

Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente

Helena Sofia da Silva Ascensão

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2010

Helena Sofia da Silva Ascensão

Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente

**Será que existe relação entre os cuidados de enfermagem prestados e as
necessidades reais do utente, numa unidade de cuidados intensivos?**

Dissertação de candidatura ao grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem
submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientadora: Prof. Doutora Maria
Manuela Martins

Professora Coordenadora da Escola
Superior de Enfermagem do Porto

Co-Orientador: Prof. Doutor António
Sarmento

Professor da Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto

Porto, Julho 2010

Dedicatória

Á **Leonor** pelo amor incondicional

Ao **Rui** pelo carinho, compreensão e paciência nesta longa jornada

Aos meus pais **Bernardete** e **Mário** que em todas as etapas da vida sempre estiveram comigo, oferecendo-me apoio, incentivo e amor; que me ensinaram a enfrentar desafios sem nunca fugir deles; que choraram e sorriram comigo...

Que Deus os abençoe a todos!

Agradecimentos

*A **Deus**, fonte de toda a força para enfrentar todos os obstáculos que surgiram nesta caminhada.*

*À Professora Doutora **Manuela Martins** pelo incentivo, amizade, apoio, compreensão, orientação e modelo de referência de enfermagem que transmite em todos os seus ensinamentos.*

*Ao Professor Doutor **António Sarmento** pelo carinho, apoio, disponibilidade e orientação durante o desenvolvimento desta etapa da minha carreira académica.*

*Ao Professor Doutor **Luís Sá**, pela disponibilidade, transmissão de conhecimentos e incentivo para esta longa caminhada.*

*À minha **família** pelo incentivo e apoio em todos os momentos difíceis.*

*Às Enfermeiras **Sara Campos** e **Sílvia Ramalho** amigas e confidentes de todos os momentos, pela leitura crítica e revisão do trabalho.*

*À Senhora Enfermeira Chefe **Graça Campos** pela disponibilidade e apoio na recolha de dados para este estudo.*

Resumo

A qualidade dos cuidados de enfermagem para além da importância que tem para a instituição e utente/doente deve ter uma importância máxima para o prestador de cuidados.

O enfermeiro prestador de cuidados é o primeiro gestor dos mesmos, devendo priorizar e documentar todas as suas intervenções, para que da análise ao seu trabalho se evidencie a prática real de cuidados de enfermagem. Os cuidados de enfermagem emergem das necessidades dos utentes, e uma prática de cuidados de enfermagem engloba o atendimento das necessidades do utente.

O presente estudo centra-se numa abordagem quantitativa, descritiva e transversal, onde se evidencia a carga de trabalho prestada e necessária através de horas de cuidados prestadas e necessárias para satisfazer as necessidades dos doentes. Como instrumento de recolha de dados aplicamos o *Therapeutic Intervention Scoring System* – TISS28 e o Sistema de Classificação de Doentes, baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem – SCD/E, que actualmente se utilizam como ferramentas de gestão em Enfermagem. O universo do estudo são os cuidados de enfermagem prestados a cada utente por cada dia de internamento na UCI, cuja amostra correspondeu a 136 casos.

De um modo geral foram identificadas mais necessidades de cuidados de enfermagem do que cuidados de enfermagem prestados, o que pode ser explicado pelo não registo de cuidados de enfermagem por parte dos enfermeiros. Esta constatação leva-nos a concluir que os enfermeiros atendem às necessidades dos utentes, deixando os registos para mais tarde, permitindo que a análise dos registos de enfermagem se traduza num retrato infiel da prática de Enfermagem.

Em suma, os cuidados de enfermagem prestados expressos pelos registos de enfermagem diferem dos cuidados de enfermagem necessários, traduzindo-se numa carga de trabalho necessária mais elevada do que a carga de trabalho prestada, concluindo-se assim, que na UCI em estudo existe uma sobrecarga de trabalho de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem, Qualidade, Carga de trabalho de Enfermagem, Cuidados Intensivos.

Abstract

The quality of nursing care besides the importance that has for the institution and user / patient, should be of highest importance for the care provider.

The care providing nurse is the first manager of those cares, having to prioritize and document all his interventions, so that from the analysis of his work it shows the real practice of nursing cares. The nursing cares stand out of the necessities of the users and the practice of nursing cares includes the service of the necessities of the user.

The present study is centered in a quantitative, descriptive and cross approach, where the given and necessary workload is measured through hours of cares given and necessary to satisfy the necessities of the patients. As an instrument of gathering data we applied the Therapeutic Intervention Scoring System – TISS28 and the System Patients Classification, based in Nursing Cares Level of Dependence – SCD/E, which is currently used as tools of Nursing Management. The universe of the study is the nursing cares provided to each user per day in the ICU, with a sample of 136 cases.

Overall more necessities of nursing care were identified than actually nursing care provided, which can be explained nursing staff not registering all the nursing cares actually performed. This observation leads to the conclusion that nurses pay attention to the necessities of the users, leaving practice registration for later, allowing the analysis of those registrations to portrait an unfaithful truth of the Nursing practice.

In conclusion, the nursing cares registered by the nursing staff differ from the nursing cares actually necessary, leading to a necessary workload higher than the workload actually provided, concluding that in the ICU in this study there is a work overload on nursing staff

Key words: Nursing, Quality, Nursing workload, Intensive Care.

Chave de Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTN – Carga de Trabalho Necessária

CTP – Carga de Trabalho Prestada

HCN – Horas de Cuidados Necessários

HCP – Horas de Cuidados Prestados

SAPSII - *Simplified Acute Physiology Score*

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem

TEE – Tempo efectivo do enfermeiro

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE GERAL

0	INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I - SUPORTE TEÓRICO		
1	QUALIDADE EM SAÚDE	23
2	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	32
2.1	Cuidados de Enfermagem e a Filosofia de Virgínia Henderson	32
2.2	Necessidade de cuidados de enfermagem	47
2.3	Carga de trabalho em Enfermagem	50
2.4	Ferramentas utilizadas na gestão de Enfermagem	55
2.5	Dotação de pessoal	62
PARTE II - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO		
1	CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	67
1.1	Finalidade e objectivos do estudo	69
2	RELEMBRANDO A HISTÓRIA DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	71
2.1	Classificação das UCI.....	73
2.2	Classificação dos utentes	74
2.3	Caracterização da UCI em estudo	76
3	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	84
3.1	Variáveis em estudo	86
3.2	Amostra	90
3.3	Caracterização do instrumento de recolha de dados	93
3.4	Procedimentos para recolha de dados.....	93
4	TRABALHO DE CAMPO	95
4.1	Cuidados de enfermagem prestados na UCI	95
4.2	Necessidades reais de cuidados de enfermagem na UCI.....	102

4.3	Carga de trabalho de enfermagem prestada e necessária	109
4.4	Diferenças entre a carga de trabalho prestada e necessária relativamente ao grupo de diagnóstico.....	112
4.5	Grupos de diagnóstico relativamente à carga de trabalho prestada e necessária	115
4.6	Relação entre as ferramentas de gestão TISS28 e SCD/E	116
5	QUALIDADE E CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM – DISCUSSÃO	118
6	CONCLUSÕES	129
7	BIBLIOGRAFIA	133
	Anexo A – Quadro de referência de artigos	143
	Anexo B – Autorização	146
	Anexo C – Definição dos indicadores dos instrumentos TISS28 e SCD/E	151
	Anexo D – Instrumento de recolha de dados	158
	Anexo E – Tabela de teste post-hoc <i>Bonferroni</i> – TISS28	163
	Anexo F– Tabela de teste post-hoc <i>Bonferroni</i> – SCD/E	167
	Anexo E –Tabela de teste não paramétrico <i>Kurskal Wallis</i>	171

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Memórias dos doentes relativamente ao internamento em UCI	26
Figura 2 - Tipologia dos Indicadores - Fonte: Leão, Silva, Alvarenga, & Mendonça, 2008, Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão	28
Figura 3 - Modelo de garantia de qualidade adaptado. Fonte: Sale, Diana, 2000, Garantia da qualidade nos cuidados de saúde	30
Figura 4 - Pressupostos da Filosofia de Virginia Henderson. Fonte: Adaptado de Alligood e Tomey, 2002, Teóricas de Enfermagem e a sua obra	34
Figura 5 - Diferentes formas de mensurar e avaliar a carga de trabalho - Fonte: Adaptado de Hughes, 2008, <i>Patient Safety and Quality</i>	51
Figura 6 - O sistema de classificação de doentes ideal. Fonte: Adaptado de Alward (1983). Patient Classification Systems: the ideal vs. reality.	61
Figura 7 - TISS28 e SCD/E.....	62
Figura 8 - Esquema representativo da estrutura física da UCI	77
Figura 9 - Metodologias de prestação de cuidados de Enfermagem – Adaptado: Parreira, 2005, Organizações.	81
Figura 10 - Esquema representativo do circuito do utente na UCI	83
Figura 11 - Desenho do estudo.....	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Total de Horas de Cuidados de Enfermagem Prestados - TISS28.....	98
Gráfico 2 - Total de Horas de Cuidados de Enfermagem Prestados - SCD/E.....	102
Gráfico 3 - Total de horas de Cuidados de Enfermagem Necessários - TISS28.....	105
Gráfico 4 - Total de horas de Cuidados de Enfermagem Necessários - SCD/E.....	108
Gráfico 5 - Distribuição da amostra por grupos de diagnóstico.....	110
Gráfico 6 - Diferença das médias de carga de trabalho - TISS28	115
Gráfico 7 - Diferença das médias das cargas de trabalho - SCD/E	116

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos casos segundo os dados demográficos e clínicos	91
Tabela 2 - Distribuição dos casos no TISS28 – Cuidados de enfermagem prestados	96
Tabela 3 – Distribuição dos casos no SCD/E – Cuidados de enfermagem prestados.....	98
Tabela 4 – Distribuição dos casos no TISS28 – Necessidades de cuidados de enfermagem	102
Tabela 5 – Distribuição dos casos no SCD/E – Necessidades de cuidados de enfermagem	105
Tabela 6 - Carga de trabalho prestada e carga de trabalho necessária segundo TISS28 e SCD/E	109
Tabela 7 - Análise das diferenças das médias entre grupos de diagnóstico e carga de trabalho prestada e necessária – TISS28 (<i>ANOVA</i>)	113
Tabela 8 - Análise da diferença das médias entre grupos de diagnóstico e carga de trabalho prestada e necessária – SCD/E (<i>ANOVA</i>)	114
Tabela 9 - Diferença entre proporções de grupos diagnóstico, carga de trabalho prestada e prestada através do TISS28 e SCD/E – <i>Kruskal Wallis</i>	114
Tabela 10 - Matriz de correlações (<i>R Pearson</i>).....	117

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 - Necessidades humanas básicas – respiração e circulação de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	37
Quadro 2 - Necessidades humanas básicas – beber e comer de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	37
Quadro 3 - Necessidade humana básica – eliminação de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	38
Quadro 4 - Necessidades humanas básicas – mover-se e manter uma boa postura de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	38
Quadro 5 - Necessidades humanas básicas – Dormir e repousar de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	39
Quadro 6 - Necessidades humanas básicas – vestir-se e despir-se de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	39
Quadro 7 - Necessidades humanas básicas – temperatura corporal de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	40
Quadro 8 - Necessidades humanas básicas – Estar limpo e cuidado, e proteger os seus tegumentos de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	41
Quadro 9 - Necessidades humanas básicas evitar os perigos de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	42
Quadro 10- Necessidades humanas básicas comunicação de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	42
Quadro 11 - Necessidades humanas básicas crenças e valores de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	43

Quadro 12 - Necessidades humanas básicas ocupar-se com vista a realizar-se de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)	44
Quadro 13 - Necessidades humanas básicas divertir-se de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)	45
Quadro 14 - Necessidade humana básica aprender de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005).....	45
Quadro 15 - Classes de Cullen et. al.,1974 - TISS.....	55
Quadro 16- Descrição das UCI e dos rácios enfermeiro/utente.	73
Quadro 17 - Rotinas de Enfermagem da UCI	78
Quadro 18 - Definição operacional dos dados demográficos	87
Quadro 19 - Definição operacional dos dados clínicos	87
Quadro 20 - Definição operacional dos cuidados de enfermagem	88
Quadro 21 - Definição operacional da carga de trabalho de enfermagem	89
Quadro 22 Quadro de conversão de Score de SCD/E em Horas.....	90
Quadro 23 - Teste da normalidade da amostra.....	111
Quadro 24 Teste de adesão à normal Kolmogrov-Smirnov TISS28 e SCD/E	112

0 INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados de enfermagem para além da importância que tem para a instituição deve ter uma importância máxima para o prestador de cuidados. O enfermeiro deve almejar a qualidade em cada gesto realizado, deve procurar que o desempenho da sua função seja mais do que uma simples execução de tarefas. Numa prestação de cuidados de qualidade, existe um encontro entre o profissional e o utente.

Prestar cuidados de qualidade para além de conhecimento e prática requer tempo, disponibilidade, que nem sempre é possível quando se trabalha num serviço com poucos recursos e mil e uma solicitações. Em ambiente de unidade de cuidados intensivos (UCI) as solicitações são sempre muitas. Estas UCI destinam-se ao tratamento de doentes em estado crítico e caracterizam-se pela prestação de cuidados contínuos médicos e de enfermagem. Encontram-se envoltas em grandes tecnologias e com recursos humanos especializados. Por estas mesmas razões são grandes consumidoras de recursos financeiros de um hospital, pelo que a sua gestão eficiente é muito desejada. As equipas de enfermagem podem traduzir-se em 50% dos custos mensais da UCI, pelo que uma adequada gestão permite uma racionalização das despesas e combate ao desperdício.

Para realizar uma correcta gestão recorre-se à aplicação de ferramentas de gestão que permitem mensurar a carga de trabalho e realizar uma dotação de pessoal mais ajustada. É difícil para um gestor admitir que necessita de reforçar a equipa, atendendo às circunstâncias económicas actuais. No entanto, os cálculos devem ser realizados a longo prazo e não no imediato, porque a factura que se tem de pagar por manter uma equipa com elevada carga de trabalho, será bem mais elevada do que contratualizar mais um elemento.

Existem inúmeras ferramentas que permitem a gestão dos recursos de enfermagem, porém estas não têm a capacidade de abranger a totalidade de cuidados que são prestados sendo necessário ter em conta o contexto onde decorre a prestação de cuidados. A carga de trabalho de enfermagem nem sempre é afectada pelas condições do doente, mas também pelo micro sistema onde se desenrola a prestação de cuidados. mau acondicionamento, excesso de material e espaços de arrecadação dispersos podem

ser factores que aumentam a carga de trabalho. Uma carga de trabalho elevada, para além de uma elevada rotatividade das equipas, e taxas de absentismo elevadas, pode conduzir na uma sub-prestação de cuidados, descurando a qualidade dos mesmos e pondo em risco a segurança do utente.

Com a realização desta pesquisa pretendemos aprofundar conhecimentos sobre estas matérias, conhecendo a realidade da prestação de cuidados de enfermagem numa UCI e as necessidades reais do utente, bem como as ferramentas mais comumente utilizadas na gestão de recursos humanos em enfermagem. Para tal realizamos pesquisa bibliográfica e desenhamos um estudo a partir da questão ***Será que existe relação entre os cuidados de enfermagem prestados e as necessidades reais do utente numa unidade de cuidados intensivos?***

Trata-se de uma abordagem quantitativa, exploratória-descritiva, em que o universo são os cuidados de enfermagem. Aplicamos um formulário baseado em duas ferramentas de gestão de recursos humanos em enfermagem. Temos como finalidade compreender a utilização destas ferramentas e quais os seus contributos para uma gestão de cuidados eficiente.

O presente trabalho divide-se em duas grandes partes, em que primeiramente realizamos uma abordagem teórica tendo como base a pesquisa bibliográfica realizada. Na segunda parte desenrola-se toda a componente prática do estudo, desde justificação, objectivos e finalidade, estratégias metodológicas, apresentação de dados, discussão e conclusões.

PARTE I

SUPORTE TEÓRICO

1 QUALIDADE EM SAÚDE

A palavra qualidade deriva do latim do termo *qualitate*, e é aplicada para designar a excelência de um produto ou serviço (Machado, 1991). Todavia definir qualidade não é um processo simples, ela relaciona-se com a adequação ao propósito, ausência de defeitos (erros), conformidade com especificações, e constitui-se uma procura constante na oferta dos serviços prestados nas instituições de saúde.

Na actualidade fala-se em programas de melhoria contínua de qualidade, e em Portugal muitas instituições de saúde encontram-se em processos de acreditação e de certificação de forma a aferir qualidade aos serviços prestados à comunidade, progredindo no aperfeiçoamento dos seus serviços.

Em 1951, Joseph Juran, considerado o pai da qualidade, propôs que esta fosse regulada por três processos de gestão: planeamento, controle e melhoramento ficando conhecida como a Trilogia de Juran (Barbosa & Melo, 2008).

Contemporaneamente, W. Edwards Deming desenvolveu 14 pontos-chave necessários para que uma empresa se tornasse competitiva, ou seja um programa de melhoria contínua (Deming, 1990).

Em 1962, Isolara criou o círculo de controlo de qualidade, que permitia a gestão e melhoramento da qualidade de uma forma muito simples, através da utilização do diagrama de espinha de peixe. Segundo este autor a qualidade é um processo contínuo e pode ser sempre aperfeiçoada (Barbosa & Melo, 2008).

Avedis Donabedian na década de 60 desenvolveu trabalhos tentando sistematizar o conhecimento sobre qualidade propondo a normalização de conceitos e nomenclatura, emergindo o Modelo Unificado, composto por três dimensões: estrutura, processo e resultados. À dimensão estrutura correspondem todos os recursos materiais, equipamentos e humanos, incluindo o financiamento. Ao processo corresponde a inter-relação entre prestador e receptor dos cuidados, ou seja é a dinâmica da prestação de cuidados. Aos resultados cabe o produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação de padrões e expectativas.

Donabedian (1980) refere-se ao conceito de qualidade de cuidados de saúde como sendo o tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar do utente, após considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados. Assim, a qualidade para os engenheiros e industriais do século XX era sinónimo de padronização e uniformidade, no entanto, passou por diversos estádios até se alcançar a qualidade total.

Mezomo (2001) refere que a qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço que o torna adequado a missão de uma organização concebida para dar resposta as necessidades e expectativas dos clientes.

Biscaia (2000, p.11) define qualidade como *“Um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.”*

Ferreira (1991) diz que a melhoria da qualidade dos cuidados deve fazer parte do dia-a-dia de cada um na realização das suas tarefas e por isso, a avaliação da qualidade deve englobar todos os elementos da equipa multidisciplinar. Assim, os conhecimentos de todos os profissionais devem ser combinados e os seus esforços devem direccionar-se para o seu consumidor final (o utente). Baseando-se em Palmer (1983), o mesmo autor refere que o principal objectivo de um sistema de garantia da qualidade, deve ser tornar efectivos os cuidados prestados, melhorando o estado de saúde e satisfação da população, atendendo aos recursos que a mesma disponibiliza para tais cuidados. No entanto, seria astucioso restringir o conceito de qualidade a uma única definição, dada a sua complexidade.

É neste contexto que surge a Qualidade na Saúde, como exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde. A qualidade é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação dos cuidados e é detentora de algumas características. Esta, busca satisfazer e diminuir as necessidades, ou seja, não pretende responder só à procura oferecendo mais. É proactiva de modo a prevenir e a dar resposta, não servindo de pretexto para a procura de novas oportunidades de mercado. Reúne como atributos a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade (Biscaia, 2000).

“Qualidade”, “exigir Qualidade pelos cuidados prestados”, “trabalhar com Qualidade”, são expressões que vulgarmente se utilizam e que estão difundidas na sociedade, mas o que realmente significam?

“Quando um profissional se aproxima da cabeceira de um doente apenas para executar gestos, deixando para outros a dimensão relacional ou adiando-a para outra altura, a perspectiva de cuidar não existe.” (Hesbeen, 2001, p. 41). Prestar cuidados com elevada técnica e rigor científico, utilizar todas as tecnologias de ponta, em que se consomem imensos recursos financeiros são extremamente importantes e muitas das vezes podem fazer a diferença entre a vida e a morte, mas prestar cuidados sem a dimensão de cuidar significa certamente uma Enfermagem sem qualidade.

Remetendo para a qualidade dos cuidados, poderíamos afirmar que cuidados com qualidade são aqueles que se fazem bem, ou seja, que são prestados segundo as normas de procedimentos técnicos. Poderíamos também dizer que cuidados com qualidade são os que conduzem à satisfação do utente, correspondendo às suas expectativas, uma vez que segundo McIntyre e Silva (1999) a avaliação da satisfação do utente deve ser considerada como indicador da qualidade dos serviços. Trabalhos científicos realizados nesta área demonstraram que existe uma forte relação entre a satisfação do utente e a adesão terapêutica, bem como, utentes satisfeitos são mais colaboradores e encontram-se mais motivados para participar em planos terapêuticos.

Ao realizar uma avaliação a esses cuidados eles obedeceriam a uma série de itens constantes numa grelha de avaliação. Mas esta será a qualidade dos actos praticados, ou a qualidade do cuidar? Pode parecer significar o mesmo mas na realidade têm significados muito diferentes. Atendendo à realidade das UCI, em que a maioria dos utentes se encontram sedados, incapacitados de dialogar com a equipa de saúde, poderíamos dizer que estes profissionais não necessitam de direccionar a sua actuação para a vertente de cuidar, bastando apenas serem *experts* em técnicas e procedimentos, mas partir deste pressuposto seria um tamanho erro.

Todos os doentes comunicam, apenas alguns se encontram impedidos de utilizar linguagem verbal, mas mesmo sedados os doentes comunicam com a equipa de saúde. Encontram-se referências na literatura (Almeida, 2002) sobre relatos de experiências dos utentes internados em UCI. As recordações dos doentes relativamente ao internamento e ao processo de doença, não se fixam nos aspectos patológicos, mas assentam nas particularidades que o perturbaram ou que por qualquer razão se destacaram.

Num estudo sobre as memórias e percepções dos doentes acerca das unidades de cuidados intensivos, Russell (1999) organizou as respostas em dez categorias que são apresentadas na Figura 1 por ordem ascendente, merecendo as mais referenciadas lugar de destaque na base da pirâmide.

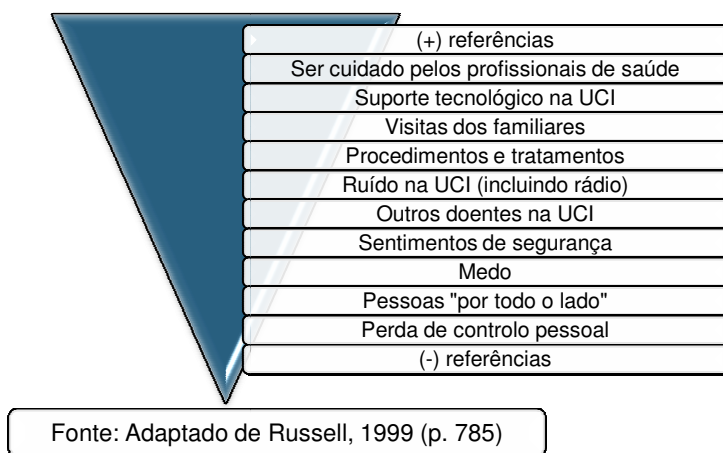


Figura 1 - Memórias dos doentes relativamente ao internamento em UCI

Podemos constatar que os doentes recordam o ambiente em si, não só os meios técnicos como as pessoas com quem contactaram, e procedimentos a que foram submetidos, recordando menos aspectos relacionados com o controlo do seu próprio corpo.

De acordo com Barbosa (1995), existe a necessidade de se estudar novos aspectos da actuação da enfermagem em Medicina Intensiva devendo centrar-se nos aspectos expressivos, com a finalidade de diminuir o distanciamento ocorrido na prática actual, onde tem sido dado mais ênfase a procedimentos do ponto de vista técnico e orgânico, ao invés do cuidado individualizado e holístico.

Para Waldow (1995), o cuidado humano está imbuído em valores que priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor e para atingir-se o caminho para este cuidado pressupõe o não ao comodismo, o não à estagnação, o não à alienação. É um processo de intenso desenvolvimento e principalmente de consciencialização. Assim, pensamos que a comunicação surge a partir do cuidado prestado, da energia que se interpõe entre mim e a pessoa que cuido. Nesse sentido a comunicação não verbal está presente quando tocamos no doente, quando o posicionamos, quando o observamos...

Recorrendo ao autor Watzlawick, (1981, citado por Ribeiro, 1992) os seus pressupostos são, *"o ser humano está condenado a comunicar"*. *"Todo o comportamento é comunicação"*, e *"não se pode não comunicar"*, o que significa que mesmo sem intenção, e sem linguagem verbal, o ser humano comunica constantemente e o processo de comunicação é amplo e complexo. Nem sempre a linguagem verbal é a que proporciona uma boa compreensão, necessitando de ser *"auxiliada"* por linguagem não verbal para, por exemplo, transmitir correctamente estados afectivos. Conclui-se que a comunicação resulta de um conjunto de mensagens verbais e não verbais, complementares entre si.

Deste modo, a qualidade na perspectiva de cuidar é complexa, subtil e dinâmica segundo Reerinck (1985; citado por Hesbeen, 2001, p.49) “*A qualidade é como a beleza, ela está nos olhos de quem a olha.*” Isto é, a qualidade irá depender de quem presta o cuidado e de quem o recebe, essencialmente do encontro entre ambos, do sentido que é dado ao cuidado por parte de quem o executa e por parte de quem o recebe. Para André e Rosa (1997) a qualidade dos cuidados é um equilíbrio dinâmico entre o possível e o desejável, adquire significados diferentes de acordo com o tempo e com os intervenientes, em suma podemos afirmar que “(...) *a qualidade é um fenómeno cultural.*” (p. 24)

De nada serve o recurso a conhecimentos científicos, se os mesmos não forem adaptados a cada pessoa de acordo com as suas necessidades. “*A arte de cuidar baseia-se em conhecimentos e na capacidade para harmonizar os diferentes elementos que constituem uma determinada situação*” (Hesbeen, 2001, p.45). Segundo o mesmo autor, os prestadores de cuidados são responsáveis pela missão complexa e subtil que consiste em ajudar o outro para que este consiga, umas vezes por períodos curtos, outras por períodos longos, criar um modo de viver compatível com o estado do seu corpo. “*É isto que constitui o cerne da prática de cuidados e que define a sua qualidade.*” (Hesbeen, 2001, p. 52).

O prestador de cuidados deve procurar ir ao encontro da pessoa e criar laços de confiança, deve mostrar-se como alguém que ajuda e acompanha a pessoa que cuida, caminhando com ela para promover a sua saúde (Hesbeen, 2001). Importa reflectir sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, no entanto ao realizar essa reflexão surge a questão: Qualidade dos actos praticados ou qualidade do cuidar?

A dinâmica das instituições é cada vez mais intensa o que pode induzir os profissionais a darem prioridade às solicitações e procedimentos técnicos descurando a relação de ajuda. Embora os doentes percepcionem que as técnicas são importantes e que os ajudam na melhoria a sua condição de clínica, torna-se insuficiente uma vez que a relação de ajuda deve estar presente em cada cuidado. Neste sentido, “ (...) *o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se nesses casos como componentes essenciais a um cuidar de qualidade.*” (Hesbeen, 2001, p. 43).

Podemos reflectir sobre a seguinte afirmação: Os cuidados de enfermagem prestados na UCI A têm qualidade mas existem aspectos que têm de ser melhorados. Para responder a este tipo de afirmação, temos de recorrer à aplicação de indicadores de qualidade, que nos vão permitir extrair do volume de dados registados, informações importantes para o

processo de decisão, tendo como finalidade a melhoria contínua da qualidade (Leão, Silva, Alvarenga, & Mendonça, 2008). Estes incorporam as três dimensões clássicas de avaliação de qualidade em saúde, descritas por Donabedian (1980), estrutura, processo e resultado.



Figura 2 - Tipologia dos Indicadores - Fonte: Leão, Silva, Alvarenga, & Mendonça, 2008, Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão

A Estrutura, dos três aspectos é o mais fácil de medir, pois centra-se nas instalações (conforto, segurança, adequação da planta do edifício, acessibilidade dos serviços de apoio, luminosidade adequada, qualidade do ar); no equipamento (sofisticação do material, capacidade do pessoal para o utilizar); no pessoal (referências, experiência, diversidade, padrões de distribuição de tarefas, rácios pessoal/doente) e finanças (salários, recursos adequados, fornecimentos). Segundo Lichtig, Knauf e Milholland (1999, citado em Tappen, 2001) nenhum destes factores da dimensão estrutura pode garantir que são prestados bons cuidados, mas contribuem para que isso aconteça, dá o exemplo de que mais enfermeiros especialistas em diferentes áreas na equipa multidisciplinar estão associados a períodos mais curtos de permanência e a um menor número de resultados adversos nos doentes.

Relativamente ao Processo segundo Irvine (1998, citado por Tappen, 2001), este refere-se às actividades reais levadas a cabo pelos prestadores de cuidados, incluindo as decisões tomadas, desde o momento em que o individuo chega ao sistema de saúde através da avaliação, diagnóstico, tratamento e cuidados de *follow-up*. Como exemplo, a administração de uma transfusão de sangue, que pode ser avaliada quanto à oportunidade, adequação, vigor e estado de completo.

O Resultado refere-se aos resultados das acções em que os prestadores estiveram envolvidos. A sua mensuração permite avaliar a eficácia dessas actividades de enfermagem. Existem resultados, como o aumento da satisfação ou a mudança de atitude que são menos tangíveis e não podem ser medidos com tanta precisão, no entanto devem ser incluídos para que o espectro dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais esteja representado (Strickland, 1997, citado em Tappen, 2001).

Os três tipos de avaliação complementam-se para a obtenção de melhor qualidade. Os indicadores usados na avaliação da qualidade podem ser os que se encontram previamente estipulados (quedas dos utentes, úlceras de pressão, satisfação do utente, entre outros) ou podem ser criados outros, o aspecto mais relevante centra-se na validade do indicador e sua contabilidade, ou seja que o indicador meça o que se propõe a medir e que seja possível reproduzi-lo sempre que necessário (Leão, et al., 2008).

A utilização dos indicadores de estrutura, processo e resultado permite aos serviços e instituições a aplicação de um programa de melhoria continua de qualidade. Segundo (Tappen, 2001) inicialmente devem-se definir políticas e procedimentos para implementar projectos de melhoria da qualidade a nível organizacional. Torna-se necessário a criação de um grupo de trabalho e devem ser atribuídas responsabilidades para que actuem como um circulo de qualidade. Segundo Sale (2000, p. 35), este grupo de trabalho terá de discutir e escrever a filosofia dos cuidados em que acreditam baseando-se nos “(...) *cuidados prestados aos doentes, o código profissional de conduta, crenças sobre a individualidade das pessoas e os seus direitos humanos, a sua filosofia de cuidados do distrito de saúde e valores sociais.*”.

O número de elementos deve ser o mais elevado possível, incluindo representantes de todos os turnos de trabalho. Seguidamente, após terem percepcionado o propósito da melhoria da qualidade, devem ser atribuídas prioridades definindo-se objectivos e as áreas a estudar, como por exemplo, respiração assistida por ventilador, tratamentos respiratórios. Encontra-se assim definido o âmbito do problema a ser avaliado (Duquette, 1991, citado por Tappen, 2001), a avaliação deste problema pode ser realizada através do cumprimento das normas, indicadores (evidência de que os padrões de cuidados foi satisfeito) e critérios (limiar em que foram cumpridos).

As normas têm um papel preponderante em todo o processo, uma vez que aumentam a objectividade definindo claramente o que é aceitável ou não. Sem elas podemos incorrer juízos, pois podem ser variáveis, subjectivos e sensíveis aos caprichos e preconceitos dos avaliadores. As normas têm também a função de comunicar a todas as pessoas envolvidas qual o nível de serviço esperado nesse serviço.

Os indicadores como variáveis objectivas e mensuráveis dos cuidados que são, permitem a monitorização da prática de cuidados se forem aplicados continuamente. Os critérios são o limiar de aceitabilidade de realização do indicador, por exemplo, ao monitorizarmos as transfusões de sangue, espera-se que estas sejam administradas com um nível de consecução de 100%, isto é, que em todas as administrações de sangue realizadas, os enfermeiros as façam segundo as normas de prática de enfermagem em 100%. Após realizada a mensuração dos indicadores, deve-se analisar e interpretar os resultados, estabelecer medidas, seleccionar atitudes e agir. Avaliar as medidas implementadas e repetir todo o processo.

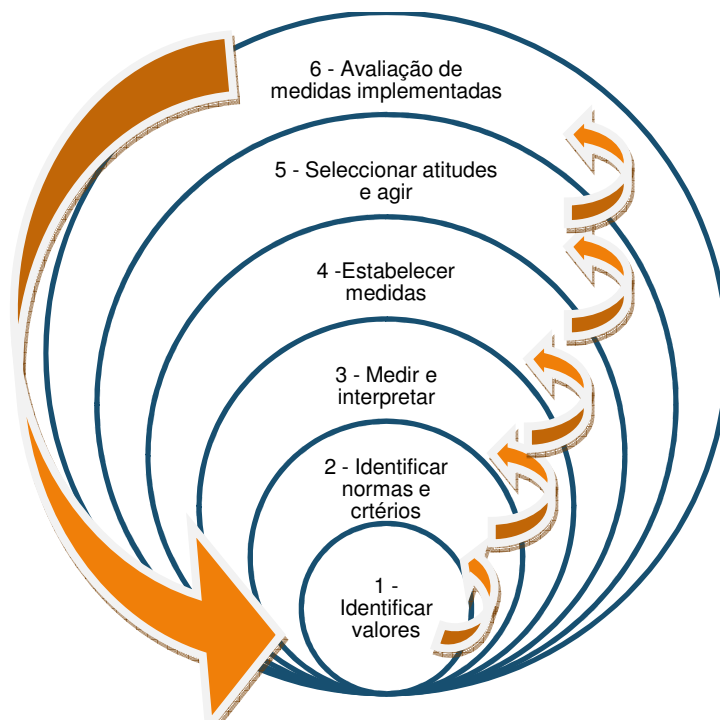


Figura 3 - Modelo de garantia de qualidade adaptado. Fonte: Sale, Diana, 2000, Garantia da qualidade nos cuidados de saúde

Acreditamos que a qualidade dos cuidados de enfermagem é almejada todos os dias, quando realizamos toda e qualquer actividade que visa a recuperação do doente, contudo é indispensável repensar a nossa prática diariamente, reavaliar o nosso comportamento diante das inúmeras responsabilidades que nos são confiadas, assim como o conjunto de valores e motivações para o trabalho, podendo desta forma alcançar a excelência profissional. Aos enfermeiros chefes/gestores cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço (Decreto-Lei, 247/2009), devendo alertar e motivar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, atendendo às necessidades do utente, conduzindo-o à satisfação com a qualidade de cuidados de enfermagem recebidos.

Neste capítulo abordamos o conceito de qualidade e qualidade em saúde. Podemos definir qualidade como a conformidade com as necessidades do utente, em oposição à não-conformidade. O processo de melhoria de qualidade na sua primeira fase permite conhecer o patamar de qualidade de cuidados prestados e detectar problemas. Para realizar a mensuração da qualidade dos cuidados prestados, recorre-se à aplicação de indicadores. Estes dividem-se em estrutura, processo e resultado. Para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, torna-se necessário a implementação de modelos de garantia de qualidade. Estes funcionam em espiral, inicia-se pela identificação de valores (filosofia do serviço, os cuidados que devem ser prestados aos utentes, código profissional de conduta, crenças sobre a individualidade das pessoas e os seus direitos humanos, filosofia de cuidados do distrito de saúde e valores sociais), estabelecem-se objectivos (o que se espera alcançar ao medir a qualidade dos cuidados prestados), identificam-se normas e critérios, medem-se os cuidados emergindo indicadores de qualidade.

Em síntese, neste capítulo definimos o conceito de qualidade desde dos seus primórdios à sua estreita relação com os cuidados de saúde. A qualidade em saúde é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados. Constatamos também que a qualidade na perspectiva do cuidar é complexa, subtil e dinâmica. Cabe aos enfermeiros a missão complexa e subtil que consiste em ajudar o outro para que ele consiga criar um modo compatível com o estado do seu corpo, sendo esta missão e o cerne da prática de cuidados e o que define a qualidade. Reflectimos sobre a mensuração da qualidade através de indicadores, estes podem ser de estrutura, processo e resultados. A complementaridade dos três permite às instituições a aplicação de um programa de melhoria contínua de qualidade através dos modelos de garantia de qualidade.

2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A Enfermagem enquanto prática é tão antiga como a existência humana. Ao reflectir sobre a existência humana, compreendemos que mesmo quando primitivo, o Homem sentia necessidade de cuidar do seu semelhante, colocando ao dispor do outro todos os meios disponíveis para recuperar a sua condição de saúde, cuidando do seu próximo. Este pensamento conduz-nos à essência dos cuidados de enfermagem – o cuidar.

Ao procurar o significado do cuidar, Souza, Sartor, Padilha, e Prado, (2005, p. 267) referem que o cuidar significa “ (...) *desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção* (...)” referem ainda que pode também “(...) *ser entendido como o modo de estar com o outro desde o nascimento, promoção e recuperação de saúde, até à sua própria morte.*”. Mas em que consiste o cuidar em enfermagem? Para Waldow, Lopes, e Meyer (1998), o cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, com o objectivo de ajudar as pessoas a encontrar significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajudar o outro a obter auto-conhecimento e controlo para a sua cura. Esta concepção de cuidados de enfermagem insere-se numa vertente humanista em que a prestação de cuidados numa vertente social e pessoal é uma virtude, sendo este, ainda nos dias de hoje considerado um dos valores da profissão de enfermagem.

Historicamente, a referência à enfermagem como profissão associa-se a Florence Nightingale em meados do século XIX. Seguiram-se várias eras de desenvolvimento da Enfermagem cujo ênfase eram os conhecimentos necessários à prática de Enfermagem. Desenvolveram-se metaparadigmas, filosofias, modelos conceptuais, grandes teorias, teorias e teorias de médio alcance (Alligood & Tomey, 2002).

2.1 Cuidados de Enfermagem e a Filosofia de Virgínia Henderson

Em 1955, Virginia Henderson publica pela primeira vez a sua definição de enfermagem na revisão da obra, ***THE PRINCIPLES AND PRACTICE OF NURSING***, de Harmer e Henderson. Esta teórica sofreu várias influências durante os primeiros anos de enfermagem, entre vários, Dr Edward Thorndike, psicólogo, que levou a cabo

trabalhos sobre as necessidades fundamentais do ser humano, e que fez com que Henderson percebesse que a doença é mais do que um estado de doença” e que as necessidades mais fundamentais não são satisfeitas nos hospitais. Uma outra influência, Bertha Harmer, que define enfermagem em 1922 “(...) *a enfermagem tem as suas raízes nas necessidades da humanidade.*”. Ida Jean Orlando (Pelletier) foi também uma base para a filosofia de Henderson, pois a fez perceber da facilidade com que a enfermeira pode actuar sem ir de encontro as necessidades do utente, se não verificar em conjunto com o doente a interpretação das suas necessidades (Alligood & Tomey, 2002, p. 113).

Henderson (1966), definiu a enfermagem em termos funcionais “ (...) *a única função da enfermeira é a de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível.*” (Tomey, 2002, p. 114).

Ela valoriza a componente empática dos cuidados de enfermagem, sustentando que para conhecer as necessidades do doente a enfermeira necessita de se pôr no lugar do doente, como que se vestisse a sua pele.

As necessidades humanas básicas sobre as quais se desenrolam os cuidados de enfermagem são:

- *“Respirar normalmente*
- *Comer e beber de forma adequada*
- *Eliminar os resíduos corporais*
- *Movimentar-se e manter a postura correcta*
- *Dormir e descansar*
- *Escolher a roupa - vestir-se e despir-se*
- *Manter a temperatura corporal dentro de valores normais mediante a selecção de roupa e modificação de ambiente*
- *Manter corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos*
- *Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros*
- *Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões*
- *Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um*
- *Trabalhar de modo a sentir-se realizado*
- *Jogar ou participar em diversas formas de recreação*
- *Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis.*” (Tomey, 2002, p. 114).

