

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**ROSELENA PECHOTO DE OLIVEIRA**

**Carga de Trabalho e Absenteísmo da Equipe de  
Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**

**Ribeirão Preto  
2015**

**Roselena Pechoto de Oliveira**

**Carga de trabalho e absenteísmo da equipe de enfermagem  
em Unidade de Terapia Intensiva**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

**Área de Concentração:**  
Enfermagem Fundamental

**Linha de Pesquisa:**  
Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem

**Orientadora:**  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Laus

**Ribeirão Preto  
2015**

**Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local e data:** \_\_\_\_\_

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

OLIVEIRA, ROSELENA PECHOTO DE  
Carga de trabalho e absenteísmo da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Ribeirão Preto, 2015.

104 p. Il.; 30cm.

Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Laus, Ana Maria

1. Carga de Trabalho. 2. Absenteísmo. 3. Unidade de Terapia Intensiva.  
4. Enfermagem.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

OLIVEIRA, Roselena Pechoto de

Carga de trabalho e absenteísmo da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Banca Examinadora

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Maria Laus – Presidente/Orientadora**

Instituição: EERP-USP      Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## *Dedicatória*

*A Deus, por estar sempre ao meu lado e me permitir viver.*

*A toda minha família, pelo incentivo e apoio.*

*Ao meu filho João Marcondes, por me dar a possibilidade de descobrir um novo mundo, com mais ternura e amor.*

*Ao meu companheiro Reginaldo, pela compreensão pelas minhas ausências na elaboração deste trabalho. Pelo companheirismo e por me incentivar a transpor os desafios e, principalmente, pela presença paterna ao nosso filho, quando não pude presente.*

*A Professora Doutora Ana Maria Laus, pela capacidade de ensinar. Agradeço pelo carinho, paciência e sabedoria com que sempre conduziu, desde a graduação, a realização dos nossos trabalhos. Muito obrigada!*

*Aos pacientes do Hospital Dr. Mário Gatti, especialmente aos da Unidade de Terapia Intensiva-Adulto, pela capacidade de me tornarem uma profissional melhor.*

# *Agradecimentos*

*Ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP, pela possibilidade de aprimorar meus conhecimentos.*

*As Professoras Doutoras Lucieli Dias Pedreschi Chaves e Vivian Mininel, pelos conselhos e contribuições no exame de qualificação.*

*Ao Centro de Estudos sobre Hospital e Enfermagem.*

*As colegas do mestrado Tatiana Nogueira, Thamiris Ricci, Natália Félix e Mayra Meneguetti, pelos momentos de descontração e, principalmente, por toda a ajuda.*

*A toda a equipe de enfermagem do Hospital Dr. Mário Gatti, principalmente à equipe da Unidade de Terapia Intensiva-Adulto.*

*Aos colegas enfermeiros do Hospital Dr. Mário Gatti, especialmente aos da Unidade de Terapia Intensiva-Adulto: Leoni Nascimento, Elaine Freitas, Isabella Martins, Márcio Noetzold, Sérgio Brambilla, Maria "Cidinha" e Rosângela Silva.*

*As gestoras da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Dr. Mário Gatti: Eliza Zambetti e Marina Higo, pela oportunidade e pelo incentivo na realização deste trabalho.*

*As minhas amigas Ludmilla e Mileni, pela ajuda com hospedagem em Ribeirão Preto, mas, principalmente, pelos reencontros cheios de afeto.*

*Para ser grande, sê inteiro: nada*

*Teu exagera ou exclui.*

*Sê todo em cada coisa. Põe quanto és*

*No mínimo que fazes.*

*Assim em cada lago a luta toda*

*Brilha, porque alta vive.*

*(Ricardo Reis, heterônimo de Fernando Pessoa)*

## RESUMO

OLIVEIRA, R. P. *Carga de trabalho e absenteísmo da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva*. 2015. 104p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2015.

Trata-se de um estudo transversal descritivo e retrospectivo com o objetivo de identificar a carga de trabalho e as taxas de absenteísmo da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva-Adulto (UTI) de um hospital de ensino no interior do estado de São Paulo. A população de estudo foi composta por duas partes: a primeira por todos os pacientes que permaneceram internados, no período de 01/01/2014 a 31/01/2014, totalizando 53 pacientes, e a segunda parte por relatórios gerenciais da unidade de saúde do trabalhador e as escalas mensais de folga, do período de 01/01/2012 a 31/01/2014. A amostra estudada foi composta, predominantemente, por pacientes do sexo masculino (54,7%), com idade média de 58,8 anos, submetidos a tratamento cirúrgico (51,0%), procedentes do Centro Cirúrgico (43,4%) e com tempo médio de permanência na unidade de 13 dias. A maioria dos pacientes (75,5%) teve como destino a unidade de internação em sua saída da UTI. Segundo os valores obtidos do escore NAS (*Nursing Activities Score*) (média de 68,4), a carga de trabalho produzida pelos pacientes necessita de 11 profissionais de enfermagem por turno para supri-la. No que diz respeito ao escore APACHE II, teve um valor médio de 15,8 pontos. As licenças para tratamento de saúde (LTS) compuseram o maior percentual em dias (43,8%) relativos às ausências não previstas. A taxa de absenteísmo foi de 2,02% e 3,99% para enfermeiros e de 6,09% e 7,71% para auxiliares/técnicos de enfermagem, respectivamente, nos anos de 2012 e 2013. O dimensionamento de trabalhadores de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva, com a utilização de instrumentos que permitem identificar a carga de trabalho, configura-se como uma importante ferramenta aos gestores, possibilitando a tomada de decisões administrativas.

Palavras-chave: Carga de Trabalho, Absenteísmo, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem.



## ABSTRACT

OLIVEIRA, R. P. *Workload and absenteeism of nursing team in Intensive Therapy Unit*. 2015. 104p. Dissertation (Master's degree). School of Nursing of Ribeirao Preto of Sao Paulo University, 2015.

This is a descriptive and retrospective cross-sectional study with the aim to identify the workload and absenteeism rates of the nursing staff of the Intensive-Adult Care Unit (ICU) of a teaching hospital in the state of São Paulo. The study population was composed of two parts: the first for all patients who were hospitalized in the period from 01/01/2014 to 01/31/2014, totaling 53 patients, and the second part by management reports of worker health unit and monthly scales off, from 01/01/2012 to 01/31/2014. The studied sample was composed, predominantly, by male patients (54.7%) with a mean age of 58.8 years, underwent surgery (51.0%), coming from the Surgical Center (43.4% ) and mean residence time of 13 days at the unit. Most patients (75.5%) was sent to the inpatient unit after the departure from ICU. According to the NAS score values (Nursing Activities Score) (average 68.4), the workload produced by the patients require nursing staff of 11 people per turn to supply it. Talking about the APACHE II score, it had an average value of 15.8 points. Health treatment Licenses (HTL) represented the highest percentage in days (43.8%) related to unplanned absences. The absenteeism rate was 2.02% and 3,99% for nurses and 6,09% e 7,71% for nursing assistants/technicians respectly in the years 2012 and 2013. The sizing of the nursing staff in intensive care units, with the use of instruments which enable the workload, appears as an important tool for managers, enabling administrative decisions making.

**Keywords:** Workload, Absenteeism, Intensive Care Unit, Nursing.

## RESUMEN

OLIVEIRA, R. P. Carga de trabajo y ausentismo del equipo de enfermería en Unidad de Terapia Intensiva. 2015. 104p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2015.

Se trata de un estudio transversal descriptivo y retrospectivo con el objetivo de identificar la carga de trabajo y las tasas de ausentismo del equipo de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva Adulta (UTI) de un hospital de enseñanza en el interior del estado de Sao Paulo. La población de estudio fue compuesta por dos partes: la primera, por todos los pacientes que permanecieron internados, en el período de 01/01/2014 a 31/01/2014, totalizando 53 pacientes; la segunda, por los informes administrativos de la unidad de salud del trabajador y las escalas mensuales de descanso, del período de 01/01/2012 a 31/01/2014. La muestra estudiada estuvo compuesta, predominantemente, por pacientes del sexo masculino (54,7%), con edad promedio de 58,8 años, sometidos a tratamiento quirúrgico (51,0%), procedentes del Centro Quirúrgico (43,4%) y con tiempo promedio de permanencia en la unidad de 13 días; la mayoría de los pacientes (75,5%), tuvo como destino la unidad de internación después de salir de la UTI. Según los valores obtenidos de los puntajes NAS (Nursing Activities Score) (promedio de 68,4), la carga de trabajo producida por los pacientes necesita de 11 profesionales de enfermería por cada turno para suplirla. En lo que se refiere al puntaje APACHE II, éste tuvo un valor promedio de 15,8 puntos. Las licencias para tratamiento de salud (LTS) compusieron el mayor porcentaje en días (43,8%) relativos a ausencias no previstas. La tasa de ausentismo fue de 2,02% e 3,99% para enfermeros y de 6,09% e 7,71% para auxiliares/técnicos de enfermería, respectivamente, en los años 2012 y 2013. El dimensionamiento de trabajadores de enfermería en las Unidades de Terapia Intensiva, con la utilización de instrumentos que permiten identificar la carga de trabajo, se presenta como una importante herramienta para los administradores, posibilitando la toma de decisiones administrativas.

Palabras clave: Carga de Trabajo, Ausentismo, Unidad de Terapia Intensiva, Enfermería.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição dos números (n) e porcentagem (%) de acordo com dados demográficos, clínicos e de internação dos pacientes no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas-SP, 2015.....54
- Tabela 2** – Medidas descritivas da variável APACHE II dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital municipal do interior de São Paulo, de 01/01/2014 a 30/01/2014. Campinas-SP, 2015.....55
- Tabela 3** – Relação da pontuação APACHE II e a condição de saída dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital municipal do interior de São Paulo, de 01/01/2014 a 30/01/2014. Campinas-SP, 2015..... 55
- Tabela 4** – Distribuição do número de pacientes internados por leito e taxa de ocupação diária da UTI no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas/SP, 2015..... 56
- Tabela 5** – Distribuição do número de observações e pontuação média do NAS, por leito da UTI, no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas/SP, 2015.....57
- Tabela 6** – Distribuição dos valores globais diários do NAS e por paciente da UTI e respectivo tempo de assistência de enfermagem, em minutos e horas, no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas/SP, 2015 .....58
- Tabela 7** – Distribuição do número efetivo e número médio de profissionais de enfermagem na UTI por turno e por dia, segundo categoria profissional, no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas-SP, 2015..... 59
- Tabela 8** – Número de horas de assistência de enfermagem disponíveis, por turno e por dia, de acordo com o quantitativo de profissionais, em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital municipal do interior de São Paulo, de 01/01/2014 a 30/01/2014. Campinas-SP, 2015.....61
- Tabela 9** – Distribuição dos valores médios diários do NAS, quantitativo de profissionais de enfermagem necessários e existentes na UTI, no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas-SP, 2015.....63
- Tabela 10** – Quantitativo médio de pessoal de enfermagem da UTI, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Campinas-SP, 2015..... 64
- Tabela 11** – Distribuição das ausências não previstas por categoria profissional da Unidade de Terapia intensiva – Hospital municipal do interior de São Paulo, de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Campinas-SP, 2015..... 66
- Tabela 12** – Distribuição das ausências não previstas, em dias, por categoria profissional da Unidade de Terapia intensiva – Hospital municipal do interior de São Paulo, de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Campinas-SP, 2015 .....67
- Tabela 13** – Taxa de absenteísmo referente às ausências não previstas da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia intensiva – Hospital municipal do interior de São Paulo, de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Campinas-SP, 2015..... 68

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**APACHE**     *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

**COFEN**     Conselho Federal de Enfermagem

**HMMG**     Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

**NAS**        Nursing Activities Score

**SCP**        Sistema de Classificação de Pacientes

**SUS**        Sistema Único de Saúde

**UTI**        Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>42</b>
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>43</b>
4.1. Tipo do estudo.....	44
4.2. Local do estudo.....	44
4.3. População do estudo.....	46
4.4. Procedimentos e instrumentos de coleta de dados.....	46
4.5. Análise de dados.....	48
4.5.1. Avaliação dos quantitativos e horas diárias da equipe de enfermagem.....	48
4.5.2. Identificação do tempo médio de assistência de enfermagem despendido aos pacientes.....	48
4.5.3. Identificação do tempo médio de assistência requerido pelos pacientes.....	49
4.5.4. Cálculo do quantitativo diário de profissionais da equipe de enfermagem requerido pelos pacientes.....	49
4.5.5. Cálculo da taxa de absenteísmo por ausências não previstas.....	50
4.6. Aspectos éticos.....	50
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>52</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>80</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>101</b>

---

*Apresentação*

## APRESENTAÇÃO

A minha aproximação com a temática de dimensionamento de pessoal de enfermagem deu-se desde a graduação quando utilizei um instrumento de Sistema de Classificação de Pacientes Psiquiátricos ao realizar um trabalho de Iniciação Científica. Os fatores que poderiam influenciar a demanda de trabalho de enfermagem também foram foco de estudo, quando investiguei perfil de pacientes psiquiátricos e comorbidades associadas.

