



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS -
DOUTORADO

SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ

GERENCIAMENTO DO TEMPO E CARGA DE TRABALHO EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: IMPLICAÇÕES NOS
REGISTROS DOS ENFERMEIROS

Rio de Janeiro

2017

SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ

Gerenciamento do tempo e carga de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva: implicações nos registros dos enfermeiros

Tese apresentada à banca de defesa do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Teresa Tonini.

Linha de Pesquisa: Bases moleculares, celulares, sistêmicas e ambientais do cuidado.

Rio de Janeiro

2017

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

D585 Diniz, Samanta Oliveira da Silva
 Gerenciamento do tempo e carga de trabalho em
 Unidade de Terapia Intensiva: implicações nos
 registros dos enfermeiros / Samanta Oliveira da
 Silva Diniz. -- Rio de Janeiro, 2017.
 203 f.

 Orientadora: Teresa Tonini.
 Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
 Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
 em Enfermagem e Biociências, 2017.

 1. Registros de enfermagem. 2. Carga de
 trabalho. 3. Gerenciamento do tempo. I. Tonini,
 Teresa, orient. II. Título.

SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ

Gerenciamento do tempo e carga de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva: implicações nos registros dos enfermeiros

Tese apresentada como requisito necessário para obtenção do título de doutor em ciências.
Qualquer citação atenderá as normas da ética científica.

Aprovado em: 05/07/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Teresa Tonini
Presidente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO)

Prof^a Dr^a Lucia Helena da Silva Correa Lourenço
1^a Examinadora (Escola de Enfermagem Anna Nery)

Prof^a Dr^a Donizete Vago Daher
2^a Examinadora (Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa- UFF)

Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo
3^a Examinadora (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO)

Dr^a Andréia Rodrigues Gonçalves Ayres
4^a Examinadora (Hospital Universitário Gaffree e Guinle- UNIRIO)

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado
Suplente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO)

Dr^a Viviane Pinto Martins Barreto
Suplente (Hospital Universitário Antônio Pedro- UFF)

“Mais vale uma pálida tinta do que
uma boa memória”

(Confúcio)

*A minha mãe, Rosa Maria
Oliveira da Silva, meu marido,
Fábio Diniz e minha tia-mãe, Ana
Maria Oliveira, meus maiores
parceiros e incentivadores.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, Autor da vida, que me sustentou e me permitiu alcançar mais uma conquista.

A minha família que sempre acreditou em mim, me dando força e incentivo.

A minha orientadora, Dr^a Teresa Tonini. Agradeço profundamente os ensinamentos e as reflexões que me auxiliaram na construção deste estudo e no meu crescimento como enfermeira e como ser humano. Obrigada pelos abraços, pelas palavras de carinho, pela doce convivência e pela confiança.

A banca examinadora, Prof^a Dr^a Lúcia Helena Silva Correa Lourenço, Prof^a Dr^a Donizete Vago Daher, Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Prof. Dr. Daniel Aragão Machado, Dr^a Andréia Rodrigues Gonçalves Ayres e Dr^a Viviane Pinto Martins Barreto que contribuíram valiosamente para a construção deste estudo.

As Prof^a Dr^a Eva Maria Costa e a Prof^a Dr^a Ilma Pastana que auxiliaram de forma inestimável na avaliação dos registros dos enfermeiros.

Aos queridos ex-alunos Amanda Matos, Ohanna Oliveira, Ivamor Lima, Paula Leite, Márcia Duarte e Simone Leandro que se disponibilizaram e se dedicaram na coleta de dados.

A Universidade Unigranrio e aos queridos coordenadores do curso de enfermagem, Dr^a Silvia Cristina Carvalho, Prof. Ms. Rodrigo Francisco de Jesus e Prof. Ms. Fabio Guilherme que apoiaram e incentivaram meu desenvolvimento.

Aos amigos e companheiros de turma, Aline Affonso Luna e Paulo Sérgio da Silva.

A todos os amigos que me apoiaram nessa caminhada, em especial, Michele Costa e Leoni Bomfim.

As chefias de enfermagem e enfermeiros líderes das Unidades de Terapia Intensiva, cenários deste estudo, que exercem a profissão com responsabilidade e cuidam dos clientes de forma inestimável.

RESUMO

DINIZ, Samanta Oliveira da Silva. **Gerenciamento do tempo e carga de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva: implicações nos registros dos enfermeiros.** Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2017. Orientadora: Dr^a Teresa Tonini.

O registro parece não ser reconhecido como expressão da imagem do cuidado de enfermagem, mas como atividade burocrática que o enfermeiro pode ou não executar. A execução está diretamente relacionada com as atividades e a dinâmica do setor. Se o plantão está “calmo”, o registro é realizado; se está “agitado” ele não é executado, indicando que não há priorização ou esforço para a sua realização. Ademais, os enfermeiros indicam o excesso de trabalho e a falta de tempo como fatores contribuintes à inexistência ou inconsistência dos seus registros. Definiu-se como objetivo geral avaliar os registros dos enfermeiros, considerando o gerenciamento do tempo, a carga de trabalho e a priorização de atividades no processo de trabalho em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Os objetivos específicos foram: Demonstrar a distribuição do tempo despendido pelos enfermeiros em intervenções de cuidados prestados de forma direta e indireta e em atividades associadas e pessoais, identificando as ações prioritárias em seu processo de trabalho; descrever a carga de trabalho dos enfermeiros, segundo o *Nursing Activities Score* (NAS) e avaliar os registros dos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada nas Unidades de Terapia Intensiva de dois hospitais universitários no estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada após autorização dos Comitês de Ética em Pesquisa, com demarcação de três momentos. No primeiro momento, se realizou o levantamento do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções/atividades, por meio da técnica de observação e da utilização de instrumento validado. No segundo momento realizou-se o levantamento da carga de trabalho dos enfermeiros, por meio da aplicação do *Nursing Activities Score* (NAS). No terceiro momento realizou-se a avaliação dos registros dos enfermeiros no prontuário do cliente. Após a análise dos dados separadamente, os resultados foram triangulados com vistas ao alcance do objetivo geral desta pesquisa. O mapeamento da distribuição do tempo dos enfermeiros mostrou que na UTI A, 19,8% do tempo dos enfermeiros foram dedicados às intervenções de cuidado de forma direta, 26,9% para cuidados de forma indireta, 10,1% às atividades associadas e 43,2% às atividades pessoais. Na UTI B, 20,5% do tempo foram dedicados às intervenções de cuidados diretos, 34,7% aos cuidados indiretos, 8,3% às atividades associadas e 36,5% às atividades pessoais. A produtividade foi de 56,8% e 72,3%, nas UTIs A e B, respectivamente. O escore médio geral do NAS foi de 61,1% e 61,6% nas UTIs A e B, respectivamente. Na UTI A, a equipe de enfermagem trabalhou com sobrecarga em um plantão diurno e um plantão noturno, enquanto na UTI B, a equipe de enfermagem trabalhou com sobrecarga em 10 plantões diurnos e em 18 plantões noturnos. Na avaliação dos registros dos enfermeiros, mais de 90% receberam a pontuação 2, ou seja, incompletos e não atendem aos padrões determinados pela Resolução nº429/2013 do COFEN. Os resultados da comparação dos dias de sobrecarga com os dias sem sobrecarga mostraram que independente da carga de trabalho do dia, os registros não apresentam mudança significativa em seu conteúdo e mostram-se incompletos, segundo a avaliação baseada na Resolução nº429/2012. Portanto, o resultado final confirma a tese de que os registros não são priorizados pelo enfermeiro quando gerencia o tempo em seu processo de trabalho, independente da carga de trabalho.

Palavras-chave: Registros de enfermagem; Gerenciamento do tempo; Carga de trabalho.

ABSTRACT

DINIZ, Samanta Oliveira da Silva. **Managing time and workload in the Intensive Care Unit: Implications in the records of nurses.** The Thesis (Doctorate in Nursing and Biosciences). Federal University of Rio de Janeiro - UNIRIO. Rio de Janeiro, 2017. Advisor: Dr. Teresa Tonini.

The record does not seem to be recognized as an expression of the image of nursing care, but as bureaucratic activity that nurses can or cannot perform. The implementation is directly related to the activities and the dynamics of the sector on duty is "calm", the record is performed; if it is "hurry", it is not performed, indicating that there is no prioritization or effort for its realization. In addition, nurses indicate the excess of work and lack of time as contributing factors to the lack or inconsistency of their records. It was defined as a general objective to evaluate the records of nurses, considering the time management, the work shift and the prioritization of activities in the work process in Intensive Care Units (ICU). The specific objectives were: to demonstrate the distribution of time given off by nurses in care interventions of direct and indirect way and associated activities and personal, identifying priority actions in their workflow; describe the work shift of nurses, according to the Nursing Activities Score (NAS) and evaluate the records of nurses of intensive care units. It is an evaluative research performed in Intensive Care Units of two university hospitals in the State of Rio de Janeiro. The data collection was carried out after approval of the Research Ethics Committees, with demarcation of three moments. At first, there was the lifting of the time aloof by nurses in interventions/activities using the technique of observation and the use of validated instrument. The second time was held in the lifting of the work shift of the nurses, through the application of Nursing Activities Score (NAS). The third time was held to evaluate the records of nurses in the medical records of the client. After the analysis of the data separately, the results were prepared with views to reach the objective of this research. The mapping of the distribution of the time of nurses showed that in ICU A, 19.8% of nurses' time were dedicated to directly care interventions, 26.9% to health care indirectly, 10.1% and 43.2% associated activities to personal activities. In ICU B, 20.5% of the time were dedicated to direct care, 34.7% indirect care, 8.3% to associated activities and 36.5% to personal activities. Productivity was of 56.8% and 72.3%, in ICU A and B, respectively. The overall average score was of 61.1% of NAS and 61.6% in ICUs A and B, respectively. In the ICU A, the nursing staff worked with overload in a day and a night shift, while in ICU B, the nursing staff worked with workload in day and night shifts, 10 and 18, respectively. In the evaluation of the nurses' records, more than 90% received score 2, i.e. incomplete and do not meeting the standards determined by the resolution N 429/2013 of the COFEN. The results of the comparison of the days of workload showed that, independent of the work shift, the records do not show significant change in their content and are incomplete, according to the assessment based on resolution N° 429/2012. Therefore, the final result confirms the thesis that the records are not prioritized by the nurse when he manages the time in his work process, independent of the work shift.

Keywords: Nursing records; Time management; Work shift.

RESUMEN

DINIZ, Samanta Oliveira da Silva. **Gestión del tiempo y carga de trabajo en Unidad de Cuidados Intensivos: Implicaciones en los registros de las enfermeras.** Tesis (Doctorado en Enfermería y Ciencias Biológicas. Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro – UNIRIO. Río de Janeiro, 2017. Asesora: Dra. Teresa Tonini.

El registro parece no ser reconocido como una expresión de la imagen del cuidado de enfermería, sino como actividad burocrática que la enfermera puede o no ejecutar. La ejecución está directamente relacionada con las actividades y la dinámica del sector en que si en el servicio está "tranquilo", el registro se lleva a cabo; si está "movimentado", no funciona, que indica que no hay priorización o esfuerzo para su consecución. Además, los enfermeros indican el exceso de trabajo y falta de tiempo como factores que contribuyen la falta o inconsistencia de sus registros. Define como objetivo general evaluar los registros de enfermería, teniendo en cuenta la gestión del tiempo, la carga de trabajo y la priorización de actividades en el proceso de trabajo en unidades de cuidados intensivos. Los objetivos específicos fueron: a demostrar la distribución del tiempo de las enfermeras en las intervenciones de atención de forma directa e indirecta y en actividades asociadas y personales, identificando acciones prioritarias en su flujo de trabajo; describir la carga de trabajo de las enfermeras, según la puntuación de las actividades de enfermería (NAS) y evaluar los registros de las enfermeras de unidades de cuidados intensivos. Se trata de una investigación evaluativa que se llevó a cabo en las unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios en el Estado de Río de Janeiro. La recolección de datos se llevó a cabo después de la autorización de los comités de ética, con la demarcación de tres momentos. En primer lugar, realizar el tiempo de las enfermeras en las intervenciones y actividades mediante la técnica de la observación y el uso del instrumento validado. En la segunda encuesta fue realizada de la carga de trabajo de las enfermeras a través de la aplicación de la puntuación de las actividades de enfermería (NAS). La tercera vez la evaluación de los registros de enfermería en el archivo del cliente. Tras el análisis de los datos por separado, los resultados fueron triangulados con el alcance del objetivo general de esta investigación. El mapeo de la distribución del tiempo de las enfermeras mostró que en la UCI A, 19.8% del tiempo de las enfermeras fueron dedicados directamente a las intervenciones de atención, 26.9% a la salud indirectamente, 10,1% y 43,2% asociados actividades a actividades personales. En la UCI B, 20.5% del tiempo dedicado a dirigir la atención, 34.7% indirecta, 8.3% a las actividades asociadas y 36.5% a las actividades personales. La productividad fue de 56,8% y 72.3% en las UCI A y B, respectivamente. La puntuación general media fue de 61,1% NAS y 61.6% en las infecciones urinarias A y B, respectivamente. En la UCI A, el personal de enfermería trabajó con sobrecarga en un turno de día y un nocturno, mientras que en la UCI B, el equipo trabajado con sobrecarga en 10 turnos durante el día y en 18 nocturnos. En la evaluación de los registros de las enfermeras, más del 90% recibió puntuación 2, es decir, incompletos y no cumplen con los estándares determinados por la resolución N° 429/2013 el COFEN. Los resultados de la comparación de los días de sobrecargar con los días sin sobrecargar demostraron que, independientemente de la carga de trabajo del día, los registros no muestran cambios importantes en su contenido y están incompletos, según la evaluación basada en la resolución N 429/2012. Por lo tanto, el resultado final confirma la tesis de que los registros no son priorizados por la enfermera cuanto al tiempo de su trabajo, independiente de la carga de trabajo.

Palabras clave: Registros de enfermería; Gestión del tiempo; Carga de trabajo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	A representação da (sobre)carga de trabalho no processo de trabalho de enfermagem	f. 36
Figura 2	Processo de trabalho em saúde segundo SANNA	f. 43
Figura 3	Relação dos registros de enfermagem nos aspectos assistenciais e gerenciais do processo de cuidar.	f. 56
Figura 4	Adaptação do quadro conceitual de qualidade a partir das três dimensões de Donabedian	f. 63
Figura 5	Demarcação dos três momentos de coleta de dados.	f. 65
Figura 6	Síntese do percurso da coleta e análise dos dados.	f. 75
Figura 7	Estatística descritiva da idade, tempo de formação profissional e tempo de atuação dos enfermeiros do Hospital A.	f. 79
Figura 8	Estatística descritiva da idade, tempo de formação profissional e tempo de atuação dos enfermeiros do Hospital B.	f. 79
Figura 9	Qualificação profissional dos enfermeiros do hospital A.	f. 80
Figura 10	Qualificação profissional dos enfermeiros do hospital B.	f. 81
Figura 11	Elementos do processo de trabalho de SANNA, a partir da análise da distribuição do tempo.	f. 120
Figura 12	Elementos do processo de trabalho de SANNA, a partir da análise da carga de trabalho.	f. 127
Figura 13	Elementos do processo de trabalho de SANNA, a partir da análise dos registros dos enfermeiros.	f.132
Figura 14	Figura 14: Elementos do processo de trabalho de SANNA, a partir da análise da distribuição do tempo, da carga de trabalho e dos registros dos enfermeiros.	f.140

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Principais estudos que tratam de carga de trabalho, segundo o título, autor, ano, fonte e objetivos. f. 38
- Quadro 2** Elementos do processo de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva, adaptado a partir do Modelo de SANNA. f. 46
- Quadro 3** Demonstrativo do número de domínios, classes de intervenções e intervenções, segundo a NIC. f. 83
- Quadro 4** Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas Intervenções de *NIC*, Atividades associadas e Atividades Pessoais nas UTIs dos hospitais A e B. f. 84
- Quadro 5** Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções do Domínio 1 – Fisiológico Básico da *NIC* nas UTIs dos hospitais A e B. f. 85
- Quadro 6** Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções do domínio 2- Fisiológico complexo da *NIC* nas UTIs dos hospitais A e B. f. 86
- Quadro 7** Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções do Domínio 3 – Comportamental da *NIC* nas UTIs dos hospitais A e B. f. 87
- Quadro 8** Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções do Domínio 4 – Segurança da *NIC* nas UTIs dos hospitais A e B. f. 88
- Quadro 9** Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções do Domínio 6 – Sistema de saúde da *NIC* nas UTIs dos hospitais A e B. f. 89
- Quadro 10** Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros na intervenção “Documentação” do Domínio 6 – Sistema de saúde da *NIC* nas UTIs dos hospitais A e B. f. 90
- Quadro 11** Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas Atividades Associadas nas UTIs dos hospitais A e B. f. 91
- Quadro 12** Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas Atividades Pessoais nas UTIs dos hospitais A e B. f. 92
- Quadro 13** Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nos Cuidados de forma direta, Cuidados de forma indireta, Atividades associadas e Atividades Pessoais nas UTIs dos hospitais A e B. f. 93

Quadro 14	Distribuição percentual das atividades/intervenções predominantes nas UTIs dos hospitais A e B.	f. 93
Quadro 15	Frequência de pontuação em cada item e subitem do NAS, em 24h, para clientes internados nas UTIs dos hospitais A e B.	f. 96
Quadro 16	Soma das pontuações do NAS, necessidades de profissionais, segundo a pontuação, o quadro de profissionais de enfermagem e a (sobre)carga de trabalho, por turno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI A.	f. 99
Quadro 17	Soma das pontuações do NAS, necessidades de profissionais, segundo a pontuação, o quadro de profissionais de enfermagem e a (sobre)carga de trabalho, por turno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI B.	f. 100
Quadro 18	Distribuição numérica dos registros nos prontuários dos clientes internados nos 36 dias de coleta de dados nas UTIs A e B. Rio de Janeiro, 2017. (N=457)	f.102
Quadro 19	Elementos mais frequentemente, raramente ou não encontrados nos registros dos enfermeiros das UTIs A e B. Rio de Janeiro, 2017.	f.105
Quadro 20	Distribuição quantitativa do número de enfermeiros, número de clientes, carga de trabalho segundo o NAS e as pontuações dos registros dos enfermeiros do serviço diurno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI A. Rio de Janeiro, 2017. N=71.	f.107
Quadro 21	Distribuição quantitativa do número enfermeiros, número de clientes, carga de trabalho segundo o NAS e as pontuações dos registros dos enfermeiros do serviço noturno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI A. Rio de Janeiro, 2017. N=74.	f.108
Quadro 22	Distribuição quantitativa do número enfermeiros, número de clientes, carga de trabalho segundo o NAS e as pontuações dos registros dos enfermeiros do serviço diurno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI B. Rio de Janeiro, 2017. N=163.	f.109
Quadro 23	Distribuição quantitativa do número enfermeiros, número de clientes, carga de trabalho segundo o NAS e as pontuações dos registros dos enfermeiros do serviço noturno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI B. Rio de Janeiro, 2017. N=149.	f.110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos enfermeiros participantes do estudo quanto ao sexo, idade, tempo de formação profissional, tempo de atuação nas Instituições estudadas e qualificação profissional, Rio de Janeiro.	f. 78
Tabela 2	Caracterização dos clientes segundo o sexo, idade e motivo de internação, Rio de Janeiro, 2017.	f. 82
Tabela 3	Estatísticas descritivas do <i>Nursing Activities Score</i> e das horas requeridas de cuidado pelos clientes internados nas UTIs.	f. 95
Tabela 4	Distribuição da relação de clientes por profissional de enfermagem por turnos durante os 36 dias de coleta de dados, nas UTIs A e B.	f. 98
Tabela 5	Estatísticas descritivas das horas disponíveis de enfermagem, por cliente-dia, nas UTIs.	f. 101
Tabela 6	Estatísticas descritivas da diferença entre as horas disponíveis de enfermagem e requeridas de cuidado por cliente-dia, nas UTIs.	f. 101
Tabela 7	Distribuição quantitativa e percentual das pontuações nos critérios de avaliação do instrumento “Avaliação dos registros do enfermeiro” na UTI A, Rio de Janeiro, 2017. (N=145)	f. 103
Tabela 8	Distribuição quantitativa e percentual das pontuações nos critérios de avaliação do instrumento “Avaliação dos registros do enfermeiro” na UTI B, Rio de Janeiro, 2017. (N=312)	f. 104
Tabela 9	Distribuição numérica e percentual dos registros no <i>score</i> de avaliação do instrumento, nas UTIs A e B, Rio de Janeiro, 2017.	f. 106

LISTAS DE SIGLAS

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
NAS – *Nursing Activities Score*
APACHE - *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation*
SS - *Sepsis Score*
SSS - *Septic Severity Score*
SAPS - *Simplified Acute Physiologic Score*
MODS - *Multiple Organ Dysfunction Score*
SOFA - *Sepsis-related Organ Failure Assessment*
TISS - *Therapeutic Intervention Scoring System*
NEMS - *Nine Equivalent of Nursing Manpower use Score*
MMO - Múltiplos Momentos de Observação
MMR - *MultiMoment Recordings*
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
SCP – Sistema de Classificação de Pacientes
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem
HU – Hospital Universitário

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1.1 O ESTUDO ANTERIOR	17
1.2 O TEMA E O PROBLEMA.....	20
OBJETIVO GERAL:	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	25
1.3 JUSTIFICATIVA.....	26
BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS QUE FUNDAMENTAM O OBJETO	28
2.1 A Primeira Base: CARGA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: DOS MÚLTIPLOS CONCEITOS AO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA	29
2.1 A Segunda Base: O GERENCIAMENTO DO TEMPO NO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM	42
2.3 A Terceira Base: OS REGISTROS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR	51
MATERIAIS E MÉTODOS	61
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	62
3.2 CENÁRIOS DO ESTUDO	63
3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	64
3.4 ESTRATÉGIAS PARA PRODUÇÃO DOS DADOS	65
1º momento: Levantamento do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervencões/atividades: utilização de instrumento validado.....	66
2º momento: Levantamento da carga de trabalho da equipe de enfermagem: a aplicação do <i>Nursing Activities Score</i> (NAS).....	69
3º momento: A avaliação dos registros dos enfermeiros: uso de instrumento baseado na Resolução COFEN nº429/2012.	70

3.5 TRATAMENTO DOS DADOS.....	72
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	76
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO ESTUDO	77
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CLIENTES INTERNADOS NOS CENÁRIOS DE ESTUDO NO PERÍODO DE COLETA DE DADOS.....	82
4.3 GERENCIAMENTO DO TEMPO PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE TRABALHO EM UTI.	83
4.4 A CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO O <i>NURSING ACTIVITIES SCORE</i>	95
4.5 AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DOS ENFERMEIROS	102
4.6 TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS - A CARGA DE TRABALHO E OS REGISTROS DOS ENFERMEIROS	107
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS	142
APÊNDICES	165
ANEXOS	174

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O ESTUDO ANTERIOR COMO PONTO DE PARTIDA

Esta investigação é o aprofundamento da dissertação anteriormente desenvolvida intitulada: “*Modus operandi* de registrar: diagnóstico situacional e propostas de intervenção” (DINIZ; TONINI, 2013), cujo objetivo foi analisar a forma e o conteúdo dos registros¹ da equipe de enfermagem em um hospital universitário.

Analisou-se 23 prontuários, identificando-se fragilidades no conteúdo de 626 registros de enfermagem. Constatou-se número reduzido de anotações por plantão, ausência de data e hora precedendo os registros, ilegibilidade, presença de rasuras e espaço em branco, erros ortográficos e uso indiscriminado de abreviaturas.

O conteúdo dos registros foi analisado sob à luz dos componentes dos cuidados básicos de enfermagem, segundo Virginia Henderson, nos quais se observou a insuficiência/ausência de anotações referentes às ações de cuidar. Dos 14 componentes de Henderson, foram encontrados registros de 7 ações de cuidar, a saber: Ajudar o paciente na respiração e a manter a temperatura do corpo dentro do limite normal; Ajudar o paciente na alimentação e ingestão de líquidos; Auxiliar o paciente na eliminação; Auxiliar o paciente a manter boa postura ao caminhar, sentar-se, deitar-se e mudar de posição; Ajudar o paciente a repousar e a dormir; Ajudar o paciente a não se descuidar da higiene pessoal, a manter-se bem arrumado e a proteger o tecido tegumentar e Ajudar o paciente a se comunicar com outros, exteriorizar suas necessidades e sentimentos.

A consulta aos prontuários na instituição investigada se deu no primeiro momento no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME). Posteriormente, a coleta foi realizada na enfermaria, pois no recorte temporal estabelecido para análise dos prontuários, alguns destes clientes² ainda se encontravam internados, sendo possível observar o processo de trabalho e o movimento dos enfermeiros no espaço de cuidar. Imprescindível destacar que a observação não foi realizada de forma sistemática e intencional, pois o objetivo do estudo não era analisar o cotidiano da enfermagem. Entretanto, o fato de a pesquisa ter como objeto os registros de

¹Neste estudo, considera-se como *Registro de Enfermagem*, toda e quaisquer anotação e evolução realizadas por enfermeiros no prontuário do cliente ou em impressos próprios da Instituição.

² A denominação de cliente está de acordo com a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde) nº 202 de 19 de junho de 2001, que aponta para a necessidade de criação de nova cultura de atendimento aos usuários dos Serviços de Saúde, pautada no mais amplo respeito à vida humana, bem como nos direitos de cidadania daqueles que eventualmente façam uso deles.

enfermagem, era quase impossível não analisar a operacionalização desses no processo de trabalho da enfermagem.

Nessa perspectiva, foi possível identificar que o movimento dos enfermeiros em suas atividades cotidianas tem características comuns entre os plantões, pois elas têm “forma” muito idêntica de distribuir o tempo e as ações. O arranjo e a distribuição das atividades acontecem praticamente como rotina, com horário certo para realização de cada procedimento e/ou cuidado de enfermagem, seja ele prestado de forma direta ou indireta.

Obviamente, devido à repetição das atividades, é possível se ter a previsibilidade dos acontecimentos. Entretanto, cada plantão tem suas particularidades e a carga de trabalho da equipe varia de acordo com a demanda de cuidados exigida pelos clientes e o nível de complexidade das situações-problemas a serem enfrentadas pelos enfermeiros. Portanto, mesmo que haja regularidade das atividades cotidianas não é possível prever exatamente tudo que possa acontecer.

Ademais à aparente regularidade do processo de trabalho dos enfermeiros, ao analisar os dados obtidos dos prontuários dos clientes, identificou-se certa similaridade dos registros dos enfermeiros sobre os cuidados prestados. A organização e estruturação dos registros são muito semelhantes e apresentam as mesmas fragilidades e deficiências, parecendo “corte e colagem” do plantão anterior. O conteúdo dos registros permitiu afirmar que era executado mecanicamente, como a repetição monótona das mesmas frases, quase regularmente incapazes de fornecer informações relevantes para avaliação do cliente e para representar a qualidade do cuidado prestado. Não foi possível identificar nos registros o levantamento de problemas baseado na avaliação criteriosa do cliente.

Ainda buscando sustentação na pesquisa anterior, após a análise dos achados nos prontuários, os resultados foram apresentados aos interessados – A equipe de enfermagem executora dos cuidados e dos registros – para que elas tivessem a dimensão da problemática e de suas “tragédias cotidianas”. Essa apresentação se deu através de encontros de reflexão, cuja temática tratava do diagnóstico sobre a situação dos registros.

Durante as discussões, verificou-se nas falas dos enfermeiros³ a existência de benefício de algumas atividades em detrimento de outras. O registro parece não ser reconhecido como expressão da imagem do cuidado de enfermagem, mas como atividade burocrática que o enfermeiro pode ou não executar. A execução está diretamente relacionada com a dinâmica do setor. Ou seja, se o plantão está “calmo”, o registro é realizado; se está

³A despeito de o convite ter sido extensivo a todos os profissionais de enfermagem, nos encontros realizados houve a participação apenas de enfermeiros assistenciais e chefias de enfermagem.

“agitado”, ele não é executado, mostrando que não há priorização ou esforço para a sua realização.

À medida que se aprofundavam as discussões nos encontros, percebeu-se que pulsava a questão fundamental, a causa das falhas. As limitações para a execução dos registros foram centradas sob a alegação do reduzido número de profissionais, da falta de tempo, do excesso de atribuições dos enfermeiros (especialmente atividades burocráticas e administrativas) e problemas operacionais (acesso aos prontuários).

Assumir posicionamento crítico sobre estes resultados possibilita pensar que as alegações dos enfermeiros são reais em relação à estrutura (pessoal) e aos processos (problemas operacionais e tempo).

Popper (1980) afirma que o critério que define a cientificidade de uma teoria é sua capacidade de ser refutada ou testada. Segundo os conceitos bachelardianos, esse estudo primeiro – a dissertação - é, por si, obstáculo epistemológico, pois é a experiência primeira na construção do espírito científico, explicada por Bachelard (1996, p.25) como:

A primeira experiência ou, para ser mais exato, a observação primeira é sempre um obstáculo inicial para a cultura científica. De fato, essa observação primeira se apresenta repleta de imagens; é pitoresca, concreta, natural, fácil. Basta descrevê-la para se ficar encantado. Parece que a compreendemos [...] há ruptura, e não continuidade, entre a observação e a experimentação.

Por isso, há a necessidade de replicações de estudos para que a experiência primeira não seja “colocada antes e acima da crítica”, defendida por Bachelard (op. cit.) como o “elemento integrante do espírito científico”. Assim, esse autor explica que como “a crítica não pôde intervir no modo explícito, a experiência primeira não constitui, de forma alguma, base segura”.

Popper (1980) também afirma que “se as observações iniciais têm alguma significação, se provocaram a necessidade de uma explicação, dando origem assim a uma hipótese, é porque não podiam ser explicadas pelo quadro teórico precedente”.

A partir dos pensamentos de Bachelard e de Popper e considerando as justificativas dos enfermeiros para as fragilidades dos registros, torna-se necessário o aprofundamento de estudos nesta temática, dadas as dimensões representativas dos registros para o cuidado ao cliente e a construção da enfermagem como prática científica.

1.2 O TEMA E O PROBLEMA

Registros de enfermagem completos e consistentes contribuem para o fortalecimento da profissão nas dimensões históricas, assistenciais, gerenciais, de ensino e pesquisa, além de ser o cumprimento de preceito ético da profissão, servir como indicador de qualidade, preservar a memória e história da profissão, retratar o saber, o fazer e a linguagem específica de enfermagem, contribuir para a segurança do cliente e em pesquisas e auditorias e operacionalizar o processo de enfermagem.

Gontijo (2004, p.48) afirma que sem a escrita “poucos especialistas ousam fazer assertivas, e a maior parte das interpretações é tão genérica e cautelosa que quase nada revela sobre a vida na pré-história”. Essa afirmação, embora tenha sido utilizada para demonstrar como a escrita marcou a história e ajudou a desvendá-la, também pode ser utilizada para caracterizar a importância da escrita ainda para os dias atuais e para o futuro. Somente a linguagem escrita oferece e oferecerá subsídios para resgatar, indubitavelmente, a memória e a história de vidas, famílias, gerações, eras e profissões.

No contexto hospitalar, especificamente no ambiente de cuidados intensivos, o registro escrito se configura como a melhor forma de comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado em saúde. A existência de registros consistentes facilita o entendimento entre as equipes e, por conseguinte, permite a continuidade, a qualidade e a segurança da assistência.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é área crítica destinada à assistência contínua a clientes graves, que requerem atenção profissional especializada, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (BRASIL, 2010).

Entende-se que, na UTI, a deficiência dos registros pode comprometer a tomada de decisão e a intervenção da equipe que executa o cuidado de forma direta e da equipe que ocupa os diversos níveis gerenciais da hierarquia organizacional. Em se tratando do cliente criticamente enfermo, cujas demandas de cuidados exigidas são mais intensas, a falha na documentação pode ter a gravidade aumentada de forma a lhe gerar riscos.

Para a equipe que executa os cuidados de forma direta, os registros realizados pela enfermagem podem ajudar na avaliação com vistas à manutenção ou mudança na conduta de enfermagem ou dos demais profissionais de saúde; além de possibilitar a identificação de respostas positivas e negativas frente à terapêutica prescrita e/ou o cuidado realizado.

No cuidado prestado de forma indireta, os gerentes de enfermagem usam os registros como direcionamento para a tomada de decisões que visam resolver ou minimizar problemas

inerentes e pertinentes ao ambiente, aos recursos humanos e materiais. Portanto, anotações de qualidade aperfeiçoam a aplicação de condutas mais adequadas na busca de solução de problemas, administração de recursos materiais e gestão de pessoas.

A velocidade das mudanças que marcam o contexto atual do cuidado em saúde nas UTIs exige respostas diferenciadas dos indivíduos e das instituições, no que diz respeito à efetividade dos serviços prestados. No âmbito da enfermagem, o alcance dos resultados está associado às questões do microespaço pertinente ao cotidiano da prática de cuidar e gerenciar. (ROSSI; SILVA, 2005).

O cuidado de enfermagem em UTI exige do enfermeiro o enfrentamento de inúmeros desafios estruturais e processuais, entre eles: o crescente grau de exigência técnico-científica devido ao aumento da complexidade das afecções orgânicas dos clientes, dos aparatos tecnológicos utilizados para o tratamento e das múltiplas possibilidades de intervenção; a necessidade de controle de qualidade da assistência prestada, mesmo diante das dificuldades enfrentadas pela falta de materiais/insumos para o tratamento/cuidado ao cliente; a falta de valorização do profissional por parte das instituições e o número reduzido de profissionais de enfermagem frente a complexidade de cuidados exigidos pelos clientes em UTI que gera sobrecarga de trabalho da equipe (SILVA; PADILHA, VATTIMO, 2016).

Estudos que envolvem, direta e/ou indiretamente, os registros de enfermagem, confirmam a alegação de que a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo são elementos importantes que contribuem para a baixa qualidade dos registros (FOSCHIERA; VIERA, 2004; PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004; PIMPÃO et al, 2010; QUEIROZ et al, 2012; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013). Todavia os resultados destes estudos são baseados em entrevistas com enfermeiros, o que permite afirmar que as alegações são baseadas no ponto de vista dos profissionais. Portanto, cabe a indagação se a perpetuação dessa precariedade dos registros pode mesmo ser assim justificada, tornando-se necessários outros estudos acerca do fenômeno para se testar a teoria buscando sua refutação ou sua confirmação.

Estudos sobre a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem, o dimensionamento de pessoal e o gerenciamento do tempo dos enfermeiros comprovam que a enfermagem, na atualidade, exerce suas atribuições num contexto caótico. O dimensionamento inadequado e insuficiente de pessoal, juntamente com a sobrecarga de trabalho das equipes tem gerado repercussões importantes e negativas sobre a saúde do trabalhador e sobre a qualidade dos cuidados ofertados e na segurança do paciente.

Entende-se por carga de trabalho a demanda de cuidados apresentada pelos clientes (BRITO; GUIARDELLO, 2011). Achados demonstram associação significativa entre as cargas de trabalho da equipe de enfermagem e eventos adversos, como quedas do leito e infecções relacionadas ao cateter venoso central. O aumento na relação cliente/enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem, aumenta a incidência desses indicadores, tendo implicação negativa na segurança do cliente (CHO et al., 2003; HARLESS, MARK, 2010; NEEDLEMAN et al., 2011; MAGALHAES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Atualmente, existe conflito quando se trata dessa questão, pois há duas vertentes. A primeira é a necessidade crescente de aumentar a oferta de serviços de saúde para atender a demanda, em contrapartida, existe a racionalização de custos gerada pela falta de recursos financeiros na área, colocando em questão o quadro de recursos humanos de enfermagem que, geralmente, representa o maior quantitativo e, conseqüentemente, o maior gasto orçamentário nas Instituições de Saúde (KURCGANT, 2005).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem tem sido foco de atenção das instituições de saúde por influenciar, diretamente, na qualidade e no custo da assistência (GIL et.al., 2011). Por um lado, o superdimensionamento implica em alto custo para a instituição; por outro, a desproporcionalidade entre a demanda de cuidados e o número de profissionais leva a sobrecarga de trabalho da equipe, influenciando diretamente na qualidade da assistência, prolongando o período de internação e, por conseguinte, gerando maior custo no tratamento dos clientes (GAIDZINSKI, 1994).

O cenário mundial e nacional aponta sérias questões no campo da saúde e da enfermagem relacionados à carência de mão-de-obra, desqualificação profissional, sobrecarga de trabalho, absenteísmo, presenteísmo e evasão profissional (CHAGURUTU; VALLABHAMENI, 2005; AIKEN; SOCHALSKI; LAKE, 1997; AIKEN et al, 2002; AIKEN et al, 2003; O'BRIEN-PALLAS, 2010).

A incorporação do termo carga de trabalho aos estudos de dimensionamento de pessoal se deve à necessidade de estimar a demanda de trabalho requerida dos profissionais de enfermagem nas atividades de cuidado ao cliente. A carga de trabalho- estabelecida a partir dos escores ou das pontuações que determinam o grau de dependência do cliente em relação aos cuidados de enfermagem- representa o número de horas dedicadas pela equipe de enfermagem (MAGALHAES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009).

Atualmente, o *Nursing Activities Score* (NAS) é o *score* mais utilizado para estimar o quantitativo de profissionais necessários na assistência direta e indireta ao cliente de acordo com o seu grau de complexidade/gravidade. Assim, ele levanta o número mínimo de

profissionais de enfermagem necessário para atender as necessidades dos clientes em cada turno de trabalho (VIEIRA; PADILHA, 2014).

Entretanto, o NAS não prevê como ocorre a distribuição, planejamento e controle do tempo pelo enfermeiro. No processo de trabalho em saúde, inúmeros fatores podem influenciar na forma como o enfermeiro gerencia o seu tempo com vistas a atender as inúmeras demandas e atividades que lhe são delegadas. O enfermeiro, no contexto hospitalar, possui múltiplas atribuições que envolvem o cuidado de forma direta e indireta, atividades burocráticas e gerenciais.

A maneira como o enfermeiro distribui as inúmeras atividades no seu processo de trabalho determina a importância e o valor que confere e atribui a cada ação que lhe é designada. Obviamente, devem-se ressaltar as dificuldades vivenciadas cotidianamente por profissionais de saúde, tais como: número reduzido de profissionais para atender as demandas, sucateamento das Instituições públicas de saúde e precariedade dos recursos materiais destinados à assistência. Essas são variáveis consideráveis quando se trata da organização e gerenciamento do tempo dos profissionais no seu processo de trabalho. Entretanto, de forma geral, pode-se afirmar que a distribuição das atividades no planejamento diário, incluindo a execução dos registros, está diretamente relacionada com a priorização das ações.

As considerações acima apresentadas permitem constatar que a problemática estrutural e processual vivida pela enfermagem é real, contudo, quando se trata dos registros, torna-se necessário avaliar se é o principal determinante. Ou seja, se ela justifica, em si e por si, a atual precariedade.

Destarte, torna-se fundamental avaliar os detalhes do processo de trabalho de enfermagem, a carga de trabalho de enfermagem, a distribuição do tempo e o movimento do corpo dos enfermeiros no espaço de cuidar, porque são elementos fundamentais para se compreender as dificuldades enfrentadas e estratégias adotadas por elas no cotidiano da prática de cuidar e gerenciar.

Pode-se definir processo de trabalho como algo que o ser humano produz consciente e propositadamente, com a utilização de instrumentos e com a finalidade de produzir algum produto ou serviço que tenha significado e utilidade para a vida (MARX, 1994; SANNA, 2007). Segundo Merhy (2007), processo de trabalho é o conjunto de práticas e técnicas cuidadoras determinadas, social e politicamente, por profissionais, clientes e gestores/gerentes dos serviços.

O processo de trabalho em saúde trata do cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde na dimensão microscópica. Neste cotidiano estão inseridos a produção e o consumo de serviços de saúde e toda a dinâmica do trabalho humano (PEDUZZI E SCHRAIBER, sem ano).

Neste estudo, conceituam-se como processo de trabalho em enfermagem, as ações de cuidados prestados de forma direta e indireta desenvolvidas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em seu cotidiano e os instrumentos/objetos de trabalho que utilizam para essa finalidade. O trabalho em saúde tem dinâmica muito peculiar, fazendo com que esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro incerto (BARBOZA; FRACOLLI, 2005). O trabalho da Enfermagem é bastante dinâmico, porque se fundamenta em cuidar de seres humanos singulares e complexos, que demandam necessidades de saúde esperadas e inesperadas.

Merhy e Franco (2005) afirmam que os debates sobre o processo de trabalho são importantes para se compreender a organização da assistência à saúde e, fundamentalmente, a sua potência transformadora, particularmente quando se debruça sobre a micropolítica de organização do trabalho.

O espaço, no qual ocorre a relação do enfermeiro com o cliente e com outros profissionais, imprime determinadas características no processo de trabalho da enfermagem (ROSSI; SILVA, 2005). Portanto, o estudo do processo de trabalho representa importante abordagem teórico-conceitual para elucidar inúmeras questões relacionadas ao cotidiano da prática de cuidar, gerenciar e ensinar em enfermagem.

Nesta tese, buscou-se avaliar se a (sobre)carga de trabalho, o gerenciamento do tempo e a priorização de atividades implicam⁴ diretamente nos registros dos enfermeiros.

A partir dessas considerações foram formulados três pressupostos para esta tese. O primeiro pressuposto foi de que existe sobre(carga) de trabalho dos enfermeiros. O segundo foi que a (sobre)carga de trabalho, embora seja real, não implica significativamente nos registros. O terceiro foi que no gerenciamento do tempo pelo enfermeiro, o registro no prontuário não é prioridade na execução das atividades diárias.

Portanto, a tese a ser defendida é que os registros não são priorizados pelo enfermeiro quando gerencia o tempo em seu processo de trabalho, independente da carga de trabalho.

⁴ Implicação, em um sentido geral, corresponde a relação entre duas sentenças, na qual a verdade da primeira permite inferir a verdade da segunda; ou em que a segunda é entendida como consequência da primeira (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008).

A problemática e questões aqui apontadas definem o objeto de estudo a ser investigado como: Os registros dos enfermeiros no processo de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.

Com base nos pressupostos descritos anteriormente, foi estabelecida para o estudo a seguinte questão norteadora:

Quais são as implicações da carga de trabalho, do gerenciamento do tempo e da priorização de atividades nos registros dos enfermeiros?

OBJETIVO GERAL:

Avaliar os registros dos enfermeiros, considerando o gerenciamento do tempo, a carga de trabalho e a priorização de atividades no processo de trabalho em Unidades de Terapia Intensiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Demonstrar a distribuição do tempo despendido pelos enfermeiros em intervenções de cuidados prestados de forma direta e indireta e em atividades associadas e pessoais, identificando as ações prioritárias em seu processo de trabalho.