A sua filosofia assenta nos seguintes pressupostos:

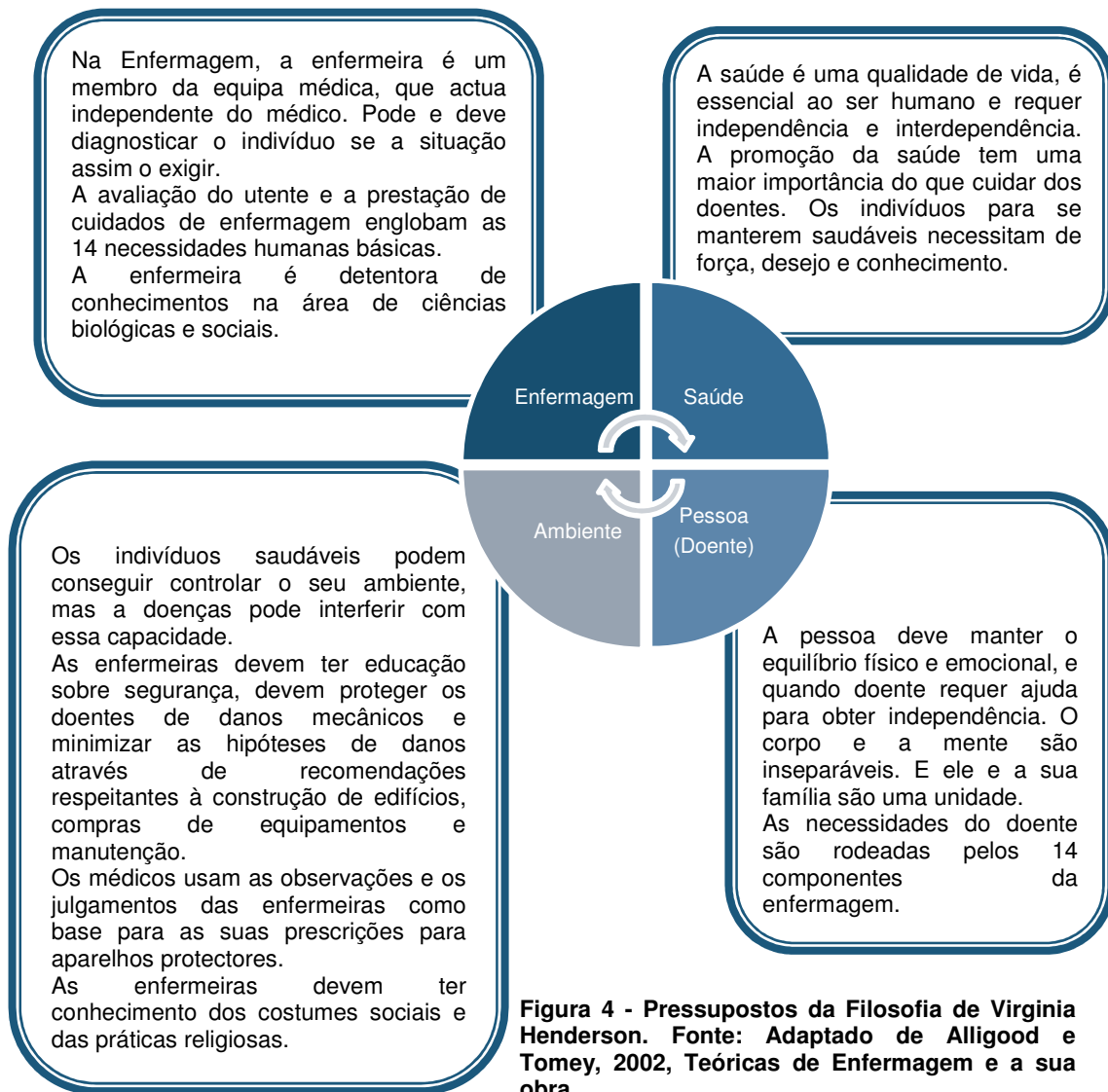


Figura 4 - Pressupostos da Filosofia de Virginia Henderson. Fonte: Adaptado de Alligood e Tomey, 2002, Teóricas de Enfermagem e a sua obra

Os contributos desta filosofia para a enfermagem incluem a definição de enfermagem, o delinear de funções autónomas em enfermagem, o conceito de interdependência do doente e a criação de conceito de auto-ajuda.

Phaneuf (2001, p. 36) define o modelo conceptual de Virgínia Henderson como a *“Organização conceptual dos cuidados de enfermagem, baseada no conhecimento e na satisfação das necessidades da pessoa em referência ao desenvolvimento óptimo da sua independência.”*.

Em Portugal, em 1996, regulamentou-se a carreira de enfermagem através do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE que além de regulamentar a profissão, clarifica conceitos e caracteriza os cuidados de enfermagem. De acordo com o regulamento, os *“Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou*

interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.” (Decreto-Lei 104/98, 1998).

Os cuidados de enfermagem caracterizam-se por terem fundamento numa interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; estabelecerem uma relação de ajuda com o utente; utilizarem metodologia científica.

A metodologia científica utilizada na prestação de cuidados e publicada no Decreto-Lei 104/98, 1998, inclui todo o processo de enfermagem e ainda de acordo com o grau de dependência do utente, actuar da seguinte forma:

“a) Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;

b) Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;

c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;

d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;

e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados.”

Assim, podemos dizer que os cuidados de enfermagem prestados são todas as actividades autónomas e interdependentes realizadas pelo enfermeiro, segundo o processo de enfermagem tendo como objectivo o alcance do nível de independência máximo do utente em cada uma das necessidades básicas.

Aplicação da Filosofia de Virgínia Henderson na prestação de cuidados de enfermagem numa UCI

A principal função da enfermeira é ser fornecedora directa de cuidados de enfermagem ao doente, tendo sempre como objectivo a independência do utente, para isso necessita de fazer uma avaliação inicial, planear, implementar e avaliação final a cada um dos componentes dos cuidados de enfermagem – necessidades humanas básicas.

Todo o indivíduo deseja ser independente no que concerne à satisfação de necessidades humanas básicas, logo a insatisfação de uma necessidade gera um indivíduo incompleto. Um doente para ser admitido numa UCI tem de obedecer a um/grupo de critérios, nomeadamente: falência respiratória, falência hemodinâmica,

pós-operatório ou politraumatizado complicado com uma das anteriores, intoxicações graves, doença coronária aguda, etc. Desta forma, apresenta uma ou mais necessidades humanas básicas comprometidas, o que faz com que tenha a necessidade que a enfermeira forneça cuidados de enfermagem que o permita caminhar para a rápida recuperação e ganho de independência. Contudo, a prestação de cuidados não se direcciona exclusivamente para a satisfação dessa necessidade, mas para um todo complexo que é composto pelas 14 necessidades humanas básicas.

Na prática de cuidados de enfermagem a enfermeira deve avaliar as necessidades e as condições patológicas que as alteram, aplicando seguidamente o processo de enfermagem: apreciação (avaliação inicial), planeamento, implementação e avaliação (final) em cada um dos 14 componentes dos cuidados básicos de enfermagem (necessidades básicas). A avaliação do doente é realizada de acordo com o grau de independência como consegue satisfazer as 14 necessidades, ressaltando que doentes inconscientes não podem ser independentes. A enfermeira e o doente trabalham sempre com um objectivo a independência, a adaptação a uma nova condição de vida ou a morte pacífica.

A enfermeira trabalha em interdependência com outros profissionais, que se devem ajudar mutuamente a levar a cabo a totalidade do programa de cuidados. O enfermeiro deve “ (...) *ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades, visa motivá-la para se tornar independente na medida do possível (...)*” (Phaneuf, 2001, p. 39).

De forma a respeitar as recomendações do *International Council of Nurses* (ICN) e da Ordem dos Enfermeiros para o uso de uma linguagem comum a todos os enfermeiros a definição de cada uma das 14 necessidades fundamentais de Virgínia Henderson foi realizada de acordo com Phaneuf (2001) e em linguagem CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, como se pode constatar nos seguintes quadros:

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Respirar Respiração e Circulação (CIPE®)	Entrada essencial de oxigénio Difusão dos gases a nível pulmonar Trocas a nível celular	Respiração é um tipo de função com características específicas: processo contínuo de troca molecular de oxigénio e de dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração, receptores brônquicos e aórticos bem como por um mecanismo de difusão (p.17).

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
	Lançamento para o exterior do dióxido de carbono e vapor (p.47)	Circulação é um tipo de função com as características específicas: movimento do sangue através do sistema cardiovascular como o coração e os vasos sanguíneos centrais e periféricos (p.18)

Quadro 1 - Necessidades humanas básicas – respiração e circulação de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

O comprometimento destas necessidades humanas básicas é o principal responsável pela admissão dos utentes em cuidados intensivos. Um dos marcos históricos das UCI foi a criação do pulmão de aço que permitiu substituir a função ventilatória, levando à sobrevivência do doente o que até então não era possível. Um doente em estado crítico pode caracterizar-se pela dependência total na satisfação destas necessidades humanas básicas, que podem advir de causas fisiopatológicas ou de causas secundárias, resultantes de instituição de tratamentos.

Decorrente da prática surge o exemplo dos doentes em choque séptico, com alterações neurológicas que conduzem à necessidade de suporte ventilatório, e de suporte adrenérgico pela instabilidade hemodinâmica.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Beber e Comer Autocuidado: beber e comer (CIPE®)	Ingestão, digestão e absorção da água e dos nutrientes necessários à vida (p.47)	Autocuidado beber é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão de bebidas durante as refeições e regularmente ao longo do dia quando se tem sede, beber por uma chávena ou copo ou deitar os líquidos na boca utilizando os lábios, músculos e língua, beber até saciar a sede (p.56) Autocuidado comer é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar comida à boca, mete-la na boca utilizando lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito (p.56)

Quadro 2 - Necessidades humanas básicas – beber e comer de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

Na sua maioria os utentes internados em UCI encontram-se inconscientes, quer por causas fisiopatológicas quer por indução farmacológica, encontrando-se totalmente comprometidas as necessidades beber e comer. Os utentes geralmente encontram-se

entubados naso/orogasticamente, ou com sondas jejunais, dependendo integralmente dos cuidados de enfermagem para a satisfação destas necessidades.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Eliminar Eliminação (CIPE®)	Rejeição de substâncias nocivas ou inúteis produzidas pelo metabolismo ou por certas funções: eliminação urinária e intestinal, suores, lágrimas, menstruações e lóquios (evacuação serosa e sanguínea das mulheres depois do parto) (p.48).	É um tipo de função com as características específicas: movimento e evacuação de resíduos sob a forma de excreção (p. 25)

Quadro 3 - Necessidade humana básica – eliminação de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

Os utentes na sua maioria são dependentes totais nesta necessidade (eliminação intestinal, perdas insensíveis e eliminação vesical), uma vez que o doente é incapaz de utilizar a arrastadeira ou urinol, requerendo a presença do enfermeiro. Para uma correcta mensuração de débitos urinários horários ou bi-horários, os doentes internados em UCI necessitam de estar algaliados, uma vez que esta avaliação irá permitir a vigilância da função renal e equilíbrio hídrico.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Mover-se e manter uma boa postura Autocuidado: actividade física (CIPE®)	Impulsões dadas aos músculos a fim de permitir a mudança de posição do corpo e dos membros. Manutenção de um bom alinhamento dos segmentos corporais (p.48)	Autocuidado actividade física é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se dos comportamentos de actividade física, assegurar local e oportunidade para praticar exercício na vida diária (p.56)

Quadro 4 - Necessidades humanas básicas – mover-se e manter uma boa postura de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

O estado de consciência dos utentes internados em UCI justifica a dependência total na satisfação desta necessidade humana básica. Contudo, a necessidade de mobilização poderá ser diferente de doente para doente de acordo com o estado nutricional, a instabilidade hemodinâmica e a integridade cutânea, entre outros. Os utentes dependem exclusivamente dos enfermeiros para satisfazerem esta necessidade humana básica.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Dormir e repousar Autocuidado: comportamento sono – repouso (CIPE®)	Suspensão das actividades e do estado de consciência que permite reconstituir as forças do organismo (p.49)	Autocuidado comportamento sono – repouso é um tipo de autocuidado com as características específicas: assumir as necessidades de um sono reparador, arranjar local e oportunidade para dormir, organizar horas de sono e repouso (p.56)

Quadro 5 - Necessidades humanas básicas – Dormir e repousar de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

As UCI para além do complexo cenário que apresentam são dotadas de inúmeros equipamentos que produzem ruído, nomeadamente os ventiladores e monitores. Para além da sonoridade dos equipamentos, existe também o ruído provocado pelos profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes operativas), que se intensifica nas trocas de turno.

A iluminação também é uma fonte de perturbação para os doentes, essencialmente se a iluminação da UCI se realizar através de luz artificial, no entanto, como existe um continuo de actividades que têm de ser realizadas, por vezes torna-se necessário manter luzes acesas durante todo o dia e toda a noite, o que dificulta a distinção entre dia e noite para o doente.

O ruído, provocado pelos aparelhos e também pelos profissionais de saúde, a iluminação quase constante e a intensidade da luz, perturbam o sono e descanso do doente, contribuindo para a perda de noção do tempo. A privação do sono desencadeia desorientação e pode ser a causa de delírio (Roberts, 2001).

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Vestir-se e Despir-se Autocuidado: vestuário (CIPE®)	Protecção do corpo por roupas, calçado, entre outros, em função do clima, das normas sociais e do pudor pessoal (p.49)	Autocuidado vestuário é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos de acordo com a situação e o clima, tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir, vestir e despir a roupa pela ordem adequada, apertá-la convenientemente (p.55)

Quadro 6 - Necessidades humanas básicas – vestir-se e despir-se de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

Na UCI é frequente os utentes estarem despidos e protegidos apenas por um lençol. Esta condição de nudez tem sido justificada na prática pela necessidade de manipular o corpo e de manusear materiais, aparelhos e equipamentos, principalmente em situações de emergência (Silveira, 1997, citado em Pupulim & Sawada, 2004). Esta prática reforça a imagem de impessoalidade e de automatização característica deste tipo de ambientes e pode gerar insegurança e desconforto nos familiares e utentes.

No contexto sociocultural onde os doentes se encontram inseridos, não é normal despirem-se diante desconhecidos, e caso necessitem de ajuda certamente devem preferir o auxílio ou a presença de um familiar quando isso for necessário. Assim, a actuação dos enfermeiros na UCI pode ser caracterizada como invasão de privacidade, tornando-se indispensável reflectir e mudar este tipo e de prática.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Manter a temperatura do corpo dentro dos limites do normal Temperatura corporal (CIPE®)	Equilíbrio entre a produção de calor pelo metabolismo e a perda de superfície corporal (p.49).	Temperatura corporal é um tipo de função com as características específicas: calor corporal relacionado com o metabolismo do corpo mantido a um nível constante com uma ligeira subida na temperatura corporal durante o período diurno em comparação com a temperatura corporal durante o sono e em repouso (p.19)

Quadro 7 - Necessidades humanas básicas – temperatura corporal de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

Esta necessidade humana encontra-se alterada num grande número dos utentes internados em UCI, que podem apresentar hipotermia ou hipertermia, Para além da monitorização que por vezes pode ser realizada com uma frequência bi-horária, encontram-se associadas diversas acções de enfermagem, nomeadamente, monitorização de líquidos ingeridos e eliminados, manter cama seca, aplicar parches de água quente ou fria, entre outros.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Estar limpo e cuidado, e proteger os seus tegumentos	Aplicação de cuidados de higiene essenciais à saúde, atenção à sua apresentação	Autocuidado higiene é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Autocuidado: higiene/protetor os tegumentos (CIPE®)	personal e preservação dos tecidos que recobrem o corpo (p.50)	zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene. (p.55) Tegumento é um tipo de Função com as características específicas: revestimento da superfície corporal (pele, epiderme, mucosas, tecido conjuntivo e derme, incluindo glândulas sudoríparas e sebáceas, cabelo e unhas) tendo como funções: a manutenção da temperatura corporal, a proteção dos tecidos subjacentes da abrasão física, a invasão bacteriana, a desidratação e a radiação ultravioleta; o arrefecimento do corpo quando a temperatura sobe; a detecção, através dos órgãos sensoriais, de estímulos relacionados com a temperatura, tacto, pressão e dor; a eliminação, pela respiração, de água, sais e compostos orgânicos através dos órgão excretoras; a secreção do suor e do sebo; a síntese da vitamina D e a activação dos componentes do sistema imunitário. (p.27)

Quadro 8 - Necessidades humanas básicas – Estar limpo e cuidado, e proteger os seus tegumentos de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

Quanto aos cuidados de higiene, os utentes na sua generalidade são totalmente dependentes dos cuidados de enfermagem para a satisfação desta necessidade. O facto que os leva a ter uma dependência total é a alteração do estado de consciência. Mesmo numa fase de desmame ventilatório em que se levanta a sedação, os utentes não são capazes de satisfazer esta necessidade independentemente.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Evitar os perigos Consciência, emoção e precaução (CIPE®)	Protecção contar as ameaças, as agressões, as negligências a fim de manter a sua integridade física (p.50)	Consciência é um tipo de sensação com as características específicas: capacidade de o pensamento responder a impressões e que resulta de uma combinação dos sentidos em ordem a manter o pensamento alerta, acordado e sensível ao ambiente exterior. (p.40) Emoção é um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: disposições para reter ou abandonar acções tendo em conta sentimentos de consciência do prazer ou da dor; os sentimentos são conscientes ou inconscientes, expressos ou não expressos;

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
		Os sentimentos básicos aumentam habitualmente em períodos de grande stress, perturbação mental ou doença, e durante várias fases de transição da vida. (p.46) Precaução é um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: proteger-se ou manter-se a salvo de alguma coisa. (p.57)

Quadro 9 - Necessidades humanas básicas evitar os perigos de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

Relativamente a esta necessidade humana básica, na UCI, os utentes por vezes apresentam-se com agitação psicomotora quer por causa fisiopatológica, quer pelos fármacos administrados. Por vezes existe a necessidade de restringir os movimentos do utente de forma a protegê-lo, evitando desta forma que se magoe nas grades da cama ou que tenha uma queda.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Comunicar com os seus semelhantes (e assumir a sua sexualidade) Comunicação, sensação e interacção social (CIPE®)	Estabelecimento de laços com os outros. Sexualidade. (p.50)	Comunicação é um tipo de Acção Interdependente com as características específicas: acções de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como o correio, correio electrónico e telefone. (p.64) Sensação é um tipo de Função com as características específicas: sentimento subjectivo do estado ou condição do corpo que resulta da estimulação de um receptor sensorial, da transmissão do impulso nervoso ao cérebro ao longo de uma fibra nervosa aferente e do sentimento do estado mental, que pode ou não resultar numa resposta ao estímulo externo. (p.36) Interacção Social é um tipo de Acção Interdependente com as características específicas: acções de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos. (p.60)

Quadro 10- Necessidades humanas básicas comunicação de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

Os utentes em UCI na sua maioria encontram-se em coma induzido por sedação e analgesia, ou este estado comatoso pode advir de causas fisiopatológicas, mas em ambos os casos, o coma não é sinónimo de ausência de comunicação, uma vez que comunicar vai mais além da utilização de linguagem verbal.

A comunicação com o doente em coma reveste-se de extrema importância, segundo Cintra, Nishide e Nunes (2003) o utente tem o direito de saber o que está a acontecer quando o estão a manipular, devendo ser explicado como e porquê de tal acção. Segundo Knobel (1998), nas práticas profissionais observa-se pobreza de comunicação e riqueza em toques durante os procedimentos. O silêncio surge como o dado mais significativo que acompanha o procedimento, é a fala muda através do toque, que tira da comunicação do som, o estímulo da voz que o utente pode estar ou não a ouvir. Pode-se pensar e/ou inferir que cuidar do utente em coma pode ser interpretado pelos profissionais como uma impossibilidade de linguagem que é caracterizada pela condição humana do doente.

Segundo Burlá e Py (2006), a comunicação dá-se tradicionalmente, pela linguagem verbal. No entanto, a linguagem não-verbal, através da expressão facial, contacto visual, a forma como o profissional se apresenta, o seu tom de voz, a possibilidade do contacto físico e o toque são requisitos indispensáveis para uma boa relação enfermeiro-doente. São momentos em que o enfermeiro se assume na relação com o seu utente como alguém que acolhe o que vê e sente, que regista o que ouve, que procura captar a expressividade de outrem.

Barcelos, Gomes e Lacerda (2003) referem que uma equipa treinada e desperta para um atendimento humanizado permite uma série de inovações, que passam pelo conforto do utente e da sua família, aumenta o contacto destes com a equipe multidisciplinar, não isolando o utente e possibilitando um atendimento integrado e integral contribuindo para uma melhoria no processo de cuidados.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Agir segundo as suas crenças e os seus valores Crença (CIPE®)	Colocação em prática de valores religiosos ou de uma filosofia de vida(p.51)	Crença é um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: disposições para reter e abandonar acções tendo em conta as próprias opiniões. (p.53)

Quadro 11 - Necessidades humanas básicas crenças e valores de Virginia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

É comum encontrar na unidade do utente em UCI objectos de religiosos trazidos pelos familiares que simbolizam a fé, devoção e adoração do doente por uma entidade divina. A visão popular das UCI está relacionada com o binómio vida/morte, o que leva os familiares e o doente a demonstrar a sua fé e as suas crenças pedindo ajuda e protecção. É comum os familiares solicitarem a colaboração da capelania do hospital, ou pedirem que elementos de outras religiões visitem o doente e façam as suas orações junto dele. Cabe aos enfermeiros mobilizar todos os meios para permitir que as crenças e valores do utente sejam respeitados. Por vezes quando a luta pela vida é inglória, e nada mais resta senão proporcionar uma morte digna e pacífica, é permitido aos familiares permanecerem junto do doente para além da hora de visita para poderem acompanhar o doente.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Ocupar-se com vista a realizar-se Interacção de papéis/bem-estar (CIPE®)	Emprego do tempo eficaz e valorizante. Desabrochamento pessoal. Capacidade de autonomia (p.51)	Interacção de Papéis é um tipo de Acção Interdependente com as características específicas: interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, papéis e normas de comportamentos esperados pelos outros. (p.63) Bem-estar é um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: imagem mental de estar bem, equilibrado, contente, bem integrado e confortável por orgulho ou alegria e que se expressa habitualmente demonstrando relaxamento de si próprio e abertura às outras pessoas ou satisfação com independência. (p.43)

Quadro 12 - Necessidades humanas básicas ocupar-se com vista a realizar-se de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

Em UCI os utentes na sua maioria encontram-se inconscientes e incapacitados de satisfazer esta necessidade humana básica. Cabe aos enfermeiros a satisfação de todas as necessidades humanas básicas que propiciem o bem-estar do utente. Na fase em que retomam a consciência, os enfermeiros têm um papel preponderante em tranquilizar o utente fazendo-o perceber a sua condição actual e que estão reunidos todos os meios que o ajudarão a recuperar a sua independência e autonomia, e que a conjugação dos esforços da equipa multidisciplinar, utente e família irão permitir a recuperação do utente para o seu retorno à vida em sociedade.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Divertir-se Autocuidado: actividade recreativa (CIPE®)	Prática de uma forma de lazer (p.51)	Autocuidado actividade recreativa é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de procurar actividades com o objectivo de se entreter, divertir, estimular e relaxar. (p.56)

Quadro 13 - Necessidades humanas básicas divertir-se de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

Poderíamos pensar que os utentes em UCI não poderiam realizar este tipo de actividade, no entanto, após a fase aguda da doenças, quando se encontram conscientes, na UCI é possibilitado ao utente ver televisão, ler, entre outros, para que ele se possa entreter, divertir e relaxar. Os enfermeiros para além de mobilizarem todos os meios para que isto aconteça, despendem tempo para conversar com o doente, estimulando-o para que alcance a sua autonomia e independência o mais rapidamente possível.

Necessidade Fundamental	Definição segundo Phaneuf (2001)	Definição segundo a CIPE Beta2® (2005)
Aprender Aprendizagem (CIPE®)	Aquisição de conhecimentos (p. 51)	Aprendizagem é um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência. (p.46)

Quadro 14 - Necessidade humana básica aprender de Virgínia Henderson segundo Phaneuf (2001) e CIPE Beta2 ® (2005)

Os enfermeiros em UCI fazem ensinamentos aos utentes e familiares relativamente a comportamentos de risco (quando detectado). Na UCI, os utentes na fase de desmame ventilatório são reeducados a respirar, a expelir secreções, a comunicar verbalmente após ter sido retirado cânula de traqueostomia, a realizar levante, entre outros. A enfermagem tem um papel preponderante pois os ensinamentos são realizados pelos enfermeiros.

Porém, além destas necessidades comuns a todo o ser humano podem decorrer outras mais específicas que variam de utente para utente, em diferentes graus e complexidade, logo a dependência do doente ou a carga de trabalho não podem ser medidas pelo somatório de necessidades comprometidas. No entanto, deve ter-se presente que a não satisfação de uma necessidade pode conduzir ao comprometimento de uma outra, ou à passagem para um nível mais elevado de

dependência, o que evidencia o papel preponderante que os enfermeiros têm na prevenção de complicações, sequelas e riscos. É função do enfermeiro substituir o doente na necessidade comprometida, ou facilitar os meios que lhe permitam a substituição dessa necessidade enquanto não alcança a sua independência, ou se adapta à nova condição de saúde. Pode-se mesmo dizer que o enfermeiro é o recurso deficitário que permitirá ao doente tornar-se completo e íntegro.

Segundo um dos postulados de Henderson (Alligood & Tomey, 2002) a enfermeira pode estabelecer uma relação com o doente de três formas, que vai do muito dependente a um relacionamento bastante independente. A enfermeira substituta do doente (fazer em vez de...), auxiliar do doente (concluir para tornar completa a pessoa cuidada...) e parceira (aumentar, acrescentar ou ampliar o que já existe na pessoa cuidada; reforçar, intensificar ou fortalecer o que já existe na pessoa cuidada...). Henderson reflecte a sua perspectiva quando afirma que a enfermeira “(...) *é temporariamente a consciência do inconsciente, o amor da vida para o suicida, a perna do amputado, os olhos do recém-cego, um meio de locomoção para as crianças, conhecimento e confiança para a jovem mãe, a porta-voz dos demasiado fracos ou marginalizados para falar, etc. ...*” (Alligood & Tomey, 2002, p. 115).

A enfermeira ao avaliar as necessidades do utente, e o grau em que as mesmas estão comprometidas, permite-lhe estabelecer prioridades e escolher o tipo de intervenção que vai ter para cada necessidade, tendo sempre presente que o não cumprimento de uma irá agravar ou levar ao comprometimento de outra.

O fim máximo dos cuidados de enfermagem é a independência do doente, no entanto quando isso não se verifica, a aposta dos cuidados deverá ser a melhor adaptação do doente à sua nova condição de vida, ou em certas situações proporcionar uma morte tranquila.

Assim pensamos que uma prestação de cuidados de enfermagem em que o enfermeiro consiga antever os riscos e complicações e os consiga prevenir, e que conduza o doente ao tratamento da sua doença caminhando para a sua independência nas necessidades humanas básicas, será, certamente considerada uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência detentora de qualidade.

Ao reflectir sobre a prática de cuidados de enfermagem numa UCI, consideramos que a enfermeira despende mais tempo de cuidados na fase de recuperação da necessidade básica afectada, do que na fase aguda. Considerando que a interacção com o doente é fundamental e por isso o tempo dispendido para que o doente

reaprenda é maior do que o tempo dispendido pela enfermeira para substituir o utente na necessidade afectada. Por outro lado, as famílias dos utentes carecem de mais atenção e cuidado por parte dos profissionais de enfermagem na fase aguda.

Esta reflexão é sustentada através do estudo realizado no Reino Unido por Adomat e Hicks (2003) que pretenderam mensurar a carga de trabalho de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos através da observação do trabalho de enfermagem, utilizando um circuito fechado de televisão. Estes autores colocam em causa a utilização dos instrumentos de mensuração da carga de enfermagem, uma vez que os mesmos se baseiam na premissa de que quanto mais grave o quadro clínico do utente, mais necessidade de consumo de cuidados de enfermagem. Adomat e Hicks chegaram à conclusão de que a actual distribuição de rácios enfermeiro/utente pode ser inapropriada, uma vez que os enfermeiros despendem menos tempo de cuidados de enfermagem com doentes mais graves e que seguramente muitos dos doentes ventilados e que se encontram alocados a um nível de cuidados mais elevado consomem menos recursos de enfermagem do que os doentes em ventilação espontânea que se encontram alocados a um nível de dependência mais baixo.

Os enfermeiros são fornecedores de cuidados que não são (ou pelo menos não se pretende que sejam) iguais para todos os indivíduos, mas sim ajustados e adequados às necessidades de cada um. Este facto por si só é uma limitação à avaliação dos cuidados de enfermagem por uma “escala”, porque nenhum instrumento consegue ter a sensibilidade para se adaptar às necessidades de cuidados de enfermagem que cada doente possui, portanto o retrato será sempre infiel à realidade da prestação de cuidados de enfermagem.

2.2 Necessidade de cuidados de enfermagem

A definição do conceito necessidade é bastante mais complexa do que a simplicidade que a palavra transmite. Analisando o conceito de acordo com a Filosofia e adoptando uma visão aristotélica do conceito, este pode definir-se como “(...) *necessidade é que o-que-está-endo seja enquanto está-endo e que o-que-não-está-endo não seja enquanto não está-endo.*” (Rosa & Basto, 2009)¹. Transpondo este conceito para a Enfermagem, adaptando a necessidade de cuidado definir-se-ia da seguinte forma: cuidar enquanto é necessário cuidar e ensinar a cuidar quando o cuidar deixa de ser necessário. Podemos assim dizer, que a necessidade não é um conceito fechado e

¹ Aristóteles, De Interpretatione 9,19 a 23-24 tradução dos textos de Aristóteles é da responsabilidade do autor, feita directamente do grego.

restrito, e não tem um efeito definitivo. O termo necessidade tem uma utilização bastante ampla, daí resulta a importância de ser definido correctamente.

A teorização de Enfermagem iniciou-se em meados do século XIX com Florence Nightingale. Em 1950, com formação universitária nos Estados Unidos da América foram surgindo algumas concepções de cuidar em enfermagem.

Ao longo do tempo foram surgindo algumas escolas de pensamento, que influenciadas pelo contexto social, explicaram a evolução da disciplina de Enfermagem com base em diferentes aspectos do cuidar. (Kérouac & et al., 1994; Meleis, 2007). O foco das diferentes escolas de pensamento tem sido: o cliente, as interações pessoa-ambiente, a interação enfermeira-doente e as terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2007). A ênfase das necessidades no sentido de défice de necessidades surge quando o foco é o doente.

Nos anos 50 do século XX a “escola das necessidades” atinge o seu auge através de Virginia Henderson. Esta teórica dá ênfase às necessidades, em que aqui o conceito de necessidade adquire o significado de défice humano, falta algo que pode ser superado pelos cuidados prestados pelos enfermeiros. Baseou-se, embora nunca o referenciando em Maslow, na hierarquia das necessidades básicas que tem como base as necessidades fisiológicas, seguindo-se a necessidade de segurança, necessidade de estima e consideração e no topo a necessidade de realização pessoal.

Rosa e Basto(2009, p. 19) percebem que em Portugal “(...) *os enfermeiros encontram no conceito de “necessidades” uma âncora, uma segurança que os guia na prestação dos cuidados no dia a dia.*”

Pode-se também dizer, numa perspectiva sócio-política que as necessidades humanas não são universais mas dependem do contexto social e cultural em que a pessoa se encontra.

Na escola das necessidades desenvolvida por teóricas como Fay Abedallah, Virginia Henderson e Dorothy Orem o objecto dos cuidados era a resolução de problemas , ou seja, a actividades diárias/necessidades/defice das capacidades de auto-cuidado. Cujo objectivo era ajudar o doente nas necessidades de saúde, adaptar-se aos seus problemas de saúde/independência nas actividades de vida diárias e a eliminar o défice das capacidades de auto-cuidado (Rosa & Basto, 2009). Poderíamos considerar que é um modelo muito próximo do modelo biomédico se a prestação de cuidados de enfermagem se centrasse no corpo humano. Rosa e Basto (p. 21)

apoando-se em Meleis referem que *“O foco desta escola de pensamento é problemas e necessidades consideradas do ponto de vista do profissional de saúde.”*

Reportando a Holmes e Warelou (1997) referenciados pelos autores supra citados podemos dizer que *“As necessidades são dependentes do contexto e as de uma pessoa são diferentes das de outra e espera-se da enfermeira que distinga as necessidades de cada cliente relevantes no seu contexto espacial e temporal.”* (p. 21) . Margot Phaneuf (2001) acrescenta que a cultura também é *um factor que influencia a satisfação das necessidades e define necessidade “ (...) como uma necessidade vital que a pessoa deve satisfazer a fim de conservar o seu equilíbrio físico, psicológico, social ou espiritual e de assegurar o seu desenvolvimento.”* (p. 39).

A satisfação das necessidades pode ser influenciada por diversos factores destas dimensões, por exemplo, a necessidade respirar pode ser fortemente influenciada pela emotividade do indivíduo. Assim, *“Nesta aplicação do modelo de Virgínia Henderson, as fontes de dificuldades podem ser de natureza física. Psicológica (emotiva e cognitiva), sociocultural e espiritual, ou ligadas ao ambiente (meio, condições económicas, etc.).”* (Phaneuf, 2001, p. 41).

Virgínia Henderson define o indivíduo no seu todo, apresentando as 14 necessidades fundamentais que devem estar em equilíbrio homeostático. A não satisfação de uma necessidade faz com que o indivíduo esteja incompleto e pode levá-lo à dependência, num determinado grau, na satisfação dessa necessidade. Todavia a satisfação de necessidades pode ser parcial, mas suficiente para atingir o equilíbrio. Por exemplo, um utente pode caminhar com a ajuda de um andarilho e satisfazer a necessidade de se mover adequadamente, mesmo com uma mobilidade auxiliada por uma ajuda técnica.

Podemos ainda dizer que as necessidades dos utentes podem ser perturbadas por três factores tais como, a falta de satisfação, o desequilíbrio (utilização de meios inapropriados) e o excesso de satisfação.

O Homem como sistema complexo que é, as suas necessidades estão interligadas e insatisfação de uma delas provoca sempre repercussões na satisfação das outras. (Phaneuf, 2001). Poderíamos definir o conceito de necessidade de cuidados de enfermagem como todos os cuidados de enfermagem que necessitam de ser prestados ao utente para que consiga alcançar o equilíbrio homeostático entre as necessidades humanas básicas.

2.3 Carga de trabalho em Enfermagem

A carga de trabalho de enfermagem nos serviços hospitalares é uma área que é bastante estudada internacionalmente e no nosso país. Verifica-se que a realidade dos serviços hospitalares tem-se alterado significativamente e inerente a este facto a carga de trabalho dos enfermeiros também sofreu alterações. Segundo Carayon e Gurses (2008), estas alterações devem-se a quatro factores principais: saída de profissionais em fim de carreira, absentismo relacionado com envelhecimento da população de profissionais activa, crise económica e aumento de custos por utente.

O aumento da carga de trabalho em enfermagem ocorre devido à não substituição imediata dos profissionais que se reformam, ou que se encontram incapacitados temporariamente para o trabalho. Pode ainda ocorrer devido à crise económica que leva as instituições a diminuírem ao *staff* de enfermagem, conduzindo à criação de políticas de horas extraordinárias e bancos de horas. Um outro factor que contribui para esta sobrecarga de trabalho é o aumento de custos por utente, uma vez que se preconiza a redução do tempo de internamento, levando a uma prestação de cuidados de enfermagem a utentes com índices de gravidade mais elevados, num período de tempo mais curto e normalmente com *staff* reduzido.

Que consequências advêm desse aumento da carga de trabalho? Dos estudos de pesquisa emerge que o excesso de carga de trabalho de enfermagem afecta severamente a segurança do utente. Constata-se também que a carga de trabalho de enfermagem elevada, a longo prazo irá conduzir a baixo nível de satisfação profissional, aumento do absentismo e consequentemente a um aumento da carga de trabalho para os que permanecem no activo (Carayon & Gurses 2008).

Existem ainda efeitos negativos, como a insatisfação com o trabalho prestado o que contribui para uma elevada rotatividade do pessoal de enfermagem (através de transferências de serviço), o que irá conduzir a uma sobrecarga da restante equipa, por ter de substituir o elemento que pediu transferência e ainda integrar o novo elemento (Duffield & O'Brien-Pallas, 2003).

Uma elevada carga de trabalho de enfermagem aumenta os níveis de *burnout*, insatisfação profissional o que contribui para uma elevada rotatividade e absentismo dos profissionais de enfermagem (Crickmore, 1987; Malacrida, Bomio, Matathia, & et al, 1991; Kovner, Cheryl, Chunliu, et al., 2000).

A profissão de enfermagem é desgastante, os enfermeiros além de cargas de trabalho elevadas, tanto físicas como psicológicas, têm uma vida social que nem sempre é compatível com os horários da sociedade comum. No contexto hospitalar, a enfermagem está presente 24 horas por dia, 7 dias por semana e 365 dias por ano, ou seja os enfermeiros que trabalham com horários de *roullement* privam-se da família, fim-de-semana, ocasiões festivas, entre outros, e o reconhecimento de todo o esforço quase não existe. Portanto, torna-se necessário monitorizar os níveis de carga de trabalho destes profissionais, bem como a sua satisfação profissional, para que desempenhem as suas funções com os níveis de qualidade que lhe estão inerentes.

Segundo Carayon e Gurses (2008, citado por Hughes, 2008) 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 efectiva, carga de trabalho atribuída ao utente e carga de trabalho relacionada com o contexto/situação.

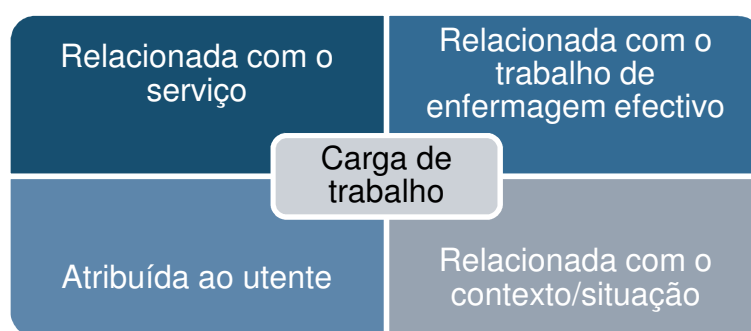


Figura 5 - Diferentes formas de mensurar e avaliar a carga de trabalho - Fonte: Adaptado de Hughes, 2008, *Patient Safety and Quality: An evidence-based handbook for nurses*.

A carga de trabalho relacionada com o serviço é a mais comumente utilizada, baseia-se no rácio enfermeiro/utente e permite comparar diferentes unidades/serviços relativamente a dotação de pessoal e *outcomes* dos utentes. Tem como limitação não englobar as características do serviço e o contexto em que decorre a prestação de cuidados.

A carga de trabalho relacionada com o trabalho de enfermagem efectiva 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, ou seja, a carga de trabalho de enfermagem pode ser diferente entre enfermeiros que desempenham a sua actividade em diferentes UCI. Schaufeli e LeBlanc (1998) utilizaram este tipo de mensuração para estudar o impacto da carga de trabalho no *burnout* entre enfermeiros em UCI.

Quanto à carga de trabalho atribuída ao utente, esta baseia-se na condição 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, que foi validado por Moreno e Morais em 1997 para a população portuguesa. Tal como os restantes este método de avaliação da carga de trabalho também tem limitações, uma vez que as variáveis do contexto (comunicação, acondicionamento de materiais, entre outras) não são contempladas. Contudo, é um método de avaliação da carga de trabalho fiável, pois considera a especificidade de cada utente em relação à gravidade e permite uma comparação de carga de trabalho entre cada utente ou grupo de utentes.

A carga de trabalho relacionada com o contexto/situação é mais abrangente e surgiu da necessidade de colmatar as lacunas dos anteriores. Além do rácio e do estado clínico do utente são consideradas as características do serviço onde se desenrola a prestação de cuidados, ou seja, faz-se uma avaliação do micro sistema e identificam-se obstáculos e elementos facilitadores, o que o torna um método multidimensional. É dependente do tempo, uma vez que permite avaliar a carga de trabalho num turno específico ao qual corresponde um período de tempo de 8 horas, em vez de avaliar o desempenho global de um enfermeiro.