Ao ingressar no mercado de trabalho, como enfermeira assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva, as questões relacionadas ao dimensionamento de pessoal e seus fatores relacionados mantiveram mais fortes e com olhar crítico, uma vez que sou parte dos recursos humanos e enfrento os fatores associados, como carga de trabalho e absenteísmo.

Esta realidade foi determinante pela minha busca de um curso de Pós-graduação *Scrítu Sensu* no qual enxerguei a possibilidade em realizar uma investigação que permitisse a aplicação direta nas questões relativas à carga de trabalho e absenteísmo em uma Unidade de Terapia Intensiva.

---

## *1. Introdução*



# 1. INTRODUÇÃO

## CONTEXTUALIZANDO O TEMA

Muitos fatores e variáveis influenciam o bom desempenho do sistema de saúde, entre eles, os trabalhadores, que desempenham papel fundamental para a prestação dos serviços à população. Assim, cabem aos gestores, planejadores e profissionais envolvidos nas tomadas de decisões garantir que o número certo de pessoas, com as habilidades certas, estejam no lugar certo e na hora certa para prestar serviço e atender às necessidades de saúde da população a um custo acessível (DREESCH et al., 2005).

A gestão da força de trabalho em saúde representa um novo desafio aos gestores de diversos países, pois os trabalhadores da saúde são fundamentais para atingir as melhorias necessárias de desenvolvimento (DREESCH et al., 2005).

Para esses autores, o planejamento de trabalhadores na saúde é um processo complexo, pois envolve aspectos técnicos, políticos, necessidades da população e resultados de saúde. Assim, é preciso considerar não só os aspectos técnicos relacionados com o dimensionamento quantitativo, como as competências e a distribuição dos trabalhadores, mas, também, as implicações políticas, os valores e as escolhas que os gestores precisam fazer dentro das limitações dos recursos disponíveis.

Os trabalhadores de saúde afetam os resultados de saúde em um número insuficiente, devido aos escassos recursos financeiros, e a distribuição desigual de trabalhadores nos diferentes níveis de assistência constitui-se, para a gestão da força de trabalho, em um dos principais obstáculos (DREESCH et al., 2005).

As evidências têm mostrado que os recursos humanos direcionam a *performance* dos sistemas de saúde e, portanto, uma maneira de os países acelerarem seus ganhos em saúde poderá ser gerenciando mais estrategicamente sua força de trabalho (LAUS, 2014).

Depreende-se, portanto, que, em todos os níveis ao redor do mundo, os recursos humanos para a saúde têm sido definidos com um dos fatores-chave para

superar as iniquidades, melhorar o acesso à atenção à saúde, combater as doenças e prover uma atenção com qualidade. (OPS/OMS, 2012)

Frente a um cenário de transformações, os principais problemas das organizações de saúde têm sido a alocação inadequada de recursos, a ineficiência, os custos crescentes, para os quais a melhoria da produtividade tem sido apontada como única solução. Em razão da pressão exercida por esses fatores, bem como das responsabilidades inerentes à função, os gestores das instituições de saúde têm sido levados a se envolverem com as questões de recursos humanos, buscando alternativas que equacionem os conflitos, elevem a produtividade e reduzam desperdícios no processo de trabalho (MELLO, 2011).

Os recursos humanos são o insumo essencial dos sistemas de saúde e, em última instância, aqueles que determinam o que se produz e em que quantidade, incidindo diretamente nas condições de saúde da população. À medida que 52% do gasto total em saúde se destinam aos recursos humanos, incidem também de maneira direta na sustentabilidade econômica e financeira do sistema de saúde (LAUS, 2014).

A exigência por uma força de trabalho mais qualificada e em maior contingente se deu em razão da reestruturação do setor de saúde, com aumento da complexidade das ações médicas e das intervenções terapêuticas. Desta forma, a qualidade dos serviços passou a ser considerada como diretamente proporcional aos recursos humanos que os desenvolvem (MAGALHÃES et al., 2009; AIKEN et al., 2002).

No contexto da Enfermagem, documentos do International Council of Nursing (ICN) de 2007 apontam para uma crise global, caracterizada por carência de enfermeiros, em decorrência de vários e complexos fatores, dentre eles os ambientes de trabalho insalubres e de baixo clima organizacional. A falta de investimentos, associada à precariedade de políticas de RHS, condiciona a exposição a riscos ocupacionais, remuneração insuficiente, qualidade de vida desfavorável e carga de trabalho excessiva, resultando na deterioração das condições de trabalho em muitos países, com impacto negativo no recrutamento e na retenção de profissionais, na produtividade e no desempenho dos serviços de saúde e, em última análise, nos resultados dos pacientes. (LAUS, 2014)

Nesta direção, Fugulin (2010) comenta que, no cenário hospitalar, por representar papel fundamental no processo assistencial e ainda se constituir no

número mais representativo do quadro de pessoal das instituições, a enfermagem sofre grande impacto.

Bordin (2008) aponta que publicações no Brasil e nos Estados Unidos referem que, dependendo da instituição, os profissionais de enfermagem representam mais da metade da força de trabalho de um hospital e a remuneração dos recursos humanos, incluindo seus benefícios, representa 60% das despesas nos hospitais.

Um quadro de profissionais de enfermagem adequado, em termos quantitativos e qualitativos, pode ser considerado um indicador de qualidade dos serviços de saúde, uma vez que tal recurso exercerá influência direta nos indicadores clínico-assistenciais relacionados aos cuidados de enfermagem como taxas de infecção, quedas, erros de medicação, entre outros (NONINO, 2006).

Depreende-se que uma assistência de enfermagem, desenvolvida por meio de inúmeros processos técnico-assistenciais fundamentados em conhecimento, competência e habilidades específicas, somente ocorrerá se existirem recursos humanos em termos qualitativos e quantitativos compatíveis à sua execução (LAUS, 2004).

De acordo com o enfoque assistencial voltado aos problemas no âmbito individual, pressupõe-se que as unidades de cuidados devam ser adequadas às necessidades da clientela atendida. Assim, devem ser providas adequadamente, em sua estrutura física, de recursos humanos e de recursos materiais, constituindo-se em suporte para a implantação de uma assistência efetiva ao paciente hospitalizado (TRANQUITELLI e CIAMPONE, 2007).

O pessoal de enfermagem em quantidade adequada é essencial para promover a qualidade do cuidado do paciente, a satisfação do trabalho, a diminuição do estresse da equipe, resultando em menor rotatividade nas instituições de saúde (O'BRIEN-PALLAS et al., 2010).

A Enfermagem representa, em termos quantitativos, parcela significativa dos recursos humanos alocados nas instituições de saúde, principalmente nas hospitalares, incidindo de maneira relevante nos custos globais da organização (ANSELMINI, 2000). Entretanto, essa dualidade existente entre o real e o necessário, no que tange ao quadro de profissionais, intensifica a necessidade de os enfermeiros se instrumentalizarem para melhor gerenciar tais recursos, além de subsidiar negociações com as instituições de saúde.

Verifica-se que as questões relacionadas ao processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem assumem um caráter relevante e estão sendo investigadas no sentido de produzir evidências técnicas e científicas que promovam a conscientização do significado de um quadro de pessoal que atenda, além das necessidades dos pacientes e das instituições de saúde, a segurança dos pacientes e dos profissionais da equipe de enfermagem (GARCIA, 2011).

---

## *2. Revisão de Literatura*

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **Dimensionamento de Recursos Humanos de Enfermagem**

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é definido como um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem necessários para prover os cuidados de enfermagem que garantam a qualidade, previamente estabelecida, a um grupo de pacientes, de acordo com a filosofia e a estrutura da organização, bem como com a singularidade de cada serviço (GAIDZINSKI, FUGULIN e CASTILHO, 2005).

A metodologia de dimensionamento é um instrumento valioso para o alcance de parâmetros mínimos para suprir as necessidades dos pacientes, com vistas à melhoria da qualidade da assistência e satisfação da equipe nas atividades diárias (NICOLA e ANSELMINI, 2005). Dessa forma, a avaliação de tal demanda de trabalho, bem como dos fatores associados a ela, tem se mostrado indispensável como recurso de gestão dessas unidades, visto que uma equipe superdimensionada implica alto custo. Por outro lado, sabe-se que uma equipe reduzida tende a determinar uma queda na eficiência da assistência, prolongando a internação, aumentando a mortalidade/morbidade e gerando um maior custo no tratamento dos pacientes (GAIDZINSKI, 1998).

Dessa forma, a avaliação de tal demanda de trabalho, bem como dos fatores associados a ela, tem se mostrado indispensável como recurso de gestão das unidades, visto que uma equipe superdimensionada implica em alto custo. Por outro lado, sabe-se que uma equipe reduzida tende a determinar uma queda na eficiência da assistência, prolongando a internação, aumentando a mortalidade/morbidade e gerando um maior custo no tratamento dos pacientes (GAIDZINSKI, 1998).

Nesse sentido, investigação conduzida por Aiken e colaboradores (2002), por meio de análises transversais de dados ligados a 10.184 enfermeiras e 232.342 pacientes, estudados em unidades de cirurgia geral, ortopedia e cirurgia vascular que receberam alta hospitalar em 168 hospitais gerais de adulto na Pensilvânia,

mostrou que, a cada paciente adicional por enfermeira, foi associado um aumento de 7% na probabilidade de morte dentro de 30 dias de internação e aumento de 7% na probabilidade de falha de atendimento. No que se refere à enfermagem e ao hospital, cada paciente adicional por enfermeira foi associado com o aumento de 23% na probabilidade de burnout e de aumento de 15% na probabilidade de insatisfação no trabalho. Os hospitais com altos índices de pacientes por enfermeiro identificaram que esses profissionais são mais propensos ao cansaço e à insatisfação no trabalho.

No Brasil, o método de dimensionamento de pessoal de enfermagem de Gaidzinski (1998) tem subsidiado a realização dessa atividade, instrumentalizando os enfermeiros para a previsão, avaliação e adequação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem nas organizações de saúde. Para a operacionalização desse método, é necessária a identificação das seguintes variáveis: carga de trabalho da unidade, índice de segurança técnica e tempo efetivo de trabalho (GAIDZINSKI, 1998).

A investigação e a análise destas variáveis e também das características do ambiente de trabalho e das habilidades técnico-assistenciais do pessoal de enfermagem compõem a provisão para um cuidado livre de danos (BAUMANN, 2007).

O' Brien-Pallas et al. (2001), em um estudo de revisão sobre métodos desenvolvidos com o objetivo de prever as necessidades de recursos humanos de enfermagem, apontam que o planejamento deve ser intermitente e que precisa ser considerada uma série de variáveis que influenciam a demanda por cuidados de enfermagem.

Para Gaidzinski (1998), a previsão do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem é um processo que depende do conhecimento da carga de trabalho existente nas unidades e requer a aplicação de um método capaz de sistematizar o inter-relacionamento e a mensuração das variáveis que interferem na sua determinação. Para a autora, a identificação e a análise das variáveis envolvidas nesse método torna-o instrumento auxiliar no planejamento e na avaliação do serviço de enfermagem.