Descrever a carga de trabalho dos enfermeiros, segundo o *Nursing Activities Score* (NAS).

Avaliar os registros dos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva.

1.3 JUSTIFICATIVA

A justificativa deste estudo se concentra, em primeiro lugar, na necessidade de se ampliar os conhecimentos acerca do processo de trabalho dos enfermeiros, da carga de trabalho e da qualidade dos registros em Unidade de Terapia Intensiva. Essas temáticas têm mobilizado pesquisadores e gestores de enfermagem em diversas áreas/campos de atuação profissional. Apesar dos esforços empenhados para investigar esses fenômenos, pode-se dizer que ainda existem lacunas importantes de conhecimento nesse campo, especialmente no que se trata da associação entre carga de trabalho e registros.

Vislumbram-se possibilidades para a construção do conhecimento na área de gestão em saúde e enfermagem, com a intenção de elucidar os profissionais e gestores acerca da forma como o enfermeiro planeja, organiza e administra as atividades no seu processo de trabalho, quais são as intervenções de enfermagem mais frequentes, qual o tempo gasto em cada intervenção, como ocorre a distribuição do tempo do enfermeiro entre as ações de cuidado de forma direta e indireta e como se apresenta a conformação das equipes de trabalho frente ao compromisso de desenvolver um processo de registro mais qualificado e consistente.

A fragilidade das anotações requer olhar crítico das gerentes de enfermagem e consequentemente intervenções sobre o processo global e sobre os subprocessos desempenhados pelos enfermeiros. Para que haja melhoria dos registros torna-se necessário o estabelecimento de metas e métodos para a solução do problema, mas antes e acima de tudo é preciso encontrar “a raiz do problema”, um dos objetivos desta tese.

No contexto assistencial, este estudo visa suscitar reflexões acerca da importância fundamental dos registros para a construção da ciência de enfermagem e estimular nos profissionais a vontade de melhorar a forma como se documenta o cuidado. O código de ética dos profissionais de enfermagem no Capítulo I, Seção I, artigo 25º afirma que é responsabilidade e dever do enfermeiro, registrar no prontuário do cliente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

No estado da arte foram encontradas pesquisas tendo como objeto o registro de enfermagem. Esses estudos apontam que a comunicação escrita tem sido negligenciada pelos profissionais de enfermagem na prática assistencial, evidenciando registros deficientes, insuficientes e por vezes ausentes e apontam algumas causas para a limitação na qualidade dos registros, tais como reduzido número de profissionais, falta de tempo hábil para realizar os registros, excesso de atividades administrativo-burocráticas, ausência de organização de trabalho das instituições, prevalecendo ainda a cultura de que a enfermagem é um serviço de

apoio as demais categorias, falta de valorização dos registros pela própria equipe de enfermagem e demais profissionais (PIVOTTO; FILHO; LUNARDI, 2004; PIMPÃO, 2010).

Todavia, os resultados desses estudos são baseados em entrevistas com enfermeiros, o que permite afirmar que as alegações são baseadas no ponto de vista dos profissionais. Este estudo se propõe a analisar os registros do enfermeiro e associá-lo (ou não) com a (sobre)carga de trabalho e a falta de tempo a partir de observações do processo de trabalho e da aplicação de instrumentos validados. Isso permitirá comparações entre os registros executados em plantões com sobrecarga de trabalho e plantões menos sobrecarregados, levando a comprovação ou refutação de hipóteses que até o momento não foram testadas.

Busca-se contribuição crítico-reflexiva sobre o cotidiano do enfermeiro na prática de cuidar/assistir e gerenciar em UTI. Espera-se que os resultados deste estudo possam auxiliar para o avanço das discussões e para novas perspectivas de análise sobre as temáticas.

O estudo se justifica ainda pela possibilidade de inserção do tema na Pesquisa Institucional: *“Gerência dos Serviços em Saúde: efeitos e mecanismos celulares, macro e micromoleculares do ambiente e do cuidado em saúde”*, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

**BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS QUE FUNDAMENTAM
O OBJETO**

2 BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS QUE FUNDAMENTAM O OBJETO

2.1 A Primeira Base: CARGA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: DOS MÚLTIPLOS CONCEITOS AO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA

A carga de trabalho de enfermagem tem sido fenômeno mundialmente discutido, pois implica na qualidade da assistência prestada aos clientes, na qualidade de vida dos profissionais e nos custos hospitalares (QUEIJO, 2008).

Nas pesquisas de enfermagem, o termo carga de trabalho é utilizado em diferentes perspectivas e com múltiplos significados e pode estar ligado ou não ao cuidado devido ao cliente (KIRCHHOF et al, 2011).

Alguns estudos sobre carga de trabalho analisam o fenômeno na perspectiva do grau de dependência do cliente, do tempo de trabalho da enfermagem, da complexidade das atividades de cuidado de forma direta ou indireta ao cliente (MORRIS et al, 2007). Enquanto outros analisam na perspectiva da saúde do trabalhador e as condições de trabalho que lhe são impostas, a saber: biológicas, ergonômicas, físicas, químicas, fisiológicas, mecânicas e psíquicas.

Os estudos que tratam da saúde do trabalhador (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998; NETO, 1998; SANCINETTI et al, 2009; SAPIA; FELLI; CIAMPONE, 2009; SECCO et al, 2010; KIRCHHOF et al, 2011; MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011; SANTANA et al, 2013; FLÔR; GELBCKE, 2013; OLIVEIRA, 2014) compreendem carga de trabalho a partir da concepção de Laurell e Noriega (1989) como sendo elementos do processo de trabalho que comunicam-se entre si e com o corpo do trabalhador de forma dinâmica, levando a processos de adaptação que se traduzem em desgaste. Os autores conceituam desgaste como a “perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica do trabalhador em adaptar-se às condições adversas encontradas no ambiente de trabalho”.

LAURELL E NORIEGA (1989) classificam as cargas de trabalho em cargas de materialidade externa (físicas, químicas, biológicas e mecânicas) e cargas de materialidade interna (cargas fisiológicas e psíquicas).

No cuidado em saúde, as cargas físicas originam-se essencialmente das exigências técnicas para transformação do objeto de trabalho (o cliente), estão relacionadas ao ruído, a umidade, a iluminação, as mudanças bruscas de temperatura, a eletricidade e a radiação. As cargas químicas são elementos presentes no ambiente de trabalho, por vezes manipulados pelo trabalhador para atingir a finalidade do seu trabalho, por exemplo, medicamentos, pós,

substâncias químicas (antissépticos, desinfetantes e esterilizantes), gases, poeira, fumaça, etc. As cargas biológicas estão relacionadas ao objeto de trabalho e as condições do ambiente, são os microrganismos provenientes de doenças infectocontagiosas, fluidos, secreções e manipulação de materiais contaminados e vetores. As cargas mecânicas são derivadas da operação dos instrumentos/tecnologias de trabalho e do próprio objeto de trabalho e tem relação com as condições de instalação e manutenção dos meios de produção, exemplos, manipulação de perfuro-cortante, quedas, agressões físicas (cliente e visitantes).

Quanto às cargas de materialidade interna, as fisiológicas provem do esforço físico, da interrupção do ciclo circadiano devido aos turnos de trabalho, das posições inadequadas durante as atividades, horas extras e jornadas prolongadas de trabalho. As cargas psíquicas são derivadas de elementos que são fontes de estresse, portanto, pode-se afirmar que engloba todas as outras cargas, pois está diretamente relacionada com elementos do processo de trabalho.

A análise da carga de trabalho é imprescindível para compreender as demandas de trabalho, ajudar no cálculo e dimensionamento de pessoal (MORRIS, 2007), explorar causas de absenteísmo (RAUHALA et al, 2007), avaliar a saúde do trabalhador e os riscos a que estão expostos e analisar saída precoce de trabalhadores dos seus postos de trabalho (HASSELHORN et al, 2005).

Atualmente, são mais frequentes os estudos que analisam a carga de trabalho na perspectiva do grau de dependência do cliente, do dimensionamento de pessoal e na quantificação da carga de trabalho da enfermagem, utilizando índices/instrumentos para sua mensuração. Embora o número de publicações sobre esse fenômeno tenha aumentado expressivamente, ainda é insuficiente para revelar as tragédias cotidianas vivenciadas pela categoria. Com o avanço da tecnologia, a superlotação e os problemas financeiros vivenciados pelas Instituições de Saúde, o aumento da complexidade da assistência e a redução do número de profissionais, a enfermagem executa seu trabalho em condições adversas e por vezes perigosas.

A despeito dos múltiplos conceitos apresentados na literatura, este estudo, por ter como cenário a UTI, assume carga de trabalho como o tempo de assistência de enfermagem requerido pelo profissional para o cuidado ao cliente em UTI, segundo suas necessidades (GONÇALVES, 2011).

A unidade de terapia intensiva (UTI) é uma área composta por elementos de suporte, acompanhamento e tratamento de clientes graves, porém recuperáveis, que necessitam de assistência ininterrupta de equipe multiprofissional qualificada e especializada, além de

recursos materiais sofisticados (DIAS; RESENDE; DINIZ, 2015; INOUE; MATSUDA, 2010).

A gênese do conceito de cuidar dos clientes graves em espaço especial surgiu a partir dos trabalhos de Florence Nightingale quando, durante a Guerra da Criméia, propôs tratar clientes graves com cuidados especializados e em local separados dos demais, o que gerou a redução da mortalidade de 40% para 2% (FIGUEIREDO; SILVA; SILVA, 2006).

Todavia, as UTIs somente tiveram origem na década de 60, mais precisamente durante a Guerra do Vietnã, devido a necessidade de atendimento e intervenções rápidas e eficientes aos soldados feridos e em estado crítico para que seu quadro não agravasse e para diminuir o risco de morte. Contudo, a assistência médica e de enfermagem era realizada de forma improvisada. A partir desse momento, as evoluções técnicas-científicas, sobretudo na área de biotecnologia, tenta acompanhar o aumento da complexidade das afecções orgânicas dos clientes. A necessidade de oferecer atendimento especial faz com que as UTIs concentrem em seu núcleo equipes altamente especializadas e com características peculiares (FIGUEIREDO; SILVA; SILVA, 2006).

Os profissionais que atuam em UTI devem responder à série de exigências, a saber: conhecimento técnico-científico, habilidade, destreza, disponibilidade para ficar confinado em ambiente hospitalar, disposição para cuidar de clientes críticos, preparo para adaptar-se aos ruídos dos aparelhos, preparo para a luta diária com a vida e a morte e constante atualização (FIGUEIREDO; SILVA; SILVA, 2006).

Na década de 70, mesmo com o crescimento do número de UTIs no Brasil existia pouca preocupação em mensurar a gravidade dos clientes (IDE; CHAVES, 1989). Embora já existissem alguns índices, estes não eram voltados para a avaliação do cliente especificamente em UTI geral (KILLIP; KIMBALL, 1967; TEASDALE; JENNETT, 1974; GOLDMAN et al, 1977).

Somente na década de 80 houve a intensificação na busca por indicadores que pudessem quantificar a gravidade do cliente crítico. Os índices de gravidade têm como objetivo primordial descrever quantitativamente o grau de disfunção orgânica de clientes graves e oferecem subsídio não só para a melhor avaliação da gravidade da doença, mas também da efetividade da terapêutica. Para índices de gravidade, ELIAS et al (2006, p.1) apresenta a seguinte definição:

São classificações numéricas relacionadas com determinadas características apresentadas pelos pacientes e que proporcionam meios para avaliar as probabilidades de morte e de morbidade resultantes de um quadro patológico.

Nesta década vários sistemas foram desenvolvidos, dentre eles o APACHE (*Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation*), desenvolvido em 1982 com o objetivo de classificar os clientes por meio de variáveis fisiológicas mensuradas; o SS (*Sepsis Score*), criado em 1983 para identificar a gravidade da sepse; o SSS (*Septic Severity Score*) criado em 1983 para avaliar as funções em diferentes sistemas orgânicos na presença de sepse: pulmonar, renal, coagulação, cardiovascular, hepático, gastrointestinal e neurológico; o SAPS (*Simplified Acute Physiology Score*) desenvolvido em 1983 utiliza a mensuração de 34 variáveis fisiológicas para prever o risco de mortalidade dos clientes internados na UTI (KNAUS et al, 1982; ELEBUTE; STONER, 1983; STEVENS, 1983; LE GALL; LOIRAT; ALPEROVITCH, 1983; DIAS; MATTA; NUNES, 2006).

A década de 90 foi marcada pela criação de novos sistemas e pelo aprimoramento de índices de gravidade já existentes (IDE; CHAVES, 1989).

Em 1991, foi desenvolvido o APACHE III. Trata-se do aperfeiçoamento do índice original para alcançar um instrumento mais preciso de avaliação de risco de mortalidade dos clientes graves. Em 1993, foi criado o SAPS II (*New Simplified Acute Physiology Score*), no qual o método utilizado permite converter o escore em índice de mortalidade hospitalar, utilizando-se de 12 variáveis fisiológicas, idade, tipo de admissão e três variáveis referentes à doença de base. Em 1995 foi criado o MODS (*Multiple Organ Dysfunction Score*) constituído por um sistema de pontuação para quantificar a gravidade da síndrome de disfunção de múltiplos órgãos, utilizando seis sistemas orgânicos: respiratório, renal, hepático, cardiovascular, neurológico e hematológico. Em 1996 foi criado o SOFA (*Sepsis-related Organ Failure Assessment*), escala elaborada para descrever quantitativamente as complicações do cliente crítico, avaliando a função individual de cada órgão isoladamente (KNAUS et al, 1991; LE GALL et al, 1993; MARSHALL et al, 1995; VINCENT et al, 1996; DIAS; MATTA; NUNES, 2006).

A influência das novas tecnologias no cuidado, as mudanças no perfil dos clientes graves e a exigência de profissionais especializados trouxeram à tona discussões e pesquisas sobre a carga de trabalho da enfermagem nas UTIs.

Assim, alguns índices foram propostos com o objetivo de analisar a carga de trabalho da enfermagem a partir da gravidade do cliente e complexidade da terapêutica/tratamento através de cuidados de forma direta e indireta (GUCCIONE; MORENA; PEZZI, 2004)

O TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*), desenvolvido em 1974, foi proposto, inicialmente, para avaliar a gravidade do cliente e, posteriormente, passou a classificar a gravidade de acordo com a quantidade de intervenções terapêuticas aplicadas.

Em 1996, Miranda e col., com o objetivo de facilitar a aplicação do TISS, propôs a alteração do instrumento para 28 intervenções constituído de itens relacionados às atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas, tornando-o mais simples e capaz de mensurar a carga de trabalho de enfermagem através do tempo utilizado pela equipe nos cuidados ao cliente (CULLEN et al, 1974; MIRANDA; RIJK; SCHAUFELI, 1996; DIAS; MATTA; NUNES, 2006)

Ainda em busca da versão menos extensa e mais acessível do TISS-28, foi desenvolvido o NEMS (*Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score*). Trata-se da forma mais simples de medida da carga de trabalho de enfermagem, por meio de um método de nove escores equivalentes. O NEMS inclui a monitorização padrão, medicação intravenosa, ventilação mecânica, suporte ventilatório suplementar, medicação vasoativa única ou múltipla, técnica de hemofiltração e intervenção específica na UTI e fora da UTI. O somatório da pontuação dos itens desse instrumento possibilita mensurar a carga de trabalho de enfermagem no período de 24 horas (PADILHA et al, 2005; MIRANDA; MORENO; IAPICHINO, 1997).

Em 2001, Miranda e alguns colaboradores propuseram a revisão e modificação do TISS-28. Esse processo foi realizado por 25 profissionais (15 médicos e 10 enfermeiros), de 15 países. Alguns elementos foram excluídos, agrupados ou acrescentados, finalizando o novo instrumento com 23 itens (MIRANDA; NAP; SCHAUFELI; IAPICHINO, 2002; DUCCI; ZANEI; WHITAKER, 2008). Após as modificações, o instrumento foi aplicado, simultaneamente, em UTIs de diversos países do mundo.

No período de uma semana, dois tipos de dados foram coletados: registro diário dos itens do instrumento em amostra de 2.041 clientes admitidos na UTI, tendo por base as informações das 24 horas e registro das atividades realizadas individualmente pelos componentes da equipe de enfermagem assistencial, em 30 momentos específicos do dia. O resultado foram 127.951 registros, de acordo com a técnica *MultiMoment Recordings* (MMR) ou Múltiplos Momentos de Observação (MMO). Após esse momento, os pesos e a redução dos itens foram calculados estatisticamente por meio do cruzamento dos dados obtidos nas duas formas de registro mencionadas (MIRANDA; NAP; SCHAUFELI; IAPICHINO, 2002; QUEIJO; PADILHA, 2009).

O resultado final desse processo gerou o *Nursing Activities Score* (NAS). O NAS é composto de 23 itens, divididos em categorias, a saber: atividades básicas e atividades. As atividades básicas são subdivididas em: (1) monitorização e controles, (2) investigações laboratoriais, (3) medicações, (4) procedimentos de higiene, (5) cuidados com drenos, (6)

mobilização e posicionamento, (7) suporte e cuidados aos familiares e pacientes, (8) tarefas administrativas e gerenciais. As atividades de suporte incluem: suporte ventilatório (9, 10,11), suporte cardiovascular (12, 13, 14, 15), suporte renal (16, 17), suporte neurológico (18), suporte metabólico (19, 20, 21) e intervenções específicas (22, 23). Os itens 1, 4, 6, 7 e 8 são mutuamente excludentes (MIRANDA; NAP; SCHAUFELI; IAPICHINO, 2002).

Para a aplicação do *NAS* considera-se o quadro mais crítico que o cliente apresentou nas 24 horas. Pode ser calculado uma vez ao dia considerando a análise das atividades realizadas nas últimas 24 horas ou pode ser aplicado a cada turno. Neste caso, deve-se considerar, no cômputo final, o valor mais elevado de cada item do instrumento identificado nos turnos e não a média entre os turnos. O *NAS* deve ser realizado sempre no mesmo horário quando aplicado uma vez ao dia a cada 24 horas (VIEIRA; PADILHA, 2014).

O somatório dos pontos do *NAS* determina o percentual de tempo de enfermagem dedicado à assistência direta e indireta ao cliente num período de 24 horas, variando de zero a 176,8. Cada ponto do *NAS* corresponde a 14 minutos e 40 segundos, neste sentido, 100 pontos equivalem às 24h de assistência.

O escore obtido no *NAS* é capaz de estimar o quantitativo de profissionais necessários na assistência direta e indireta ao cliente de acordo com o seu grau de complexidade/gravidade. Assim, indica o número mínimo de profissionais de enfermagem necessário para atender as necessidades dos clientes em cada turno de trabalho (VIEIRA; PADILHA, 2014).

O *NAS* por ser um instrumento que avalia a quantidade de horas de enfermagem dedicadas a assistência ao cliente, permite levantar concreta e objetivamente o número de profissionais necessários para desempenhar as atividades. A possibilidade da mensuração da carga de trabalho de enfermagem na UTI de forma objetiva permite afastar do processo de negociação alegações subjetivas baseadas unicamente na percepção dos profissionais.

A partir dessas considerações, é possível afirmar que os resultados obtidos com a aplicação do *NAS* podem ser utilizados, pelas chefias de enfermagem, como fundamento no processo de negociação de quantitativo de pessoal com as instâncias superiores na gestão hospitalar.

Inicialmente, a limitação da aplicabilidade do *NAS* no Brasil foi o fato do instrumento original ser de língua inglesa. Tendo em vista, as suas propriedades e sua capacidade para medir a carga de trabalho de enfermagem na UTI, o *NAS* foi adaptado transculturalmente e validado para a língua portuguesa (QUEIJO, 2002; QUEIJO; PADILHA, 2009).

A tradução do instrumento possibilitou avanços não somente na mensuração da carga de trabalho no cotidiano das UTIs brasileiras, o que possibilitou a adequação do quantitativo de pessoal e conseqüentemente melhora na assistência, mas também no avanço das pesquisas em enfermagem por meio da quantificação da carga de trabalho de enfermagem e a associação com indicadores de qualidade da assistência. Desde então, inúmeros estudos têm sido desenvolvidos tendo como objeto a carga de trabalho de enfermagem.

Em 2012, estudo desenvolvido por Brito, mensurou a carga de trabalho requerida pelos clientes atendidos em unidade de internação através do NAS e o validou clinicamente para os clientes internados em unidade de clínica médica (BRITO, 2012).

O NAS tem sido indicado como instrumento significativo para dimensionar a carga de trabalho da equipe de enfermagem em UTI por possibilitar a identificação do tempo de assistência dispensado aos clientes internados nestas unidades, contribuindo para o cálculo e a distribuição dos profissionais (MIRANDA et al, 2003; CONISHI, GAIDZINSKI, 2007; QUEIJO, PADILHA, 2004).

Inúmeros estudos têm comprovado que o NAS é um instrumento sensível, fidedigno e completo para mensuração da carga de trabalho não somente na UTI, mas também em unidades de internação e enfermarias com clientes de alta dependência por propiciar o levantamento do tempo dispensado pela enfermagem na assistência aos clientes, o que contribui para estimar o cálculo e a distribuição dos profissionais (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; LIMA; TSUKAMOTO; FUGULIN, 2008; CARMONA-MONGE et al, 2013; BRITO; GUIRARDELLO, 2011).

Os estudos de carga de trabalho têm gerado impacto no olhar dos gerentes e das Instituições sobre as atividades desempenhadas pela equipe de enfermagem. Os resultados revelam que alguns indicadores de qualidade da assistência e segurança do cliente são influenciados diretamente pela sobrecarga de trabalho e pelo dimensionamento inadequado dos trabalhadores.

Estudos demonstram associação significativa entre a carga de trabalho da equipe de enfermagem e eventos adversos, como quedas do leito e infecções relacionadas ao cateter venoso central. O aumento na relação cliente/enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem, aumenta a incidência desses indicadores, tendo implicação negativa na segurança do cliente (CHO et al., 2003; HARLESS, MARK, 2010; NEEDLEMAN et al., 2011; MAGALHAES et al., 2013).

Antunes e Costa (2003) afirmam que a sobrecarga de trabalho imposta à equipe de enfermagem se relaciona à variabilidade, simultaneidade das tarefas e responsabilidade nos

cuidados prestados. A realização de tarefas depende da cooperação entre os colegas de profissão, influenciando diretamente no relacionamento intra-equipe, fato que possibilita incluir o relacionamento interpessoal como vertente no contexto da carga de trabalho.

A partir das considerações expostas, pode-se afirmar que inúmeros fatores levam à (sobre)carga de trabalho da equipe de enfermagem. Por outro lado, essa sobrecarga de trabalho traz repercussão para a assistência ao cliente. A matriz a seguir (Figura 1) mostra a representação da (sobre)carga de trabalho no processo de trabalho de enfermagem.

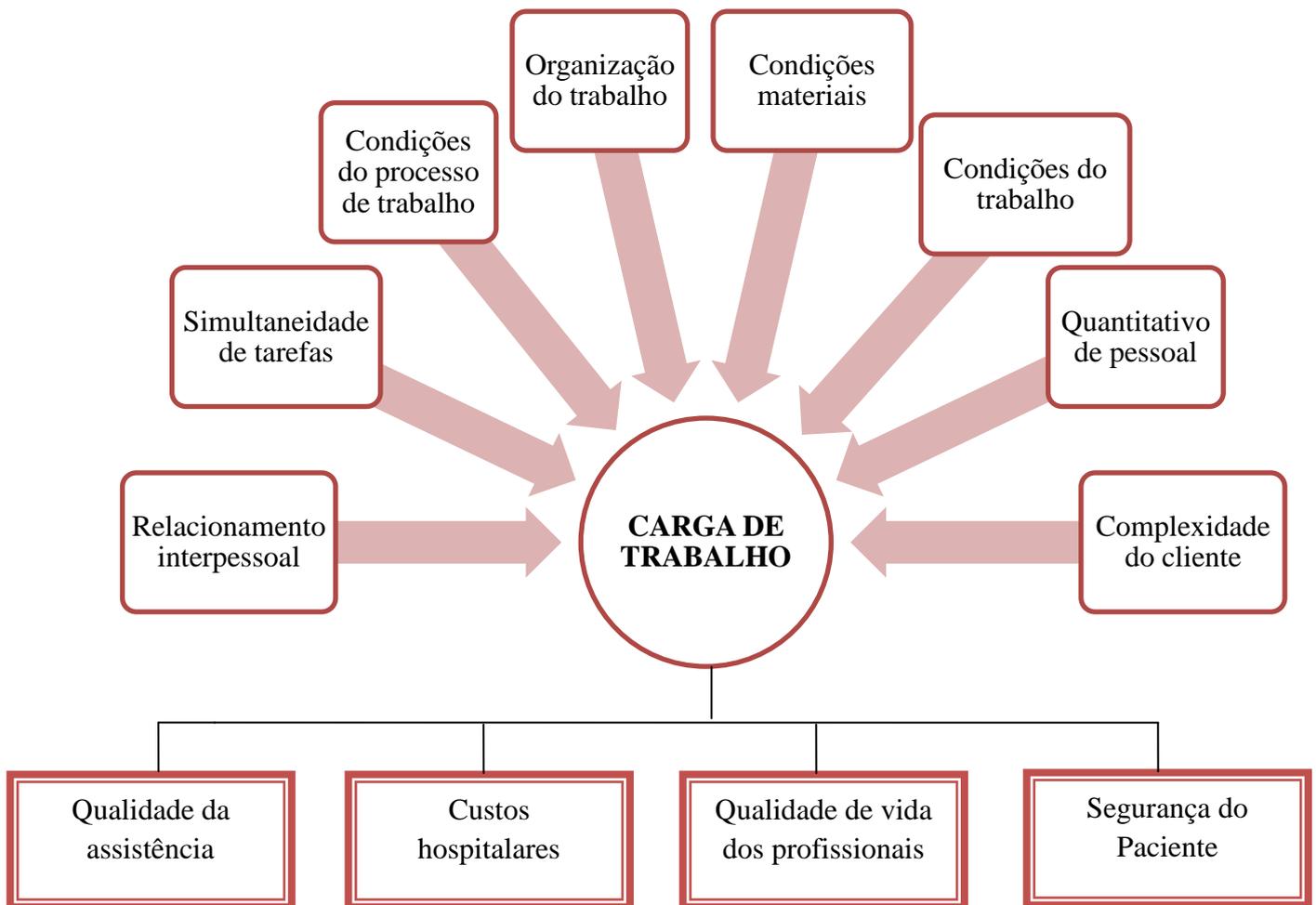


Figura 1: A representação da (sobre)carga de trabalho no processo de trabalho de enfermagem
Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

A carência de recursos humanos e a constante necessidade de atendimentos complexos e especializados geram sobrecarga de trabalho na equipe de enfermagem, o que pode dificultar/impossibilitar a implementação de medidas que contribuam para a qualidade do cuidado prestado de forma direta e indireta, entre elas a qualidade dos registros.

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre as pesquisas de carga de trabalho de enfermagem foi realizado levantamento em bases de dados eletrônicas. No quadro 1, apresenta-se a síntese dos principais estudos que abordaram o fenômeno em instituições hospitalares.

Quadro 1 – Principais estudos que tratam de carga de trabalho, segundo o título, autor, ano, fonte e objetivos. Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2017. (N=22)

TÍTULO	AUTOR	ANO	FONTE	OBJETIVOS DO ESTUDO
Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o <i>Nursing Activities Score</i> (NAS)	Gonçalves, LA Garcia, PC Toffoletto, MC Telles, SCR Padilha, KG	2006	Revista Brasileira de Enfermagem	Caracterizar os pacientes internados na UTI quanto aos dados biossociais e de internação, e verificar as necessidades diárias de cuidados de enfermagem, segundo o NAS.
Consequências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva	Toffoletto, MC Padilha, KG	2006	Revista da escola de enfermagem da USP	Caracterizar erros de medicação e avaliar consequências na gravidade dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e duas Semi-Intensivas (USI) de duas instituições hospitalares do município de São Paulo.
<i>Nursing activities score</i> e o cuidado em uma unidade de terapia intensiva	Ferreira, SC Santos, MJOL Estrela, FM	2016	Arq Ciênc. saúde	Investigar a relação que os enfermeiros estabelecem entre a carga de trabalho vivenciada em uma unidade de terapia intensiva e o cuidado prestado
Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho em UTI	Conishi, RMY Gaidzinski, RR	2007	Revista da escola de enfermagem da USP	Avaliar o NAS – <i>Nursing Activities Score</i> - como medida de carga de trabalho de enfermagem; sua aplicabilidade por turnos e sua correspondência com o quantitativo de enfermagem efetivo.
Estudo comparativo da carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia Intensiva geral e especializada, segundo o <i>Nursing Activities Score</i> (NAS)	Queijo, AF	2008	TESE USP	Analisar a carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia Intensiva geral e especializada, segundo o <i>Nursing Activities Score</i> (NAS)
Aplicação do <i>NURSING ACTIVITIES SCORE</i> em pacientes de alta dependência de	Lima, MKF; Tsukamoto, R; Fugulin, FMT.	2008	Revista Texto e Contexto	Avaliar a aplicabilidade do NAS, como instrumento de medida da carga de trabalho de enfermagem na assistência, aos pacientes de alta dependência de enfermagem; Relacionar

enfermagem.				a pontuação média obtida com os tempos médios de assistência preconizados pelo COFEN.
Preditores da demanda de trabalho de enfermagem para idosos internados em unidade de terapia intensiva	Sousa, CR Gonçalves, LA Toffotello, MC Leão, K Padilha, KG	2008	Revista Latino-americana de enfermagem	Comparar a gravidade e a demanda de trabalho de enfermagem entre idosos, de diferentes faixas etárias, na UTI, e identificar os preditores da alta carga de trabalho de enfermagem para essa população.
Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica	Ducci, AJ Zanei, SSV Whitaker, IY	2008	Revista da escola de enfermagem da USP	Comparar a carga de trabalho de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva de pós-operatório de cirurgia cardíaca definida pelo NAS, TISS-28 e NEMS e verificar a proporção de profissional de enfermagem/ paciente estabelecida pelos instrumentos de quantificação da carga de trabalho de enfermagem e pela escala diária de funcionários da UTI.
Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa.	Schmoeller, R; Trindade, LL; Neis, MB; Gelbcke, FL; Pires, DEP.	2011	Revista Gaúcha de Enfermagem	Conhecer a produção teórica acerca das condições e cargas de trabalho dos profissionais de enfermagem, avaliando os resultados desses estudos como forma de identificar até que ponto esses fatores têm gerado desgaste aos trabalhadores.
Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem.	Kirchhof, ALC; Lacerda, MR; Sarquis, LMM; Magnago, TSB; Gomes, IM.	2011	Colombia Médica	Acrescentar a compreensão de cargas de trabalho como processos biopsíquicos com reflexos no corpo do trabalhador.
Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de internação	Brito, AP Guirardello, EB	2011	Revista Latino-americana de enfermagem	Avaliar a carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de internação de um hospital de ensino.
The characterization of workloads and nursing staff	Stafseth, SK Solms, D	2011	Intensive Critical Care	To compare the NEMS and NAS at the individual patient level and nursing workload level and to examine and

allocation in intensive care units: A descriptive study using the Nursing Activities Score for the first time in Norway	Bredal, IS		Nursing	calculate the NAS percentage for one nurse over a 24-h period in four different ICUs in Norway.
Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes	Gonçalves, LA	2011	Tese USP	Analisar a carga de trabalho de acordo com as horas de assistência requeridas pelos pacientes e a alocação da equipe de enfermagem, por paciente-dia, e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes, em quatro unidades de terapias intensivas (UTIs) pertencentes a um hospital universitário de nível terciário, do município de São Paulo, Brasil.
Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU: A Prospective Study	Daud-Gallotti, RM Et al	2012	Plos One	To evaluate the role of nursing workload in the occurrence of HAI in medical intensive care units, using a specific scoring system (<i>Nursing Activities Score - NAS</i>).
Effects of extended work shifts on employee fatigue, health, satisfaction, work/family balance, and patient safety	Estryn-Béhara, M Heijdenb, BIJMV et al	2012	Work	To perform a secondary analysis of a large European data base, collected in 2003, in order to determine the effect of work schedule among paramedical staff on these three parameters (work/family balance, health and safety), after adjustment for various risk factors.
Morbidity among nursing personnel and its association with working conditions and work organization	Vasconcelos, S et al	2012	Work	To identify the prevalence of self-reported diseases, and its association with work-related factors among nursing personnel
Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa	Magalhaes, AMM; Dall'Agnol, CM; Marck, PB.	2013	Revista latino-americana de Enfermagem	Analisar a carga de trabalho da equipe de enfermagem e sua potencial associação com a segurança do paciente nas unidades de internação clínica e cirúrgica de um hospital de ensino.
Análisis de La utilización de la escala <i>Nursing Activities Score</i> en dos UCIS Españolas	Carmona-Mongel, FJ, et al	2013	Revista da Escola de Enfermagem	Analizar la carga de trabajo de enfermería en dos unidades de cuidados intensivos de dos centros hospitalarios españoles y analizar si existen diferencias en la cumplimentación de los

			USP	ítems más problemáticos, para aplicar las medidas correctoras oportunas en caso de que existan y de este modo poder obtener una medición más precisa de la carga de trabajo de enfermería.
Carga de trabajo en tres grupos de pacientes de UCI Española según el <i>Nursing Activities Score</i> .	Carmona-Mongel, FJ, et al	2013	Revista da Escola de Enfermagem USP	Identificar la existencia de diferencias en la carga de trabajo al ingreso y al alta de los tres grupos de pacientes con un mayor número de ingresos en nuestra unidad (a saber, síndrome coronario agudo (SCA), insuficiencia respiratoria aguda (IRA) y sepsis.
Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care	Ball, J Murrells, T Rafferty, AM Morrow, E Griffiths, P	2013	BMJ Quality safety	To examine the nature and prevalence of care left undone by nurses in English National Health Service hospitals and to assess whether the number of missed care episodes is associated with nurse staffing levels and nurse ratings of the quality of nursing care and patient safety environment.
Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica	Rosseti, AC Gaidzinski, RR Fugulin, FMT	2013	Revista Latino-americana de enfermagem	Propor uma metodologia para identificar a carga de trabalho, contribuindo para o cálculo das necessidades de profissionais de enfermagem em PS geral.
Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes internados em um hospital universitário	Magalhães, AMM	2012	Tese UFRGS	Analisar a carga de trabalho de enfermagem e sua potencial relação com a segurança do paciente, em unidades de internação das áreas clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário.

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017

2.1 A Segunda Base: O GERENCIAMENTO DO TEMPO NO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Os seres humanos são dotados de variadas experiências e objetivos, por essa razão o conceito de tempo assume perspectivas distintas. Com a evolução da sociedade, a concepção do tempo percorreu múltiplos estágios passando desde a condição cíclica, descontínua e qualitativa, quando o homem utilizava os movimentos do sol, da lua e das estrelas como instrumentos de medição de tempo, até assumir o sentido linear, progressivo e quantitativo com a sincronização através do relógio (MELLO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2007).

O relógio mecânico surgiu no século XIII, todavia somente no século XIV se multiplicou pela Europa com a sua instalação em praças públicas. A partir desse momento, observa-se o estreitamento da relação entre o tempo e o trabalho.

Entretanto, somente com a revolução industrial que se estabeleceram, de fato, novas relações entre o tempo e o trabalho. O relógio foi instrumento indispensável no trabalho social, por dispor das funções de coordenação e controle (HASSARD, 1992; MELLO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2007).

O estudo do tempo no processo de trabalho das Organizações foi fundamental para o seu crescimento e para o controle de custos. As instituições de saúde, como qualquer outra organização, carecem de estratégias que tenham a capacidade de subsidiar as tomadas de decisão na busca pelo aumento da qualidade, a melhoria da produtividade e a otimização de recursos. Contudo, no contexto do trabalho em saúde, existem elementos consideráveis que dificultam a determinação do tempo efetivo de trabalho. Mello, Fugulin, Gaidzinski (2007, p.90) afirma que:

Existem fatores importantes que afetam o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, tais como: o tempo gasto no desempenho de atividades; a motivação e o desempenho do trabalhador; o uso da tecnologia, máquinas e ferramentas e os métodos de trabalho que sustentam e auxiliam o desenvolvimento do trabalho e a qualidade da assistência prestada. Esse complexo conjunto de fatores dá um caráter de ingovernabilidade ao processo de trabalho na saúde, tornando, portanto difícil a mensuração do tempo efetivo de trabalho.

Portanto, estudos que objetivem investigar e mensurar o tempo efetivo de trabalho dos profissionais de saúde são de extrema relevância. As organizações de saúde passaram por processo intenso de desenvolvimento. Para tal, foram necessárias mudanças não somente na estrutura, como o uso de aparatos altamente complexos, como também dos processos de trabalho assistenciais, gerenciais e organizacionais das Instituições, da capacitação de recursos humanos e da avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Processo de trabalho é a transformação, intencional e consciente, do objeto em produto, por meio da intervenção do ser humano que, para fazê-lo, emprega instrumentos (MARX, 1994; SANNA, 2007). Segundo Merhy (2007), processo de trabalho é o conjunto de práticas e técnicas cuidadoras determinadas, social e politicamente, por profissionais, clientes e gestores/gerentes dos serviços.

O processo de trabalho do enfermeiro, desde a profissionalização da enfermagem, envolve o cuidar - ações de cuidado de forma direta - e o administrar - ações de cuidado de forma indireta (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

As intervenções de cuidado de forma direta são aquelas realizadas por meio da interação com o cliente e ações práticas, incluindo cuidados de enfermagem de caráter fisiológico, psicossocial, apoio e aconselhamento (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

As intervenções de cuidados de forma indireta são aquelas ações realizadas a distância, mas em benefício do cliente e abrangem práticas direcionadas ao gerenciamento do processo de trabalho e interação multiprofissional (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

De acordo com Gomes et al (1997), os elementos que compõem o processo de trabalho são: objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos.

O processo de trabalho em saúde envolve a articulação de diferentes subprocessos, no qual cada profissional com sua ação parcelar possui objeto, saberes e instrumentos específicos (LEITE, 2001). O processo de trabalho da enfermagem é similar, pois envolve vários subprocessos, que podem ou não acontecer simultaneamente, a saber: assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente (SANNA, 2007). (Figura 2)

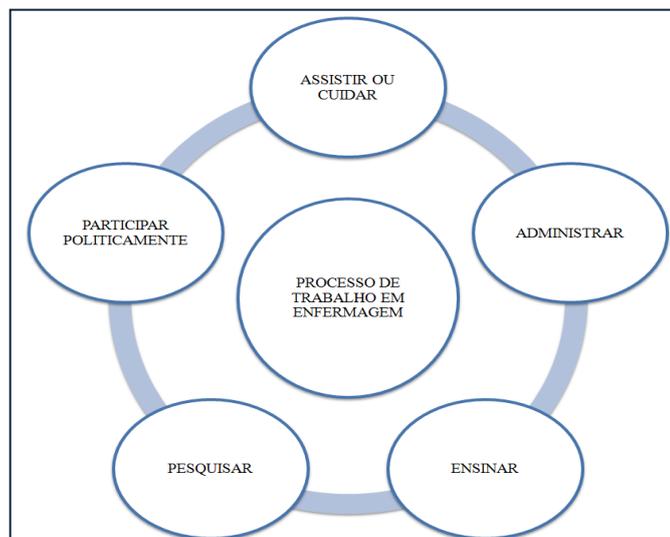


Figura 2: Processo de trabalho em saúde segundo SANNA (2007)
Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Baseado no modelo de SANNA (2007), pode-se afirmar, por analogia, que o processo de trabalho em UTI também é articulado por esses subprocessos.

Na UTI, o subprocesso Assistir tem como objeto o cuidado aos clientes criticamente enfermos e o suporte à família. Os agentes desse cuidado são os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem especializados. Os instrumentos utilizados são os conhecimentos teóricos e as habilidades técnicas específicas e os aparatos/materiais tecnológicos de alto nível necessários ao diagnóstico, monitorização e terapia. A finalidade é a recuperação ou suporte às funções vitais dos clientes graves. Os métodos utilizados são os instrumentos que norteiam o cuidado e a documentação da prática profissional, como o processo de enfermagem e as técnicas específicas no ambiente crítico. Os resultados esperados são a recuperação da saúde, manutenção da vida e prevenção de complicações.

O subprocesso administrar ou gerenciar tem como objeto os profissionais de enfermagem e os recursos envolvidos no processo de cuidar. O enfermeiro é o agente desse processo. Os instrumentos são os conhecimentos básicos dos conceitos de gerência do cuidado, gestão de recursos humanos, planejamento estratégico e qualidade. As finalidades são coordenar os recursos humanos e materiais da unidade e planejar, coordenar e supervisionar as atividades diárias no processo de cuidar. Os métodos empregados são alguns instrumentos básicos de enfermagem como comunicação, planejamento, avaliação e trabalho em equipe. Espera-se alcançar um ambiente capaz de gerar assistência segura e de qualidade.

O subprocesso Ensinar tem como objeto os residentes e estudantes de enfermagem que realizam as atividades práticas na UTI e os profissionais (enfermeiros e técnicos) em treinamento. Os agentes desse processo são os enfermeiros preceptores da Unidade, os estudantes e os professores. Os instrumentos são os múltiplos métodos empregados no processo ensino-aprendizagem. As finalidades são formar e capacitar profissionais para a atuação em UTI e no cuidado ao cliente crítico. Os métodos podem ser variados, como observação, treinamento de habilidades, simulações, discussões de casos clínicos. Os resultados esperados são profissionais capacitados para o cuidado ao cliente gravemente enfermo.

O subprocesso Pesquisar tem como objeto a construção do conhecimento em enfermagem. O enfermeiro é o agente responsável pelo processo. Os instrumentos são o pensamento crítico e a investigação rigorosa com a finalidade de confirmar ou refutar teorias e descobrir novos fenômenos relacionados aos aspectos assistenciais e gerenciais na UTI. Utilizam-se das abordagens qualitativas e/ou quantitativas de pesquisa para fortalecer a enfermagem como ciência.

O subprocesso participar politicamente envolve “todo julgamento moral e atitude que lhe corresponda” (SANNA, 2007). Os objetos são os trabalhadores de enfermagem e os órgãos que os representam legalmente. Os agentes são todos os profissionais de enfermagem e os demais membros da equipe multiprofissional e das estruturas hierárquicas da instituição que buscam melhores condições de trabalho, a garantia da prática autônoma e justa e o reconhecimento profissional. Os instrumentos são o diálogo e as manifestações nos microespaços de cuidar utilizando-se de técnicas de mediação de conflitos e de negociação para se alcançar reconhecimento profissional e conquistas de melhores condições de trabalho.

