 116-123 8p. doi:10.1016/j.iccn.2014.07.005

World Health Organization. (2006). *Countries>Portugal*. Acedido a 2 de Novembro de 2015 em *WorldHealthOrganization*: <http://www.who.int/countries/prt/en/>

ANEXOS

Anexo I- Pedido de Autorização de Recolha de Dados á ULSNA

Portalegre, 27 de Novembro de 2015

Exma. Sra. Presidente do Conselho de Administração da ULSNA

Dra. Dorinda Calha

Eu, Maria José Martins Catalão, Enfermeira com o Nº Mecanográfico 161594, presentemente a exercer funções na UCIDEM, e Aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, venho por este meio solicitar a **autorização de recolha de dados produzidos pelo instrumento de gestão TISS-28, implementado na UCIDEM.**

No âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, é parte integrante um estágio a desenvolver numa unidade de saúde, com o propósito de os mestrandos desenvolverem competências na área de gestão de unidades de saúde. O estágio já está a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emilio Moreira (UCIDEM) da Unidade Local do Norte Alentejano (ULSNA), no período de Outubro de 2015 a Fevereiro de 2016.

O TISS-28 permite avaliar a Carga de trabalho de enfermagem nas UCIS, e é aplicado diariamente na UCIDEM, pela equipa de enfermagem, no entanto, até ao presente, desde a sua implementação do TISS-28 em Julho de 2014, não houve lugar a tratamento dos dados registados.

Neste sentido torna-se pertinente o estudo da temática da avaliação da carga de trabalho e a caracterização retrospectiva da gravidade dos doentes internados em UCIDEM, de forma a otimizar a utilização do instrumento de gestão implementado e propor melhorias no âmbito da dotação dos enfermeiros de acordo com a carga de trabalho.

Assim, defini para este estágio, como Objectivo Geral:

- Desenvolver competências na área da Gestão de Unidades de Saúde, mais propriamente na utilização do instrumento de gestão TISS-28.

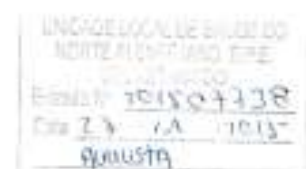
E como Objectivos Específicos (os quais dependem da recolha dos dados):

- Avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros na UCIDEM, segundo o TISS-28.
- Verificar a prevalência das categorias de intervenções terapêuticas realizadas na UCI, segundo o TISS-28.
- Classificar a gravidade da doença crítica dos doentes admitidos na UCIDEM, segundo o TISS-28.

Muito Obrigado pela Atenção,

Com os melhores Cumprimentos





Anexo II- Autorização da Recolha de Dados concedido pela ULSNA

De: Maria Luiza Lopes- Comissão de Ética
Para: Srª Presidente do CA- Dr.ª Dorinda Calha
C/C:

ASSUNTO: "Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre."

PARECER	<p><i>Antuizada</i> <i>Notifique-se</i> <i>a mestrandos,</i> <i>o Diretor</i> <i>da UCI e o</i> <i>seu chefe</i> <i>da UCI</i> <i>A comissão</i> <i>de Ética e a</i> <i>Coordenação do</i> <i>Departamento</i></p> <p>12/4/2016</p>
	<p>DESPACHO/DELIBERAÇÃO</p> <p>ULSNA-EPE CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO</p> <p>DORINDA CALHA, Presidente</p> <p>JORGE F. GOMES, Diretor Clínico</p> <p>ANTÓNIO MIRANDA, Enfermeiro Director</p> <p>RAQUEL BACHA FERREIRA, Vogal Executivo</p> <p>JOAQUIM ARAÚJO, Vogal Executivo</p>

A mestrandos em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, Maria José Martins Catalão, solicitou autorização para efetuar recolha de dados dos registos TISS-28 da Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira, UCIDEM, subordinado ao tema "Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre."

Junta toda a documentação, nomeadamente, projeto da investigação contendo os objetivos, enquadramento do tema, metodologia e instrumento de colheita de dados.

Cumpre-nos então proceder à sua análise e informar o seguinte.

1- Enquadramento do projeto de intervenção

O presente projeto de intervenção tem o seu enquadramento no 4º curso de mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, onde é realizado um estágio desenvolvido numa unidade de saúde, visando dotar os mestrandos de competências na área da gestão de unidades de saúde.

A mestrandos iniciou já o estágio na UCIDEM do Hospital Doutor José Maria Grande.

A aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (*Therapeutic Intervention Scoring System-28 - TISS -28*), permite avaliar a carga do trabalho de enfermagem, é aplicado na UCIDEM, contudo, nunca existiu qualquer tratamento dos dados registados, facto que a mestrandos se propõe fazer.

2- Objetivos

2.1- Objetivo Geral

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO
NORTE ALENTEJANO, E.P.E.
SECRETARIADO

Entrada N.º 201602410
Data 12/04/2016
F.º José André



-Desenvolver competências na área da Gestão de Unidades de Saúde, sobretudo na utilização do instrumento de gestão TISS-28.

2.2- Objetivos específicos

- Avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros na UCIDEM, segundo o TISS-28.
- Verificar a prevalência das categorias de intervenções terapêuticas realizadas na UCI, segundo o TISS-28.
- Classificar a gravidade da doença crítica dos doentes admitidos na UCIDEM, segundo o TISS-28.

3- População alvo

Total dos utentes internados na UCIDEM que estejam internados no mínimo 24 horas.

4- Metodologia, Instrumento e Técnica de Recolha de Dados

O preenchimento do UISS-28 em forma de tabela, é efetuado junto do utente, pela equipa de enfermagem, abrangendo um período mínimo de internamento de 24 horas.

Este registo é efetuado mediante a observação direta e através de consulta dos resultados dos vários meios de suporte disponíveis.

A periodicidade dos registos é diária e compete ao enfermeiro que tem a seu cargo o utente, sendo realizada no início do turno da noite e com base nos procedimentos executados nas últimas 24 horas.

Os itens são analisados diariamente permitindo um perfil evolutivo do doente crítico, através da pontuação e da classificação da gravidade, sendo que, a soma resultante da atribuição de pontos e a classificação obtida, constitui o *score* do TISS- 28 do doente.

6- Análise

A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente projeto de intervenção e deliberou o seguinte:

O estudo afigura-se como pertinente, atendendo à sua temática e objetivos, já que permite associar a carga de trabalho às necessidades de cuidados de enfermagem de cada doente, sendo aquela calculada através da pontuação obtida pela aplicação de indicadores de avaliação da gravidade do doente.

O TISS- 28 permite pois adequar a carga de trabalho de enfermagem e ajustar dotações de pessoal consoante a gravidade clínica dos doentes, o que se afigura de extrema importância na rotina diária da UCIDEM.

Nesta sequência, a Comissão de Ética da ULSNA, E.P.E., delibera emitir parecer favorável, à realização do projeto de estágio subordinado ao tema: "Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre."

A presente autorização deverá prosseguir apenas e somente o fim a que se destina.

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

- À Mestranda;
- Ao Sr. Diretor do Departamento de Urgência e da UCIDEM;



- À Coordenação de Enfermagem do Departamento de Urgência e da UCIDEM;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.

Anexo: Requerimento, anteprojecto do projecto de estágio.