Não encontramos nenhum estudo que tenha sido realizado para estudar a influência das características do micro sistema na carga de trabalho de enfermagem, todavia o conhecimento de todas as características facilitadoras e obstáculos é essencial para que se possa reorganizar o micro sistema e reduzir a carga de trabalho de enfermagem.

É pertinente questionar qual o impacto que o excesso de carga de trabalho de enfermagem exerce sobre os utentes. Keijesers, [et al.] (1995) e Aiken, [et al.] (2002) referem que uma elevada carga de trabalho de enfermagem conduz a uma sub-prestação de cuidados de enfermagem, ou seja os enfermeiros com elevada carga de trabalho não conseguem dar resposta em tempo útil a todas as necessidades dos utentes.

Anderson e Maloney (1998) referem ainda que uma elevada carga de trabalho de enfermagem pode conduzir a uma redução da satisfação do utente com os cuidados de enfermagem que lhe são prestados. Existe uma elevada evidência na literatura (Huges & Clancy, 2005; Stanton & Rutherford, 2004; Needleman, Buerhaus, Mattke, et al., 2002) que demonstra que uma sobrecarga de trabalho de enfermagem afecta

significativamente os *outcomes* dos utentes. Beckman [et al.] (1998), num estudo de incidência numa UCI australiana, demonstraram que a uma reduzida dotação de pessoal estava relacionada com problemas na administração de medicação, efectivação de registos, inadequada supervisão dos utentes, incorrecta ventilação, inadequada montagem do ventilador e auto-extubação.

Na generalidade dos estudos, a carga de trabalho de enfermagem é mensurada pelo rácio enfermeiro-utente, todavia pode-se constatar que a carga de trabalho é um conceito multidimensional e que são diversos os factores que a influenciam. A razão pela qual utilizam o rácio para mensurar a carga de trabalho prende-se com o facto de ser a “medida” mais fácil de utilizar e de não existirem por vezes registos que permitam uma avaliação mais profunda e mais abrangente.

Segundo Carayon e Gurses (2008) uma elevada carga de trabalho de enfermagem põe em causa a segurança do utente e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, isto pode verificar-se atendendo a alguns mecanismos:

Quando uma carga de trabalho elevada se reflecte na falta de tempo para a prestação de cuidados, os enfermeiros podem não ter tempo para realizar algumas actividades, e as que realizam não as fazem em segurança. A tomada de decisão pode também ser afectada, uma vez que podem não realizar correctas observações do utente e reduzir a comunicação entre a equipa multidisciplinar, bem como a comunicação com o utente (Davis, et al., 2003; Llenore & Ogle, 1999). Segundo Griffith, [et al.] (1999), uma elevada carga de trabalho de enfermagem pode influenciar a tomada de decisão do prestador de cuidados em relação a vários procedimentos.

Se a carga de trabalho afecta a motivação dos profissionais, eles podem apresentar insatisfação com o seu trabalho, o que faz com que não desempenhem as suas funções com qualidade. Observa-se nos profissionais frustrados com o seu trabalho, o que contribui para o desenvolvimento de uma atitude negativa enquanto desempenham as suas funções. Conduz, normalmente, ao absentismo, à rotatividade dos profissionais, à falta de qualidade na prestação dos cuidados e a uma organização dos cuidados pouco efectiva. Na literatura encontram-se associações positivas entre a satisfação e o desempenho profissional e entre a satisfação do utente e a qualidade dos cuidados (McCloskey & McCain, 1987).

Relativamente ao *stress* e *burnout*, se a carga de trabalho for elevada, os profissionais podem ser afectados por estes dois factores a nível físico e cognitivo, nomeadamente quando desempenham as suas funções em UCI (Malacrida et al., 1991; Oates &

Oates, 1995), o que pode causar um impacto negativo no seu desempenho profissional e pôr em causa a segurança do utente.

A carga de trabalho relaciona-se também com a tomada de decisão e erros. Uma elevada carga de trabalho cognitivo pode contribuir para erros, tais como omissões, lapsos e falta de conhecimentos, tal como, esquecer-se de administrar a medicação, colocando em risco a segurança do utente (Reason, 1990; Vincent; et al., 1998).

As condições em que se prestam cuidados e a elevada carga de trabalho de enfermagem fazem com que os enfermeiros tenham mais dificuldade em cumprir as normas e protocolos de actuação, comprometendo a qualidade dos cuidados e a segurança do utente, podem por exemplo realizar uma inadequada lavagem das mãos. Estas violações das normas ou *guidelines* são desvios deliberados, recorrem muitas vezes à improvisação (que não está definida em nenhuma norma!) No entanto, essas violações ocorrem mais frequentemente em situações de elevada carga de trabalho e situações de emergência, uma vez que para o cumprimento de todas as normas e procedimentos é necessário tempo (Alper, et al., 2006).

A carga de trabalho elevada para coordenadores ou chefes de equipa também influencia a segurança dos cuidados prestados por outro enfermeiro, uma vez que se este se encontra com muito trabalho, não terá condições para poder ajudar a outra profissional na prestação de cuidados, o que conduz a uma inadequada avaliação e supervisão da equipa (Hughes, 2008).

Em síntese, a elevada carga de trabalho de enfermagem é afectada pela dotação de pessoal insuficiente nos serviços, bem como pelas condições clínicas do utente e pela organização do serviço em relação à sua estrutura física e à sua dinâmica. Ela pode ser avaliada e mensurada através da Carga de trabalho do serviço, Carga de trabalho de enfermagem efectiva, Carga de trabalho de enfermagem atribuída ao utente, Carga de trabalho de enfermagem relacionada com o contexto/situação, sendo a última a forma mais abrangente de avaliar a carga de trabalho de enfermagem, pois é composta por mais variáveis que caracterizam a especificidade do contexto onde a prestação de cuidados se desenvolve.

Em Portugal, os instrumentos utilizados para avaliar a carga de trabalho de enfermagem são o *Therapeutic Intervention Scoring System* – TISS28 e o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem – SCD/E. Estes instrumentos avaliam a carga de trabalho de enfermagem atribuída ao utente. No entanto, é usual que a dotação de enfermeiros das UCI, e os utentes que lhes são atribuídos ao longo dos

turnos de trabalho basearem-se no rácio enfermeiro/utente. A descrição de cada um dos instrumentos será apresentada posteriormente.

Em 2003 emanou da Direcção Geral da Saúde, um manual para os Cuidados Intensivos, com recomendações para o seu desenvolvimento. Relativamente à dotação de pessoal para as UCI, recomendam que no mínimo deverá existir um enfermeiro por cada duas camas, sendo necessários 4 a 5 enfermeiros por cama, consoante o horário praticado. (Ministério da Saúde, Direcção de Serviços de Planeamento, 2003). A dotação de efectivos das UCI varia consoante o tipo de unidade.

2.4 Ferramentas utilizadas na gestão de Enfermagem

Na pesquisa bibliográfica realizada encontramos diversos índices e sistemas de classificação que têm aplicação na gestão em Enfermagem, no entanto, para este estudo iremos utilizar o Therapeutic Intervention Scoring System – TISS28 e o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem – SCD/E.

Therapeutic Intervention Scoring System - TISS

O *Therapeutic Intervention Scoring System* – TISS foi originalmente desenvolvido por Cullen, et al. (1974) com o duplo objectivo de mensurar o nível de gravidade do utente e calcular a correspondente carga de trabalho de enfermagem. Na sua primeira versão era composto por 57 intervenções terapêuticas com uma variação de *score* entre 1 e 4 pontos, que iriam corresponder ao tempo necessário para o desempenho das actividades de enfermagem.

Dependendo da pontuação, os utentes eram classificados em classes consoante a maior ou menor necessidade de vigilância e de cuidados intensivos, como se pode constatar através do Quadro 15.

Classe I	Até 9 pontos	Não necessita de UCI
Classe II	De 10 a 19 pontos	Tem indicação para UCI
Classe III	De 20 a 39 pontos	Instabilidade hemodinâmica (assistência intensiva)
Classe IV	Mais de 39 pontos	Grande instabilidade hemodinâmica (indicação compulsiva para UCI)

Quadro 15 - Classes de Cullen et. al., 1974 - TISS

Em 1983 foi revisto por Keen e Cullen passando a compreender 76 intervenções terapêuticas que quantificavam a complexidade, a invasão dos procedimentos e os

tempo dispendido pelos enfermeiros em realizar esses procedimentos. Nesta versão os utentes continuavam a poder ser classificados nas classes de Cullen.

Foi difundido mundialmente e adoptado como ferramenta auxiliar de gestão em várias instituições.

Apenas em 1996, Reis Miranda, et al. simplificaram o TISS76 , passando a conter apenas 28 itens. Este processo de simplificação realizou-se através de um estudo desenvolvido na Foundation for Research on Intensive Care in Europe (FRICE) com uma amostra de 10.000 “fichas” de TISS76. Posteriormente foi validado externamente através de um novo estudo levado a cabo no University Hospital of Groningen (Holanda) com uma amostra de 1.820 pares de “fichas” de TISS76 e TISS28, em 22 UCI. Em Portugal foi validado em 1994/95 em 19 UCI e até aos dias de hoje é o único instrumento validado de forma multicêntrica (Moreno R. , 2000).

O TISS28 é composto por sete categorias que incluem: actividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte neurológico, suporte metabólico, suporte renal e intervenções específicas, cada uma é composta por intervenções terapêuticas específicas e os scores de cada intervenção têm uma variação de 1 a 8 pontos.

Tem uma aplicação retrospectiva, uma vez que se utilizam dados referentes às últimas 24 horas. Nesta versão a classificação dos utentes em classes de Cullen perdeu o propósito, no entanto a permissão de base mantém-se inalterada, ou seja a uma maior pontuação irá corresponder uma maior gravidade do utente, um maior número de intervenções terapêuticas, logo, uma maior carga de trabalho de enfermagem.

O score do TISS28 pode ser transformado em horas, uma vez que a cada ponto de TISS28 corresponde 10.6 minutos de tempo de enfermagem em prestação directa de cuidados de enfermagem ao utente, podendo desta forma mensurar a carga de trabalho de enfermagem.

Sabe-se também que um enfermeiro treinado pode realizar o equivalente a 40 a 50 pontos de TISS28 num dia de trabalho (turno) (Matos, 2000).

Sistema de Classificação de Doentes baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem – SCD/E

O desenvolvimento de sistemas de classificação de doentes surgiu do desenvolvimento de uma investigação nos Estados Unidos da América durante a década de 70 e início da década de 80. Adveio da necessidade de sistematizar a

informação referente aos produtos de um hospital, isto é, perceber onde se despendem recursos, para tal agruparam os doentes com determinadas variáveis em comum que lhes permitiu constituir grupos de doentes com determinadas características, o que possibilitou a compreensão do consumo de recursos num hospital. Urbano e Bentes (1990) consideram que este tipo de sistemas de classificação devem servir de base na comunicação entre gestores e profissionais de saúde, uma vez que possibilita ter conhecimento do que se produz, do gasto de recursos e quais os factores que influenciam o consumo de recursos.

Em Portugal, o Sistema de Classificação de Doentes baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem – SCD/E começou a ser desenvolvido em 1984 integrado no programa “Sistemas de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde - SIGSS”

Já em 1982, o Departamento de Gestão Financeira do Serviço de Saúde criou um grupo de trabalho para satisfazer essa necessidade, uma vez que se verificavam assimetrias na distribuição de enfermeiros em diversos hospitais, e nestes, em diferentes serviços. Na pretensão de avaliar as necessidades dos utentes, e os recursos de enfermagem dos diferentes serviços, esse grupo de trabalho desenvolveu um instrumento - Quadro de Classificação de Doentes, que apenas ficou concluído em 1986. Foi um processo longo e que beneficiou da colaboração de um vasto grupo de administradores e de enfermeiros que se entusiasmaram e empenharam para que se concretizasse.

Mas em que consiste o SCD/E? Veiga e Abrantes (1995, p. 14) referem que o SCD/E consiste na *“avaliação da dependência do doente em actividades de enfermagem através do quadro de classificação de doentes e na determinação do tempo necessário para prestar cuidados totais com um atendimento personalizado e dentro de certos padrões de qualidade.”*

O desenvolvimento desta ferramenta no nosso país teve como base a metodologia do *Grace Reuynold Application and Study of Peto* – GRASP System, originário dos Estados Unidos da América e decorreu em diversas etapas. Procedeu-se a um levantamento e identificação das actividades de enfermagem em cuidados directos e indirectos, definiram-se níveis de dependência e as variantes de intervenção. Realizaram-se estudos de amostragem sobre impacto e percentagem representativa de cuidados directos e indirectos e procedeu-se à construção de uma tabela de conversão da pontuação obtida em tempo total de cuidados necessários (Veiga, Simões, & Campos, 2000).

Neste sistema as actividades principais de enfermagem encontram-se divididas por 9 categorias, nomeadamente: higiene e cuidados pessoais, alimentação, movimentação, eliminação, terapêutica, tratamentos, sinais vitais e outras avaliações, actividades especiais e avaliação e planeamento de cuidados. Relativamente aos níveis de dependência, foram identificados: independente, ajuda parcial, ajuda total e ajuda total com cuidados especiais. Estas definições tiveram por base o grande impacto que têm no trabalho dos enfermeiros, serem comuns a todos os utentes, decorrem de prescrições dependentes e interdependentes e estão relacionados com o âmbito da prestação de cuidados de enfermagem (Veiga, Simões, & Campos, 2000).

A implementação deste sistema foi faseada, inicialmente participaram apenas 10 unidades piloto de 5 hospitais. Nessa fase inicial foram escolhidas as valências de Medicina e Cirurgia. Actualmente estão elaborados "dossiers" para as valências de Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria, Reabilitação Geral de Adultos, Lesões Vertebro Medulares, e os instrumentos de Medicina e Cirurgia são utilizados nas especialidades médico-cirúrgicas. (Veiga, et al., 2000)

Neste sistema as horas de cuidados totais são compostas por horas de cuidados directos e horas de cuidados indirectos. Às horas de cuidados directos corresponde as horas classificadas através do quadro de classificação de doentes, que corresponde a 88% do total dos cuidados directos prestados. Aos cuidados indirectos corresponde o tempo padrão estimado que é de 54 minutos, foi criada uma tabela de conversão para que fosse mais fácil proceder à identificação das horas de cuidados necessárias (Veiga, Barros, Pereira, & Silva, 1987). Assim permite estimar as horas de cuidados necessárias para o dia seguinte para cada doente, bem como para cada unidade de internamento.

Segundo Seago (2002) os sistemas de classificação de doentes podem ser considerados como ferramentas de gestão, uma vez que uniformizam a linguagem, permitem a definição de parâmetros e definição de orçamentos, e ainda permitem a comparação da carga de trabalho de enfermagem ao longo do tempo.

Os objectivos e contributos do SCD/E segundo Parreira (2005, p. 238) são: *“(...) dotar os hospitais de um instrumento de medida das horas de trabalho em cuidados de enfermagem necessárias; desenvolver com os hospitais, aplicações que auxiliem no planeamento e gestão de efectivos, optimizando a utilização do factor Humano em função dos recursos de enfermagem disponíveis; planear cuidados a prestar, gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada unidade; identificar necessidades em recursos de enfermagem; definir padrões de qualidade e critérios em*

função dos recursos, favorecer a solidariedade das equipas, definir áreas prioritárias na formação de acordo com as necessidades identificadas; definir a amplitude de variação da percentagem de utilização de modo a garantir a equidade no trabalho dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados prestados; definir o plano estratégico e de recursos humanos e qualidade dos cuidados a curto, médio e longo prazo; identificar as necessidades em dotação de enfermeiros nos hospitais; permitir ao enfermeiro conhecer a medida do seu trabalho; permitir monitorizar a evolução da dependência do utente em cuidados de enfermagem; avaliar a eficácia e eficiência das intervenções planeadas e realizadas; permitir o desenvolvimento da profissão de enfermagem.”.

Apesar do contributo do SCD/E surgiram alguns constrangimentos, desde o não reconhecimento por parte da tutela dos números obtidos pelo SCD/E na elaboração dos quadros de pessoal e na atribuição de quotas de descongelamento, à rotinização por parte de alguns enfermeiros na utilização do SCD/E, ao disfuncionamento na interligação dos vários subsistemas e à inexistência de uma política de incentivo à utilização do SCD/E por parte dos hospitais e dos profissionais (Parreira, 2005).

As classificações dos doentes são realizadas pelos enfermeiros que são responsáveis por esses doentes no final do turno da manhã. Até às 16h o enfermeiro chefe faz seguir para a direcção de enfermagem a informação com o número de doentes internados e possíveis entradas, as horas de cuidados prestadas (HCP), as horas de cuidados necessárias (HCN) e as horas de enfermagem disponíveis (HED), calculando a variação entre HCN e HED. Estes dados permitem ao enfermeiro director tomar decisões no que concerne à gestão diária e á elaboração de relatórios mensais, que lhe permitem perspectivar sobre políticas de dotação de enfermeiros com base na evidência. São enviados à administração central dos serviços de saúde relatórios mensais sobre a produtividade auditoria interna.

A avaliação diária das necessidades dos doentes internados em cuidados de enfermagem e dos cuidados efectivamente prestados permite obter os seguintes indicadores: Horas de Cuidados Necessárias por Dia de Internamento (HCN/DI) e Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento (HCP/DI).

A relação entre estes dois valores - $(HCN/HCP) * 100$ -, determina a taxa de utilização dos recursos disponíveis, que permite uma verificação imediata da sobre ou subutilização desses recursos, que quando correcta corresponde a 100%).

Inicialmente todo este processo de documentação e classificação realizava-se em formato de papel, actualmente foi desenvolvida uma aplicação informática com o

objectivo de facilitar a gestão dos recursos existentes, garantindo uma melhor qualidade de informação e de colocar as novas tecnologias de informação ao dispor da prática de enfermagem. (Veiga, et al., 2000)

Inerente a todo o processo de aplicação desta ferramenta, decorre um processo de auditoria interna que tem como objectivo garantir a fiabilidade dos dados produzidos e verificar o cumprimento das normas de classificação.

O sistema estará a ser aplicado correctamente se a percentagem de classificações correctas for superior a 75%. Em paralelo funciona um processo de auditoria externa que tem como finalidade implementar um sistema de controlo que verifica os pressupostos em que o SCD/E assenta e contribuem para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

Segundo o relatório anual da Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS (2008) sobre o SCD/E, este sistema está a ser utilizado em 363 serviços/unidades de 53 unidades hospitalares, em que a média global de HCP por dia de internamento é de 3.61 horas e as HCN por dia de internamento é de 5.53 horas, o que corresponde a uma diferença negativa de 1.92 horas. Utilizando o indicador de equivalente a tempo completo (ETC), permite concluir que os recursos de enfermagem nos hospitais continuam parcos, pois evidencia que com estes dados os hospitais necessitariam de 3.178,40 enfermeiros (ACSS, 2009).

Actualmente, este sistema encontra-se informatizado através da aplicação informática “*Sistema de classificação de Doentes, baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem (SCD/E)*” nos hospitais, permitindo a sua interligação com o Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares. Para a operacionalização da aplicação informática foram definidas as seguintes áreas de actuação: Recursos humanos, Classificação, Auditorias, Relatórios e gráficos e Gestão do sistema (Parreira, 2005).

Deste processo de informatização decorreram algumas vantagens que foram referenciadas pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, (actualmente ACSS) nomeadamente: diminuição de tempo dispendido na aplicação do sistema; diminuição do número de erros de cálculo e transcrição; maior fiabilidade dos resultados; possibilidade de cruzamento da informação pretendida, mediante tratamento estatístico e gráfico dos resultados; facilita a gestão de recursos existentes, garantindo melhor fiabilidade e qualidade na informação; possibilita a centralização dos dados dos diversos hospitais, podendo efectuar-se tratamentos nacionais da informação recolhida (Parreira, 2005).

Alward (1983) definiu que um sistema de classificação de doentes ideal deveria combinar cinco componentes, tal como representados na Figura 6 , e que pode e deve ser usado com o propósito de estabelecer programas para a garantia de qualidade, através dos dados obtidos sobre a quantidade e a qualidade dos cuidados prestados, permitindo estabelecer prioridades para a melhoria da prestação de cuidados.



Figura 6 - O sistema de classificação de doentes ideal. Fonte: Adaptado de Alward (1983). Patient Classification Systems: the ideal vs. reality.

Assim, um sistema de classificação de utentes é uma ferramenta com múltiplas funções e utilizado correctamente permite a mensuração do trabalho de enfermagem que é sempre difícil de realizar.

TISS28 vs SCD/E

Neste ponto pretendemos comparar os dois instrumentos através das referências existentes na literatura e descritas anteriormente.

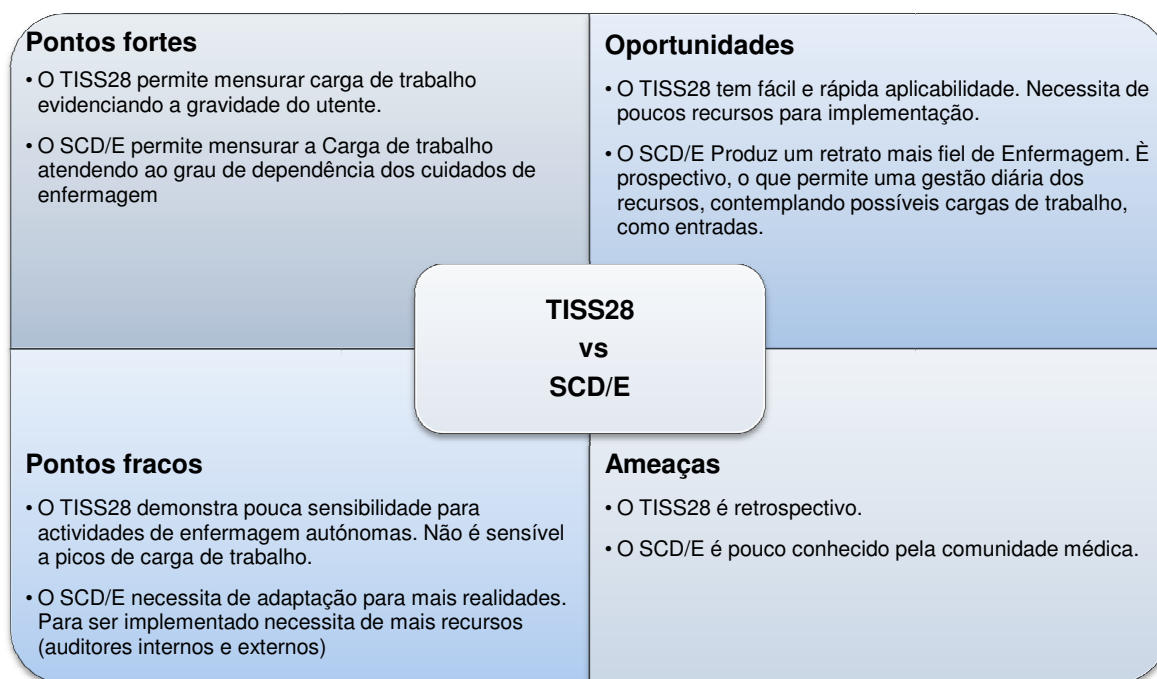


Figura 7 - TISS28 e SCD/E

Os dois instrumentos têm pontos fortes e fracos, no entanto apesar de o TISS28 ser mundialmente aplicado para avaliar a carga de trabalho de enfermagem, pensamos que ele não reflecte o trabalho de enfermagem nem as actividades em que os enfermeiros necessitam de despendar mais horas de cuidados.

2.5 Dotação de pessoal

No panorama económico em que Portugal se encontra, torna-se pertinente e actual, reflectir sobre a dotação de pessoal de enfermagem existente nas UCI do nosso país. Vivem-se tempos conturbados, em que a luta contra o desperdício de recursos é o estandarte de políticos e de gestores.

Os gastos com a saúde aumentaram, e essa tendência persiste, uma vez que a população encontra-se mais envelhecida e padece de doenças crónicas, mas com uma esperança média de vida à nascença de 75 anos para o sexo masculino e de 82 anos para o sexo feminino, e com uma esperança de vida saudável até aos 67 anos para o sexo masculino e de 72 anos para o sexo feminino (Organização Mundial de Saúde, 2006).

A Comissão Europeia (2002) e Campos (2007) refere que 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 actividades de vida, que potenciam entre si, originando com o

tempo maiores dependências a nível físico, mental ou social. 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.

As UCI, são os locais onde se encontram mais concentrados os recursos tecnológicos, normalmente, possuem recursos tecnológicos que não existem noutras áreas do hospital.

Estudos realizados envolvendo 36 UCI europeias, demonstraram que estas são responsáveis pela admissão de 5% dos utentes e pelo consumo de 20% do orçamento hospitalar (Miranda, Ryan, Shaufeli, & Fibler, 1998). Ressaltam ainda que 90% do quadro de profissionais das UCI é composto pela equipa de enfermagem.

Num outro estudo realizado na Austrália e Nova Zelândia, constatou-se que a equipa de enfermagem é responsável por 30 a 40% dos custos no tratamento ao utente (Havill, Caspari, McConnell, Alexander, & Montegomery, 1997).

De acordo com Matos (2000, citado em Moreno, 2000, p. 135) *“A UCI é hoje objectivamente uma estrutura cara, (...) mas não significa que esbanje recursos (...)”*.

Todos estes factores levam a que se utilizem instrumentos que nos permitam avaliar a carga de trabalho de enfermagem, para que se possa realizar uma adequada gestão dos recursos humanos, tendo sempre presente a segurança do utente. Porém, devemos ter sempre presente, que os instrumentos existentes para avaliar a carga de trabalho de enfermagem são incapazes de capturar mais de 40% do trabalho de enfermagem em alguns ambientes (ICN, 2006).

Na maioria das UCI portuguesas, os custos relacionados com o pessoal de enfermagem são fixos, não estando relacionados com a carga de trabalho que os enfermeiros desenvolvem. O mesmo acontece com a dotação de pessoal, ou seja é realizada através do rácio enfermeiro/utente, de acordo com a especificidade da unidade que normalmente é 1:2 (unidade nível III), e variável consoante o turno de trabalho, no entanto as recomendações internacionais apontam para rácios de 1:1, sem qualquer referência a variação em relação ao turno de trabalho. Independentemente do valor do rácio, este método, apesar de ser simples no seu cálculo, não é ajustável às necessidades dos utentes e à carga de trabalho de enfermagem, uma vez que não as considera.

Uma adequada dotação de pessoal, é benéfica tanto para a instituição como para os profissionais e utentes, mas será que as UCI dispõem de dotações seguras? Dado ao elevado peso que a equipa de enfermagem representa no orçamento de uma UCI, admitir que o *staff* de enfermeiros que a compõe é insuficiente, constitui um desafio para qualquer enfermeiro gestor. No entanto, uma insuficiente dotação de pessoal pode conduzir a gastos bem mais elevados do que a admissão de mais elementos para a equipa.

Por dotação de pessoal, entende-se segundo Giovannetti (1978, citado em McGillis H., 2005, p. 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 utentes, nível de qualificação dos enfermeiros, combinação do pessoal de saúde, eficiência e eficácia em termos de custo e ligação aos resultados dos utentes e de enfermagem (ICN, 2006).

Dotações seguras, segundo a Federação Americana de Professores (1995) referenciada pelo ICN (2006) 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 utentes, e que são mantidas as condições de trabalho isentas de riscos. Na verdade, as dotações seguras reflectem a manutenção da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização (CNA, 2005).

Ao longo da pesquisa bibliográfica forma encontrados diversos artigos que descrevem uma relação directa entre as dotações seguras e os resultados dos utentes, Blegen, Goode e Reed (1998), constataram 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, bem como, a uma maior satisfação dos utentes.

Na maioria dos estudos os autores encontraram 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. Dimick, Swoboda, Pronovost e Lipsett (2001), num estudo de observação de cortes, encontraram uma forte associação entre um menor número de enfermeiros no turno da noite e um risco aumentado de complicações pulmonares específicas no período pós-operatório.

Em 2002, Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart e Zelevinsky realizaram uma análise transversal, numa amostra de 6.1 milhões de doentes, à quantidade de cuidados de cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros no hospital e os resultados dos doentes. Nessa análise verificaram que: estadias mais curtas; taxas mais baixas de infecções do tracto urinário; hemorragias do trato gastrointestinal superior; pneumonia, choque e paragem cardiorespiratória; estavam associados a uma proporção mais elevada de horas de cuidados de enfermagem por dia e ao elevado número de horas de cuidados por enfermeiro por utente.

Outros autores verificaram que o aumento de uma hora de trabalho por enfermeiro por dia/doente, estava associado a uma diminuição de 8.9% na probabilidade de pneumonia. Constatou ainda que, um aumento de 10% na proporção dos enfermeiros estava associada a uma diminuição de 9.5% na probabilidade de pneumonia (Cho, Ketefian, Barkauskas e Smith, 2003).

Person et al. (2004) verificaram doentes tratados em ambientes com dotações mais elevadas de enfermeiros tinham uma menor probabilidade de morrer durante o internamento.

Em síntese, encontra-se demonstrado que existe uma forte relação entre os níveis de dotações de enfermeiros e os resultados dos utentes. Torna-se imperativo e urgente repensar nas dotações dos serviços, adequando os recursos às necessidades dos utentes, garantindo a sua segurança. De acordo com o ICN (2006, p.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 activa.”*

Refere ainda que *“(...) países com um fornecimento amplo de profissionais de saúde têm melhores indicadores de saúde.”* (ICN, 2006, p.17).

O maior obstáculo às dotações seguras, segundo Spetz (2005) que estudou a realidade americana, reside no facto de os hospitais receberem poucos benefícios em aumentar a qualidade dos cuidados, mas o resultado disso pode-se traduzir em gastos elevados. Por outras palavras, 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. No entanto, deixam fugir da memória, que outras fontes de custos, tais como, absentismo,

rotação de pessoal, morbilidade e mortalidade elevadas têm de ser consideradas como um custo global e contínuo para o sistema e sociedade.

Neste capítulo definimos os cuidados de Enfermagem à luz da filosofia de Virgínia Henderson, estes baseiam-se no conhecimento e na satisfação das necessidades da pessoa em referência ao desenvolvimento óptimo de independência do indivíduo.

A filosofia de Henderson assenta em quatro pressupostos: Enfermagem, Saúde, Doente (pessoa) e Ambiente. Os cuidados de enfermagem caracterizam-se por terem fundamento numa interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; estabelecerem uma relação de ajuda com o utente e utilizarem metodologia científica.

Na prática de cuidados de enfermagem a enfermeira deve avaliar as necessidades e as condições patológicas que as alteram, aplicando seguidamente o processo de enfermagem: apreciação (avaliação inicial), planeamento, implementação e avaliação (final) em cada um dos 14 componentes dos cuidados básicos de enfermagem (necessidades básicas). A avaliação do doente é realizada de acordo com o grau de independência como consegue satisfazer as 14 necessidades.

Definimos também o conceito de necessidade, em que, o conceito de necessidade de cuidados de enfermagem são todos os cuidados de enfermagem que necessitam de ser prestados ao utente para que consiga alcançar o equilíbrio homeostático entre as necessidades humanas básicas.

Abordamos os conceitos de carga de trabalho em enfermagem e as diversas formas de a avaliação e mensuração. Esta pode ser realizada quanto: à carga de trabalho do serviço, carga de trabalho de enfermagem efectiva, carga de trabalho atribuída ao utente e carga de trabalho relacionada com o contexto/situação.

Demos a conhecer e analisamos as diferenças das duas ferramentas utilizadas na gestão dos recursos humanos em Portugal, o TISS28 e SCD/E.

Por último abordamos a dotação de pessoal, reflectindo sobre os prejuízos de uma inadequada dotação, uma vez que pode pôr em causa a segurança do utente.

PARTE II

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

1 CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Uma das etapas essenciais em cada trabalho é a delimitação do problema, a fim de definir e identificar o que realmente se pretende estudar. Segundo Lakatos e Marconi (1990, p. 24) “ (...) *definir um problema significa especificá-lo em detalhes precisos e exactos*” e deve ser feito de forma clara, concisa e objectiva.”

Ao reflectir sobre a experiência profissional, questiona-se diversas vezes sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, se estes vão de encontro às necessidades dos utentes internados em UCI, e em que medida a carga de trabalho de enfermagem influencia a qualidade dos cuidados prestados?

Através da realização de pesquisa bibliográfica, foram encontrados alguns artigos que sustentam e orientam esta investigação (Anexo A). A carga de trabalho de enfermagem na UCI já há muitos anos que é estudada, em 1974 Cullen e os seus colaboradores descrevera o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) que foi pensado para classificar a carga de trabalho de enfermagem relacionando-o com a gravidade de doença (Miranda, et al., 2003). Ao longo do tempo este instrumento foi actualizado, adaptado a populações específicas e simplificado, mas a sua filosofia original manteve-se inalterada, ou seja, à gravidade do utente está relacionado um maior número de intervenções terapêuticas e consequentemente uma maior carga de trabalho.

A realidade das UCI mudou significativamente nos últimos anos. A média de idades dos utentes e os índices de gravidade de doença são cada vez mais elevados, o que conduz a um elevado número de actividades e de tarefas administrativas a cargo da equipa de enfermagem, o que leva a concluir que será necessária uma adaptação e revalidação do instrumento de medida – TISS (Miranda, et al., 2003).

Torna-se ainda pertinente a realização deste tipo de estudos, dado que as dotações de pessoal de enfermagem nos serviços são inadequadas, uma vez que por vezes, não são realizados ajustes de acordo com as alterações das características das UCI e dos doentes.

A empresarialização dos hospitais e a busca incessante por uma melhor eficiência torna fundamental a utilização deste tipo instrumentos de medida. Numa entidade empresarial,

a fracção mais pesada do orçamento corresponde aos recursos humanos, Miranda, et al. (2003), referem que a equipa de enfermagem numa UCI corresponde a um investimento económico único de 50%.

A equipa de enfermagem desempenha no seu dia-a-dia na UCI uma série de actividades de colaboração e autónomas, segundo Phaneuf (2001, p. 29), funções autónomas são “ (...) o conjunto de funções deliberadas que a enfermeira exerce e que ela executa a partir da sua própria formação e do seu próprio julgamento, sem a intervenção da prescrição médica.”. A funções de colaboração corresponde “ (...) ao papel em que a enfermeira assiste o médico executando as acções que ele lhe prescreveu.”.

O TISS descreve e selecciona um conjunto dessas actividades, reportando-as como intervenções terapêuticas. O critério major para a selecção dessas actividades foi a sua relação com a gravidade da doença. No entanto, os enfermeiros apenas gastam 43.3% do seu tempo de trabalho a realizar as intervenções terapêuticas do TISS-28, e que 34.3% era gasto em outras actividades que não eram consideradas por esse instrumento. (Miranda, Rijik, & Shaufeli, 1996).

Em Portugal, o TISS28, até ao momento é o único instrumento validado e adaptado à população portuguesa através de um estudo multicêntrico, que permite avaliar a carga de trabalho de enfermagem numa UCI. No entanto, a Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza que se utilize o Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência de Cuidados de Enfermagem - SCD/E, como ferramenta de apoio à gestão dos recursos humanos, embora este instrumento não esteja adaptado à realidade de UCI. O SCD/E permite avaliar as necessidades dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem, ou seja possibilita a determinação do número de horas necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem a cada utente e consequentemente, calcular o número total de horas de cuidados necessários para a unidade de internamento.

Em 2001 foi publicado o Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem pela OE, em que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, considerando que, “ (...) nem a qualidade se obtém apenas do exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Um dos indicadores e critérios de qualidade do exercício profissional descritos pela OE é a organização dos cuidados de enfermagem. “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.”, ao qual correspondem os seguintes elementos, entre outros:

o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Desta forma, emergiu a presente problemática: ***Da qualidade dos cuidados de enfermagem à satisfação das necessidades do utente.*** De onde passamos a questionar ***Será que existe relação entre os cuidados de enfermagem prestados e as necessidades reais do utente, numa unidade de cuidados intensivos?***

Parafraseando Fortin (1999, p. 39) a formulação de um problema de investigação consiste em “ (...) *desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender.*”. Desta forma, torna-se importante reflectir sobre esta problemática e compreender qual a relação entre os cuidados de enfermagem prestados e as necessidades reais dos utentes.

O interesse científico deste trabalho visa analisar e compreender a problemática em estudo, e comparar a utilização de dois instrumentos que avaliam a prestação de cuidados de enfermagem em diferentes perspectivas, nomeadamente o TISS28 e SCD/E.

1.1 Finalidade e objectivos do estudo

Temos como finalidade dar a conhecer os cuidados de enfermagem prestados numa UCI e qual a relação com as necessidades reais de cuidados de enfermagem dos utentes. Procurando evidenciar a relação entre a carga de trabalho de enfermagem prestada (Horas de Cuidados Prestadas - HCP) e a necessária (Horas de cuidados necessárias - HCN) para a satisfação das necessidades dos utentes.

Utilizamos como instrumentos o TISS28 e SCD/E, uma vez que são ferramentas que se encontram validadas e adaptadas à população portuguesa. É também nossa finalidade compreender a utilização destas ferramentas e os seus contributos para a gestão de cuidados de enfermagem.

Consideramos como objectivos:

- Descrever as características demográficas e clínicas da amostra em estudo numa UCI;
- Compreender os cuidados de enfermagem mais frequentemente prestados em UCI através do TISS28 e SCD/E;

- Compreender as necessidades reais de cuidados de enfermagem numa UCI através do TISS28 e SCD/E;
- Identificar a carga de trabalho de enfermagem prestada e necessária a partir de ferramentas utilizadas nas práticas de gestão de cuidados;
- Compreender as diferenças entre a carga de trabalho de enfermagem prestada e necessária face aos grupos de diagnóstico;
- Identificar em que grupo de diagnóstico se verifica uma maior carga de trabalho de enfermagem;
- Compreender a relação entre as duas ferramentas de gestão – TISS28 e SCD/E.

Para direccionar todo o processo de pesquisa emergiu a necessidade de formular algumas perguntas de investigação para além da questão de investigação principal – **Será que existe relação entre os cuidados de enfermagem prestados e as reais necessidades do utente, numa unidade de cuidados intensivos?** Assim, foram formuladas as seguintes questões:

- Existe diferença estatisticamente significativa entre a carga de trabalho de enfermagem prestada e a carga de trabalho de trabalho de enfermagem necessária, relativamente aos grupos de diagnóstico?
- Em que grupo diagnóstico se verifica maior carga de trabalho de enfermagem prestada e necessária?
- Será que há relação entre as cargas de trabalho prestadas e necessárias das ferramentas de gestão TISS28 e SCD/E?

2 RELEMBRANDO A HISTÓRIA DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

O cuidado a utentes em estado crítico, alocados a um espaço físico específico existe há muito tempo, tendo sido Florence Nightingale durante a guerra da Criméia (1853) a pioneira na estratificação dos utentes atribuindo, deste modo, prioridades aos seus cuidados.

Relativamente à criação das UCI não existe consenso entre os diversos autores, quanto à data e ao país onde terá existido a primeira. Miller & Swensson (2002) referem que a primeira UCI foi criada em 1930 num hospital alemão. Por sua vez, a Sociedade Americana de Medicina Intensiva (Society of Critical Care, nd) menciona que a primeira UCI terá sido criada nos Estados Unidos da América, quando o Dr. W. E. Dandy abriu três camas destinadas a utentes em pós-operatório de neurocirurgia, no Johns Hopkins Hospital, em Baltimore, mas não precisa a data. Porém, Moreno (2000, p.9) refere que “(...) *a verdadeira certidão de idade da Medicina Intensiva coincide com a epidemia da poliomielite de Copenhague em 1952.*”.

Historicamente, as UCI desenvolveram-se pela constatação de melhorias nos utentes graves, quando estes se encontravam agrupados num ambiente único, onde a observação e o cuidado ininterrupto das suas funções vitais era viável a partir de um único “posto” de observação. Nightingale, em 1863, utilizou esta metodologia quando criou ao lado do bloco operatório um pequeno espaço com as características acima descritas, onde eram colocados os soldados após a intervenção cirúrgica, surgindo assim as primeiras unidades pós-anestésicas. Estas desenvolveram-se e transformaram-se nas primeiras UCI, através da utilização de alta tecnologia, desenvolvida para o cuidado intensivo, e pela admissão de utentes do foro não cirúrgico.