Baseado no modelo de Sanna (2007), foi construído um quadro com os elementos que compõe o processo de trabalho em UTI (Quadro 2). Nessa perspectiva, constata-se que, no processo de trabalho em UTI, o enfermeiro é responsável por inúmeras ações. Assim, ele precisa gerenciar o seu tempo para realizar todas as atividades que lhe são atribuídas.

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Nesta lei cabem, privativamente, ao enfermeiro, os cuidados de forma direta a clientes graves com risco de vida. Além dessas ações, ainda são conferidas aos enfermeiros a maior parte das atividades burocráticas.

A Resolução da ANVISA nº 26 de 2012 dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Nesta RDC ficou estabelecido no mínimo 01 enfermeiro para cada 10 leitos ou fração, em cada turno. Considerando a complexidade do cliente crítico, pode-se afirmar que esse quantitativo de clientes sob responsabilidade de um enfermeiro dificulta ou quase impossibilita o trabalho e a promoção da qualidade e segurança.

A Resolução COFEN nº 358/2009 incumbe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, com vistas a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem e a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas.

Nesse contexto, cabem os seguintes questionamentos: O enfermeiro garantirá o cuidado de forma direta aos dez clientes criticamente enfermos como determina a Lei do exercício profissional? O enfermeiro conseguirá avaliar, diagnosticar, prescrever, intervir e acompanhar a resposta de dez clientes que exigem cuidado de alta complexidade? Como o enfermeiro conseguirá distribuir o seu tempo dentro das inúmeras atividades de cuidado de forma direta e indireta que lhe são atribuídas?

Quadro 2: Elementos do processo de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva adaptado a partir do Modelo de SANNA.

Elementos do Processo.	Objeto	Agentes	Instrumentos	Finalidades	Métodos	Produtos
Assistir/ Cuidar	Cuidado aos clientes criticamente enfermos e o suporte a família.	Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem especializados.	Conhecimentos teóricos, habilidades técnicas específicas, comunicação, aparatos/materiais tecnológicos de alto nível necessários ao diagnóstico, monitorização e terapia.	Recuperação ou suporte às funções vitais dos pacientes graves. Comunicação efetiva.	Instrumentos que norteiam o cuidado e a documentação da prática profissional, como o processo de enfermagem e as técnicas específicas de um ambiente crítico	Recuperação da saúde, manutenção da vida e prevenção de complicações.
Administrar/ Gerenciar	Os profissionais de enfermagem e os recursos envolvidos no processo de cuidar	Enfermeiro	Conhecimentos básicos dos conceitos de gerência do cuidado, gestão de recursos humanos, planejamento estratégico e qualidade	Coordenar os recursos humanos e materiais da unidade e planejar, coordenar e supervisionar as atividades diárias no processo de cuidar.	Instrumentos básicos de enfermagem como comunicação, planejamento, avaliação e trabalho em equipe.	Ambiente capaz de gerar uma assistência segura e de qualidade.
Ensinar	Residentes e estudantes de enfermagem que realizam as atividades práticas na UTI e os profissionais (enfermeiros e técnicos) em treinamento.	Enfermeiros preceptores da Unidade, os estudantes e os professores	Múltiplos métodos empregados no processo ensino-aprendizagem.	Formar e capacitar profissionais para a atuação em UTI e no cuidado ao cliente crítico	Observação, treinamento de habilidades, simulações, discussões de casos clínicos.	Profissionais capacitados para o cuidado ao paciente gravemente enfermo.
Pesquisar	Construção do conhecimento em	Enfermeiro	Pensamento crítico e a investigação rigorosa.	Confirmar ou refutar teorias e	Abordagens qualitativas e/ou	Fortalecer a enfermagem

	enfermagem.			descobrir novos fenômenos relacionados aos aspectos assistenciais e gerenciais na UTI	quantitativos de pesquisa para	como ciência.
Participar politicamente	Os objetos são os trabalhadores de enfermagem e os órgãos que os representam legalmente.	Todos os profissionais de enfermagem e os demais membros da equipe multiprofissional e das estruturas hierárquicas da instituição	Diálogo e as manifestações nos micro espaços de cuidar	Melhores condições de trabalho, a garantia de uma prática autônoma e justa e o reconhecimento profissional.	Técnicas de mediação de conflitos e de negociação	Reconhecimento profissional e conquistas de melhores condições de trabalho.

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017

Por conseguinte, na UTI, o quantitativo reduzido de profissionais e o excesso de atividades burocráticas não permitem ao enfermeiro oferecer assistência ao cliente grave de forma mais contínua e direta deixando assim de cumprir com a exigência legal de sua profissão.

Atualmente, os administradores das Instituições de saúde vêm adotando medidas que visam a contenção e redução dos custos e ao aumento da oferta de serviços. Essas medidas têm relação direta com o quadro de recursos humanos, especialmente a enfermagem que representa o maior quantitativo e, conseqüentemente, o maior custo (BORDIN, FUGULIN, 2009).

O dimensionamento de pessoal, definido por Fugulin, Gaidzinski e Castilho (2010), como processo organizado que subsidia o planejamento e avaliação do quantitativo de profissionais para garantir a assistência, por muito tempo foi feito de forma intuitiva. Posteriormente, passou a ser baseada no grau de necessidade do cliente, culminando com estudos que objetivavam calcular as horas de assistência de enfermagem (GAIDZINSKI, 1998; MELLO, 2011).

Para operacionalizar o dimensionamento, Gaidzinski (1998) propõe um cálculo que considera as seguintes variáveis: carga de trabalho, tempo efetivo de trabalho e índice de segurança técnica. Segundo a autora, a carga de trabalho é obtida pela soma do produto da quantidade média diária de clientes assistidos, conforme o grau de dependência da equipe de enfermagem ou do tipo de atendimento, pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizada, por cliente, de acordo com o grau de dependência e atendimento prestado.

O grau de dependência do paciente pode ser determinado pela aplicação do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), definido por Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005) como método para evidenciar a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem de acordo com a sua categoria de cuidados. Na prática gerencial do enfermeiro, o conceito de SCP contribuiu para a determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem.

No Brasil, diversos estudiosos buscaram validar escalas que agrupassem clientes em níveis de complexidade de cuidado (COSTA et al, 1986; SANTOS, 1992; FUGULIN et al, 1994; PERROCA, GAIDZINSKI, 1998; MARTINS, ARANTES, FORCELLA, 2008; DINI et al, 2011).

Em 1996, foi publicada pelo Conselho Federal de Enfermagem, a Resolução nº 189/1996 que estabeleceu os parâmetros para o dimensionamento do quadro dos

profissionais de enfermagem nas Instituições de Saúde. Esta Resolução foi revogada, em 2004 e 2016, pelas Resoluções nº 293/04 e 527/2016, respectivamente e, mais recentemente, pela Resolução nº 543/2017.

Essas Resoluções têm como objetivo orientar os gestores, gerentes e enfermeiros dos serviços de saúde e estabelecer os parâmetros mínimos para o dimensionamento do quantitativo de profissionais de enfermagem necessários para a execução das ações de enfermagem. Baseia-se nas características do serviço de saúde, dos aspectos técnico-científicos e administrativos do serviço de enfermagem e no sistema de classificação dos pacientes.

A Resolução COFEN 543/2017 estabelece, a partir de pesquisas publicadas, o tempo de assistência de acordo com o grau de dependência e atribui, para efeito de cálculo, os tempos de assistência bem como a categoria profissional da seguinte maneira:

- Cuidado mínimo: 4 horas de assistência por cliente e 33% de enfermeiros (mínimo de seis) e os demais auxiliares e/ou técnicos de enfermagem;

- Cuidado Intermediário: 6 horas de assistência por cliente e 33% de enfermeiros (mínimo de seis) e os demais auxiliares e/ou técnicos de enfermagem;

- Cuidado de alta dependência: 10h de assistência por cliente e 36% de enfermeiros e os demais auxiliares e/ou técnicos de enfermagem;

- Cuidado semi-intensivo: 10h de assistência por cliente e 42% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem

- Cuidado Intensivo: 18h de assistência por cliente e 52% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.

Os estudos que analisaram a distribuição do tempo pelos enfermeiros comprovaram que o tempo destinado às atividades administrativas se sobrepõe as intervenções assistenciais diretas ao cliente (CHABOYER et al, 2008; BORDIN, FUGULIN, 2009; SOARES et al, 2011; SILVA et al, 2014). Esse dado não pode ser ignorado quando se trata de planejar o quantitativo de pessoal de enfermagem necessário para a assistência.

Embora existam estudos que analisaram a distribuição do tempo de trabalho dos enfermeiros (CHABOYER et al, 2008; BORDIN, FUGULIN, 2009; SOARES, GAIDZINSKI, CIRICO, 2010; GARCIA, FUGULIN, 2010; BONFIM et al, 2012;), torna-se necessário o aprofundamento dessas pesquisas e o desenvolvimento de instrumentos que permitam analisar o tempo despendido pelos profissionais no cuidado de forma direta e indireta ao cliente, com o objetivo de aprimorar o cálculo do quantitativo de pessoal

necessário para atender as necessidades dos clientes e as demandas administrativas do serviço (MELLO, 2011).

Essas questões precisam ser discutidas, refletidas e pesquisadas não somente pelos enfermeiros, mas também pelos gestores das Instituições, pois esse cenário caótico leva a priorização de determinadas ações em detrimento de outras e à desmotivação profissional. Nesse contexto, o enfermeiro enfrenta o desafio de gerenciar o seu tempo de forma que consiga atender a demanda de trabalho que lhe é imposta e ainda assim manter a qualidade da assistência ao cliente.

Nessas circunstâncias, o gerenciamento do tempo do enfermeiro surge como ferramenta capaz de organizar e conciliar as atividades de cuidado de forma direta e indireta e facilitar a tomada de decisão permitindo com vistas a garantir a assistência, a produtividade e a otimização das tecnologias e recursos (SILVA et al, 2014).

Torna-se necessária a revisão e mudança no quadro estrutural e numérico da equipe de enfermagem dentro das Instituições. Isso possibilitaria ao enfermeiro a oferta de assistência mais direta, segura e de qualidade aos clientes criticamente enfermos.

2.3 A Terceira Base: OS REGISTROS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR

A comunicação constitui um dos fenômenos mais significativos da evolução da espécie humana e da socialização, tornando-se condição essencial para compreensão e existência de cada ser (PERLES, 2007).

A capacidade de a pessoa comunicar-se com outra é peculiar ao comportamento humano. O ser humano pensa, age e reflete sobre suas ações. O compartilhamento dessas atitudes dá-se através do processo chamado comunicação. Através dela é possível a interação e a influência mútua.

Como fundamento das relações humanas, a comunicação é utilizada pelos homens com o objetivo de influenciar o outro. Todo comportamento de comunicação busca produzir reação. Quando essa reação é alcançada, pode-se dizer que a comunicação foi positiva e eficiente (BERLO, 2003).

A comunicação visual surgiu antes da escrita. Há cerca de 3.000 anos antes de Cristo, os egípcios reproduziam referências de sua cultura através de desenhos e gravuras expostos nas casas, edifícios e câmaras mortuárias. Alguns símbolos sonoros foram utilizados na antiguidade para a comunicação a distância, facilitando a interação grupal. Todavia, somente com o advento da escrita, por volta do século IV antes de Cristo, o problema da distância pôde ser minimizado, já que a mensagem escrita pôde ser levada para outros lugares. Mesmo após o surgimento da escrita, por séculos, a cultura continuou sendo difundida oral e visualmente, pois as pessoas não tinham acesso à linguagem escrita, “que era restrita aos monges e às pessoas letradas” (PERLES, 2007).

O sistema de prensa tipográfica criado pelo alemão Johann Gensfleisch Gutenberg (1438 e 1440) viabilizou a produção de livros em grande escala e foi o primeiro passo para a popularização da escrita e, conseqüentemente, do saber. O sistema instituiu a tecnologia moderna e possibilitou a comunicação em massa. Essa difusão está diretamente relacionada a inúmeros eventos que marcaram a história, a saber: o desenvolvimento comercial e industrial, a quebra do papel da igreja como guardião da verdade espiritual e a disseminação de movimentos ideológicos revolucionários (PERLES, 2007).

A comunicação permeia as relações humanas. No cenário hospitalar, existem inúmeras formas de comunicação, sendo o registro escrito um dos principais instrumentos de comunicação para troca de informações entre as equipes multidisciplinares.

A enfermagem, como integrante da equipe multiprofissional, mostra-se como protagonista do processo de cuidar nas Instituições, pois constitui elo fundamental entre clientes-profissionais e profissionais-profissionais. Por conseguinte, no cotidiano da prática de cuidar e gerenciar, a enfermagem se vê envolta a inúmeras formas de registros.

As informações sobre o gerenciamento do processo de trabalho devem ser executadas em espaços próprios padronizados por cada instituição. Estas incluem o resumo de dados específicos relacionados a algum evento ou situação, dados sobre admissões, altas, transferências, transportes, óbitos, ocorrências, questões ambientais e de recursos humanos e materiais, entre outros (COFEN, 2012).

As informações inerentes ao processo de cuidar devem ser realizadas no prontuário do cliente, independentes do tipo de prontuário (eletrônico ou tradicional/papel) existente na instituição (COFEN, 2012). São esses registros que ajudam a construir a base de conhecimentos teóricos e práticos para o desenvolvimento científico da profissão.

O prontuário do cliente é definido por Possari (2007) como todo o acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente aos registros dos cuidados prestados e a documentações pertinentes a assistência da equipe multiprofissional.

A palavra prontuário origina-se do latim *promptuari*, que significa lugar em que se guardam ou depositam coisas que devem estar a mão. Encontram-se sinais de sua existência desde a idade da pedra. Um dos documentos mais antigos que se conhece é o papiro de Edwin Smith, atribuído ao médico *Imhotep* (3000-25000 a.C), considerado o patriarca da medicina. O papiro mede cerca de 4,5 metros de comprimento por 3,25 de largura e contém, em ambos os lados, a descrição de 48 casos cirúrgicos (CARVALHO, 1977; POSSARI, 2007).

Constituem-se objetivos do prontuário: facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde; proteger legalmente o cliente, a unidade e os profissionais de saúde em assuntos de interesse; servir como fonte de informações para agências seguradoras; base para pagamento por serviços prestados pelas unidades por parte dos órgãos governamentais e fonte de dados na produção de informação como ferramenta no processo gerencial (MUNCK, 1999).

Os requisitos básicos para que o prontuário atenda aos objetivos assistenciais e legais são: o entendimento da importância do documento por todos os profissionais que o alimentam e o consomem e a responsabilidade profissional na descrição escrita das ações das equipes, que prestam cuidados ao cliente, garantindo o adequado preenchimento e clareza na escrita (MUNCK, 1999).

Os constantes avanços tecnológicos têm levado a informatização de vários campos. A área de saúde acompanhando esta evolução caminha em direção à elaboração e introdução progressiva dos sistemas de informação em saúde, o chamado de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Nesse sentido, Munck (1999, p.151) afirma que:

O Prontuário Eletrônico em Saúde é a denominação mais atual para o prontuário cuja forma de entrada de dados e a consulta são feitas por meio eletrônico [...] trata-se de um sistema informatizado que permite a entrada e resgate de dados sobre o paciente e serviços prestados a ele pelas instituições de saúde.

Segundo Munck (1999), as principais vantagens da implantação do prontuário eletrônico são: possibilitar o uso em rede, permitindo a consulta por vários profissionais, simultaneamente, até por diferentes instituições; facilitar e agilizar o acesso aos dados do cliente; diminuir a perda de registros e de “extravio do prontuário”; padronizar os registros, tornando-os mais completos e “legíveis”; controlar o uso dos recursos institucionais; diminuir o espaço físico ocupado pelos registros; propiciar maior versatilidade no uso da informação, devido à interligação entre informações fornecidas por diferentes fontes.

Por outro lado, entre as desvantagens do uso do PEP, pode-se citar: necessidade de investimento inicial para compra de equipamentos, implantação de programas e adaptação de instalações; necessidade de profissionais capacitados para o uso de novos recursos tecnológicos e a resistência à mudança pelos profissionais.

Estudo sobre registros de enfermagem mostrou que houve menor gasto de tempo na documentação realizada no computador quando comparado com a documentação manuscrita (LANGOWSKI, 2005).

O tempo gasto na realização dos registros manuais tem sido objeto de estudos. Os profissionais de enfermagem enfrentam o desafio de administrar o tempo para cumprir as inúmeras atividades assistenciais e burocráticas com qualidade e segurança (MARGARIDO, CASTILLO, 2006; REZENDE, GAIDZINSKI, 2008).

Muito mais que o ato de escrever, descrever ou mencionar, os registros de enfermagem representam aspecto fundamental e vital para a prática da enfermagem, porque comprova o cuidado prestado ao cliente que o recebeu, para que, como e quem o realizou.

Cada profissional tem sua forma de registrar e o produto final dependerá do seu objetivo. Constantemente, ao registrar, os profissionais perdem de vista sua

intenção/objetivo o que impossibilita a realização de qualquer avaliação. A incapacidade de especificar o propósito pode ser uma das razões da ineficiência dos registros. Quando a conduta se torna habitual, frequentemente torna-se ineficiente. No momento em que a prática do registro se torna atividade comum incorporada ao cotidiano do processo de cuidar, a equipe de enfermagem passa a lhe dedicar menor grau de obrigatoriedade. Se quiser conferir a conduta ou avaliar a efetividade do registro de enfermagem, deve-se concentrar a atenção na intenção do registro.

Ao registrar sem objetivo, o profissional nunca será obrigado a examinar e a verificar se o mesmo foi cumprido e se existe maneira melhor de fazê-lo. A existência do objetivo, leva ao desejo pela equipe de enfermagem de que o registro seja o mais fiel possível a sua prática. Conforme defende Berlo (2003), o comunicador só pode ser considerado de alta fidelidade quando expressa perfeitamente o que quer dizer, e qualquer pessoa traduz sua mensagem com total exatidão.

A enfermagem está envolvida no processo de cuidar 24 horas, o que possibilita conhecer, de modo pormenorizado, as informações relacionadas tanto às condições do cliente e necessidades da família, como do ambiente assistencial e organizacional. Nesse contexto, o registro de enfermagem tem valor significativo no prontuário. Quando executado com qualidade representa e dá significado ao cuidado de enfermagem. Nesse contexto, pode-se afirmar que registros consistentes e completos contribuem para melhorar a comunicação sobre a evolução clínica do cliente e as intervenções realizadas.

Santos, Paula e Lima (2003) afirmam que 50% das informações referentes ao cuidado são fornecidas pela enfermagem. Consequentemente espera-se que os registros realizados por esta categoria sejam capazes de produzir comunicação permanente e fidedigna entre os membros da equipe multiprofissional, com transmissão de informações que auxiliem o planejamento, tomada de decisões assistenciais e gerenciais e continuidade da assistência prestada (MATSUDA; SILVA; ÉVORA; COIMBRA, 2006; SILVA; GROSSI; HADDAD; MARCON, 2012).

Segundo Matsuda et al (2006), uma anotação adequada pode ser entendida como “o registro exato ou aquele que mais se aproxima da realidade em que o fato ocorreu e/ou foi percebido”. Por meio de registro, é possível avaliar os cuidados de enfermagem e a qualidade da assistência prestada (RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004; SETZ; D’INNOCENZO, 2009)

Gordon (1994) afirma que, para oferecer atendimento seguro, os registros de enfermagem devem descrever o estado de saúde atual do cliente e refletir continuamente sobre o processo de enfermagem.

Potter e Perry (2014) apresentam diretrizes para a qualidade da documentação em enfermagem. As autoras apontam cinco características importantes para o registro ser considerado de qualidade, a saber: factual (conter informações descritivas e objetivas); preciso; completo; atualizado e organizado.

Registros de enfermagem completos e consistentes são aqueles capazes de representar, dar significado, distinguir e diferenciar o cuidado de enfermagem prestado ao cliente. Assim, apresentam múltiplas finalidades assistenciais, históricas, gerenciais e de ensino, a saber: cumprir preceito ético da profissão, servir como instrumento de consulta nos processos éticos e legais, melhorar a comunicação entre as equipes multidisciplinares, informar sobre necessidades do cliente e intervenções realizadas, servir como indicador de qualidade, preservar a memória e história, retratar o saber, o fazer e a linguagem específica de enfermagem, contribuir para a construção da enfermagem como ciência, contribuir para a segurança do paciente, para pesquisas e auditorias, auxiliar no uso apropriado de recursos materiais previsão, provisão, organização e controle, assessorar na análise custo-efetividade de procedimentos e práticas, colaborar na gestão de pessoas (escala, capacitação) e operacionalizar o processo de enfermagem. A figura 3 ilustra a relação das anotações nos aspectos assistenciais e gerenciais do processo de cuidar.

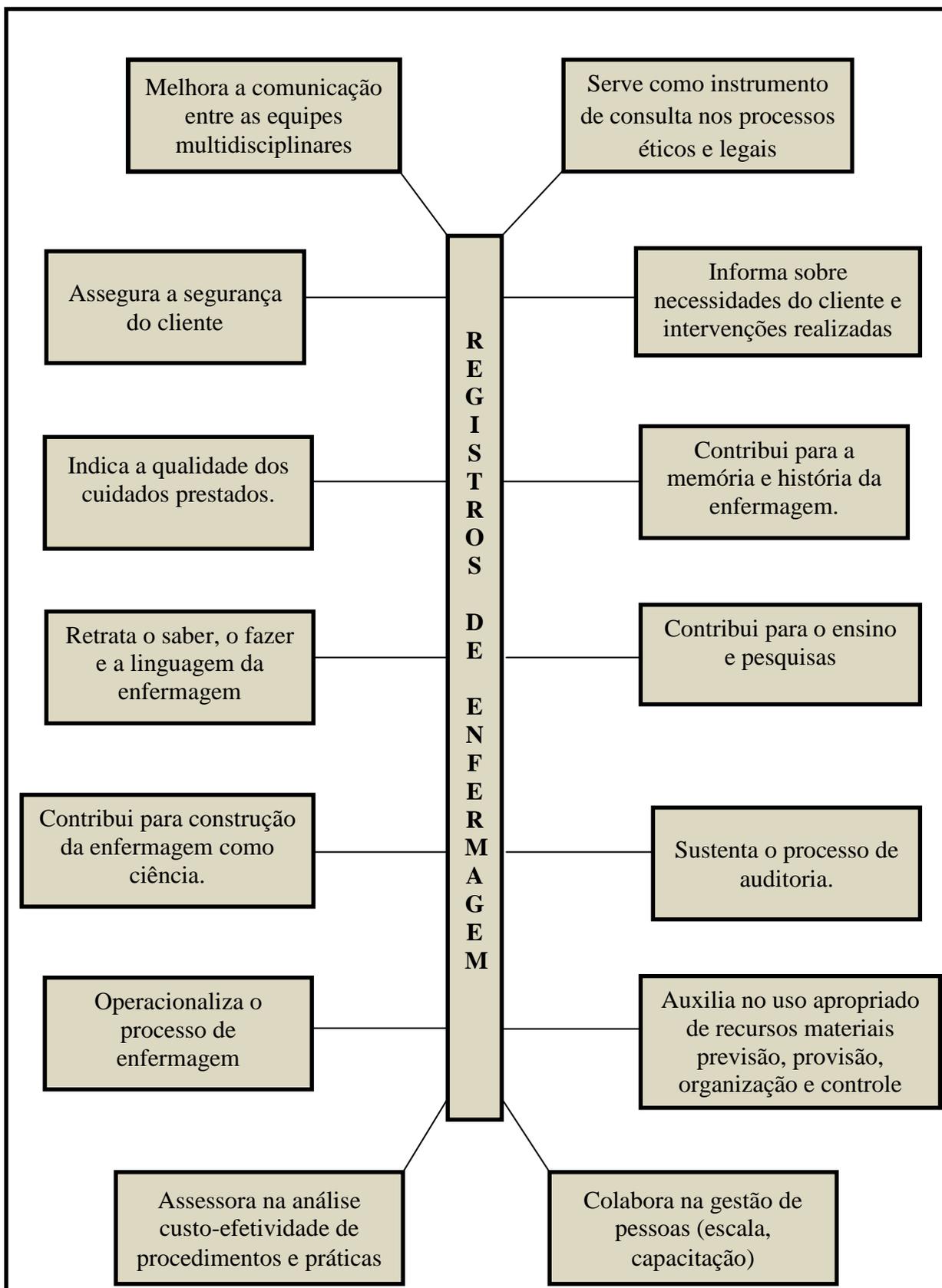


Figura 3: Relação dos registros de enfermagem nos aspectos assistenciais e gerenciais do processo de cuidar.

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

A enfermagem tem sua prática regida por leis e normas, portanto os profissionais de enfermagem têm responsabilidade sobre seus atos profissionais, pelo sigilo e sobre seus registros nos âmbitos ético, legal e administrativo. Perante a justiça, os registros de enfermagem constituem a base da credibilidade profissional (OGUISSO, 2003; COFEN, 2016).

A Resolução COFEN 311/07, que aprova a reformulação do Código de ética dos profissionais de enfermagem, estabelece nos Artigos 41 e 72, respectivamente, como responsabilidade e dever do profissional prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência e registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa. Entende-se, portanto, que ao registrar os profissionais de enfermagem estão cumprindo com preceito ético de sua profissão e garantindo a continuidade da assistência de forma segura e com qualidade.

Outra importância do registro de Enfermagem encontra-se na demarcação do modo como os enfermeiros e suas equipes prestam cuidados, o que valorizam ao registrar e quais são as tecnologias de cuidar, criadas ou desenvolvidas, no ato de cuidar ou gerenciar o processo de trabalho. Os registros podem conter indícios reveladores da história e da cultura profissional, ricos em crenças e valores dos exercentes, com intersubjetividades estabelecidas intra-equipes e extra-equipes.

No contexto gerencial, os registros podem ser utilizados pelos gerentes de enfermagem como aporte para a tomada de decisões, o uso apropriado de recursos humanos e materiais, a avaliação da eficácia e o custo-efetividade de procedimentos e práticas. Os gerentes utilizam-se das anotações a fim de avaliar, sistematizar e decidir condutas mais cabíveis na busca de solução de problemas, administração de recursos materiais (previsão, provisão, organização e controle) e gestão de pessoas (escalas, capacitação, controle de absenteísmo e outros). A escassez e inconsistência dos registros prejudicam/dificultam o processo, podendo gerar prejuízos para a dinâmica do trabalho e desempenho da equipe.

Na prática assistencial, a Resolução COFEN nº492/2012, determina que, em relação ao processo de cuidar e em atenção ao disposto na Resolução COFEN nº 358/2009, o registro no prontuário do cliente deve ser realizado seguindo a lógica e as fases do processo de enfermagem, a saber: resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em dado momento do processo saúde e doença; diagnósticos de

enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em dado momento do processo saúde e doença; ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

A Resolução COFEN nº358/2009 considera o processo de Enfermagem como instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

O histórico de Enfermagem é a ampla coleta de dados realizada com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações. O Diagnóstico de Enfermagem constitui-se na interpretação e agrupamento dos dados que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos e constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. O planejamento de enfermagem representa a determinação dos resultados que espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas frente ao Diagnóstico de Enfermagem. A implementação consiste na realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento. A Avaliação de Enfermagem é o processo que verifica as mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado (COFEN, 2009).

A operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem revelam a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009).

O conteúdo e a estrutura do processo de enfermagem são reconhecidos internacionalmente e constituem a base teórica dos elementos necessários para o registro de enfermagem preciso (DELANEY et al, 1992; GORDON 1994; MCFARLAND; MCFARLANE, 1997). Isso permite a assunção de que o conteúdo dos registros a partir do processo de enfermagem pode ser considerado padrão-ouro de qualidade.

Atualmente, os indicadores de qualidade nos serviços de saúde são ferramentas importantes para a avaliação dos cuidados prestados. Os indicadores medem os níveis de qualidade da assistência à saúde com o objetivo de comparar os padrões desejáveis com a realidade. Metas são estabelecidas pela gestão baseada nos recursos humanos, materiais,

financeiros e tecnológicos. O registro de enfermagem é importante instrumento de monitoramento para avaliar as ações executadas e o alcance das metas estabelecidas.

Nas Instituições de saúde, a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada é realizada através da auditoria. O registro no prontuário é a ferramenta fundamental nesse processo. Através dele é possível prevenir as glosas hospitalares, ou seja, o cancelamento parcial ou total do orçamento, por serem considerados ilegítimos ou indevidos pelos auditores (ABDON et al, 2009; FERREIRA et al, 2009; VIANA et al, 2016).

Estudos sobre documentação de enfermagem evidenciam que existem falhas importantes nos registros da prática profissional (D'INNOCENZO, ADAMI, 2004; ALBUQUERQUE, NOBREGA, GARCIA, 2006; ROQUE, MELLO, TONINI, 2007; VENTURINI, MARCON, 2008; PEDROSA, SOUZA, MONTEIRO, 2011; KLEIN, JVOV, 2011; SANTOS et al; 2011; FRANCOLIN, BRITO, GABRIEL, MONTEIRO, BERNARDES, 2012; SILVA, GROSSI, HADDAD, MARCON, 2012; MAZIERO, VANNUCHI, HADDAD, VITURI, TADA, 2013)

Com o objetivo de nortear os profissionais de enfermagem para a prática do registro, o Conselho Federal de Enfermagem aprovou, através da Resolução COFEN nº 514/2016, o guia de recomendações para os registros no prontuário do cliente e outros documentos de enfermagem.

Este guia estabelece algumas regras importantes para os registros de Enfermagem, a saber: Devem ser precedidos de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do COREN (conforme determinação das Resoluções COFEN 191/1996 e 448/2013); Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços; devem ser redigidas à caneta (não é permitido escrever a lápis); devem ser legíveis, completos, claros, concisos, objetivos, pontuais e cronológicos; conter sempre observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos; devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma; não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.); conter apenas abreviaturas previstas em literatura.

Inúmeros estudos, que buscaram analisar os elementos destacados acima, constataram fragilidades nesses itens. Matsuda et al (2006), avaliou 124 registros, com o objetivo de analisar as anotações/registros efetuadas pela equipe de enfermagem, constatou

que na maioria dos registros não foram mencionadas a hora, a data e a identificação do profissional. A presença de erros, rasuras, letras ilegíveis, palavras generalizadas/vagas e abreviaturas/siglas não padronizadas dificultavam a leitura e a compreensão das informações.

Ochoa-Vigo, Pace e Santos (2003) analisaram os registros de enfermagem em três momentos diferentes na mesma unidade quanto à legibilidade, presença de erros, utilização de siglas e abreviações, escrita objetiva, registro das características observadas e descrição de informações subjetivas entre aspas. Os resultados mostraram melhoria somente no item letra legível.

Os problemas mais encontrados no estudo desenvolvido por Setz e D’Innocenzo (2009) foram: anotações de enfermagem semelhantes à evolução médica; dificuldade de legibilidade, erros de ortografia, siglas não padronizadas, falhas na identificação do profissional e a não administração de medicamentos sem justificativas.

Diniz, Silva, Figueiredo e Tonini (2015), na análise de 626 registros de enfermagem, identificaram número reduzido de anotações por plantão, falha na anotação de data e hora precedendo cada registro, ilegibilidade em alguns registros, presença de rasuras e espaço em branco entre as anotações, erros ortográficos e uso indiscriminado de abreviaturas.

A inexistência e deficiência nos registros impedem/dificultam a criação da memória e, conseqüentemente, da história profissional sobre o saber e o fazer de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de levar a falhas na comunicação e na continuidade do cuidado podendo gerar prejuízos à segurança do cliente e no reconhecimento do cuidado de enfermagem.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Por ter como objeto os registros dos enfermeiros no processo de trabalho em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, este estudo assume a pesquisa avaliativa como fundamento metodológico.

Avaliar consiste em atribuir juízo de valor ao processo ou à intervenção⁵ ou partes de seus componentes para a tomada decisão, buscando-se as relações entre eles, por meio de aplicação de métodos científicos. Este julgamento pode estar pautado em critérios e normas que são definidas para a avaliação normativa ou por procedimento científico denominado de pesquisa avaliativa (HARTZ, 1997).

Segundo Malik e Schiesari (1998), pela avaliação é possível conhecer o objeto e aprimorá-lo, portanto avaliar um fenômeno complexo implica em adotar conjunto de métodos, cujos resultados obtidos possam oferecer visão articulada sobre a realidade, com a combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista e a inter-relação dos dados, de modo que se identifique o que há de discriminatório e/ou similar entre eles.

O desenvolvimento desta tese se fundamentará no conceito de avaliação de qualidade de Avedis Donabedian. O autor desenvolveu quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde a partir da tríade: estrutura, processo e resultado.

O conceito de estrutura abarca os recursos físicos, materiais e financeiros necessários para a assistência. Engloba financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada. O processo envolve atividades profissionais de saúde e clientes, com base em padrões que podem ser analisadas técnica ou administrativamente. O resultado é o produto final da assistência prestada, sob a perspectiva da saúde, satisfação de padrões e expectativas. (DONABEDIAN, 1980).

O processo envolve todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e o cliente e a partir dessas relações se estabelecem as bases para a valoração da qualidade. A partir desta compreensão e pelo objeto dessa tese tratar da qualidade dos

⁵Contandriopoulos; Champagne; Denis; Pineault (1997) entendem uma intervenção como um “conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”.

registros, entende-se que o fenômeno a ser investigado encontra-se no segundo elemento da tríade- O PROCESSO. (Figura 4)

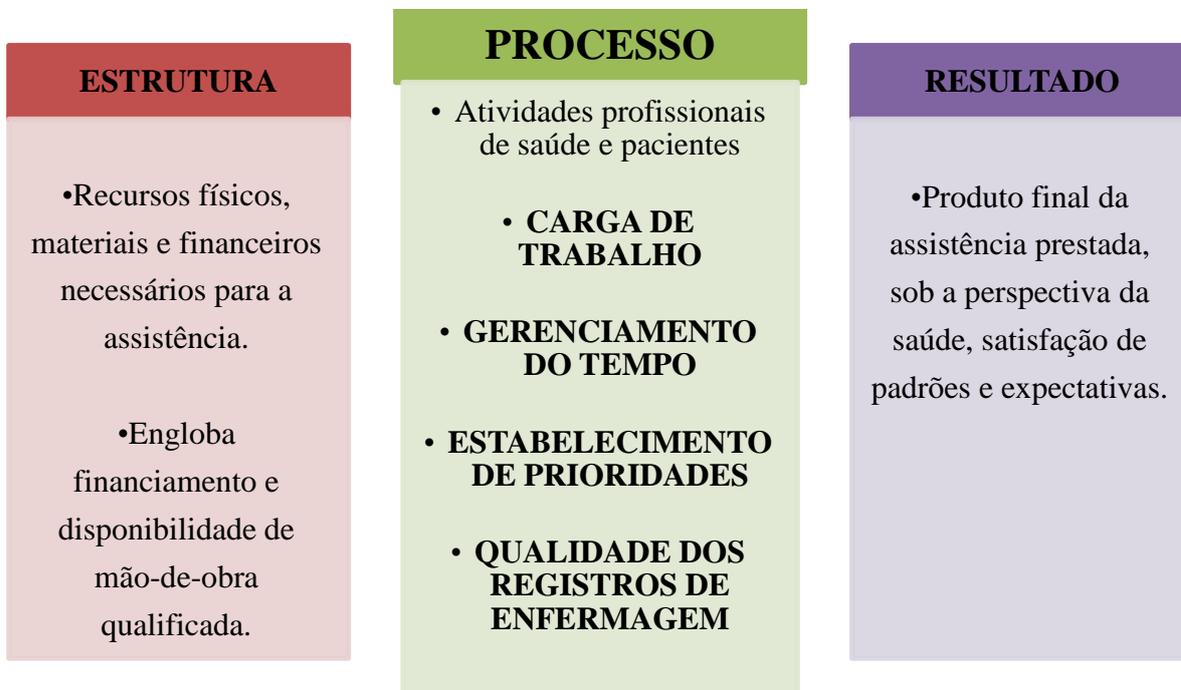


Figura 4: Adaptação do quadro conceitual de qualidade a partir das três dimensões de Donabedian.

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

3.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI) de dois hospitais universitários localizados no estado do Rio de Janeiro. A escolha destas instituições foi pautada pelo grau de excelência, o fluxo de internações anuais, o perfil assistencial e a vocação para ensino e pesquisa.

O quadro de profissionais de saúde, nestas Instituições, compreende: enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, odontólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais.

No que tange à Enfermagem, os hospitais possuem, na rede de profissionais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, ocupando cargos gerenciais e assistenciais. A carga horária semanal é de 30h, em escala de 12hX60h⁶.

⁶ A escala 12hX60h corresponde a um período de doze horas de trabalho por sessenta horas de descanso.

O primeiro hospital, ora denominado de Hospital A, trata-se de instituição de médio porte, que tem como missão promover assistência à saúde com excelência, formar e qualificar recursos humanos para a valorização da vida e produzir conhecimento de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

A UTI do hospital A possui oito leitos ativos que atendem clientes clínicos e cirúrgicos. O quadro de enfermeiros é constituído por 01 chefe e 12 enfermeiros assistenciais (02 por plantão).

O segundo hospital, ora denominado Hospital B, trata-se de instituição de grande porte, que tem como missão gerar, transformar e difundir o conhecimento, prestando serviços de saúde com excelência, de forma digna, crítica e hierarquizada. A sua visão é ser reconhecido como centro de excelência nacional e internacionalmente, por sua capacidade técnica, valor humano e gestão administrativa transparente, formando profissionais de valor, capacitando e treinando o pessoal técnico e gerindo recursos de forma eficiente e eficaz, a fim de atender à população com qualidade e desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão dentro dos conceitos da Universidade.

A UTI do hospital B possui 10 leitos ativos que atendem clientes clínicos e cirúrgicos. O quadro de enfermeiros é constituído por 01 chefe, 09 enfermeiros assistenciais, assim distribuídos: 02 enfermeiros assistenciais por plantão diurno e 01 enfermeiro assistencial por plantão noturno.

Participaram do estudo 20 enfermeiros assistenciais, sendo 12 do hospital A e 8 do hospital B. No hospital B, um enfermeiro encontrava-se de licença médica, sem reposição na escala.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Ofícios de solicitação de autorização foram encaminhados à Direção Geral e à Superintendência/Direção de Enfermagem dos hospitais investigados.

Após autorização das instâncias superiores citadas, o projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa das Universidades correspondentes respeitando a normatização da Resolução Nº 466/2012, referente aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, obtendo aprovação pelo Parecer nº 1.468.158 e nº 1.879.122, respectivamente (ANEXO 1).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos enfermeiros, detalhadamente, para que conhecessem os seus direitos e deveres ao participarem do estudo. Ademais, esse documento destacou os objetivos do estudo, o compromisso com a privacidade e confiabilidade dos resultados, preservando integralmente o anonimato dos participantes. A observação foi iniciada pós o consentimento dos participantes.

Os participantes do estudo foram identificados apenas por um código numérico a partir de seu registro na pesquisa, acessível ao pesquisador responsável. As informações obtidas foram arquivadas sem identificação nominal e utilizadas apenas para fins desta pesquisa.

3.4 ESTRATÉGIAS PARA PRODUÇÃO DOS DADOS

Para delimitar a relação existente entre a organização/desenvolvimento do processo de trabalho dos enfermeiros e os seus registros tornou-se necessária a aplicação de mais de uma estratégia de coleta de dados (Figura 5).

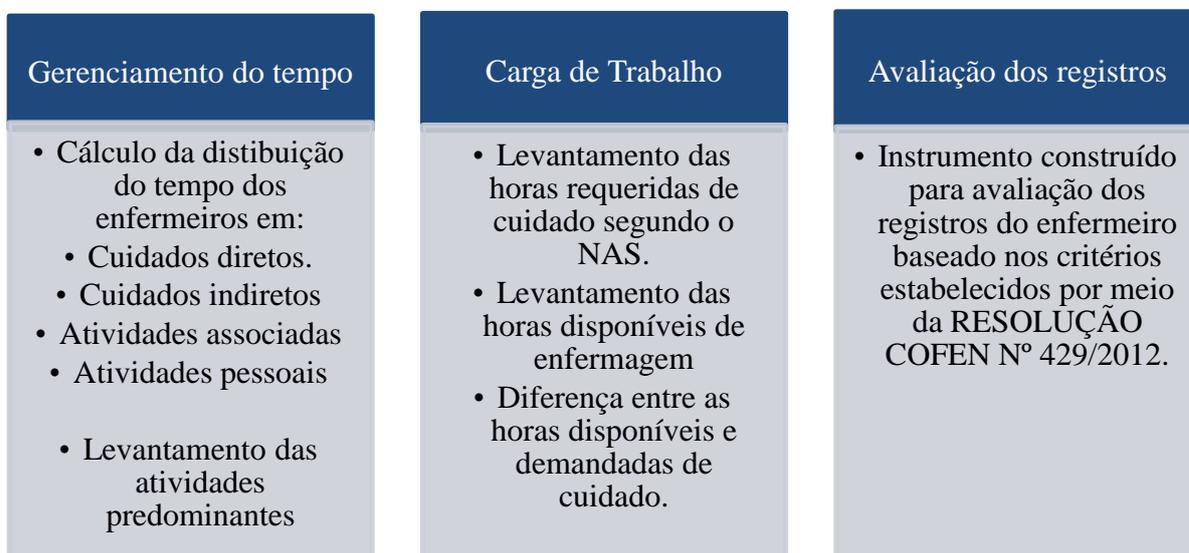


Figura 5: Demarcação dos três momentos de coleta de dados.
Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Antes do início da coleta de dados, realizou-se contato e agendamento de encontro com os superintendente/diretoras/chefes de enfermagem das Instituições. Foram

apresentados os objetivos do estudo e discutidos os benefícios dos resultados para a prática de enfermagem.

Como uma das estratégias de coleta de dados, deu-se de forma ininterrupta em plantões de 12h, foram recrutados auxiliares de pesquisa, denominados, nessa pesquisa, como observadores. Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão para a seleção, a saber: 1) Ser estudante de graduação em enfermagem a partir do 9º período; 2) Não ser enfermeiro assistencial da UTI da instituição investigada; 3) Ter disponibilidade de tempo integral no período estabelecido para a coleta. Foram recrutados oito auxiliares de pesquisa.

Antes de mergulhar no cenário, os observadores recrutados foram treinados para a aplicação dos instrumentos de coleta dos dados. O treinamento foi agendado previamente com o grupo e teve duração de 10h. Foi realizada a apresentação do projeto de pesquisa, a operacionalização da coleta de dados e a organização dos dados.

Posteriormente, foi realizada leitura criteriosa e minuciosa dos instrumentos. Cada item foi lido e discutido de forma sequencial, padronizando os critérios e esclarecendo possíveis dúvidas. Após o treinamento foi iniciada a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada em 36 plantões de forma integral, sendo 18 plantões diurnos e 18 plantões noturnos. No hospital “A” a coleta foi realizada no período de 06 a 23 de julho de 2016 e no hospital “B”, de 03 a 20 de janeiro de 2017.