Publicação do *International Council of Nurses* (2012) a respeito de cuidados de enfermagem na segurança do paciente declara que a adoção de tal política requer uma ampla gama de ações que incluem o recrutamento, a formação e a retenção de

profissionais de enfermagem, que se constituem na infra-estrutura para apoiar tais medidas. Relata ainda a preocupação da entidade com a séria ameaça que vem se tornando a escassez de enfermagem mundial, em razão da má distribuição e da falta de recursos adequados necessários ao ambiente de cuidados. Afirma, ainda, que é responsabilidade dos profissionais de enfermagem pressionar por quantitativo adequado da sua equipe, com qualificação apropriada e recursos suficientes para prover cuidados seguros (LAUS, 2014).

Há de se ressaltar que diversos autores como Fugulin, Gaidzinski e Castilho (2010) apontam que, na operacionalização dos métodos de dimensionamento, a maior dificuldade se refere à determinação do tempo médio de assistência de enfermagem e, diante das dificuldades instrumentais e operacionais envolvidas nesta etapa, recomendam a utilização dos valores indicados na literatura, mas aplicados e validados na realidade de cada serviço.

Nesse aspecto, do ponto de vista de regulamentação oficial no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem, em 1996, publicou a Resolução nº 189/96, que estabeleceu os parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem em instituições de saúde. Essa Resolução objetivou estabelecer parâmetros para o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem, recomendando que o dimensionamento do quadro de profissionais fundamente-se nas características relativas à instituição, ao serviço de enfermagem e à clientela. Essa Resolução foi revogada e substituída pela Resolução Cofen nº 293/04, que indicou novos parâmetros a serem adotados. (BRASIL, 1996, 2004).

Entretanto, evidências reforçam a necessidade de incluir medidas de carga de trabalho e do ambiente de trabalho em estudos sobre a relação do quadro de enfermeiros e os resultados dos pacientes em unidades de enfermagem hospitalar. Estudo mostrou que, onde a carga horária foi aumentada pela rotatividade, e os enfermeiros sofreram abuso emocional, o cuidado deteriorou-se. Ao contrário disso, onde enfermeiros sentiram uma sensação de autonomia ou controle sobre sua própria prática e uma adequação do número de trabalhadores, eles foram capazes de serem produtivos dentro dos limites de pessoal da unidade e dos diferentes tipos de profissionais da unidade (DUFFIELD et al., 2011).

Dessa forma, torna-se necessário determinar a carga de trabalho de enfermagem em diferentes unidades de assistência, para se dispor de um justo e



eficaz dimensionamento de profissionais de enfermagem, uma vez que tem sido um desafio planejar um quadro de pessoal compatível com as demandas requeridas de cuidados pelos pacientes atendidos.

## **CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM**

O conceito sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem amplia-se com a inclusão da avaliação da carga de trabalho e compreende-se que um processo sistemático de planejamento e a avaliação do pessoal de enfermagem possibilitam uma análise da singularidade de cada serviço de saúde, para garantir a segurança dos pacientes e também dos trabalhadores (FUGULIN, GAIDZINSKI e CASTILHO, 2012).

Identificar e avaliar a carga de trabalho de enfermagem em diferentes contextos de assistência à saúde têm se mostrado um elemento importante para a enfermagem, para não se incorrer em um superdimensionamento em razão do alto custo e nem comprometer a eficácia/qualidade da assistência, acarretando um tempo de hospitalização maior do paciente e tornando maiores os riscos de eventos adversos, impactando diretamente nos custos da instituição por um número reduzido de profissionais (AIKEN, 2001; QUEIJO, 2002; CUCOLO e PERROCA, 2010; DUFFIELD et al.; 2011).

Carayon e Gurses (2008) afirmam que os enfermeiros estão enfrentando cargas de trabalho mais elevadas do que nunca, principalmente em razão do aumento da demanda por estes profissionais, carência destes profissionais no mercado de trabalho e necessidade de aumento de horas extras pela redução de pessoal.

Para Carayon e Alvarado (2007), uma elevada carga de trabalho de enfermagem pode afetar de diversas maneiras a qualidade do cuidado, pois diminui o tempo que as enfermeiras poderiam se dedicar a determinadas tarefas, na comunicação com o médico e na tomada rápida de decisão, comprometendo, assim, a segurança do paciente.

Esses autores comentam, ainda, que o tipo de unidade e a especialidade são responsáveis, parcialmente, pela carga de trabalho dos enfermeiros, pois diferentes

situações e diferentes pacientes encontrados no ambiente de cuidados determinam mudanças no nível de exigências e, conseqüentemente, na carga de trabalho dos profissionais. Esses autores ainda enfatizam que, embora o nível e a quantidade de profissionais de enfermagem, bem como as condições dos pacientes, afetem sensivelmente esta variável, o processo de trabalho da enfermagem precisa também ser considerado, buscando-se alternativas para reduzir ou equilibrar o impacto nos profissionais e na assistência ao paciente.

Entende-se como carga de trabalho de enfermagem o produto da quantidade média de pacientes assistidos, segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem, pelo tempo médio de assistência utilizada, por paciente, de acordo com o grau de dependência. Portanto, torna-se necessário, para esta identificação, conhecer o grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem, por meio da adoção de um sistema de classificação dos pacientes. (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2012).

O conceito de Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) enquanto instrumento para estimar as necessidades diárias dos pacientes em relação à assistência de enfermagem surgiu a partir de 1960. O SCP é definido como um sistema que permite a identificação e classificação de pacientes em grupos de cuidados, ou categorias, e a quantificação dessas categorias como medida dos esforços de enfermagem requeridos (FUGULIN, GAIDZINSKI e KURCGANT, 2005).

Perroca (2000) argumenta que o objetivo primordial de um SCP consiste em combinar as necessidades do paciente com os recursos de enfermagem disponíveis, tornando-se fácil, a partir daí, realizar uma estimativa do volume de trabalho do pessoal de enfermagem de cada unidade, possibilitando projeções mais racionais e efetivas do quadro de pessoal necessário.

Portanto, sob o ponto de vista da enfermagem, o SCP ideal é aquele que utiliza instrumentos que permitam resultado seguro para a avaliação dos pacientes e da unidade. Entre esses recursos, destacam-se os desenvolvidos para identificar a gravidade dos doentes, avaliar a carga de trabalho de enfermagem, quantificar as necessidades de cuidados dos pacientes e estimar a real necessidade de profissionais de enfermagem por paciente (MALLOCH e CANOVALOFF, 1999).

FUGULIN, GAIDZINSKI e KURCGANT (2005) apontam que a introdução do SCP na prática gerencial dos enfermeiros contribui para o aperfeiçoamento dos modelos utilizados para a determinação da carga de trabalho de enfermagem, uma

vez que evidencia a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias de cuidados.

Assim, o tempo médio de assistência de enfermagem, segundo o tipo de cuidado, constitui uma medida objetiva para avaliação e monitorização do quantitativo e qualitativo dos profissionais de enfermagem nas instituições, uma vez que possibilita avaliar as condições de recursos humanos existentes ante a qualidade e a segurança da assistência de enfermagem oferecida (GARCIA, 2011).

A Resolução n° 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, que estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde, referenda Sistema de Classificação de Pacientes de FUGULIN et al. (1994) e, para efeito de cálculo, considera, para cada tipo de cliente, as horas de assistência de Enfermagem por leito, nas 24 horas (BRASIL, 2004).

A seleção de uma ferramenta adequada para medir a carga de trabalho de enfermagem configura-se um desafio, uma vez que é essencial não considerar apenas as características do paciente, mas também as vantagens e limitações desses instrumentos, inclusive levando em consideração as expectativas e as necessidades das pessoas que trabalham na unidade (PADILHA et al, 2010).

## **CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Ambientes com maior demanda de cuidados aos pacientes têm sido apontados como aqueles em que se justifica a adoção de estratégias de monitoramento da carga de trabalho de enfermagem. Dentre estas unidades, merecem destaque as unidades de atendimento a pacientes críticos.

Inseridas nas estruturas hospitalares, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) caracterizam-se por unidades assistenciais com alta densidade tecnológica, tanto de equipamentos quanto de recursos humanos. Seu objetivo de trabalho é a recuperação das condições agudas ou das condições crônicas agudizadas de pacientes com potencial risco de óbito. Assim, o perfil e os fatores determinantes das condições agudas e crônicas de saúde propiciam, cada vez mais, a

necessidade de se utilizarem leitos de UTI com vistas ao restabelecimento da saúde dos pacientes.

Rhodes e Moreno (2012) analisam que muitos países têm descrito a lacuna crescente entre a oferta e a procura por leitos de terapia intensiva e a consequente capacidade dos países de fornecerem cuidado intensivo adequado, diferença essa impulsionada, principalmente, pelo crescente tamanho populacional, reconhecimento de ampliação da expectativa de vida e pela proliferação das chamadas “doenças da civilização”, como diabetes, doenças coronárias, acidente vascular cerebral e obesidade.

No Brasil, dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) revelam que 7,3% dos leitos hospitalares públicos e privados são de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Ministério da Saúde, ao considerar a importância da assistência das unidades de tratamento intensivo, assim como a necessidade de se estabelecerem critérios de classificação destas unidades de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização dos recursos humanos e área física disponível, publicou a Portaria nº 3.432/1998, a qual dispõe que todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve possuir, no mínimo, 6% da capacidade instalada em leitos de tratamento intensivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

As UTIs são unidades de alto custo, visto que requerem a utilização de equipamentos de alta tecnologia, espaço físico diferenciado e pessoal altamente qualificado (SOUZA et al., 2009). Elas constituem setores críticos do hospital destinados aos pacientes graves que necessitam de vigilância contínua e suporte terapêutico especializado (BALSANELLI; ZANEI; WHITAKER, 2006).

Para garantir a qualidade do cuidado de enfermagem em UTI, é necessário ater-se à quantificação dos trabalhadores para o desenvolvimento das atividades. Nesse sentido, o número adequado de profissionais da equipe é premissa indispensável para o cuidado de qualidade e faz parte da estrutura do serviço que contribui para a obtenção ou manutenção de condições favoráveis no ambiente de trabalho. Afinal, a adequação quantitativa de profissionais de enfermagem pode possibilitar menor incidência de agravos à saúde dos trabalhadores devido à redução da sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, menores riscos à saúde da clientela (INOUE e MATSUDA, 2009). Um dos desafios dos gestores dessas

unidades é adequar os recursos humanos de enfermagem às demandas de cuidados exigidas pelos pacientes graves (SOUZA et al., 2009).

Especificamente para estas unidades de atendimento, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a Resolução Diretiva Colegiada – RDC nº 7/2010 –, que estabelece, dentre outros itens, que os pacientes internados nas UTI(s) devem ser avaliados por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem recomendado por literatura científica especializada. O enfermeiro coordenador da UTI deve correlacionar as necessidades de cuidados de enfermagem com o quantitativo de pessoal disponível, de acordo com um instrumento de medida utilizado. Nesta mesma resolução, é definido que médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI (BRASIL, 2010).

Sob esse ponto de vista, acredita-se que os instrumentos que mensuram a carga de trabalho de enfermagem em UTI sejam úteis para quantificar o número de profissionais de enfermagem necessários, conforme a demanda da unidade (DUCCI, ZANEI e WHITAKER, 2008).

Na literatura internacional, a existência de instrumentos voltados à medida de carga de trabalho de enfermagem não é recente (RIDLEY, 1996). A partir da década de 1970, vários sistemas de graduação foram desenvolvidos com este objetivo e, embora utilizando critérios diferentes (fisiológicos, clínicos, terapêuticos), todos trouxeram contribuição significativa à avaliação dos pacientes (GULLO, 1996).

Caracterizar a carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com vistas a obter um quantitativo de pessoal que assegure qualidade e adequada relação custo-benefício da assistência intensiva é busca antiga que acompanha o próprio desenvolvimento histórico dessas unidades (BLOOM, 1992; DRAGSTEED, 1992).