Os desenvolvimentos e avanços tecnológicos iniciados na década de quarenta atingiram um maior desenvolvimento entre a década de sessenta e setenta. Em Portugal, os registos encontrados que apontam para a existência de UCI, remete-se para essa mesma década, nos Hospitais Universitários de Coimbra e do Porto.

O crescimento e desenvolvimento das UCI foi turbulento e conturbado, sendo muitas vezes condicionado aos interesses locais (Moreno R., 2000). Em 1962, o Serviço de Neurologia do Hospital de Santo António, no Porto, criou o primeiro serviço de Reanimação, com colaboração activa do Serviço de Anestesiologia. Nessa mesma altura, o Hospital de São João organizou também um Serviço de Reanimação, cuja direcção foi entregue à Anestesia (Moreno R., 2000). No final de década de sessenta, os cuidados ao doente crítico eram prestados, em salas designadas de reanimação ou de cuidados especiais, geralmente anexas ao serviço de urgência, onde a relação/o rácio enfermeiro: doente era maior, mas por vezes, os médicos estavam apenas à chamada (Moreno R., 2000). Segundo a Direcção Geral da Saúde (2003), através de um levantamento realizado em 2001, existiam em Portugal continental, à data, 50 UCI que correspondiam a 413 camas de UCI, encontrando-se apenas 80.2% (331) das mesmas activas.

Os utentes internados nas UCI passaram a ser denominados de utentes em estado crítico, e por utente em estado crítico entende-se, aquele que tem uma condição instável, com possível falência ou com falência efectiva de função de órgão(s) vital(is). No entanto, nas UCI também podem ser admitidos utentes que tenham um elevado risco de desenvolver sérias complicações, em que estas possam ser prevenidas

Com o decorrer do tempo e a evolução do conhecimento, houve uma maior compreensão da fisiopatológica, dos processos e das técnicas de diagnóstico, nas diversas áreas de tratamento, concorrendo deste modo, para as alterações a nível das UCI, mas também, levando a mudanças na administração hospitalar e nos diversos departamentos especializados. Actualmente, existem unidades autónomas de gestão de cuidados intensivos e urgência, que dinamizam todo o processo de gestão, zelando pela qualidade dos cuidados, e pela contínua evolução do conhecimento.

Toda esta evolução levou a que as UCI se tornassem nos locais onde se concentram mais recursos humanos e tecnológicos altamente especializados, que normalmente não se encontram disponíveis noutras áreas do hospital, proporcionando desta forma, uma assistência ao utente considerada como uma das mais complexas, sofisticadas e onerosas do sistema de saúde.

2.1 Classificação das UCI

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 a operacionalização deste conceito efectuada apenas em 1983 por membros de uma conferência de consenso em Bethesda (NIH, 1983). De acordo com esta classificação as UCI deveriam ser classificadas em quatro grupos: *intensive care*, *high care*, *medium care* e *low care*. Todavia, 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-utente utilizando a classificação por níveis de cuidados, o que corresponde a 3 níveis, e esta é a classificação ainda hoje adoptada pela Direcção Geral de Saúde em Portugal.

Nível	Descrição	Rácio Enfermeiro-utente
I	Visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior.	1/3
II	Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais: pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular,...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior.	1/1.6
III	Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista por 24 horas. Pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários. Deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes por que se é responsável.	1/1

Quadro 16- Descrição das UCI e dos rácios enfermeiro/utente.

Fonte: Ferdinand & Medicine, 1997; Ministério da Saúde, Direcção de Serviços de Planeamento, 2003

Esta nova classificação foi testada na Holanda no início da década de 90, e posteriormente validada através de um estudo multicêntrico na Europa – EURICUS I (Moreno & Reis Miranda, 1998).

No que concerne à classificação quanto à forma como são geridas as UCI, esta divide-se em abertas, semi-fechadas e fechadas. Nas unidades abertas qualquer médico pode admitir e tratar doentes. A equipa da unidade só intervém a pedido do médico assistente. Nas unidades semi-fechadas caracterizam-se pela existência de um director da unidade que revê e aprova todas as decisões. A assistência ao utente pode ser feita ou não pela equipa da unidade. Nas unidades fechadas o director e a equipa são responsáveis por todas as admissões e altas. Os utentes admitidos na UCI são da total responsabilidade da equipa da UCI, que no entanto devem trabalhar em colaboração 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: pneumologia, doenças infecciosas, neurocirúrgicas, cardiotorácicas, etc.), cuja diferença se constata entre a capacidade de uma abordagem global ou direccionada a uma valência fitopatológica, do utente.

2.2 Classificação dos utentes

Relativamente à classificação dos utentes internados em UCI surgiu, na década de 70, a necessidade de quantificar a gravidade do utente admitido, no entanto, foi apenas na década de 80 que este aspecto foi dinamizado, acompanhando da crescente preocupação com os custos que as UCI acarretavam, e tentando desta forma rentabilizar as camas de cuidados intensivos para aqueles utentes a quem lhes poderia ser “restituída vida” com alguma qualidade, após ultrapassarem o período agudo e crítico de doença (Ide, 1989). Historicamente, verifica-se que na década de 90, renasce a preocupação em criar novos modelos de índices de gravidade e de cuidados a utentes, e em actualizar os existentes.

Os índices de gravidade criados visavam caracterizar os utentes gravemente doentes, relativamente ao seu grau de disfunção orgânica, traduzindo assim a severidade da doença. Estes índices representam-se através de um valor numérico que corresponde

ao somatório de valores atribuídos a alterações clínicas e laboratoriais existentes, ou ao tipo e quantidade de procedimentos utilizados.

Em síntese, os índices de gravidade permitem realizar várias análises, tais como: estratificar os utentes de acordo com a gravidade da doença e do prognóstico; estabelecer critérios que indiquem a necessidade de admissão em UCI; acompanhar a evolução do utente face ao tratamento instituído, comparar a evolução de utentes semelhantes submetidos a tratamentos diversos. Possibilitam também a avaliação do desempenho da UCI, a comparação desse desempenho com outras UCI; a comparação da mortalidade esperada com a observada; e ainda, indirectamente, avaliar o custo/benefício de determinados procedimentos para utentes em diversas etapas da doença (Livianu, et al., 1994).

Os índices internacionalmente aceites para a predição de mortalidade são: *Acute Phsysiology and Chronic Health Evaluation* – APACHE, *Simplified Acute Physiology Score* – SAPS, o *Mortality Probability Models* – MPM e o *Therapeutic Intervention Score System* -TISS.

Além da avaliação de prognóstico, existem índices que permitem avaliar a falência/disfunção de órgãos, o que se revela de uma elevada importância na estratificação dos utentes, uma vez que quanto maior o número de falência de órgãos, maior o risco de óbito. Os índices mais utilizados são: *Multiple Organ Dysfunction Score* – MODS, *Sequential Organ Failure Assesment* – SOFA, e *Logistic Organ Dysfunction System* – LODS.

Para avaliar a carga de trabalho em enfermagem foram desenvolvidos vários instrumentos, entre os quais se encontram alguns direccionados para cuidados intensivos como o TISS76 (composto por 76 *itens*), que sofreu alterações e adaptações, resultando no TISS28 (composto por 28 *itens*) e o NEMS – *Nine Equivalens of Nursing Manpower Use Score*, mais utilizado em unidades de cuidados intermédios, ou para comparar a carga global de trabalho entre unidades. Em França, foi desenvolvido em 1986 pela *Commission d’Evaluation de la Société de Réanimation de Langue Française*, um outro sistema, que possui uma boa correlação com o TISS e é conceptualmente atractivo, mas só pode ser calculado aquando a alta do utente, trata-se do Sistema OMEGA. Com a realização de um estudo multicêntrico em Itália surgiu o TOSS – *Time Oriented Score System*, quem segundo o *Gruppo Italiano Multicentrico di Ricerche in Terapia Intensiva* - GIRTI, em 1992, é considerado mais fiável e é mais recomendado a sua utilização do que o TISS e permite uma

combinação ampla dos rácios enfermeiro/utente 1:4 para 1:1, o que não é possível com o TISS (GIRTI, 1991). Desconhece-se o número de instrumentos desenvolvidos para a avaliação da carga de trabalho de enfermagem, no entanto, importa salientar que independentemente do instrumento utilizado, devemos ter sempre presente que não têm a capacidade de abranger todas as actividades desenvolvidas pelos enfermeiros, traduzindo-se sempre numa carga parcial de trabalho.

2.3 Caracterização da UCI em estudo

O presente estudo foi realizado numa UCI de um hospital central do Distrito do Porto, sendo considerado o maior hospital da zona Norte e o segundo maior do país. Presta assistência a parte da população da cidade do Porto e concelhos limítrofes. É também centro de referência para os distritos do Porto (excepto Baião, Amarante e Marco de Canavezes), Braga e Viana do Castelo. Abrange uma população de cerca de três milhões de pessoas e possui cerca de 50 camas de UCI.

A UCI em estudo apesar de ser considerada uma UCI de especialidade médica e de se encontrar alocada à Unidade Autónoma de Gestão (UAG) de Medicina é uma unidade polivalente. A localização da UCI permite-lhe aceder rapidamente aos serviços de Radiologia, Tomografia Axial Computorizada, Angiografia, Ressonância Magnética, Neuroradiologia, Urgência Adultos, Bloco Operatório de Urgência, que se encontram no mesmo piso ou no piso imediatamente inferior.

Para caracterizar melhor a UCI pretende-se abordar os seguintes aspectos: estrutura física, gestão de recursos, funcionamento do serviço, articulação da UCI com os outros serviços e circuito do utente.

Estrutura física

A estrutura física de um hospital é sem dúvida um dos elementos fundamentais para o seu bom funcionamento. Entende-se por estrutura física “(...) *orientação e disposição arquitectónica das diferentes partes de um espaço.*” (Costa & Melo, 1995, p. 777). A estrutura física da UCI sofreu remodelações há pouco tempo, localiza-se na frente posterior da ala poente, é composta por seis camas, possui duas pequenas salas de apoio, uma farmácia, e uma pequena arrecadação.

Mais importante do que apresentar a planta da UCI, consideramos que seja reflectir sobre barreiras arquitectónicas e organizacionais encontradas na estrutura física

actual. Assim apresentamos apenas uma representação esquemática da estrutura física da UCI tal como se pode constatar na Figura 8.

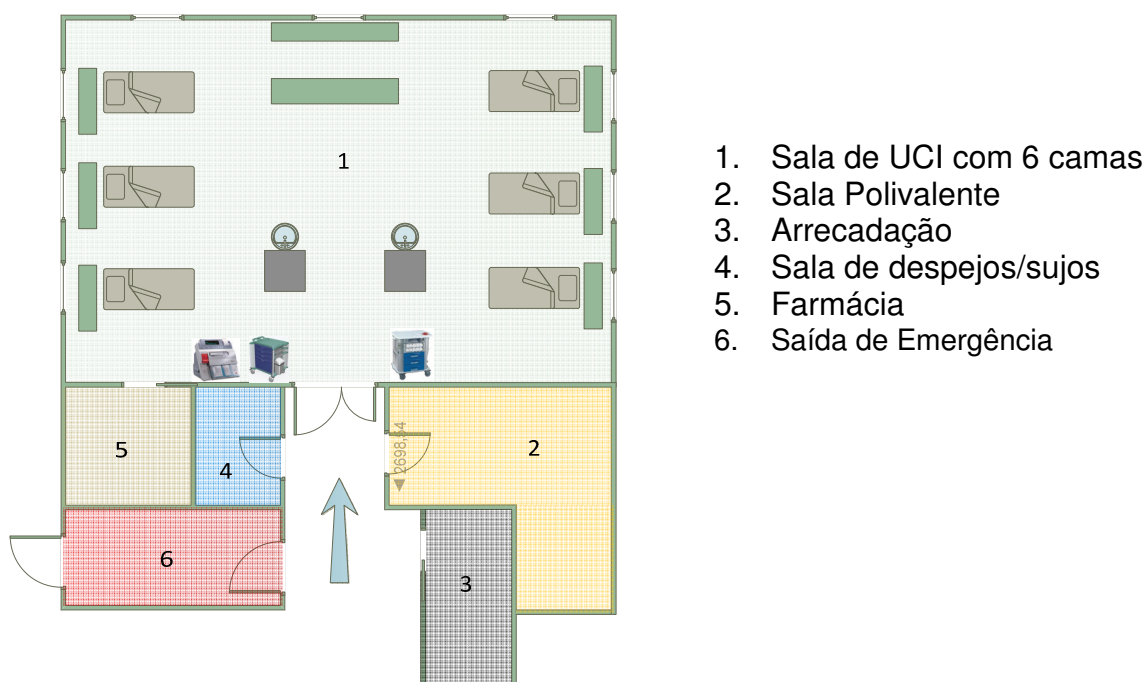


Figura 8 - Esquema representativo da estrutura física da UCI

Na UCI apesar das reformulações da estrutura física terem sido recentes, existem barreiras arquitectónicas que condicionam a prática de cuidados e desmotivam alguns dos profissionais que nela exercem as suas funções. No serviço não existe um local onde a equipa multidisciplinar se possa reunir a não ser a sala polivalente que também funciona como copa. A sala de reuniões é comum, a todo o serviço e dela se servem os médicos do internamento funcionando como gabinete, encontrando-se distante da UCI. As áreas adjacentes à UCI tornam-se pequenas, dado ao elevado número de enfermeiros e restantes profissionais que exercem funções, não esquecendo os alunos de medicina e de enfermagem que se encontram no serviço durante quase todo o ano e que necessitam também de espaço para se reunirem com os seus professores e orientadores.

Na generalidade a estrutura física da UCI é pequena para 6 camas e para o número de profissionais que nela trabalham. Os espaços reservados à arrecadação de material são exíguos e dispersos o que faz com que os profissionais dispensem algum tempo para reunir o material necessário aos seus procedimentos. A sala possui pouco espaço entre as camas, o que dificulta o trabalho dos profissionais e não respeita as recomendações da direcção geral da saúde que recomenda uma área de 20 m² para cada unidade de utente (Portugal, Ministério da Saúde, 2003). As bancadas de

trabalho são amplas e têm o material bem acondicionado. O acesso à farmácia é feito junto a uma unidade do utente, sendo por vezes necessário desviar a cama para poder acondicionar os fármacos e algum material. Uma das lacunas na estrutura é a ausência de uma sala de visitas para que a equipa de saúde se possa reunir com os familiares.

Rotinas do Serviço

“Deixar de agir rotineiramente para passar a cuidar do indivíduo (são ou doente), a família e a comunidade é uma mudança urgente.” (Norinha, 1998, p. 28).

Embora o ambiente de UCI seja pouco rotineiro, as actividades realizadas na UCI são inúmeras e variáveis, no entanto as mais constantes resultantes da observação durante a realização da colheita de dados são as que se encontram representadas no Quadro 17:

Actividades	Turnos		
	Manhã	Tarde	Noite
Cuidados de higiene e conforto	X	SOS	SOS
Preparação e administração de terapêutica	X	X	X
Alterações de terapêutica	X*	X**	X**
Execução de pensos	X	SOS	SOS
Monitorização de Sinais Vitais e Padrão Ventilatório	X***	X***	X***
Preparação de material para recolha de espécimens	SOS	SOS	X
Colheita de espécimens para análise	SOS	SOS	X
Preparação de utentes para exames	X	X	X
Reposição da unidade do utente	X	X	X
Admissão de utentes	X	X	X
Preparação de alta / transferência	X	X	X
Registos de Enfermagem	X	X	X
Preparação de perfusões	X	X	X
Substituição de sistemas de perfusão	SOS	X	SOS
Posicionamentos	X	X	X
Preparação de utente para RX	X	SOS	SOS
Apoio aos familiares	X	X	SOS

Quadro 17 - Rotinas de Enfermagem da UCI

* São feitas após visita médica

** Sempre que haja prescrição ou alteração de terapêutica

*** 2/2horas

Gestão de recursos

Gestão é a capacidade de conduzir uma organização, para atingir metas/objectivos, previamente definidos, através da utilização racional de recursos disponíveis. *“Os recursos são meios que as organizações possuem para realizar as suas tarefas e atingir os seus objectivos: são bens ou serviços consumidos na realização das actividades organizacionais.”* (Chiavenato, 1997, p. 134). Desta forma, uma boa gestão de recursos é necessária para que a organização funcione com eficiência e alcance os seus objectivos.

Gestão de recursos humanos

“Nenhuma organização pode ter um plano de trabalho, por mais racional e tecnologicamente perfeito, que possa ser executado com eficiência sem ter em conta os recursos humanos.” (Rodrigues, 1999, p. 16). Assim, cada organização deve aproveitar o potencial das pessoas que integram a instituição para concretizar os seus objectivos, uma vez que, a administração de recursos humanos não é um fim em si mesmo, mas um meio para alcançar a eficácia e a eficiência das organizações através das pessoas, possibilitando o alcance dos objectivos pessoais e profissionais.

“A divisão do trabalho é uma questão de ordem natural; os homens são diferentes em inteligência, adaptabilidade, idade e habilidade; o homem não tem o dom da ubiquidade, não pode estar simultaneamente em dois locais diferentes.” (Rodrigues, 1999, p.15). Desta forma, é necessária uma boa gestão de recursos humanos, para que a equipa de saúde possa desempenhar o seu papel ao máximo visando a eficácia das suas intervenções e a segurança do utente.

Tendo como conceito de horário, o período de tempo que um indivíduo tem de cumprir no seu local de trabalho, determinado e fixado por lei, o tipo de horário praticado pelos enfermeiros da UCI é de *roulement*, correspondente a 35 ou 40 horas semanais, de acordo com o tipo de contrato do enfermeiro, dividido em 3 turnos:

7,30 Horas no turno da manhã (8h – 15,30h);

7,30 Horas no turno da tarde (15h – 22,30h);

10,30 Horas no turno da noite (22h – 8,30h).

As únicas exceções ao sistema de horário de *roulement* são a Enfermeira Chefe, a Enfermeira Coordenadora da UCI e um Enfermeiro Especialista em Reabilitação que têm horário fixo.

O corpo de Enfermagem é composto por quatro equipas constituídas por 3 elementos com *roulement* fixo excepto uma equipa que é constituída por 4, sem *roulement* fixo.

Em cada turno existe um elemento coordenador de equipa, no entanto no período da manhã a coordenação é feita pela Enfermeira coordenadora. Os elementos coordenadores têm utentes distribuídos e além da prestação de cuidados competentes coordenar toda a equipa de enfermeiros, bem como as assistentes operativas. É também da sua competência a gestão de eventuais falhas de material ou de fármacos nos turnos da tarde e da noite e fim-de-semana. É também sua função esclarecer dúvidas dos colegas que têm menos experiência profissional. Assim, o enfermeiro coordenador da equipa é o “maestro” para que tudo decorra na perfeição.

Funcionamento do serviço

A UCI funciona 365 dias por ano, 24 horas por dia. Nela desenvolve actividades uma equipa multidisciplinar tendo sempre presente o contexto de partilha e colaboração.

A equipa multidisciplinar é composta por 4 Médicos, 22 Enfermeiros e 5 Assistentes Operativas.

O serviço não dispõe de normas de procedimento desenvolvidas especificamente para a UCI, nem de plano de integração para novos elementos, o que condiciona a prática de cuidados. É necessário ter presente que a uniformização e padronização das práticas levam a uma maior efectividade dos cuidados, aumentando o índice de qualidade dos mesmos, uma vez que reduz o número de erros.

A integração de novos elementos é realizada pelos enfermeiros com mais experiência no serviço, no entanto, o elemento integrador é rotativo e o período de integração é cerca de um mês, o que é insuficiente atendendo à especificidade de procedimentos e à dinâmica inconstante do serviço.

Método de trabalho de Enfermagem

É necessário a implementação de um método de trabalho que corresponda às necessidades da instituição, com o fim de aumentar o nível de eficiência, pois tal como refere Gil (1994, p. 27), método de trabalho “(...) é o caminho para chegar a um

determinado fim”. Conceptualmente os métodos de trabalho dividem-se em dois grandes eixos: centrado na tarefa, ou centrado no utente. Este último divide-se em individual, equipa e enfermeiro de referência.

Como se pode compreender através da Figura 9, os métodos centrados no utente apresentam aspectos chave mais desenvolvidos. Sendo o método funcional (centrado na tarefa) o que menos permite o desenvolvimento dos aspectos chave. Segundo Parreira (2005) dos métodos de trabalho centrados no utente, o método de equipa apresenta-se de melhor qualidade em alguns aspectos chave da prestação de cuidados relativamente a outros métodos, dependendo da capacidade de liderança do líder de equipa.

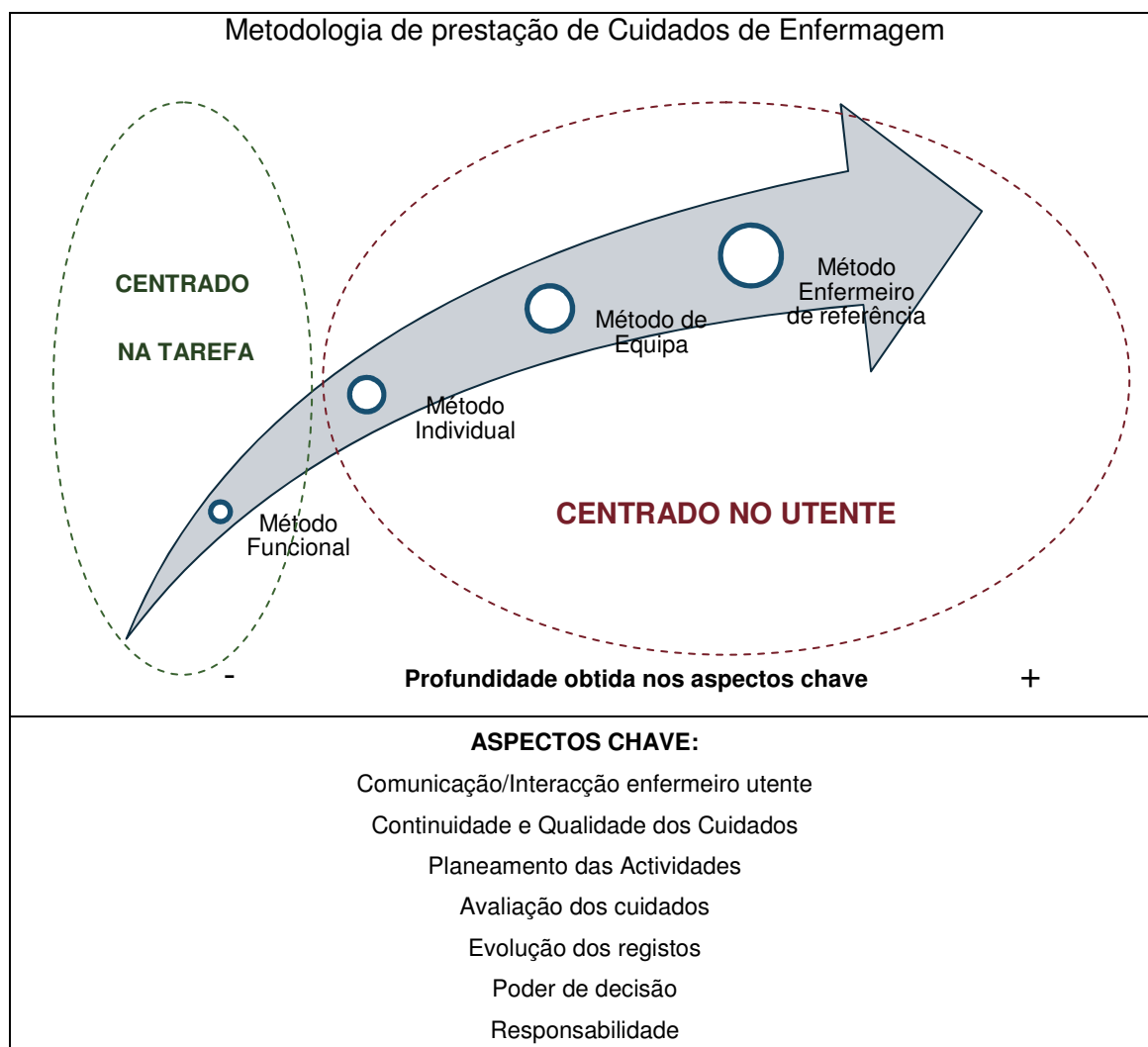


Figura 9 - Metodologias de prestação de cuidados de Enfermagem – Adaptado: Parreira, 2005, Organizações.

Na UCI em estudo a metodologia de prestação de cuidados de enfermagem, é o método individual, também conhecido como método de caso. Segundo Kron e Gray

(1994) este método caracteriza-se pela distribuição total dos cuidados a prestar durante um turno a um enfermeiro.

De acordo com Parreira (2005) esta metodologia tem como principais vantagens: individualização dos cuidados, favorece relação enfermeiro-doente, promove humanização dos cuidados, favorece a aplicação do processo de Enfermagem, favorece a diminuição do número de erros e/ou esquecimentos, facilita a avaliação da qualidade dos cuidados prestados, entre outras.

No entanto, este método tem limitações, uma vez que as competências individuais dos enfermeiros e níveis de conhecimentos podem ser diferentes, criando assimetria e provocando heterogeneidade na prestação de cuidados, Exige um maior número de elementos do que o método funcional, não garante que a assistência seja realizada pelo mesmo enfermeiro nos diferentes turnos e exige um nível mínimo de habilitações a todos os elementos (Parreira, 2005).

Os enfermeiros encontram-se distribuídos por utentes, sendo o rácio nos turnos da manhã e da tarde de 1 enfermeiro para 1,5 doentes e no turno da noite de 1 enfermeiro para 2 doentes. A prestação de cuidados realiza-se através do método individual em que cada enfermeiro presta cuidados totais aos utentes que lhe estão atribuídos em cada turno.

Os registos são realizados na folha de vigilância de Enfermagem, sob a forma de texto livre e monitorização de parâmetros vitais e ventilatórios. A elaboração de plano de cuidados em suporte físico não é realizada. A continuidade de cuidados é assegurada pelas passagens de turno e pelas notas de enfermagem em registo livre.

À admissão do utente realiza-se uma recolha de dados o mais vasta possível, utilizando como fonte o enfermeiro que acompanha o doente, os familiares se estiverem presentes no momento de admissão e o processo do doente. Realiza-se e documenta-se observação física do doente. Os registos são realizados na folha de vigilância sob a forma de texto livre. Se possível, anotam o contacto do familiar que servirá de elo de ligação entre a família e a equipa e esse registo é apenas efectuado na folha de vigilância número 1.

Circuito do utente

Foi através da observação directa e com a colaboração da equipa de enfermagem que se constatou a forma como se processa o circuito do utente.

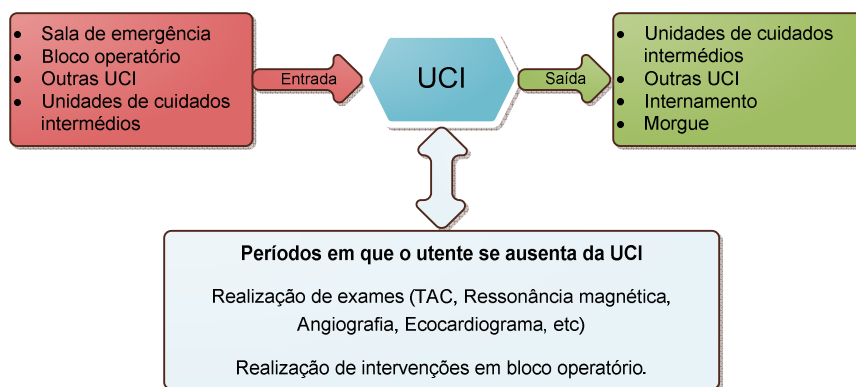


Figura 10 - Esquema representativo do circuito do utente na UCI

Os utentes internados na UCI nem sempre são da região Norte, ou da região que o hospital abrange, no entanto, mesmo quando transferidos de outras instituições, os utentes são admitidos na urgência e passam pela sala de emergência e só depois são encaminhados para a UCI.

Articulação com outros serviços/instituições

A instituição onde se está inserida a UCI articula-se com outras instituições dado que recebe utentes não pertencentes à sua área de abrangência, pois trata-se de um hospital central e o seu Serviço de Urgência é considerado um Serviço de Urgência Polivalente devido às valências de especialidades que possui, e como tal tem adstritas UCI Polivalentes, ou seja UCI de nível III. Por vezes a razão de transferência não se deve só ao facto de o hospital que encaminha não ter valências, mas sim porque não em vagas em UCI. Este facto também acontece no hospital em questão, em que por vezes não existem vagas em todo o hospital e torna-se necessário encaminhar os utentes para outros hospitais.

Em síntese, embora a UCI onde se realiza o estudo funcione identificam-se algumas carências particularmente na estrutura física e na organização da assistência de Enfermagem.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Para que os objectivos referidos anteriormente sejam alcançados, é necessário descrever as estratégias a utilizar no plano de acção, orientando assim a pesquisa, tendo presente que a metodologia se caracteriza por um “*Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.*” (Fortin 1999, p. 372). Neste capítulo, referimo-nos ao desenho do estudo, à população e amostra, às técnicas de recolha de dados e sua aplicação, bem como ao tratamento dos dados obtidos.

Desenho do estudo

A questão de investigação: ***Será que existe relação entre os cuidados de enfermagem prestados e as necessidades reais do utente, numa unidade de cuidados intensivos?***, surgiu de uma reflexão sobre a prática de prestação de cuidados de enfermagem numa UCI.

Através da pesquisa bibliográfica foram encontrados artigos que deram suporte a esta investigação, tal como referimos no ponto 1, e emergiram os instrumentos que se utilizaram para a recolha de dados, nomeadamente TISS28 e SCD/E. Desenvolveu-se um pré-projecto que foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da instituição onde se desenrolou o estudo (Anexo B).

Partimos para o trabalho de campo durante um mês, aplicamos os instrumentos em dois momentos em cada caso, ou seja, no primeiro momento utilizamos como fonte de colheita de dados os registos de enfermagem das últimas 24 horas, com o objectivo de identificar a carga de trabalho prestada. Imediatamente a seguir aplicamos os instrumentos através da observação e identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, com o objectivo de identificar a carga de trabalho necessária. Analisamos as diferenças entre as duas cargas de trabalho, apresentamos resultados e conclusões.

DESENHO DO ESTUDO

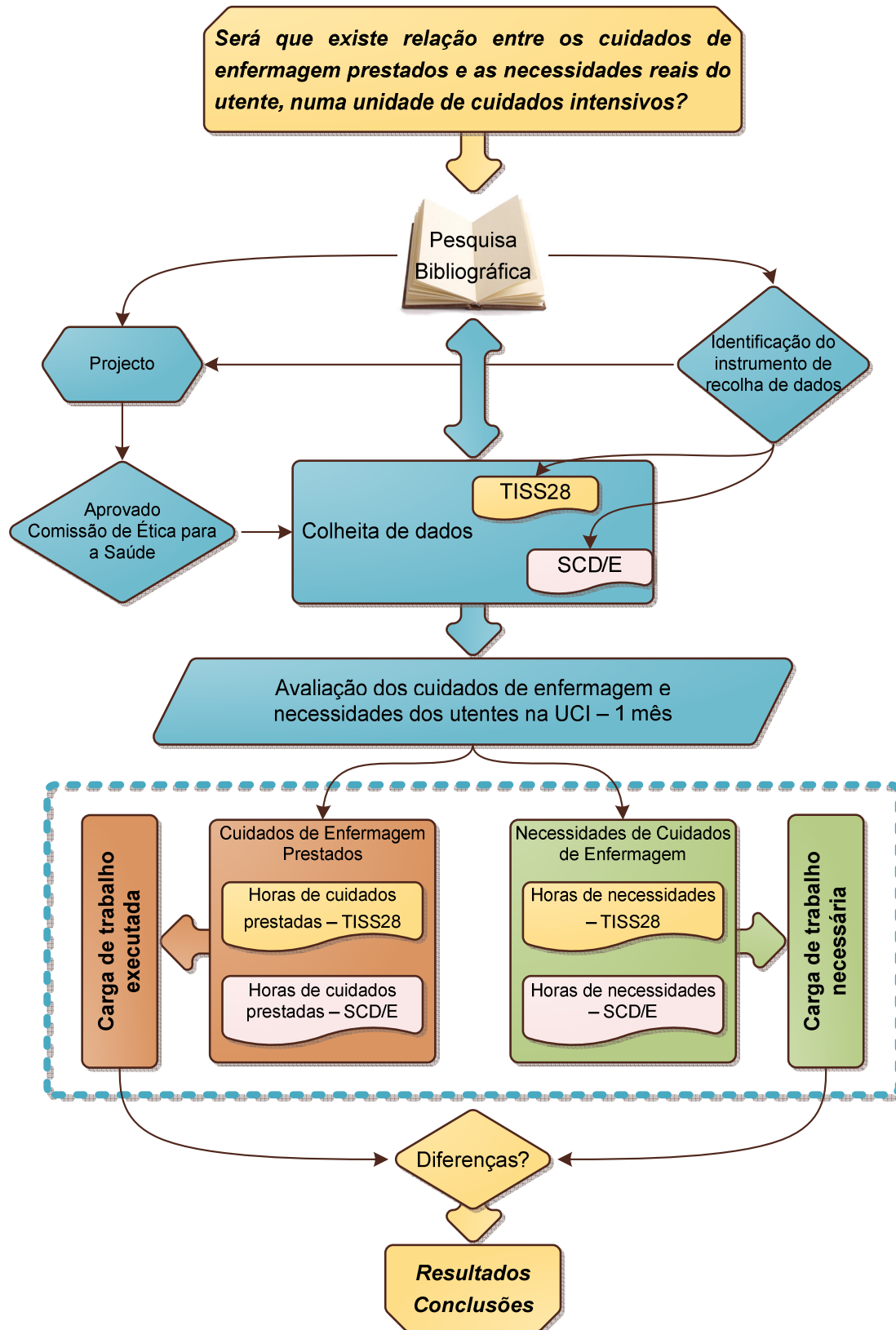


Figura 11 - Desenho do estudo

A definição de tipo de estudo a utilizar é essencial para a realização desta investigação. Assim, o estudo é quantitativo, descritivo e transversal.

É um estudo quantitativo porque, segundo Fortin (1999, p. 369) “(...) *tem a finalidade de descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente*”. Bell (2004, p. 20) refere que os investigadores que optem por este tipo de estudo “(...) *recolhem os factos e estudam a relação entre eles*.” e “(...) *conduzem a conclusões quantificadas e, se possível, generalizáveis*.”

A opção pelo estudo descritivo deve-se ao facto deste permitir o desenvolvimento de uma análise que possibilita identificar as diferentes formas dos fenómenos, a sua classificação e ordenação. Gil (1995, p. 46) refere que este estudo “(...) *tem como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis*.”

É um estudo transversal porque visa descrever “(...) *a situação, o ‘status’ do fenómeno, ou as relações entre os fenómenos em um ponto fixo*.” (Polit, Beck, & Hungler, 2001, p. 180).

3.1 Variáveis em estudo

Os autores Polit e Hungler (1995, p. 374) referem que a variável é: “(...) *característica ou atributo de uma pessoa ou objecto que varia (assume valores diferentes) na população estudada*.” De forma a materializar o anteriormente referido, passa-se à identificação e operacionalização das variáveis que se julgam pertinentes e adequadas ao presente estudo, de forma clara e objectiva.

Para o estudo, fazem parte como variáveis:

- A carga de trabalho prestada, que se traduz no número de horas de cuidados de enfermagem prestados – HCP, decorrentes da avaliação do TISS28 e SCD/E.
- A carga de trabalho necessária, que se traduz no número de horas de cuidados de enfermagem necessários – HCN, decorrentes da avaliação do TISS28 e SCD/E.
- Caracterização demográfica e clínica

Para eliminar qualquer dúvida sobre a variável em estudo, torna-se necessário operacionalizar variáveis. Segundo Fortin (1999, p. 38) “ (...) *uma definição operacional atribui uma significação a um constructo ou a um conceito precisando as actividades ou as operações necessárias para medir o constructo ou conceito. São as instruções que precisam como as operações são feitas*”.

De acordo com Kerlinger, referenciado por Fortin (1999, p. 38) “*As definições operacionais são essenciais à investigação científica, não só porque permitem medir as variáveis mas também porque servem de ponte entre a teoria e a observação.*”

Variável	Dados Demográficos – Definição operacional
Género	Sexo feminino
	Sexo masculino
Idade	Idade medida em anos completos de acordo com a distribuição pelos grupos etários: <=40 anos; 41-50 anos; 51-60 anos; 61-70 anos; 71-80 anos; > = 81 anos.

Quadro 18 - Definição operacional dos dados demográficos

Os dados demográficos da amostra caracterizam-se através da distribuição percentual de utentes por sexo, que se irá traduzir pela percentagem de utentes do sexo feminino e a percentagem de utentes do sexo masculino. Idade medida em anos completos de acordo com a distribuição percentual de doentes pelos grupos etários: <=40 anos; 41-50 anos; 51-60 anos; 61-70 anos; 71-80 anos e > =81 anos.

Variável	Dados Clínicos – Definição operacional
Proveniência	Provenientes do bloco operatório
	Provenientes da sala de emergência
	Provenientes do internamento
	Provenientes de outra UCI
Tipo de internamento	Tipo de internamento médico
	Tipo de internamento cirúrgico electivo
	Tipo de internamento cirúrgico de urgência
Diagnóstico de Admissão	Pertencentes ao grupo de diagnóstico X
Índice de gravidade – SAPSII	Índice de gravidade SAPS II
Tempo Efectivo do Enfermeiro	Número de horas de trabalho de enfermagem efectivo para cada utente em 24 horas

Quadro 19 - Definição operacional dos dados clínicos

Relativamente aos dados clínicos, temos distribuição percentual dos utentes relativamente à proveniência que se traduz pela percentagem de utentes provenientes do bloco operatório, percentagem de utentes provenientes da sala de emergência, percentagem de utentes provenientes do Internamento e percentagem de utentes provenientes de outra UCI. Ainda relativamente ao mesmo item temos a distribuição percentual relativamente ao tipo de internamento, que se traduz na percentagem de utentes com internamento médico, percentagem de utentes com internamento por

cirurgia electiva e percentagem de utentes com internamento por cirurgia de urgência. Resta ainda a distribuição percentual de doentes por grupo de diagnóstico de admissão, que se irá traduzir nas diferentes percentagens relativamente a cada.

O Tempo de Efectivo do Enfermeiro (TEE) é calculado através da seguinte fórmula:

$$TEE = \sum_{i=1}^n \frac{ai \times hi}{ui}, \text{ em que:}$$

n = número de turnos num dia de trabalho (n=3)

a = número de enfermeiros por turno de trabalho (manhã=4, tarde=4, noite=3)

h = número de horas de jornada de trabalho (manhã=7, tarde=7, noite=10)

ui = número de utentes internado em cada turno.

O TEE traduz-se no número de horas de trabalho de enfermagem efectivo para cada doente em cada 24 horas.

O índice de gravidade do utente é avaliado através do SAPSII, que é composto por 17 variáveis: 12 variáveis fisiológicas, idade, tipo de admissão (médica, cirurgia programada/urgente) e três diagnósticos prévios (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, neoplasia metastática e neoplasia hematológica). A pontuação do SAPSII varia entre 0 e 163 pontos (até 116 para as variáveis fisiológicas, até 17 para a idade e até 30 pontos para diagnósticos prévios). O SAPSII utiliza os piores valores registados para as variáveis fisiológicas durante as primeiras 24 horas na UCI. No presente estudo o valor de SAPSII foi registado a partir do processo clínico, dado que é calculado para todos os utentes. Na literatura os valores médios de SAPSII encontrados variam entre 37,7 (+/- 24,1) e 44,9 (+/-17,5) (Gonçalves & Padilha, 2006).

Variável	Cuidados de Enfermagem - Definição operacional
Cuidados de Enfermagem prestados avaliados pelo TISS28 e SCD/E	Distribuição percentual dos cuidados de enfermagem prestados avaliados pelo instrumento TISS28.
	Distribuição percentual dos cuidados de enfermagem prestados avaliados pelo instrumento SCD/E.
Necessidades de cuidados de enfermagem avaliadas pelo TISS28 e SCD/E	Distribuição percentual das necessidades de cuidados de enfermagem prestados avaliados pelo instrumento TISS28.
	Distribuição percentual das necessidades de cuidados de enfermagem prestados avaliados pelo instrumento SCD/E.