1º momento: Levantamento do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções/atividades: utilização de instrumento validado.

Para o levantamento do tempo despendido pelos enfermeiros nas atividades utilizou-se a observação sistemática⁷, direta e não participante.

Severino (2007) define a técnica de observação como todo procedimento que propicia acesso aos fenômenos estudados, sendo imprescindível em qualquer tipo ou modalidade de pesquisa. A observação sistemática tem como característica essencial o planejamento prévio e o uso de anotações e de controle de tempo (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

⁷A observação sistemática é, também, denominada de observação estruturada, planejada ou controlada. (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Nesta etapa da coleta de dados, participaram do estudo os enfermeiros que assentiram ao Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (Apêndices A e B). Os critérios de inclusão estabelecidos foram: Ser enfermeiro lotado e com vínculo empregatício nos hospitais investigados e atuar nas UTIs por no mínimo dois meses anteriores à coleta dos dados. Os critérios de exclusão foram: enfermeiros remanejados de outros setores da instituição que estivessem atuando na UTI no dia da coleta de dados. Os participantes foram caracterizados quanto ao sexo, idade, tempo de trabalho na instituição, tempo de formação profissional e maior qualificação profissional.

Para esta tese, o referencial para avaliar a distribuição do tempo dos enfermeiros em suas atividades diárias foi o “Instrumento para mensuração da carga de trabalho”, construído e validado por juízes em tese desenvolvida por Mello (2011), na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (ANEXO 2). O instrumento foi utilizado após autorização formal da pesquisadora.

No estudo de Mello (2011), a validação do conteúdo do instrumento foi realizada por meio de oficinas de trabalho, envolvendo o julgamento de seis enfermeiros com experiência em clínica médica e UTIs. Nas oficinas, cada juiz recebeu o resumo constituído por domínios, classes e intervenções que compunham o sistema categorial do instrumento com suas respectivas definições. Posteriormente a pesquisadora expôs de forma sequencial estes elementos e solicitou a cada juiz que opinasse a respeito do conteúdo. Foram avaliadas clareza, pertinência e objetividade na conceituação como representativas do trabalho de enfermagem. Houve consenso dos juízes em relação ao conteúdo.

O instrumento final é composto por sistema categorial e de checagem. O sistema de checagem está posicionado a direita do categorial e é utilizado pelo observador para registrar a frequência das atividades observadas na categoria que os contém.

O Sistema categorial de Mello (2011) é dividido em três categorias, a saber:

Categoria I - Cuidados de enfermagem: são contemplados sete domínios, 24 classes e 126 intervenções de enfermagem da *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*.

Categoria II - Atividades associadas: são contempladas 14 atividades assumidas pela equipe de enfermagem, mas que poderiam ser realizadas por outras categorias profissionais.

Categoria III – Atividades pessoais: são atividades relacionadas às necessidades pessoais do profissional.

O sistema de checagem contém 36 espaços para o registro do observador, com intervalos de 10 minutos, isto é, no turno da manhã (07h-13h), os espaços foram identificados como 7h, 7h10, 7h20, 7h30 e, assim, sucessivamente até 12h50. Da mesma forma, com o turno da tarde (13h-18h50). À noite, o período é dividido em noturno 1 (19h-24h50) e noturno 2 (1h-6h50).

Por contemplar intervenções/cuidados prestados de forma direta e indireta, atividades relacionadas e atividades pessoais, este se torna um instrumento completo para mapear a organização do trabalho e dar maior visibilidade ao processo de cuidar de enfermeiros, enfatizando as questões relacionadas aos registros.

Para a coleta de dados foram escalados, no máximo, dois observadores por turno, obedecendo a um revezamento elaborado, previamente, de forma a não interferir na dinâmica do trabalho da equipe.

No início de cada turno, os observadores recebiam os instrumentos impressos a serem utilizados naquele turno e ajustavam seus relógios para que as medidas ocorressem no mesmo momento. Ressalta-se a necessidade, no primeiro momento, da identificação do instrumento com o nome do enfermeiro, pois foi utilizado o mesmo impresso durante todo o turno de observação. Ao encontrar o profissional, o observador marcava um X na intervenção/atividade realizada no instrumento identificado com o seu nome.

Posteriormente, para a análise dos dados, o nome do profissional foi substituído por um número, a fim de preservar o anonimato dos participantes.

Cada observador acompanhou no máximo dois enfermeiros por turno, para garantir que nenhuma intervenção/atividade fosse perdida. A pesquisadora, que também foi uma das observadoras, esteve presente em todo o período da coleta de dados.

Os resultados advindos da análise da distribuição do tempo dos enfermeiros em seu processo de trabalho foram gerados a partir da observação de 36 plantões de 12h (18 plantões no Hospital A e 18 no Hospital B), totalizando 432 horas de observação. Em 19 plantões, 13 no hospital A e 6 no hospital B, a escala da UTI contava com 2 enfermeiros, portanto, o cálculo das horas de observação acumula 660 horas de trabalho dos enfermeiros.

2º momento: Levantamento da carga de trabalho da equipe de enfermagem: a aplicação do *Nursing Activities Score* (NAS)

A segunda estratégia de produção dos dados consistiu em caracterizar os clientes que estão sob os cuidados dos enfermeiros, pois a necessidade/demanda de cuidado pode interferir diretamente na dinâmica do trabalho de enfermagem.

Para conhecimento da carga de trabalho⁸ de enfermagem nas UTIs estudadas, foi realizada a caracterização dos clientes internados quanto à idade, sexo, motivo da internação e o grau de dependência de enfermagem, utilizando o instrumento denominado *Nursing Activities Score* (Anexo 3).

O escore total do *NAS* expressa, em porcentagem, o tempo gasto pela equipe de enfermagem na assistência ao cliente em estado crítico, tendo como valor máximo 176,8% (MIRANDA; RAOUL, RIJK; SCHAUFELI, 2003). O somatório dos pontos do *NAS* determina o percentual de tempo de enfermagem dedicado à assistência direta e indireta ao cliente num período de 24 horas e cada ponto do *NAS* corresponde a 14 minutos e 40 segundos.

O *NAS* é composto pelos seguintes itens: 1. Monitorização e controles; 2. Investigações laboratoriais; 3. Medicções, exceto drogas vasoativas; 4. Procedimentos de Higiene; 5. Cuidados com drenos; 6. Mobilização e posicionamento; 7. Suporte e cuidados aos pacientes e familiares; 8. Tarefas administrativas e gerenciais; 9. Suporte respiratório; 10. Cuidados com vias aéreas artificiais; 11. Tratamento para melhora da função pulmonar; 12. Medicação vasoativa; 13. Reposição de grandes fluidos; 14. Monitorização do átrio esquerdo; 15. Reanimação cardiorrespiratória; 16. Técnicas de hemofiltração/dialíticas; 17. Medida quantitativa do débito urinário; 18. Medida da pressão intracraniana; 19. Tratamento da acidose/alcalose metabólica; 20. Nutrição parenteral total; 21. Alimentação enteral; 22. Intervenções específicas em UTI; 23. Intervenções específicas fora da UTI.

Os itens 1, 4, 6, 7 e 8 são compostos de subitens, mutuamente excludentes, diferenciados de acordo com o tempo gradativo em que as atividades propostas foram realizadas e/ou com o quantitativo de pessoal envolvido, nos turnos de trabalho.

⁸ A despeito dos múltiplos conceitos de carga de trabalho na literatura, neste estudo, entendeu-se como o tempo de assistência de enfermagem requerido pelo profissional para o cuidado ao cliente em UTI, segundo suas necessidades (GONÇALVES, 2011).

Para padronizar o registro e entendimento dos itens que compõem o *NAS*, foi utilizado como instrumento norteador o manual desenvolvido pelas enfermeiras Débora Feijó Vieira e Kátia Grillo Padilha sobre a sua aplicação, disponível na *Web* através do site da Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva (ABENTI).

A amostra foi constituída por 35 clientes com idade igual ou maior que dezesseis anos, submetidos a tratamento clínico e/ou cirúrgico que estiveram sob os cuidados dos enfermeiros nos 36 dias coleta de dados.

O *NAS* foi aplicado 276 vezes, 92 na UTI A e 184 na UTI B. A aplicação foi realizada ao final de cada plantão por meio da análise das atividades realizadas nas últimas 24 horas. Considerou-se para aplicação do *NAS* o quadro mais crítico que o cliente apresentou nas 24 horas com base nos dados informados durante a passagem de plantão, nos registros multiprofissionais e na observação realizada.

O cálculo do escore total do *NAS* foi obtido pelo somatório dos itens pontuados. Foram incluídas nas aplicações do instrumento, as pontuações de dias incompletos, ou seja, o *NAS* foi aplicado também aos clientes que foram internados, receberam alta ou evoluíram a óbito, entre 7h de um dia e 6h59min do dia seguinte. Por se tratar de instrumento para mensurar carga de trabalho a partir da quantificação do tempo de assistência, ocorreria subquantificação de trabalho, caso esses clientes fossem excluídos, já que o cuidado é prestado desde a admissão do cliente na unidade até a sua saída (transferência ou óbito).

Nos 36 dias de coleta, foram registrados o quantitativo de profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem) e a escala de alocação diária, para posterior cálculo de horas requeridas/demandadas para o cuidado e as horas disponíveis.

3º momento: A avaliação dos registros dos enfermeiros: uso de instrumento baseado na Resolução COFEN nº429/2012.

Para se estabelecer a articulação entre tempo, carga de trabalho e registros, buscou-se, nos prontuários, todas as anotações de enfermeiros correspondentes ao mesmo período em que os dados foram coletados, totalizando 457 registros.

Para a avaliação dos registros dos enfermeiros foi construído um instrumento com base nas determinações da Resolução COFEN nº 429/2012 (APÊNDICE C).

A Resolução COFEN nº429/2012, determina que, em relação ao processo de cuidar e em atenção ao disposto na Resolução COFEN nº 358/2009, o registro no prontuário do cliente deve ser realizado seguindo a lógica e as fases do processo de enfermagem, a saber: resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

O instrumento “Avaliação dos registros do enfermeiro” apresenta quatro categorias de análise: (A) Resumo dos dados coletados sobre o cliente; (B) Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas do cliente; (C) As ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; (D) Os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Para cada categoria de análise pode-se atribuir a pontuação de 1 a 4, distribuídas da seguinte forma: (4) Completo; (3) Parcial; (2) Incompleto; (1) Inexistente/totalmente inadequado. Para cada pontuação são discriminados os critérios de qualidade esperados.

Na categoria A, resumo dos dados coletados sobre o cliente, são listados 10 itens relacionados com as necessidades humanas básicas (HORTA, 1979), a saber: Regulação neurológica; percepção dos órgãos dos sentidos (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa); oxigenação; regulação vascular; regulação térmica; hidratação e alimentação; eliminação urinária e intestinal; integridade física e integridade cutaneomucosa; comunicação, segurança emocional; amor e aceitação; exercícios e atividades físicas.

Na categoria B, diagnósticos de enfermagem acerca das respostas do cliente, as pontuações são baseadas no levantamento de problemas/situações/necessidades dos clientes e a associação com intervenções de enfermagem específicas para cada problema evidenciado.

Na categoria C, as pontuações são baseadas nas ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados na categoria 2. Na UTI B existe um plano de cuidados, em forma de *checklist*, já estabelecido para todos os clientes no verso do balanço hídrico. São 12 itens com horários aprazados. Assim, a avaliação foi realizada com base na checagem do instrumento e na relação das intervenções checadas com a necessidade do cliente. Por exemplo, no plano de cuidados

existe o item “Aspirar TOT (tubo orotraqueal) / TQT (traqueostomia)”, caso o cliente em questão não possuísse nenhum desses dispositivos, esse item não deveria ser checado. A checagem desse item diminui a pontuação, pois se entende que não houve a individualização do plano.

Como na UTI A não existe plano de cuidados padronizado, o item C do instrumento “Avaliação dos registros do enfermeiro” possui critérios diferentes para as duas UTIs. Nesse caso, a avaliação foi baseada no registro das ações/intervenções prescritas pelo enfermeiro a partir dos problemas levantados na categoria 2.

Na categoria D, as pontuações são baseadas no registro dos resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Todos os registros foram submetidos à análise a partir do instrumento. Cada registro recebeu quatro pontuações, uma para cada categoria. Posteriormente, as pontuações foram somadas e obteve-se a média do registro. A média obtida permitiu classificar o registro a partir do seguinte *score*: (4) O registro é completo e atende aos padrões determinados pelo COFEN; (3) O registro embora seja deficiente, atende parcialmente aos padrões determinados pelo COFEN; (2) O registro é incompleto e não atende aos padrões determinados pelo COFEN; (1) As informações no registro são inexistentes ou totalmente inadequadas.

Como existe certa subjetividade quando se avalia registros, o instrumento foi aplicado separadamente por dois examinadores diferentes. Os examinadores foram enfermeiros professores doutores com *expertise* na área de enfermagem fundamental e processo de enfermagem. Em caso de divergência entre as pontuações, os examinadores discutiam o caso para obter pontuações de consenso.

3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Considerando que a coleta dos dados foi realizada por meio de três instrumentos, que demandaram modelagens diferenciadas, um banco de dados foi organizado para cada instrumento.

A análise dos dados ocorreu, sequencialmente, conforme a finalização de cada etapa de produção dos dados. Para fins de análise, a organização dos dados no banco foi discriminada da seguinte forma: cada 12h de plantão foi considerada uma unidade de

análise, totalizando 36 unidades (18 unidades do hospital A e 18 unidades do hospital B), destas 36 unidades de análise, 18 foram do serviço diurno e 18 do serviço noturno.

Para cada unidade de análise, foram levantados:

- ✓ Distribuição do tempo e do percentual de tempo dos enfermeiros nos cuidados prestados de forma direta e indireta, atividades associadas e atividades pessoais.
- ✓ Análise da carga de trabalho segundo o NAS.
- ✓ Avaliação dos registros dos enfermeiros.

Cada unidade foi analisada da seguinte forma:

A) Distribuição do tempo

Os dados referentes à distribuição do tempo pelos enfermeiros foram transferidos, armazenados e processados utilizando o programa Microsoft Excel®. A análise possibilitou levantar os seguintes dados:

- 1) Distribuição quantitativa do número de domínios, classes de intervenções e intervenções segundo a *NIC*.
- 2) Cálculo do tempo total e percentual de tempo em cada intervenção/atividades nos domínio de *NIC*.
- 3) Cálculo do tempo total e percentual de tempo destinado as atividades associadas e atividades pessoais.
- 4) Cálculo da média diária de tempo destinadas as atividades de cuidado de forma direta e indireta, atividades associadas e pessoais.
- 5) Levantamento das atividades/intervenções predominantes dos enfermeiros, identificando as ações prioritárias no processo de trabalho.
- 6) Cálculo do tempo total e percentual de tempo destinado aos registros dos enfermeiros no prontuário do cliente.
- 7) Levantamento da produtividade dos enfermeiros.

B) Carga de trabalho

Os dados foram transferidos, armazenados e processados para planilha de cálculo Microsoft Excel®.

Calcularam-se as horas demandadas de cuidado de enfermagem por cliente/dia considerando o escore da carga de trabalho medida pelo *NAS* e o número de clientes por dia. O cálculo foi obtido através da média do *NAS* diário transformada em horas. Para esse cálculo, cada ponto do *NAS* equivaleu a 14 minutos e 40 segundos.

Foram calculadas as horas disponíveis de enfermagem por cliente/dia considerando o quantitativo diário de profissionais de enfermagem para o cuidado, a jornada de trabalho e o quantitativo de clientes internados.

Após esses passos, foi calculada a diferença entre as horas disponíveis e demandadas de cuidado, pela subtração das horas disponíveis pelas horas demandadas de cuidado.

A diferença entre as horas disponíveis e as horas demandadas (horas disponíveis – horas requeridas), apontou o excesso ou o déficit de horas de assistência. Diferenças positivas foram consideradas excesso de horas disponíveis, enquanto diferenças negativas, déficit de horas.

C) Avaliação dos registros

Os resultados obtidos na avaliação dos 457 registros, através do instrumento “Avaliação dos registros do enfermeiro” foram transferidos e armazenados utilizando o programa Microsoft Excel®. A análise possibilitou levantar os seguintes dados:

- 1) Distribuição quantitativa e percentual da pontuação em cada critério de avaliação do instrumento.
- 2) Distribuição numérica e percentual dos registros no *score* de avaliação do instrumento “Avaliação dos registros do enfermeiro”.
- 3) Cálculo da média das pontuações dos registros em cada dia coletado.

D) Comparação dos dados

Após as análises dos dados separadamente, os resultados foram comparados com vistas ao alcance do objetivo geral desta pesquisa.

A pontuação (*score*) dos registros foi comparada com a carga de trabalho do dia, segundo o *NAS*, número de enfermeiros na escala e número de clientes internados.

A figura 6 apresenta a sintetização do percurso da coleta e análise dos dados.

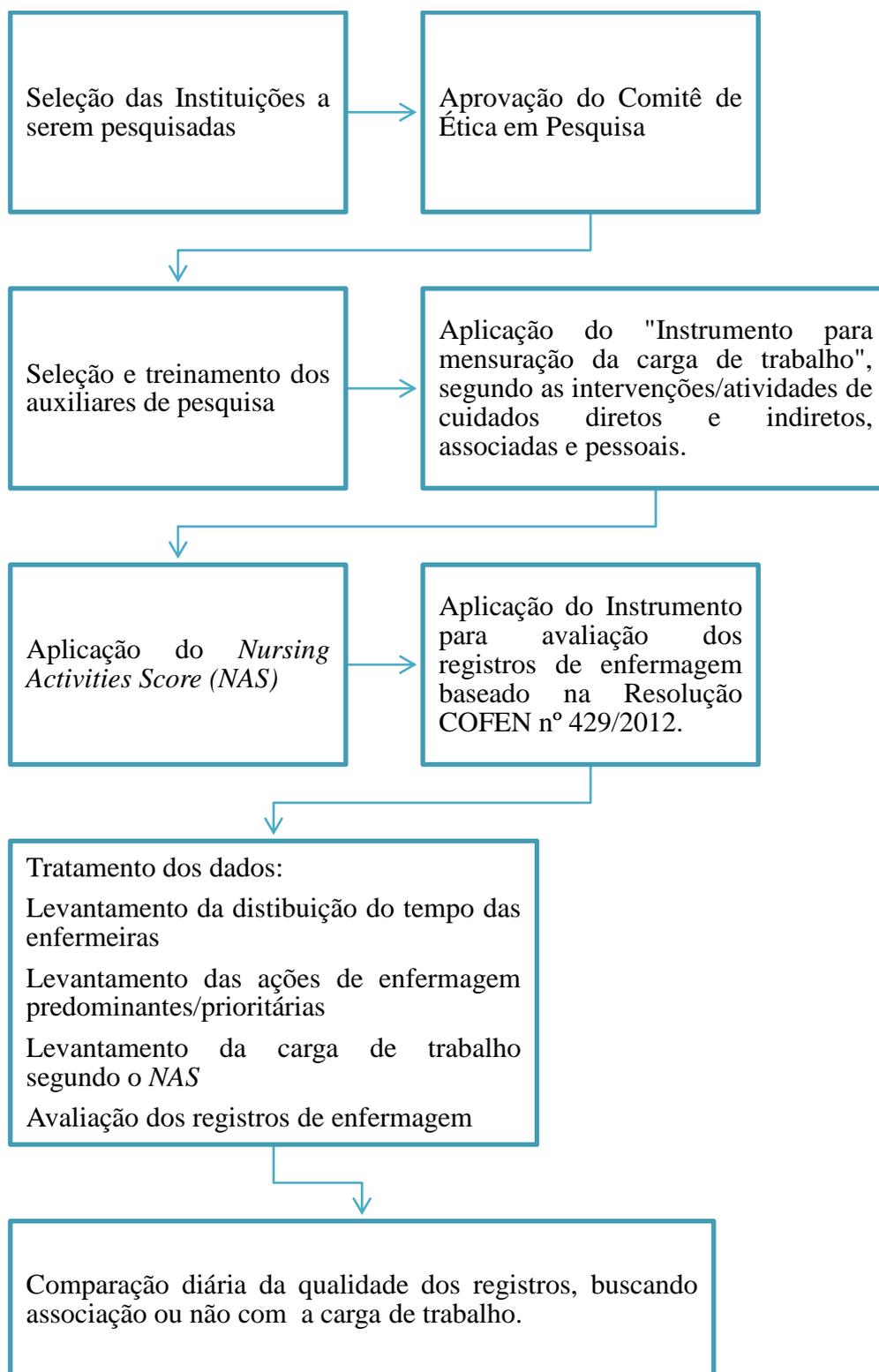


Figura 6: Síntese do percurso da coleta e tratamento dos dados.
Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram estruturados em cinco partes. Na primeira apresentou-se a caracterização dos enfermeiros participantes do estudo e dos clientes internados nos cenários de estudo no período de coleta de dados. Na segunda, foram apresentados os resultados advindos da observação da distribuição do tempo despendido pelos enfermeiros nas atividades de cuidados prestados de forma direta, indireta, associadas e pessoais no seu processo de trabalho. Na terceira, se mostra os resultados gerados pela aplicação do *Nursing Activities Score* para determinar a carga de trabalho. Na quarta foram apresentados os resultados da análise dos registros dos enfermeiros nos prontuários dos clientes. Na quinta foi apresentada a comparação dos resultados, estabelecendo a relação entre a carga de trabalho diária do enfermeiro e os registros encontrados.

Os resultados são demonstrados através de tabelas e figuras segundo a especificidade relacionada a cada UTI.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A caracterização dos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva quanto ao sexo, idade, tempo de formação profissional e tempo de atuação profissional nos hospitais universitários (HU) pesquisados encontra-se na tabela 1.

Tabela 1- Caracterização dos enfermeiros participantes do estudo quanto ao sexo, idade, tempo de formação profissional e tempo de atuação nos hospitais investigados, Rio de Janeiro, 2017. (N=20)

Caracterização dos profissionais	Enfermeiros (Hospital A)		Enfermeiros (Hospital B)	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	4	33,3	2	25
Feminino	8	66,7	6	75
Idade (em anos)				
20-29	2	16,7	2	25
30-39	4	33,3	2	25
40-49	3	25	2	25
50-59	3	25	2	25
Tempo de formação profissional				
≤4 anos	1	8,3	1	12,5
5-9 anos	3	25	2	25
10-14 anos	4	33,4	1	12,5
15-19 anos	3	25	3	37,5
≥20 anos	1	8,3	1	12,5
Tempo de trabalho no HU				
≤4 anos	8	66,7	3	37,5
5-9 anos	2	16,7	2	25
10-14 anos	1	8,3	1	12,5
15-19 anos	0	0	1	12,5
≥20 anos	1	8,3	1	12,5

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Em relação às características dos enfermeiros apresentadas na tabela 1, observa-se, nas duas UTIs, o predomínio do sexo feminino (n=12; 66,7% e n= 8; 75%).

Referente à idade, na UTI A, 33,3% apresentava entre 30 a 39 anos, seguido de 25% entre 40 a 49 anos e 50 a 59 anos e 16,7% entre 20 a 29 anos. Na UTI B, houve equilíbrio entre a faixa etária dos profissionais, com 25% de enfermeiros em todos os intervalos de idade.

Quanto ao tempo de formação profissional, na UTI A, 33,4% dos enfermeiros apresentavam entre 10 e 14 anos de formação, seguido de 25% de profissionais que tinham de 5 a 9 anos e 15 a 19 anos, 8,3% com 4 anos ou menos e 8,3% com mais de 20 anos. Na UTI B, 37,5% apresentam entre 15 a 19 anos de formação, seguido de 25% entre 5 e 9 anos e 12,5% menos de 4 anos, entre 10 e 14 anos e mais de 20 anos.

Em relação ao tempo de atuação no HU, na UTI A 66,7% trabalhavam no hospital a menos de 4 anos, 16,7% entre 5 e 9 anos, 8,3% entre 10 e 14 anos e 8,3% mais de 20 anos. Na UTI, 37% trabalhavam no hospital a menos de 4 anos, 25% entre 5 e 9 anos, 12,5% entre 10 e 14 anos, 15 e 19 anos e mais de 20 anos.

As figuras 7 e 8 mostram a média, o valor máximo e o mínimo da idade, do tempo de formação profissional e de atuação profissional nos HUs.

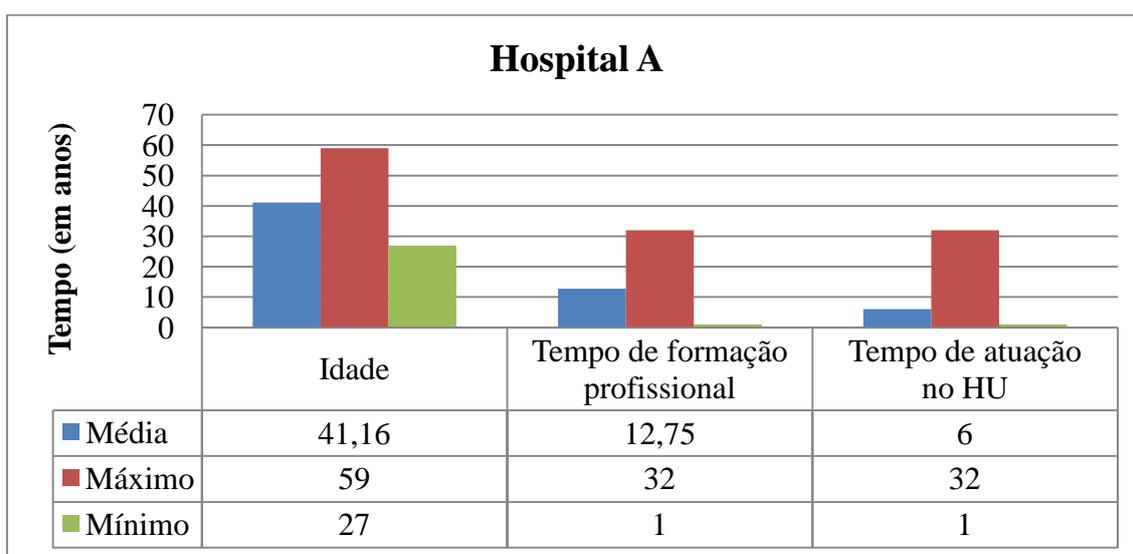


Figura 7: Estatística descritiva da idade, tempo de formação profissional e tempo de atuação dos enfermeiros do Hospital A, Rio de Janeiro, 2017.

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

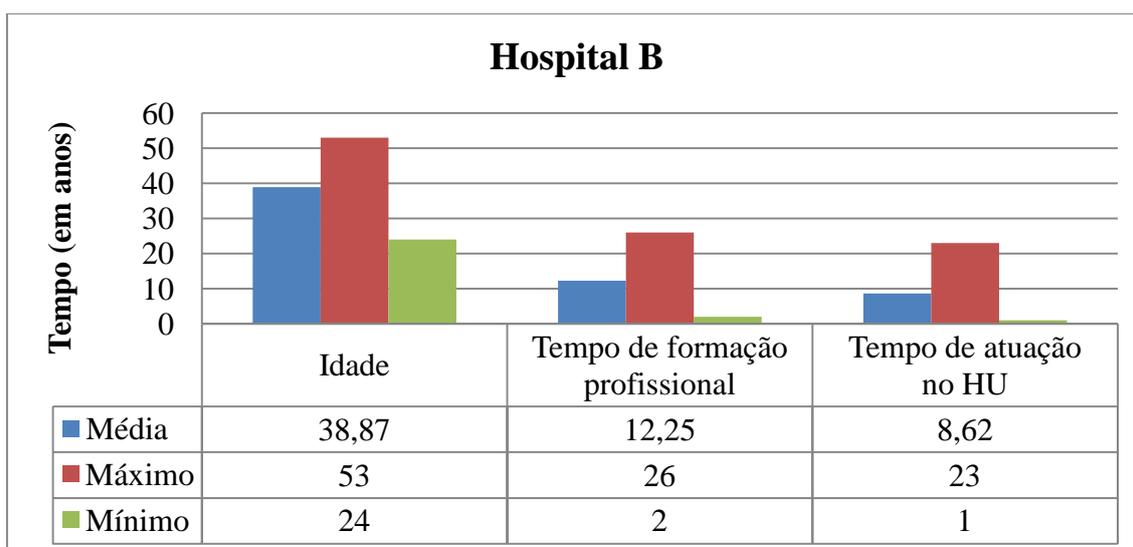


Figura 8: Estatística descritiva da idade, tempo de formação profissional e tempo de atuação dos enfermeiros do Hospital B, Rio de Janeiro, 2017.

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

A média de idade encontrada na UTI A foi de 41,16, a idade máxima foi 59 e a mínima 27 anos. Na UTI B, a média foi de 38,87, a idade máxima foi 53 e a mínima 24 anos.

Quanto ao tempo de formação profissional, na UTI A, a média foi de 12,75 e na UTI B de 12,25. O maior tempo de formação profissional na UTI A foi de 32 e na UTI B, 26 anos e o menor tempo na UTI A foi de 1 ano e na UTI B, 2 anos.

Em relação ao tempo de atuação profissional no HU, o tempo médio, máximo e mínimo, na UTI A, foi de 6, 32 e 1 ano, respectivamente. Na UTI B, a média foi de 8,6, o máximo e mínimo foram de 23 e 1 ano, respectivamente.

Demonstra-se nas figuras 9 e 10 a maior qualificação profissional dos enfermeiros, nos cenários de estudo.

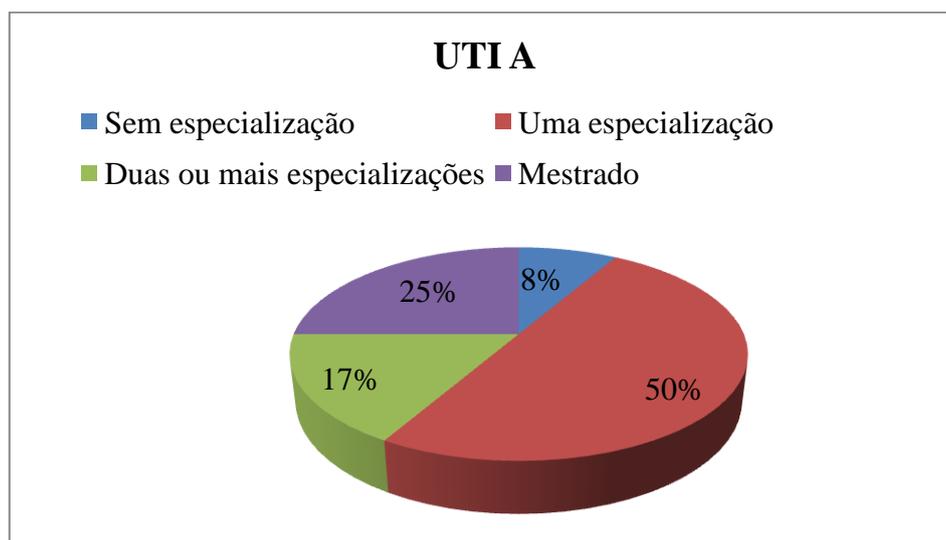


Figura 9- Qualificação profissional dos enfermeiros da UTI A, considerando a maior qualificação. Rio de Janeiro, 2017.

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

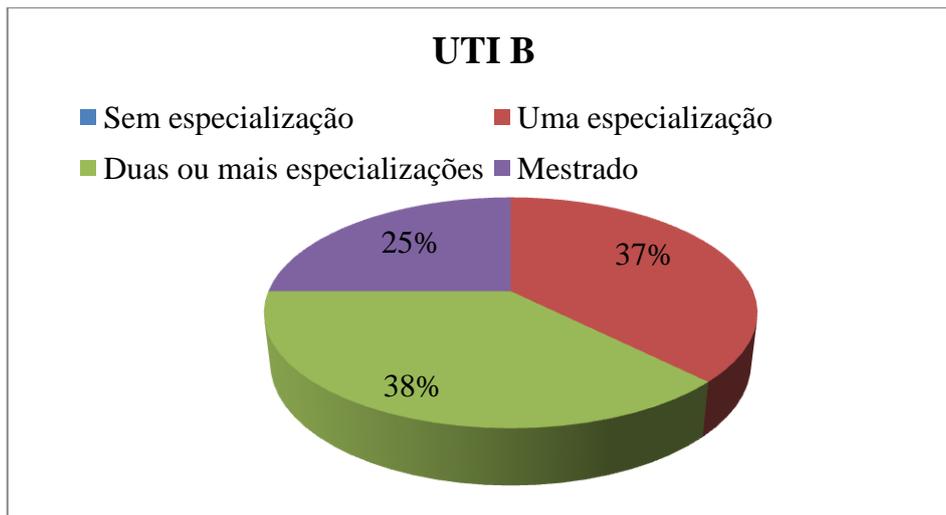


Figura 10- Qualificação profissional dos enfermeiros da UTI B, considerando a maior qualificação. Rio de Janeiro, 2017.

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Considerando a maior qualificação, na UTI A, 50% dos enfermeiros possuem uma especialização, 25% mestrado, 17% mais de uma especialização e 8% não possui especialização. Na UTI B, 38% tem mais de uma especialização, 37% uma especialização e 25% possuem mestrado.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CLIENTES INTERNADOS NOS CENÁRIOS DE ESTUDO NO PERÍODO DE COLETA DE DADOS.

Durante o período de coleta de dados, 35 clientes foram assistidos nas UTIs estudadas. A caracterização dos clientes segundo o sexo, idade e motivo de internação encontra-se na tabela 2.

Tabela 2- Caracterização dos clientes segundo o sexo, idade e motivo de internação, Rio de Janeiro, 2017. (N=35)

Caracterização dos clientes	Clientes (Hospital A)		Clientes (Hospital B)		Clientes Hospital A + B	
	N(14)	%	N (21)	%	N (35)	%
Sexo						
Masculino	8	57,1	8	38	16	45,7
Feminino	6	42,9	13	62	19	54,3
Idade (em anos)						
19-29	0	0	3	14,3	3	8,6
30-39	0	0	1	4,8	1	2,9
40-49	2	14,3	2	9,5	4	11,4
50-59	4	28,6	4	19	8	22,8
60-69	4	28,6	5	23,8	9	25,7
70-79	2	14,3	5	23,8	7	20
80 ou mais	2	14,3	1	4,8	3	8,6
Motivo da internação						
Internação clínica	7	50	11	52,4	18	51,4
Internação cirúrgica	7	50	10	47,6	17	48,6

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Em relação às características dos clientes apresentadas na tabela 2, observa-se, nas duas UTIs, O predomínio do sexo masculino (57,1%) na UTI A, enquanto na UTI B predominou o sexo feminino (62%). O somatório das duas UTIs aponta para o predomínio geral do sexo feminino (54,3%).

Referente à idade, na UTI A, 28,6% dos clientes apresentava idade entre 50 a 59 anos e 60 a 69 anos, seguido de 14,3% entre 40 a 49 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais. Na UTI B, 23,8% apresentavam de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos, seguidos de 19% com 30 a 39 anos, 14,3% de 19 a 29 anos e 9,5% de 40 a 49 anos.

Quanto ao motivo da internação, as internações clínicas foram as mais frequentes com 51,4%, seguidas das internações cirúrgicas com 48,6%.

4.3 GERENCIAMENTO DO TEMPO PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE TRABALHO EM UTI.

O instrumento de intervenções/atividades permitiu analisar o gerenciamento do tempo dos enfermeiros no seu processo de trabalho, por 36 dias, em duas UTIs. Foram observadas e analisadas 660 horas de trabalho dos enfermeiros.

O mapeamento da distribuição do tempo dos enfermeiros, de acordo com as intervenções da *NIC*, resultou no aparecimento de 5 domínios, 20 classes de intervenções e 61 intervenções e estão demonstrados no quadro 3.

Quadro 3: Demonstrativo do número de domínios, classes de intervenções e intervenções, segundo a *NIC*. Rio de Janeiro, 2017.

Domínios	Números de classes de intervenções	Número de Intervenções
Domínio 1- Fisiológico Básico	5	19
Domínio 2- Fisiológico Complexo	7	14
Domínio 3- Comportamental	2	3
Domínio 4- Segurança	2	8
Domínio 5- Família	0	0
Domínio 6- Sistema de Saúde	3	17
Domínio 7- Comunidade	0	0

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

No domínio 1, fisiológico básico, as classes encontradas foram “Controle de eliminação”, “Controle de imobilidade”, “Suporte nutricional”, “Promoção do conforto físico” e “Facilitação do autocuidado”. As atividades da classe “Controle da atividade e exercício” não foram observadas. No domínio 2, fisiológico complexo, as classes encontradas foram “Controle eletrolítico e ácido-básico”, “Controle de medicamentos”, “Cuidados perioperatórios”, “Controle respiratório”, “Controle da pele/feridas” e “Controle da perfusão tissular”. As atividades da classe “Termorregulação” não foram observadas. No domínio 4, segurança, intervenções relacionadas as duas classes, “Controle de crises” e “controle de riscos”, foram encontradas. No domínio 6, sistema de saúde, intervenções relacionadas as três classes, “Mediação com o sistema de saúde”, “Controle do sistema de saúde” e “Controle de informação”, foram encontradas. Não foram encontradas intervenções correspondentes aos domínios 5- Família e 7- Comunidade.

O quadro 4, mostra a distribuição do tempo dos enfermeiros nas intervenções do Domínio 1 de *NIC*, nas atividades associadas e nas atividades pessoais.

Quadro 4: Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas Intervenções de *NIC*, Atividades associadas e Atividades Pessoais nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017.

Intervenções de <i>NIC</i> , atividades associadas e atividades pessoais	UTI A		UTI B		UTI A + UTI B	
	Tempo	%	Tempo	%	Tempo	%
Domínio 1- fisiológico básico	55h30min	15	23h10min	8	78h40min	11,9
Domínio 2- fisiológico complexo	17h10min	4,6	48h10min	16,7	65h20min	9,9
Domínio 3- comportamental	4h	1,1	2h50min	1	6h50min	1
Domínio 4- segurança	6h50min	1,8	6h50min	2,4	13h40min	2,1
Domínio 5- família	0	0	0	0	0	0
Domínio 6- sistema de saúde	90h10min	24,3	109h40min	38	199h50min	30,3
Domínio 7- comunidade	0	0	0	0	0	0
Atividades associadas	37h30min	10	17h30min	6,2	55h	8,3
Atividades pessoais	160h50min	43,2	79h50min	27,7	240h40min	36,5
Total	372h	100	288h	100	660h	100

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Os resultados mostram que maior número de intervenções de *NIC* corresponderam ao domínio 6 referentes às intervenções que oferecem suporte ao uso do sistema de saúde (30,3%), seguidas das intervenções do domínio fisiológico básico, relacionadas aos cuidados que sustentam o funcionamento físico (11,9%); do fisiológico complexo que dão suporte à regulação homeostática (9,9%); da segurança que tem relação com a proteção contra danos (2,1%) e do comportamental, que se refere aos cuidados que auxiliam o funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida (1%). As atividades de *NIC* dos domínios 5 (Família) e 7 (Comunidade) não foram realizadas pelos enfermeiros no período de coleta de dados.

As atividades associadas representaram 8,3% do tempo dos enfermeiros e correspondem àquelas assumidas pela equipe de enfermagem e que poderiam ser realizadas por outras categorias profissionais. As atividades pessoais ocuparam 36,5% do tempo.

O quadro 5 apresenta o tempo despendido pelos enfermeiros em intervenções do domínio 1 de *NIC*.

Quadro 5: Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções do Domínio 1 –Fisiológico Básico da *NIC* nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017.

Intervenções de enfermagem-Domínio 1	UTI A		UTI B		UTI A + UTI B		
	Tempo	%	Tempo	%	Tempo*	%	% do tempo total**
Transporte	2h40min	4,8	20min	1,4	3h	3,8	0,45
Promoção de saúde oral	2h30min	4,5	10min	0,8	2h40min	3,4	0,4
Sondagem vesical	3h40min	6,6	1h10min	5	4h50min	6,1	0,7
Controle da nutrição	40min	1,2	0	0	40min	0,8	0,1
Posicionamento	4h50min	8,7	1h10min	5	6h	7,6	0,9
Banho	12h	21,6	6h50min	29,5	18h50min	23,9	2,9
Cuidado pós-morte	30min	0,9	20min	1,4	50min	1,1	0,1
Controle do ambiente	1h50min	3,3	0	0	1h50min	2,3	0,3
Cuidados com sondas GI	3h40min	6,6	1h30min	6,5	5h10min	6,6	0,8
Sondagem gastrointestinal	2h30min	4,5	3h20min	14,4	5h50min	7,4	0,9
Aplicação de calor/frio	20min	0,6	0	0	20min	0,5	0,05
Controle de retenção urinária	3h20min	6	1h10min	5	4h30min	5,7	0,7
Cuidados com sondas: urinário	4h40min	8,5	1h50min	7,9	6h30min	8,3	1
Administração da NPT	2h20min	4,2	1h20min	5,8	3h40min	4,7	0,5
Cuidado com ostomias	2h30min	4,5	1h	4,3	3h30min	4,5	0,5
Controle da dor	1h30min	2,7	20min	1,4	1h50min	2,3	0,3
Alimentação por sonda enteral	3h30min	6,3	1h20min	5,8	4h50min	6,2	0,7
Cuidado com cabelos	1h	1,8	50min	3,6	1h50min	2,3	0,3
Contenção física	1h30min	2,7	30min	2,2	2h	2,5	0,3
Total	55h 30min	100	23h 10min	100	78h 40min	100	11,9

*Percentual considerando o tempo destinado as intervenções do domínio 1 (78h40min)

** Percentual considerando o tempo total (660h)

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

No domínio 1, as intervenções com maior representatividade foram: Banho (23,9%), Cuidados com sondas urinárias (8,3%), Posicionamento (7,6%), Sondagem

gastrointestinal (7,4%), Cuidados com sonda gastrointestinal (6,6%), Alimentação por sonda (6,2%), Sondagem vesical (6,1%), Controle de retenção urinária (5,7%), Administração da NPT (4,7%), Cuidados com ostomias (4,5%). As demais intervenções ocuparam menos de 4% do tempo dos enfermeiros.

O quadro 6 apresenta o tempo dedicado as intervenções do domínio 2 de *NIC*.

Quadro 6: Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções do domínio 2- Fisiológico complexo da *NIC* nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017.