Nesta direção, a necessidade de se avaliar objetivamente quem são os pacientes graves que requerem tratamento intensivo tem tornado a utilização de instrumentos de medida de gravidade prática indispensável nas UTIs (GONÇALVES et al., 2006).

Neste contexto, o emprego de indicadores que avaliem objetivamente a condição clínica do paciente tornou-se instrumento fundamental para a prática de enfermagem (QUEIJO, 2002).

Os índices de gravidade em UTI têm como objetivo primordial a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica de pacientes gravemente enfermos. A gravidade de uma doença em um paciente é traduzida em valor numérico a partir de alterações clínicas e laboratoriais existentes ou do tipo/número de procedimentos utilizados (KNOBEL, 1998).

Muitos índices foram propostos para descrever o trabalho da enfermagem, seja de forma direta ou indireta, aferido a partir da gravidade e complexidade do tratamento do paciente. Entretanto, partindo desta mesma lógica, a questão que surge é qual desses índices permite avaliar com melhor exatidão o correto uso dos recursos na UTI (GUCCIONE, 2004).

Considerando que o número de procedimentos utilizados para monitoração do tratamento do paciente crítico é elevado, os custos hospitalares das UTIs ganham destaque. Assim, os índices utilizados para estratificar os pacientes, segundo gravidade e probabilidade de morte, tornaram-se imprescindíveis, pois avaliam objetivamente os resultados e investimentos (QUEIJO, 2008).

A partir da década de 1970, vários sistemas de graduação foram desenvolvidos e, embora, utilizando critérios diferentes, quer fisiológicos, clínicos ou terapêuticos específicos, todos trouxeram contribuição significativa à avaliação dos pacientes (QUEIJO, 2002).

Dentre estes vários índices de gravidade disponíveis e reconhecidos internacionalmente, os sistemas *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE), *Simplified Acute Physiology Score* (Saps) e *Mortality Probability Models* (MPM) têm sido os mais difundidos nas UTIs (QUEIJO, 2011).

O índice APACHE, amplamente utilizado nas unidades de terapia intensiva, destina-se a avaliar condições genéricas que classificam os pacientes de acordo com o desvio em variáveis fisiológicas mensuradas, apontando risco para mortalidade. Enfim, este score tem como objetivo principal a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica de pacientes gravemente enfermos, gravidade que é traduzida em valor numérico a partir das alterações clínicas e laboratoriais existentes ou do tipo/número de procedimentos utilizados (KNAUS, 1982).

As variáveis fisiológicas são as seguintes: temperatura retal, pressão arterial média ou pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, oxigenação por meio de valores gasométricos, pH arterial, sódio, potássio e creatinina séricas, hematócrito e glóbulos brancos e a escala de coma de Glasgow. Além disso, consideram-se a idade cronológica e a presença de doença crônica (DIAS, 2006).

Vale ressaltar que a grande maioria dos índices de gravidade tem seu foco de atenção voltado às condições clínicas dos pacientes e à terapêutica médica empregada. Porém, no que se refere à enfermagem, é questionável se, quanto mais grave for o paciente e quanto maior o número de intervenções terapêuticas empregadas, necessariamente, maior será a carga de trabalho do pessoal de enfermagem (TRANQUITELLI e PADILHA, 2007).

Questionamentos dessa natureza, ao longo das últimas décadas, têm incentivado os enfermeiros a investirem na busca de indicadores voltados especificamente à avaliação das necessidades de cuidados dos pacientes críticos.

Em virtude disso, índices que mensuram carga de trabalho de enfermagem em UTI têm sido cada vez mais utilizados pelas enfermeiras, com a finalidade de se verificar a demanda de cuidados requerida pelos pacientes para dimensionar o quantitativo de pessoal conforme as necessidades (DUCCI, ZANEI e WHITAKER, 2008)

Nessa direção, um instrumento que vem se destacando, por possibilitar identificar e avaliar o tempo de assistência de enfermagem de acordo com as necessidades requeridas pelos pacientes internados, é o *Nursing Activities Score* (NAS). Esse instrumento foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Queijo (2002) e se apresenta como uma valiosa ferramenta para mensurar a carga de trabalho em UTIs, constituindo-se num instrumento que reflete diretamente a porcentagem do tempo de pessoal de enfermagem para prover os cuidados a pacientes críticos e sua *performance* deve ser testada em diferentes cenários de UTIs (PADILHA et al., 2010).

O NAS surge como um instrumento mais abrangente no sentido de medir a real carga de trabalho da enfermagem na UTI (NOGUEIRA, 2007), uma vez que a pontuação média descreve o consumo do tempo, e não a severidade da doença (MIRANDA, 2003).

Esse instrumento mede o tempo consumido pelas atividades de enfermagem no cuidado do paciente e seu escore total, obtido pela pontuação de cada item do instrumento, traduz a quantidade de tempo utilizada na assistência ao paciente, nas 24 horas, podendo alcançar o valor máximo de 176,8%. Dessa forma, um escore de 100% indica a necessidade de um enfermeiro (ou profissional de enfermagem) por plantão, para assistir o paciente (GARCIA, 2011).

O NAS divide-se em sete grandes categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas, apresentando um total de 23 itens, cujos pesos variam de um mínimo de 1,2 a um máximo de 32,0 (MIRANDA, 2003).

Há indicação de que o instrumento seja aplicado em 24 horas, em vez de por turnos, a fim de se obter o número efetivo de profissionais (CONISHI e GAIDZINSKI, 2007).

Embora o NAS seja o instrumento de escolha para mensuração da carga de trabalho realizada por vários estudos no Brasil (DIAS, 2006; GONÇALVES et al., 2006; CONISHI, 2007; DUCCI, 2007; SOUZA et al., 2009; INOUE e MATSUDA, 2010; PADILHA et al., 2010; SILVA, SOUZA e PADILHA, 2011; COELHO et al., 2011; INOUE, KURODA e MATSUDA, 2011; GARCIA, 2011; PANUNTO e GUIRARDELLO, 2012; PAGLIARINI, 2012; GOUVEA, 2012), a Resolução Cofen nº293/2004 constitui-se referência legal e oficial para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem de instituições hospitalares.

Do ponto de vista da regulamentação oficial no Brasil, no que se refere ao quantitativo necessário de pessoal de enfermagem para as UTIs, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) publicou a Resolução 293/2004, que preconiza um total de 17,9 horas na assistência intensiva, sendo 52% dessas horas oferecidas pelo enfermeiro e 48% pelos técnicos de enfermagem.

Com esse mesmo objetivo, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2010, publicou a Resolução RDC nº 7, que estabelece, dentre os requisitos mínimos para o funcionamento de UTIs, um quantitativo de pessoal de um enfermeiro para cada 8 leitos em cada turno e um técnico de enfermagem para cada 2 leitos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010). Tal Resolução foi substituída pela RDC 26, em 11 de maio de 2012, que preconiza um enfermeiro para cada 10 leitos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2012). Transformando essa relação em horas de



assistência, obtêm-se 2,4 horas de assistência do enfermeiro e 12 horas dos técnicos de enfermagem, ou seja, para cada paciente internado na UTI, devem ser fornecidas 14,4 horas de assistência de enfermagem por dia, sendo a distribuição desse tempo correspondente a 17% de assistência oferecida pelo enfermeiro e 83% pelo técnico de enfermagem.

Nesta perspectiva, Fugulin et al. (2012) avaliaram a aplicação dos parâmetros da Resolução em seis hospitais da cidade de São Paulo e verificaram que a proporção de horas atribuídas aos enfermeiros é inferior às atribuídas aos técnicos e auxiliares de enfermagem, distante do que é preconizado pelo Cofen. Por outro lado, observaram que os tempos médios de assistência preconizados pelo Cofen são adequados e, portanto, importante referencial para o dimensionamento do quantitativo mínimo de profissionais de Enfermagem nas UTIs Adulto.

Essas resoluções são úteis como parâmetros mínimos para nortear o dimensionamento de pessoal de enfermagem; entretanto, há a necessidade de que seja considerada a complexidade do paciente e as peculiaridades dos cuidados que envolvem a assistência a essa clientela em uma unidade de terapia intensiva.

Uma realidade nas instituições hospitalares está na demora em admitir os pacientes nas UTIs e comumente está acompanhada pelo atraso das intervenções que previnem a deterioração do quadro clínico e melhoram o prognóstico do paciente. Assim, a maior carga de trabalho de enfermagem requerida por esses pacientes pode estar relacionada à demanda reprimida de cuidados (NOGUEIRA et al., 2013).

Além de oferecer riscos, prolongar a internação e elevar os custos de tratamento dos pacientes, a inadequação numérica e/ou qualitativa de pessoal de enfermagem pode, ainda, ocasionar sobrecarga de trabalho aos integrantes da equipe, comprometendo a saúde e a qualidade de vida de seus profissionais (FUGULIN e GAIDZINSKI, 2011)

Souza et al. (2009), por meio de pesquisa que comparou a carga de trabalho de enfermagem requerida por pacientes adultos, idosos e muito idosos em UTI, concluíram que a idade foi uma variável independente em relação à carga de trabalho.

Estudos brasileiros procuram demonstrar fatores que possam ser associados e/ou correlacionados ao aumento da carga de trabalho. Alguns fatores encontrados são: tempo de permanência na unidade (GONÇALVES e PADILHA, 2007),

tratamento cirúrgico (INOUE et al., 2011), índice de disfunção orgânica/risco de mortalidade Lods, índice de gravidade/risco de mortalidade Saps II, tempo de internação em UTI (COELHO et al., 2011), leitos localizados fora dos postos de enfermagem, destinados a qualquer tipo de isolamento (PANUNTO e GUIRARDELLO, 2012).

Investigação realizada com 600 pacientes adultos internados em UTIs gerais, distribuídos na mesma proporção em quatro hospitais do município de São Paulo, mostrou, por meio de regressão múltipla, que os pacientes com maior tempo de internação, NAS, Saps II e Loas mais elevados, no último dia de internação, tiveram mais chance de morrer. Por outro lado, as pontuações mais altas do NAS e Loas, na admissão, foram fatores protetores para óbito na unidade (SILVA et al., 2011).

Garcia (2011) desenvolveu análise do tempo utilizado pela equipe de enfermagem para assistir os pacientes internados na UTI de um hospital universitário da cidade de São Paulo e também verificou a correlação desta variável com os indicadores de qualidade assistencial. Neste estudo, a diferença entre as horas de cuidado dispensadas pela equipe de enfermagem e aquelas requeridas pelos pacientes sugeriu sobrecarga de trabalho aos profissionais. Quanto aos indicadores de assistência, a incidência de extubação não programada diminuiu à medida que aumenta o tempo de assistência de enfermagem dispensado por enfermeiros.

É possível dizer que os instrumentos de medida de carga de trabalho de enfermagem são ferramentas indispensáveis de gestão. Sua aplicação e seus resultados, analisados à luz das características dos pacientes e das unidades, são elementos capazes de fortalecer os enfermeiros gerenciais nos processos de negociação dos recursos humanos de enfermagem, favorecendo pacientes, profissionais e instituição (PADILHA et al., 2011).

Conhecer o comportamento dessa variável como integrante do processo de dimensionamento de pessoal constitui-se numa prerrogativa indispensável do processo gerencial, uma vez que a avaliação das condições de trabalho de uma unidade possibilita o planejamento da equipe necessária a uma assistência qualificada.

## ABSENTEÍSMO NA ENFERMAGEM

Dentre as razões variadas e complexas, citadas para a crise global que afeta a força de trabalho em enfermagem, caracterizada pela intensa queda do número de enfermeiros em muitos países, estão as condições de trabalho, evidenciadas como o ponto-chave. Condições de trabalho inadequadas afetam física e psicologicamente a saúde dos trabalhadores, em virtude de altas cargas de trabalho, jornadas longas, baixo *status* profissional, dificuldade de relacionamento interpessoal, problemas na execução de seus papéis profissionais e uma variedade de riscos ocupacionais (BAUMANN, 2007).