Quadro 20 - Definição operacional dos cuidados de enfermagem

No presente estudo os cuidados de enfermagem prestados e necessários foram avaliados através do formulário composto pelos instrumentos TISS28 e SCD/E (Anexo C - definição dos indicadores de cada instrumento). Baseado nos registos de enfermagem resultou a carga de trabalho prestada em horas. As necessidades de cuidados de

enfermagem foram avaliadas com o mesmo formulário e instrumentos, mas baseadas na observação e identificação de necessidades, resultando a carga de trabalho necessária em horas.

O TISS28 é composto por 7 dimensões e 28 indicadores que têm uma variação mínima de *score* de 1 e máxima de 8. A cada ponto do *score* de TISS28, correspondem 10,6 minutos do tempo de trabalho de um profissional da equipa de enfermagem na assistência ao doente crítico (Miranda, Rijik, & Shaufeli, 1996). O cálculo do total de TISS28 foi realizado de acordo com as recomendações dos autores do índice, através do somatório dos itens pontuados, ou seja $TISS28 = \text{item1} + \text{item2} + \dots + \text{item28}$. O resultado do somatório é correspondente ao *score* do TISS28 para 8 horas.

Variável	Carga de Trabalho - Definição operacional
Carga de trabalho prestada	Número de horas correspondente à carga de trabalho prestada, decorrente da conversão dos <i>scores</i> obtidos pelo TISS28 e SCD/E na avaliação dos cuidados de enfermagem prestados.
Carga de trabalho necessária	Número de horas correspondente à carga de trabalho necessária, decorrente da conversão dos <i>scores</i> obtidos pelo TISS28 e SCD/E na avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem.

Quadro 21 - Definição operacional da carga de trabalho de enfermagem

Para converter o *score* de TISS28 em horas correspondente a um período de 24 horas recorreu-se à seguinte fórmula, tendo como partida que a cada ponto de TISS28 correspondem 10,6 minutos.

$$\text{Horas de cuidados prestadas} = \frac{\text{Score}_{TISS28} * 3 * 10.6}{60}$$

O Sistema de Classificação de Doentes por Grau de Dependência de Cuidados de Enfermagem - SCD/E, é composto por 9 dimensões e 55 indicadores que têm uma variação mínima de *score* de 1 e máxima de 16. O cálculo do total de SCD/E foi realizado de acordo com as recomendações dos autores, através do somatório dos itens pontuados, ou seja $SCD/E = \text{item1} + \text{item2} + \dots + \text{item55}$. O resultado do somatório é correspondente ao *score* do SCD/E para 24 horas.

Os pontos de *score* são convertidos em horas através da tabela de conversão (Quadro 22) que integra o instrumento.

Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN
0 - 3	1	30 - 33	4,5	61 - 64	8	92 - 95	11,5
4 - 7	1,5	34 - 38	5	65 - 69	8,5	96 - 99	12
8 - 11	2	39 - 42	5,5	70 - 73	9	100 - 104	12,5
12 - 16	2,5	43 - 47	6	74 - 77	9,5	105 - 108	13
17 - 20	3	48 - 51	6,5	78 - 82	10	109 - 113	13,5
21 - 25	3,5	52 - 55	7	83 - 86	10,5	114 - 117	14
26 - 29	4	56 - 60	7,5	87 - 91	11	118 - 121	14,5

DGH/SCD/87/M1/V2 – QCD

Quadro 22 Quadro de conversão de Score de SCD/E em Horas

3.2 Amostra

Assim, para levar a cabo o presente estudo, estabeleceu-se que os cuidados de enfermagem prestados a cada utente por cada dia de internamento na UCI são o universo. Por universo/população entende-se “ (...) *uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.*” (Fortin, 1999, p.202).

Uma vez delimitado o universo, nem sempre é possível reunir informações sobre cada uma das unidades que o constituem, deste modo, torna-se necessário definir uma amostra do universo em estudo, assim, optou-se por um método de amostragem não probabilístico, recorrendo a amostragem acidental, em que “ (...) *os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se estes se apresentem num determinado local.*” (Fortin, 1999, p. 208). Este método de amostragem pode conduzir a enviesamento uma vez que não existe uma garantia de que os casos seleccionados sejam representativos para o universo em estudo. Portanto, não se tem como finalidade a generalização dos resultados para outras UCI.

Foram incluídos no estudo os cuidados de enfermagem prestados a cada utente por cada dia de internamento no período de 15 de Março a 9 de Abril de 2010, cujos critérios de exclusão foram: idade inferior a 18 anos, utentes com o diagnóstico de queimaduras, cardiopatia isquémica aguda e cirurgia cardíaca, e tempo de permanência na UCI inferior a 24 horas.

O total de utentes internados neste período foi de 158 de acordo com dados fornecidos pelo serviço, apenas 136 (86,1%) obedeceram aos critérios de inclusão.

Tabela 1 - Distribuição dos casos segundo os dados demográficos e clínicos

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Gênero		
Feminino	85	62
Masculino	51	38
Idade		
<= 40	52	38
41 – 50	38	28
51 – 60	0	0
61 – 70	20	15
71 – 80	17	12
>= 81	9	7
Média (Desvio padrão)	50,7 ($\pm 17,3$)	
Variação	30 – 81	
Mediana	46	
Índice de gravidade SAPS II		
<= 44	31	23
45 – 58	24	18
59 – 72	41	30
>= 73	40	29
Média (Desvio padrão)	61,3($\pm 16,8$)	
Variação	30 – 86	
Mediana	60	
Proveniência		
Bloco operatório	18	13
Sala de emergência	108	79
Internamento	8	6
Outra UCI	2	1
Tipo de internamento		
Médico	118	87
Cirúrgico – urgência	18	13
Diagnóstico de admissão		
Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	25	18
Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	16	12
Doenças Infecciosas e Parasitárias	38	28
Infecções pelo VIH e clínica associada	12	9
Doenças e Perturbações cerebro-vasculares	27	20
Outro grupo	18	13
Tempo efectivo do enfermeiro		
13 Horas	25	18
15 Horas	95	70
18 Horas	16	12
Média (Desvio padrão)	15($\pm 1,3$)	
Variação	13-18	
Mediana	15	
Total de casos (N) 136		

Do total de 136 casos que integram a amostra do estudo, a distribuição segundo os diferentes dados demográficos e clínicos encontra-se apresentada na Tabela 1.

Constatou-se que em termos de género existe uma maior prevalência de utentes do sexo feminino (62% n 85).

No que diz respeito à caracterização por grupos etários verifica-se, que os grupos de idades em que se integram mais utentes são: inferior ou igual a 40 anos (n 52; 38%); 41 a 50 anos (n 38; 28%) representando estes 2 grupos 66% do universo, tendo como limite mínimo e máximo, respectivamente 30 e 81 anos. A média é de 50,7 anos ($\sigma \pm 17,3$) e a mediana é de 46 anos.

Quanto à proveniência dos utentes, constata-se que a 79% (n 108) provêm do serviço de urgência mais concretamente da sala de Emergência e apenas 1 % (n 2) provêm de outra UCI.

Constatou-se ainda que 87% (n 118) dos utentes admitidos na UCI são do foro médico, e 13% (n 18) são do foro cirúrgico de urgência.

Através da recolha de dados foram identificados diversos diagnósticos, de modo a facilitar a leitura os dados foram organizados de acordo com a listagem de Grupos Homogéneos de Diagnóstico disponibilizada online pela Administração Central do Sistema de Saúde. Assim, relativamente ao diagnóstico de admissão, constatou-se que 28% (n 38) dos casos apresentam diagnóstico de admissão pertencente ao grupo de diagnóstico doenças infecciosas e parasitárias, seguindo-se 20% (n 27) dos casos com doenças e perturbações cerebro-vasculares e 18% (n 25) com doenças e perturbações do aparelho respiratório.

Quanto à gravidade avaliada pelo índice SAPSII, os casos que compõem a amostra variam entre 30 e 86 pontos. Para organizar os dados dividiu-se a amplitude do *score* obtido por 4 grupos. Constatou-se que 59% da amostra apresenta um índice de gravidade superior ou igual a 59 pontos de SAPSII, valor intermédio para os grupos definidos. A média de pontuação do SAPSII é de 61,3 ($\sigma \pm 16,8$).

Quanto ao tempo efectivo do enfermeiro, ou seja o tempo de trabalho efectivo para cada utente por dia de internamento na UCI, constatou-se que em média cada utente dispõe de 15 horas ($\sigma \pm 1,3$) de cuidados de enfermagem por dia e que 70% (n 95) dos utentes dispõem de 15 horas de cuidados de enfermagem por dia.

3.3 Caracterização do instrumento de recolha de dados

Existem diversos tipos de instrumentos de colheita de dados, competindo ao investigador a selecção do método que melhor se adapta ao seu estudo, população e meios disponíveis (Gil, 1995). Todos os instrumentos apresentam vantagens e desvantagens pelo que a escolha deve ser feita de forma criteriosa.

Para esta investigação utilizou-se um formulário que foi construído a partir de dois instrumentos já existentes: o TISS28 e o SCD/E, que se encontram validados e adaptados à população portuguesa. A escolha não foi aleatória, baseou-se em pesquisa bibliográfica e nas propriedades dos próprios instrumentos.

O formulário (Anexo D) é composto por uma caracterização da amostra, relativamente a dados demográficos: sexo, idade; dados clínicos: proveniência, tipo de internamento, diagnóstico de admissão, índice de gravidade do utente e o tempo efectivo do enfermeiro.

O TISS28 é composto por 28 itens que se dividem nas seguintes dimensões: actividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas.

O SCD/E é composto por 55 itens e divide-se em 9 dimensões, nomeadamente: higiene e cuidados pessoais, alimentação, movimentação, eliminação, terapêutica, tratamento, sinais vitais e outras avaliações, actividades especiais e avaliação e planeamento de cuidados.

Para garantir, o anonimato e a confidencialidade dos dados, foi criado um espaço no canto superior direito de cada folha, para se proceder à codificação de cada colheita de dados.

3.4 Procedimentos para recolha de dados

A recolha de dados decorreu na UCI, no período de 15 de Março a 09 de Abril de 2010, no final da manhã. A escolha deste período deve-se ao facto de após o período de revisão clínica, alterações terapêuticas, e de acordo com a dinâmica de funcionamento da unidade, ser o momento em que os enfermeiros e médicos não necessitam de consultar com tanta frequência as folhas de registo de enfermagem que compõem o processo do utente, encontrando-se portanto disponível para proceder à recolha de dados. Deste modo, os dados recolhidos através das folhas de registo de enfermagem com a aplicação do instrumento de recolha de dados correspondem aos cuidados de

enfermagem prestados. Os dados resultantes da observação e registo no instrumento de recolha de dados serão utilizados para avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem dos utentes. Assim, utilizamos como estratégia de recolha de dados a aplicação do mesmo formulário em dois momentos distintos mas separados por pouco espaço de tempo.

Os dados recolhidos dizem respeito à prestação de cuidados de enfermagem da equipa da UCI, uma vez que os doentes não são directamente envolvidos na investigação. Optou-se por não solicitar o consentimento do doente para realizar esta investigação, dado que foi garantindo o anonimato do doente, pois cada formulário foi devidamente codificado, ficando apenas a investigadora com a chave de codificação. Assim, consideramos que foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação.

4 TRABALHO DE CAMPO

Neste capítulo, procedemos à análise e interpretação dos resultados obtidos, através das estratégias de investigação utilizadas, para responder à questão ***Será que existe relação entre os cuidados de enfermagem prestados e as necessidades reais do utente, numa unidade de cuidados intensivos?***. De modo a permitir responder aos objectivos definidos, procedemos a dois tipos de análise:

- Análise descritiva dos resultados: frequências, percentagens, médias e desvio padrão. A análise descritiva assume uma apresentação dos dados que facilita uma maior informação dos mesmos e estabelece critérios úteis e oportunos para o estudo.
- Análise inferencial: em que se pretende obter conclusões, inferir propriedades para o todo com base na parte, pelo qual procuramos obter respostas aos objectivos definidos.

O tratamento estatístico dos dados é uma fase crucial em qualquer trabalho de pesquisa, na medida em que nos permite atribuir significado aos dados obtidos pela aplicação do instrumento de recolha de dados

Os dados obtidos foram trabalhados através do programa informático de tratamento estatístico *Social Package for Social Sciences* - SPSS® versão15.

4.1 Cuidados de enfermagem prestados na UCI

Apresentamos de seguida os dados que nos irão permitir a compreensão dos cuidados de enfermagem prestados através do TISS28 e SCD/E pela distribuição por frequências e percentagem dos casos por cada item que compõe os instrumentos.

Tabela 2 - Distribuição dos casos no TISS28 – Cuidados de enfermagem prestados

Dimensões	Intervenções Terapêuticas	Frequência (n)	Percentagem (%)
Actividades Básicas	Monitorização básica: sinais vitais horários, avaliação e registo regular de balanço hídrico	N	0
		S	136
	Análises: bioquímicas e microbiológicas, incluindo gasimetrias	N	0
		S	136
	Medicação única, e.v., i.m., s.c., e/ou oral (por exemplo SNG)	N	136
		S	0
	Medicação múltipla e.v., mais de um fármaco, em bólus ou perfusão contínua	N	0
		S	136
	Mudança de roupa simples: cuidados e prevenção de decúbito e mudanças diárias de pensos	N	46
		S	90
Suporte Respiratório	Ventilação artificial: qualquer forma de ventilação mecânica ou assistida, invasiva ou não invasiva, com ou sem PEEP, com ou sem relaxantes musculares	N	32
		S	104
	Suporte ventilatório: respiração espontânea por tudo endotraqueal, sem PEEP, suplementação de oxigénio por qualquer método, excepto se por ventilação mecânica	N	104
		S	32
	Cuidados de via aérea: tubo endotraqueal ou traqueostomia	N	26
		S	110
	Medidas de suporte da função pulmonar: cinesiterapia respiratória, espirometria intensiva, terapêutica inalatória e aspiração endotraqueal sem tubo traqueal ou traqueostomia	N	136
		S	0
Suporte Cardiovascular	Fármaco vasoactivo único: qualquer fármaco vasoactivo e.v. em perfusão contínua	N	88
		S	48
	Fármacos vasoactivos múltiplos: mais do que um fármaco vasoactivo e.v. em perfusão contínua independentemente do tipo ou da dose	N	125
		S	11
	Substituição de volume: administração de fluidos > 3L/m2/dia, aproximadamente >4,5L/dia independentemente do tipo de fluido administrado	N	80
		S	56
	Linha arterial periférica	N	23
		S	113
	Monitorização hemodinâmica: cateter da artéria pulmonar, com ou sem medição do débito cardíaco	N	107
		S	29
Suporte Renal	Catéter venoso central	N	19
		S	117
	Ressuscitação cardiorespiratória após paragem nas 24h prévias (não inclui a simples percussão pré cordial)	N	130
		S	6
	Técnicas dialíticas: todas	N	134
		S	2
	Monitorização do débito urinário através de cateter urinário	N	3
		S	133
	Diurese forçada, diurese activa (furosemda associado com sobrecarga hídrica)	N	106
		S	30

Dimensões	Intervenções Terapêuticas		Frequência (n)	Percentagem (%)
Suporte neurológico	Monitorização da pressão intracraniana	N	136	100,0
		S	0	,0
Suporte Metabólico	Tratamento da alcalose/acidose metabólica complicada	N	134	98,5
		S	2	1,5
	Alimentação parentérica	N	103	75,7
		S	33	24,3
	Alimentação através de SNG ou outra via gastrointestinal (p. ex. jejunostomia)	N	21	15,4
		S	115	84,6
Intervenções específicas	Intervenção específica na UCI: entubação naso ou orotraqueal, introdução de pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência nas 24h prévias, lavagem gástrica	N	134	98,5
		S	2	1,5
	Intervenções específicas múltiplas na UCI: mais do que uma, como descrito acima	N	134	98,5
		S	2	1,5
	Intervenções específicas fora da UCI: procedimentos diagnósticos ou cirurgia	N	129	94,9
		S	7	5,1
Total (N) 136				

Relativamente aos cuidados de enfermagem prestados avaliados pelo TISS28, como se pode constatar através da análise da Tabela 2, verificou-se que na dimensão Actividades Básicas, em 136 casos a Monitorização básica: sinais vitais horários, avaliação e registo regular de balanço hídrico; Análises: bioquímicas e microbiológicas, incluindo gasimetrias; Medicação múltipla E.V., mais de um fármaco, em bólus ou perfusão contínua tiveram uma realização de 100%.

Quanto à dimensão Suporte Respiratório, 76,5% (n 104) tinham presença de Ventilação artificial, e a 80,9% (n 110) foram prestados cuidados a via aérea. A nenhum utente foram prestados cuidados de suporte da função pulmonar (cinesiterapia respiratória).

Na dimensão Suporte Cardiovascular, 83,1% (n 113) correspondem a intervenções terapêuticas inerentes à presença de linha arterial periférica e 86,0% (n 117) correspondem às intervenções terapêuticas inerentes à presença de cateter venoso central. Quanto à presença de fármacos vasoactivos a percentagem mais elevada ocorre em Fármaco vasoactivo único com 35,3% (n 48). Apenas 4,4% (n 6) das intervenções terapêuticas se relacionaram com Ressuscitação cardiorespiratória. No que concerne à dimensão Suporte Renal constatou-se que 97,8% (n 133) correspondem a Monitorização do débito urinário através de cateter urinário e apenas 1,5% (n 2) corresponde à presença de técnica dialítica.

Relativamente ao Suporte Neurológico, durante o período de colheita de dados não foi registada nenhuma intervenção terapêutica.

Na dimensão Suporte Metabólico, 84,6% (n 115) correspondem a Alimentação através de SNG ou outra via gastrointestinal e apenas 24,3% (n 33) correspondem a Alimentação parentérica.

Quanto à dimensão Intervenções Específicas verifica-se que 5,1% (n 7) correspondem a procedimentos diagnósticos ou cirurgia realizados fora da UCI.

Para compreender em que dimensões do TISS28 foram consumidas mais horas de cuidados de enfermagem, procedemos ao somatório dos *scores* para cada dimensão e convertimos em horas [tal como descrito na operacionalização das variáveis, ver p. 87].

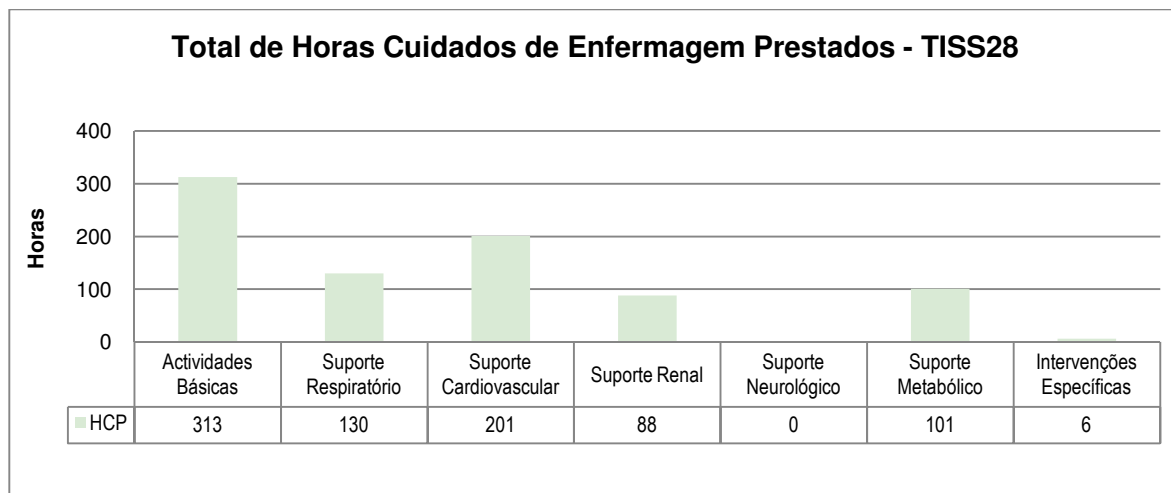


Gráfico 1 - Total de Horas de Cuidados de Enfermagem Prestados - TISS28

Com a análise do Gráfico 1 podemos constatar que os cuidados de enfermagem prestados têm uma maior prevalência nas Atividades Básicas, Suporte Cardiovascular e Suporte Respiratório.

Ao avaliar os cuidados de enfermagem através do SCD/E, os dados obtidos distribuíram-se da forma apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos casos no SCD/E – Cuidados de enfermagem prestados

Dimensões	Actividades		Frequência (n)	Percentagem (%)
Higiene e cuidados pessoais	Independente	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda Parcial	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda Total	N	136	100,0
		S	0	0,0

Dimensões	Actividades		Frequência (n)	Percentagem (%)
	Ajuda total com cuidados especiais	N	136	100,0
		S	0	0,0
Alimentação	Independente/dieta zero/por familiar	N	133	97,8
		S	3	2,2
	Ajuda parcial	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda total	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Sonda nasogástrica/gastrostomia	N	5	3,7
		S	131	96,3
Movimentação	Independente	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Independente com supervisão	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda parcial 3 a 5 x dia	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda parcial >= 6 x dia	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda total 5 a 6 x dia	N	111	81,6
		S	25	18,4
	Ajuda total >= 7 x dia	N	35	25,7
		S	101	74,3
Eliminação	Independente	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda parcial	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda total/ incontinente/ ostomizado	N	1	0,7
		S	135	99,3
	Algaliado	N	2	1,5
		S	134	98,5
Terapêutica	Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia	N	84	61,8
		S	52	38,2
	Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia	N	71	52,2
		S	65	47,8
	Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas >= 5 x dia	N	120	88,2
		S	16	11,8
	Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia	N	104	76,5
		S	32	23,5
	Via parentérica - IM - IV - SC 3 - 4 x dia	N	70	51,5
		S	66	48,5
	Via parentérica - IM - IV - SC >= 5 x dia	N	111	81,6
		S	25	18,4
	Transfusão / soro intermitente	N	117	86,0
		S	19	14,0
	Perfusão contínua	N	6	4,4
		S	130	95,6
Tratamentos	Alimentação parentérica	N	89	65,4
		S	33	24,3
	Oxigenoterapia	N	113	83,1
		S	23	16,9
	Inaloterapia	N	113	83,1
		S	23	16,9
	Penso simples	N	103	75,7
		S	33	24,3
	Penso simples a várias lesões	N	122	89,7
		S	14	10,3
	Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia	N	122	89,7
		S	14	10,3

Dimensões	Actividades		Frequência (n)	Percentagem (%)
	Penso com dreno ou sist. drenagem 2 x dia	N	105	77,2
		S	31	22,8
	Penso a lesão aberta 1 x dia	N	122	89,7
		S	14	10,3
	Penso a lesão aberta 2 x dia	N	112	82,4
		S	24	17,6
	Irrigação 1 - 2 x dia	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Irrigação >= 3 x dia	N	134	98,5
		S	2	1,5
	Aspiração de secreções - oral ou nasofaríngea	N	1	0,7
		S	135	99,3
Tricotomia	N	136	100,0	
	S	0	,0	
Sinais vitais / Outras avaliações	T P R 1 - 4 x dia	N	122	89,7
		S	14	10,3
	T P R >= 5 x dia	N	16	11,8
		S	120	88,2
	Pressão arterial 1 - 2 x dia	N	135	99,3
		S	1	0,7
	Pressão arterial 3 - 4 x dia	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Pressão arterial 5 - 8 x dia	N	136	100,0
		S	0	,0
	Pressão arterial >= 9 x dia	N	133	97,8
		S	3	2,2
	Monitorizado	N	2	1,5
		S	134	98,5
	Sinais neurológicos	N	93	68,4
		S	43	31,6
Teste rápido de glicemia	N	26	19,1	
	S	110	80,9	
Aceteste / glicofita	N	135	99,3	
	S	1	0,7	
Actividades especiais	Apoio emocional	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ensino programado	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Deficiência sensorial não compensada	N	136	100,0
		S	0	0,0
Doente isolado / imobilizado	N	133	97,8	
	S	3	2,2	
Avaliação e Planeamento de cuidados	Avaliação e actualização do plano de cuidados	N	136	100,0
		S	0	,0
	Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	N	126	92,6
		S	10	7,4
Total (N) 136				

Pela leitura da Tabela 3 constatou-se que na dimensão Higiene e Cuidados Pessoais não se registaram cuidados que permitissem avaliar esta dimensão.

Quanto à dimensão Alimentação, 96,3% (n 131) dos utentes necessitaram de cuidados de enfermagem inerentes a alimentação por sonda nasogástrica ou gastrostomia, e apenas 2,2% (n 3) se encontraram em dieta zero.

Relativamente à Movimentação, 74,3% (n 101) dos utentes necessitaram de ajuda total igual ou maior a 7 vezes por dia na movimentação, em que apenas 18,4% (n 25) necessitou de ajuda total de 5 a 6 vezes por dia. Em nenhuma das avaliações os utentes conseguiram satisfazer esta necessidade física básica com grau de independência ou ajuda parcial.

No que concerne à dimensão Eliminação, verificou-se que 99,3% (n 135) dos utentes necessitaram de ajuda total na eliminação, e 98,5% (n 134) encontravam-se algaliados. Em nenhuma das avaliações os utentes conseguiram satisfazer esta necessidade física básica com grau de independência ou ajuda parcial.

Quanto á dimensão Terapêutica apenas 48,5% (n 66) dos utentes necessitaram de terapêutica via parentérica – IM, IV, SC 3 a 4 vezes dia. Relativamente à terapêutica via oral, rectal, vaginal e aplicações tópicas 47,8% (n 65) necessitaram deste tipo de administração de fármacos 3 a 4 vezes dia e 95,6% (n 130) necessitaram de perfusão contínua.

Verificou-se que em relação à dimensão Tratamentos, a 24,3% (n 33) dos casos foi realizado penso simples e 22,8% (n 31) foi realizado penso com dreno ou sistema de drenagem duas vezes dia. A 99,3% (n 135) foi realizada aspiração de secreções oral ou nasofaríngea. Em nenhum caso foi realizada tricotomia.

Quanto à dimensão Sinais Vitais/Outras Avaliações, a avaliação de temperatura, pulso e respiração maior ou igual a 5 vezes dia foi efectuada em 88,2% (n 120). Relativamente à monitorização esta ocorreu em 98,5% (n 134). A Avaliação de sinais neurológicos ocorreu em 31,6% (n 43). Quanto à realização de teste rápido de glicemia este teve uma percentagem de realização de 80,9% (n 110).

No que diz respeito à dimensão das Actividades Especiais apenas foi registado doente isolado/imobilizado em 2,2% (n 3).

Relativamente à Avaliação e planeamento de cuidados, constatou-se que 7,4% (n 10) correspondem ao acolhimento e elaboração de plano de cuidados inicial. Não se verificou qualquer registo relativamente à avaliação e actualização do plano de cuidados.

Para compreender em que dimensões do SCD/E foram consumidas mais horas de cuidados de enfermagem, procedemos para cada caso a conversão de *score* em horas, realizando de seguida o somatório para cada dimensão.

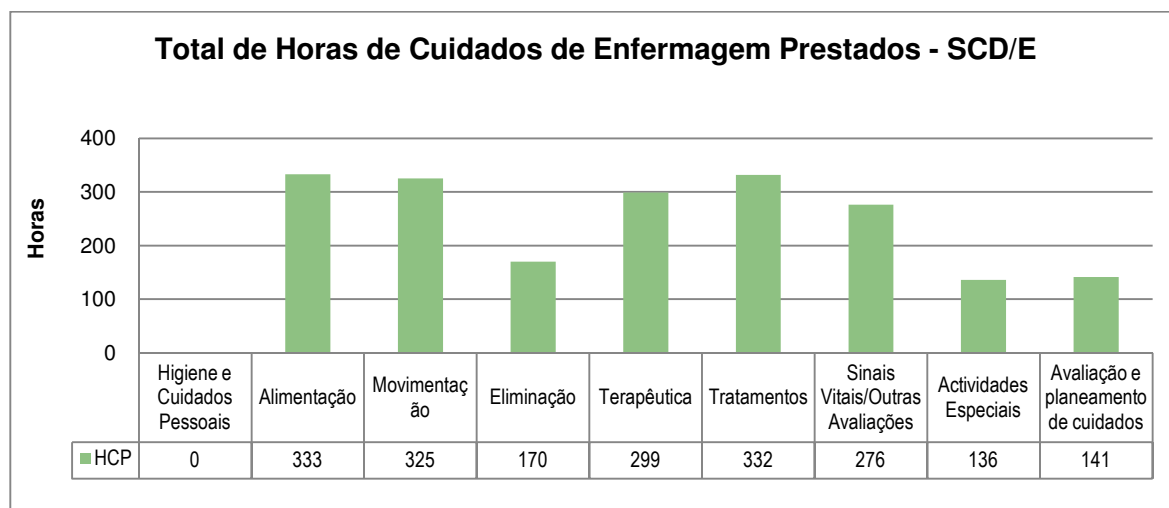


Gráfico 2 - Total de Horas de Cuidados de Enfermagem Prestados - SCD/E

Com a análise do Gráfico 2 podemos constatar que os cuidados de enfermagem prestados têm uma maior prevalência na Alimentação, Movimentação, Tratamentos, Terapêutica e Sinais Vitais.

4.2 Necessidades reais de cuidados de enfermagem na UCI

Com a análise anterior conhecemos os cuidados de enfermagem prestados expressos pelos registos de enfermagem e que foram classificados pelo TISS28 e SCD/E, agora iremos conhecer as necessidades de cuidados de enfermagem, identificadas com base no TISS28 e SCD/E, a partir da observação dos casos.

Tabela 4 – Distribuição dos casos no TISS28 – Necessidades de cuidados de enfermagem

Dimensões	Intervenções Terapêuticas		Frequência (n)	Percentagem (%)
Atividades Básicas	Monitorização básica: sinais vitais horários, avaliação e registo regular de balanço hídrico	N	0	0,0
		S	136	100,0
	Análises: bioquímicas e microbiológicas, incluindo gasimetrias	N	0	0,0
		S	136	100,0
	Medicação única, e.v., i.m., s.c., e/ou oral (por exemplo SNG)	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Medicação múltipla e.v., mais de um fármaco, em bólus ou perfusão contínua	N	0	0,0
		S	136	100,0
	Mudança de roupa simples: cuidados e prevenção de decúbito e mudanças diárias de pensos	N	37	27,2
		S	99	72,8
	Mudança de roupa complexa: mudança frequente de pensos (pelo menos uma vez por turno de enfermagem) e/ou cuidados importantes a feridas	N	101	74,3
		S	35	25,7
	Drenagens: todas, excepto SNG	N	86	63,2
		S	50	36,8

Dimensões	Intervenções Terapêuticas		Frequência (n)	Percentagem (%)
Suporte Respiratório	Ventilação artificial: qualquer forma de ventilação mecânica ou assistida, invasiva ou não invasiva, com ou sem PEEP, com ou sem relaxantes musculares	N	31	22,8
		S	105	77,2
	Suporte ventilatório: respiração espontânea por tudo endotraqueal, sem PEEP, suplementação de oxigênio por qualquer método, excepto se por ventilação mecânica	N	105	77,2
		S	31	22,8
	Cuidados de via aérea: tubo endotraqueal ou traqueostomia	N	25	18,4
		S	111	81,6
Suporte Cardiovascular	Fármaco vasoactivo único: qualquer fármaco vasoactivo e.v. em perfusão contínua	N	89	65,4
		S	47	34,6
	Fármacos vasoactivos múltiplos: mais do que um fármaco vasoactivo e.v. em perfusão contínua independentemente do tipo ou da dose	N	123	90,4
		S	13	9,6
	Substituição de volume: administração de fluidos > 3L/m2/dia, aproximadamente >4,5L/dia independentemente do tipo de fluido administrado	N	80	58,8
		S	56	41,2
	Linha arterial periférica	N	20	14,7
		S	116	85,3
	Monitorização hemodinâmica: cateter da artéria pulmonar, com ou sem medição do débito cardíaco	N	107	78,7
		S	29	21,3
	Catéter venoso central	N	16	11,8
		S	120	88,2
Suporte Renal	Técnicas dialíticas: todas	N	134	98,5
		S	2	1,5
	Monitorização do débito urinário através de cateter urinário	N	0	0,0
		S	136	100,0
	Diurese forçada, diurese activa (furosemida associado com sobrecarga hídrica)	N	105	77,2
		S	31	22,8
Suporte neurológico	Monitorização da pressão intracraniana	N	136	100,0
		S	0	0,0
Suporte Metabólico	Tratamento da alcalose/acidose metabólica complicada	N	134	98,5
		S	2	1,5
	Alimentação parentérica	N	105	77,2
		S	31	22,8
	Alimentação através de SNG ou outra via gastrointestinal (p. ex. jejunostomia)	N	17	12,5
		S	119	87,5
Intervenções específicas	Intervenção específica na UCI: entubação naso ou orotraqueal, introdução de pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência nas 24h prévias, lavagem gástrica	N	133	97,8
		S	3	2,2

Dimensões	Intervenções Terapêuticas		Frequência (n)	Percentagem (%)
	Intervenções específicas múltiplas na UCI: mais do que uma, como descrito acima	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Intervenções específicas fora da UCI: procedimentos diagnósticos ou cirurgia	N	131	96,3
		S	5	3,7
Total N = 136				

Através da leitura e análise da Tabela 4 constatou-se que relativamente ao TISS 28, na dimensão Actividades Básicas, em 136 casos, a Monitorização básica, Análises: bioquímicas e microbiológicas, Medicação múltipla E.V. tiveram uma identificação de 100%, e em 36,8 % (n 50) dos casos foi identificada presença de drenagens.

Quanto ao Suporte Respiratório, nesta dimensão ganha principal destaque a identificação de Medidas de suporte da função pulmonar (cinesiterapia) em 22,8% (n 31).

Na dimensão Suporte Cardiovascular, 85,3% (n 116) correspondem à presença de linha arterial periférica, 88,2% (n 120) correspondem à presença de cateter venoso central. Quanto aos fármacos vasoactivos a percentagem mais elevada ocorre em Fármaco vasoactivo único com 34,6% (n 47). Apenas 5,1% (n 7) das intervenções terapêuticas se relacionaram com Ressuscitação cardiopulmonar.

No que concerne à dimensão Suporte Renal constatou-se que em 22,8% (n 31) foi detectada a necessidade de Diurese forçada.

Relativamente ao Suporte Neurológico, durante o período de colheita de dados não foi identificada nenhuma intervenção terapêutica.

Na dimensão Suporte Metabólico 87,5% (n 119) corresponde a Alimentação através de SNG ou outra via gastrointestinal e apenas 22,8% (n 31) correspondem à presença de alimentação parentérica.

Quanto à dimensão Intervenções específicas verifica-se que 3,7% (n 5) corresponde a Intervenções específicas fora da UCI.

Para compreender em que dimensões do TISS28 será necessário dispor de mais horas de cuidados de enfermagem, procedemos ao somatório dos *scores* para cada dimensão e convertimos em horas.

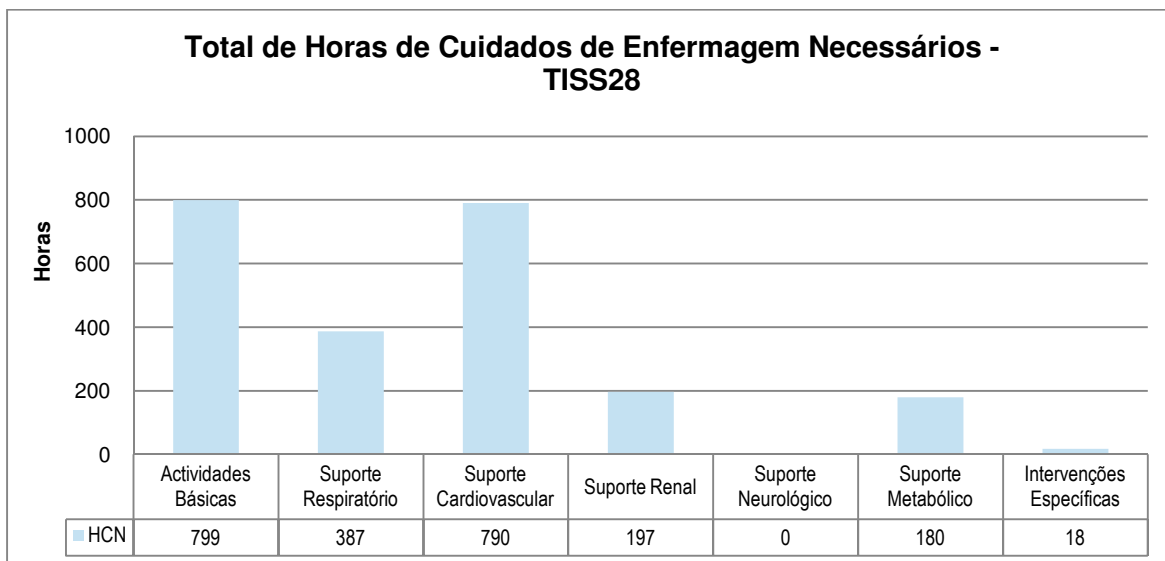


Gráfico 3 - Total de horas de Cuidados de Enfermagem Necessários - TISS28

Com a análise do Gráfico 3 podemos constatar que as necessidades de cuidados de enfermagem dos utentes têm uma maior prevalência nas Atividades Básicas, Suporte Cardiovascular e Suporte Respiratório.

Na avaliação realizada através do SCD/E, tal como se pode observar na Tabela 5 constatou-se que na dimensão Higiene e Cuidados Pessoais foi identificada a necessidade de ajuda total com cuidados especiais em 100% (n 136) dos casos.

Tabela 5 – Distribuição dos casos no SCD/E – Necessidades de cuidados de enfermagem

Dimensões	Actividades		Frequência (n)	Percentagem (%)
Higiene e cuidados pessoais	Independente	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda Parcial	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda Total	N	136	100,0
		S	0	0,0
Alimentação	Ajuda total com cuidados especiais	N	136	100,0
		S	136	100,0
	Independente/dieta zero/por familiar	N	128	94,1
		S	8	5,9
	Ajuda parcial	N	136	100,0
		S	0	0,0
Movimentação	Ajuda total	N	133	97,8
		S	3	2,2
	Sonda nasogástrica/gastrostomia	N	11	8,1
		S	125	91,9
	Independente	N	136	100,0
		S	0	0,0
Movimentação	Independente com supervisão	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda parcial 3 a 5 x dia	N	136	100,0
		S	0	0,0

	Ajuda parcial >= 6 x dia	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda total 5 a 6 x dia	N	109	80,1
		S	27	19,9
	Ajuda total >= 7 x dia	N	32	23,5
		S	104	76,5
Eliminação	Independente	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Ajuda parcial	N	135	99,3
		S	1	0,7
	Ajuda total/ incontinente/ ostomizado	N	0	0,0
		S	136	100,0
	Algaliado	N	3	2,2
		S	133	97,8
Terapêutica	Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia	N	77	56,6
		S	59	43,4
	Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia	N	76	55,9
		S	60	44,1
	Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas >= 5 x dia	N	122	89,7
		S	14	10,3
	Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia	N	109	80,1
		S	27	19,9
	Via parentérica - IM - IV - SC 3 - 4 x dia	N	74	54,4
		S	62	45,6
	Via parentérica - IM - IV - SC >= 5 x dia	N	107	78,7
		S	29	21,3
	Transusão / soro intermitente	N	114	83,8
		S	22	16,2
	Perfusão contínua	N	5	3,7
		S	131	96,3
	Alimentação parentérica	N	121	89,0
		S	15	11,0
	Oxigenoterapia	N	118	86,8
		S	18	13,2
	Inaloterapia	N	117	86,0
		S	19	14,0
Tratamentos	Penso simples	N	22	16,2
		S	114	83,8
	Penso simples a várias lesões	N	124	91,2
		S	12	8,8
	Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia	N	117	86,0
		S	19	14,0
	Penso com dreno ou sist. drenagem 2 x dia	N	103	75,7
		S	33	24,3
	Penso a lesão aberta 1 x dia	N	123	90,4
		S	13	9,6
	Penso a lesão aberta 2 x dia	N	114	83,8
		S	22	16,2
	Irrigação 1 - 2 x dia	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Irrigação >= 3 x dia	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Aspiração de secreções - oral ou nasofaríngea	N	0	0,0
		S	136	100,0
	Tricotomia	N	136	100,0
		S	0	0,0
Sinais vitais/Outras	T P R 1 - 4 x dia	N	120	88,2
		S	16	11,8

avaliações	T P R >= 5 x dia	N	16	11,8
		S	120	88,2
	Pressão arterial 1 - 2 x dia	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Pressão arterial 3 - 4 x dia	N	135	99,3
		S	1	0,7
	Pressão arterial 5 - 8 x dia	N	136	100,0
		S	0	0,0
	Pressão arterial >= 9 x dia	N	128	94,1
		S	8	5,9
	Monitorizado	N	3	2,2
		S	133	97,8
	Sinais neurológicos	N	0	0,0
		S	136	100,0
Teste rápido de glicemia	N	19	14,0	
	S	117	86,0	
Aceteste / glicofita	N	133	97,8	
	S	3	2,2	
Actividades especiais	Apoio emocional	N	0	0,0
		S	136	100,0
	Ensino programado	N	3	2,2
		S	133	97,8
	Deficiência sensorial não compensada	N	119	87,5
		S	17	12,5
Doente isolado / imobilizado	N	102	75,0	
	S	34	25,0	
Avaliação e Planeamento de cuidados	Avaliação e actualização do plano de cuidados	N	9	6,6
		S	127	93,4
	Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	N	127	93,4
		S	9	6,6
Total (N) 136				

Quanto à dimensão Alimentação 91,9% (n 125) necessitaram de cuidados de enfermagem inerentes a alimentação por sonda nasogástrica ou gastrostomia.