Intervenções de enfermagem- Domínio 2	UTI A		UTI B		UTI A + UTI B		
	Tempo	%	Tempo	%	Tempo	%*	% do tempo total*
Manutenção de dispositivos de acesso venoso	3h50min	22,3	3h10min	6,6	7h	10,7	1,1
Preparo cirúrgico	50min	4,9	30min	1	1h20min	2,1	0,2
Cuidados com o local de incisão	1h	5,8	1h50min	3,8	2h50min	4,4	0,4
Cuidados com úlcera de pressão	1h50min	10,7	2h20min	4,9	4h10min	6,4	0,6
Cuidados com lesões drenagem fechada	1h10min	6,8	1h	2,1	2h10min	3,3	0,3
Administração de medicamentos	3h	17,5	14h50min	30,8	17h50min	27,3	2,7
Controle hidroeletrólítico	4h30min	26,2	18h	37,4	22h30min	34,4	3,4
Aspiração de vias aéreas	30min	2,9	2h30min	5,2	3h	4,6	0,5
Terapia endovenosa	20min	1,9	1h40min	3,5	2h	3,1	0,3
Administração de hemoderivados	10min	1	0	0	10min	0,2	0,03
Punção de vaso cateterizado: amostra do sangue	0	0	30min	1	30min	0,8	0,1
Punção venosa	0	0	1h30min	3,1	1h30min	2,3	0,2
Controle de vias aéreas artificiais	0	0	10min	0,3	10min	0,2	0,03
Controle de Convulsões	0	0	10min	0,3	10min	0,2	0,03
Total	17h10min	100	48h10min	100	65h 20min	100	9,9

*Percentual considerando o tempo destinado as intervenções do domínio 2 (65h20min)

** Percentual considerando o tempo total (660h)

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

A maior parte do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções do domínio 2 de *NIC*, corresponde a Controle hidroeletrólítico (34,4%), seguido de administração de medicamentos (27,3%), manutenção de dispositivos de acesso venoso (10,7%), Cuidados com úlcera de pressão (6,4%), aspiração de vias aéreas (4,6%) e Cuidados com local de incisão (4,4%). As demais intervenções ocuparam menos de 4% do tempo dos enfermeiros.

O quadro 7 apresenta o tempo dispensado pelos enfermeiros em intervenções do domínio 3 de *NIC*.

Quadro 7: Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções do Domínio 3 – Comportamental da *NIC* nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017.

Intervenções de enfermagem-Domínio 3	UTI A		UTI B		UTI A + UTI B		
	Tempo	%	Tempo	%	Tempo	%*	% do tempo total**
Escutar ativamente	2h20min	58,3	2h30min	88,2	4h50min	70,7	0,7
Mediação de conflitos	1h30min	37,5	20min	11,8	1h50min	26,8	0,28
Assistência ao morrer	10min	4,2	0	0	10min	2,5	0,02
Total	4h	100	2h50min	100	6h50min	100	1

*Percentual considerando o tempo destinado as intervenções do domínio 3 (6h50min)

** Percentual considerando o tempo total (660h)

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

As intervenções mais frequentes, no domínio 3, foram: Escutar ativamente (70,7%), mediação de conflitos (26,8%) e assistência ao morrer (2,5%).

O quadro 8 apresenta o tempo empregado pelos enfermeiros em intervenções do domínio 4 de *NIC*.

Quadro 8: Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções do Domínio 4 –Segurança da NIC nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017.

Intervenções de enfermagem-Domínio 4	UTI A		UTI B		UTI A + UTI B		
	Tempo	%	Tempo	%	Tempo	%*	% do tempo total**
Gerenciamento do protocolo de emergência	10min	2,4	0	0	10min	1,2	0,02
Reanimação cardiopulmonar	10min	2,4	0	0	10min	1,2	0,02
Monitorização de sinais vitais	1h40min	24,4	3h	43,9	4h40min	34,2	0,7
Supervisão: segurança	10min	2,4	0	0	10min	1,2	0,02
Proteção contra infecção	1h20min	19,6	1h	14,7	2h20min	17,1	0,4
Supervisão (leitura prontuário/SAE)	3h10min	46,4	2h30min	36,6	5h40min	41,5	0,9
Prevenção de úlcera por pressão ⁹	10min	2,4	10min	2,4	20min	2,4	0,04
Contenção química	0	0	10min	2,4	10min	1,2	0,02
Total	6h50min	100	6h50min	100	13h40min	100	2,12

*Percentual considerando o tempo destinado as intervenções do domínio 4 (13h40min)

** Percentual considerando o tempo total (660h)

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

No domínio 4, as intervenções que ocuparam a maior parte do tempo dos enfermeiros foram: Supervisão (41,5%), Monitorização dos sinais vitais (34,3%), Proteção contra infecção (17,1%). As demais intervenções ocuparam menos de 3% do tempo dos enfermeiros.

O quadro 9 demonstra o tempo despendido pelos enfermeiros em intervenções do domínio 6 de NIC.

⁹ No dia 13 de abril de 2016, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação. No estudo atual, o termo “úlcera por pressão” continuará sendo aplicado para garantir a fidelidade ao instrumento utilizado.

Quadro 9: Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções do Domínio 6 – Sistema de saúde da NIC nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017.

Intervenções de enfermagem- Domínio 6	UTI A		UTI B		UTI A + UTI B		
	Tempo	%	Tempo	%	Tempo	%*	% do tempo total**
Verificação do carrinho de emergência	1h	1,1	10min	0,2	1h10min	0,6	0,2
Cuidados na admissão	2h10min	2,4	2h50min	2,6	5h	2,5	0,8
Delegação	4h40min	5,2	2h50min	2,6	7h30min	3,8	1,1
Assistência em exames	5h20min	5,9	8h40min	7,9	14h	7	2,1
Supervisão de funcionários	6h40min	7,4	8h10min	7,4	14h50min	7,4	2,3
Controle de suprimentos	14h50min	16,5	24h20min	22,2	39h10min	19,6	6
Controle de tecnologia	5h50min	6,5	4h10min	3,8	10h	5	1,5
Documentação	32h30min	36	35h40min	32,5	68h10min	34	10,3
Troca de Informações sobre cuidados de saúde	6h20min	7	5h10min	4,7	11h30min	5,8	1,7
Transcrição de prescrição	4h10min	4,6	3h20min	3	7h30min	3,8	1,1
Passagem de plantão	3h20min	3,7	9h20min	8,5	12h40min	6,3	1,9
Controle de amostra para exames	30min	0,5	2h40min	2,4	3h10min	1,6	0,5
Desenvolvimento de funcionários	20min	0,4	10min	0,2	30min	0,3	0,1
Preceptor: estudante	2h10min	2,4	0	0	2h10min	1,1	0,3
Preceptor: funcionário	20min	0,4	20min	0,3	40min	0,3	0,1
Facilitação da visita	0	0	40min	0,6	40min	0,3	0,1
Verificação de substância controlada	0	0	1h10min	1,1	1h10min	0,6	0,2
Total	90h 10min	100	109h 40min	100	199h 50min	100	30,3

*Percentual considerando o tempo destinado as intervenções do domínio 6 (199h50min)

** Percentual considerando o tempo total (660h)

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

As intervenções mais frequentes no domínio 6 foram: Documentação (34%), Controle de suprimentos (19,6%), Supervisão de funcionários (7,4%), Assistência em exames (7%), Passagem de plantão (6,3%), troca de informações sobre cuidados de saúde (5,8%) e Controle de tecnologia (5%). As demais intervenções do domínio ocuparam menos de 4% do tempo dos enfermeiros.

O quadro 10 apresenta a distribuição do tempo dos enfermeiros na atividade de documentação.

Quadro 10: Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros na intervenção “Documentação” do Domínio 6 –Sistema de saúde da NIC nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017.

Documentação	UTI A		UTI B		UTI A + UTI B		
	Tempo	%	Tempo	%	Tempo	%*	% do tempo total**
Diversos (Livro de ordens e ocorrências, balanço hídrico, livro de controle de pacientes, livro de controle de exames)	16h20min	49,8	15h50min	44,4	32h10min	47,2	4,9
Prontuário do cliente	16h10min	50,2	19h50min	55,6	36h	52,8	5,4
Total	32h30min	100	35h40min	100	68h10min	100	10,3

*Percentual considerando o tempo destinado a documentação (68h10min)

** Percentual considerando o tempo total (660h)

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Os resultados apontam que 52,8% do tempo dedicado a documentação utiliza-se para registros nos prontuários dos clientes e 47,2% para registros nos diversos livros existentes nas UTIs, dentre eles, livro de ordens e ocorrências, livro de controle de pacientes, livro de controle de exames e balanços hídricos.

O quadro 11 demonstra o tempo dispensado pelos enfermeiros em atividades associadas.

Quadro 11: Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas Atividades Associadas nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017.

Atividades associadas	UTI A		UTI B		UTI A + UTI B		
	Tempo	%	Tempo	%	Tempo	%	% do tempo total**
Limpar e organizar armários e bancadas	6h40min	17,8	2h30min	14,3	9h10min	16,7	1,4
Fazer solicitações de consertos de manutenção	2h10min	5,8	30min	2,8	2h40min	4,8	0,4
Organizar prontuários	2h30min	6,7	40min	3,8	3h10min	5,8	0,5
Sair da unidade para fazer encaminhamentos	4h20min	11,5	4h50min	27,6	9h10min	16,7	1,4
Gerenciamento de leitos	3h	8	2h20min	13,3	5h20min	9,7	0,8
Atender telefonemas não específicos	1h30min	4	10min	1	1h40min	3	0,3
Fazer solicitações de suprimentos de rotina	10h20min	27,5	50min	4,8	11h10min	20,3	1,7
Conferência de prescrição médica	3h	8	2h40min	15,2	5h40min	10,3	0,8
Receber e conferir materiais de estoque	4h	10,7	2h50min	16,2	6h50min	12,4	1
Passagem de plantão para a nutrição	0	0	10min	1	10min	0,3	0,02
Total	37h30min	100	17h30min	100	55h	100	8,3

*Percentual considerando o tempo destinado as atividades associadas (55h)

** Percentual considerando o tempo total (660h)

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

As atividades associadas com maior representatividade foram: Fazer solicitações de suprimentos de rotina (20,3%), Sair da unidade para fazer encaminhamentos diversos (16,7%), Limpar e organizar armários e bancadas (16,7%), receber e conferir materiais do estoque (12,4%), conferência de prescrição médica (10,3%), gerenciamento de leitos (9,7%), organizar prontuários (5,8%) e fazer solicitações de consertos de manutenção (4,8%). As demais intervenções ocuparam menos de 4% do tempo dos enfermeiros.

O quadro 12 apresenta a distribuição do tempo dos enfermeiros nas atividades pessoais.

Quadro 12: Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nas Atividades Pessoais nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017.

Atividades pessoais	UTI A		UTI B		UTI A + UTI B		
	Tempo	%	Tempo	%	Tempo	%*	% do tempo total**
Alimentação/ hidratação	24h40min	15,3	17h50min	22,3	42h30min	17,7	6,4
Eliminação	1h20min	0,9	1h30min	1,9	2h50min	1,2	0,5
Socialização	40h10min	25	20h10min	25,3	60h20min	25,1	9,2
Descanso	60h	37,3	29h50min	37,4	89h50min	37,3	13,6
Atendimento de chamada telefônica	3h50min	2,4	1h	1,2	4h50min	2	0,7
Resolver problemas pessoais fora da unidade	10h30min	6,5	3h20min	4,2	13h50min	5,7	2,1
Acessar a internet para interesse próprio	10h40min	6,6	4h	5	14h40min	6,1	2,2
Higiene	2h30min	1,6	0	0	2h30min	1	0,4
Atraso	5h	3,1	2h10min	2,7	7h10min	3	1,1
Mudança de roupa	2h10min	1,3	0	0	2h10min	0,9	0,3
Total	160h50min	100	79h50min	100	240h40min	100	36,5

*Percentual considerando o tempo destinado as atividades associadas (240h40min)

** Percentual considerando o tempo total (660h)

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

As atividades pessoais mais frequentes foram: descanso (37,3%), socialização (25,1%), alimentação/hidratação (17,7%), acessar a internet para interesse próprio (6,1%), resolver problemas pessoais fora da unidade (5,7%). As demais atividades ocuparam menos de 3% do tempo dos enfermeiros.

O quadro 13 apresenta a distribuição do tempo dos enfermeiros, nas atividades de cuidados de forma direta, indireta, atividades associadas e pessoais.

Quadro 13: Distribuição quantitativa e percentual do tempo despendido pelos enfermeiros nos Cuidados de forma direta, Cuidados de forma indireta, Atividades associadas e Atividades Pessoais nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017.

Cuidados de forma direta e indireta, atividades associadas e atividades pessoais	UTI A		UTI B		UTI A + UTI B	
	Tempo	%	Tempo	%	Tempo	%
Cuidados de forma direta	73h30min	19,8	61h50min	21,5	135h20min	20,5
Cuidados de forma indireta	100h10min	26,9	128h50min	44,7	229h	34,7
Atividades associadas	37h30min	10,1	17h30min	6,1	55h	8,3
Atividades pessoais	160h50min	43,2	79h50min	27,7	240h40min	36,5
	372h	100	288h	100	660h	100

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Os resultados mostram que 36,5% do tempo dos enfermeiros são dedicados as atividades pessoais, 34,7% aos cuidados prestados de forma indireta, 20,5% aos cuidados prestados de forma direta e 8,3% as atividades associadas.

O quadro 14 apresenta as atividades mais constantemente realizadas pelo enfermeiro em seu processo de trabalho nas UTIs.

Quadro 14: Distribuição percentual das atividades/intervenções predominantes nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017.

Atividades/Intervenções predominantes	Domínios/Atividades	UTI A + UTI B
		%
Descanso	Atividades pessoais	13,6
Documentação	Domínio 6	10,6
Socialização	Atividades pessoais	9,2
Hidratação/alimentação	Atividades pessoais	6,4
Controle de suprimentos	Domínio 6	6
Controle hidroeletrólítico	Domínio 2	3,4
Banho	Domínio 1	2,9
Administração de medicamentos	Domínio 2	2,9
Supervisão de funcionários	Domínio 6	2,3
Assistência em exames	Domínio 6	2,1

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Os resultados apontam que as atividades mais constantemente realizadas em seu processo de trabalho nas UTIs foram: descanso (13,6%), documentação (10,3%), socialização (9,2%), alimentação/hidratação (6,4%), controle de suprimentos (6%), controle hidroeletrólítico (3,4%), banho (2,9%), administração de medicamentos (2,9%), supervisão de funcionários (2,3%), assistência em exames (2,1%).

4.4 A CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO O *NURSING ACTIVITIES SCORE*.

Com o objetivo de levantar as horas requeridas de cuidado de enfermagem pelos clientes internados nas UTIs, foi aplicada a ferramenta *Nursing Activities Score*. Na amostra de 35 clientes, o NAS foi aplicado 276 vezes, 92 na UTI A e 184 na UTI B. A tabela 3 apresenta a estatística descritiva do NAS e as horas requeridas de cuidado dos clientes internados nas UTIs.

Tabela 3: Estatísticas descritivas do *Nursing Activities Score* e das horas requeridas de cuidado pelos clientes internados nas UTIs. Rio de Janeiro, 2017.

Pontuação do NAS e horas requeridas de cuidado de enfermagem por cliente-dia	UTI A		UTI B	
	Pontuação	HAE	Pontuação	HAE
Média	61,1	14,66	61,6	14,78
Moda	56,6	13,58	60,35	14,48
Mediana	61,08	14,65	61,73	14,81
Máximo	74,36	17,84	65,8	15,79
Mínimo	51,7	12,4	58,52	14,04

*HAE: Horas de assistência de enfermagem

Fonte: DINIZ, TONINI, 2017.

A tabela 3 mostra que a média do NAS dos clientes da UTI A e da UTI B, durante os 36 dias de estudo, foi de 61,1 e 61,6, respectivamente. Na UTI A, encontrou-se mediana de 61,08, moda de 56,6, mínimo de 51,7 e máximo de 74,36, enquanto na UTI B, observou-se moda de 60,35, mediana de 61,73, mínimo de 58,52 e máximo de 65,8.

Na UTI A, a média de horas requeridas de cuidado de enfermagem pelos clientes-dia foi de 14,66, mediana de 14,65, com variação de 12,4 a 17,84 horas. Em relação a UTI B, observou-se a média de 14,78, mediana de 14,81 e variação de 14,04 e 15,79.

O quadro 15 apresenta o perfil de pontuação do NAS, de 24h, dos clientes, com frequência de pontuação em cada item e subitem, em cada UTI pesquisada.

Quadro 15: Frequência de pontuação em cada item e subitem do NAS, em 24h, para clientes internados nas UTIs dos hospitais A e B, Rio de Janeiro, 2017. (N=276)

Itens e subitens resumidos	UTI A	UTI B	TOTAL	%
	N	N		
1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLES				
1a. Sinais vitais horários, cálculo e registro do balanço hídrico (4,5)	50	129	179	64,8
1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia (12,1)	38	53	91	33
1c. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia (19,6)	4	2	6	2,2
2. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS:				
Bioquímicas e microbiológicas (4,3)	78	184	262	94,9
3. MEDICAÇÃO				
Exceto drogas vasoativas (5,6)	92	184	276	100
4. PROCEDIMENTOS DE HIGIENE				
4a. Realização de procedimentos de higiene (4,1)	78	148	226	81,9
4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas, em algum plantão. (16,5)	14	22	36	13
4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão (20)	0	14	14	5,1
5. CUIDADO COM DRENOS				
Todos (exceto sonda gástrica) (1,8)	82	146	228	82,6
6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO				
6a. Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas. (5,5)	9	3	12	4,3
6b. Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 enfermeiros em qualquer frequência. (12,4)	82	179	261	94,6
6c. Realização do(s) procedimento(s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência. (17,0)	1	2	3	1,1
7. SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES				
7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por cerca de uma hora em algum plantão (4,0)	51	29	80	29
7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais em algum plantão (32)	0	0	0	0
8. TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS				
8a. Realização de tarefas de rotina (4,2)	82	142	224	81,2
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais	8	41	49	17,7

que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas em algum plantão (23,2)				
8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais de tempo em algum plantão (30)	2	1	3	1,1
SUPOORTE VENTILATÓRIO				
9. Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida; oxigênio suplementar por qualquer método (1,4)	77	170	247	89,5
10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia. (1,8)	72	166	238	86,2
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria Estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal. (4,4)	72	170	242	87,7
SUPOORTE CARDIOVASCULAR				
12. Medicação vasoativa independentemente do tipo e dose. (1,2)	24	35	59	21,4
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluídos. (2,5)	5	10	15	5,4
14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco. (1,7)	0	0	0	0
15. Reanimação cardiopulmonar nas últimas 24 horas (excluído soco precordial). (7,1)	2	0	2	0,7
SUPOORTE RENAL				
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas. (7,7)	9	3	12	4,3
17. Medida quantitativa do débito urinário (7)	79	147	226	81,9
SUPOORTE NEUROLÓGICO				
18. Medida da pressão intracraniana (1,6)	0	0	0	0
SUPOORTE METABÓLICO				
19. Tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada. (1,3)	6	3	9	3,3
20. Hiperalimentação intravenosa. (2,8)	14	5	19	6,9
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia). (1,3)	45	162	207	75
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS				
22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. (2,8)	13	26	39	14,1
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. (1,9)	16	9	25	9,1

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Verificou-se que os itens/subitens mais frequentemente pontuados individualmente (acima de 80%) foram: 3- Medicação (100%); 2- Investigações laboratoriais (94,9%); 6b- Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 enfermeiros

em qualquer frequência (94,6%); 9- Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida; oxigênio suplementar por qualquer método (89,5%); 11- Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria Estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal (87,7%); 10- Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia (86,2%); Cuidado com drenos (82,6%); 4a- Realização de procedimentos de higiene (81,9%); 17- Medida quantitativa do débito urinário (81,9%); 8a- Realização de tarefas de rotina (81,2%).

O período de 36 dias de coleta resultou em 72 plantões: 36 plantões diurnos (07h as 19h) e 36 noturnos (19h as 07h). A tabela 4 apresenta a distribuição da relação de clientes por profissional de enfermagem por turnos durante os 36 dias de coleta de dados.

Tabela 4: Distribuição da relação de clientes por profissional de enfermagem por turnos durante os 36 dias de coleta de dados, nas UTIS A e B. Rio de Janeiro, 2017.

Relação cliente/profissional de enfermagem por turno	UTI A		UTI B	
	N	%		N
Menos que 1	20	55,5	-	-
1	9	25	3	8,3
1,1	3	8,3	3	8,3
1,2	1	2,8	-	-
1,3	2	5,6	2	5,6
1,4	-	-	14	38,9
1,6	1	2,8	-	-
1,7	-	-	12	33,3
2	-	-	2	5,6
Total	36	100	36	100

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Quanto à relação cliente/profissional de enfermagem verifica-se que a relação variou de menos de 1 a 1,6 por turno na UTI A e de 1,1 a 2 na UTI B, tendo sido predominante a relação menor que 1 cliente por profissional na UTI A (55,5%) e a relação 1,4 na UTI B (38,9).

O quadro 16 apresenta a soma das pontuações do NAS, as necessidades de profissionais, segundo a pontuação, o quadro de profissionais de enfermagem e a (sobre)carga de trabalho, por turno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI A.

A soma do NAS foi gerada a partir do somatório das pontuações dos clientes internados nas 24h, em cada dia do estudo.

Para calcular o quantitativo de pessoal necessário, segundo o NAS, levou-se em consideração o nível de produtividade de 80%, ou seja, considerou-se o período de 2 horas e 40 minutos de intervalo para cada 12h de trabalho.

O critério de avaliação de produtividade de Biseng (1996) considera insatisfatórios níveis inferiores a 60%, suspeitos os índices superiores a 85%, satisfatórios os percentuais entre 60 a 75% e excelentes os índices entre 75% e 85%.

No cálculo da necessidade de profissionais, segundo o NAS, obteve-se números decimais que foram arredondados para cima quando o decimal foi maior ou igual a 0,5 e para baixo se menor que 0,4.

Quadro 16: Soma das pontuações do NAS, necessidades de profissionais, segundo a pontuação, o quadro de profissionais de enfermagem e a (sobre)carga de trabalho, por turno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI A. Rio de Janeiro, 2017.

	Soma do NAS	Nº de profissionais segundo o NAS	Serviço diurno		Serviço noturno	
			Nº de profissionais do setor	Sobrecarga	Nº de profissionais do setor	Sobrecarga
Dia 1	427	5,3	6	Não	5	Sim
Dia 2	414	5,2	7	Não	7	Não
Dia 3	279	3,5	6	Não	5	Não
Dia 4	170	2,1	6	Não	7	Não
Dia 5	170	2,1	7	Não	6	Não
Dia 6	250	3,1	6	Não	6	Não
Dia 7	242	3	6	Não	6	Não
Dia 8	305	3,8	6	Não	5	Não
Dia 9	376	4,7	6	Não	6	Não
Dia 10	306	3,8	6	Não	5	Não
Dia 11	306	3,8	6	Não	5	Não
Dia 12	202	2,5	6	Não	7	Não
Dia 13	241	3	6	Não	6	Não
Dia 14	372	4,7	6	Não	6	Não
Dia 15	372	4,7	6	Não	6	Não
Dia 16	513	6,4	6	Sim	7	Não
Dia 17	344	4,3	7	Não	5	Não
Dia 18	288	3,6	5	Não	5	Não
Média	309,8	3,9	6,1	-	5,8	-

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

O quadro 16 mostra que a média do NAS, nas 24h, foi de 309,8 pontos. A pontuação máxima foi de 513 e a mínima de 170. Observa-se que o cálculo do número de

profissionais, a partir do NAS, foi em média 4 (3,9). A média de profissionais atuantes no setor no serviço diurno foi de 6,1 e no serviço noturno 5,8.

O quadro 17 apresenta a soma das pontuações do NAS, necessidades de profissionais, segundo a pontuação, o quadro de profissionais de enfermagem e a (sobre)carga de trabalho, por turno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI B. Para os cálculos, foram seguidos os mesmos critérios aplicados na UTI B.

Quadro 17: Soma das pontuações do NAS, necessidades de profissionais, segundo a pontuação, o quadro de profissionais de enfermagem e a (sobre)carga de trabalho, por turno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI B. Rio de Janeiro, 2017.

	Soma do NAS	Nº de profissionais segundo o NAS	Serviço diurno		Serviço noturno	
			Nº de profissionais do setor	Sobrecarga	Nº de profissionais do setor	Sobrecarga
Dia 1	725	9,1	6	Sim	7	Sim
Dia 2	631	7,9	7	Sim	6	Sim
Dia 3	643	8,5	9	Não	6	Sim
Dia 4	633	8	7	Sim	7	Sim
Dia 5	604	7,5	7	Sim	6	Sim
Dia 6	645	8,1	10	Não	6	Sim
Dia 7	626	7,8	7	Sim	6	Sim
Dia 8	644	8	8	Não	7	Sim
Dia 9	620	7,7	10	Não	6	Sim
Dia 10	645	8,1	7	Sim	6	Sim
Dia 11	585	7,3	9	Não	5	Sim
Dia 12	586	7,3	7	Sim	7	Sim
Dia 13	664	8,3	7	Sim	6	Sim
Dia 14	587	7,3	10	Não	5	Sim
Dia 15	634	7,9	8	Não	7	Sim
Dia 16	615	7,7	7	Sim	6	Sim
Dia 17	607	7,6	9	Não	6	Sim
Dia 18	640	8	7	Sim	6	Sim
Média	630	7,9	7,9	-	6,2	-

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

O quadro 16 mostra que a média do NAS, nas 24h, foi de 630 pontos. A pontuação máxima foi de 725 e a mínima de 585. Observa-se que o cálculo do número de profissionais, a partir do NAS, foi em média 8 (7,9). A média de profissionais atuantes no setor no serviço diurno foi de 7,9 e no serviço noturno 6,2.

A tabela 5 apresenta as horas disponíveis de enfermagem, por cliente, nas UTIs estudadas.

Tabela 5: Estatísticas descritivas das horas disponíveis de enfermagem, por cliente-dia, nas UTIs. Rio de Janeiro, 2016.

Horas disponíveis de enfermagem por cliente-dia	UTI A	UTI B
Média	30,83	16,61
Moda	24	15,6
Mediana	26,4	15,98
Máximo	52	19,2
Mínimo	16,5	14,18

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Na UTI A, verificou-se a média de horas disponíveis de enfermagem por cliente-dia de 30,83h, moda de 24h, mediana de 26,4h, mínima de 16,5h e máxima de 52h. Na UTI B, a média foi de 16,61h, moda de 15,6h, mediana 15,98h, mínima de 14,18h e máxima de 19,2h.

A tabela 6 apresenta a diferença entre as horas disponíveis de enfermagem e requeridas de cuidado por cliente-dia, nas UTIs estudadas.

Tabela 6: Estatísticas descritivas da diferença entre as horas disponíveis de enfermagem e requeridas de cuidado por cliente-dia, nas UTIs. Rio de Janeiro, 2016.

Diferença entre as horas disponíveis de enfermagem e requeridas de cuidado por cliente-dia	UTI A	UTI B
Média	16,17	1,87
Moda	38,42	1,12
Mediana	11,74	1,56
Máximo	38,42	4,32
Mínimo	3,69	-1,61

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Na UTI A, verificou-se a média da diferença entre as horas disponíveis de enfermagem e requeridas de cuidado por cliente-dia de 16,17h, moda de 38,42h, mediana de 11,74h, mínima de 3,69h e máxima de 38,42h. Na UTI B, a média foi de 1,87h, moda de 1,12h, mediana 1,56h, mínima de -1,61h e máxima de 4,32h.

4.5 AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DOS ENFERMEIROS

Para se estabelecer a articulação entre tempo e carga de trabalho nos registros buscou-se, nos prontuários, todos os registros de enfermeiros correspondentes ao mesmo período em que os dados foram coletados, totalizando 457 registros. O quadro 18 apresenta a distribuição numérica dos registros nos prontuários dos clientes internados nos 36 dias de coleta de dados.

Quadro 18: Distribuição numérica dos registros nos prontuários dos clientes internados nos 36 dias de coleta de dados nas UTIs A e B. Rio de Janeiro, 2017. (N=457)

Registros de enfermeiros	Existentes (N)		Inexistentes (N)	
	SD*	SN**	SD	SN
UTI A	71	74	7	3
UTI B	163	149	10	27
TOTAL	234	223	17	30

*SD corresponde ao serviço diurno **SN corresponde ao serviço noturno

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Foram encontrados 145 registros na UTI A e 312 na UTI B, totalizando 457 registros. Destes, 234 correspondem ao serviço diurno (SD) e 223 ao serviço noturno (SN).

Não foram encontrados 10 registros nos prontuários da UTI A, sendo 7 do SD e 3 do SN. Na UTI B não foram encontrados 37 registros, sendo 10 do SD e 27 do SN.

Para a análise dos registros foi utilizado o instrumento “Avaliação dos registros do enfermeiro”, que tem como base as determinações estabelecidas pela Resolução COFEN Nº 429/2012.

A tabela 7 apresenta a distribuição quantitativa e percentual das pontuações dos critérios do instrumento de avaliação dos registros, na UTI A.

Tabela 7: Distribuição quantitativa e percentual das pontuações nos critérios de avaliação do instrumento “Avaliação dos registros do enfermeiro” na UTI A, Rio de Janeiro, 2017. (N=145)

Critérios de avaliação dos registros	4		3		2		1	
	Completo		Parcial		Incompleto		Inexistente/inadequado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Critério A- Coleta de dados	5	3,4	135	93,2	5	3,4	0	0
Critério B- Diagnóstico de enfermagem	0	0	5	3,4	72	49,7	68	46,9
Critério C- Ações realizadas	0	0	5	3,4	110	75,9	30	20,7
Critério D- Avaliação dos resultados	0	0	1	0,7	115	79,3	29	20

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Os resultados mostram que, na UTI A, o critério A, que trata do registro do resumo dos dados coletados dos clientes, apresentou pontuação 3 (parcial) em 93,2%. A pontuação predominante no critério B, que versa sobre o registro dos diagnósticos de enfermagem acerca das respostas dos clientes, foi 2 (incompleto) com 49,7%, seguido da pontuação 1 (inexistente/inadequado) com 46,9%. O critério C, que trata das ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados recebeu pontuação 2 (incompleto) em 75,9% dos registros. O critério D, que discorre sobre os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas, obteve a pontuação 2 em 79,3% dos registros analisados.

Os critérios B, C e D não receberam a pontuação 4 (Completo) em nenhum registro analisado, enquanto o critério A não recebeu a pontuação 1 (inexistente/inadequado) em nenhum registro.

A tabela 8 apresenta a distribuição quantitativa e percentual das pontuações dos critérios do instrumento de avaliação dos registros, na UTI B.

Tabela 8: Distribuição quantitativa e percentual das pontuações nos critérios de avaliação do instrumento “Avaliação dos registros do enfermeiro” na UTI B, Rio de Janeiro, 2017. (N=312)

Critérios de avaliação dos registros	4		3		2		1	
	Completo		Parcial		Incompleto		Inexistente/inadequado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Critério A- Coleta de dados	9	2,9	156	50	146	46,8	1	0,3
Critério B- Diagnóstico de enfermagem	0	0	4	1,3	255	81,7	53	17
Critério C- Ações realizadas	0	0	34	10,9	213	68,3	65	20,8
Critério D- Avaliação dos resultados	0	0	4	1,3	268	85,9	40	12,8

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017

Os resultados apontam que, na UTI B, o critério A, apresentou pontuação 3 (parcial) em 50% dos registros avaliados e a pontuação 2 (incompleto) em 46,8%. A pontuação predominante no critério B foi 2 (incompleto) com 81,7%, seguido da pontuação 1 (inexistente/inadequado) com 17%. O critério C recebeu pontuação 2 (incompleto) em 68,3% dos registros, seguido da pontuação 1 com 20,8%. O critério D obteve a pontuação 2 em 85,9% dos registros analisados.

Os critérios B, C e D não receberam a pontuação 4 (Completo) em nenhum registro analisado, enquanto o critério A recebeu a pontuação 1 (inexistente/inadequado) em 0,3% dos registros.

O quadro 19 apresenta os elementos mais frequentemente, raramente ou não encontrados na avaliação de cada subitem do item 1 do instrumento - resumo dos dados.

Quadro 19: Elementos mais frequentemente, raramente ou não encontrados nos registros dos enfermeiros das UTIs A e B. Rio de Janeiro, 2017.

Elementos do resumo dos dados coletados	Frequentemente encontradas	Raramente encontradas ou ausentes
Regulação Neurológica	Nível de consciência Uso de sedativos	Avaliação de força Pupilas
Percepção dos órgãos dos sentidos	Dor	Percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa
Oxigenação	Ventilação espontânea Ventilação mecânica invasiva	Parâmetros do ventilador Presença e aspecto das secreções Exame físico do sistema respiratório
Regulação vascular	Acessos venosos Uso de medicações vasoativas	Avaliação hemodinâmica Exame físico do tórax Avaliação do sítio de inserção do acesso
Regulação térmica		Temperatura corporal
Hidratação e alimentação	Edema Via de alimentação Tipo de cateter para alimentação	Estado de hidratação e de nutrição Tolerância e nível de aceitação Exame físico do abdômen Motivos da não aceitação da dieta e de jejuns
Eliminação urinária e intestinal	Tipo de eliminação. Tipo de cateter urinário	Característica da eliminação. Quantidade/volume
Integridade física e integridade cutaneomucosa	Lesões por pressão	Aplicação de escalas de prevenção de lesões por pressão
Comunicação, segurança emocional e amor e aceitação		Sentimentos e comportamentos
Exercícios e atividades físicas		Movimentação Locomoção Restrição de movimento Mobilidade física e no leito prejudicadas

Todos os registros foram analisados com base nos critérios estabelecidos para cada item do instrumento. Após a análise de cada critério, realizou-se a média aritmética, com vistas a classificar o registro a partir do seguinte *score*: (4) O registro é completo e atende aos padrões determinados pelo COFEN; (3) O registro embora seja deficiente, atende parcialmente aos padrões determinados pelo COFEN; (2) O registro é incompleto e não atende aos padrões determinados pelo COFEN; (1) As informações no registro são

inexistentes ou totalmente inadequadas. A tabela 9 apresenta a média dos *scores* obtidos nos 457 registros analisados nas UTIs A e B.

Tabela 9: Distribuição numérica e percentual dos registros no *score* de avaliação do instrumento, nas UTIs A e B, Rio de Janeiro, 2017. (N=457)

Score de avaliação dos registros	UTI A (N=145)		UTI B(N=312)	
	n	%	n	%
(4) O registro é completo e atende aos padrões determinados pelo COFEN.	0	0	0	0
(3) O registro embora seja deficiente, atende parcialmente aos padrões determinados pelo COFEN.	2	1,4	23	7,4
(2) O registro é incompleto e não atende aos padrões determinados pelo COFEN.	143	98,6	283	90,7
(1) As informações no registro são inexistentes ou totalmente inadequadas.	0	0	6	1,9
TOTAL	145	100	312	100

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Os resultados mostram que 98,6% dos registros dos enfermeiros da UTI A foram classificados com o *score* 2, ou seja, são incompletos e não atendem aos padrões determinados pela Resolução COFEN N° 429/2012. Nenhum registro recebeu pontuação 4 e 1.

Na UTI B, 90,7% dos registros foram classificados com o *score* 2, 7,4% foram categorizados como 3, ou seja, os registros são deficientes e atendem parcialmente aos padrões determinados pelo COFEN e 1,9% receberam 1, as informações no registro são inexistentes ou totalmente inadequadas.

4.6 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS - A CARGA DE TRABALHO E OS REGISTROS DOS ENFERMEIROS

Com vistas a cumprir o objetivo geral da pesquisa, os dados foram submetidos à comparação. O quadro 20 apresenta as pontuações da análise dos 71 registros do serviço diurno da UTI A e a comparação com a carga de trabalho do dia, o número de enfermeiros escalados e o número de clientes sob seus cuidados.

Quadro 20: Distribuição quantitativa do número de enfermeiros, número de clientes, carga de trabalho segundo o NAS e as pontuações dos registros dos enfermeiros do serviço diurno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI A. Rio de Janeiro, 2017. N=71.

Serviço diurno	Nº de enf.	Nº de clientes	Sobre carga	Nº de registros inexistentes	Nº de registros existentes	Registros		
						Score 3	Score 2	Score 1
Dia 1	1	5	Não	1	4	0	4	0
Dia 2	2	4	Não	-	4	0	4	0
Dia 3	2	4	Não	-	4	0	4	0
Dia 4	2	3	Não	-	3	0	3	0
Dia 5	2	3	Não	-	3	0	3	0
Dia 6	2	4	Não	1	3	0	3	0
Dia 7	2	4	Não	-	4	0	4	0
Dia 8	2	5	Não	1	4	0	4	0
Dia 9	2	5	Não	-	5	0	5	0
Dia 10	2	5	Não	-	5	0	5	0
Dia 11	2	5	Não	-	5	0	5	0
Dia 12	2	4	Não	-	4	0	4	0
Dia 13	2	5	Não	1	4	0	4	0
Dia 14	2	5	Não	1	4	0	4	0
Dia 15	2	6	Não	2	4	0	4	0
Dia 16	2	5	Sim	-	5	0	5	0
Dia 17	2	4	Não	-	4	0	4	0
Dia 18	1	2	Não	-	2	0	2	0

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Os resultados apresentados no quadro 19 mostram que os 71 registros avaliados receberam a pontuação 2 - registro incompleto que não atende aos padrões determinados pelo COFEN.

No 16º dia, em que existia sobrecarga de trabalho, as pontuações dos registros não foram diferentes dos dias em que existia sobrecarga. Destaca-se que, nesse dia, existiam dois enfermeiros para o cuidado de 5 clientes.

O quadro 21 mostra as pontuações da análise dos 74 registros do serviço noturno da UTI A e a comparação com a carga de trabalho do dia, o número de enfermeiros escalados e o número de clientes sob seus cuidados.

Quadro 21: Distribuição quantitativa do número enfermeiros, número de clientes, carga de trabalho segundo o NAS e as pontuações dos registros dos enfermeiros do serviço noturno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI A. Rio de Janeiro, 2017. N=74.

Serviço noturno	Nº de enf.	Nº de clientes	Sobre carga	Nº de registros inexistentes	Nº de registros existentes	Registros		
						Score 3	Score 2	Score 1
Noite 1	1	5	Sim	1	4	0	4	0
Noite 2	2	4	Não	-	4	0	4	0
Noite 3	1	3	Não	1	2	0	2	0
Noite 4	2	3	Não	-	3	0	3	0
Noite 5	1	3	Não	-	3	0	3	0
Noite 6	2	4	Não	-	4	0	4	0
Noite 7	1	4	Não	-	4	0	4	0
Noite 8	1	6	Não	1	5	0	5	0
Noite 9	2	5	Não	-	5	0	5	0
Noite 10	1	5	Não	-	5	0	5	0
Noite 11	1	5	Não	-	5	0	5	0
Noite 12	2	4	Não	-	4	1	3	0
Noite 13	2	4	Não	-	4	0	4	0
Noite 14	2	5	Não	-	5	0	5	0
Noite 15	2	6	Não	-	6	0	6	0
Noite 16	2	5	Não	-	5	1	4	0
Noite 17	1	4	Não	-	4	0	4	0
Noite 18	1	2	Não	-	2	0	2	0

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Os resultados apontam que 74 registros receberam a pontuação 2 - registro incompleto que não atende aos padrões determinados pelo COFEN. A pontuação 3 foi atribuída a 2 registros. Na 1ª noite existiu sobrecarga de trabalho, entretanto, as pontuações dos registros não divergiram dos dias sem sobrecarga.

O quadro 22 apresenta as pontuações da análise dos 163 registros do serviço noturno da UTI B e a comparação com a carga de trabalho do dia, o número de enfermeiros escalados e o número de clientes sob seus cuidados.

Quadro 22: Distribuição quantitativa do número enfermeiros, número de clientes, carga de trabalho segundo o NAS e as pontuações dos registros dos enfermeiros do serviço diurno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI B. Rio de Janeiro, 2017. N=163.

Serviço diurno	Nº de enf.	Nº de clientes	Sobre carga	Nº de registros inexistentes	Nº de registros existentes	Registros		
						Score 3	Score 2	Score 1
Dia 1	1	10	Sim	6	4	0	4	0
Dia 2	1	10	Sim	4	6	0	5	1
Dia 3	2	10	Não	-	10	0	10	0
Dia 4	1	10	Sim	-	10	0	8	2
Dia 5	2	10	Sim	-	10	3	7	0
Dia 6	2	10	Não	-	10	1	9	0
Dia 7	2	10	Sim	-	10	0	10	0
Dia 8	2	9	Não	-	9	2	7	0
Dia 9	2	10	Não	-	10	1	9	0
Dia 10	2	9	Sim	-	9	3	6	0
Dia 11	2	10	Não	-	10	2	8	0
Dia 12	1	8	Sim	-	8	0	8	0
Dia 13	2	9	Sim	-	9	1	8	0
Dia 14	2	8	Não	-	8	0	8	0
Dia 15	2	10	Não	-	10	0	10	0
Dia 16	2	10	Sim	-	10	0	10	0
Dia 17	2	10	Não	-	10	0	10	0
Dia 18	1	10	Sim	-	10	4	6	0

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Os resultados do quadro 21 revelam que 143 registros receberam a pontuação 2. A pontuação 3 foi atribuída a 17 registros e a pontuação 1 foi conferida a 3 registros.

Em todos os dias em que a escala foi composta por 1 enfermeiro, existiu sobrecarga de trabalho, entretanto, não existe diferença na pontuação dos registros nos dias de sobrecarga. Ressalta-se que nos dias em que os registros apresentaram maiores pontuações (dias 5, 10 e 18) foram dias em que existia sobrecarga de trabalho da equipe.

O quadro 23 mostra as pontuações da análise dos 149 registros do serviço noturno da UTI B e a comparação com a carga de trabalho do dia, o número de enfermeiros escalados e o número de clientes sob seus cuidados.

Quadro 23: Distribuição quantitativa do número enfermeiros, número de clientes, carga de trabalho segundo o NAS e as pontuações dos registros dos enfermeiros do serviço noturno no período de 18 dias de coleta de dados na UTI B. Rio de Janeiro, 2017. N=149.

Serviço noturno	Nº de enf.	Nº de clientes	Sobre carga	Nº de registros inexistentes	Nº de registros existentes	Registros		
						Score 3	Score 2	Score 1
Noite 1	1	10	Sim	1	9	1	8	0
Noite 2	1	10	Sim	-	10	0	7	3
Noite 3	1	10	Sim	-	10	0	10	0
Noite 4	1	10	Sim	-	10	0	7	3
Noite 5	1	10	Sim	-	10	2	8	0
Noite 6	1	10	Sim	-	10	0	10	0
Noite 7	1	10	Sim	3	7	0	7	0
Noite 8	1	9	Sim	-	9	0	9	0
Noite 9	1	9	Sim	-	9	1	8	0
Noite 10	1	10	Sim	2	8	1	7	0
Noite 11	1	10	Sim	-	10	0	10	0
Noite 12	1	9	Sim	-	9	0	9	0
Noite 13	1	10	Sim	4	6	0	6	0
Noite 14	1	9	Sim	1	8	0	8	0
Noite 15	1	10	Sim	5	5	0	5	0
Noite 16	1	10	Sim	-	10	0	10	0
Noite 17	1	10	Sim	4	6	0	5	1
Noite 18	1	10	Sim	7	3	1	2	0

Fonte: DINIZ; TONINI, 2017.