As relações entre absenteísmo e condições de trabalho são reforçadas em vários estudos, particularmente no cenário hospitalar. Estas têm sido descritas como rodízio constante de horário, longas jornadas de trabalho, horas extras, turnos desgastantes, multiplicidade de funções, ritmo excessivo de trabalho e sobrecarga de trabalho.

Depreende-se, assim, que condições de saúde, condições de vida e trabalho e número insuficiente de trabalhadores podem ser algumas das causas que levam ao absenteísmo dos profissionais. O inadequado número gera impacto na saúde dos trabalhadores em decorrência do aumento na carga de trabalho, podendo contribuir para o desencadeamento de adoecimento dos profissionais (MAGNAGO et al., 2007).

Sancinetti (2009) argumenta que os conceitos e as abordagens referentes ao absenteísmo são condicionados pela valorização de diferentes aspectos do fenômeno, razão pela qual existem diversas definições.

Chiavenato (2004) define absenteísmo como a frequência ou duração do tempo de trabalho perdido quando os profissionais não comparecem ao trabalho. Corresponde às ausências quando se esperava que estivessem presentes no trabalho e constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, por faltas, atrasos ou outros motivos.

Gaidzinski (1998) considera que o absenteísmo se caracteriza pelas ausências não previstas, por não serem previsíveis, como as faltas abonadas, justificadas, injustificadas, licença-médica, maternidade, paternidade, acidentes de trabalho ou outras licenças amparadas por lei e/ou de direito do trabalhador. Entretanto, ressalta

que o absenteísmo se comporta como uma variável aleatória no processo de dimensionamento do pessoal de enfermagem, pois pode ocorrer em qualquer dia do ano. Para uma avaliação das condições de cada unidade, faz-se necessário identificar o quantitativo de ausências por trabalhador, por meio de registros da instituição durante o período de um ou mais anos.

Sancinetti (2009) descreve que diversas pesquisas realizadas em diferentes realidades institucionais brasileiras apontaram que as ausências decorrentes de folgas e férias representam o maior percentual necessário na cobertura de pessoal. Tais achados demonstram que, contrariamente ao que os enfermeiros argumentam, não são as ausências não previstas, ou seja, o absenteísmo, aquelas que impactam significativamente no cotidiano das unidades de saúde, embora se deva reconhecer que essas desestruturam a dinâmica dos serviços, causando sobrecarga de trabalho e gerando conflitos de equipe e insatisfação.

Entretanto, Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2003) afirmam que a determinação de um índice para a cobertura das ausências dos trabalhadores ao serviço tem sido um aspecto extremamente complexo para ser atribuído aos métodos de dimensionamento de pessoal, merecendo atenção especial na área de enfermagem pelas implicações que a redução da equipe de enfermagem acarreta na quantidade e na qualidade da assistência prestada ao paciente, especialmente nas unidades que funcionam ininterruptamente.

O dimensionamento quantitativo busca a garantia numérica do número de profissionais suficientes para atender às necessidades dos pacientes, mas, ao se considerarem as características qualitativas destes profissionais, tem-se também que a presença/ausência do trabalhador é um fator assistencial.

Ao mesmo tempo em que enfermeiros são desafiados a fornecerem padrões elevados de cuidado, também estão estressados por causa de altas cargas de trabalho, conflitos nas relações interpessoais, tarefas inapropriadas, habilidades e conhecimentos insuficientes, gerenciamento ineficiente e condições de trabalho impróprias. Portanto, melhores condições para o trabalho não afetam apenas os enfermeiros, mas, também, os que os rodeiam, obtendo-se melhores resultados aos pacientes (BAUMANN, 2007).

Outra questão que tem sido debatida refere-se ao processo de trabalho dos trabalhadores de enfermagem, pois, dependendo da forma como o mesmo se

encontra estruturado, acarreta inúmeras conseqüências, como os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho (SANCINETTI et al., 2009).

As taxas de absenteísmo podem variar de uma realidade hospitalar para outra e seu conhecimento contribui para adequar o dimensionamento do pessoal de enfermagem, não só para manter a qualidade e a segurança na assistência prestada como, também, para proporcionar a satisfação do profissional no trabalho.

Taxas de absenteísmo elevadas provocam desequilíbrio no quantitativo de pessoal, uma vez que podem aumentar a carga de trabalho, gerando desgaste nos trabalhadores que estão em atividade, e, conseqüentemente, ampliar o número de afastamentos, com prejuízos significativos à clientela atendida (PARRA e MELLO, 2004; LAUS e ANSELMINI, 2008; ABREU e SIMÕES, 2009).

CARNEIRO e FAGUNDES (2012) também alertam para os problemas decorrentes do absenteísmo para as organizações, como elevação dos custos, queda na qualidade da assistência de enfermagem, sobrecarga de trabalho e insatisfação dos trabalhadores assíduos.

O conhecimento do comportamento dos trabalhadores quanto a essa variável e o estabelecimento de índices compatíveis com cada realidade determinam a quantidade de trabalhadores que devem ser acrescentados ao número total de funcionários de uma dada categoria profissional para cobertura dessas ausências, bem como as medidas necessárias para conter os índices encontrados (FUGULIN, GAIDZINSKI e KURCGANT, 2003).

O conhecimento do absenteísmo numa dada realidade pode ser entendido como um instrumento de apoio aos gerentes de enfermagem tanto na adoção de estratégias de avaliação do quantitativo dos trabalhadores da instituição como no planejamento destes recursos, objetivando a qualificação do processo do cuidado de enfermagem (LAUS e ANSELMINI, 2008).

No contexto das unidades hospitalares, merece, então, destaque o ambiente das Unidades de Terapia Intensiva, que, segundo apontam Inoue et al. (2008), são ambientes ainda mais delicados. Pelo próprio conceito, as UTIs nasceram da “necessidade de aperfeiçoamento e de recursos para atendimento a pacientes críticos”.

A UTI é, portanto, um ambiente onde o atendimento médico e o de enfermagem são ininterruptos e especializados; dispõe de infraestrutura especializada e recursos humanos altamente treinados, sendo considerada uma

das mais complexas atividades do sistema de saúde. Para os trabalhadores desse tipo de unidade, a exposição a condições insalubres é ainda mais alta, além da maior expectativa de produtividade com qualidade, o que, muitas vezes, pode favorecer o absenteísmo (CARNEIRO e FAGUNDES, 2012; CASTRO, BERNARDINO e RIBEIRO, 2008; INOUE et al., 2008).

Para unidades de terapia intensiva, a literatura demonstra o mesmo padrão de causas de absenteísmo, mas, nesses ambientes, o tempo de afastamento e os problemas de sobrecarga e dificuldade de alcance de eficiência demonstram ser ainda mais críticos. Essas unidades apresentam uma multiplicidade de causas do absenteísmo, o que dificulta a atribuição de causas para o problema, impedindo a adoção de uma ação focada e demonstrando a necessidade latente de maiores e mais aprofundados estudos sobre o absenteísmo para este grupo de trabalhadores da saúde (CASTRO et al., 2008; INOUE et al., 2008).

Sancinetti et al. (2011) comentam que a literatura atribui como principal tipo de absenteísmo a incapacidade por doença e os acidentes de trabalho, que abrangem 75% ou a totalidade das ausências. Investigações realizadas no Brasil, tendo como população selecionada os profissionais de enfermagem, obtiveram resultados semelhantes, sendo os atestados médicos a justificativa para a maioria das ausências ao trabalho.

O absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva é a causa mais frequente de ausência imprevista do trabalhador (INOUE et al., 2008).

Nessa perspectiva, algumas situações de trabalho emergem nestas unidades de cuidado a pacientes críticos como possíveis geradoras de desgaste dos profissionais de enfermagem, como ritmo acelerado, pressões, falta de reconhecimento do desempenho profissional, falta de autonomia, necessidade de atenção constante no desempenho das atividades, alto nível de responsabilidade, entre outros.

Estudo que realizou uma caracterização do estresse nos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva identificou que os maiores índices estavam relacionados às atividades de administração de pessoal e às condições de trabalho para o desempenho do enfermeiro (GUERRER e BIANCHI, 2008).

O absenteísmo de enfermeiros em UTIs associa-se à presença de doenças (BARBOZA e SOLER, 2009; ABREU e SIMÕES, 2009; COSTA, VIEIRA e SENA,

2009), sendo que as patologias do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo apresentam-se como principais causas (MAROFUSE e MARZIALE, 2005; ABREU e SIMÕES, 2009; JUNKES e PESSOA, 2010). Sujeitos que referiram mais de duas doenças osteomusculares apresentaram chances quase cinco vezes mais elevadas de se ausentarem, quando comparados aos que não referiram nenhuma doença (FERREIRA et al., 2012).

Por todos esses complexos motivos, o monitoramento do absenteísmo do pessoal de enfermagem é um indicador relevante para o desenvolvimento da estimativa mais compatível com o quantitativo necessário para a cobertura dessas ausências. Este indicador, muitas vezes, deixa de ser utilizado devido à sua complexidade e, por consequência, temos, muitas vezes, um dimensionamento inadequado, com impacto direto sobre a qualidade da assistência prestada (SANCINETTI et al., 2011).

## **JUSTIFICATIVA**

Considerando-se a existência de ferramentas que possibilitam mensurar a carga de trabalho de enfermagem na UTI e a aplicabilidade potencial das mesmas, pela enfermeira, na gestão dos recursos humanos na área de cuidados intensivos, pretende-se analisar a proporção de profissional de enfermagem/paciente obtida com a aplicação de instrumentos que mensuram a carga de trabalho de enfermagem e compará-la com a legislação vigente para a adequação quali e quantitativa dos profissionais de enfermagem. No entanto, por um lado, têm-se as necessidades dos gestores em realizar esta adequação e, por outro lado, os recursos financeiros cada vez mais enxutos são barreiras para essa adequação.

A identificação da carga de trabalho subsidia a tomada de decisões na atividade gerencial, mas não atua isoladamente, pois outros fatores relacionados aos pacientes e aos funcionários interferem neste processo. No que se refere aos servidores, o cálculo da taxa de absenteísmo é uma etapa importante do dimensionamento de pessoal para que a previsão quantitativa atenda às necessidades dos pacientes, a fim de garantir a excelência da assistência.

O elemento que levou a este estudo foi a inserção da pesquisadora na própria unidade como enfermeira assistencial, somada às queixas recorrentes relacionadas à crescente demanda da UTI e do aumento da gravidade dos pacientes. Além disso, o absenteísmo da equipe tem sido fonte geradora de conflitos permanentes, pois as equipes apresentavam-se sempre em número mínimo para a assistência e as ausências têm interferido diretamente no processo de trabalho, tanto qualitativa como quantitativamente.

Nesse panorama, diante do desafio de gerenciar os recursos humanos disponíveis, algumas indagações surgiram a respeito dos pacientes atendidos na Unidade de Terapia Intensiva selecionada e o quadro de profissionais de enfermagem existente, entre elas:

- Qual a carga de trabalho produzida pelos pacientes internados nessa unidade?

- Esta carga de trabalho se aproxima dos valores encontrados e relatados pela literatura em estudos de UTIs com perfil semelhante?

- Qual o perfil dos pacientes atendidos por esta UTI?

- Como têm se comportado os índices de absenteísmo nas diferentes categorias de trabalhadores de enfermagem nessa unidade?

- Quais os tipos de absenteísmo identificados nestas categorias profissionais?

Por considerarem-se relevantes a temática e a importância desse conhecimento para a gerência de enfermagem enquanto uma estratégia valiosa no processo de negociação do provimento do quadro de pessoal para as unidades de cuidado intensivo é que se propõe a realização do presente estudo.



---

### *3. Objetivos*

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

- Analisar a carga de trabalho e a taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva em hospital de ensino.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Traçar perfil da clientela assistida de acordo com as seguintes variáveis: idade e sexo;
- levantar os dados de internação, identificando a data de internação do paciente na UTI, procedência da unidade onde estava internado e motivo da internação;
- levantar os dados de alta referentes à data e condição de saída da unidade;
- mensurar a gravidade dos pacientes internados por meio do instrumento Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II);
- quantificar as horas de assistência de enfermagem requeridas segundo o NAS e comparar com as horas dispensadas pela enfermagem,
- identificar a taxa de absenteísmo e o tipo de ausências dos profissionais de enfermagem.