Relativamente à Movimentação 76,5% (n 104) dos casos necessitaram de ajuda total igual ou maior a 7 vezes por dia na movimentação, e apenas 19,9% (n 27) necessitou de ajuda total de 5 a 6 vezes por dia. Em nenhuma das avaliações foi identificada a capacidade dos utentes conseguirem satisfazer esta necessidade física básica com grau de independência ou ajuda parcial.

No que concerne à dimensão Eliminação 100% (n 136) dos casos necessitaram de ajuda total na eliminação e 97,8% (n 133) encontravam-se algaliados. Apenas num caso foi identificada a capacidade de satisfazer esta necessidade física com ajuda parcial.

Quanto á dimensão Terapêutica, apenas 45,6% (n 62) dos utentes necessitaram de terapêutica via parentérica – IM, IV, SC 3 a 4 vezes dia. Relativamente à terapêutica via oral, rectal, vaginal e aplicações tópicas 44,1% (n 60) necessitaram deste tipo de

administração de fármacos 3 a 4 vezes dia e 96,3% (n 131) necessitaram de perfusão contínua.

Verificou-se que em relação à dimensão Tratamentos, em 83,8% (n 114) dos utentes foi identificada a necessidade de penso simples e 24,3% (n 33) foi identificada a necessidade de penso com dreno ou sistema de drenagem duas vezes dia. A 100% (n 136) foi identificada a necessidade de aspiração de secreções oral ou nasofaríngea. A nenhum utente foi identificada a necessidade de tricotomia.

Quanto à dimensão Sinais Vitais/Outras Avaliações a avaliação de temperatura, pulso e respiração maior ou igual a 5 vezes dia foi identificada em 88,2% (n 120). Relativamente à monitorização esta identificou-se em 97,8% (n 133) dos casos. A Avaliação de sinais neurológicos identificou-se em 100% (n 136). Quanto à necessidade de teste rápido de glicemia, este teve uma percentagem de identificação de 86% (n 117).

No que diz respeito à dimensão das Actividades Especiais para um total de 136 casos, 100% (n 136) dos casos (familiares dos utentes) necessitam de apoio emocional, 97,8% (n 133) necessitam de ensino programado, 12,5 % (n 17) apresentam deficiência sensorial não compensada e 25% (n 34) necessitam de estar em isolamento/imobilizado.

Relativamente à Avaliação e Planeamento de Cuidados, constatou-se que para um total de 136 casos, 93,4% (n 127) correspondem à avaliação e actualização do plano de cuidados e 6,6% (n 9) ao acolhimento e elaboração de plano de cuidados inicial.

Para compreender em que dimensões do SCD/E são necessárias dispor de mais horas de cuidados de enfermagem, para atender às necessidades dos utentes, procedemos para cada caso a conversão de *score* em horas, realizando de seguida o somatório para cada dimensão.

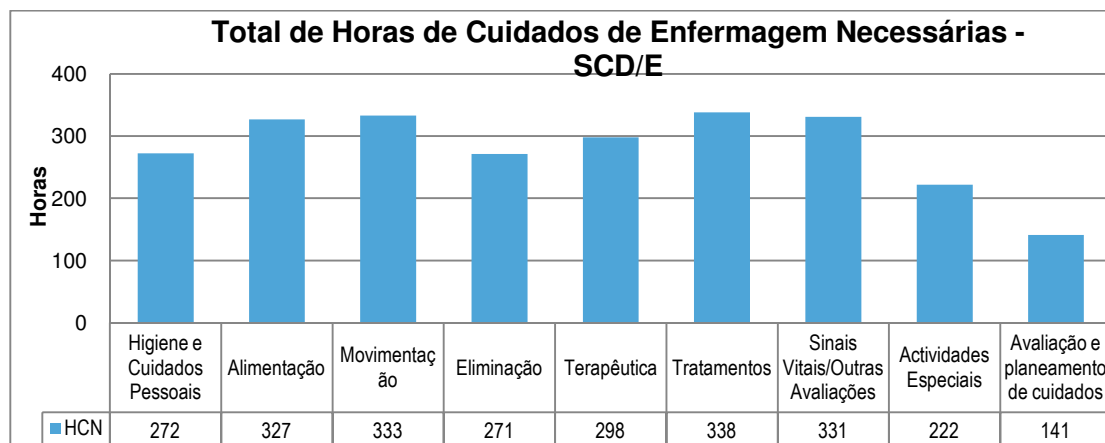


Gráfico 4 - Total de horas de Cuidados de Enfermagem Necessários - SCD/E

Através da análise do Gráfico 4 podemos constatar que as dimensões de necessidades dos utentes, que consomem mais horas são: Tratamentos, Movimentação, Sinais Vitais e Alimentação.

4.3 Carga de trabalho de enfermagem prestada e necessária

Para além dos cuidados de enfermagem e das necessidades dos utentes pretendemos conhecer a carga de trabalho média prestada e necessária que nos é fornecida pelos instrumentos utilizados na gestão de enfermagem.

Tabela 6 - Carga de trabalho prestada e carga de trabalho necessária segundo TISS28 e SCD/E

	Carga de trabalho prestada				Carga de trabalho necessária			
	Score TISS28 (prest)	HCP - TISS28	Score SCD (prest)	HCP- SCD/E	Score TISS28 (nec)	HCN - TISS28	Score SCD (nec)	HCN - SCD/E
N	136	136	136	136	136	136	136	136
Mínimo	42,0	7,4	51,0	6,5	51,0	9,0	67,0	8,5
Máximo	162,0	28,6	93,0	11,5	165,0	29,2	114,0	14,0
Média	97,3	17,2	68,9	8,7	100,9	17,8	88,6	11,0
Desvio padrão	32,5	5,7	9,6	1,1	30,0	5,3	10,8	1,3

Após o cálculo dos *scores* obtidos pelos TISS28 e SCD/E, para avaliar os cuidados de enfermagem prestados e as necessidades de cuidados dos utentes, convertemos os *scores* em horas [tal como descrevemos na operacionalização das variáveis, p.87] de modo a identificar a carga de trabalho de enfermagem prestada (HCP - TISS28 e HCP - SCD/E) e a carga de trabalho de enfermagem e necessária (HCN - TISS28 e HCN - SCD/E)

Observando a Tabela 6, relativamente às HCP – TISS28 constatamos que em média foram prestadas 17,2 horas de cuidados, verificando-se, o número mínimo de horas prestadas foi de 7,4 e o máximo de 28,6. Através do SCD/E, a média de HCP foi de 8,7, com o número mínimo de horas prestadas de 6,5 e o máximo de 11,5 horas.

Em relação á carga de trabalho necessária pelas HCN – TISS28 observamos que em média necessitavam de 17,8 horas de cuidados, sendo o mínimo de 9 horas de cuidados necessários e o máximo de 29,2 horas. Observando as HCN - SCD/E constata-se que a média é de 11 horas de cuidados necessários, um mínimo de 8,5 horas e um máximo de 14 horas.

Analisando esses mesmos valores podemos constatar que a carga de trabalho de enfermagem necessária é maior do que a carga de trabalho prestada, verificando-se uma maior diferença das médias (2,3 horas) no SCD/E do que no TISS28, onde essa diferença na média não vai além das 0,6 horas de cuidados de enfermagem.

Em termos de desvio-padrão, constata-se que o mesmo é bastante superior (entre 4 a 5 vezes) no TISS28 do que no SCD/E, quer nas horas de cuidados prestados (5,7 no TISS28 vs. 1,1 no SCD/E), quer nas horas de cuidados necessários (5,3 no TISS28 vs. 1,3 no SCD/E). Analisando estes valores, como o TISS28 tem um desvio-padrão superior, possui valores medidos mais dispersos em relação à média do que o SCD/E.

Com a pretensão de dar resposta aos restantes objectivos e questões do estudo necessitamos de recorrer à análise inferencial, onde procuramos associações entre variáveis. Procedemos à caracterização da amostra quanto aos grupos de diagnóstico e testamos a normalidade da distribuição das variáveis de carga de trabalho prestada e necessária, através do teste *Kolmogorov-Smirnov* para podermos decidir que tipos de testes se poderiam utilizar na análise associações entre variáveis.

Apresentamos de seguida a distribuição da amostra relativamente a uma das suas características em relação às variáveis em estudo. Esta abordagem descritiva irá permitir contextualizar e orientar metodologicamente o procedimento das análises seguintes.

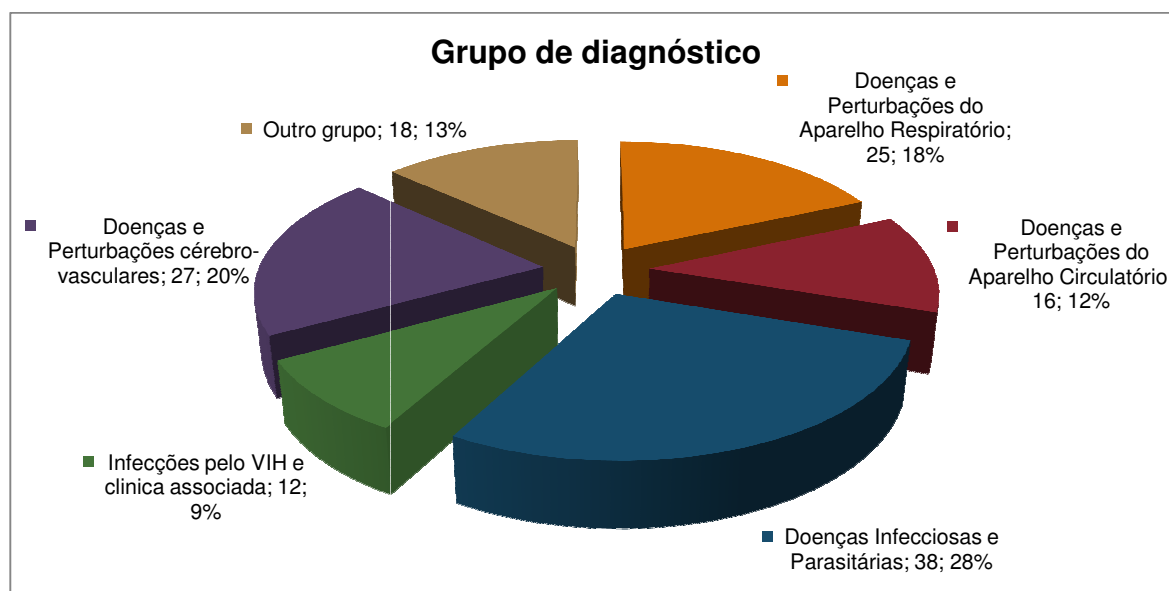


Gráfico 5 - Distribuição da amostra por grupos de diagnóstico

Através da recolha de dados foram identificados diversos diagnósticos, de modo a facilitar a leitura os dados foram organizados de acordo com a listagem de Grupos

Homogêneos de Diagnóstico disponibilizada *online* pela Administração Central do Sistema de Saúde.

Ao analisar o Gráfico 5, podemos constatar que no período de realização do estudo, os 28% dos casos pertenciam ao grupo de diagnóstico Doenças Infecciosas e parasitárias e 20% pertenciam ao grupo de diagnóstico Doenças e Perturbações Cerebro-vasculares.

A decisão sobre como orientar a abordagem inferencial dos dados estatísticos, deve obedecer ao pressuposto de aderência à normal da amostra nas duas diferentes perspectivas, para tal utilizamos o teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Grupo de Diagnóstico		CTE-SCD/E	CTN-SCD/E	CTE-TISS28	CTN-TISS28
Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	Kolmogorov-Smirnov	1,462	1,734	2,266	2,166
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,028	0,005	0,000	0,000
Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	Kolmogorov-Smirnov	1,750	1,326	1,696	1,452
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,004	0,059	0,006	0,029
Doenças e Perturbações Cerebro-vasculares	Kolmogorov-Smirnov	1,603	0,984	1,308	1,121
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,208	0,288	0,065	0,162
Doenças infecciosas e parasitárias	Kolmogorov-Smirnov	1,634	1,710	1,474	1,036
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,010	0,006	0,026	0,233
Infecção pelo VIH e clínica associada	Kolmogorov-Smirnov	0,577	0,702	0,701	0,781
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,893	0,708	0,709	0,575
Outro Grupo	Kolmogorov-Smirnov	1,199	1,170	1,112	1,214
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,113	0,130	0,169	0,105
CTE – Carga de Trabalho Prestada CTN – Carga de Trabalho Necessária		p>0,05			

Quadro 23 - Teste da normalidade da amostra

Da leitura do Quadro 23 podemos constatar que através do teste Kolmogorov-Smirnov os valores obtidos não nos permitem aceitar a hipótese (H_0) de que a distribuição tende para a normalidade, para um nível de significância $p > 0,05$.

4.4 Diferenças entre a carga de trabalho prestada e necessária relativamente ao grupo de diagnóstico

Para responder à questão “**Há diferença estatisticamente significativa entre a carga de trabalho de enfermagem prestada e necessária relativamente aos grupos de diagnóstico?**”, optamos por testes paramétricos, uma vez que, embora a amostra não tenda para a normalidade, e se viole um dos pressupostos de aplicação de testes paramétricos, estes “ (...) *são mais eficazes do que os não paramétricos, sendo geralmente preferidos quando as variáveis são medidas em aos menos uma escala de intervalo.*” (Polit, Beck, & Hungler, 2001, p. 330). O teste escolhido para responder à questão supra enunciada é o One-Way-Anova, uma vez que pretendemos comparar médias. Segundo vários autores Galvão de Melo (1985); Iversen et al. (1982) (referenciados por Pestana e Gageiro, 2005), a não normalidade não é restritiva à aplicação deste teste, quando o número de elementos em cada grupo é relativamente elevado ($N=136$). Relativamente ao TISS28, a distribuição tende para a normalidade, ou seja permite-nos aceitar H_0 para $p > 0,05$, tal como se pode constatar no Quadro 24.

		Carga de trabalho prestada - TISS28	Carga de trabalho necessária - TISS28	Carga de trabalho prestada – SCD	Carga de trabalho necessária - SCD
N		136	136	136	136
Normal Parameters(a,b)	Mean	17,194	17,833	8,695	11,033
	Std. Deviation	5,7449	5,2916	1,1075	1,2505
Most Extreme Differences	Absolute	,104	,111	,195	,172
	Positive	,104	,111	,195	,172
	Negative	-,078	-,058	-,109	-,123
Kolmogorov-Smirnov Z		1,212	1,297	2,272	2,011
Asymp. Sig. (2-tailed)		,106	,069	,000	,001

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Quadro 24 Teste de adesão à normal Kolmogorov-Smirnov TISS28 e SCD/E

Como se pode analisar da Tabela 7 a aplicação da ANOVA, o teste $F(5;130) = 19,665$, $p < 0,05$ permite afirmar que existe pelo menos um grupo de diagnóstico que tem carga de trabalho prestada – TISS28 diferente dos restantes, uma vez que o valor teórico que

define o limite inferior da região crítica para estes graus de liberdade e intervalo de confiança é 2,28, como obtivemos o valor de F de 19,665 que excede o limite inferior rejeitamos a hipótese de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre médias.

Uma análise semelhante permite afirmar que existe pelo menos um grupo de diagnóstico que tem carga de trabalho necessária – TISS28 diferente dos restantes [$F(5;130) = 21,959 > F_{\text{teórico}}(5;130) = 2,28, p < 0,05$].

Tabela 7 - Análise das diferenças das médias entre grupos de diagnóstico e carga de trabalho prestada e necessária – TISS28 (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Carga de trabalho prestada - TISS28	Between Groups	1918,684	5	383,737	19,665	,000
	Within Groups	2536,819	130	19,514		
Carga de trabalho necessária - TISS28	Between Groups	1730,791	5	346,158	21,959	,000
	Within Groups	2049,297	130	15,764		

Com a pretensão de conhecer em que grupo de diagnóstico existe maior diferença de carga de trabalho necessária e prestada, recorremos à aplicação de teste *post-hoc* de *Bonferroni* (Anexo E) cuja função “(...) é isolar comparação entre as médias dos grupos que são responsáveis pela rejeição da hipótese nula geral da ANOVA.” (Polit, Beck, & Hungler, 2001, p. 334). O resultado do teste revela que o grupo em que as médias mais diferem é Doenças e Perturbações Cerebro-vasculares, tanto na carga de trabalho prestada como na carga de trabalho necessária.

Para o SCD/E, aplicamos o mesmo teste paramétrico obedecendo aos mesmos pressupostos, à semelhança do que se constatou no TISS28, o teste de $F(5;130) = 20,792 > F_{\text{teórico}}(5;130) = 2,28, p < 0,05$ também nos permite afirmar que existe pelo menos um grupo de diagnóstico que tem carga de trabalho prestada – SCD/E diferente dos restantes, tal como se pode constatar na Tabela 8. O mesmo acontece em relação à carga de trabalho necessária em que $F(5;130) = 13,759 > F_{\text{teórico}}(5;130) = 2,28, p < 0,05$

Tabela 8 - Análise da diferença das médias entre grupos de diagnóstico e carga de trabalho prestada e necessária – SCD/E (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Carga de trabalho prestada – SCD/E	Between Groups	73,578	5	14,716	20,792	,000
	Within Groups	92,008	130	,708		
Carga de trabalho necessária – SCD/E	Between Groups	73,054	5	14,611	13,759	,000
	Within Groups	138,047	130	1,062		

Mantendo a pretensão de conhecer qual o grupo de diagnóstico em que se verifica maior diferença entre médias, aplicamos novamente o teste *post-hoc* de *Bonferroni* (Anexo F), e constatamos que o grupo em que as médias mais diferem é o Outro grupo, tanto na carga de trabalho prestada como na carga de trabalho necessária.

Para validar os resultados estatísticos realizados através destes testes, realizamos o teste não paramétrico *Kruskal Wallis* (Anexo G) para comparar as diferenças entre médias do TISS28, SCD/E e grupos de diagnóstico.

Relativamente ao TISS28 e ao SCD/E confirma-se a diferença entre proporções tanto na carga de trabalho prestada (valor de teste TISS28=62,253; valor de teste SCD/E= 52,610, para $p<0,05$) como na necessária(valor de teste TISS28=65,805; valor de teste SCD/E= 47,916, para $p<0,05$) para cada grupo de diagnóstico, tal como se pode constatar na Tabela 9, embora este teste não nos permita conhecer qual o grupo de diagnóstico responsável por esta significação.

Tabela 9 - Diferença entre proporções de grupos diagnóstico, carga de trabalho prestada e prestada através do TISS28 e SCD/E – *Kruskal Wallis*

	Carga de trabalho prestada - TISS28	Carga de trabalho necessária - TISS28	Carga de trabalho prestada - SCD	Carga de trabalho necessária - SCD
Chi-Square	62,253	65,805	52,610	47,916
Df	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000

4.5 Grupos de diagnóstico relativamente à carga de trabalho prestada e necessária

Neste ponto pretendemos dar resposta à questão, **Em que grupo de diagnóstico se verifica uma maior carga de trabalho prestada e necessária?**, procedemos à diferença entre as médias de carga de trabalho prestada e necessária, para o TISS28 e SCD/E e comparamos com os grupos de diagnóstico. Podemos constatar através da análise do Gráfico 6 que o grupo de diagnóstico em que se verifica uma maior carga de trabalho prestada e necessária é o grupo Doenças Infecciosas e Parasitárias, em que a média de horas de cuidados prestados é de 21,47 e de cuidados necessários é de 21,97, existindo apenas 0,49 horas de diferença. Onde se verificou uma maior diferença de horas médias de cuidados foi no grupo de Doenças e Perturbações Cerebro-vasculares.

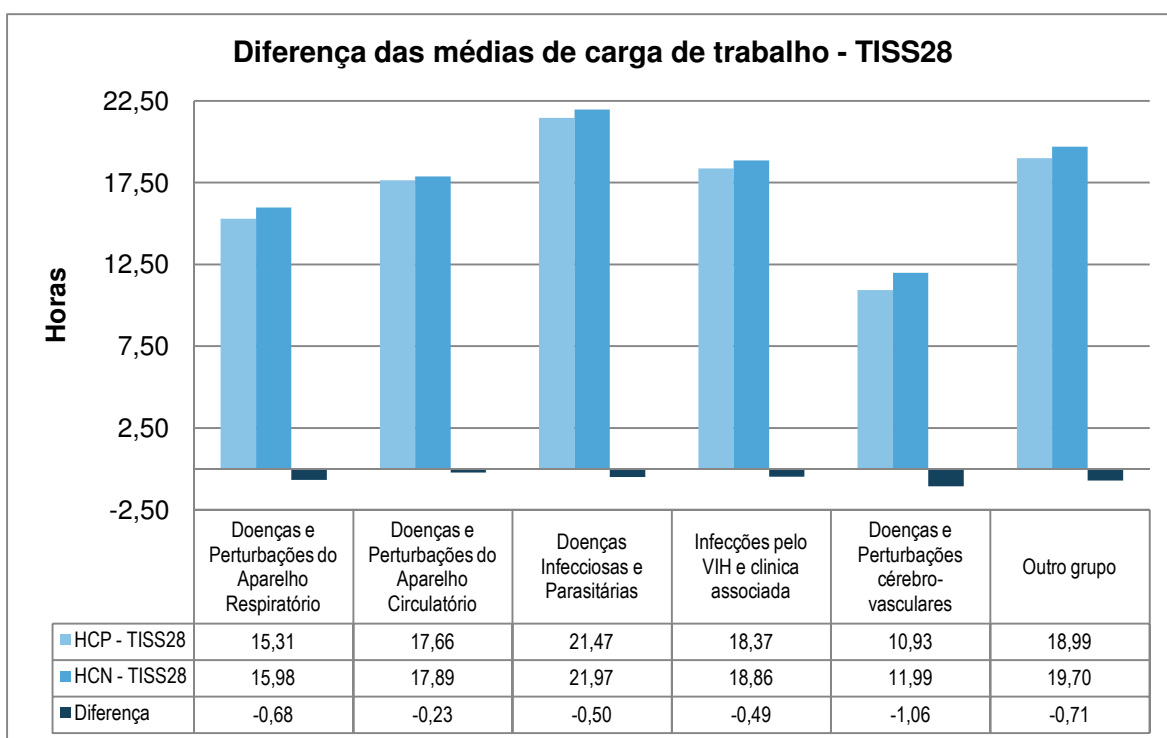


Gráfico 6 - Diferença das médias de carga de trabalho - TISS28

Relativamente ao SCD/E realizamos o mesmo procedimento o que nos permitiu constatar através da análise do Gráfico 7, que o Outro grupo é onde se verifica uma maior carga de trabalho prestada e necessária. Podemos constatar também que a diferença das médias varia pouco entre os grupos de diagnóstico, Sendo o grupo de Doenças infecciosas e parasitárias onde se verifica maior diferença (-2,54 horas).

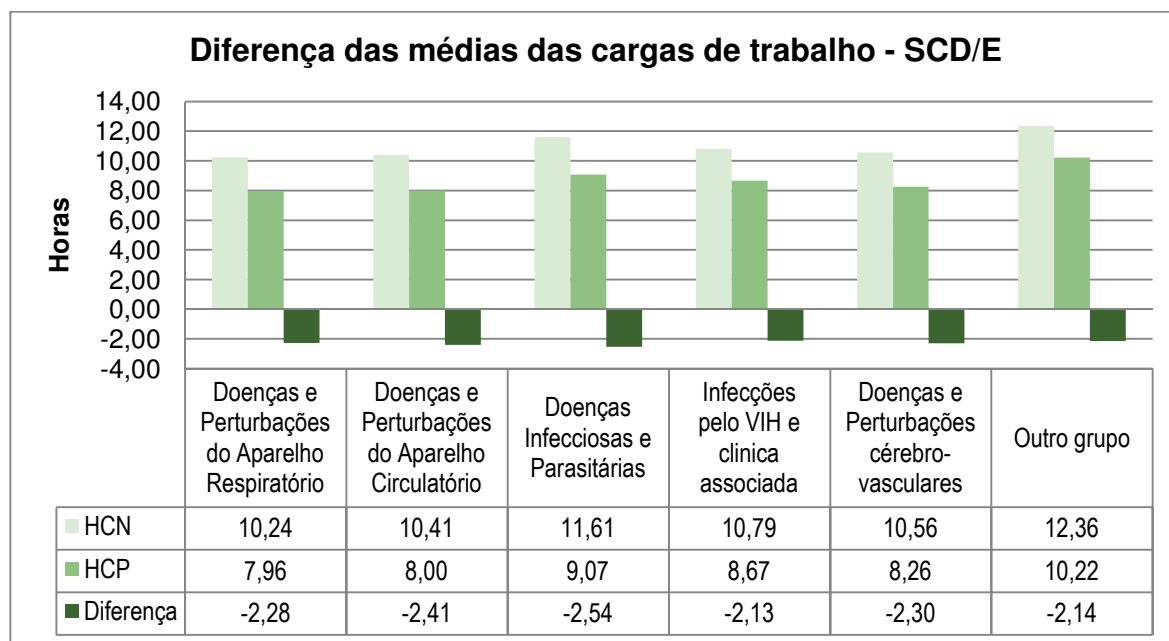


Gráfico 7 - Diferença das médias das cargas de trabalho - SCD/E

Analisando os resultados obtidos pelas duas ferramentas de gestão, podemos constatar que a carga de trabalho necessária é sempre superior à carga de trabalho prestada, e que essa diferença se acentua quando utilizamos o SCD/E.

4.6 Relação entre as ferramentas de gestão TISS28 e SCD/E

Após conhecermos os resultados das ferramentas de gestão (TISS28 e SCD/E) para esta investigação, é nossa pretensão final é conhecer se existe relação entre elas. Procedeu-se à aplicação do coeficiente de correlação *R de Pearson*, uma vez que é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas, e indica em que medida a intensidade de um fenómeno é acompanhada pela intensidade do outro (fenómeno), bem como se a variação ocorre no mesmo sentido ou em sentido inverso. Um dos requisitos para aplicação deste teste, é a não violação da normalidade, no entanto, no início desta análise já confirmamos que através do teste Kolmogorov-Smirnov os valores obtidos não nos permitem aceitar a hipótese (H_0) de que a distribuição tende para a normalidade, para um nível de significância $p > 0,05$. Porém segundo Jacob Cohen (1988, in Pestana & Gageiro, 2005), a violação afecta pouco o erro tipo I e a potência do teste (*R Pearson*), especialmente em grandes amostras.

Através da análise da matriz de correlações na Tabela 10 podemos constatar que existe uma correlação muito alta e positiva entre a carga de trabalho prestada – TISS28 e a carga de trabalho necessária – TISS28 ($R=0,931$; $p<0,01$). Relativamente ao SCD/E,

verifica-se uma correlação alta e positiva entre a carga de trabalho prestada e a carga de trabalho necessária ($R=0,800$; $p<0,01$).

Analisando a relação entre o TISS28 e SCD/E, verificam-se correlações baixas e positivas entre as cargas de trabalho prestadas e necessárias.

Tabela 10 - Matriz de correlações (*R* Pearson)

		Carga de trabalho prestada TISS28	Carga de trabalho necessária TISS28	Carga de trabalho prestada SCD/E	Carga de trabalho necessária SCD/E
Carga de trabalho prestada TISS28	Pearson	1	,931(**)	,332(**)	,301(**)
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	136	136	136	136
Carga de trabalho necessária TISS28	Pearson	,931(**)	1	,290(**)	,273(**)
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)	,000		,001	,001
	N	136	136	136	136
Carga de trabalho prestada SCD/E	Pearson	,332(**)	,290(**)	1	,800(**)
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)	,000	,001		,000
	N	136	136	136	136
Carga de trabalho necessária SCD/E	Pearson	,301(**)	,273(**)	,800(**)	1
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	
	N	136	136	136	136

** Correlação significativa para $p = 0.01$ (2-tailed).

Deste modo, podemos constatar que existe uma correlação linear positiva entre as cargas de trabalho prestadas e necessárias tanto no TISS28 como no SCD/E, e que também existe correlação entre as duas ferramentas de gestão, embora esta seja baixa.

5 QUALIDADE E CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM – DISCUSSÃO

Inicialmente serão apresentadas as principais limitações do estudo, realizando-se de seguida a discussão dos resultados de forma a dar resposta aos objectivos e questões delineados.

A qualidade é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação dos cuidados de enfermagem. No entanto, a qualidade na perspectiva de cuidar é subtil e complexa. Podemos ser induzidos a pensar que a qualidade dos cuidados existe quando não se cometem erros, e não seria um pensamento de todo incorrecto. Porém, a prestação de cuidados com qualidade vai mais além do que a isenção de erros. A qualidade na prestação de cuidados de enfermagem existe quando conhecemos o doente no seu todo, conseguimos detectar as suas necessidades de cuidados e colocamos ao seu dispor em tempo útil todo o conhecimento científico, recursos materiais e técnicos, e força laboral para o ajudar na satisfação das suas necessidades. Sem esquecer de considerar o envolvimento do doente no processo de prestação de cuidados.

A busca incessante pela excelência profissional almeja a qualidade em cada gesto praticado, no entanto estamos cientes de que para atingirmos essa meta os serviços necessitam de ter dotações de pessoal adequadas que permitam um ajuste à carga de trabalho existente. Pois tal como refere Hesbeen (2001, p. 41) *“Quando um profissional se aproxima da cabeceira de um doente apenas para executar gestos, deixando para outros a dimensão relacional ou adiando-a para outra altura, a perspectiva de cuidar não existe.”*.

A Enfermagem não é uma prática actos isolados, reduzida a um carácter tecnicista, já Florence Nightingale a definia como uma arte, senão a mais bela das artes. Virgínia Henderson, cuja filosofia serviu de base ao desenvolvimento desta investigação definiu a Enfermagem em termos funcionais, *“(...) a única função da enfermeira é a de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível”*. (Tomey, 2002, p. 114)

Podemos deste modo compreender que a prestação de cuidados de enfermagem não pode ser realizada de forma automatizada, requer tempo para que o enfermeiro recolha todas as informações do utente, que lhe permitem detectar quais as suas necessidades de cuidados e com base nelas elaborar um plano de cuidados adequado, executá-los e avaliar a sua execução, reavaliando o planeamento de cuidados anteriormente delineado, podendo desta forma dar continuidade aos cuidados prestados.

Em UCI, poderíamos pensar que atendendo à tecnologia existente e ao estado de consciência em que a maioria dos utentes se encontra, os enfermeiros poderiam centrar-se numa prestação de cuidados mais tecnicista, mas seria um pensamento incorrecto. É certo que necessitam de desenvolver algumas habilidades técnicas, mas a base dos cuidados de enfermagem estará sempre presente em cada actividade realizada. Existe sempre necessidade de comunicação com o utente, pois mesmo inconscientes, o utente tem o direito de saber o que está a acontecer quando o estão a manipular, devendo ser explicado como e porque de tal acção (Cintra, Nishide & Nunes, 2003).

Segundo Burlá e Py (2006), a comunicação dá-se tradicionalmente, pela linguagem verbal. No entanto, a linguagem não-verbal, através da expressão facial, contacto visual, a forma como o profissional se apresenta, o seu tom de voz, a possibilidade do contacto físico e o toque são requisitos indispensáveis para uma boa relação enfermeiro-doente. São momentos em que o enfermeiro se assume na relação com o seu utente como alguém que acolhe o que vê e sente, que regista o que ouve, que procura captar a expressividade de outrem.

Barcelos, Gomes e Lacerda (2003) referem que uma equipa treinada e desperta para um atendimento humanizado permite uma série de inovações, que passam pelo conforto do utente e da sua família, aumenta o contacto destes com a equipe multidisciplinar, não isolando o utente e possibilitando um atendimento integrado e integral contribuindo para uma melhoria no processo de cuidados.

Com a pretensão de conhecer a relação entre os cuidados de enfermagem que se prestam numa UCI e as reais necessidades dos utentes, desenvolvemos a presente dissertação.

Realizamos uma caracterização da amostra no que concerne a dados demográficos e clínicos e verificamos que relativamente ao género existe uma maior prevalência de utentes do sexo feminino (62% n 85). Observamos também que 66% da amostra têm idades compreendidas entre < 40 a 50 anos, sendo a média de idades de 50,7(+/- 17,3)anos. Estes dados são contrários aos encontrados por Pinto e Pires (2009), num

estudo realizado numa UCI portuguesa, em que a média de idades era de 63,5 (+/- 16,6) anos, e encontraram uma maior prevalência do sexo masculino (59%).

Analisando as idades por género, podemos constatar que a média de idades do sexo feminino (46,3) é menor em cerca de 10 anos do que a média de idades do sexo masculino (57,9). Esta diferença de idades vem também contrariar os dados da Organização Mundial da Saúde para o nosso país (ver p. 62) em que o sexo masculino tem uma esperança média de vida saudável até aos 67 anos e o sexo feminino tem uma esperança média de vida saudável até aos 72 anos. Bem como a Comissão Europeia (2002) e Campos (2007), que referem que uma população envelhecida exige mais horas de cuidados de saúde, pela multimorbilidade, cronicidade e gravidade das patologias.

Relativamente à proveniência dos utentes, constatou-se que 79% provêm do Serviço de Urgência, mais concretamente da sala de Emergência, o que vai de encontro às referências na literatura internacional através dos estudos realizados por Castilho, Rivera, Rodriguez, Vasquez MG (2000) e Miranda, Ryan, Shaufeli, e Fibler (1998).

Constatamos também que 87% dos utentes admitidos na UCI são do foro médico e apenas 13% são do foro cirúrgico de urgência. Esta elevada prevalência de utentes provenientes do Serviço de Urgência e a baixa prevalência de utentes do foro cirúrgico é explicada pelo contexto organizacional, ou seja, o hospital que serviu de palco para o estudo possui uma unidade pós anestésica que permite o recobro do utente no pós operatório imediato. Deste modo os utentes pós cirurgia só são encaminhados para a UCI se se prevê uma necessidade de manter sedação e ventilação mecânica num pós-operatório mais prolongado (normalmente superior a 24 horas), ou se existirem complicações durante/ após a cirurgia que exigem permanência em UCI.

Quanto ao diagnóstico de admissão, verifica-se que 28% têm um diagnóstico pertencente ao grupo doenças infecciosas e parasitárias e 20% tem um diagnóstico pertencente ao grupo doenças e perturbações cerebro-vasculares.

Relativamente a estes dados, a elevada prevalência de doenças infecciosas e parasitárias pode ser facilmente explicada pelo facto de a UCI em estudo ser polivalente mas o seu domínio de especialidade são as doenças infecciosas. Porém, os recursos num hospital devem ser aproveitados ao máximo em função das necessidades dos utentes, portanto existindo a necessidade de internar o utente em UCI e se não há vaga disponível, ou inexistência da UCI do domínio da especialidade que necessitaria, o utente

deve ser internado onde exista vaga e a UCI deve articular-se com as demais especialidades para conseguir satisfazer todas as necessidades dos utentes.

Quanto ao índice de gravidade SAPS II, o valor médio obtido neste estudo foi de 61,3 (+/- 16,8), o que significa que é um valor médio, uma vez que o seu score varia entre 0 e 163 de acordo com Moreno (2000). Comparativamente com outros estudos nacionais (Vasconcelos, Chaves, Freitas, Câmara, Nóbrega, & Maul, 2008 ; Moreno & Moraes, 1997), este valor de SAPS II é elevado, uma vez que a média de SAPS II que encontram varia entre de 37,7 (+/-24,1) e 40,2 (+/-20,4).

Os dados obtidos permitiram-nos constatar que em relação ao TISS28, as intervenções onde é consumido mais tempo de enfermagem corresponde às actividades básicas, onde a monitorização, e administração de medicação múltipla têm uma realização de 100%

Relativamente ao SCD/E podemos constatar que o consumo de horas de cuidados de enfermagem acontece na prestação de cuidados relativamente à alimentação (96,3% têm sonda nasogástrica) , tratamentos (99,3% é realizada aspiração de secreções oral e nasofaringea) e movimentação (74,3% são posicionados com ajuda total mais de 7x por dia). A dimensão higiene e cuidados pessoais, não possui qualquer registo. Este facto não se deve à não realização deste procedimento, mas ao seu não registo na folha de enfermagem por parte dos profissionais, contudo os todos os utentes necessitam de cuidados de higiene com ajuda total com cuidados especiais, uma vez que, tal como descrito no manual do SCD/E a este parâmetro corresponde “*ao doente totalmente dependente que necessita de cuidados de higiene e conforto com mais frequência (doente em repouso absoluto, coma, agitado, etc.)*” (Ministério da Saúde, 2004, p.9).

Atendendo a que os dados que constituem os cuidados de enfermagem prestados na UCI foram retirados dos registos de enfermagem, numa primeira análise, podemos constatar que a prestação de cuidados de enfermagem em termos de actividades realizadas e avaliadas pelo SCD/E, não é muito diferente das actividades realizadas num internamento, a não ser na escassa variação em grau de dependência nas actividades, uma vez que, em nenhum item, nenhum caso foi pontuado com nível de ajuda parcial ou independente (ver pág 101). Este facto é confirmado pelos estudos realizados em unidades de internamento onde foi aplicado o SCD/E, nomeadamente o estudo desenvolvido por Faria (2008) onde demonstra que a dependência dos utentes nas necessidades de cuidados de enfermagem varia em função do grupo diagnóstico e que os utentes do foro respiratório e infeccioso apresentam níveis de dependência superiores aos restantes grupos. Candeias (2003) no seu estudo comprova que quanto

mais elevado o nível de dependência do doente face aos cuidados de enfermagem, maior será a necessidade de horas de cuidados de enfermagem para satisfazer as suas necessidades, e esta dependência pode não ser apenas a nível físico, mas envolvendo todo um ser bio-psico-social a quem devemos dar resposta. Uma vez que, quanto mais dependente for, maior é a probabilidade de vir a desenvolver complicações durante o período de internamento como se comprova nos estudos de Reed (1998) Lichtig (1999) e Needleman (2002).

Realtivamente às necessidades reais de cuidados de enfermagem no TISS28 as dimensões que apresentam um maior consumo de horas de cuidados são as actividades básicas e suporte cardiovascular.

Quanto ao SCD/E, verifica-se uma maior necessidade de cuidados em todas as dimensões, coma detecção a 100% da necessidade de cuidados de higiene com ajuda total e cuidados especiais

De um modo geral, foram identificadas mais necessidades de cuidados de enfermagem do que cuidados de enfermagem prestados, este facto pode ser explicado pelo não registo de muitos dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes, como por exemplo a realização de pensos a catéteres centrais e periféricos que tem uma necessidade de realização quase diária. Através das necessidades identificadas, verificamos relativamente ao SCD/E que os cuidados de enfermagem prestados na avaliação e planeamento dos cuidados e actividades especiais, são muito inferiores às necessidades identificadas nessas mesmas dimensões. Deste tipo de cuidados faz parte o apoio emocional, e ensino programado, bem como a elaboração e planeamento de cuidados de enfermagem. Durante a recolha de dados não foi possível considerar como cuidados prestados estas actividades por não existirem registos, no entanto tivemos oportunidade de observar que os enfermeiros consomem horas de cuidados a prestar apoio aos familiares do utente internado em UCI, bem como realizam ensinios sobre estilos de vida saudável e comportamentos de risco (aos familiares) quando detectam essa necessidade.