Os resultados do quadro 22 não permitem a comparação entre os dias de sobrecarga, visto que em todos os plantões o enfermeiro estava sobrecarregado e a equipe foi composta por um enfermeiro. Não foram encontrados 27 registros nos prontuários, 136 registros receberam a pontuação 2. A pontuação 3 foi atribuída a 6 registros e a pontuação 1 foi conferida a 7 registros.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os enfermeiros, participantes deste estudo, são na sua maioria do sexo feminino, com distribuição homogênea entre os intervalos de idade. Grande parte dos enfermeiros apresenta mais de 10 anos de formação profissional, entretanto, mais de 50% tem menos de 4 anos de trabalho no HU.

Os estudos na área de enfermagem, de forma geral, apresentam predominância do sexo feminino. As pesquisas relacionadas, especificamente, ao processo de trabalho do enfermeiro e gerenciamento do tempo também tem apontado dados semelhantes. Estudos desenvolvidos por Silva et al (2014), Rezende; Gaidzinski (2008), Mello (2011), Ferreira; Santos; Estrela (2016), Montezelli; Peres; Bernardino (2011), Bordin; Fugulin (2009), apresentaram predominância do sexo feminino, com, respectivamente, 100%, 97,6%, 88,8%, 83,3%, 75% e 66,7%. A média de idade variou entre os estudos com predominância de 29, 33, 36 e 40-49 anos, nos estudos de Silva et al (2014), Ferreira; Santos; Estrela (2016), Rezende; Gaidzinski (2008) e Bordin; Fugulin (2009), respectivamente.

Quanto ao tempo de atuação no HU, constata-se que a maioria dos enfermeiros possuem menos de 4 anos de atuação naquelas Instituições. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos em hospitais universitários que apontam tempo de atuação profissional menor que 10 anos (MONTEZELLI; PERES, BERNARDINO, 2011; SILVA et al 2014).

Quanto à qualificação profissional, dos 20 enfermeiros participantes do estudo, 1 não possui nenhuma especialização, apontando para maior qualificação dos profissionais atuantes neste setor. Os resultados encontrados nos estudos de Montezelli; Peres; Bernardino (2011) e Mello (2011) também permitem afirmar que os enfermeiros têm buscado a sua qualificação profissional através de cursos de especialização *lato-sensu* e *stricto-sensu*. Como as UTIs são responsáveis pela recuperação de clientes graves que necessitam de assistência altamente especializada, pode-se estimar que, os enfermeiros da UTI compreendem a necessidade de maior qualificação profissional para atuar nesse espaço.

No que se refere a caracterização dos clientes, verificou-se o predomínio do sexo feminino, idade acima de 60 anos e o motivo da internação foi algum agravo clínico. Outros estudos realizados em UTIs apontam predomínio do sexo feminino (FERREIRA et

al, 2016; JESUS et al, 2016, BEZERRA, 2012; ROQUE; MELO, 2012), de idosos (GONÇALVES, 2006; CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; DUCCI; ZANEI; WHITAKER, 2008; QUEIJO; PADILHA, 2009; PADILHA et al, 2010) e provenientes de internações clínicas (SOUSA, 2008; CONISHI; GAIDZINSKI, 2007). Outros estudos desenvolvidos em UTI apontam predomínio de clientes do sexo masculino (TOFFOLETTO; PADILHA, 2006; DUCCI; ZANEI; WHITAKER, 2008; CARMONA-MONGE, 2013; MELO; MENEGUETI; LAUS, 2014; FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012; FREITAS, 2010).

A análise da distribuição do tempo pelos enfermeiros da UTI permitiu o levantamento de 61 intervenções de *NIC*, 10 atividades associadas e 10 atividades pessoais.

Em relação às atividades/intervenções dos domínios de *NIC*, verificou-se 1868 amostras, distribuídas em 61 intervenções correspondentes a cinco domínios: fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança e sistema de saúde.

O domínio 1, fisiológico básico, requereu 11,9% do tempo dos enfermeiros. No estudo de Mello (2011), as atividades do domínio 1 representaram 20% do tempo na UTI. Andrade (2014) verificou que a equipe de enfermagem da UTI pediátrica dedica 36% do tempo às intervenções do domínio 1. Esses dados diferem do resultado encontrado no estudo atual.

Nas duas UTIs investigadas, a atividade predominante do domínio 1 foi o banho. Considerando todo o período de observação, o banho correspondeu a 2,9% do tempo. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Andrade (2014) e Félix (2014), em que o banho correspondeu a 1,4% e 5,4% do tempo da equipe de enfermagem, respectivamente. Cabe destacar que esses resultados mostram a distribuição do tempo da equipe de enfermagem e não somente dos enfermeiros.

Mesmo sendo a atividade predominante no domínio 1, a participação do enfermeiro no banho no leito ainda é insignificante, tratando-se do cuidado ao cliente crítico. Quando os enfermeiros não priorizam o banho do cliente no gerenciamento de seus cuidados perdem a oportunidade de estabelecer maior interação, comunicação e avaliação do cliente que a proveriam de informações mais fidedignas e objetivas sobre as situações-problema vividas por ele para serem registradas em seu prontuário.

O domínio 2, fisiológico complexo, correspondeu a 9,9% do tempo dos enfermeiros. Mello (2011) e Andrade (2014) encontraram valores mais expressivos em seus estudos, com percentuais de 19,4% e 15%, respectivamente.

As intervenções prevaletentes do domínio 2 foram controle hidroeletrolítico e administração de medicamentos. Considerando todo o período de observação, as duas atividades corresponderam a 3,4% e 2,7%, nesta ordem. No que se refere ao controle hidroeletrolítico, quase todas as ações se relacionavam com o registro da ingestão/administração e eliminação dos clientes no balanço hídrico. Em ambas as UTIs, os enfermeiros são responsáveis por esse controle, seja no preenchimento dos dados seja na conferência/somatório do balanço no final do plantão.

No que diz respeito a administração de medicamentos, verificou-se que, em diversos plantões, especialmente os plantões noturnos em que havia apenas um enfermeiro escalado, ele assumia a responsabilidade pelo preparo e administração das medicações de todos os clientes, enquanto a equipe técnica realizava a higiene no leito e os curativos. Com isso, o enfermeiro além de não participar do banho, não conseguia avaliar as lesões e os locais de incisão e, conseqüentemente, não identificava a evolução ou a piora do quadro.

A falta de outro enfermeiro no plantão noturno leva o enfermeiro a delegar à equipe técnica, atribuições que deveriam ser realizadas por ele, considerando o fato de que o cliente se encontra em estado crítico. Pode-se afirmar que existe a negociação entre a equipe na distribuição das atividades. Entretanto, o enfermeiro, como líder, precisa identificar quais intervenções podem ou não ser delegadas a equipe técnica e o que deve ser prioridade, na perspectiva do processo de trabalho e da gravidade do cliente na UTI. Não se trata de trocar uma “tarefa” por outra. A negociação deve partir da avaliação criteriosa do enfermeiro.

A comparação com outros estudos sobre a temática (ANDRADE, 2014; FÉLIX, 2014) mostra que a administração de medicamentos correspondeu a 13,3% e 5,9% do tempo da equipe de enfermagem, respectivamente. No estudo atual, esta intervenção obteve percentual de tempo menor.

O percentual de tempo dedicado às intervenções do domínio 3 foi de apenas 1%. Das atividades, a mais frequente foi escutar ativamente. Este domínio tem relação com cuidados que oferecem suporte ao funcionamento psicossocial. Pode-se inferir que a razão para o enfermeiro não dedicar mais tempo às intervenções desse domínio na UTI seja pelo fato de quase todos os clientes apresentam alteração de nível de consciência, seja pelo coma ou pelo uso de sedativos. No estudo de Mello (2011), o domínio 3, foi encontrado em apenas 0,2%, fortalecendo o achado do estudo atual.

O domínio 4, segurança, representou 2,12% de todas as atividades. As intervenções mais frequentes foram supervisão e monitorização dos sinais vitais. Considerando todo o período de observação, as duas atividades corresponderam a 0,9% e 0,7%, respectivamente. No estudo de Mello (2011) e Andrade (2014), foram encontrados percentuais de 10,7% e 9%, respectivamente. O achado do estudo atual é inquietante, pois as intervenções deste domínio se relacionam aos cuidados que dão suporte à proteção contra danos. Tratando-se de clientes que exigem cuidados intensivos, esperava-se maior tempo de dedicação dos enfermeiros à essas atividades.

As atividades correspondentes ao domínio 5, família, não foram realizadas pelos enfermeiros no período de coleta de dados. Outros estudos que investigaram o mesmo fenômeno (Mello, 2011; Andrade, 2014; Félix, 2014) apresentaram baixo percentual de atividades relacionadas ao domínio “família”, 0,5%, 4% e 1,13%, respectivamente, contudo não apresentaram ausência de intervenções como no estudo atual. Ainda que a presença da família na UTI seja restrita ao horário de visita, a ausência de ações neste domínio aponta para a falta de interação/comunicação entre o enfermeiro e os familiares, resultado também encontrado em outros estudos (SOUZA; CHAVES; SILVA; 2006; CASANOVA; LOPES, 2009).

Dos visitantes em UTI, 88% são familiares (ECHER et al 1999). A hospitalização do ente querido na UTI pode provocar desestruturação dos familiares em múltiplas dimensões (biológicas, sociais, emocionais e espirituais). Neste contexto, a equipe de enfermagem deve se atentar para a oferta de cuidados também aos familiares (JUNIOR; FARIA, 2003; SOUZA; CHAVES; SILVA, 2006).

O domínio 6, Sistema de saúde, que abarca as intervenções que subsidiam o uso do sistema de atendimento em saúde, foi o de maior representatividade nas UTIs (30,3%). Os estudos de Possari et al (2015), Andrade (2014), Bonfim et al (2012), Mello (2011) foram realizados no centro cirúrgico, pediatria, unidade básica de saúde e UTI, ou seja, em cenários diversificados, mesmo assim o domínio “Sistema de Saúde” apresentou importante representatividade com 22,12%, 30%, 54% e 24,1%, respectivamente. Esse dado permite afirmar que, independente do cenário, as intervenções relacionadas a este domínio despendem mais de 20% do tempo dos profissionais de enfermagem, especialmente, dos enfermeiros. Em alguns estudos, tanto quanto no estudo atual, as atividades desse domínio são as mais representativas (MELLO, 2011; POSSARI et al 2015).

As atividades, do domínio 6, mais frequentemente encontradas neste estudo foram: Supervisão de funcionários (7,4%), Controle de suprimentos (19,6%) e Documentação (34%).

Quanto à supervisão de funcionários, as atividades mais comuns foram: verificação de exames pendentes e elaboração de escalas de atividades diárias da equipe de enfermagem. Percebem-se, nas UTIs investigadas, que a checagem, o controle e a resolução de pendências de exames são atividades realizadas pela enfermagem, mesmo que o exame não seja de responsabilidade do enfermeiro. Alguns exames são realizados no final do serviço noturno, portanto, quando os resultados não retornam ao setor pela manhã, os enfermeiros são responsáveis pela cobrança aos setores devidos, raio x, laboratório, etc. Essa atividade ocupa tempo importante do enfermeiro que poderia ser empregado em atribuições privativas da profissão.

Se o exame foi solicitado ou realizado pela equipe médica, o médico deve ser responsável pelo encaminhamento do pedido e/ou da amostra e na cobrança do resultado. O enfermeiro deve tomar ciência da solicitação para que possa acompanhar o resultado e identificar a evolução ou piora do cliente, porque os resultados podem determinar mudanças nos diagnósticos de enfermagem e nas intervenções prescritas. O problema centra-se no fato de que o enfermeiro muitas vezes “é responsável” ou “se faz responsável” pelo encaminhamento do pedido e/ou da amostra e na cobrança do resultado, tomando-lhe tempo significativo. Por conseguinte, cabe o seguinte questionamento: o enfermeiro planeja suas atividades e delega tarefas levando em consideração as atribuições que lhe cabem, exclusivamente?

No que se refere ao controle de suprimentos, as atividades mais comuns foram: solicitação de materiais e medicamentos, recebimento de material e medicamento recebido e conferência de materiais da unidade. Os enfermeiros passam grande parte do tempo, conferindo materiais do setor com o uso de impressos e *checklists* padronizados pela unidade.

Considerando o tempo total de observação (660h), a documentação demandou 10,3% do tempo dos enfermeiros, destes 10,3% apenas pouco mais da metade (52,8%) foi destinado aos registros no prontuário do cliente, os outros 47,2% do tempo foi reservado às anotações secundárias em livros de ordens e ocorrências, balanço hídrico, livros de controle de entrada e saída de pacientes e livros de controle de exames.

Nos estudos de Félix (2014), Andrade (2014), Bordin; Fugulin (2009), Mello (2011), Possari (2015), Bonfim et al (2016), constatou-se que o enfermeiro dedica 22,93%, 20,9%, 18,4%, 17,9%, 11,47% e 9,7% do seu tempo para a documentação, respectivamente.

Estudo desenvolvido por Silva et al (2014), em um Hospital Escola na Paraíba, também aponta que a documentação está entre as intervenções que mais consomem tempo dos enfermeiros. Neste estudo os registros no livro de ordens e ocorrências (23,97%) ocorrem praticamente com a mesma frequência que os registros no prontuário do cliente (23,02%), seguido de documentação de admissão e alta (12,3%).

Pode-se afirmar que existe preocupação dos enfermeiros com a documentação, entretanto, existe supervalorização do registro em livros secundários em detrimento dos registros no prontuário do cliente. Diversos estudos apontam que o enfermeiro tem utilizado o livro de ordens e ocorrências em substituição ao prontuário para o registro de intercorrências e avaliação do cliente (PIMPÃO, 2010). Essa atitude caracteriza desobediência as legislações vigentes que determinam que o processo de cuidar deve ser registrado em prontuário (COFEN, 2012)

A Resolução COFEN 429/2012, que dispõe sobre os registros das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, define, no artigo 3, que as ações relacionadas ao gerenciamento dos processos de trabalho, as condições ambientais e recursos humanos e materiais devem ser registradas, em documentos próprios da Enfermagem, e não no prontuário do cliente.

As atividades relacionadas ao domínio 7, Comunidade, não foram observadas durante o período de coleta de dados. Mello (2011) em seu estudo identificou apenas uma intervenção relacionada a esse domínio.

As atividades associadas são aquelas assumidas pela equipe de enfermagem, mas que poderiam ser realizadas por outras categorias profissionais. Essa categoria despendeu 8,3% do tempo do enfermeiro. As atividades mais frequentes foram: fazer solicitações de suprimentos de rotina, sair da unidade para fazer encaminhamentos diversos, limpar e organizar armários e bancadas, receber e conferir materiais do estoque, conferência de prescrição médica, gerenciamento de leitos, organizar prontuários e fazer solicitações de consertos de manutenção, respectivamente.

A forma como a divisão do trabalho está delimitada nessas UTIs mostra que o enfermeiro se tornou responsável pela realização de funções que qualquer outro

profissional poderia realizar ou que deveriam ser realizadas pelos enfermeiros de maior nível hierárquico.

Nos estudos de Garcia; Fugulin (2010), Bordin; Fugulin (2009), Félix (2014), Bonfim (2016), Bonfim et al (2012), Mello (2011) e Andrade (2014), o tempo dedicado as atividades associadas foram, respectivamente, 12%, 10%, 7,7%, 7%, 6,5%, 5,3% e 4,7%.

Nas duas UTIs investigadas, no estudo atual, não existia enfermeiro para desempenhar as atividades de rotina relacionadas à organização e planejamento da assistência. A coordenadora do setor assumia a responsabilidade pela gestão de pessoas, de materiais e do ambiente, com isso algumas atividades administrativas eram delegadas aos enfermeiros líderes, tais como solicitação de suprimento de rotina e conferência de materiais do estoque.

Torna-se necessário repensar e redesenhar a delimitação das atividades e das atribuições a serem desempenhadas pelos enfermeiros gerentes, enfermeiros diaristas/rotinas, enfermeiros plantonistas/líderes e pela equipe técnica na UTI. A ausência de demarcação faz com que o enfermeiro assistencial assuma funções que deveriam competir aos enfermeiros gerentes. Embora, frequentemente, por necessidade do serviço, o enfermeiro seja obrigado a desenvolver atividades burocráticas no setor, isso não pode ser estipulado como atribuição habitual do enfermeiro líder. A realização destas atividades esporadicamente não descaracteriza o trabalho do enfermeiro na UTI, a problemática quase sempre está relacionada à frequência com que ele executa essas atividades, gerando sobrecarga do enfermeiro líder e distanciando-o de cuidados de forma direta aos clientes críticos.

A falta de profissionais administrativos na UTI apresenta-se como outro problema. Percebe-se que nas duas UTIs, especialmente a UTI 2, o enfermeiro líder é responsável por atividades que não têm relação nenhuma com as suas atribuições legais e privativas, como por exemplo, organização de prontuários, gerenciamento de leitos e solicitações de consertos de manutenção. Considerando o tempo total, o enfermeiro líder dispensa 1,4% do seu tempo saindo do setor para fazer encaminhamentos diversos, dentre eles: levar prescrição e buscar medicações na farmácia, levar amostras para laboratório e buscar materiais no almoxarifado. São mais de 9h na execução de tarefas que não são privativas do enfermeiro e que poderiam ser aplicadas em algum cuidado de forma direta ou indireta. Isso leva ao desperdício de tempo, desvalorização das ações do enfermeiro na visão da

equipe multiprofissional, desmotivação profissional e o não-cumprimento das legislações que regem a profissão.

A dificuldade no estabelecimento de prioridades e na delegação de atividades configura-se como outro problema a ser enfrentado na UTI. O enfermeiro acaba assumindo tarefas que poderiam e deveriam ser realizadas por outro profissional, como por exemplo, limpeza e organização de armários e bancadas e conferência de prescrição médica. A capacidade de delegar é atributo que os enfermeiros devem possuir, sendo uma das habilidades mais importantes que o líder deve dominar (MACHADO, 2013).

As atividades pessoais corresponderam a 36,5% do tempo dos enfermeiros, sendo 43,2% na UTI A e 27,7% na UTI B. As atividades predominantes foram descanso e socialização.

No período de coleta de dados na UTI A, em alguns plantões, o setor encontrava-se com apenas 3 clientes, o que pode ter contribuído para esse resultado. O fenômeno que esta tese se propôs a investigar está relacionado aos registros. Para isso, foi necessário investigar como o processo de trabalho do enfermeiro se desenvolve, como ele distribui o seu tempo e qual a carga de trabalho/demanda de cuidado dos clientes, portanto, o fato relevante nesse processo é se os registros dos enfermeiros nesses plantões são mais completos e consistentes e não necessariamente se ele utilizou o tempo livre no descanso ou na socialização.

Nos estudos de Andrade (2014), Bordin; Fugulin (2009), Garcia (2010), Mello (2011), Félix (2014), Bonfim et al (2016), Possari et al (2015), Bonfim et al (2012), o tempo dedicado as atividades pessoais foram, respectivamente, 24%, 18%, 18%, 16,8%, 16,4%, 13%, 7,21% e 3%. Constata-se, portanto, que a média do estudo atual, nas duas UTIs, encontra-se mais elevada que a média dos estudos anteriores.

O tempo empregado nas intervenções de cuidado de forma direta e indireta e nas atividades associadas foi considerado como tempo produtivo. Portanto, a produtividade dos enfermeiros nas UTIs, ou seja, o tempo efetivo dispensado ao trabalho correspondeu a 56,8% e 72,3%, nas UTIs A e B, respectivamente.

O'Brien-Pallas (2004) recomendam que os níveis de produtividade da enfermagem devem ser mantidos em 85%, com variações de 5%. Acima de 90% de produtividade, os enfermeiros trabalham sem flexibilidade para imprevistos e mudanças clínicas do cliente e estão relacionados a queda da qualidade da assistência e nos resultados dos indicadores de enfermagem.

O critério de avaliação de produtividade de Biseng (1996) considera insatisfatórios níveis inferiores a 60%, suspeitos os índices superiores a 85%, satisfatórios os percentuais entre 60 a 75% e excelentes os índices entre 75% e 85%.

Segundo o critério de Biseng (1996) a UTI A apresenta índice insatisfatório e a UTI B, índice satisfatório. A produtividade média do estudo atual (63,5%) é considerada satisfatória.

Na análise da distribuição do tempo a partir da perspectiva do modelo de processo de trabalho de SANNA (2007), os resultados mostraram que 34,7% do tempo dos enfermeiros são dedicados ao subprocesso administrar/gerenciar (cuidados de forma indireta), 20,5% ao subprocesso assistir/cuidar (cuidados de forma direta) e 0,5% ao subprocesso ensinar. Não foi encontrada nenhuma ação relacionada aos subprocessos pesquisar e participar politicamente.

A partir da avaliação do processo de trabalho de SANNA (2007) na perspectiva da distribuição do tempo dos enfermeiros na UTI e com base das categorias epistemológicas das linhas de pesquisa defendidas por Carvalho (2015), pode-se construir a seguinte imagem (figura 11).

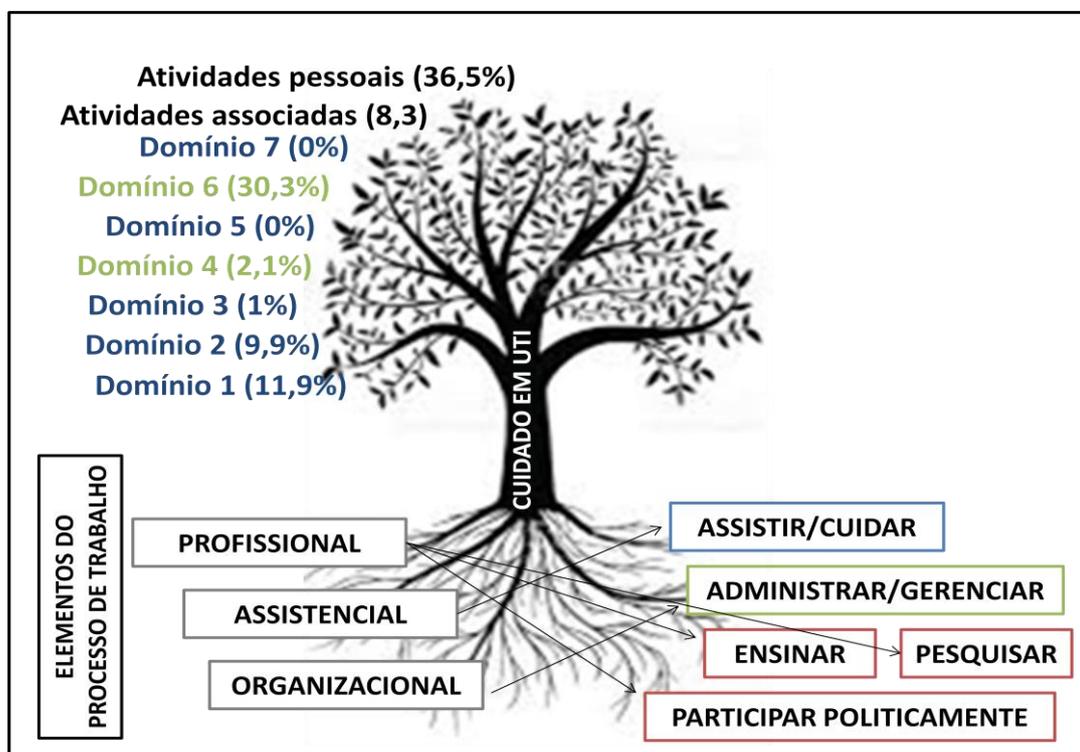


Figura 11: Elementos do processo de trabalho de SANNA, a partir da análise da distribuição do tempo.

As atividades do domínio 1, 2, 3, 5 e 7 são centradas no elemento do processo de trabalho “assistir/cuidar”, ilustrados com a cor azul. As intervenções dos domínios 4 e 6 centram-se no elemento “administrar/gerenciar” ilustradas com a cor verde. Assim, os cuidados, predominantemente, realizados por enfermeiros são relacionados a esses dois elementos.

No processo de trabalho em saúde, o enfermeiro desenvolve ações de cuidados de forma direta e indireta, com vistas a garantir a segurança do paciente e a melhora na qualidade do cuidado. Constata-se que na maior parte dos estudos, o enfermeiro dedica mais tempo ao cuidado de forma indireta.

Bonfim et al (2012) e Bonfim et al (2016) desenvolveram estudos em Unidades de Saúde da Família e verificaram que o tempo dedicado aos cuidados diretos e indiretos, pelos enfermeiros foram, respectivamente, 46% e 54% no estudo de 2012 e 52% e 48% no estudo de 2016. No primeiro estudo as atividades de cuidados indiretos consumiram maior parte do tempo dos enfermeiros, enquanto no segundo ocorreu a inversão dos valores.

No estudo realizado por Bordin; Fugulin (2009) em unidade médico-cirúrgica, verificou-se que 50% do tempo dos enfermeiros foram dedicados aos cuidados indiretos e 22% aos cuidados diretos.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Andrade (2014) em Unidade pediátrica e Félix (2014) em UTI neurológica. Os estudos constataram que o tempo dedicado pelos enfermeiros aos cuidados diretos e indiretos foram, respectivamente, 25,5% e 45,7% no primeiro estudo e 20,5% e 55,4% no segundo.

No estudo desenvolvido por Garcia e Fugulin (2010) em Unidade de emergência, a distribuição do tempo entre os cuidados prestados de forma direta e indireta foi proporcional, com 35% do tempo.

Mello (2011) verificou que os enfermeiros das clínicas médica, cirúrgica e UTI, despenderam, respectivamente, 34,7%, 35,7% e 37,9% de tempo em atividades de cuidados diretos e 43,8%, 43,5% e 40% em intervenções de cuidado indireto.

Das atividades mais frequentemente realizadas pelos enfermeiros, 5 correspondem a cuidados de forma indireta (documentação, controle de suprimentos, supervisão de funcionários, assistência em exames, controle hidroeletrólítico), 3 a atividades pessoais (descanso, socialização e alimentação/hidratação) e apenas 2 a cuidados de forma direta (banho e administração), o que reforça o achado e a discussão anterior que demonstra que o enfermeiro prioriza as atividades pessoais e intervenções de cuidados de forma indireta.

A falta de priorização dos cuidados de forma direta, pelos enfermeiros, faz com que alguns princípios básicos dos cuidados de enfermagem, que deveriam ter a participação do enfermeiro, sejam realizados somente pelos profissionais de nível técnico. Neste contexto, busca-se sustentação na afirmação de Virginia Henderson (1989).

A enfermeira profissional deve perceber que, se relegar a terceiros o cuidado físico do doente, pode perder a confiança que auferir dos que buscam segurança naqueles que lhe prestam os cuidados. Ela pode tornar-se uma pessoa que o doente associe unicamente, com tratamentos dolorosos; ou como “a chefe” — pessoa distante, cuja função é sempre a de dirigir os outros em vez de pessoalmente prestar cuidados.

Na avaliação da carga de trabalho do enfermeiro, foi utilizado o índice *Nursing Activities Score* (NAS). O escore médio geral do NAS, nesta pesquisa, foi de 61,1% e 61,6% nas UTIs A e B, respectivamente. Considerando as duas UTIs, o NAS mínimo foi de 51,7% e o máximo de 74,36%.

Queijo (2002), ao traduzir e validar o NAS no Brasil, encontra média de 67,1%. Gonçalves (2011), em seu estudo sobre segurança do paciente em UTI, revela médias de 60,9% e 57,5% em duas UTIs. Ducci, Zanei e Whitaker (2008) encontram média de 73,7% em clientes da Unidade de Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca de um hospital universitário.

Padilha et al (2010) e Gonçalves et al (2006) nos estudos que objetivam identificar a carga diária de enfermagem em UTI encontraram médias de 63,7% e 66,5%, respectivamente, e pontuações acima de 50,0% no decorrer da coleta de dados na UTI.

Nogueira et al (2007) em amostra de 148 clientes de UTI encontrou média de 51,5%. Conishi e Gaidzinski (2007), em pesquisa desenvolvida na UTI geral/adulto de um hospital privado do município de São Paulo, realizou 147 medidas de NAS de 24h e obteve média de 69,6%. Panunto e Guirardello (2012), em estudo com 107 clientes, encontraram média da pontuação de 62,2%.

Nogueira et al (2013) comparou a carga de trabalho de clientes de UTIs públicas e privadas, na admissão e na alta, e encontrou médias do NAS de 68,1% e 56% na admissão e 54,7% e 51% na alta, respectivamente.

A tabela 3 mostra que a média de horas requeridas de cuidado de enfermagem por cliente-dia, neste estudo, foi de 14,66 na UTI A e 14,78 na UTI B. O artigo 3 da Resolução COFEN 527/2016 estabelece a média de 18h de assistência de enfermagem por cliente no

cuidado intensivo. Portanto, as horas de assistência de enfermagem requeridas para o cuidado aos clientes neste estudo são menores.

Ducci (2007) comparou a aplicação prospectiva e retrospectiva desse índice e concluiu que o NAS aplicado de forma prospectiva apresenta melhor performance para a medida da carga de trabalho de enfermagem em UTI. Na pesquisa atual, o NAS foi aplicado de forma prospectiva.

Na análise dos itens/subitens mais frequentemente pontuados individualmente, o único pontuado em 100% das medidas foi o item 3-Medicamentos, ou seja, todos os clientes internados no período de coleta de dados receberam algum tipo de medicamento, independente da via e dose.

A medicação foi o item mais pontuado em outros estudos que utilizaram o NAS, o item 3 foi pontuado em 99,3%, 97% e 92,9% nos estudos de Conishi e Gaidzinski (2007), Panunto; Guirardello (2012) e Brito e Guirardello (2011), respectivamente.

No item 1, monitorização e controle, existem 3 subitens. O subitem mais pontuado (64,8%) foi o 1a, que engloba os clientes que requerem monitorização normal de rotina na UTI, como sinais vitais, aplicação de escalas de avaliação (dor, sedação, coma, riscos de lesões), controle de balanço hídrico (inclusive cateteres gástricos e enterais) e que não necessitam de alterações frequentes no tratamento, na terapêutica, nem intensificação da monitorização. Conishi e Gaidzinski (2007) encontrou resultado semelhante em seu estudo, o item 1a obteve 85,7%, 1b, 12,2% e 1c, 1,4%.

Na medida do NAS, o item 2 foi pontuado em 94,9% dos clientes. O item corresponde a investigações laboratoriais e refere-se aos clientes submetidos a qualquer exame bioquímico ou microbiológico, independentes da quantidade, realizado à beira do leito pelo profissional de enfermagem, como por exemplo, glicemia capilar, glicosúria, culturas de rastreamento, gasometria e outros. Nas UTIs pesquisadas, quase todos os clientes tinham prescrição de glicemia capilar e a rotina de rastreamento com a coleta de materiais para cultura (*swab*, sangue, secreção traqueal, urina) eram atribuições da equipe de enfermagem, o que contribui para a alta frequência desse item. Os estudos de Conishi e Gaidzinski (2007) e Panunto e Guirardello (2012) também apresentaram alta pontuação nesse item, 91,2% e 97%, respectivamente.

No item 4, procedimentos de higiene, o subitem 4a recebeu maior pontuação (81,9%), trata-se da realização de procedimento de higiene incluindo curativos e troca de roupa de cama, em frequência “normal” (rotina da UTI) em pelo menos um dos turnos das

24horas. Nas UTIs do presente estudo, a troca de curativo não é realizada, exclusivamente, pelo enfermeiro. O procedimento é delegado a equipe de técnicos e auxiliares que, rotineiramente, trocam o curativo durante a higiene corporal. A troca de roupa de cama ocorre após o banho ou sempre que se encontram sujas ou molhadas. O banho é realizado, em geral, uma vez em 24h e existe divisão numérica da quantidade de banhos entre o serviço diurno e noturno, por exemplo, se existem 10 clientes internados, 5 banhos são realizados durante o dia e 5 a noite.

O item 5, cuidados com drenos, ocorreu em 82,6% do total da amostra. Este item contempla os clientes com qualquer tipo de dreno ou sonda com objetivo de drenagem, incluindo cateter urinário de demora, derivação ventricular externa (DVE) e dreno de tórax. O item 17, medida quantitativa do débito urinário ocorreu em 81,9% da amostra. Sabe-se que os clientes internados em UTI devem ser rigorosamente monitorados quanto as suas eliminações, portanto, quase todos os clientes faziam uso de cateter vesical para controle do débito urinário, justificando a alta frequência dos itens 5 e 17.

A medida quantitativa do débito urinário também recebeu pontuação elevada nos estudos de Panunto e Guirardello (2012) e Conishi e Gaidzinski (2007), com 96,7% e 95,99%, respectivamente.

No item 6, mobilização e posicionamento, o subitem 6b obteve maior frequência de pontuação (94,6%) e refere-se a clientes que requeiram mobilização e posicionamento tais como, mudança de decúbitos, transferência da cama para a cadeira e mobilização de clientes imóveis, que tenham sido realizados mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 membros da equipe de enfermeiros em pelo menos um plantão em 24 horas. Nas UTIs investigadas, devido à complexidade do cliente e por questões ergonômicas e de segurança, as mobilizações e posicionamento são realizadas no mínimo por duas pessoas e os decúbitos são prescritos para serem realizados a cada 2 ou 3 horas.

O subitem 7b, que trata do suporte e cuidado aos familiares e clientes que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais em algum plantão, tais como morte e circunstâncias especiais (por exemplo, grande número de familiares, problemas de comunicação e famílias hostis) também não foi pontuado em nenhuma medida. Grande parte dos clientes em UTI encontra-se com alteração importante de nível de consciência (coma ou sedação), o que explicaria parcialmente esse resultado, uma vez que os clientes interagem pouco com os profissionais, entretanto, o cuidado aos familiares está incluído

nesse item do NAS. Este resultado corrobora com dados anteriormente discutidos neste estudo que comprovam o afastamento do enfermeiro da interação e diálogo com familiares.

No item 8, que trata das tarefas administrativas e gerenciais, o item 8a foi o mais pontuado (81,2%) e refere-se à realização de tarefas de rotina tais como procedimentos de dados clínicos, solicitação de exames, registros realizados, passagem de plantão, round multidisciplinar ou tarefas administrativas e gerencial relacionada ao cliente, com duração normal para a rotina da UTI. Conishi e Gaidzinski (2005) encontraram pontuação semelhante em seu estudo com 89,1% de frequência neste subitem.

Os itens 9, 10 e 11 se relacionam com o suporte respiratório ao cliente. Medidas acima de 80% nos itens comprovam a alta complexidade dos clientes atendidos nas UTIs.

O item 14, que engloba clientes com monitorização do átrio esquerdo, cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco, e o item 18, que abarca clientes submetidos à monitorização de PIC, cateter de bulbo jugular ou microdiálise, não foram pontuados nas duas UTIs investigadas.

Quanto aos itens e subitens com menos de 10% de pontuação encontram-se: 20- Hiperalimentação intravenosa (6,9%); 23- Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva (9,1%); 13- Reposição intravenosa de grandes perdas de fluídos (5,4%); 4c- Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão (5,1%); 6a- Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas. (4,3%); 16- Técnicas de hemofiltração e dialíticas (4,3%); 19- Tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada (3,3%); 1c- Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia (2,2%); 6c- Realização do(s) procedimento(s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência (1,1%); 8c- Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais de tempo em algum plantão (1,1%); 15- Reanimação cardiorrespiratória nas últimas 24 horas (0,7%).

A média da soma do NAS das UTIs A e B mostra a diferença das UTIs no que diz respeito à carga de trabalho, enquanto na UTI A, a média da soma do NAS foi de 309,8 pontos, na UTI B foi de 630. A média do NAS na UTI A é metade da soma da UTI B, nos dias de coleta de dados. Obviamente, cabe destacar, que somente esse dado não confirma que existe sobrecarga da equipe na UTI B comparada a UTI A, pois para determinar a sobrecarga de trabalho devem-se considerar as horas demandadas de cuidado (segundo o NAS) e as horas disponíveis de enfermagem (por meio do quantitativo de pessoal).

O NAS não determina a carga de trabalho, especificamente, do enfermeiro, entretanto, através do levantamento da carga de trabalho da equipe, pode-se inferir se existe ou não sobrecarga do enfermeiro.

Quanto ao número de enfermeiros, verificou-se que, na UTI A, independentemente do número de clientes internados, em 15 plantões diurnos trabalharam 2 enfermeiros e em 3 plantões, 1 enfermeiro. No serviço noturno, em 9 plantões trabalharam 2 enfermeiros e em 9 plantões, 1 enfermeiro. Na UTI B, no serviço diurno, em 13 plantões trabalharam 2 enfermeiros e 5 plantões, 1 enfermeiro. No serviço noturno, todos os plantões contaram com um enfermeiro na escala.

Esse resultado mostra que as escalas de pessoal nas UTIs são fixas e desconsideram o número de clientes internados, a gravidade e a demanda de cuidados gerada.

A relação cliente/profissional mostra que a UTI A apresenta, em mais de 50% dos plantões a relação menor que 1, ou seja, existem mais profissionais que clientes, enquanto na UTI B, em mais de 90% dos plantões a relação é maior que 1, ou seja, cada profissional é responsável pelo cuidado de mais de um cliente.

Constata-se, no quadro 16 que, na UTI A, a equipe de enfermagem trabalhou com sobrecarga em 1 plantão diurno e 1 plantão noturno. Em 5 plantões diurnos e 7 plantões noturnos o quantitativo de pessoal de enfermagem no setor foi o dobro daquele determinado pelo NAS, o que confirma o achado anterior que mostrou que em mais de 50% dos plantões a relação cliente/profissional foi menor que 1.

Verifica-se, no quadro 17 que, na UTI B, a equipe de enfermagem trabalhou com sobrecarga em 10 plantões diurnos e em todos os plantões noturnos.

Na avaliação da diferença entre as horas disponíveis de enfermagem e requeridas para o cuidado por cliente-dia, verifica-se que na UTI A, as horas disponíveis pela equipe de enfermagem são maiores que as horas demandadas de cuidado, enquanto na UTI, as horas demandadas são aproximadas, com média de 1,87h.

Esta pesquisa não avaliou a distribuição diária da equipe de enfermagem entre os clientes, entretanto, no período de coleta de dados observou-se que, devido à falta de instrumentos que mensurem a carga de trabalho de acordo com a demanda de cuidados dos clientes, a alocação da equipe de enfermagem é realizada de forma empírica pelos enfermeiros. Por exemplo, se na unidade existem 2 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem escalados para o cuidado de 8 clientes, os enfermeiros realizam a escala diária de atividades por meio da experiência profissional com o cliente crítico e não com base em

ferramentas que mensurem a carga de trabalho com base na demanda assistencial e gerencial de cada cliente.

Com base das categorias epistemológicas das linhas de pesquisa defendidas por Carvalho (2015) e a partir da discussão sobre o processo de trabalho (SANNA, 2007) na perspectiva da carga de trabalho na UTI, pode-se construir a seguinte imagem (figura 12).



Figura 12: Elementos do processo de trabalho de SANNA, a partir da análise da carga de trabalho.

Os itens monitorização e controles, investigações laboratoriais, medicação, drenos, higiene, mobilização e posicionamento, suporte e cuidados aos familiares e clientes, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico e metabólico tem relação com o elemento do processo de trabalho “assistir/cuidar”, ilustrados com a cor azul. As tarefas administrativas e gerenciais têm relação com o elemento “administrar/gerenciar” ilustradas com a cor verde.

Para a avaliação dos registros dos enfermeiros, foi utilizado o instrumento com base nas determinações da Resolução do COFEN nº 429/2012. Os resultados mostraram que os registros são, predominantemente, voltados para a coleta de dados dos clientes. Houve

escassez de informações sobre os diagnósticos, intervenções/ações e avaliação de enfermagem.

A análise do conteúdo dos registros não se configura como objetivo deste estudo. Entretanto, entende-se que a descrição das principais fragilidades encontradas contribuirá para elucidar os pontos positivos e os que ainda precisam ser melhorados.

Na avaliação do primeiro item do instrumento – coleta de dados – constatou-se que mais de 50% dos registros, nas duas UTIs, receberam pontuação 3. Ou seja, o registro continha de cinco a dez itens relacionados à coleta de dados, entretanto as informações eram incompletas, não sendo possível a avaliação do cliente a partir delas.

Na avaliação do conteúdo observou-se que as informações eram incompletas e superficiais, baseadas no que era possível captar através da observação. Embora os registros revelassem o estado geral do cliente e o uso de dispositivos invasivos, estes não eram capazes de fornecer informações que pudessem levar a avaliações precisas e fidedignas.

Na avaliação do primeiro subitem, regulação neurológica, identificou-se que os enfermeiros utilizam expressões como “sedado”, “comatoso”, “lúcido” e “orientado”. Entretanto, nos casos de sedação e coma, os registros não contêm a avaliação do nível de coma ou de consciência e, raramente, foi registrada a aplicação de escalas de avaliação do nível de consciência. Informações referentes à função motora e reflexos não foram encontradas.

Na avaliação do segundo subitem, percepção dos órgãos dos sentidos, não foram encontrados registros sobre a percepção olfativa, visual, auditiva, tátil e gustativa. A percepção dolorosa foi frequentemente registrada. Contudo, os casos de relato de dor não vinham acompanhados das intervenções realizadas, tampouco da reavaliação do cliente.

No subitem 3, oxigenação, os registros mais frequentemente encontrados se relacionavam com o tipo de ventilação (invasiva ou não-invasiva). Nos casos de clientes ventilando por tubo orotraqueal, raramente foram encontrados os parâmetros do ventilador, a presença e as características das secreções e o exame físico do sistema respiratório. Nos casos de clientes respirando em ar ambiente, os registros não eram acompanhados de parâmetros indicativos de troca gasosa eficaz ou ineficaz.

No subitem 4, regulação vascular, foram comumente encontrados registros dos acessos venosos e arteriais, do uso de medicações vasoativas e da hemodinâmica do cliente. Ocasionalmente, encontravam-se informações sobre o aspecto dos sítios de

inserções dos cateteres, da resposta do cliente as drogas administradas e das intervenções realizadas frente às alterações hemodinâmicas.

No subitem 5, regulação térmica, os registros de temperatura corporal anormal raramente vinham acompanhados das condutas frente à anormalidade.