## **4. Método**

### **4.1. Tipo do Estudo**

Trata-se de um estudo transversal descritivo e retrospectivo. Neste tipo de estudo, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e examinados quanto às relações entre suas variáveis, sem que o pesquisador interfira neles (POLIT e BECK, 2011).

### **4.2. Local de estudo**

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTI-A) do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (HMMG). Esta instituição situa-se no município de Campinas-SP. É caracterizada como a principal porta de entrada das urgências e emergências da região metropolitana de Campinas. De acordo com o Censo demográfico de 2010 (BRASIL, 2010), a região metropolitana de Campinas é composta por 20 municípios e possui dois milhões e setecentos e noventa mil habitantes. O acesso dos pacientes à instituição é misto, pois o paciente pode chegar via regulação, mas também por demanda espontânea. A instituição possui o reconhecimento do Ministério da Educação como hospital de ensino e, atualmente, possui residências médica e multidisciplinar (enfermagem, nutrição, odontologia e fisioterapia).

Trata-se de um hospital geral, que possui 230 leitos distribuídos pelas unidades de pronto socorro adulto e infantil, unidades de terapia intensiva, adulta e pediátrica, unidades de internação em neurologia, ortopedia, cirurgia geral e especializada, clínica médica e pediatria; além disso, possui ambulatório de especialidades e centro de oncologia, que presta serviços de radioterapia e quimioterapia.

A UTI-A do HMMG, atualmente, possui 16 leitos; destes, 12 leitos são destinados às internações gerais – cirurgias de urgência, condições clínicas agudas e/ou crônicas e traumas – e 6 são estruturados e reservados, preferencialmente, para internação de pacientes que necessitam de isolamento. Do total de leitos, 4 são destinados a cirurgias eletivas, os quais são utilizados por meio de uma agenda das especialidades cirúrgicas, que inserem seus pacientes por necessitarem de assistência intensiva no pós-operatório em virtude da faixa etária (idosos), de comorbidades e da complexidade do procedimento cirúrgico.

Na unidade, também são realizadas todas as terapias de hemodiálise do hospital. Há dois boxes com equipamentos para a realização de terapia renal e, também, há duas máquinas de hemodiálise contínua para atender aos pacientes internados na própria UTI. A equipe de saúde interdisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistente social, psicóloga, fisioterapeutas, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Do ponto de vista da estrutura administrativa, esse hospital tem como modelo de gestão a gestão colegiada. Os profissionais de enfermagem são servidores públicos da Prefeitura Municipal de Campinas e possuem vínculo empregatício eletista. A jornada de trabalho é de 36 horas semanais e é fixa nos plantões da manhã, tarde e noite, este último de 12 horas. A assiduidade do profissional no mês anterior garante a ele uma folga a mais no mês posterior. Há a utilização de horas extras para as composições das equipes mínimas de trabalho, com o máximo de 102 (cento e duas) horas por mês. As folgas abonadas são vinculadas ao ano posterior, pois elas são concedidas caso o servidor não apresente qualquer tipo de licença em cada bimestre (a cada bimestre trabalhado sem retirada de licença são concedidas, em média, 6,7 horas de folga abonada). As licenças-prêmios (LP) são concedidas a cada cinco anos trabalhados, desde que, neste período, a quantidade de licenças não exceda 30 dias, com exceção da licença-maternidade. O período de 5 anos corresponde a 90 dias de LP, que são concedidos em períodos de 30 dias, e, a partir da liberação delas, o servidor possui o prazo de nove anos para usufruí-las.

O quadro de enfermagem desta unidade é composto por 12 enfermeiros, 7 técnicos e 38 auxiliares de enfermagem. Entre os enfermeiros, 10 são assistenciais, 1 é gerente de enfermagem e 1 é enfermeiro nefrologista. Entre os auxiliares de enfermagem, 5 possuem outro papel em virtude de restrição da unidade de saúde

do trabalhador; destes, 2 compõem o quadro de assistência à hemodiálise, auxiliando o enfermeiro nas terapias externas e também a equipe interna, quando há pacientes com terapia dialítica contínua. O hospital não possui auxiliar administrativo para todas as unidades; assim, outros dois realizam as atividades de apoio ao processo de trabalho interno – solicitação, reposição e organização de materiais médicos e não-médicos – e um trabalha exclusivamente nas atividades de apoio à gestão da unidade.

### **4.3. População do estudo**

A população do estudo foi composta por duas partes.

- Primeira parte: todos os pacientes que permaneceram internados por, no mínimo, 24 horas, no período de 01/01/2014 a 30/01/2014, conforme preconizado pela literatura (CONISHI, 2005; DIAS, 2006).
- Segunda parte: relatórios gerenciais e escalas mensais de folga, do período de 01/01/2012 a 31/01/2014.

### **4.4. Procedimentos e instrumentos de coleta dos dados**

#### **Primeira etapa**

Instrumento composto por duas partes. A primeira parte constituída pela caracterização do paciente com os seguintes dados: iniciais do nome, registro hospitalar, sexo e idade e seus dados de internação – data e hora da internação, procedência (unidade de internação, centro cirúrgico e pronto socorro adulto), data e hora da saída e destino após alta da UTI (unidade de internação ou óbito) (APÊNDICE A). A segunda parte é formada pelo instrumento NAS, este formado por sete categorias de cuidados, distribuídas em 23 atividades de enfermagem e intervenções terapêuticas (ANEXO A).

A coleta de dados ocorreu diariamente, no período da manhã, após a passagem de visita com o chefe médico horizontal, em virtude das condutas que são tomadas após esse momento, como, por exemplo, transporte de paciente para procedimento diagnóstico fora da UTI.

Os dados foram coletados com base na observação direta de maneira prospectiva e no dia posterior, nas informações contidas em prontuário das últimas 24 horas (anotação de enfermagem, prescrição de enfermagem, controle de ingeridos e eliminados, registro de glicemia capilar, saturação de oxigênio, sinais vitais e prescrição médica) e também com base nas informações verbais, concedidas pela equipe de enfermagem, referentes às informações que não estavam registradas, como aquelas relacionadas ao tipo e à duração de atendimento aos familiares; atividades administrativas e número de pessoas envolvidas foram dados utilizados para readequação retrospectiva do NAS.

O APACHE II é utilizado pela UTI-A do HMMG e foi coletado diretamente do banco de dados desta unidade e os valores compilados e transferidos para a planilha de dados deste estudo.

## **Segunda Etapa**

Planilha mensal composta pelo instrumento (APÊNDICE B) de caracterização das ausências não previstas com o tipo e tempo da ausência (licença para tratamento de saúde, licença-maternidade, licença-prêmio, licença-nojo, licença-gala, licença doação de sangue, folga abonada e falta injustificada), o turno de trabalho (manhã, tarde e noite) e a função do servidor (enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem) e também pela média de profissionais disponíveis no mês.

Os dados relativos a esta etapa foram coletados dos relatórios gerenciais da unidade de saúde do trabalhador e das escalas mensais de folga (apontamentos das ausências e readequações de pessoal).

## 4.5. Análise dos Dados

Os dados obtidos foram inseridos e armazenados em uma planilha eletrônica criada no programa Microsoft Office Excel 2007, por meio de dupla digitação, a primeira pela pesquisadora e a segunda por um assessor de informática para a pesquisa.

A análise dos dados será realizada por meio da estatística descritiva e contará com a assessoria de um profissional especializado na área.

### 4.5.1. Avaliação dos quantitativos e horas diárias da equipe de enfermagem

Para identificar o tempo médio de assistência de enfermagem despendido e requerido aos pacientes internados no CTI, bem como o cálculo do quantitativo diário requerido, foi necessário proceder de acordo com os itens a seguir.

### 4.5.2. Identificação do tempo médio de assistência de enfermagem despendido aos pacientes

O tempo médio de assistência despendido aos pacientes foi calculado por meio da equação indicada na literatura (GAIDZINSKI, 1998), a partir do quadro de pessoal de enfermagem existente na unidade:

$$h_k = \frac{q_k \cdot t}{n}$$

Em que:

$h_k$  = tempo médio de cuidado (horas) por paciente, segundo a categoria profissional  $k$ ;

$q_k$  = quantidade média diária de profissionais da categoria profissional  $k$ ;

$t$  = jornada de trabalho dos profissionais;



$n$  = quantidade média diária de pacientes.

#### 4.5.3. Identificação do tempo médio de assistência requerido pelos pacientes

O tempo médio de assistência requerido pelos pacientes foi estimado por meio da aplicação do Nursing Activities Score (NAS). O tempo médio de assistência requerido pelos pacientes, segundo a pontuação média do NAS, foi calculado de acordo com a equação proposta por Gaidzinsk e Fugulin (2008):

$$\bar{h} = \frac{\overline{NAS}}{100} \cdot 24$$

Em que:

$$\overline{NAS} = \frac{\sum_{i=1}^T NAS(i)}{T} \quad = \text{valor médio do NAS de uma amostra de } T \text{ pacientes}$$

$$\sum_{i=1}^T NAS(i) \quad = \text{somatório do NAS de cada paciente } i, \text{ desde } i = 1 \text{ até}$$

$i = T$  = quantidade de pacientes amostrada no período

$24/100$  = relação correspondente a 24 horas por 100 pontos NAS

#### 4.5.4. Cálculo do quantitativo diário de profissionais da equipe de enfermagem requerido pelos pacientes

O cálculo do quantitativo necessário para o cuidado foi realizado por meio da equação proposta por Fugulin et al. (2011):

$$Q = \frac{24}{6} \cdot \frac{\sum_{i=1}^n NAS_i}{100}$$

Em que:

$$\sum_{I=1}^n NAS_i = \text{Somatório do NAS de cada paciente}$$

#### 4.5.5. Cálculo da taxa de absenteísmo por ausências não previstas

Para calcular a taxa de absenteísmo de cada ausência não prevista, por categoria profissional, foi aplicada a equação proposta por Gaidzinski (1998):

$$A_k\% = \left( \frac{\sum_i a_{k,i}}{D - \sum_i a_{k,i}} \right) \cdot 100$$

Em que:

$A_k\%$  = percentual de absenteísmo, segundo a categoria profissional  $k$  (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem)

$\sum_i a_{k,i}$  = somatório dos dias das ausências não previstas por categoria profissional estudada  $k$  e segundo os tipos de ausências não previstas ( $i$ )

$D$  = dias do ano, 365 dias

#### 4.6. Aspectos Éticos

O projeto foi apresentado preliminarmente em reunião colegiada com a gerência de enfermagem e enfermeiros da unidade participante e houve concordância e incentivo na sua realização, sendo o referido projeto submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo como instituição co-participante o HMMG.

Os sujeitos da pesquisa foram contatados sobre a participação na pesquisa e a eles foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pacientes que apresentaram condições de decidir pela sua participação no estudo foram

consultados previamente e incluídos após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando houve impossibilidade de decisão por parte do paciente, considerando sua condição de saúde na unidade hospitalar, foram contatados e consultados os familiares destes pacientes quanto à possibilidade de participação no estudo. Mediante a concordância dos mesmos, foi apresentado o Termo de Consentimento para obtenção da autorização e sua inclusão.

A pesquisa foi desenvolvida de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e foi autorizada pelo parecer nº 496.010 e protocolo CAAE nº 17340113.6.0000.5393.

---

## *4. Resultados*

#### 4. RESULTADOS

O presente estudo totalizou 30 dias de coleta de dados e a população estudada neste período foi de 53 pacientes (n = 53).

Na população estudada, houve predominância do sexo masculino (54,7%). A idade média encontrada foi de 58,8 anos (DP =  $\pm 18,1$ ) e a faixa etária foi caracterizada por idade superior a 41 anos (79,1%) e, destes, 39,7% (21) estavam na faixa etária de 61 a 80 anos.