Reflectindo um pouco sobre a prática, é comum tentar atender a todas as necessidades e deixar sempre os registos para depois o que conduz a um infiel retarto da prática de Enfermagem. Apoiando-nos em Nancy Roper e nas suas considerações sobre as “Notas de Enfermagem”, podemos compreender a sua importância e o seu devido registo. Cada registo deve consistir numa descrição precisa e global do utente e dos factos ocorridos durante o período de prestação de cuidados. Os registos constituem um elemento

essencial, quer para a prestação de cuidados quer para a sua continuidade. Neste âmbito, os registos devem ocupar um lugar de destaque insubstituível no quotidiano de qualquer enfermeiro. Pois, estes são uma forma de comunicação escrita que quando elaborados correctamente permitem a individualização dos cuidados de enfermagem e consequentemente a melhoria da qualidade de cuidados a prestar ao utente.

Através dos registos, deve ser possível obter uma visão clara e holística da evolução do utente dia a pós dia. Os registos quando exactos e atempados, permitem fundamentos, decisões e intervenções em relação a cada utente. É através dos registos que se comparam e avaliam, se alteram e ajustam e se podem adequar constantemente os cuidados prestados aos utentes.

Se queremos que a nossa actividade profissional não seja meramente empírica, teremos que registar todos os nossos actos prestados directamente ao utente, permitindo-nos assim, uma apreciação crítica de cada momento de enfermagem, desde a admissão até à alta, tendo em conta a evolução do utente.

Para além disso a questão da elaboração dos registos encontra-se legislada no decreto de lei N.º 437/91 que regulamenta a carreira de enfermagem, no decreto de lei N.º 162/96 que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e no decreto de lei N.º 104/98 (Ordem dos Enfermeiros). Tem assim a elaboração dos registos enquadramento legal contemplado na lei portuguesa.

No entanto existe um outro aspecto que temos de ter presente, as ferramentas de gestão utilizadas não têm uma sensibilidade a 100% para todas as actividades de enfermagem. O TISS28 segundo Gonçalves e Padilha (2006), tem uma sensibilidade de 43,3% das actividades de enfermagem, enquanto que o SCD/E contempla 85% das actividades mais representativas realizadas pelos enfermeiros (Veiga, Simões, & Campos 2000). Segundo o ICN (2006), os instrumentos existentes para avaliar a carga de trabalho de enfermagem, são incapazes de capturar mais de 40% do trabalho de enfermagem em alguns ambientes.

Estes dados também nos levam a pensar que apesar do TISS28 estar validado e mundialmente conhecido e utilizado para avaliar a carga de trabalho de enfermagem, este reflecte pouco os cuidados de enfermagem que são prestados para satisfazer as necessidades dos utentes. Este ponto será discutido mais a frente juntamente com mais dados.

Mantendo a premissa de que os cuidados de enfermagem prestados são os que se encontram registados e que as necessidades de cuidados de enfermagem foram identificadas pelo investigador, convertemos os scores dos instrumentos em horas para sabermos em média quantas horas de cuidados foram prestadas a cada utente e de quantas horas de cuidados cada utente necessitaria. Constatmos que:

- Através do TISS28 foi prestado a cada utente 17,2 (+/-5,7) horas de cuidados, o que corresponde a um score médio de TISS de 97,3 (+/-32,5) para 24 horas. Quanto às necessidades, cada utente necessitaria de 17,8 (+/-5,3) horas, o que corresponde a um score médio de 100,9 (+/-30,0). Recorrendo a estudos realizamos anteriormente, verificamos que os valores médios de TISS28 obtidos são ligeiramente mais elevados, Pinto e Pires (2009) obtiveram um TISS28 médio de 30,9 (+/- 8,9), para 8 horas, Moreno e Morais (1997) obtiveram um TISS28 médio de 29,82 (+/-10,64), também para 8 horas.
- Quanto ao SCD/E verificamos que em média foram prestados 8,7(+/- 1,1) horas de cuidados em 24 horas, e que cada utente necessitava em média de 11 (+/-1,3) horas de cuidados. Comparativamente com o relatório anual da Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS, sobre o sistema de classificação de doentes (ver p. 60) em que a cada utente foram prestadas 3,61 horas de cuidados e necessitaram de 5,53 horas de cuidados.

Tanto no TISS28 como no SCD/E se verifica uma maior carga de trabalho necessária do que a carga de trabalho prestada, uma vez que as horas de cuidados necessárias são maiores do que as horas de cuidados prestados. No entanto os nossos dados vão de encontro aos dados da ACSS, uma vez que a nível nacional os utentes continuam a necessitar de mais cuidados de enfermagem do que os que são prestados.

Através do cálculo do Tempo Efectivo do Enfermeiro constatamos que em média cada utente dispõe de 15 horas de cuidados de enfermagem por 24 horas. Comparando com os dados obtidos pelo TISS28 verificamos que o número de horas disponíveis para cada utente fica aquém das horas de cuidados de enfermagem prestadas e necessárias, o que evidencia uma sobrecarga de trabalho de enfermagem.

Encontramo-nos assim perante uma detecção de sobrecarga de trabalho de enfermagem, em que a literatura é vasta sobre as consequências que daí podem advir. Podemos compreender que um excesso de carga de trabalho afecta no imediato a segurança do utente, a longo prazo poderá conduzir a uma insatisfação profissional,

aumentando absentismo, rotatividade de pessoal de enfermagem (Duffield & O'Brien-Pallas, 2003).

Outros autores Keijesers, et al. (1995) e Aiken, et al. (2002) referem que uma elevada carga de trabalho de enfermagem conduz a uma sub-prestação de cuidados de enfermagem, ou seja os enfermeiros com elevada carga de trabalho não conseguem dar resposta em tempo útil a todas as necessidades dos utentes.

Anderson e Maloney (1998) referem ainda que uma elevada carga de trabalho de enfermagem pode conduzir a uma redução da satisfação do utente com os cuidados de enfermagem que lhe são prestados.

Existe uma elevada evidência na literatura (Huges & Clancy, 2005; Stanton & Rutherford, 2004; Needleman, Buerhaus, Mattke, et al., 2002) que demonstra que uma sobrecarga de trabalho de enfermagem afecta significativamente os *outcomes* dos utentes. Beckman et al. (1998), num estudo de incidência numa UCI australiana, demonstraram que a uma reduzida dotação de pessoal estava relacionada com problemas na administração de medicação, efectivação de registos, inadequada supervisão dos utentes, incorrecta ventilação, inadequada montagem do ventilador e auto-extubação. Existem ainda mais referências, que demonstram que o aumento de uma hora de trabalho/dia/doente estava associado a uma diminuição 8,9% na probabilidade de pneumonia (ver p. 65).

Em suma, podemos afirmar corroborando Carayon e Gurses (2008) que uma elevada carga de trabalho de enfermagem põe em causa a segurança do utente e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

É difícil para um gestor admitir que tem uma inadequada dotação de pessoal, mas os custos de uma gestão ineficiente de pessoal são bem maiores a longo prazo. Segundo Spetz (2005), o facto de existirem dotações insuficientes reside no facto de os hospitais receberem poucos benefícios em aumentar a qualidade dos cuidados, mas o resultado disso pode-se traduzir em gastos elevados. Por outras palavras, ainda que o aumento das dotações de enfermeiros possa beneficiar os cuidados aos utentes, os custos associados a mais contratualizações de enfermeiros ultrapassam os ganhos para as instituições. No entanto, deixam fugir da memória, que outras fontes de custos, tais como, absentismo, rotação de pessoal, morbilidade e mortalidade elevadas têm de ser consideradas como um custo global e contínuo para o sistema e sociedade.

Uma vez detectada uma elevada carga de trabalho procuramos analisar em que grupo de diagnóstico ela se evidencia, verificamos que existe uma maior carga de trabalho de

enfermagem prestada no grupo de doenças infecciosas e parasitárias e uma maior carga de trabalho identificada no Outro grupo (deste grupo faz parte o diagnóstico hemoperitoneu). Os dados encontrados diferem dos dados de Faria (2008) que no seu estudo comprovou que os grupos de diagnóstico aos quais corresponderia uma maior carga de trabalho seriam o grupo respiratório e ortopédico. Esta diferença pode ser justificada pelo diferente contexto em que se desenrolou a investigação.

Comparando os dois instrumentos (TISS28 e SCD/E) verificamos que as maiores diferenças se encontram no SCD/E, este facto leva-nos a pensar que os enfermeiros documentam menos as suas actividades autónomas, valorizando a documentação de actividades mais interdependentes, como é o caso das intervenções terapêuticas do TISS28.

Durante a colheita de dados, através da análise de registos de enfermagem, podemos constatar que os enfermeiros registam a cada duas horas parâmetros ventilatórios, mas não registam que consumiram tempo da sua prestação de cuidados a tratar de burocracia, ou a prestar apoio emocional à família, ou até se é uma entrada, não fica registado se realizaram o acolhimento à família do utente.

No entanto, independentemente do grupo de diagnóstico a carga de trabalho necessária é um indicador da carga de trabalho prestada, o que partindo dos trabalhos desenvolvidos por Smith (2001), podem ser utilizados como um indicador de gestão do trabalho de enfermagem numa perspectiva de produtividade de cuidados. Neste sentido, a gestão de cuidados de enfermagem é menos eficiente quanto menos responder às reais necessidades de cuidados de enfermagem dos utentes. Needleman (2002) refere que uma correcta gestão destes recursos permite prever uma menor incidência de complicações e de resultados menos favoráveis para o doente.

Após conhecermos os resultados obtidos pelas ferramentas de gestão, tivemos a pretensão de conhecer como se relacionam e verificamos que existe correlação embora baixa e positiva, o que significa que ao aumento de horas de cuidados avaliados pelo TISS28 irá corresponder um aumento de horas de cuidados avaliados pelo SCD/E.

O facto de estarmos perante uma correlação baixa pode ser explicado pela natureza dos próprios instrumentos, ou seja, o TISS28 surge de uma simplificação do TISS76 para que pudesse ser mais facilmente aplicado, mas a sua premissa mantém-se, quanto maior a gravidade do utente, maior o número de intervenções terapêuticas, logo, maior a carga de trabalho de enfermagem. No entanto, para a Enfermagem, nem sempre um doente com um índice de gravidade elevado é sinónimo de mais cuidados de enfermagem.

Adomat e Hicks (2003) (ver p.47) nos seus estudos chegaram á conclusão de que a actual distribuição de rácios enfermeiro:utente pode ser inapropriada, uma vez que o enfermeiros despendem menos tempo de cuidados de enfermagem com doentes mais graves. Seguramente muitos dos doentes ventilados e que se encontram alocados a um nível de cuidados mais elevado consomem menos recursos de enfermagem do que os doentes em ventilação espontânea que se encontram alocados a um nível de dependência mais baixo.

Outros autores referem que o TISS28 apresenta scores para cada intervenção de uma forma global, o que não lhe confere flexibilidade nem sensibilidade às variações que ocorrem no utente. Rocha, Salgado e Silva (2009), no seu estudo constataram que apesar de verificarem um agravamento clínico em alguns doentes, a pontuação do TISS28 mantinha-se inalterada. Realçam também que existem inumeras actividades que aumentam a carga de trabalho de enfermagem, e que muitas das vezes esse aumento não se relaciona com a complexidade das intervenções mas com o número de vezes que é necessário realizá-las. Um utente a quem seja necessário realizar mudança de roupa de cama complexa, duas vezes por turno, mantém o mesmo score de TISS28, do que se o tivesse de fazer uma única vez por turno. Adomat e Hicks (2003) observaram que as necessidades dos utentes não são constantes e que um doente que esteja agitado e que necessite de ser reposicionado diversas vezes tem uma carga de trabalho mais elevada do que aquele que tem um índice de gravidade e TISS28 elevado, mas que pela sua instabilidade hemodinâmica não pode ser posicionado.

Referem também que observaram que as enfermeiras dispendem mais tempo a falar com os doentes ou familiares, ou a preparar transferências do que a realizar intervenções terapêuticas.

O trabalho de Enfermagem é vasto em actividades que para serem correctamente realizadas necessitam de tempo, como é o caso dos posicionamentos, levante, treino de deglutição, punções venosas, entre outras. E este instrumento não tem sensibilidade para este tipo de trabalho de enfermagem, uma vez que se baseia no modelo biomédico, em que dá principal destaque às prescrições e actividades interdependentes.

Por sua vez, o SCD/E, é uma ferramenta desenhada para a enfermagem, mas ainda não se encontra adaptada para a realidade das UCI, uma vez que durante a recolha de dados existiram itens que nunca foram pontuados, como é o caso da tricotomia. Apesar de aferir melhor o trabalho de enfermagem, não em termos de horas, mas pela abrangência das nove dimensões que o compõem, necessita de ser adaptado, pois verifica-se que por

exemplo no caso de pesquisa de glicemia capilar, independentemente de esse procedimento ser realizado uma vez por turno ou ter uma realização horária, o score atribuído mantém-se inalterado.

Limitações do estudo

No presente estudo pretendemos compreender os cuidados de enfermagem prestados numa UCI e as necessidades do utente, bem como identificar a carga de trabalho necessária e prestada, no entanto existem algumas limitações deste estudo a considerar, como sejam as inerentes:

- A impossibilidade de extrapolação para o universo atendendo ao método de amostragem escolhido.
- A aplicação de um instrumento que se encontra adaptado à população portuguesa, mas não está direccionado para cuidados intensivos – SCD/E. No entanto, em Portugal esta é considerada a ferramenta com maior capacidade para mensurar a prestação de cuidados de enfermagem, sendo esta a razão que nos levou a inclui-lo como instrumento para a recolha de dados.

Em suma, podemos afirmar que utilizamos instrumentos que têm em comum a avaliação da carga de trabalho de enfermagem, mas que a realizam de formas distintas, não podendo ter uma correlação forte entre si.

Nenhum instrumento conseguirá fazer um retrato fiel do trabalho de enfermagem porque diferentes utentes, terão diferentes necessidades, e nenhum instrumento é sensível a estas diferenças. Dotar um serviço com base apenas neste tipo de ferramentas pode não ser adequado, deve-se atender às características do serviço.

6 CONCLUSÕES

Para o desenvolvimento deste trabalho de investigação foi formulada uma questão de partida: Será que existe relação entre os cuidados de enfermagem prestados e as necessidades reais do utente numa UCI? A premissa de que são as necessidades dos utentes que ditam os cuidados de enfermagem que se prestam serviu como base de desenvolvimento do trabalho. Porém, e conhecendo a realidade das UCI, pensamos ser pertinente avaliar se os cuidados de enfermagem que se prestam vão de encontro às necessidades dos utentes, ou se existem necessidades que não são satisfeitas na totalidade.

As características demográficas da amostra evidenciam tratar-se de um grupo predominantemente feminino. No grupo etário a amostra é composta maioritariamente por indivíduos com idades compreendidas entre <40 e 50 anos, sendo a média de idades de 50.7 (+/-17,3) anos.

Relativamente aos dados clínicos constatamos que a maioria dos utentes provém do Serviço de Urgência, mais concretamente da sala de emergência, e que 87% são utentes do foro médico. Quanto ao diagnóstico de admissão, 28% tem um diagnóstico pertencente ao grupo das doenças infecciosas e parasitárias e 20% tem um diagnóstico pertencente ao grupo das doenças e perturbações cerebro-vasculares. O índice de gravidade obtido através do SAPSII tem um valor médio de 61,3 (+/- 16.8).

Os cuidados de enfermagem mais frequentemente prestados relativamente ao TISS28, são as actividades básicas, onde a monitorização e a administração de medicação múltipla têm uma realização de 100%. Relativamente ao SCD/E os cuidados de enfermagem mais frequentemente prestados são alimentação, tratamentos e movimentação. Não se verificando registos sobre prestação de cuidados de higiene.

As necessidades de cuidados de enfermagem, as mais identificadas através do TISS28 são as actividades básicas e o suporte cardiovascular. Quanto ao SCD/E, verifica-se uma maior necessidade de cuidados em todas as dimensões, com a detecção de cuidados de higiene com ajuda total e cuidados especiais em 100%.

De um modo geral foram identificadas mais necessidades de cuidados de enfermagem do que cuidados de enfermagem prestados, o que pode ser explicado pelo não registo de cuidados de enfermagem por parte dos enfermeiros, como por exemplo a realização de pensos a cateteres centrais e periféricos, o apoio emocional, entre outros. Esta

constatação leva-nos a concluir que os enfermeiros atendem às necessidades dos utentes, deixando os registos para mais tarde, permitindo que a análise dos registos de enfermagem se traduza num retrato infiel da prática de Enfermagem.

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam a existência de uma sobrecarga de trabalho de enfermagem, uma vez que as horas de cuidados necessárias são superiores às horas de cuidados prestadas independentemente do instrumento utilizado (TISS28/SCDE). Permitindo-nos concluir que a UCI em estudo necessita de ajustar a sua dotação de pessoal de forma a dar resposta a todas as necessidades dos utentes, promovendo uma prestação de cuidados de qualidade e garantindo a segurança do utente.

Relativamente à atribuição da carga de enfermagem por grupo de diagnóstico, verifica-se que no TISS28 o grupo das doenças cérebro vasculares é quem apresenta maiores diferenças. No SCD/E as maiores diferenças verificam-se em Outro Grupo. O que nos permite concluir que a carga de trabalho de enfermagem assume diferentes valores consoante o grupo de diagnóstico.

Os instrumentos utilizados (TISS28 e SCD/E) apesar de serem utilizados com o mesmo propósito, mas baseados em pressupostos diferentes apresentam uma correlação baixa positiva, o que nos permite concluir que utilizamos instrumentos para avaliar o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros para atender às necessidades dos utentes cujos resultados de avaliação se afastam. No entanto, tal como refere Lord Kelvin citado por Samuelson e Norrdhaus (1999, p.390) *“Quando se puder medir aquilo de que se está a falar e se puder expressá-lo em números, então se saberá alguma coisa sobre o assunto: Quando se não puder medi-lo, quando se não puder exprimi-lo em números, o seu conhecimento será fraco e insatisfatório; Pode ser o princípio do conhecimento mas na sua análise avançou pouco no caminho da ciência.”*

Em suma, os cuidados de enfermagem prestados expressos pelos registos de enfermagem diferem dos cuidados de enfermagem necessários, traduzindo-se numa carga de trabalho necessária mais elevada do que a carga de trabalho prestada, concluindo-se assim, que na UCI em estudo existe uma sobrecarga de trabalho de enfermagem.

O enfermeiro prestador de cuidados é o primeiro gestor dos mesmos, podendo através da aplicação de ferramentas de gestão, nomeadamente SCD/E definir a dependência em cuidados de enfermagem e determinar o tempo necessário para prestar cuidados totais (directos e indirectos) a um doente, num determinado período.

O tratamento desses dados por parte do enfermeiro-chefe permite-lhe calcular as necessidades de enfermeiros no serviço para responder às necessidades dos utentes. Deste modo obtém-se uma determinação rigorosa e credível do tempo requerido para a prestação de cuidados, tornando possível uma correcta adequação dos recursos de enfermagem e a gestão racional dos mesmos. Geram-se assim indicadores de gestão de cuidados fundamentados nas necessidades de cuidados dos utentes, de acordo com um padrão de qualidade pré-definido.

Todo este processo promove a autonomia da profissão e permite dar a conhecer aos gestores a realidade presente das instituições permitindo-lhes projectar o futuro da organização de forma sustentada.

Face aos resultados do estudo, para além da divulgação dos resultados, recomenda-se:

Na área da gestão

- Macro – ACSS
 - Divulgação dos resultados do estudo junto da Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS.
 - O estudo de um SCD/E adaptado à realidade das UCI, para que se obtenha uma mensuração do tempo necessário para a prestação de cuidados totais aos utentes mais próxima da realidade.
 - Que o SCD/E adaptado à UCI sirva de base para o cálculo de enfermeiros para se dotarem as UCI de modo a poderem ser satisfeitas as necessidades dos utentes.
- Entidade hospitalar onde se realizou o estudo
 - Que a sobrecarga de trabalho de enfermagem seja evitada optimizando a gestão de recursos para manter padrões de qualidade de cuidados e garantir a segurança do utente.
 - Que a gestão do trabalho de enfermagem seja racional e fundamentada em indicadores de gestão de cuidados.
- Unidade de cuidados intensivos onde se realizou o estudo
 - Que se realize o plano de trabalho de cada enfermeiro ao longo dos diferentes turnos de acordo com as necessidades dos utentes, ou seja, que se pratique uma metodologia individualizada e centrada no utente.
 - Que se adequé o número de elementos da equipa de enfermagem de acordo com as necessidades dos utentes, ou seja, que se adopte

uma gestão flexível do número de elementos por turno, permitindo a satisfação das necessidades dos utentes e uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, garantindo a segurança do utente.

- Que se padronize a prestação de cuidados de enfermagem, através da criação de normas de procedimentos de enfermagem.
- Que se incentive a equipa de enfermagem a realizar registos de enfermagem mais completos, de modo a produzir um retrato mais fiel da realidade da prestação de cuidados.
- Que se proceda à informatização dos registos de enfermagem, implementando a CIPE, permitindo a uniformização da linguagem em Enfermagem.

Na área do ensino em Enfermagem

- Que se leccione sobre a utilização de ferramentas de gestão, em particular do SCD/E.
- Que se incuta o princípio de que os enfermeiros prestadores de cuidados são os primeiros gestores dos mesmos, incentivando-os atribuir importância aos registos de enfermagem, tal como atribuem à execução de um procedimento.
- Que se centralizem as práticas num processo sistemático e com recurso permanente ao planeamento dos cuidados.

Na Investigação

- Que se replique este estudo noutras unidades com características semelhantes para que se reforcem os resultados desta investigação.
- Que se explorem/criem mais ferramentas de gestão, através de novos estudos, que permitam uma mensuração dos cuidados de enfermagem com uma maior abrangência, permitindo um retrato quase real da prática de cuidados de enfermagem.
- Que se estudem os riscos para o utente a partir do deficit de cuidados de enfermagem.
- Que se estudem os riscos da sobrecarga de trabalho em Enfermagem na capacidade de resposta, tomada de decisão, absentismo e na gestão de conflitos.

7 BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2009, Setembro). *Sistema de Classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem [SCD/E]*, Relatório anual de 2008. Ministério da Saúde. Portugal. Obtido em 20 Maio, 2010, de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RELATORIO_ANUAL_08.pdf

Adomat, R., & Hicks, C. (2003, Maio). Measuring nursing workload in intensive care: an observational study using video cameras. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (4), 402-412.

Aiken, L.H., Clarke, S. P., Sloane, D.M., Schalski, J., & Silber, J. H. (2002, Outubro). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.

Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (2002). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. In M.R. Alligood & A.M. Tomey, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (pp. 3-14). Loures: Lusociência.

Almeida, M.C. (2002). *Stress e qualidade de vida dos doentes nos cuidados intensivos*. (Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do porto – Faculdade de Psicologia e Educação), Porto.

Alper, S.J., Karsh, B., Holden, R.J., Scanlon, M.C., Patel, N., Shalaby, T., et al. (2006). Protocol violations during medication administration in pediatrics. *The Human Factors and Ergonomics Society*, ed. Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 50th annual meeting (pp. 1019-23). Santa Monica, CA: The human factors and Ergonomics Society.

Alward, R.R. (1983). Patient Classification Systems: the ideal vs. Reality. *Journal Nurs Administration*, 13(2), 14-19. Obtido em, 14 Agosto, 2010 de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6549776>

Anderson, F.D., Maloney, J.P., Beard, L.W. (1998). A descriptive, correlational, study of patient satisfaction, and provider workload at an Army medical center. *Mil Med*, pp.90-94.

Barbosa, L.R., & Melo, M.R. (2008, Maio-Junho). Relações entre Qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2). Obtido em 20 Maio, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>

Barcelos, A.M., Gomes, A., & Lacerda, F. (2003). A importância da comunicação não-verbal na prática de enfermagem em terapia intensiva. *Enfermagem Atual*, 14(3), 33-40.

Beckman, U., Baldwin, I., Durie, M., Morrison, A., Shaw, L. (1998). Problems associated with nursing staff storage: an analysis of the first 3600 incident reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study [AIMS-ICU]. *Anaesth Intensive Care*, 26(4), 396-400.

Biscaia, J. (2000). Qualidade em saúde uma perspectiva conceptual. *Revista qualidade em saúde pública* – Instituto de qualidade em saúde, pp. 6-10.

Blegen, M.A., Goode, C.J., & Reed, I. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing research*, 41(7), 43-50.

Burlá, C., Py, L. (2006, Janeiro-Fevereiro). Comunicação ao fim de vida. *Prática Hospital*. Ano VIII, n.º 43, pp. 17-21.

Canadian Nurses Association [CNA]. (2005, Janeiro). Nursing staff mix: a key to patient safety. *Nursing Now*, pp. 1-6.

Carayon, p., & Gurses, A. (2008, Março). Nursing workload and patient safety – A human factors engineering perspective. In H. R. (ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation) (p.1403). Rockville, M.D.:AHRQ Publication.

Castillo-Lorente, E., Rivera-Fernandez, R., Rodriguez-Elvira, M., Vasquez-Mata, G. (2000). TISS76 and TISS28; correlation of two Therapeutic Activity índices on a Spanish multicenter ICU database. *Intensive Care Medicine*, pp. 57-61.

Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Smith, D. (2003, Março-Abril). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71-79.

Cintra, E., Nishide, J., & Nunes W. (2003). *Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. São Paulo: Atheneu.

Crickmore, R. (1987). A review of stress in the intensive care unit. *Intensive care nursing*, 3(1), 19-27.

Cullen, D.J., Civetta, J.M., Briggs, B.A., Ferrara, L.C. (1974, Março-Abril). Therapeutic Intervention Scoring System: a method for quantitative comparison of patient care. *Critical Care Medicine*, 2(2), 57-60.

Davis, S., Kristjanson, L., & Blight, J. (2003, Outubro). Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer: problems and strategies identified by nurses. *Cancer Nurses*, 26(5), 337-345.

Decreto-Lei n.º 104/98. (21-04-1998), Diário da República. Iª Série. N.º205. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 161/96. (04-09-1996), Diário da República. Iª Série. N.º93. Ministério da Saúde. Lisboa, pp. 1739-1757

Decreto-Lei n.º 247/2009. (22-09-2009), Diário da República. Iª Série. N.º184. Ministério da Saúde. Lisboa, pp. 6758-6761.

Deming, W. (1990). Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva.

Dimick, J. B., Swoboda, S. M., Pronovost, P. J., & Lipsett, P. A. (2001). Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care*, 10(6), 376-382.

Duffield, C., & O'Brien-Pallas, L. (2003). The causes and consequences of nursing shortages: a helicopter view of the research. *Australian Health Review*, 26(1), 186-193.

Ferdinande, P., Abizanda, R., Artigas, A., Braschi, A., Carrington da Costa, R.B., Hemmer, M., et al. (1997). Recommendations on minimal requirements for intensive care departments. *Intensive Care Medicine*, 23, pp. 226-232.

Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da conceptualização à realização*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusociência.

Gillies, D. A. (1994). *Gestion de Enfermería - Una aproximación a los sistemas*. Masson-Salvat; Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, SA.

Gonçalves, L., & Padilha, K. (2006). Factores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva – *Revista Escola Enfermagem USP*, 41(4), 645-652. Obtido em 16 de Maio de 2010, de SCIELO: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/14.pdf>

Gruppo Italiano Multicentrico di Ricerche in Terapia Intensiva - GRTII. (1992). TOSS (time oriented score system): definition of the nurse/patient relations based on the timing of the workload. Validation during the stay. *Minerva Anestesiol*, 58(2), 1331-1334. Obtido em 7 de Março de 2010, de PubMed.gov: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1294920>

Gruppo Italiano Multicentrico di Ricerche in Terapia Intensiva [GIRTI]. (1991). Time oriented score system (TOSS): a method for direct and quantitative assessment of nursing workload for ICU patients. *Intensive Care Medicine*, 17(6), 340-345. Obtido em 7 de Março de 2010, de PubMed.gov: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1744325>

Havill, J. H., Caspari, M., McConnell, H., Alexander, M., & Montgomery, C. (1997). Charging for intensive care nursing direct nursing hours as the cost maker. *Anaesth Intensive Care*, 25(4), 372-7. http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Sistema_de_Classificação_de_Doentes_em_Enfermagem

Huges, R., & Clancy, C. (2005). Working conditions that support patient safety. *Journal Nurse Care Quality*, 20(4), 289-92.

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.

Ide, C. (1989). A prática da enfermagem na UTI e o contexto de saúde. *Revista da Escola Superior de Enfermagem USP*, 23(1), 91-98.

International Council of Nurses. (2006). Dotações seguras salvam vidas; Instrumentos de Informação e Acção. Genebra (Suíça): ICN.

Knobel, E. (1998). *Condutas no paciente grave*. São Paulo: Atheneu.

Kovner, C., Mezey, M., & Harrington, C. (2000). Research priorities for staffing, case mix, and quality of care in US nursing homes. *Journal Nurs Scholarsh*, 32(1), 77-80. Obtido em 21 Maio, 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10819742>

Kron, T., & Gray, A. (1994). *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente*. Rio de Janeiro: Interlivros.

Leão, E., Silva, C., Alvarenga, D., & Mendonça, S. (2008). *Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão*. São Caetano do Sul: Yendis.

Livianu, J., Anção, M., Akamine, N., & Andrei, A. (1994). Índices Prognósticos em terapia Intensiva. In E. Knobel, *Condutas no paciente grave* (pp. 823-33). São Paulo: Atheneu.

Llenore, E., & Ogle, K. (1999). Nurse patient communication in the intensive care unit: a review of the literature. *Aust Critical Care*, 12(4), 142-145. Obtido em 21 Maio, 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11271028>

Lockward, H., Giddings, L., & Thoms, E. (1960). Progressive patient care: a preliminary report. *Journal American Medicine Association*, 172(2), 132-137. Obtido em 13 Abril, 2010 de <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/172/2/132>

Malacrida, R., Bomio, D., Matathia, R., Suter, P.M., & Perrez, M. (1991). Computer-aided self-observation psychological stressors in an ICU. *Int J Clin Monit Comput*, 8(3), 201-05. Obtido em 24 Março, 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1779183>

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2006). *Fundamentos de Metodologia Científica* (6ª ed.). São Paulo: Atlas.

Matos, R. (2000). Avaliação dos custos. In R. Moreno, *Gestão e organização em medicina intensiva* (pp. 125-138). Lisboa: Permanyer Portugal.

McCloskey, J., & McCain, B. (1987). Satisfaction commitment and professionalism of newly employed nurses. *J Nurs Sch*, 19(1), 20-4. Obtido em 24 Março, 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644777>

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.

McIntyre, T., & Silva, S. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região do norte: relatório final sumário*. ARS/ Norte.

Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Williams&Wilkins.

Miller, R. L., & Swensson, E. S. (2002). *Hospital and Healthcare Facility Design*. New York: WW Norton & Company Inc.

Ministério da Saúde, Direcção de Serviços de Planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos, Recomendações para o seu desenvolvimento*. Portugal: Direcção Geral da Saúde.

Miranda, D. R., Rijik, A. D., & Shaufeli, W. (1996). Simplified therapeutic intervention score system: the TISS-28 item results from a multicenter study. *Critical Care Medicine*, 24(1), 64-73. Obtido em 24 Março, 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8565541>

Miranda, D. R., Ryan, D. w., Shaufeli, W. B., & Fibler, V. (1998). *Organization and management of intensive care: a prospective study in 12 european countries*. Berlin: Spreinger-Verlag.

Moreno, R. (2000). Avaliação da carga de trabalho de enfermagem. In R. Moreno, *Gestão e organização em medicina Intensiva* (pp. 111-123). Lisboa: Permayner Portugal.

Moreno, R. (2000). *Gestão e organização em medicina intensiva*. Lisboa: Pernmanyer Portugal.

Moreno, R., & Morais, P. (1997). A validation of the simplified Therapeutic Intervention Scoring System on an independent data base. *Intensive Care Medicine*, 23, pp.640-644. Obtido em 11 de Janeiro de 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9255643>

Moreno, R., & Morais, P. (1997). On behalf of the Severity Scoring Systems Study Groups os the Portuguese Intensive Care Society and the Portuguese Scosociety of Internal Medicine. Validation of the Simplified Therapeutic Intervention Scoring System on an independent database. *Intensive Care of Medicine* , pp. 640-644.

Moreno, R., & Reis Miranda, D. (1998). Nursing staff in intensive care in Europe. The mismatch between planing and practice. *Chest* , 113(3)752-8. Obtido em 18 de Janeiro de 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9515853>

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722. Obtido em 21 de Janeiro de 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12037152>

NIH. (1983). Consensus development conference on critical care. *Critical Care Medicine*, 11(6), 466-469.

Oates, R., & Oates, P. (1995). Stress and mental health in neonatal intensive care units. *Arch Dis Child*, 72(2), 107-110. Obtido em 21 de Janeiro de 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7712267>

Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.

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. Obtido em 2 de Fevereiro de 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14713734>

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Sílabo.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados*. (N. Salgueiro, & R. P. Salgueiro, Trans.) Coimbra: Quarteto.

Pinto, T., & Pires, M. (2009). TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) e a sua capacidade prognóstica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 16(2), 11-15.

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2001). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. São Paulo: Artmed.

Portugal, Ministério da Saúde. (2003). *Direcção de Serviços de planeamento de Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Pupulim, J., & Sawada, N. (2004). Implicações da exposição corporal do cliente na unidade de terapia intensiva durante a visita da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 3(1), 55-64. Obtido em 10 Agosto, 2010, de periodicos.uem.br. <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5517/3508>

Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Ribeiro, A. (1991). *Comunicação e relação interpessoal*. In Manual do formador, vol.2. Porto: GETAP/ME.

Roberts, B. L. (2001). Managing Delirium in Adult Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*, 21 (1), 48-54. Obtido em 2 de Fevereiro de 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11858244?dopt=Abstract>

Rosa, J. C., & Basto, M. L. (2009). Necessidade e necessidades revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 13-23.

Russell. (1999). An exploratory study of patients perceptions, memories and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 783-791. Obtido em 2 de Fevereiro de 2010, de PubMed.gov <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10215968>

Sale, D. (2000). Garantia da qualidade nos cuidados de saúde. Lisboa: Principia.

Schaufeli, W., & LeBlanc, P. (1998). Personnel. In D. Miranda, D. Ryan, W. Schaufeli, & et al. *Organization and management of intensive care: a prospective study in 12 European countries* (pp. 169-205). Berlin: Springer Verlag.

Seago, J. A. (2002). A comparison of two patient classification instruments in a acute care hospital. *Journal of Nursing Administration*, 32(5), 243-249.

Simões, M. H., & Santos, I. S. (2004). *Manual de formação do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem* (SCD/E). Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde - IGIF .

Society of Critical Care. (nd). History of Critical Care. Obtido em 24 de Fevereiro de 2010, de Society of Critical Care: http://www.sccm.org/AboutSCCM/History_of_Critical_Care/Pages/default.aspx

Sousa, A. B. (2005). Investigação em Educação. Lisboa: Livros Horizonte.

Spetz, J. (2005). Public policy and nurse staffing: what approach is best? *Journal of Nursing Administration* , pp.14-16.

Stanton, M., & Rutherford, M. (2004). *Hospital nurse staffing and quality care*. Agency for Healthcare Research and Quality.

Tappen, R. (2001). *Liderança e Administração em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Tomey, A. M. (2002). Virginia Henderson - Definição de enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed., pp. 111-126). Loures: Lusociência.

Urbano, J., & Bentes, M. (1990). Definição da produção do hospital: Os grupos de Diagnóstico Homogêneos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8(1), 49-60.

Vasconcelos, P., Chaves, S., Freitas, S., Câmara, M., Nóbrega, J., & Maul, R. (2008). *Alterações da função renal à admissão tem impacto na mortalidade*. Conferência. Obtido em 6 de Junho de 2010, de Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos: <http://www.spci.pt/congressos/?imr=559&cong=5&opc=3&evento=93&apresentacao=80>

Veiga, B. S., Simões, H., & Campos, A. P. (2000). Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem. Obtido em 24 Fevereiro, 2010, de Portal da Codificação Clínica GDH:

Veiga, B., & Abrantes, I. (1995). O Sistema de classificação de doentes em enfermagem no GHD 14 - Doenças Cerebrovasculares. *Revista Servir*, 44, pp.193-198.

Veiga, B., Simões, H., & Campos, A. (2000). *O sistema de classificação de doentes em enfermagem*. Boletim informativo do IGIF, 3, pp. 14-17.

Veiga, M. B., Barros, M. I., Pereira, M. T., & Silva, N. R. (1987). Sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem. *Enfermagem*, 10, pp. 13-18.

Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Stanhope, N. (1998). Framework for analyses risk and safety clinical medicine. *BMJ*, 316, 1154-7.

Vincent, J., Chairman, A., Artigas, Bihari, D., Carrington da Costa, R., Edwards, D., et al. (1994). Guidelines for the utilization of intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 20, pp. 163-164.

Waldow, V. R., Lopes, M. J., & Meyer, D. E. (1998). Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar. Porto Alegre: Artes médicas.