No subitem 6, hidratação e alimentação, as anotações mais comuns tinham relação com a via de alimentação e o tipo de cateter utilizado. Os registros de alimentação por “via oral”, não eram complementados com as informações de aceitação e tolerância. Nos casos de alimentação enteral, a expressão mais utilizada foi “cateter nasoenteral para gavagem”. Não havia registro do volume infundido e da avaliação da tolerância do cliente. Quanto ao exame físico do abdômen, os termos mais encontrados foram “flácido” e “globoso”. A avaliação da peristalse raramente foi encontrada.

No subitem 7, eliminação urinária e intestinal, as expressões “diurese por cateter vesical de demora”, “eliminações vesico-intestinais presentes” e “evacuação ausente” foram comumente encontradas. Entretanto, não eram fornecidas as informações sobre as características, o volume e a frequência das eliminações.

No subitem 8, integridade física e cutaneomucosa, as informações somente eram registradas se o cliente apresentasse algum comprometimento na integridade da pele. Contudo, os registros das lesões, foram frequentemente, incompletos e não vinham acompanhados das condutas. Portanto, não oferecem base para a avaliação da evolução ou piora do quadro.

As informações referentes aos subitens 9, comunicação, segurança emocional, amor e aceitação e 10, exercícios e atividades físicas, raramente foram encontradas.

Os resultados apresentados assemelham-se com outros estudos que envolvem a temática. No estudo desenvolvido por Matsuda, Carvalho e Évora (2007), de 71 registros analisados, em apenas quatro havia informações referentes ao nível de consciência e não foi encontrado nenhum registro sobre a dimensão psicossocioespiritual do cliente.

Venturini e Marcon (2008) analisaram 122 anotações de enfermagem referentes ao aspecto e evolução de lesões cutâneas e encontraram falhas em 73,9% das anotações. Não foi encontrada informação sobre o tamanho da ferida em nenhuma anotação, 48,5% descreveram o local da lesão, 7% especificaram ao tipo de tecido encontrado, 71,7% referiram o tipo de exsudato, 57,5% mencionaram à quantidade de exsudato e 67,2% não mencionaram o tipo de cobertura utilizada.

No estudo de Costa, Paz e Souza (2010), evidenciou-se déficit nos registros acerca do exame físico. Menos de 50% das anotações continham dados sobre o estado nutricional, eliminações intestinais, ausculta cardíaca e função motora. As técnicas propedêuticas de inspeção e palpação foram as mais registradas, assim como no estudo atual.

No estudo atual, pode-se constatar que os registros da primeira etapa do processo de enfermagem voltam-se, predominantemente, para a dimensão biológica do corpo e para a utilização de dispositivos como tubos, cateteres e sondas sem, contudo, fornecer informações completas, consistentes e que sirvam de sustentação para as demais etapas do processo de enfermagem. O registro transcrito abaixo foi encontrado em um dos prontuários da UTI A e ajuda a esclarecer esta constatação:

“Paciente sem sedação, ventilando por TOT, acianótico, anictérico, mal distribuído, normotenso, dieta enteral fluindo por CNE, CVC em SCE fluindo HV, PAM em artéria radial E, abdome flácido, lesão por pressão em região sacra, diurese por CVD, MMII com bandagem para aquecimento”.

TOT: Tubo orotraqueal; CNE: Cateter nasoenteral; CVC: Cateter venoso central; SCE: Subclávia esquerda; HV: Hidratação venosa; PAM: Pressão arterial média; CVD: Cateter vesical de demora; MMII: Membros inferiores.

O registro acima transcrito, representante de grande parte dos registros encontrados, mostra que os enfermeiros “citam” o estado geral e os dispositivos que o cliente faz isso, sem nenhum aprofundamento ou qualquer tipo de avaliação. Registros como estes não são capazes de representar o saber e o fazer do enfermeiro em UTI e não fornecem base para a avaliação do cliente.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem, mais de 95% dos registros receberam pontuações 2 ou 1, evidenciando registros incompletos e frágeis no que se relaciona ao julgamento clínico de problemas, situações e necessidades dos clientes e na associação com intervenções de enfermagem.

Estudo desenvolvido por Setz e D’Innocenzo (2009) analisou 424 prontuários de um hospital universitário e revelou que 41% possuíam diagnóstico de enfermagem, entretanto apenas 5,2% estavam completos. Pokorski et al (2009) analisou 302 prontuários, o diagnóstico de enfermagem não foi encontrado em nenhum dos prontuários.

Estudo desenvolvido por Reppetto e Souza, em 2005, revelou que o histórico e o diagnóstico são as etapas do processo de enfermagem menos registradas. Em 2017, o

estudo atual encontrou o mesmo resultado referente ao registro dos diagnósticos de enfermagem.

Pode-se afirmar que, apesar dos esforços na implantação da SAE no Brasil, o processo ainda se encontra deficiente. Quanto ao diagnóstico de enfermagem, a insuficiência pode ser atribuída a dois fatores; o primeiro se refere à falha na coleta de dados ou na avaliação clínica do cliente, o segundo pode estar relacionada à falta de conhecimento do enfermeiro.

Quanto ao registro das ações e intervenções de enfermagem, na UTI A, mais de 95% dos registros receberam pontuação 2 e 1. Existem duas vertentes que precisam ser exploradas, a primeira é que os enfermeiros não têm registrado as intervenções realizadas por ele e por sua equipe no cuidado ao cliente, a segunda é que os poucos registros de ações encontrados não têm relação com diagnósticos. Esse fato demonstra que o enfermeiro realiza seus cuidados de forma rotineira, aleatória, desarticulada e não sistematizada.

Na UTI B, existe um plano de cuidados em forma de prescrição no verso do balanço hídrico, portanto, a análise foi realizada por meio da avaliação da checagem dos itens e da relação com a necessidade do cliente. Mais de 88% das prescrições analisadas receberam pontuação 2 ou 1, ou seja, os itens não estavam checados ou os itens checados não tinham relação com o cliente. Como as prescrições são iguais para todos os clientes, torna-se necessário avaliar se aquele item realmente se aplica. Por exemplo, foram encontradas inúmeras prescrições com o item “Aspirar tubo orotraqueal/ traqueostomia” checado, contudo o cliente não possuía estes dispositivos. Isso demonstra que não existe a preocupação em individualizar as prescrições ou em avaliar os cuidados antes da checagem. A checagem é automática e visa cumprir a rotina da unidade.

Quanto ao registro da avaliação de enfermagem, mais de 98% dos registros receberam a pontuação 2 e 1, ou seja, a informação não existe ou não tem relação com qualquer julgamento clínico realizado pelo enfermeiro.

D’Innocenzo e Adami (2004), no estudo desenvolvido em seis hospitais gerais de São Paulo, encontraram dados inexpressivos acerca da avaliação de enfermagem, pois nos registros analisados não eram estabelecidos os resultados esperados e, muito menos, o alcance destes.

A insuficiência identificada na etapa de coleta de dados pode ter contribuído para comprometer as demais etapas do processo, pois as etapas são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (COFEN, 2009).

Na análise da pontuação final, mais de 90% dos registros, das duas UTIs, recebeu pontuação 2, mostrando que os registros são incompletos e não atendem aos padrões determinados pela Resolução COFEN nº429/2013, confirmando achados de estudos anteriormente citados que apontam as fragilidades das informações nos prontuários dos clientes.

Com base das categorias epistemológicas das linhas de pesquisa defendidas por Carvalho (2015) e a partir da discussão sobre a avaliação do processo de trabalho (SANNA, 2007) na perspectiva dos registros dos enfermeiros, pode-se construir a seguinte imagem (figura 13).



Figura 13: Elementos do processo de trabalho de SANNA, a partir da análise dos registros dos enfermeiros.

Os resultados, anteriormente, apresentados permitiram constatar que não existe implicação da carga de trabalho na qualidade dos registros das UTIs.

A inquietação e o propósito deste estudo centraram-se na busca pela confirmação ou refutação dos resultados de estudos anteriores que alegam que a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo são elementos importantes que contribuem para a baixa qualidade dos registros (FOSCHIERA; VIERA, 2004; PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004; TAKAHASHI et al, 2008; PIMPÃO et al, 2010; QUEIROZ et al, 2012; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013; DINIZ, TONINI, 2013).

Os resultados desta tese demonstram que independente da carga de trabalho, os registros se apresentam deficientes e incompletos.

Na UTI A, a equipe de enfermagem encontrava-se sobrecarregada 1 plantão diurno e 1 plantão noturno. Entretanto, em todos os dias de coleta de dados, os registros foram deficientes. Não existiu diferença na qualidade dos registros. Em alguns plantões existiam 2 enfermeiros escalados e 3 clientes sob seus cuidados na UTI. Mesmo nesses plantões, os registros não apresentaram diferença na qualidade do seu conteúdo.

A UTI B possui característica diferente em relação à carga de trabalho. Em dois plantões diurnos e em oito plantões noturnos, os registros foram inexistentes. Pode-se estimar que diante de sobrecarga de trabalho, o enfermeiro deixa de registrar. Entretanto, este não é o objetivo deste estudo, pois o que se busca é se existe diferença na qualidade dos registros diante da sobrecarga de trabalho. Em todos os plantões noturnos existiu sobrecarga de trabalho, logo não foi possível a comparação dos registros. No serviço diurno, independentemente da carga de trabalho, a maior parte dos registros recebeu pontuação 2.

Os resultados encontrados nesta tese refutam os resultados de estudos anteriores. Entretanto, cabe destacar que os estudos anteriores utilizaram o método qualitativo com coleta de dados por meio de entrevistas, valorando as crenças e visão de mundo dos participantes sobre o fenômeno. Nesta tese, os resultados foram gerados a partir de pesquisa de campo, com aplicação de instrumentos validados para avaliação da distribuição do tempo dos enfermeiros em seu processo de trabalho e da carga de trabalho da equipe.

Na avaliação dos registros, através da aplicação do instrumento, se pôde verificar que as pontuações mais altas foram atribuídas aos mesmos enfermeiros, independente da carga de trabalho do dia. Essa verificação permite afirmar que a elaboração de registros

consistentes e completos, além de ser determinado pelo planejamento e priorização das atividades, é ato volitivo do profissional.

Este estudo discutiu o processo de trabalho do enfermeiro, sob três perspectivas - distribuição do tempo, carga de trabalho e registros. A comparação dos resultados permitiu a construção da imagem que sintetiza os elementos mais representativos do processo de trabalho em sua totalidade.

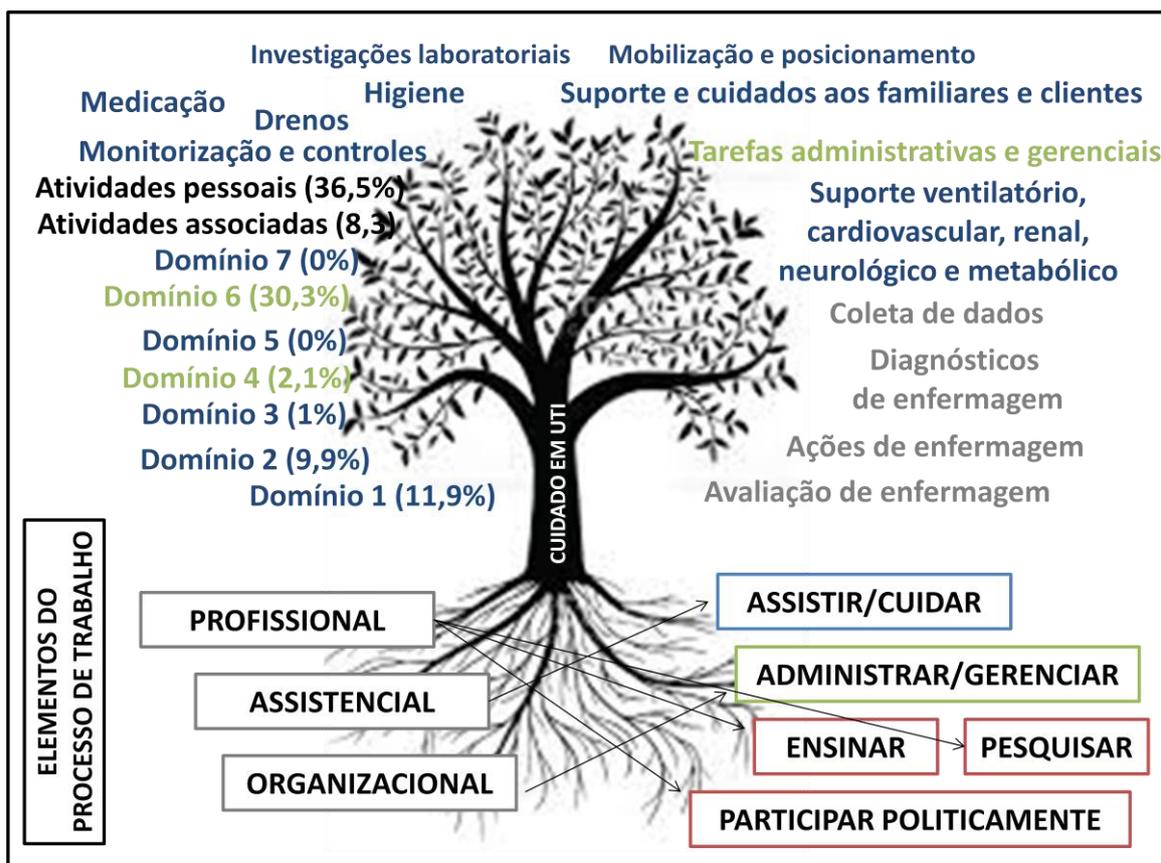


Figura 14: Elementos do processo de trabalho de Sanna, a partir da análise da distribuição do tempo, da carga de trabalho e dos registros dos enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou avaliar as implicações da carga de trabalho, do gerenciamento do tempo e da priorização das atividades no processo de trabalho, nos registros dos enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva. Investigar a relação existente entre esses elementos se constituiu em grande e complexo desafio.

Realizou-se extenso levantamento de estudos relacionados ao tempo, à carga de trabalho e aos registros de enfermagem para que se pudesse elaborar estratégias de coleta de dados que garantissem a validade interna do estudo. O percurso metodológico delineado para estabelecer a relação entre os elementos foi composto por um conjunto de estratégias. Portanto, na análise dos dados foi necessário “ir” e “vir” entre os resultados, com vistas a possibilitar visão articulada sobre o fenômeno investigado, com a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista.

A aplicação de instrumentos validados na análise da distribuição do tempo dos enfermeiros e da carga de trabalho possibilitou a coleta de dados de forma sistemática e organizada. A ausência de instrumentos validados para avaliação dos registros em terapia intensiva foi ponto crítico para a análise dos registros dos enfermeiros. Portanto, tornou-se necessário levantar as determinações legais da profissão para a elaboração de registros completos e consistentes, culminando com a construção do instrumento baseado na Resolução COFEN nº 429/2012, que dispõe sobre os registros das ações profissionais no prontuário do cliente.

As constatações advindas da extensa e minuciosa coleta de dados desta pesquisa foram:

Os enfermeiros participantes do estudo foram predominantemente do sexo feminino. Na UTI A, as médias de idade, de tempo de formação profissional e de tempo de atuação no HU foram de 41, 12 e 6 anos, respectivamente. Na UTI B, as médias foram 38, 12 e 8 anos, respectivamente.

Os clientes internados, nas duas UTIs, durante o período de coleta de dados foram, predominantemente, do sexo feminino, maiores de 50 anos e provenientes de internação clínica.

Os resultados advindos da análise da distribuição do tempo dos enfermeiros em seu processo de trabalho foram gerados a partir da observação de 660 horas de trabalho dos enfermeiros. Na UTI A, 19,8% do tempo dos enfermeiros foram dedicados às intervenções

de cuidado de forma direta, 26,9% para cuidados de forma indireta, 10,1% às atividades associadas e 43,2% às atividades pessoais. Na UTI B, 20,5% do tempo foram dedicados às intervenções de cuidados diretos, 34,7% aos cuidados indiretos, 8,3% às atividades associadas e 36,5% às atividades pessoais.

O domínio com maior representatividade na UTI A foi o domínio 6, sistema de saúde (24,3%), seguido do domínio 1 - fisiológico básico (15%), domínio 2 - fisiológico complexo (4,6%), domínio 4 - segurança (1,8%) e domínio 3 – comportamental (1,1%).

Na UTI B, a representatividade dos domínios seguiu a mesma ordem de prioridade. O domínio 6 também foi o de maior representatividade com 30,3%, seguido do domínio 1 (11,9%), domínio 2 (9,9%), domínio 4 (2,1%) e domínio 3 (1%).

No período de coleta de dados, não foi observada nenhuma ação dos enfermeiros relacionada aos domínios 5 (família) e 7 (comunidade).

As intervenções de cuidados diretos e indiretos mais frequentemente realizadas pelos enfermeiros em seu processo de trabalho foram: documentação (10,3%), entretanto, somente 5,4% do tempo foram dedicados aos registros nos prontuários, controle de suprimentos (6%), controle hidroeletrólítico (3,4%), banho (2,9%), administração de medicamentos (2,9%), supervisão de funcionários (2,3%) e assistência em exames (2,1%).

A produtividade dos enfermeiros correspondeu a 56,8% na UTI A (índice insatisfatório) e 72,3% na UTI B (índice satisfatório). A produtividade média do estudo (63,5%) é considerada satisfatória.

O escore médio geral do NAS foi de 61,1% e 61,6% nas UTIs A e B, respectivamente.

Os resultados advindos da análise da carga de trabalho nas UTIs permitem afirmar que: (1) As escalas das UTIs são fixas e não levam em consideração a gravidade e complexidade dos clientes internados; (B) As escalas de enfermagem do serviço noturno, de ambas as UTIs, contam com menos profissionais que o serviço diurno; (C) Na UTI A, a necessidade de pessoal gerada pelo NAS foi menor que o efetivo de profissionais presentes em 94,9% dos plantões, ou seja, somente em dois plantões a equipe encontrava-se sobrecarregada; (D) Na UTI B, a necessidade de pessoal gerada pelo NAS foi maior que o efetivo de profissionais presentes em 22,2% dos plantões, ou seja, em 28 plantões a equipe encontrava-se sobrecarregada; (E) Na análise das horas requeridas de cuidado por cliente-dia, observou-se que os clientes da UTI B demandam mais horas de cuidado que os clientes da UTI A. (F) A diferença entre as horas requeridas de cuidado e as horas

disponíveis de enfermagem mostrou que a equipe da UTI B encontra-se com maior sobrecarga que a UTI A; (G) Na UTI B, em todos os plantões noturnos existiu sobrecarga de trabalho.

Os resultados advindos da avaliação dos 457 registros dos enfermeiros das UTIs permitem afirmar que: (A) Mais de 90% dos registros receberam a pontuação 2. Ou seja, são incompletos e não atendem aos padrões determinados pela Resolução nº429/2013 do COFEN; (B) Os registros são superficiais, predominantemente voltados para a dimensão biológica do corpo, para a utilização de dispositivos como tubos, cateteres e sondas e baseados no que é possível captar através da observação; (C) As informações registradas sobre a primeira etapa do processo de enfermagem não oferecem base e sustentação para as demais etapas; (D) Houve escassez de registros dos diagnósticos de enfermagem, ações/intervenções e avaliação de enfermagem; (E) Os registros das ações de enfermagem não tem articulação com diagnósticos e mostra que os enfermeiros realizam seus cuidados de forma não-sistematizada.

Os resultados da comparação dos registros com a carga de trabalho permitiram constatar que: (A) Na UTI B, em alguns plantões que o enfermeiro se encontra responsável por 10 clientes, os registros foram frequentemente inexistentes; (B) As pontuações mais altas foram atribuídas aos mesmos enfermeiros, independente da carga de trabalho do dia; (C) Em ambas as UTIs, independente da carga de trabalho, os registros apresentam baixa pontuação na avaliação.

Os resultados confirmam os pressupostos assumidos nesta tese. O primeiro pressuposto foi de que existe sobre(carga) de trabalho dos enfermeiros. Na UTI B, a equipe do serviço noturno encontra-se sobrecarregada e o serviço diurno comumente trabalha com número limite de profissionais. Portanto, existe sobrecarga de trabalho.

O segundo pressuposto foi que a (sobre)carga de trabalho, embora seja real, não implica significativamente nos registros. Os resultados da comparação dos dias de sobrecarga com os dias sem sobrecarga mostraram que, independente da carga de trabalho do dia, os registros não apresentam mudança significativa em seu conteúdo e se mostram incompletos, segundo a avaliação baseada na Resolução COFEN nº 429/2012.

O terceiro pressuposto foi que, no gerenciamento do tempo pelo enfermeiro, o registro não é prioridade na execução das atividades diárias. A análise da distribuição do tempo por enfermeiros revelou que o enfermeiro dedica em média 30,3% do tempo às

atividades de cuidados de forma indireta, entretanto apenas 5,4% deste tempo é dedicado aos registros do processo de cuidar nos prontuários dos clientes.

Portanto, o resultado final confirma a tese de que os registros não são priorizados pelo enfermeiro quando gerencia o tempo em seu processo de trabalho, independente da carga de trabalho.

A despeito da consistência do percurso metodológico utilizado, os resultados devem ser considerados levando-se em conta as suas limitações, a saber: o desenvolvimento do estudo em apenas duas UTIs; a coleta de dados no período limitado de 36 dias; inexistência de instrumentos que mensurem, especificamente, a carga de trabalho do enfermeiro e a ausência de estudo piloto para testar o instrumento de avaliação da qualidade dos registros a fim de adequá-lo à realidade institucional.

Obviamente, os resultados desta pesquisa não elucidam totalmente os nexos causais das fragilidades dos registros e, portanto, não esgotam as pesquisas acerca desse fenômeno. Os resultados aqui expostos, baseados em observações sistemáticas do processo de trabalho do enfermeiro, levaram à constatação do que NÃO justifica a insuficiência dos registros. Entretanto, os resultados reforçam a necessidade de novos estudos de campo com o propósito de ampliar o conhecimento sobre o tema.

Pesquisas sobre registros são sempre complexas e desafiadoras, pois existem muitos elementos que implicam na elaboração dos registros, a saber: Falta de conhecimento do que se deve registrar; Falta de profissionais disponíveis para capacitar e avaliar a equipe quanto à execução dos registros; Falta de compromisso com a profissão que exerce, com a instituição e principalmente com o cliente que consome os cuidados - o ato volitivo é fundamental; Falta de entendimento da importância dos seus registros (por achar que ninguém lê o que a enfermagem escreve); Falta de valorização da própria equipe de enfermagem; Falta de reconhecimento dos gerentes e da instituição.

Esta tese mostra que o registro é imprescindível, mas em forma de rizoma a ser desvelado, com necessidade de parar para refletir e analisar seus nós e para onde a sua raiz se encaminha. O rizoma, nesta tese, é pensar o tempo e a carga de trabalho como assunção de policromia pelos enfermeiros em seu processo de trabalho. Pensar que o registro é “a dança do trabalho”, que ora está próximo, ora está distante dos clientes quando não conseguem documentar o que fazem. O estudo mostra quanti-qualitativamente o quanto o trabalho preenche de forma física e temporal o espaço da UTI e está repleto de fluxos políticos e de poder.

Frente à complexidade da temática se tornam necessários novos estudos sob outras perspectivas acerca do fenômeno ou replicação para confirmar ou refutar os resultados aqui obtidos. Por fim, esses resultados permitem estabelecer articulações acerca do processo de trabalho em UTI e as implicações na qualidade dos registros do enfermeiro, ilustrados na figura 15. Essa imagem confirma o Modelo Téorico assumido para esta tese.

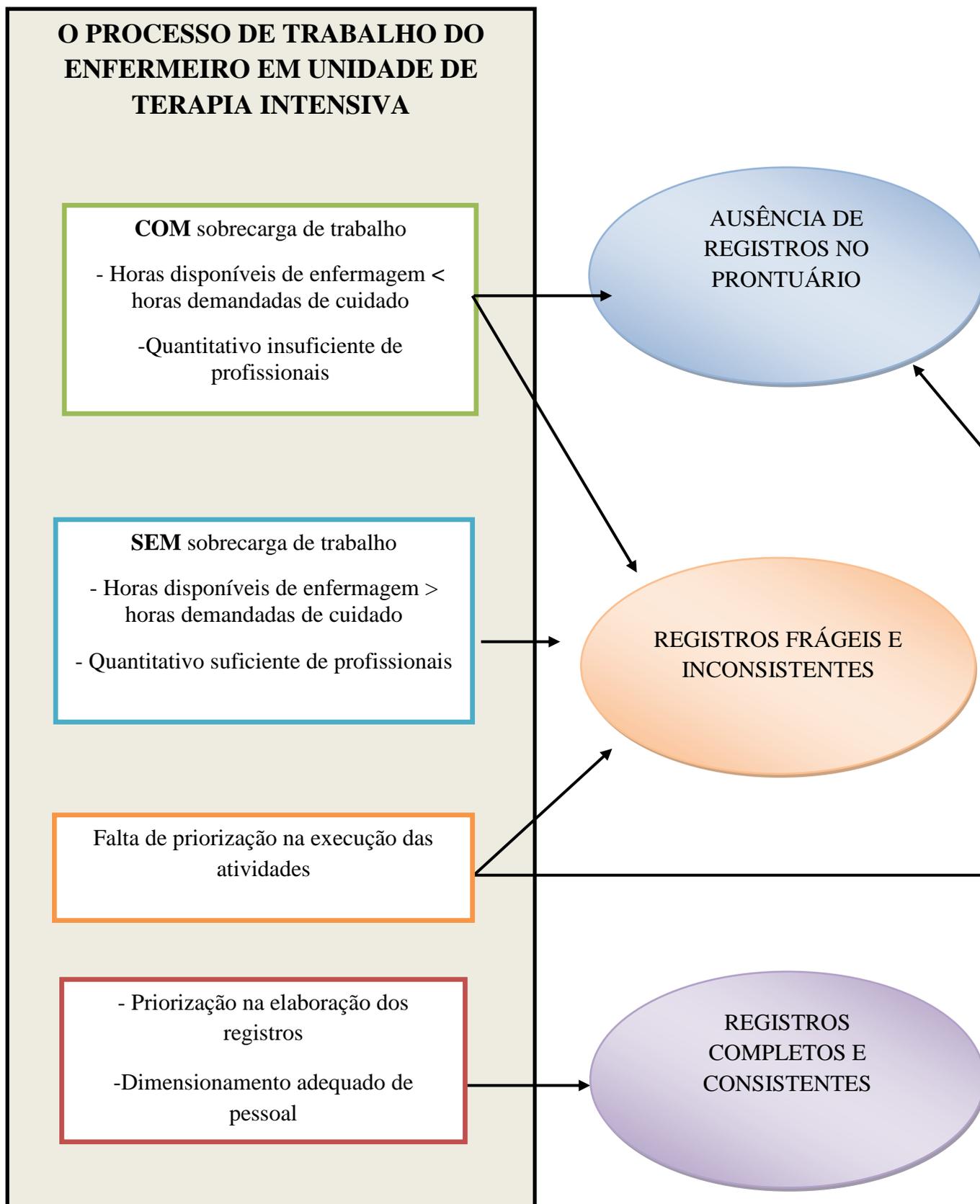


Figura 15: Modelo Teórico sobre os registros do enfermeiro em Terapia Intensiva

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABDON, Jessica Bentes et al. Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista Rene**, Ceará, v.10, n.3, p.90-96. 2009. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a11v10n3.pdf. Acesso em: 30 Nov. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 26, de 11 de Maio de 2012. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 Mai. 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 Fev. 2010.

AIKEN, Linda H. et al. Education levels of hospital nurses and surgical patient mortality. **Journal of the American Medical Association**, v.290, n.12, p.1617-1623. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077115/>. Acesso em: 26 Jul. 2014.

AIKEN, Linda H. et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. **Journal of the American Medical Association**. v.288, n.12, p.1987-1993. 2002. Disponível em: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195438>. Acesso em: 26 Jul. 2014.

AIKEN, Linda H.; SOCHALSKI, Julie; LAKE, Eileen T. Studying outcomes of organization change in health services. **Medical Care**. v.35, n.11(supl), p.6-18. 1997. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/13862751_Studying_Outcomes_of_Organizational_Change_in_Health_Services. Acesso em: 26 Jul. 2014.

ALBUQUERQUE, Candice Cavalcante; NÓBREGA, Maria Miriam Lima; GARCIA, Telma Ribeiro. Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI neonatal. **Revista Eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v.8, n.3, p.336-348. 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a04.htm. Acesso em: 20 fev.2015.

ANDRADE, Ana Caroline Ramirez. **Distribuição do tempo de trabalho da equipe de enfermagem em unidade pediátrica**. 2014. 139f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem, São Paulo, 2014.

ANTUNES, Arthur Velloso; COSTA, Moacir Nascimento. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de**

Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 832-839, Dec. 2003 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 Jan. 2015.

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BALL, Jane E. et al. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality Safety*. v.23, n.2, p.116-25. 2014. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2013/07/08/bmjqs-2012-001767>. Acesso em 20 Jan. 2015.

BARBOZA, Tatiane Aparecida Venâncio. FRACOLLI, Lislaine Aparecida. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1036-1044. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n4/06.pdf>. Acesso em: 5 Mai. 2014.

BERLO, David K. **O processo de Comunicação Introdução à Teoria e à Prática**. 10ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Biseng W. **Administração financeira em engenharia clínica**. [Workshop]. São Paulo; 1996.

BONFIM, Daiana et al. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1462-1470. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Jan. 2017.

BONFIM, Daiana et al. Padrões de tempo médio das intervenções de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: um estudo observacional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 118-126. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100118&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Jan. 2017.

BORDIN, Luiz Carlos; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. Nurses' time distribution: identification and analysis in a Medical-Surgical Unit. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 833-840. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Dez. 2017.

_____. Decreto n.º 82.385 de 05 de Outubro de 1978. Regulamenta a Lei nº 6.533, de 24 de maio de 1978, que dispõe sobre as profissões de Artista e de Técnico em Espetáculos de Diversões, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 Jun. 1987. Seção 1, p. 8853-8855.

BRASIL. Decreto nº 94406/87. Regulamenta a Lei nº 7498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 Jun. 1986.

_____. Lei nº 6.533 de 24 de Maio de 1978. Dispõe sobre a regulamentação das profissões de Artistas e de técnico em Espetáculos de Diversões, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 Mai. 1978.

_____. Lei nº 7498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 Jun. 1986.

BRITO, Ana Paula de; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de internação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1139-1145. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4424>>. Acesso em: 10 Mai. 2016.

BRITO, Ana Paula. **Validação clínica do Nursing Activities Score em uma Unidade de clínica médica**. 2012. 105f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo, 2012.

CARMONA-MONGE, Francisco Javier et al. Carga de trabajo en tres grupos de pacientes de UCI Española según el *Nursing Activities Score*. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 335-340. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Set. 2016.

CARMONA-MONGE, Francisco Javier et al. Análisis de la utilización de la escala *Nursing Activities Score* en dos UCIS Españolas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.5, p. 1108-1116. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es_0080-6234-reeusp-47-05-1106.pdf. Acesso em: 16 Set. 2016.

CARVALHO, Lourdes de Freitas. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital**. 3a ed. São Paulo: Associação Paulista de Hospitais, 1984.

CARVALHO, Vilma de. Linhas de pesquisa em enfermagem: destaques filosóficos e epistemológicos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 723-729. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400723&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Mar. 2017.

CASANOVA, Edna Gurgel; LOPES, Gerturdes Teixeira. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 831-836. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Dez. 2016.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHABOYER, Wendy et al. A Comparison of Activities Undertaken by Enrolled and Registered Nurses on Medical Wards in Australia: An Observational Study. **Int J Nurs Stud**, v.45, n. 9, p.1274-84. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18243206>. Acesso em: 02 Abr. 2015.

CHAGURUTU S, VALLABHAMENI S. Aiding and abetting-nursing crises at home and abroad. **New England journal of medicine**. v.353, s.n., p.1761-63. 2005. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058201#t=article>. Acesso em: 19 Abr. 2014.

CHO, Sung-Hyun; KETEFIAN, Shaké; BARKAUSKAS, Violet H.; SMITH, Dean G. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. **Nursing Research**, v. 52, n. 2, p. 71-79. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12657982>. Acesso em: 13 Jun. 2014.

CHRISTOVAM, Barbara Pompeu; PORTO, Isaura Setenta; OLIVEIRA, Denise Cristina de. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300028>.

CONISHI, Regina Maria Yatsue; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. *Nursing Activities Score* (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 346-354. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Dez. 2016.

COSTA, Sandra Patrícia da; PAZ, Adriana Aparecida; Souza, Emiliane Nogueira de. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 62-69, mar. 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11439>. Acesso em: 04 fev. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº429, de 30 de Maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 Jun. 2012. Seção 1, p. 53.

_____. Resolução nº 311, de 09 de Fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 Fev. 2007.

_____. Resolução nº 358, de 15 de Outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 Out. 2009.

_____. Resolução nº 191 de 31 de Maio de 1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do numero de inscrição ou da autorização pelo pessoal de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 Mai. 1996.

_____. Resolução nº 448 de 5 de Novembro de 2013. Aprova e adota o Manual de Procedimentos Administrativos para registro e inscrição de profissionais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 Nov. 2013.

_____. Resolução nº 527 de 03 de Novembro de 2016. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 Nov. 2016.

_____. Resolução nº189 de 25 de Março de 1996. Estabelece parâmetros para Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Instituições de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 Mar. 1996.

_____. Resolução nº 293 de 21 de Setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para Dimensionar o Quadro de Profissionais de Enfermagem para as Unidades Assistenciais nas Instituições de Saúde e Assemelhados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 Set. 2004.

_____. Resolução nº 514 de 05 de Maio de 2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 Mai. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 Jun. 2013. Seção 1, p. 59

COSTA, Laura Maria Dubois et al. A avaliação do nível de dependência do cliente adulto, com restrição de movimentos dos membros inferiores, visando à promoção do autocuidado. **Rev Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v.7, n.2, p.199-221. 1986. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3671>. Acesso em: 08 Set. 2015.

CULLEN, David J.; CIVETTA, Joseph M.; BRIGGS, Burton A.; FERRARA, Linda C. Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. **Crit Care Med**, v.2, n.2, p.57-60. 1974. Disponível em: http://journals.lww.com/ccmjournals/Abstract/1974/03000/Therapeutic_intervention_scoring_system_a_method.1.aspx. Acesso em: 30 Jul. 2015.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.17, n.4, p.383-91. 2004.

DAUD-GALLOTTI, Renata M. et al. Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU: A Prospective Study. **PLoS ONE**, v.7, n.12, [6 telas]. 2012. Disponível em: <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Nursing%20Workload%20as%20a%20Risk%20Factor%20for%20Healthcare%20Associated%20Infections%20in%20ICU.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2016.

DELANEY, Connie et al. Standardized nursing language for healthcare information systems. **Journal of Medical Systems**, v. 16, n. 4, p. 145–159. 1992. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1460400>. Acesso em: 13 Nov. 2015.

DIAS, Alessandra Teixeira Dias; MATTA, Priscila de Oliveira; NUNES, Wilma Aparecida. Índices de Gravidade em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Avaliação Clínica e Trabalho da Enfermagem. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.18, n.3, p. 276-81. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000300010. Acesso em: 02 Abr. 2015.

DIAS, Douglas de Sá; RESENDE, Mariane Vanessa; DINIZ, Gisele do Carmo Leite Machado. Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 18-25. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000100018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 Abr. 2016.

DIAS, José; TAVARES, Renan; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; SILVA, Roberto Carlos. Cenários do cuidado. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida; MACHADO, Wiliam César Alves. **Tratado de cuidados de enfermagem médico-cirúrgico**. Rio de Janeiro: Roca, 2012.

DINI, Ariane Polidoro et al. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 575-580. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300004>.

DINIZ, Samanta Oliveira da Silva. **Modus operandi de registrar: diagnóstico situacional e propostas de intervenção.** 2013. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2013.

DINIZ, Samanta Oliveira da Silva; SILVA, Paulo Sérgio; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. Quality of nursing records: analytical reflections on its forms and contents. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.9, n.10, p. 9616-9623. 2015. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7642>. Acesso em: 05 Jan. 2016.

DOCHTERMAN, Joanne Mc Closkey; BULECHEK, Gloria M. **Classificações das Intervenções de enfermagem (NIC)**. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DONABEDIAN, Avedis. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DUCCI, Adriana Janzantte. **Nursing Activities Score (NAS): estudo comparativo dos resultados da aplicação retrospectiva e prospectiva em Unidade de Terapia Intensiva.** 2007. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2007.

DUCCI, Adriana Janzantte; ZANEI, Suely Sueko Viski; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.42, n. 4, p. 673-680. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Abr. 2016.

ECHER, Isabel Cristina et al. Opinião de visitantes sobre a sistemática de visitação a pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.57-68. 1999. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4221>. Acesso em: 15 Ago. 2016.

ELEBUTE, E.A.; STONER, H.B. The grading of sepsis. **The British Journal of Surgery**, v.70, n.1, p.29-31. 1983.

ELIAS, Adriana Cristina Galbiatti Parminondi et al. Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 324-329. 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Abr. 2016.

ESTRYN-BÉHAR, Madeleine; HEIJDEN, Beatrice Van Der. Effects of extended work shifts on employee fatigue, health, satisfaction, work/family balance, and patient safety.

Work., v.41, n.1 (Supl), p.4283-4290. 2012. Disponível em: <http://content.iospress.com/articles/work/wor0724>. Acesso em: 16 Set. 2016.

FAVARIN, Simoni Spiazzi; CAMPONOGARA, Silviamar. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v.2, n.2, p.320-329. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5178/3913>. Acesso em: 10 Jan. 2017.

FÉLIX, Natália Nunes. **Distribuição do tempo de trabalho da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva neurológica**. 2014. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2014.

FERREIRA, Tânia S et al. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, Bogotá, v. 9, n. 1, p. 38-49. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 Abr. 2014.

FERREIRA, Anali Martegani et al . Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.69, n.2, p.307-315. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>.

FERREIRA, Suiane Costa; SANTOS, Mara Juliette de Oliveira Lima; ESTRELA, Fernanda Matheus. *Nursing activities score* e o cuidado em uma unidade de terapia intensiva. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v.23, n.1, p.63-67. 2016. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/viewFile/400/pdf_87. Acesso em: 16 Set. 2016.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; SILVA, Carlos Roberto Lyra; SILVA, Roberto Carlos Lyra. **CTI: Atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2006.

FLÔR, Rita de Cássia; GELBCKE, Francine Lima. Análise das cargas de trabalho decorrentes da práxis da enfermagem em serviço de hemodinâmica. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.7, n. esp, p.7034-41. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3338>. Acesso em: 27 Abr. 2016.

FOSCHIERA; Franciele; VIERA; Cláudia Silveira. **O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais**. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 06, n.2, p.189-198, 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig6_diag.pdf. Acesso em: 28 Jul. 2014.

FRANÇOLIN, Lucilena; BRITO, Maria de Fátima Paiva; GABRIEL, Carmen Silvia; MONTEIRO, Taisa Melo; BERNARDES, Andrea. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.79-83. 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/3981>. Acesso em: 02 mar. 2014.

FREITAS, Eliane Regina Ferreira Sernache de. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 317-323. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 Fev. 2017.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; SILVA, Sandra Honorato; SHIMIZU, Helena Eri; CAMPOS, Fernando Peixoto Ferraz. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário de São Paulo. **Rev Med HU-USP**, São Paulo, v.4, p.63-68. 1994.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone, CASTILHO, Valéria. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, Paulina. **Gerenciamento em enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; KURCGANT, Paulina. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.72-78. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a12>. Acesso em: 27 Abr. 2016.

GAIDZINSKI, Raquel Rapone. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam essa prática**. 1994. Tese (doutorado em enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 1994.

GAIDZINSKI, Raquel Rapone. **Dimensionamento do pessoal de enfermagem nas instituições hospitalares**. 1998. 118f. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 1998.

GARCIA, Eliana de Araujo; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1032-1038. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Jan. 2017.

GIL, Gislaine Pinn et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem e grau de dependência do paciente em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de**

enfermagem, Goiânia, v.13, n.3, p.456-63. 2011. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a11.htm>. Acesso em: 27 Abr. 2016.

BEZERRA, Giulyanna Karlla Arruda. Unidade de Terapia Intensiva – Perfil das Admissões: Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. **Revista brasileira de ciências da Saúde**, Paraíba, v.16, n.4, p.491-496. 2012. Disponível em:

<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>. Acesso em: 06 Jan. 2017.

GOLDMAN, Lee et al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. **N. England J Med**, v. 297, p. 845-850. 1977.

GOMES, Elizabeth Laus Ribas et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Semiramis Melani de Melo. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

GONÇALVES, Leilane Andrade. **Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: carga de trabalho em enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes**. 2011. 176f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2011.

GONTIJO, Silvana. **O livro de ouro da comunicação**. São Paulo: Ediouro, 2004.

GORDON, Marjorie. **Nursing Diagnoses: Process and Application**. New York: McGraw Publishers, 1994.

GUCCIONE, A.; MORENA, A.; PEZZI, A. The assessment of nursing workload. **Minerva Anestesiol.** v.70, p.411-416. 2004. Disponível em:

<http://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2004N05A0411>. Acesso em: 27 Abr. 2016.

HARLESS, David W.; MARK, Barbara A. Nurse staffing and quality of care with direct measurement of inpatient staffing. **Med Care**, v. 48, n. 7, p. 659-63. 2010.

HARTZ, Zulmira Maria Araujo (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf>.

HASSARD, J. Tempo de trabalho: outra dimensão esquecida nas organizações. Traduzido por Rodrigues, Arakcy Martins. In: CHANLAT, Jean-François, coordenador. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas; 1992. v. 1, p.175-93.

HASSELHORN, Hans-Martin. **NEXT scientific report.Wuppertal**: University of Wuppertal; 2005. Disponível em:

http://www.econbiz.de/archiv1/2008/53602_nurses_work_europe.pdf

HENDERSON, Virginia. **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

IDE, Cilene Aparecida Costardi; CHAVES, Eliane Corrêa. A distribuição geo-política das unidades de terapia intensiva no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 193-204. 1989. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341989000300193&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Dez. 2016.

INOUE, Kelly Cristina; MATSUDA, Laura Misue. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 379-384. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Out. 2016.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

JESUS, Fábio Santos de et al. Declínio da mobilidade dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 114-119. 2016.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000200114&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Out. 2016

KILLIP, Thomas; KIMBALL, John T. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit- A two years experience with 250 patients. **Am J Cardiol**, v.20, p.457-464. 1967. Disponível em: [http://www.ajconline.org/article/0002-9149\(67\)90023-9/abstract](http://www.ajconline.org/article/0002-9149(67)90023-9/abstract). Acesso em: 18 Out. 2016.