Em relação às características das internações, as causas de internações na UTI foram decorrentes de complicações cirúrgicas (51,0%) e, quanto às unidades de origem, 43,4% eram do centro cirúrgico, 28,3% das unidades de internação (clínica médica, cirurgia geral e especialidades, ortopedia e neurologia clínica e cirúrgica) e 28,3% do pronto socorro adulto. No que se refere às altas, 75,5% foram para as unidades de internação e 24,5% das causas de saída foram por óbito.

A média de permanência dos pacientes foi de 13 dias (mínimo 2 e máximo 61 dias), sendo que 66,0% deles permaneceram internados entre 01 e 10 dias (mediana de 7 dias).

Quanto à gravidade dos pacientes estudados, o índice preditivo de mortalidade, ou seja, o valor médio do APACHE II foi de 15,8 pontos, variando entre 02 e 46 pontos, com desvio padrão de  $\pm 9,9$ . Além disso, do total de pacientes, (45,3%) foi avaliado entre 11 a 20 pontos, com uma média de 15,4 pontos e um desvio padrão de  $\pm 3,3$ . O risco de morte médio obtido foi de 27% (MÍN. = 1,3%, MÁX. = 96,5% e DP =  $\pm 25,2$ ).

As tabelas 1 e 2 descrevem de forma mais detalhada os dados expostos anteriormente.

**Tabela 1 – Distribuição dos números (n) e porcentagem (%) de acordo com dados demográficos, clínicos e de internação dos pacientes no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas-SP,2015**

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	24	45,3
Masculino	29	54,7
<b>Idade (anos)</b>		
≤20	1	1,9
21 a 40	10	18,9
41 a 60	16	30,1
61 a 80	21	39,6
>80	5	9,4
<b>Procedência</b>		
Centro Cirúrgico	23	43,4
Unidade de Internação	15	28,3
Pronto Socorro Adulto	15	28,3
<b>Tipo de internação</b>		
Cirúrgica	27	51,0
Clínica	26	49,0
<b>Tempo de permanência (dias)</b>		
1 a 10	35	66,0
11 a 20	7	13,3
21 a 30	5	9,4
31 a 60	5	9,4
>60	1	1,9
<b>Condição de saída</b>		
Óbito	13	24,5
Unidade de internação	40	75,5

**Tabela 2 – Medidas descritivas da variável APACHE II dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital municipal do interior de São Paulo, de 01/01/2014 a 30/01/2014. Campinas-SP, 2015**

Pontos APACHE	Pacientes		Média de pontos	Desvio padrão
	n	%		
0 a 10	16	30,2	5,6	2,4
11 a 20	24	45,3	15,4	3,3
21 a 30	9	17,0	25,0	3,2
>30	4	7,5	38,8	5,9

Ao relacionar a pontuação do índice APACHE II com a mortalidade observou-se uma taxa de 66,7% entre os pacientes que apresentaram escore de 21 a 30 pontos e de 75% para aqueles que possuíram escore acima de 30 pontos. Por outro lado, todos (100%) dos pacientes com escore até 10 pontos e 83,3% (20) com escore de 11 a 20 pontos tiveram alta para a unidade de internação (tabela 03).

**Tabela 3 – Relação da pontuação APACHE II e a condição de saída dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital municipal do interior de São Paulo, de 01/01/2014 a 30/01/2014. Campinas-SP, 2015**

Pontos APACHE	Condição de saída da UTI					
	Pacientes		Óbito		Alta da UTI para unidade de internação	
	n	%	n	%	n	%
0 a 10	16	30,2	0	0,0	16	100,0
11 a 20	24	45,3	4	16,7	20	83,3
21 a 30	9	17,0	6	66,7	3	33,3
>30	4	7,5	3	75,0	1	25,0
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>24,5</b>	<b>40</b>	<b>75,5</b>

Outra análise realizada refere-se à taxa de ocupação da unidade, para a qual se obteve um valor médio de 90,6%. Verificou-se que o número médio de pacientes médio foi de 14,5 pacientes/dia, conforme demonstrado na tabela 4.

**Tabela 4 – Distribuição do número de pacientes internados por leito e taxa de ocupação diária da UTI no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas/SP,2015**

<b>Dia</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Taxa de ocupação</b>	<b>Dia</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Taxa de ocupação</b>
01	10	62,5%	16	15	93,8%
02	11	68,8%	17	15	93,8%
03	12	75,0%	18	16	100,0%
04	13	81,3%	19	15	93,8%
05	13	81,3%	20	16	100,0%
06	13	81,3%	21	14	87,5%
07	14	87,5%	22	14	87,5%
08	15	93,8%	23	15	93,8%
09	15	93,8%	24	15	93,8%
10	16	100,0%	25	16	100,0%
11	16	100,0%	26	16	100,0%
12	16	100,0%	27	15	93,8%
13	16	100,0%	28	13	81,3%
14	16	100,0%	29	15	93,8%
15	14	87,5%	30	15	93,8%
			<b>Média</b>	<b>14,5</b>	<b>90,6%</b>

Para mensurar a carga de trabalho foram realizadas 435 aplicações do NAS, sendo feitas, em média, 27,2 observações por leito no período. Observa-se que o maior número de observações está entre os leitos de 01 a 12, variando entre 93,3% dos dias (28 observações) e 100% dos dias (30 observações). Os leitos de 13 a 16 concentraram os menores números de observações 60% (18) e 63,3%(19) dos dias.

A média geral na pontuação NAS foi de 66,9 pontos, com o mínimo de 49,3 e o máximo de 94,6 pontos, e um desvio padrão foi de  $\pm 11,6$ .



Os dados acima estão descritos na tabela 5.

**Tabela 5 – Distribuição do número de observações e pontuação média do NAS, por leito da UTI, no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas/SP,2015.**

Leitos	Número de observações	Pontuação			Desvio Padrão
		média NAS (%)	Mínimo	Máximo	
01	30,0	70,3	56,8	99,8	9,9
02	30,0	73,6	50,0	130,5	17,3
03	29,0	79,0	56,8	119,0	16,0
04	30,0	64,9	55,0	80,8	8,5
05	30,0	65,0	50,5	107,6	12,7
06	30,0	66,6	49,6	81,0	8,8
07	30,0	72,3	54,9	98,6	10,9
08	30,0	72,6	58,7	89,4	6,1
09	30,0	73,5	56,8	95,8	8,7
10	29,0	61,8	45,4	79,6	8,4
11	29,0	61,3	45,4	86,0	13,6
12	28,0	61,2	34,0	78,0	12,8
13	20,0	64,1	47,9	92,7	10,6
14	19,0	49,8	32,2	99,2	19,4
15	23,0	65,0	42,4	88,1	12,1
16	18,0	70,3	52,3	86,9	9,9
<b>TOTAL</b>	<b>435</b>				
<b>MÉDIAS</b>	<b>27,2</b>	<b>66,9</b>	<b>49,3</b>	<b>94,6</b>	<b>11,6</b>

No que se refere à pontuação NAS diária global dos leitos pesquisados, obteve-se um valor médio de 994,7 pontos. Buscou-se então calcular a pontuação média diária dos pacientes, que resultou em 68,4 pontos por paciente. A partir desses dados, foi possível obter o tempo médio diário de cuidados requerido pelos pacientes da UTI estudada, de 16,4 horas por paciente, conforme demonstrado na Tabela 6.

**Tabela 6 – Distribuição dos valores globais diários do NAS e por paciente da UTI e respectivo tempo de assistência de enfermagem, em minutos e horas, no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas/SP,2015**

Dia	ΣPontuação	Pontuação		
	NAS diária (%)	NAS/Pacientes (%)	Minutos/pacientes	Horas/pacientes
01	602,4	60,2	867,5	14,5
02	717,0	65,2	938,6	15,6
03	728,0	60,7	873,6	14,6
04	851,3	65,5	943,0	15,7
05	913,5	70,3	1.011,9	16,9
06	864,7	66,5	957,8	16,0
07	957,0	68,4	984,3	16,4
08	1.030,6	68,7	989,4	16,5
09	1.019,8	68,0	979,0	16,3
10	1.123,3	70,2	1.011,0	16,8
11	1.053,9	65,9	948,5	15,8
12	1.050,3	65,6	945,3	15,8
13	1.100,6	68,8	990,5	16,5
14	1.093,9	68,4	984,5	16,4
15	975,7	69,7	1.003,6	16,7
16	1.009,2	67,3	968,8	16,1
17	1.045,4	69,7	1.003,6	16,7
18	1.174,1	73,4	1.056,7	17,6
19	994,3	66,3	954,5	15,9
20	1.138,5	71,2	1.024,7	17,1
21	936,0	66,9	962,7	16,0
22	958,5	68,5	985,9	16,4
23	1.065,0	71,0	1.022,4	17,0
24	1.053,5	70,2	1.011,4	16,9
25	1.082,3	67,6	974,1	16,2
26	1.049,2	65,6	944,3	15,7
27	1.066,0	71,1	1.023,4	17,1
28	1.014,6	78,0	1.123,9	18,7
29	1.039,6	69,3	998,0	16,6
30	1.132,9	75,5	1.087,6	18,1
<b>Média</b>	<b>994,7</b>	<b>68,4</b>	<b>985,7</b>	<b>16,4</b>

Para atender o objetivo de se analisar a distribuição dos profissionais presentes na assistência em cada turno e dia do estudo, procurou-se identificar esses elementos, obtendo-se um número efetivo médio diário de 29,2 profissionais de enfermagem, ou seja, 9,7 profissionais por turno entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. A distribuição média nos plantões manhã, tarde e noite, desses profissionais foi de 9,9, 9,6 e 9,8 profissionais; o que demonstra pouca variação entre os turnos de trabalho. (tabela 7).

**Tabela 7 – Distribuição do número efetivo e número médio de profissionais de enfermagem na UTI por turno e por dia, segundo categoria profissional, no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas-SP, 2015**

Dia	Auxiliares/Técnicos de enfermagem				Enfermeiros			
	Manhã	Tarde	Noite	Total nas	Manhã	Tarde	Noite	Total nas
				24 h				24 h
1	7	5	8	20	1	2	2	5
2	7	6	7	20	1	2	2	5
3	7	7	7	21	2	2	2	6
4	8	7	7	22	2	2	1	5
5	7	8	8	23	2	2	2	6
6	8	7	7	22	2	2	2	6
7	8	8	8	24	2	2	2	6
8	8	8	8	24	2	2	2	6
9	8	8	8	24	2	2	2	6
10	8	8	8	24	2	2	2	6
11	8	7	7	22	2	2	1	5
12	8	7	7	22	2	2	2	6
13	8	8	8	24	2	2	2	6
14	8	8	9	25	2	2	2	6
15	8	8	9	25	2	2	2	6

Continua

## Continuação

16	8	8	8	24	2	2	2	6
17	8	8	8	24	2	1	2	5
18	9	8	8	25	1	2	2	5
19	7	7	6	20	2	2	2	6
20	9	7	9	25	2	2	2	6
21	9	7	8	24	2	2	1	5
22	9	8	9	26	2	2	2	6
23	9	8	9	26	2	2	2	6
24	8	8	8	24	2	2	2	6
25	8	9	8	25	2	2	1	5
26	8	7	9	24	2	2	2	6
27	7	8	9	24	2	2	2	6
28	9	8	8	25	2	2	2	6
29	8	8	9	25	2	2	1	5
30	7	8	8	23	2	2	2	6
<b>MÉDIA</b>	<b>8,0</b>	<b>7,6</b>	<b>8,0</b>	<b>23,5</b>	<b>1,9</b>	<b>2,0</b>	<b>1,8</b>	<b>5,7</b>
<b>TOTAL MÉDIO DE PROFISSIONAIS</b>								<b>29,2</b>

Para verificar o quanto cada turno ofereceu em horas de assistência de enfermagem, de acordo com a categoria profissional, converteu-se o número de profissionais em horas de assistência, multiplicando-se a carga horária diária pelo respectivo quantitativo disponível, conforme o descrito na tabela 8.