World Health Organization. (2006). Countries>Portugal. Obtido em 10 de Março de 2010, de World Health Organization: <http://www.who.int/countries/prt/en/>

Anexos

Anexo A – Quadro de referência de artigos

Titulo	Autor (ano)	Tipo de estudo/população	Principais conclusões
Acções autónomas de enfermagem ganhos em saúde	Faria, N. Araújo (2008)	Amostra de 113 utentes Usa SCD/E Estudo qualitativo e quantitativo Triangulação Contexto Hospitalar Tenta estabelecer relação entre a idade e a dependência dos indivíduos em cuidados de enfermagem Relaciona diagnóstico médico com as 9 categorias do SCD/E Relaciona diagnóstico médico e horas de cuidados de enfermagem (custos)	Não consegue estabelecer relação entre a dependência de cuidados de enfermagem e a idade. Grupo respiratório e infeccioso apresentam mais necessidades de dependência em ajuda total em todas as categorias do SCD/E. A acção onde todos os grupos de diagnóstico apresentam maior dependência é os cuidados de higiene e mais independentes é a alimentação. O grupo de diagnóstico que apresenta maior n.º de HCN é o respiratório, o que apresenta menor n.º de HCN é o ortopédico. O facto de os doentes pertencerem a grupos de diagnóstico diferentes está associado a uma maior ou menor número de HCN. As HCN influenciam os custos globais por doente.
A review of workload measures: a context for a new staffing methodology in Western Australia	Di Twigg Duffield, C, (2008)	Relaciona sistemas de classificação de doentes com picos de carga de trabalho Utiliza o sistema de classificação de doentes para agrupar os doentes por “enfermarias” consoante a carga de trabalho que os doentes apresentam	A utilização de sistemas de classificação de doentes evita picos de altos recursos ou baixos, conduzindo a uma distribuição dos recursos mais eficiente, logo a uma adequada carga de trabalho. O uso de ferramentas de classificação de doentes aumentou o quadro de pessoal da instituição. As ferramentas de classificação possibilitam realizar uma gestão 24 horas por 7 dias da semana, sem depender de rácio enfermeiro doente ou de número de enfermeiros mínimo por turno.
A relação entre as horas de cuidados de enfermagem necessárias e prestadas e os resultados observados em doentes internados em meio hospitalar	Candeias, A. (2003)	Estudo de caso, epidemiológico com delineamento analítico ecológico. Estudou todos os doentes internados em Medicina interna, cirurgia e Ortopedia. Usou o SCD/E. Relaciona taxa de incidência de úlceras de pressão, taxas de mortalidade, taxa total de dias de internamento e demora média de internamento, com HCN, HCP, Variação de HCP e HCN, e Taxa de utilização dos cuidados de enfermagem	Existe correlação entre as variáveis de gestão e os resultados observados nos doentes. Aos piores resultados observados em doentes correspondem, maiores níveis de dependência, mais disparidades entre a necessidade de cuidados e a prestação efectiva, ineficiente gestão do trabalho, maiores carências de enfermeiros nos serviços. Uma gestão de trabalho de enfermagem fundamentada nas necessidades de cuidados através do SCD/E pode resultar numa prestação de cuidados mais coerente, eficiente e com menores resultados adversos observados em doentes.
Nurse-Staffing	NEEDLEMAN	Estudo Analítico Retrospectivo; de 799 hospitais em 11	Do teste da associação entre os níveis de pessoal de enfermagem (estimados em horas de

Titulo	Autor (ano)	Tipo de estudo/população	Principais conclusões
Levels and Quality of Care in Hospitals	(2002)	estados americanos. A fonte de dados utilizada foi a base de dados existente nos diferentes estados estudados onde constavam informações sobre os diferentes hospitais relativos a 1997. Analisa a relação entre as horas de cuidados de enfermagem prestadas e os resultados observados em doentes.	cuidados de enfermagem prestadas por dia) e os 25 resultados observados em doentes do foro médico e cirúrgico, verificou-se que: os elevados níveis de pessoal de enfermagem estavam associadas a 8 resultados observados em doentes, ou seja, a menos dias de internamento e a menores taxas de incidência de pneumonia, choque, paragem cardíaca, infecções urinárias, enfarte agudo do miocárdio, quedas e morte por “falta de assistência” (considerando estas mortes por hemorragias gastrointestinais, paragem cardiorespiratória, choque, pneumonia, sépsis, trombose venosa profunda).
Nurse Staffing and Patient Outcomes in the In patient Hospital Setting	ANA (2000)	Estudo Analítico; Retrospectivo de 2500 hospitais de 9 estados americanos. Quantifica a relação entre o pessoal de enfermagem e os resultados observados em doentes (tempo de internamento, pneumonia, infecções pós-operatórias, úlceras de pressão e infecção urinária). As fontes de dados utilizadas são os relatórios da Medicare e all-Payor e Health Care Financing Administration (especificamente para o pessoal de enfermagem).	Demonstra relação estatisticamente significativa entre 5 resultados observados em doentes e o pessoal de enfermagem. - As reduzidas demoras médias de internamento estavam claramente associados a um elevado número de enfermeiros da equipa (elevadas HCP). - As taxas de incidência de pneumonias, infecções de pós-operatório, úlceras de pressão e infecções urinárias eram significativamente mais baixas em hospitais com elevado skill-mix (competências) e pessoal de enfermagem
Some Impacts of Nursing on Acute Care Hospitals Outcomes	LICHTIG (1999)	Estudo Analítico; Retrospectivo (fonte dados: relatórios de custo e case-mix de doentes de 1992/94) que quantifica o pessoal de enfermagem dos 462 hospitais dos estados da Califórnia e New York. Quantifica os resultados adversos em doentes e os dias de internamento nos mesmos hospitais. Mede a relação entre estes 2 tipos de variáveis descritas anteriormente (pessoal de enfermagem versus resultados observados em doentes e dias de internamento).	- Alguns resultados observados em doentes, como as taxas de incidência de úlceras de pressão, pneumonias, infecções pós-operatórias e infecções urinárias estão estatisticamente relacionados com o skill mix e pessoal de enfermagem (quanto mais horas de cuidados/gravidade/dia de internamento, melhores são os cuidados). - Um maior número de pessoal de enfermagem (ajustado às necessidades de cuidados (por gravidade/dia de internamento) está associado a uma diminuição do tempo de internamento)

Anexo B – Autorização



Ministério da Saúde



Hospital de S. João, E.P.E.

Exma. Sra.

Enf.^a Helena Sofia da Silva Ascensão

25.MAR.10 080093

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

N.º

ASSUNTO

Autorização para a realização de Projecto de Investigação

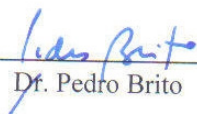
Projecto de Investigação – “*Da qualidade da prática dos cuidados de enfermagem à satisfação das necessidades do utente: será que existe relação entre os cuidados de enfermagem prestados e as necessidades reais do utente, numa unidade cuidados intensivos?*”

Junto envio em anexo cópia do parecer da Comissão de Ética para a Saúde sobre o referido projecto, bem como a autorização do Conselho de Administração, para poder dar início ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 23 de Março de 2010

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde


Dr. Pedro Brito

Na resposta indicar a «Nossa referência». - Em cada ofício tratar só de um assunto.



A Direcção Clínica

2/3/10

AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

3/3/10

António Oliveira e Silva
Director Clínico

Exmo. Sr.

Dr. António Oliveira e Silva

Director Clínico

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – “Da qualidade da prática dos cuidados de enfermagem à satisfação das necessidades do utente: será que existe relação entre os cuidados de enfermagem prestados e as necessidades reais do utente, numa unidade cuidados intensivos?”

Investigadora Principal: Enf.^a Helena Sofia da Silva Ascensão

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 1 de Março de 2010

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Pedro Brito

Comissão de Ética para a Saúde do HSJ

Projecto de Investigação: "Da qualidade da prática dos cuidados de enfermagem à satisfação das necessidades do utente: Será que existe relação entre os Cuidados de Enfermagem prestados e as necessidades reais do utente, numa UCI?" – Enf.ª Helena Sofia da Silva Ascensão.

Concepção e pertinência do estudo:

Trata-se de um estudo, que se integra no âmbito Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS Universidade do Porto, sob orientação do Prof. Doutor António Sarmento e Co-Orientação da Prof. Doutora Manuela Martins, cujas Declarações anexa.

O estudo apresentado tem como objectivos:

- Relacionar as horas de cuidados de enfermagem prestadas e as necessidades do utente;
- Compreender a relação entre o Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência de Cuidados de Enfermagem (SCDGDCE) e o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS28).

Para dar resposta aos objectivos a investigadora pretende aplicar um formulário composto por 3 partes:

1. Caracterização da amostra;
2. Therapeutic Intervention Scoring System (TISS28) (anexo);
3. Sistema de Classificação de doentes por Graus de Dependência de Cuidados de Enfermagem – SCDGDCE (anexo).

Paralelamente à aplicação do SCDGDCE serão realizadas observação e registo das necessidades do utente. Estes Instrumentos estão adaptados e validados para a população portuguesa. Deste modo, comparando os dois instrumentos e analisando as suas diferenças, pretende-se relacionar as horas de cuidados de enfermagem prestadas e as necessidades dos utente e compreender o contributo do SCDGDCE para a gestão dos cuidados de enfermagem.

O estudo será realizado na Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infecciosas do HSJ/EPE, onde a Enf.ª Helena trabalha. Dispõe de autorização do Ex.mo Director do Serviço Prof. Doutor António Sarmento e da Exma Sr.ª Enf.ª Chefe Graça Campos.

Neste estudo, a amostra está relacionada com os cuidados de enfermagem prestados a cada utente por cada dia de internamento na UCIDI no período de 01 de Março a 01 de Junho de 2010.

De salientar que serão excluídos os cuidados prestados a doentes:

- Idade inferior a 18 anos
- Utentes com o diagnóstico de de queimaduras, cardiopatia isquémica aguda e cirurgia cardíaca.

A recolha de dados será efectuada no fim da manhã, dado o acesso mais facilitado ao processo do doente, onde se encontram as folhas de registo de enfermagem. Estão salvaguardados os procedimentos éticos inerentes à recolha dos dados.

A investigadora dispõe de competências técnico-científicas para a realização do estudo, sendo este pertinente e estando a sua concepção perfeitamente adequada aos objectivos delineados.

Benefício / Risco:

Não se prevêem quaisquer benefícios ou riscos imediatos.

Respeito pela liberdade e autonomia:

Não aplicável

Confidencialidade dos dados:

A proposta apresentada garante que a colheita de dados do processo do doente será codificada não permitindo, por isso a identificação do doente. Apenas a investigadora terá acesso aos formulários preenchidos.

Indemnização por danos

Não aplicável

Continuação do tratamento

Não aplicável.

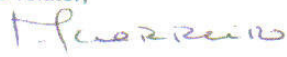
Propriedade dos dados:

Não aplicável.

Conclusão:

Face à análise efectuada, propõe-se a sua aprovação pela CES do HSJ.
Porto, 26 de Fevereiro de 2010

O relator,


Teresa Guerreiro

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Helena Sofia da Silva Ascensão na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 10 / Fevereiro / 2010


Helena Sofia da Silva Ascensão

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

26 / Fevereiro / 2010

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.



Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

Anexo C – Definição dos indicadores dos instrumentos TISS28 e SCD/E

Dimensões	Definição dos indicadores	Variação de Score
	TISS28	
Actividades básicas	Monitorização básica: sinais vitais horários, avaliação e registo regular do balanço hídrico Aplica-se ao utente 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.	1-5
	Análises: bioquímicas e microbiológicas, incluindo gasimetrias Aplica-se ao utente submetido a qualquer exame bioquímico ou microbiológico, independente da quantidade, realizados em laboratório ou na UCI.	
	Medicação única, E.V., I.M., S.C., e/ou oral (por exemplo SNG) Inclui os utentes que receberam um ou mais fármacos por via IM, SC, VO ou um único fármaco endovenoso. Considera-se a quantidade de fármacos e não a frequência de administração. Não se aplica como fármaco EV o soro de manutenção.	
	Medicação múltipla E.V., mais de um fármaco, em bólus ou perfusão contínua Inclui os utentes 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.	
	Mudança de roupa simples: cuidados e prevenção de decúbito e mudanças diárias de pensos Aplica-se ao utente que recebeu uma ou duas sessões de troca de pensos, independente do número de locais e do tipo de penso, ou que recebeu qualquer intervenção de prevenção de úlcera de pressão.	
	Mudança de roupa complexa: mudança frequente de pensos (pelo menos uma vez por turno de enfermagem) e/ou cuidados importantes a feridas Aplica-se ao utente que recebeu um mínimo de três sessões de troca de pensos, independente do número de locais e do tipo de penso ou pelo menos uma troca de penso de ferida extensa.	
	Drenagens: todas, excepto SNG Aplica-se ao utente que esteja com qualquer sistema de drenagem instalado. Inclui sonda vesical e exclui sonda nasogástrica (SNG).	
Suporte Respiratório	Ventilação artificial: qualquer forma de ventilação mecânica ou assistida, invasiva ou não invasiva, com ou sem PEEP, com ou sem relaxantes musculares Aplica-se ao utente em uso do aparelho de ventilação mecânica de modo contínuo ou intermitente, em qualquer modalidade, com ou sem tubo endotraqueal (CPAP, BPAP "Desmame").	1-5
	Suporte ventilatório: respiração espontânea por tudo endotraqueal, sem PEEP, suplementação de oxigénio por qualquer método, excepto se por ventilação mecânica 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 utente pontua no item anterior.	
	Cuidados de via aérea: tubo endotraqueal ou traqueostomia Aplica-se ao utente com tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia.	
	Medidas de suporte da função pulmonar: cinesiterapia respiratória, espirometria intensiva, terapêutica inalatória e aspiração endotraqueal sem tubo traqueal ou traqueostomia	

Dimensões	Definição dos indicadores	Variação de Score
	Aplica-se ao utente que tenha recebido qualquer tratamento para a melhorar a função pulmonar, realizado em qualquer frequência. Inclui exercícios respiratórios com aparelho.	
Suporte Cardiovascular	Fármaco vasoactivo único: qualquer fármaco vasoactivo E.V. em perfusão contínua Aplica-se ao utente que tenha recebido somente um fármaco vasoactivo, independente do tipo de dose (noradrenalina, dopamina, dobutamina, nitroprussiato de sódio, etc.)	2-8
	Fármacos vasoactivos múltiplos: mais do que um fármaco vasoactivo e.v. em perfusão contínua independentemente do tipo ou da dose Aplica-se ao utente que tenha recebido dois ou mais fármacos vasoactivos, independente do tipo e da dose (noradrenalina, dopamina, dobutamina, nitroprussiato de sódio, etc.)	
	Substituição de volume: administração de fluidos > 3L/m2/dia, aproximadamente >4,5L/dia independentemente do tipo de fluido administrado Aplica-se ao utente 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 utente que tenha usado um ou mais cateteres em artéria periférica.	
	Monitorização hemodinâmica: cateter da artéria pulmonar, com ou sem medição do débito cardíaco Aplica-se ao utente que tenha usado cateter em artéria pulmonar.	
	Catéter venoso central Aplica-se ao utente com um ou mais cateteres em veia venosa central.	
	Ressuscitação cardiorespiratória após paragem nas 24h prévias (não inclui a simples percussão pré cordial) Aplica-se ao utente que tenha tido PCR e recebido medidas de reanimação, excluindo soco pré cordial.	
Suporte Renal	Técnicas dialíticas: todas Aplica-se ao utente que tenha recebido qualquer tipo de procedimento dialítico, intermitente ou contínuo.	2-3
	Monitorização do débito urinário através de cateter urinário Aplica-se ao utente com controlo de diurese, com ou sem algum tipo de cateter urinário.	
	Diurese forçada, diurese activa (furosemida associado com sobrecarga hídrica) Aplica-se ao utente que tenha recebido qualquer fármaco para estimular a produção de urina (Furosemida, Manitol, Aldactone, etc.)	
Suporte Neurológico	Monitorização da pressão intracraniana Aplica-se ao utente que mantém artefactos para monitorização da PIC.	4
Suporte Metabólico	Tratamento da alcalose/acidose metabólica complicada Aplica-se ao utente que recebeu fármaco específico para a correcção de acidose ou alcalose metabólica, excluindo-se a reposição volémica para corrigir alcalose (Bicarbonato de Sódio, etc.).	2-4
	Alimentação parentérica Aplica-se ao utente que recebeu infusão venosa central de substâncias com a finalidade de suprir as	

Dimensões	Definição dos indicadores	Variação de Score
	necessidades nutricionais.	
	Alimentação através de SNG ou outra via gastrointestinal (p. ex. jejunostomia) Aplica-se ao utente que recebeu substâncias com a finalidade de suprir as necessidades nutricionais, através de sonda, por qualquer via do trato gastrointestinal.	
Intervenções específicas	Intervenção específica na UCI: entubação naso ou orotraqueal, introdução de pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência nas 24h prévias, lavagem gástrica. Não estão incluídas intervenções de rotina sem consequências directas na condição clínica do doente tais como radiografias, ecografias, electrocardiogramas, pensos ou introdução de cateter venoso ou arteriais Aplica-se ao utente submetido a uma única intervenção diagnóstica ou terapêutica, entre as listadas, realizada dentro da UCI. Intervenções específicas múltiplas na UCI: mais do que uma, como descrito acima Aplica-se ao utente 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 utente submetido a uma ou mais intervenções diagnósticas ou terapêuticas realizadas fora da UCI.	3-5
	SCD/E	
Higiene e Cuidados Pessoais	Independente Aplica-se ao utente que se basta a si próprio e só necessita de orientação/supervisão nos cuidados de higiene Ajuda Parcial Aplica-se ao utente que por si só não é capaz de proceder a todos os cuidados de higiene, independentemente de se encontrar acamado ou de se deslocar à casa de banho Ajuda Total Aplica-se ao utente incapaz de assegurar os cuidados de higiene e conforto, ou que precisa da presença contínua do enfermeiro Ajuda Total com cuidados especiais Aplica-se ao utente totalmente dependente e que necessita de cuidados de higiene e conforto com maior frequência (doente em repouso absoluto, coma, agitado, etc.)	1-8
Alimentação	Independente/dieta zero/por familiar Aplica-se ao utente que se alimenta a si próprio, necessita de orientação/supervisão para se alimentar e hidratar. No caso de dieta zero, considera-se o utente que não pode ingerir nada pela boca. Ajuda parcial Aplica-se ao utente que por si próprio não é capaz de se alimentar e hidratar, mas consegue levar alguns alimentos à boca. Ajuda total Aplica-se ao utente incapaz de se alimentar e hidratar ou que necessita da presença contínua do enfermeiro para se alimentar Sonda nasogástrica Aplica-se ao utente entubado e que necessita de ser alimentado por sonda nasogástrica	1-12

Dimensões	Definição dos indicadores	Varição de Score
	Gastrostomizado Aplica-se ao utente que é alimentado por sonda introduzida no estômago através da parede abdominal	
Movimentação	Independente Aplica-se ao utente que se basta a si próprio	0-16
	Independente com supervisão Aplica-se ao utente que só necessita de orientação/supervisão	
	Ajuda parcial Aplica-se ao doente que por si só não consegue movimentar-se. Este parâmetro tem duas pontuações diferentes de acordo com a frequência que é realizado (3 a 5 x/dia ou ≥ 6 x/dia).	
	Ajuda total Aplica-se ao doente incapaz de se movimentar ou que requer a presença contínua do enfermeiro. Este parâmetro tem duas pontuações diferentes de acordo com a frequência que é realizado (5 a 6 x/dia ou ≥ 7 x/dia).	
Eliminação	Independente Doente que se basta a si próprio, só necessita de supervisão/orientação	1-7
	Ajuda parcial Aplica-se ao utente que por si só não é capaz de utilizar sanitário e arrastadeira ou urinol.	
	Ajuda total Aplica-se ao utente incapaz de utilizar o sanitário, arrastadeira ou urinol, ou que requer a presença contínua do enfermeiro.	
	Incontinente intestinal Aplica-se ao utente que não controla o esfíncter anal	
	Incontinente vesical Aplica-se ao utente que não controla o esfíncter vesical	
	Incontinente vesical e intestinal Aplica-se ao utente que não controla os esfíncteres	
	Ostomizado Aplica-se ao utente cuja eliminação de fezes e/ou urina se processa através de estoma e que é incapaz de proceder ao autocuidado.	
	Algaliado Aplica-se ao utente cuja eliminação vesical se processa através de uma sonda uretral	
Terapêutica	Via oral, rectal, vaginal, aplicações tópicas Aplica-se ao utente que necessita de administração de medicação oral, rectal, vaginal, auricular, nasal, ocular ou dérmica. Este indicador subdivide-se em 3 categorias de acordo com a frequência de aplicação (1-2x/dia; 3-4x/dia ≥ 5 x/dia) ao qual correspondem pontuações diferentes	1-8
	Via parentérica Aplica-se ao utente que necessita de administração de medicação por via IM/IV e/ou SC	
	Transfusão/ Soro intermitente Aplica-se ao utente que necessita de administração de sangue e seus derivados, ou solução parenteral com duração variável entre 4 a 16 horas.	

Dimensões	Definição dos indicadores	Variação de Score
	Perfusão contínua Aplica-se ao utente que necessita de administração de solução parenteral com duração superior a 16 horas.	
	Alimentação parentérica Aplica-se ao utente que necessita de ser alimentado através de sistema venoso central	
	Oxigenoterapia Aplica-se ao utente que necessita de administração de oxigénio através de cateter ou máscara	
	Inaloterapia Aplica-se ao utente que necessita de administração de medicamentos por aerossóis ou de humidificação do ar	
Tratamentos	Penso simples Aplica-se ao utente que necessita de penso a uma solução de continuidade da pele e tecidos subjacentes. Caso sejam várias lesões tem uma pontuação superior.	2-12
	Penso com dreno ou sistema de drenagem Aplica-se ao utente que necessita de penso a uma solução de continuidade da pele e tecidos subjacentes, através da qual se faz a eliminação de exsudado. Solução de continuidade com dreno ou sistema de drenagem. Este indicador tem pontuações diferentes de acordo com a frequência 1x/dia ou 2x/dia.	
	Penso a lesão aberta Aplica-se ao utente que necessita de penso a uma solução de continuidade com perda de substância. . Este indicador tem pontuações diferentes de acordo com a frequência 1x/dia ou 2x/dia.	
	Irrigação Aplica-se ao utente que necessita de lavagem de uma cavidade natural, através de uma sonda por seringa ou sistema (gástrica, vesical, vaginal, rectal e peritoneal). Este indicador tem pontuações diferentes de acordo com a frequência 1-2x/dia ou ≥3x/dia.	
	Aspiração de secreções – oral ou nasofaríngea Aplica-se ao utente que necessita de aspiração das vias aéreas	
	Tricotomia Aplica-se ao utente que necessita de remoção de pêlos numa área da pele	
Sinais vitais	Temperatura Aplica-se ao utente que necessita da avaliação de temperatura oral/axilar/rectal	1-8
	Pulso Aplica-se ao utente que necessita de avaliação de frequência cardíaca	
	Respiração Aplica-se ao utente que necessita da avaliação da frequência respiratória Estes parâmetros encontram-se agrupados num indicador que tem pontuações diferentes de acordo com a frequência 1-4x/dia ou ≥5x/dia.	
	Pressão arterial Aplica-se ao utente que necessita da avaliação da tensão arterial. Este indicador tem pontuações diferentes de acordo com a frequência 1-2x/dia, 3-4x/dia, 5-8x/dia ou ≥9x/dia.	
	Monitorização Aplica-se ao utente que necessita de vigilância contínua da actividade cardíaca através de um monitor	

Dimensões	Definição dos indicadores	Variação de Score
	Sinais neurológicos Aplica-se ao utente que necessita de avaliação do nível de consciência, função motora e sensitiva Teste rápido de glicemia Aplica-se ao utente que necessita de controlo de glicose no sangue capilar Aceteste/glicofita Aplica-se ao utente que necessita de pesquisa de corpos cetónicos e/ou glicose na urina	
Actividades especiais	Apoio emocional Aplica-se ao utente/família que apresenta sinais de inadaptação ao internamento, à doença, à incapacidade ou morte e que necessita de apoio para enfrentar a situação. Ensino programado Aplica-se ao utente/familiar que necessitem de um ensino específico quer no âmbito dos cuidados de saúde, quer de estimulação ao autocuidado de modo a adquirir a independência e integrar-se no seu meio familiar, social e profissional. Deficiência sensorial não compensada Aplica-se ao utente que apresenta diminuição/ausência de visão e ou audição, desorientação no espaço e no tempo ou disfunção da expressão verbal Doente Isolado Aplica-se ao utente que pela sua situação clínica necessita de permanecer em isolamento individual ou colectivo. Doente Imobilizado Aplica-se ao utente que pela sua situação clínica requer a utilização de técnicas de imobilização	2-3
Avaliação e planeamento de cuidados	Avaliação e actualização do plano de cuidados Aplica-se ao utente que necessita de avaliação e reformulação do plano de cuidados Acolhimento e elaboração de plano de cuidados inicial Doente admitido que necessita de integração na unidade, de entrevista de acolhimento e estabelecimento de um plano de cuidados.	2-5

Anexo D – Instrumento de recolha de dados

Avaliação da carga de trabalho de enfermagem e das necessidades dos utentes em UCI

1 – Caracterização

Sexo: Feminino Masculino Idade:____ anos

1.1– Dados de internamento

Proveniência: ()Bloco operatório ()Sala de emergência

() Internamento () Outra UCI

Tipo de internamento: ()Médico

() Cirúrgico electivo

() Cirúrgico urgência

Diagnóstico na admissão:_____

2– Tempo efectivo do enfermeiro: _____

3 - SAPSII:_____

4 - Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem – TISS 28

Código: ____/____

ACTIVIDADES BÁSICAS	Score
Monitorização básica: sinais vitais horários, avaliação e registo regular do balanço hídrico	5
Análises: bioquímicas e microbiológicas, incluindo gasimetrias	1
Medicação única, e.v., i.m., s.c., e/ou oral (por exemplo SNG)	2
Medicação múltipla e.v., mais de um fármaco, em bólus ou perfusão contínua	3
Mudança de roupa simples: cuidados e prevenção de decúbito e mudanças diárias de pensos	1
Mudança de roupa complexa: mudança frequente de pensos (pelo menos uma vez por turno de enfermagem) e/ou cuidados importantes a feridas	1
Drenagens: todas, excepto SNG	3
SUPORTE RESPIRATÓRIO	
Ventilação artificial: qualquer forma de ventilação mecânica ou assistida, invasiva ou não invasiva, com ou sem PEEP, com ou sem relaxantes musculares	5
Suporte ventilatório: respiração espontânea por tudo endotraqueal, sem PEEP, suplementação de oxigénio por qualquer método, excepto se por ventilação mecânica	2
Cuidados de via aérea: tubo endotraqueal ou traqueostomia	1
Medidas de suporte da função pulmonar: cinesiterapia respiratória, espirometria intensiva, terapêutica inalatória e aspiração endotraqueal sem tubo traqueal ou traqueostomia	1
SUPORTE CARDIOVASCULAR	
Fármaco vasoactivo único: qualquer fármaco vasoactivo EV em perfusão contínua	3
Fármacos vasoactivos múltiplos: mais do que um fármaco vasoactivo EV em perfusão contínua independentemente do tipo ou da dose	4
Substituição de volume: administração de fluidos > 3L/m2/dia, aproximadamente >4,5L/dia independentemente do tipo de fluido administrado	4
Linha arterial periférica	5
Monitorização hemodinâmica: cateter da artéria pulmonar, com ou sem medição do débito cardíaco	8
Catéter venoso central	2
Ressuscitação cardiorespiratória após paragem nas 24h prévias (não inclui a simples percussão pré cordial)	3
SUPORTE RENAL	
Técnicas dialíticas: todas	3
Monitorização do débito urinário através de cateter urinário	2
Diurese forçada, diurese activa (furosemida associado com sobrecarga hídrica)	3
SUPORTE NEUROLÓGICO	
Monitorização da pressão intracraniana	4
SUPORTE METABÓLICO	
Tratamento da alcalose/acidose metabólica complicada	4

Alimentação parentérica	3
Alimentação através de SNG ou outra via gastrointestinal (p. ex. jejunostomia)	2
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS	
Intervenção específica na UCI: entubação naso ou orotraqueal, introdução de pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência nas 24h prévias, lavagem gástrica. Não estão incluídas intervenções de rotina sem consequências directas na condição clínica do doente tais como radiografias, ecografias, electrocardiogramas, pensos ou introdução de cateter venoso ou arteriais	3
Intervenções específicas múltiplas na UCI: mais do que uma, como descrito acima	5
Intervenções específicas fora da UCI: procedimentos diagnósticos ou cirurgia	5
Notas: Medicação e.v. múltipla exclui Medicação e.v.única; Ventilação mecânica exclui suporte ventilatório; Fármacos vasoactivos múltiplos exclui fármaco vasoactivo único; Intervenções específicas múltiplas na UCI exclui intervenção específica única na UCI	TOTAL

5 - Quadro de classificação de doentes por graus de dependência de cuidados de enfermagem – UCI

ACTIVIDADES SELECCIONADAS		pts	Código: ____/____
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)			
. Independente		1	
. Ajuda parcial		3	
. Ajuda total		6	
. Ajuda total com cuidados especiais		8	
ALIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)			
. Independente / dieta zero / por familiar		1	
. Ajuda parcial		4	
. Ajuda total		10	
. Sonda nasogástrica / gastrostomia		12	
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)			
. Independente		0	
. Independente com supervisão		1	
. Ajuda parcial 3 - 5 x dia		6	
. Ajuda parcial ≥ 6 x dia		10	
. Ajuda total 5 - 6 x dia		12	
. Ajuda total ≥ 7 x dia		16	
ELIMINAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)			
. Independente		1	
. Ajuda parcial		4	
. Ajuda total / incontinente / ostomizado		7	
(assinale também, se se aplicar)			
. Algaliado		2	
TERAPÊUTICA (assinale todos os níveis que se aplicarem)			
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia		1	
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia		2	
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas ≥ 5 x dia		4	
. Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia		2	
. Via parentérica - IM - IV - SC 3 - 4 x dia		4	
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 5 x dia		8	
. Transusão / soro intermitente		3	
. Perfusão contínua		4	

. Alimentação parentérica	8							
. Oxigenoterapia	2							
. Inaloterapia	3							
TRATAMENTOS (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Penso simples	2							
. Penso simples a várias lesões	4							
. Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia	3							
. Penso com dreno ou sist. drenagem 2 x dia	6							
. Penso a lesão aberta 1 x dia	5							
. Penso a lesão aberta 2 x dia	10							
. Irrigação 1 - 2 x dia	4							
. Irrigação ≥ 3 x dia	12							
. Aspiração de secreções - oral ou nasofaringea	8							
. Tricotomia	3							
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. T P R 1 - 4 x dia	1							
. T P R ≥ 5 x dia	3							
. Pressão arterial 1 - 2 x dia	1							
. Pressão arterial 3 - 4 x dia	3							
. Pressão arterial 5 - 8 x dia	5							
. Pressão arterial ≥ 9 x dia	8							
. Monitorizado	3							
. Sinais neurológicos	3							
. Teste rápido de glicémia	3							
. Aceteste / glicofita	3							
ATIVIDADES ESPECIAIS (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Apoio emocional	2							
. Ensino programado	3							
. Deficiência sensorial não compensada	3							
. Doente isolado / imobilizado	3							
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)								
. Avaliação e actualização do plano de cuidados	2							
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	5							
TABELA DE CONVERSÃO								
Pontos								
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	H.C.N.
0 - 3	1	30 - 33	4,5	61 - 64	8	92 - 95	11,5	Média HCN
4 - 7	1,5	34 - 38	5	65 - 69	8,5	96 - 99	12	
8 - 11	2	39 - 42	5,5	70 - 73	9	100 - 104	12,5	
12 - 16	2,5	43 - 47	6	74 - 77	9,5	105 - 108	13	
17 - 20	3	48 - 51	6,5	78 - 82	10	109 - 113	13,5	
21 - 25	3,5	52 - 55	7	83 - 86	10,5	114 - 117	14	
26 - 29	4	56 - 60	7,5	87 - 91	11	118 - 121	14,5	

Anexo E – Tabela de teste post-hoc *Bonferroni* – TISS28

Post Hoc Tests

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Grupos de diagnóstico	(J) Grupos de diagnóstico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound
HORAS DE CUIDADOS PRESTADAS - TISS28	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	-2,349	1,414	1,000	-6,579	1,880
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-6,159	1,138	0,000	-9,560	-2,757
		Infecções pelo VIH e clinica associada	-3,067	1,551	0,752	-7,706	1,572
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	4,373	1,226	0,008	0,706	8,039
		Outro grupo	-3,685	1,366	0,118	-7,769	0,398
	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	2,349	1,414	1,000	-1,880	6,579
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-3,809	1,316	0,067	-7,746	0,127
		Infecções pelo VIH e clinica associada	-0,718	1,687	1,000	-5,762	4,327
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	6,722	1,394	0,000	2,554	10,890
		Outro grupo	-1,336	1,518	1,000	-5,875	3,203
	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	6,159	1,138	0,000	2,757	9,560
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	3,809	1,316	0,067	-0,127	7,746
		Infecções pelo VIH e clinica associada	3,092	1,463	0,547	-1,283	7,466
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	10,531	1,112	0,000	7,206	13,856
		Outro grupo	2,473	1,264	0,788	-1,306	6,253
	Infecções pelo VIH e clinica associada	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	3,067	1,551	0,752	-1,572	7,706
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	0,718	1,687	1,000	-4,327	5,762
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-3,092	1,463	0,547	-7,466	1,283
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	7,440	1,533	0,000	2,856	12,023
		Outro grupo	-0,618	1,646	1,000	-5,541	4,305

Dependent Variable	(I) Grupos de diagnóstico	(J) Grupos de diagnóstico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
	Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	-4,373	1,226	0,008	-8,039	-0,706
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	-6,722	1,394	0,000	-10,890	-2,554
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-10,531	1,112	0,000	-13,856	-7,206
		Infecções pelo VIH e clinica associada	-7,440	1,533	0,000	-12,023	-2,856
		Outro grupo	-8,058	1,344	0,000	-12,078	-4,038
	Outro grupo	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	3,685	1,366	0,118	-0,398	7,769
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	1,336	1,518	1,000	-3,203	5,875
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-2,473	1,264	0,788	-6,253	1,306
		Infecções pelo VIH e clinica associada	0,618	1,646	1,000	-4,305	5,541
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	8,058	1,344	0,000	4,038	12,078
HORAS DE CUIDADOS IDENTIFICADAS - TISS28	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	-1,903	1,271	1,000	-5,704	1,899
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-5,982	1,022	0,000	-9,040	-2,925
		Infecções pelo VIH e clinica associada	-2,874	1,394	0,619	-7,044	1,295
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	3,991	1,102	0,006	0,696	7,287
		Outro grupo	-3,714	1,227	0,045	-7,384	-0,043
	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	1,903	1,271	1,000	-1,899	5,704
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-4,080	1,183	0,011	-7,618	-0,541
		Infecções pelo VIH e clinica associada	-0,972	1,516	1,000	-5,506	3,562
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	5,894	1,253	0,000	2,148	9,640
		Outro grupo	-1,811	1,364	1,000	-5,890	2,269
	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	5,982	1,022	0,000	2,925	9,040
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	4,080	1,183	0,011	0,541	7,618
		Infecções pelo VIH e clinica associada	3,108	1,315	0,293	-0,824	7,039
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	9,973	0,999	0,000	6,985	12,962
		Outro grupo	2,269	1,136	0,719	-1,128	5,666

Dependent Variable	(I) Grupos de diagnóstico	(J) Grupos de diagnóstico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
	Infecções pelo VIH e clínica associada	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	2,874	1,394	0,619	-1,295	7,044
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	0,972	1,516	1,000	-3,562	5,506
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-3,108	1,315	0,293	-7,039	0,824
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	6,865	1,377	0,000	2,746	10,985
		Outro grupo	-0,839	1,480	1,000	-5,264	3,586
	Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	-3,991	1,102	0,006	-7,287	-0,696
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	-5,894	1,253	0,000	-9,640	-2,148
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-9,973	0,999	0,000	-12,962	-6,985
		Infecções pelo VIH e clínica associada	-6,865	1,377	0,000	-10,985	-2,746
		Outro grupo	-7,705	1,208	0,000	-11,317	-4,092
	Outro grupo	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	3,714	1,227	0,045	0,043	7,384
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	1,811	1,364	1,000	-2,269	5,890
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-2,269	1,136	0,719	-5,666	1,128
		Infecções pelo VIH e clínica associada	0,839	1,480	1,000	-3,586	5,264
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	7,705	1,208	0,000	4,092	11,317

 The mean difference is significant at the .05 level.

Anexo F– Tabela de teste post-hoc *Bonferroni* – SCD/E

Post Hoc Tests

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Grupos de diagnóstico	(J) Grupos de diagnóstico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound
HORAS DE CUIDADOS PRESTADAS - SCD	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	-0,040	0,269	1,000	-0,845	0,765
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-1,106	0,217	0,000	-1,754	-0,458
		Infecções pelo VIH e clinica associada	-0,707	0,295	0,273	-1,590	0,177
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	-0,299	0,234	1,000	-0,998	0,399
		Outro grupo	-2,262	0,260	0,000	-3,040	-1,485
	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	0,040	0,269	1,000	-0,765	0,845
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-1,066	0,251	0,001	-1,816	-0,316
		Infecções pelo VIH e clinica associada	-0,667	0,321	0,599	-1,627	0,294
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	-0,259	0,265	1,000	-1,053	0,534
		Outro grupo	-2,222	0,289	0,000	-3,087	-1,358
	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	1,106	0,217	0,000	0,458	1,754
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	1,066	0,251	0,001	0,316	1,816
		Infecções pelo VIH e clinica associada	0,399	0,279	1,000	-0,434	1,232
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	0,807	0,212	0,003	0,173	1,440
		Outro grupo	-1,156	0,241	0,000	-1,876	-0,437
	Infecções pelo VIH e clinica associada	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	0,707	0,295	0,273	-0,177	1,590
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	0,667	0,321	0,599	-0,294	1,627
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-0,399	0,279	1,000	-1,232	0,434
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	0,407	0,292	1,000	-0,465	1,280
		Outro grupo	-1,556	0,314	0,000	-2,493	-0,618

Dependent Variable	(I) Grupos de diagnóstico	(J) Grupos de diagnóstico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
	Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	0,299	0,234	1,000	-0,399	0,998
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	0,259	0,265	1,000	-0,534	1,053
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-0,807	0,212	0,003	-1,440	-0,173
		Infecções pelo VIH e clínica associada	-0,407	0,292	1,000	-1,280	0,465
		Outro grupo	-1,963	0,256	0,000	-2,728	-1,197
	Outro grupo	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	2,262	0,260	0,000	1,485	3,040
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	2,222	0,289	0,000	1,358	3,087
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	1,156	0,241	0,000	0,437	1,876
		Infecções pelo VIH e clínica associada	1,556	0,314	0,000	0,618	2,493
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	1,963	0,256	0,000	1,197	2,728
HORAS DE CUIDADOS IDENTIFICADAS - SCD	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	-0,166	0,330	1,000	-1,153	0,820
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-1,365	0,265	0,000	-2,159	-0,572
		Infecções pelo VIH e clínica associada	-0,552	0,362	1,000	-1,634	0,531
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	-0,316	0,286	1,000	-1,171	0,540
		Outro grupo	-2,121	0,319	0,000	-3,074	-1,169
	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	0,166	0,330	1,000	-0,820	1,153
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-1,199	0,307	0,002	-2,117	-0,281
		Infecções pelo VIH e clínica associada	-0,385	0,394	1,000	-1,562	0,791
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	-0,149	0,325	1,000	-1,122	0,823
		Outro grupo	-1,955	0,354	0,000	-3,014	-0,896
	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	1,365	0,265	0,000	0,572	2,159
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	1,199	0,307	0,002	0,281	2,117
		Infecções pelo VIH e clínica associada	0,814	0,341	0,278	-0,207	1,834
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	1,050	0,259	0,001	0,274	1,825
		Outro grupo	-0,756	0,295	0,173	-1,638	0,126

Dependent Variable	(I) Grupos de diagnóstico	(J) Grupos de diagnóstico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
	Infecções pelo VIH e clinica associada	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	0,552	0,362	1,000	-0,531	1,634
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	0,385	0,394	1,000	-0,791	1,562
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-0,814	0,341	0,278	-1,834	0,207
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	0,236	0,358	1,000	-0,833	1,305
		Outro grupo	-1,569	0,384	0,001	-2,718	-0,421
	Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	0,316	0,286	1,000	-0,540	1,171
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	0,149	0,325	1,000	-0,823	1,122
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	-1,050	0,259	0,001	-1,825	-0,274
		Infecções pelo VIH e clinica associada	-0,236	0,358	1,000	-1,305	0,833
		Outro grupo	-1,806	0,314	0,000	-2,743	-0,868
	Outro grupo	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	2,121	0,319	0,000	1,169	3,074
		Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	1,955	0,354	0,000	0,896	3,014
		Doenças Infecciosas e Parasitárias	0,756	0,295	0,173	-0,126	1,638
		Infecções pelo VIH e clinica associada	1,569	0,384	0,001	0,421	2,718
		Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	1,806	0,314	0,000	0,868	2,743

 The mean difference is significant at the .05 level.

Anexo E –Tabela de teste não paramétrico *Kurskal Wallis*

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	Grupos de diagnóstico	N	Mean Rank
HORAS DE CUIDADOS PRESTADAS - TISS28	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	25	53,68
	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	16	75,19
	Doenças Infecciosas e Parasitárias	38	95,38
	Infecções pelo VIH e clinica associada	12	80,25
	Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	27	23,43
	Outro grupo	18	86,17
	Total	136	
HORAS DE CUIDADOS IDENTIFICADAS - TISS28	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	25	53,66
	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	16	71,81
	Doenças Infecciosas e Parasitárias	38	96,72
	Infecções pelo VIH e clinica associada	12	80,42
	Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	27	22,52
	Outro grupo	18	87,61
	Total	136	

Test Statistics(a,b)

	HORAS DE CUIDADOS PRESTADAS - TISS28	HORAS DE CUIDADOS IDENTIFICADAS - TISS28
Chi-Square	62,253	65,805
df	5	5
Asymp. Sig.	,000	,000

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Grupos de diagnóstico

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	Grupos de diagnóstico	N	Mean Rank
HORAS DE CUIDADOS PRESTADAS - SCD	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	25	43,00
	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	16	42,88
	Doenças Infecciosas e Parasitárias	38	82,87
	Infeções pelo VIH e clínica associada	12	70,46
	Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	27	54,81
	Outro grupo	18	115,58
	Total	136	
HORAS DE CUIDADOS IDENTIFICADAS - SCD	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	25	39,42
	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	16	49,97
	Doenças Infecciosas e Parasitárias	38	86,80
	Infeções pelo VIH e clínica associada	12	63,21
	Doenças e Perturbações cérebro-vasculares	27	56,31
	Outro grupo	18	108,53
	Total	136	

Test Statistics(a,b)

	HORAS DE CUIDADOS PRESTADAS - SCD	HORAS DE CUIDADOS IDENTIFICADAS - SCD
Chi-Square	52,610	47,916
df	5	5
Asymp. Sig.	,000	,000

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Grupos de diagnóstico