KIRCHHOF, Ana Lucia Cardoso et al. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. **Colombia Médica**, v. 42, n2, p.113-19. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n2s1/v42n2s1a14.pdf>. Acesso em: Acesso em: 8 Fev. 2016.

KLEIN, Aline Graziella Staub; BITENCOURT, Julia Valéria de Oliveira Vargas; PAI, Daiane Dal; WEGNER, Wiliam. Nursing records in the perioperative period. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.5, n.5, p.1096-104. 2011. Disponível em:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1488/pdf_538 Acesso em: 8 Fev. 2016.

KNAUS, William A. et al - The APACHE III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. **Chest**, v.100, n.6, p.1619-1636. 1991.

KNAUS, William A. et al. APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. **Crit Care Med**, v.9, n.8, p.591-597. 1982.

KURCGANT, Paulina. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 2005.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, M. de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica: Fundamentos de metodologia científica. Técnicas de pesquisa.** 7^aed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANGOWSKI, Caron. The times they are a changing: effects of online nursing documentation systems. **Qual Manag Health Care**, v.14, n.2, p.121-125. 2005

LAURELL, Asa Cristina, NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec; 1989.

LE GALL, Jean-Roger; LEMESHOW, Stanley; SAULNIER, Fabienne. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. **JAMA**, v.270, n.24, p. 2957-2963. 1993.

Le Gall, Jean-Roger et al. Simplified acute physiological score for intensive care patients. **Lancet**, v.2, n.8352, p.741. 1983

GONCALVES, Leilane Andrade et al . Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o *Nursing Activities Score* (NAS). **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 56-60. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Jul. 2016.

LEITE, Juliana Carvalho Araujo. **O trabalho da enfermeira na equipe de Saúde da Família: em busca da interdisciplinariedade.** 2001. 234f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2001.

LIMA, Marian Keiko Frossard; TSUKAMOTO, Rosângela; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. Aplicação do *nursing activities score* em pacientes de alta dependência de enfermagem. **Texto contexto**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 638-646. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Mai. 2016.

MACHADO, Cersi. Para liderar é preciso saber delegar. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2013-07/para-liderar-e-preciso-saber-delegar.pdf>.

MAGALHAES, Ana Maria Muller de; RIBOLDI, Caren de Oliveira; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 608-612. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Mai. 2016.

MAGALHAES, Ana Maria Muller. **Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes internados em um hospital universitário**. 2012. 137f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2012.

MAGALHAES, Ana Maria Müller; DALL'AGNOL, Clarice Maria; MARCK, Patricia Beryl. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. especial, p. 146-154. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700019&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 Mai. 2016.

MAGALHÃES, Ana Maria Pueyo Blasco (org). **Humanização em cuidados intensivos - AMIB**. Rio de Janeiro (RJ): Revinter, 2003.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria Cesar. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, v. 3, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MARGARIDO, Elisabete Sabetta; CASTILHO, Valéria. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 427-433. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Mai. 2017.

MARSHALL, John C. et al. Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. **Crit Care Med**, v.23, n.10, p.1638-1652. 1995.

MARTINS, Paula Andréa Shinzato Ferreira; ARANTES, Evalda Cançado; FORCELLA, Hideko Takeuchi. Sistema de classificação de pacientes na enfermagem psiquiátrica: validação clínica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 233-241. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Jan. 2017.

MARX, Karl. **O Capital**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 1994.

MATSUDA, Laura Misue; CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Anotações/ registros de enfermagem em um hospital-escola. **Cienc Cuid Saúde**, v. 6, Suplem. 2, p. 337-346, 2007. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/5307>. Acesso em 07 fev. 2013.

_____; SILVA, Doris Marli Petry Paulo da; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; COIMBRA, Jorseli Ângela Henriques. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 415-21, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 13 Ago. 2013.

MAZIERO, Vanessa Gomes et al. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v.17, n.1, p.165-170. 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/587>. Acesso em: 2 Mar 2016.

MCFARLAND, Gertrude K.; MCFARLANE, Elizabeth A. **Nursing Diagnosis and Interventions**. St. Louis: Mosby, 1997.

MEDEIROS, Ana Lúcia; SANTOS, Sérgio Ribeiro; CABRAL, Rômulo Wanderley Lima. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da Grounded Theory. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 44-53. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15323>. Acesso em: 13 Ago. 2014.

MELLO, Maria Cristina de; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 87-90. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 Nov. 2016.

MELLO, Maria Cristina. **Carga de trabalho de enfermagem: indicadores de tempo em unidades clínica, cirúrgica e terapia intensiva adulto**. 2011. 229f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem. São Paulo, 2011.

MELO, Ana Caroline de Lima; MENEGUETI, Mayra Gonçalves; LAUS, Ana Maria. PERFIL DE PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA: SUBSÍDIOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM. **Rev. enferm UFPE on line.**, Recife, v.8, n.9, p.3142-8. 2014. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../10284. Acesso em: 29 Nov. 2016.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.) **Agir em saúde - um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista. **Trabalho em Saúde**. Texto produzido para EPJV-FIOCRUZ, 2005.

MININEL, Vivian Aline; BAPTISTA, Patrícia Campos Pavan; FELLI, Vanda Elisa Andres. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.2, 9 telas. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_16. Acesso em: 29 Nov. 2015.

MIRANDA, Dinis Reis; MORENO, Rui; IAPICHINO, Gaetano. Nine Equivalent of Nursing Manpower use Score (NEMS). **Intensive Care Med**, v.23, n.7, p.760-765. 1997.

MIRANDA, Dinis Reis; RIJK, Angelique; SCHAUFELI, Wilmar. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items – results from a multicenter study. **Crit Care Med.**, v.24, n.1, p.64-73. 1996. Disponível em: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/076.pdf>. Acesso em: 22 Ago. 2014.

MIRANDA, Dinis Reis et al. Nursing Activities Score. **Crit Care Med**, v.31, n.2, p.374-82. 2003. Disponível em: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/192.pdf>. Acesso em: 22 Ago. 2014.

MONTEZELLI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris; BERNARDINO, Elizabeth. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 348-354. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Abr. 2016.

MORRIS, Roisin; MACNEELA, Pdraig; SCOTT, Anne; TREACY, Pearl; HYDE, Abbey. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. **J Adv Nurs.**, v.57, n.5, p.463-71. 2007.

MUNCK, Sergio. O prontuário do Paciente. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Textos de Apoio em Registros de Saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999.

NEEDLEMAN, Jack et al. Nurse Staffing and inpatient hospital mortality. **N Engl J Med**, v.364, n. 11, p. 1037-45. 2011. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1001025#t=article>. Acesso em: 13 Jun. 2014.

NETO, Oscar Bandeira Coutinho. **Estudo sobre cargas de trabalho e processos de desgaste das auxiliares de enfermagem em um Hospital Universitário de Pernambuco**. 1998. 95f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - CPQAM, FIOCRUZ - Departamento de Saúde Coletiva/NESC, Recife, 1998.

NOGUEIRA, Lilia de Souza et al. Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 225-232. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2013000300225&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Abr. 2016.

NOGUEIRA, Lilia de Souza; SANTOS, Michelle Rocha; MATALOUN, Sérgio Elia; MOOCK, Marcelo. *Nursing Activities Score*: comparação com o Índice APACHE II e a mortalidade em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 327-330. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Abr. 2016.

O'BRIEN-PALLAS, Linda et al. **Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance**. Ottawa, Ontário: Canadian Health Services Research Foundation, 2004.

O'BRIEN-PALLAS, Linda et al. Evaluation of a patient care delivery model: system outcomes in acute cardiac care. **Canadian Journal of Nursing Research**, v.42, n.4, p.98-120. 2010.

OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia; SANTOS, Claudia Benedita dos. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 184-91. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000200007&script=sci_arttext. Acesso em: 10 Fev. 2011.

OGUISSO, Taka. **Dimensões ético-legais das anotações de enfermagem no prontuário do paciente**. Rev Paul Enfer, São Paulo, v.22, n.3, p.245-54. 2003.

PADILHA, Katia Grillo et al. *Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação*. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 229-233. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Abr. 2015.

PADILHA, Katia Grillo et al. Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: A pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). **Intensive Crit Care Nurs.**, v.26, n.2, p.108-13. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20060720>. Acesso em: 18 Abr. 2015.

PANUNTO, Marcia Raquel; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 96-101, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100017&lng=en&nrm=iso. Access on 16 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100017>

PEDROSA, Karilena Karlla de Amorim; SOUZA, Marília Fernandes Gonzaga; MONTEIRO, Akemi Iwata. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p.568-73. 2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_html_site/resumo_portugues/a17v12n3.htm. Acesso em: 20 Jun. 2013.

PEDUZZI, Marina. SCHRAIBER, Lilia Blima. **O processo de trabalho em saúde**. (sem ano). Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>

PERLES, João Batista. **Comunicação: conceitos, fundamentos e história**, 2007. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/esp/autor.php?codautor=990>

PERROCA, Marcia Galan; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-168, 1998. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341998000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Jun. 2013.

PIMPÃO, Fernanda Demutti; FILHO, Wilson Danilo Lunardi; VAGHETTI, Helena Heitmann; LUNARDI, Valéria Lerch. Percepção da Equipe de Enfermagem sobre seus Registros: Buscando a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 403-10. 2010. Disponível em:

<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2013.

PIVOTTO, Flávia; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 9, n. 2, p.32-42. 2004. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1714/1422>. Acesso em: 20 Jun. 2013.

Plano Operativo Anual 2009/2010- Hospital Universitário Gaffree e Guinle, disponível em: http://www.unirio.br/hugg/arquivos/POA_2010.pdf. Acesso em 16 jan. 2011.

POKORSKI, Simoni et al. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 302-307, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Jan. 2017.

POPPER, Karl R. **Conjecturas e refutações**. Brasília: editora da UNB, 1980.

POSSARI, João Francisco Possari et al. Uso da classificação das intervenções de enfermagem na identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.5, p. 781-788. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00781.pdf. Acesso em: 23 Jul. 2016.

POSSARI, J. F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo. Iátria, 2007.

POTTER, Patrícia. PERRY, Anne. **Fundamentos de Enfermagem**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

QUEIJO, Alda Ferreira. **Estudo comparativo da carga de trabalho de enfermagem em UTI geral e especializada segundo o Nursing Activities Score (NAS)**. 2008. 93f. Tese. (Doutorado em enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem. São Paulo, 2008.

QUEIJO, Alda Ferreira. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS)**. 2002. 95f. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem. São Paulo, 2002.

QUEIJO, Alda Ferreira; PADILHA, Kátia Grillo. *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa*. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, p. 1018-1025. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Jun. 2014.

QUEIROZ, Olivia Costa Albuquerque et AL. Nurse's perception in front of the implementation of nursing diagnosis and prescription. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 6, n. 6, p. 1346-515. 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2617>. Acesso em: 20 Jun. 2014.

RAUHALA, Auvo et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. **J AdvNurs**, v.57, n.3, p.286-95. 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6568434_What_degree_of_work_overload_is_likely_to_cause_increased_sickness_absenteeism_among_nurses_Evidence_from_the_RAFAELA_patient_classification_system. Acesso em: 02 Jan 2017.

REPPETTO, Maria Ângela; SOUZA, Mariana Fernandes de. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 325-329, June 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Mar. 2017.

REZENDE, Priscila Oliveira; GAIZINSKI, Raquel Rapone. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 152-159. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Abr. 2016.

RODRIGUES, Vanessa A.; PERROCA, Márcia G.; JERICÓ, Marli C. Glosas hospitalares: Importância das anotações de enfermagem. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 4, p. 210-214. 2004. Disponível em: <http://www.rdconsultoria.com.br/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Administra%C3%A7%C3%A3o%20Hospitalar/Glosas%20Hospitalares.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2013.

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates; TONINI, Teresa. Pós-operatório de transplante renal: avaliando o cuidado e o registro do cuidado de

enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.409-16. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300003. Acesso em: 20 Jun. 2013.

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 121-127. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Set. 2016.

ROSSETTI, Ana Cristina; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. **Rev Latino Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n. esp, p.225-232. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_28.pdf. Acesso em: 18 Abr. 2016.

ROSSI, Flavia Raquel; SILVA, Maria Alice Dias da. Fundamentos de para Processos Gerenciais na Prática do Cuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p.460-468. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Out. 2015.

SANCINETTI, Tania Regina et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1277-1283, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Out. 2015.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 Dez. 2016.

SANTANA, Leni de Lima et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 64-70. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Jun. 2014.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. CÁLCULO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE DOIS MÉTODOS. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 137-154. 1992. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341992000200137&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Jun. 2014.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos et al. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 89-104. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400089&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Mai. 2015.

SANTOS, Teresa Celia de Mattos Moraes et al. Nursing notes of an unit of a hospitalization. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.5, n.8, p. 1842-1848. 2011.

Disponível em:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1668/pdf_686
Acesso em: 16 Out. 2015.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; PAULA, Adenylza Flávia Alves de; LIMA, Josilene Pereira. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 80-87. 2003 .

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Out. 2015.

SAPIA, Tatiana; FELLI, Vanda Elisa Andres; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Problemas de saúde de trabalhadores de enfermagem em ambulatórios pela exposição à cargas fisiológicas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 808-813. 2009 .

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Abr. 2016.

SCHMOELLER, Roseli et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-377. 2011.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Abr. 2016.

SECCO, Iara Aparecida de Oliveira; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; SOUZA, Francisco Eugênio Alves; SHIMIZU, Denise Sayuri. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e drogas**, São Paulo, v. 6, n. 1, [17 telas]. 2010.

Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/viewFile/38713/41564>. Acesso em: 28 Abr. 2016.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.22, n. 3, p. 313-7. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>.

Acesso em: 16 Out. 2015.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª ed rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Elaine Cristina et al. Gerenciamento do tempo das ações de enfermagem no cuidado à criança e ao adolescente hospitalizados. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n.11, p.3920-3928. 2014. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../10799. Acesso em: 29 Nov. 2016.

SILVA, Josy Anne; GROSSI, Ana Cândida Martins; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; MARCON, Sonia Silva. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 576-582. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Out. 2015.

SILVA, Sandra Cristine; PADILHA Kátia Grillo; VATTIMO, Maria de Fátima Fernandes. **Enfermagem Em Uti - Cuidando do Paciente Crítico**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2016.

SILVA, Vanda Elisa Felli da; KURCGANT, Paulina; QUEIROZ, Vilma Machado de. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 603-614. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671998000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Abr. 2016.

SOARES, Alda Valéria Neves et al. Tempo de assistência de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.35, n.3, p.344-349. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/tempo_assistencia_enfermagem_indicador_gestao_pessoas.pdf. Acesso em: 29 Nov. 2016.

SOARES, Alda Valéria Neves; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; CIRICO, Michelli Oliveira Vani. Identificação das intervenções de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 308-317. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Jan. 2017.

SOUSA, Cleber Ricardo et al. Preditores da demanda de trabalho de enfermagem para idosos internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 218-223. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Mar. 2016.

SOUZA, Sônia Regina de Oliveira e Silva de; CHAVES, Sandra Regina Ferreira; SILVA, Cláudia Aparecida da. Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 609-613. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 Mar. 2017.

STAFSETH, Siv K; SOLMS, Diana; BREDAL, Inger Schou. The characterization of workloads and nursing staff allocation in intensive care units: A descriptive study using the Nursing Activities Score for the first time in Norway. **Intensive Crit Care Nurs.**, v.27, n.5, p.290-4. 2011.

STEVENS, Laurence E. Gauging the severity of surgical sepsis. **Arch Surg**, v.118, n.10, p.:1190-1192. 1983.

TAKAHASHI, Alda Akie et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-38, Mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Mar. 2017.

TEASDALE, Graham; JENNETT, Bryan. Assessment of coma and impaired consciousness- A practical scale. **Lancet**, v.2, n.7872, p.81-84. 1974

TOFFOLETTO, Maria Cecília; PADILHA, Kátia Grillo. Consequências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 247-252. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 Abr. 2017.

VASCONCELOS, S. et al. Morbidity among nursing personnel and its association with working conditions and work organization. **Work**, v.41, s. n., p.3732-3737. 2012. Disponível em: <http://content.iospress.com/download/work/wor0087?id=work%2Fwor0087>. Acesso em: 28 Abr. 2016.

VENTURINI, Daniele Aparecida; MARCON, Sonia Silva. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 570-577. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Out. 2015.

VIANA, Carla Denise et al. Implantação da auditoria concorrente de enfermagem: um relato de experiência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.25, n.1, e3250014. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-3250014.pdf. Acesso em: 16 Out. 2015.

VIEIRA, Débora Feijó; PADILHA, Kátia Grillo. 2014. **Manual do Nursing Activities Score – NAS**. Disponível em: <http://www.abenti.org.br/site/wp-content/uploads/2014/04/curso-de-NAS.pdf>

VINCENT, J.L. et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related

Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. **Intensive Care Med**, v.22, n.7, p.707-710. 1996.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: Gerenciamento do tempo e carga de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva: implicações nos registros dos enfermeiros.

Pesquisador Responsável: Samanta Oliveira da Silva Diniz

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Telefones para contato do Pesquisador: (21)984503893

Nome _____ do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Gerenciamento do tempo e carga de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva: implicações nos registros dos enfermeiros”, de responsabilidade da pesquisadora Samanta Oliveira da Silva Diniz

A justificativa deste estudo concentra-se em na necessidade de ampliar conhecimentos acerca do processo de trabalho dos enfermeiros e sobre registros de enfermagem, vislumbrar possibilidades para a construção do conhecimento na área de gestão em saúde e enfermagem e suscitar reflexões acerca da importância fundamental dos registros para a construção da ciência de enfermagem e estimular nos profissionais a vontade de melhorar a forma como se documenta o cuidado. O objetivo do estudo é avaliar os registros dos enfermeiros, considerando o gerenciamento do tempo, a carga de trabalho e a priorização de atividades no processo de trabalho em Unidades de Terapia Intensiva.

A coleta de dados será realizada através de observação do seu processo de trabalho na UTI durante a execução das atividades diárias, integralmente, por três plantões. A observação não ocasionará alterações na condução das atividades diárias. Será utilizado um instrumento de coleta de dados composto por intervenções/atividades de enfermagem que poderão ser realizados na UTI. A cada 10 minutos a pesquisadora observará e registrará, no instrumento, a atividade realizada por você. Nenhuma atividade será gravada, fotografada ou filmada.

As informações colhidas não causarão nenhum dano ou ônus. O desconforto será o de ser observado por tempo integral durante as atividades diárias. Os riscos são mínimos e relacionados ao anonimato do executor dos registros. Entretanto, todas as medidas para garantir o seu anonimato serão respeitadas.

Os benefícios da pesquisa serão: Ampliação dos conhecimentos acerca do processo de trabalho dos enfermeiros e sobre registros de enfermagem; possibilidades para a construção do conhecimento na área de gestão em saúde e enfermagem em UTI; estímulo a reflexões acerca da importância fundamental dos registros para a construção da ciência de enfermagem.

Para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual você deve ligar para o pesquisador responsável através do telefone (21) 984503893 e/ou para o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (21) 26299189.

Você pode solicitar a interrupção da observação a qualquer momento, além de desistir de participar da pesquisa não havendo prejuízo para sua pessoa ou qualquer outra penalização.

O resultado final desta pesquisa pode vir a ser publicado/divulgado, entretanto, sua privacidade/anonimato será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, te identificar, será mantido em sigilo.

Não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação. No entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma seguinte mediante depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: E.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 26299189.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado **Gerenciamento do tempo e carga de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva: implicações nos registros dos enfermeiros.**

O objetivo do estudo é avaliar os registros dos enfermeiros, considerando o gerenciamento do tempo, a carga de trabalho e a priorização de atividades no processo de trabalho em Unidades de Terapia Intensiva. A justificativa deste estudo concentra-se em na necessidade de ampliar conhecimentos acerca do processo de trabalho dos enfermeiros e sobre registros de enfermagem, vislumbrar possibilidades para a construção do conhecimento na área de gestão em saúde e enfermagem e suscitar reflexões acerca da importância fundamental dos registros para a construção da ciência de enfermagem e estimular nos profissionais a vontade de melhorar a forma como se documenta o cuidado.

Fui esclarecido(a) sobre a pesquisa e estou ciente dos seus objetivos e justificativa. Concordo em participar, voluntariamente, consentindo que a pesquisadora me observe durante a execução das minhas atividades diárias, integralmente, por três plantões. A observação não ocasionará alterações na condução das minhas atividades diárias. Tenho a garantia da pesquisadora de que posso solicitar a interrupção da observação a qualquer momento, além de desistir de participar da pesquisa não havendo prejuízo para minha pessoa e que em qualquer momento poderei ter acesso às informações sobre os procedimentos, inclusive para dirimir minhas eventuais dúvidas.

Recebi os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo. As informações colhidas não causarão nenhum dano, risco ou ônus e o desconforto será o de ser observado por tempo integral durante minhas atividades diárias. Os benefícios será a ampliação do conhecimento acerca da temática do estudo.

Estou ciente de que os dados da pesquisa podem vir a ser publicados/divulgados, entretanto, minha privacidade/anonimato será respeitado, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Samanta Oliveira da Silva Diniz, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGenfBio/UNIRIO) e a Teresa Tonini, orientadora, professora doutora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGenfBio/UNIRIO). Poderei manter contato com as pesquisadoras pelos telefones (21) 984503893// (21) 981731913 ou pelos e-mails: rmos_sam@yahoo.com.br e ttonini@terra.com.br

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma seguinte mediante depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia ou dúvida sobre este estudo devo ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2016.

Nome do participante da pesquisa:

Assinatura do participante da pesquisa:

Nome do pesquisador responsável:

Assinatura do pesquisador responsável:

APÊNDICE C



INSTRUMENTO “AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DO ENFERMEIRO”

Instrumento construído para avaliação dos registros do enfermeiro baseado nos critérios estabelecidos por meio da RESOLUÇÃO COFEN Nº 429/2012.

Existe sempre certa subjetividade quando se avalia registros de pacientes. É importante, portanto, que a avaliação seja realizada independentemente por duas pessoas diferentes. Preencha o formulário de avaliação individualmente e depois compare os resultados para obter pontuações de consenso.

Os critérios abaixo devem ser avaliados considerando os seguintes *scores*:

(4) Completo; (3) Parcial; (2) Incompleto; (1) Inexistente/Totalmente inadequado.

A) Resumo dos dados coletados sobre o cliente.

Descreve a avaliação/atendimento das necessidades humanas básicas (HORTA, 1979):

- 1) Regulação neurológica (nível de consciência, pupilas, avaliação de força, uso de sedativos, etc)
- 2) Percepção dos órgãos dos sentidos (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa)
- 3) Oxigenação (ventilação espontânea, uso de ventilação não invasiva, ventilação mecânica invasiva, parâmetros do ventilador, presença e aspecto das secreções, tosse, exame físico do sistema respiratório, etc)
- 4) Regulação vascular (arritmias, acessos venosos e infusões, uso de drogas vasoativas, exame físico do sistema cardiovascular, pulso, pressão arterial, pressão venosa central, etc)
- 5) Regulação térmica
- 6) Hidratação e alimentação (estado de hidratação e de nutrição, edema, náuseas, vômitos, tipo de dieta, tipo de cateter, tolerância, nível de aceitação, jejuns, exame físico do abdômen, etc)
- 7) Eliminação urinária e intestinal (tipo de eliminação, característica, quantidade/volume, frequência, etc)
- 8) Integridade física e integridade cutaneomucosa (aplicação de escalas, medidas de prevenção de lesões, curativos, estado da pele, lesões, etc)
- 9) Comunicação, segurança emocional e amor e aceitação (sentimentos e comportamentos)
- 10) Exercícios e atividades físicas (movimentação, locomoção, restrição de movimento, mobilidade física e no leito prejudicadas)

4 pontos

O registro contém de cinco a dez itens listados acima e as informações são completas, sendo possível a avaliação do cliente a partir delas.

3 pontos

O registro contém de cinco a dez itens listados acima, entretanto as informações são incompletas, não sendo possível a avaliação do cliente a partir delas.

2 pontos

O registro contém de um a quatro dos dez itens listados acima. As informações são incompletas, não sendo possível a avaliação do cliente a partir delas.

1 ponto

Não é possível observar nenhum dos itens listados.

B) Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas do cliente.**4 pontos**

Existe a identificação do problema/necessidade/situação do cliente por meio da análise e interpretação dos dados coletados e esses problemas estão relacionadas a intervenções específicas.

3 pontos

Existe a identificação do problema/necessidade/situação do cliente por meio da análise e interpretação dos dados coletados, mas não estão relacionadas a intervenções específicas.

2 pontos

Existe a identificação do problema/necessidade/situação do cliente de forma aleatória e não por meio da análise e interpretação dos dados coletados e não estão relacionadas a intervenções específicas.

1 ponto

Não existe a identificação de problemas/situações/necessidades e não há intervenções específicas.

C) As ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados.**PARA A UNIDADE A (nesta unidade não existe plano de cuidado pré-estabelecido)****4 pontos**

Cada intervenção/ação de enfermagem está ligada ou pode estar diretamente relacionada ao(s) diagnóstico(s).

3 pontos

Pelo menos 50% das intervenções/ações de enfermagem estão ligadas ou podem estar diretamente relacionadas ao(s) diagnóstico(s).

2 pontos

As intervenções/ações de enfermagem estão presentes, mas não estão relacionadas com diagnóstico(s).

1 ponto

Nenhuma intervenção/ação de enfermagem é mencionada.

PARA A UNIDADE B (nesta unidade existe um plano de cuidados já estabelecido para todos os pacientes em forma de *checklist*, no verso do balanço hídrico, com 12 itens aprazados. Neste caso, a avaliação do item C será avaliada com base na checagem do instrumento)

4 pontos

Todos os itens checados têm relação com o paciente, apontando para a individualização do plano para cada paciente. Os itens que não têm relação com o paciente estão rodados.

3 pontos

Todos os itens estão checados, entretanto, nem todos têm relação com o paciente, mostrando que o plano não é individualizado.

2 pontos

O plano está parcialmente checado. Existem itens que não estão checados e que tem relação com o paciente.

1 ponto

Nenhum item está checado.

D) Os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

4 pontos

As avaliações relatam resultados de enfermagem relacionados com diagnósticos de enfermagem e com as intervenções realizadas.

3 pontos

50% das avaliações em termos de resultados de enfermagem estão ligadas aos diagnósticos e as intervenções.

2 pontos

As avaliações estão presentes, mas não existe nenhuma relação com os diagnósticos e intervenções/ações de enfermagem realizadas.

1 ponto

As avaliações não estão disponíveis. Não há resultados mencionados.

Critérios/Pontuações	Avaliador _____			
	4	3	2	1
Critério A				
Critério B				
Critério C				
Critério D				
Média (A+B+C+D/4)				

Devem-se somar a pontuação de todos os itens e, posteriormente, calcular a média aritmética. A avaliação final seguirá o seguinte *SCORE*:

- (4) O registro é completo e atende aos padrões determinados pelo COFEN;**
- (3) O registro embora seja deficiente, atende parcialmente aos padrões determinados pelo COFEN;**
- (2) O registro é incompleto e não atende aos padrões determinados pelo COFEN;**
- (1) As informações no registro são inexistentes ou totalmente inadequadas.**

ANEXO 1- Cartas de aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gerenciamento do tempo e carga de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva: Implicações na qualidade dos registros de enfermagem.

Pesquisador: SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53442116.3.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.458.158

Apresentação do Projeto:

Este estudo teve como objetivo geral Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, considerando o gerenciamento do tempo, a carga de trabalho e o conteúdo dos registros no processo de trabalho da enfermeira em Unidades de Terapia Intensiva e objetivos específicos Levantar a carga de trabalho das enfermeiras, segundo o Nursing Activities Score (NAS); Calcular a distribuição do tempo despendido pela enfermeira em intervenções de cuidado direto e indireto e em atividades associadas ao trabalho e pessoais, identificando as ações prioritárias das enfermeiras em seu processo de trabalho; Analisar a qualidade dos registros de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, considerando o gerenciamento do tempo, a carga de trabalho e o conteúdo dos registros no processo de trabalho da enfermeira em Unidades de Terapia Intensiva.

Objetivo Secundário:

Levantar a carga de trabalho das enfermeiras, segundo o Nursing Activities Score (NAS) Calcular a distribuição do tempo despendido pela enfermeira em intervenções de cuidado direto e indireto e

Endereço: Av. Pasteur, 295

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7795

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.466.153

em atividades associadas ao trabalho e pessoais, identificando as ações prioritárias das enfermeiras em seu processo de trabalho. Analisar a qualidade dos registros de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há

Benefícios:

Ampliação dos conhecimentos acerca do processo de trabalho das enfermeiras e sobre registros de enfermagem. Possibilidades para a construção do conhecimento na área de gestão em saúde e enfermagem.

Estímulo a reflexões acerca da importância fundamental dos registros para a construção da ciência de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhuma

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicita dispensa, considerando que a pesquisa será por coleta de dados

Recomendações:

Colar no projeto que existem riscos mínimos, de acordo com a 466-2012 toda a pesquisa com seres humanos possui riscos, nesse caso associados com o anonimato dos registros.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_661113.pdf	20/02/2016 16:42:30		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	20/02/2016 16:41:30	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Acelto
Outros	AnuEnclHUIGG2.pdf	20/02/2016 16:39:26	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Acelto
Outros	InstrumentoDCatch.pdf	20/02/2016	SAMANTA	Acelto

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio08@gmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO**



Continuação do Parecer: 1.468.158

Outros	InstrumentoDCatch.pdf	16:32:35	DA SILVA DINIZ	Aceito
Outros	NAB.pdf	20/02/2016 16:31:40	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	InstrumentoparamensuracAodacargadet rabalho.pdf	20/02/2016 16:30:52	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	ApEndiceBMatriz.pdf	20/02/2016 16:28:31	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	APENDICEAInstrumentodeCaracterizac AodaexecucAodosregistros.pdf	20/02/2016 16:27:57	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	AnuEncliaHUGG.pdf	20/02/2016 16:24:48	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	AnuEncliaHUPE.pdf	20/02/2016 16:21:58	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Orçamento	OrCamento.pdf	20/02/2016 16:18:44	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLEHUPE.pdf	20/02/2016 16:17:22	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PEDIDODEDISPENSADOTERMODEC ONSENTIMENTOLIVREESCLARECID OUNIRIO.doc	20/02/2016 16:17:02	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUNIRIO.doc	20/02/2016 16:16:50	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHUPE.doc	20/02/2016 16:16:36	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	20/02/2016 16:13:18	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadRosto.pdf	20/02/2016 16:11:56	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.260-340

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.468.158

RIO DE JANEIRO, 29 de Março de 2016

Assinado por:
Paulo Sérgio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca CEP: 22.250-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Página 04 de 04

UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gerenciamento do tempo e carga de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva: Implicações na qualidade dos registros de enfermagem.

Pesquisador: SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ

Área Temática:

Versão: 1

GAAE: 53442116.3.3002.5243

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.879.122

Apresentação do Projeto:

Trata-se de apresentação de emenda ao projeto já aprovado pelos CEPs da UNIRIO e UERJ, que tem por objetivo incluir o Hospital Universitário Antônio Pedro, como campo de coleta de dados.

O projeto visa avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, considerando o gerenciamento do tempo, a carga de trabalho e o conteúdo dos registros no processo de trabalho da enfermeira em Unidades de Terapia Intensiva.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa sustentada no conceito de avaliação de qualidade de Donabedian.

O autor desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde a partir da tríade: estrutura, processo e resultado. O conceito de estrutura abarca os recursos físicos, materiais e financeiros necessários para a assistência. Engloba financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada. O processo envolve atividades profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões que podem ser analisadas técnica ou administrativamente. O resultado é o produto final da assistência prestada, sob a perspectiva da saúde, satisfação de padrões e expectativas. (DONABEDIAN apud MALIK, 1998).

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 1.079/123

O processo envolve todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e o paciente e a partir dessas relações se estabelecem as bases para a valoração da qualidade. A partir desta compreensão e pelo objeto dessa tese tratar da qualidade dos registros, entende-se que o fenômeno a ser investigado encontra-se no segundo elemento da tríade - O PROCESSO.

O estudo será desenvolvido nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI) de dois hospitais universitários localizados na cidade do Rio de Janeiro (HUPE e HUAP). A escolha destas instituições foi pautada pelo grau de excelência, o fluxo de internações anuais, o perfil assistencial e a vocação para ensino e pesquisa. A coleta de dados será realizada com demarcação de três momentos: No primeiro momento será utilizado um instrumento validado para analisar a distribuição do tempo despendido pelas enfermeiras nas intervenções/atividades; o segundo momento consiste em levantar a carga de trabalho das enfermeiras nos cuidados aos clientes. Será realizada a caracterização dos clientes internados quanto a idade, sexo, motivo da internação, tempo de permanência e o grau de dependência de enfermagem, segundo o Nursing Activities Score (NAS). No terceiro momento será avaliada a qualidade dos registros dos enfermeiros nos prontuários com a utilização de dois instrumentos validados.

Buscar-se-á, nos prontuários, todas as anotações de enfermeiros correspondentes ao mesmo período em que foram coletados os dados referentes à distribuição do tempo e à carga de trabalho. Considerando que a coleta dos dados será realizada por meio de três instrumentos, que demandam modelagens estatísticas diferenciadas, um banco de dados será organizado para cada instrumento, utilizando os programas Microsoft Excel® e Statistical

Package for the Social Sciences (SPSS)®. A análise dos dados ocorrerá, sequencialmente, conforme a finalização de cada etapa de produção dos dados. Como será adotado nesta pesquisa um conjunto de estratégias, tornar-se-á necessário um "ir" e "vir" entre os dados coletados, com vistas a possibilitar uma visão articulada sobre o fenômeno investigado, com a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, de modo que se reconheçam as diferenças e/ou similaridades entre eles. Após as análises dos dados de forma separada, os resultados serão triangulados com vistas ao alcance do objetivo geral da pesquisa. Cada 12h de plantão será considerada uma unidade de análise, totalizando 36 unidades (18 unidades do hospital A e 18 unidades do hospital B). Cada hospital terá 9 unidades de análise do serviço diurno e 9 do serviço noturno. Para cada unidade de análise, serão levantados: (A) Distribuição do percentual de tempo dos enfermeiros nos cuidados diretos, indiretos, atividades

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2620-9189 Fax: (21)2620-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 1.079-123

associadas e atividades pessoais/ (B) Cálculo da carga de trabalho medida pelo NAS em percentual, horas disponíveis de assistência por paciente/dia, horas demandadas de cuidados por paciente/dia, diferença entre as horas disponíveis de enfermagem e as horas demandadas por paciente/dia; (C) Avaliação da qualidade dos registros dos enfermeiros pelos Instrumentos "D-Catch" e "Intervenções/Atividades de Enfermagem".

Hipótese:

Foram formulados dois pressupostos para testar o modelo apresentado. O primeiro é de que a (sobre)carga de trabalho e a falta de tempo não são os determinantes da precariedade dos registros de enfermagem. A segunda é que a falta de planejamento e organização das atividades e de priorização para a execução são as principais causas da inconsistência e fragilidades dos registros.

Critério de Inclusão:

Ser enfermeiro lotado e com vínculo empregatício nos hospitais investigados e atuar nas UTIs por no mínimo dois meses anteriores à coleta dos dados.

Critério de Exclusão:

Enfermeiros remanejados de outros setores da Instituição que estejam atuando na UTI no dia da coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, considerando o gerenciamento do tempo, a carga de trabalho e o conteúdo dos registros no processo de trabalho da enfermeira em Unidades de Terapia Intensiva.

Objetivo Secundário:

- Levantar a carga de trabalho das enfermeiras, segundo o Nursing Activities Score (NAS)
- Calcular a distribuição do tempo despendido pela enfermeira em intervenções de cuidado direto e indireto e em atividades associadas ao trabalho e pessoais, identificando as ações prioritárias das enfermeiras em seu processo de trabalho.
- Analisar a qualidade dos registros de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisadores referem riscos mínimos relacionados à identificação dos participantes. Não descrevem as estratégias para minimizá-los.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2623-9189 Fax: (21)2623-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 1.079-122

Benefícios:

Amplicação dos conhecimentos acerca do processo de trabalho das enfermeiras e sobre registros de enfermagem.

Como benefícios, discutem a possibilidade de construção do conhecimento na área de gestão em saúde e enfermagem e o estímulo a reflexões acerca da importância fundamental dos registros para a construção da ciência de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante e pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência em enfermagem na área a que se destina a avaliar. Conta com orçamento de R\$ 12.280,00, a ser custeado com recursos do próprio pesquisador.

O protocolo contém lacunas, dentre as quais destacamos a omissão sobre as estratégias a serem propostas para evitar a exposição dos participantes (considerada na avaliação de riscos e benefícios) e a afirmativa de que haverá armazenamento de material biológico, feita na Plataforma Brasil. Além disso, o cronograma está desatualizado em relação ao início da coleta de dados no HUAP.

Sugerimos que estes itens sejam corrigidos através de futuras emendas ao Centro Coordenador, que possam ser replicadas aos demais Centros Coparticipantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas carta de anuência, assinada pelo responsável técnico do HUAP e justificativa de isenção do consentimento aos participantes, assinada pela pesquisadora responsável.

Para as duas primeiras etapas (levantamento do tempo despendido pelas enfermeiras nas intervenções/atividades e levantamento da carga de trabalho das enfermeiras está previsto o consentimento dos participantes e assinatura de TCLE.

A justificativa para a isenção do consentimento leva em consideração apenas a terceira etapa do projeto, que prevê consulta aos prontuários dos pacientes. Os pesquisadores informam que não pretendem alterar ou interferir na rotina/tratamento do paciente, resguardando seu bem-estar. Assumem compromisso de confidencialidade e privacidade e uso dos dados exclusivamente para a finalidade prevista nesta pesquisa.

Recomendações:

Vide comentários feitos acima

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etico@vm.uff.br

UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 1.079-122

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo APROVADO.

Observações:

- o início da coleta de dados será autorizado somente após a liberação do parecer de aprovação pelo CEP, na Plataforma Brasil;
- a cada 6 (seis) meses após a aprovação do projeto, deverão ser encaminhados relatórios parciais, através de Notificação na Plataforma Brasil, visando seu acompanhamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_813905_E2.pdf	04/11/2016 17:46:26		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLE_HUAP.pdf	04/11/2016 17:43:52	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_813905_E2.pdf	21/10/2016 12:46:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_para_ausencia_de_TCLE_HUAP.doc	21/10/2016 12:43:00	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
Cronograma	CronogramaHUAP.pdf	21/10/2016 12:40:41	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1662172_E1.pdf	21/10/2016 12:37:40	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	21/10/2016 12:37:10	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHUAP.doc	21/10/2016 12:36:49	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_HUAP.pdf	21/10/2016 12:36:37	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
 Bairro: Centro CEP: 24.030-210
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-0189 Fax: (21)2629-0189 E-mail: etica@vm.uff.br

UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 1.079-123

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/07/2016 12:05:06	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
Outros	AnuEnciaHUPE.pdf	07/07/2016 12:00:42	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/07/2016 11:57:37	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	AnuEnciaHUGG2.pdf	20/02/2016 16:39:26	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	InstrumentoD/Catch.pdf	20/02/2016 16:32:35	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	NAS.pdf	20/02/2016 16:31:40	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Instrumentoparamensurac.Aodacargadet rabalho.pdf	20/02/2016 16:30:52	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	ApEndiceBMatriz.pdf	20/02/2016 16:28:31	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	APENDICEAInstrumentodeCaracterizac AodaxecucAodosregistros.pdf	20/02/2016 16:27:57	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	AnuEnciaHUGG.pdf	20/02/2016 16:24:48	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Orçamento	OrCamento.pdf	20/02/2016 16:18:44	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLEHUPE.pdf	20/02/2016 16:17:22	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PEDIDODEDISPENSADOTERMODEC ONSENTIMENTOLIVREESCLARECID OUNIRIO.doc	20/02/2016 16:17:02	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUNIRIO.doc	20/02/2016 16:16:50	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHUPE.doc	20/02/2016 16:16:36	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	20/02/2016 16:11:56	SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Processo: 1.679/122

NITERÓI, 19 de Dezembro de 2016

Assinado por:
José Carlos Carraro Eduardo
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etlas@vsn.uff.br

Data: ___/___/___

UTI: () A () B

Atividades básicas	Pontuação Máxima	Pontuação atribuída
1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLES		
1a. Sinais vitais horários, cálculo e registro do balanço hídrico.	4,5	
1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos	12,1	
1c. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.	19,6	
2. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS:		
Bioquímicas e microbiológicas.	4,3	
3. MEDICAÇÃO		
Exceto drogas vasoativas.	5,6	
4. PROCEDIMENTOS DE HIGIENE		
4a. Realização de procedimentos de higiene tais como: curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex. isolamento), etc.	4,1	
4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas, em algum plantão.	16,5	
4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão.	20,0	
5. CUIDADO COM DRENOS		
Todos (exceto sonda gástrica)	1,8	
6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente; transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe (ex. paciente imóvel, tração, posição prona).		
6a. Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas.	5,5	
6b. Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 enfermeiros em qualquer frequência.	12,4	
6c. Realização do(s) procedimento(s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência.	17,0	
7. SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES incluindo procedimentos		

tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes permitem a equipe continuar com outras atividades de enfermagem (ex: a comunicação com o paciente durante procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando o paciente).

7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por cerca de uma hora em algum plantão, tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.	4,0	
7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais em algum plantão, tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex. grande número de familiares, problemas de linguagem, familiares hostis).	32,0	

8. TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS

8a. Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (ex. passagem de plantão, visitas clínicas).	4,2	
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas em algum plantão, tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta.	23,2	
8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais de tempo em algum plantão, tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.	30,0	

SUPOORTE VENTILATÓRIO

9. Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex. CPAP ou BiPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método.	1,4	
10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.	1,8	
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria Estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	4,4	

SUPOORTE CARDIOVASCULAR

12. Medicação vasoativa independente do tipo e dose.	1,2	
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluídos. Administração de fluídos >31/m ² /dia, independente do tipo de fluído administrado.	2,5	
14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	1,7	
15. Reanimação cardiorrespiratória nas últimas 24 horas (excluído soco precordial).	7,1	

SUPOORTE RENAL		
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	7,7	
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. Sonda vesical de demora).	7,0	
SUPOORTE NEUROLÓGICO		
18. Medida da pressão intracraniana	1,6	
SUPOORTE METABÓLICO		
19. Tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada.	1,3	
20. Hiperalimentação intravenosa.	2,8	
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrintestinal (ex: jejunostomia).	1,3	
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS		
22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de rotina sem conseqüências diretas para as condições clínicas do paciente, tais como: Raio X, ecografia, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não estão incluídos.	2,8	
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	1,9	