No presente estudo, optou-se por considerar uma carga horária de 5h e 45 minutos para os plantões manhã e tarde, extraído-se o período de descanso de 15 minutos permitido por lei trabalhista. O mesmo foi realizado no para o plantão noturno, considerando-se então 11 horas. Dessa forma, o cálculo realizado considerou as horas efetivas de trabalho na unidade pesquisada e estão apresentadas na tabela 8.

**Tabela 8 – Número de horas de assistência de enfermagem disponíveis, por turno e por dia, de acordo com o quantitativo de profissionais, em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital municipal do interior de São Paulo, de 01/01/2014 a 30/01/2014. Campinas-SP, 2015**

<b>Turno de trabalho/número de horas</b>								
<b>Dia</b>	<b>Auxiliares/Técnicos de enfermagem</b>				<b>Enfermeiros</b>			
	<b>Manhã</b>	<b>Tarde</b>	<b>Noite</b>	<b>Total</b>	<b>Manhã</b>	<b>Tarde</b>	<b>Noite</b>	<b>Total</b>
<b>1</b>	40,3	28,8	88,0	157,0	5,8	11,5	22,0	39,3
<b>2</b>	40,3	34,5	77,0	151,8	5,8	11,5	22,0	39,3
<b>3</b>	40,3	40,3	77,0	157,5	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>4</b>	46,0	40,3	77,0	163,3	11,5	11,5	11,0	34,0
<b>5</b>	40,3	46,0	88,0	174,3	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>6</b>	46,0	40,3	77,0	163,3	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>7</b>	46,0	46,0	88,0	180,0	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>8</b>	46,0	46,0	88,0	180,0	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>9</b>	46,0	46,0	88,0	180,0	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>10</b>	46,0	46,0	88,0	180,0	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>11</b>	46,0	40,3	77,0	163,3	11,5	11,5	11,0	34,0
<b>12</b>	46,0	40,3	77,0	163,3	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>13</b>	46,0	46,0	88,0	180,0	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>14</b>	46,0	46,0	99,0	191,0	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>15</b>	46,0	46,0	99,0	191,0	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>16</b>	46,0	46,0	88,0	180,0	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>17</b>	46,0	46,0	88,0	180,0	11,5	5,8	22,0	39,3
<b>18</b>	51,8	46,0	88,0	185,8	5,8	11,5	22,0	39,3
<b>19</b>	40,3	40,3	66,0	146,5	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>20</b>	51,8	40,3	99,0	191,0	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>21</b>	51,8	40,3	88,0	180,0	11,5	11,5	11,0	34,0
<b>22</b>	51,8	46,0	99,0	196,8	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>23</b>	51,8	46,0	99,0	196,8	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>24</b>	46,0	46,0	88,0	180,0	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>25</b>	46,0	51,8	88,0	185,8	11,5	11,5	11,0	34,0

Continua

Continuação								
<b>26</b>	46,0	40,3	99,0	185,3	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>27</b>	40,3	46,0	99,0	185,3	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>28</b>	51,8	46,0	88,0	185,8	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>29</b>	46,0	46,0	99,0	191,0	11,5	11,5	11,0	34,0
<b>30</b>	40,3	46,0	88,0	174,3	11,5	11,5	22,0	45,0
<b>Média</b>	<b>45,8</b>	<b>43,5</b>	<b>88,0</b>	<b>177,3</b>	<b>10,9</b>	<b>11,3</b>	<b>20,2</b>	<b>42,4</b>

Os dados da tabela evidenciam que as horas de cuidados prestados pelos enfermeiros corresponderam a 19,3% do percentual de horas dispensadas aos pacientes nessa UTI e 80,7%, pela equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem. Verifica-se que do total de horas ministradas por ambas as categorias profissionais, quase 50% destas ocorreram no plantão noturno.

Para averiguar a necessidade de profissionais de enfermagem segundo a pontuação do NAS obtida foram calculadas as médias das pontuações dos pacientes internados na unidade por dia, no período do estudo, apresentado na tabela 9.

**Tabela 9 – Distribuição dos valores médios diários do NAS, quantitativo de profissionais de enfermagem necessários e existentes na UTI, no período de 01 a 30 de janeiro de 2014. Campinas-SP, 2015**

<b>Dias</b>	<b>Média de pontos NAS (%)</b>	<b>Nº de profissionais segundo o NAS</b>	<b>Média efetiva/turno</b>
1	60,2	9,6	8,3
2	65,2	10,4	8,3
3	60,7	9,7	9,0
4	65,5	10,5	9,0
5	70,3	11,2	9,7
6	66,5	10,6	9,3
7	68,4	10,9	10,0

Continua

## Continuação

8	68,7	11,0	10,0
9	68,0	10,9	10,0
10	70,2	11,2	10,0
11	65,9	10,5	9,0
12	65,6	10,5	9,3
13	68,8	11,0	10,0
14	68,4	10,9	10,3
15	69,7	11,2	10,3
16	67,3	10,8	10,0
17	69,7	11,2	9,7
18	73,4	11,7	10,0
19	66,3	10,6	8,7
20	71,2	11,4	10,3
21	66,9	10,7	9,7
22	68,5	11,0	10,7
23	71,0	11,4	10,7
24	70,2	11,2	10,0
25	67,6	10,8	10,0
26	65,6	10,5	10,0
27	71,1	11,4	10,0
28	78,0	12,5	10,3
29	69,3	11,1	10,0
30	75,5	12,1	9,7
<b>MÉDIA</b>	<b>68,4</b>	<b>11,0</b>	<b>9,7</b>

Para os valores do NAS e 68,4, seriam necessários 11 profissionais de enfermagem por turno para atender a demanda de cuidados necessários, o que se contrapõe ao quantitativo de 9,7 profissionais existente. Isso significou uma defasagem de 11,8% nas horas de cuidado de enfermagem aos pacientes internados nessa UTI.

#### **Absenteísmo na equipe de enfermagem da UTI do HMMG**

Para obtenção da taxa de absenteísmo inicialmente realizou-se o cálculo da quantidade média de pessoal de enfermagem da unidade em atividade. Os auxiliares e técnicos de enfermagem foram agrupados em uma única categoria denominada nível médio e os dados estão apresentados na tabela 10.

**Tabela 10 – Quantitativo médio de pessoal de enfermagem da UTI, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Campinas-SP, 2015**

Ano	Categoria profissional	Quantidade média de pessoal
2012	Enfermeiro	13,0
	Nível médio	48,5
2013	Enfermeiro	12,2
	Nível médio	47

No período estudado, houve 652 ausências não previstas, sendo que, dentre delas, 47,1% (307 ausências) foram de folgas abonadas e 33,1% (216 ausências) de licenças para tratamento de saúde. Os profissionais de nível médio apresentaram o maior número de ausências não previstas: 287 e 249 em 2012 e 2013, respectivamente (tabela 11).

Ao equacionar as ausências não previstas em dias (tabela 12), notou-se que as licenças para tratamento de saúde compuseram o maior percentual: 43,8% (1.143 dias), seguidas das licenças-prêmios (33,1%) e das folgas abonadas (11,7%).

Obteve-se uma taxa média de absenteísmo, por categoria profissional, de 2,94% e 6,93% para, respectivamente, enfermeiros e nível médio (tabela 13). As taxas mais elevadas, por categoria profissional, encontram-se em 2013 e ambas são de licença para tratamento de saúde: 1,44% (enfermeiros) e 3,91% (auxiliares/técnicos de enfermagem).

Para atender à necessidade de profissionais de enfermagem por plantão, perante o quantitativo estipulado com base na legislação atual e também na análise gerencial, essa unidade de saúde tenta adequar seu quadro por meio de horas extras.



**Tabela 11 – Distribuição das ausências não previstas por categoria profissional da Unidade de Terapia intensiva – Hospital municipal do interior de São Paulo, de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Campinas-SP, 2015**

		AUSÊNCIAS NÃO PREVISTAS								
Ano	Categoria profissional	Licença	Licença-	Licença-	Licença-	Licença-	Licença	Folga	Falta	Total
		para tratamento de saúde	maternidade	prêmio	nojo	gala	doação de sangue	abonada	injustificada	
2012	Enfermeiro	06	0	02	0	0	0	37	08	53
	Nível médio	104	05	17	04	01	02	115	39	287
2013	Enfermeiro	17	0	03	01	0	0	41	1	63
	Nível médio	89	01	24	05	0	01	114	15	249
	Total	216	06	46	10	01	03	30	63	652

Ao transformar o número de ausências não previstas em dias (Tabela 12), notou-se que as licenças para tratamento de saúde compuseram o maior percentual 43,8% (1143 dias), seguidas das licenças prêmio (33,1%) e das folgas abonadas (11,7%).

**Tabela 12 – Distribuição das ausências não previstas, em dias, por categoria profissional da Unidade de Terapia intensiva – Hospital municipal do interior de São Paulo, de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Campinas-SP, 2015**

		AUSÊNCIAS NÃO PREVISTAS								
Ano	Categoria profissional	Licença	Licença-				Licença	Folga	Falta	Total
		para tratamento de saúde	maternidade	prêmio	nojo	gala	doação de sangue	abonada	injustificada	
2012	Enfermeiro	19	0	30	0	0	0	37	08	94
	Nível médio	415	153	309	21	07	02	115	39	1061
2013	Enfermeiro	63	0	58	8	0	0	41	1	171
	Nível médio	646	20	465	22	0	01	114	15	1283
Total		1143	173	862	51	07	03	307	63	2609

Obteve-se uma taxa de absenteísmo (tabela 13), por categoria profissional, de 2,02 e 3,99 % para Enfermeiros e 6,38 e 8,08 para nível médio nos anos de 2012 e 2013, respectivamente. As taxas mais elevadas, por categoria profissional, encontram-se no ano de 2013 e ambas são de licença para tratamento de saúde, 1,44% (enfermeiros) e 3,91% (auxiliares/técnicos de enfermagem).

**Tabela 13 – Taxa de absenteísmo referente às ausências não previstas da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia intensiva – Hospital municipal do interior de São Paulo, de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Campinas-SP, 2015**

Ano	Categoria profissional	Quantidade média de pessoal	AUSÊNCIAS NÃO PREVISTAS																	
			LTS		LMA		LP		LN		LG		LDS		FA		FI		TOTAL	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2012	Enfermeiro	13	19	0,40	0	0,00	30	0,64	0	0,00	0	0,00	0	0,00	37	0,79	08	0,17	94	2,02
	Nível médio	48,5	415	2,40	153	0,87	309	1,78	21	0,12	07	0,04	02	0,01	115	0,65	39	0,22	1061	6,38
2013	Enfermeiro	12,2	63	1,44	0	0,00	58	1,32	08	0,18	0	0,00	0	0,00	41	0,93	01	0,02	171	3,99
	Nível médio	47,0	646	3,91	20	0,12	465	2,79	22	0,13	0	0,00	01	0,01	114	0,74	15	0,09	1283	8,08

---

## *5. Discussão*

## 5. DISCUSSÃO

Há um consenso de que o quantitativo de pessoal de enfermagem está intimamente relacionado à qualidade e segurança na saúde e tem se tornado um grande desafio para os gerentes das instituições.

Prover e manter pessoal de enfermagem qualificado e em número suficiente é premissa indispensável para desenvolver o cuidado ao paciente, pois o cuidado permanente pressupõe a percepção precoce de problemas e a adoção de condutas com maior agilidade diante das intercorrências detectadas, além de maior efetividade da equipe durante a assistência de enfermagem (INOUE; MATSUDA 2009).

Neste contexto, a enfermagem em terapia intensiva se insere, como uma especialidade dinâmica, que responde de forma positiva e proativa para atender as mudanças e as exigências da população e do sistema de saúde em geral (BRITISH ASSOCIATION OF CRITICAL CARE NURSES, 2010).

Diversas investigações têm produzido evidências robustas que reforçam para a importância de se investigar e caracterizar a demanda de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) frente as implicações para os profissionais, que devem assegurar uma assistência qualificada e uma adequada relação custo-benefício da assistência intensiva.

Sendo as UTIs unidades complexas que concentram recursos humanos e tecnológicos altamente especializados e de alto custo, diante da necessidade de se adequar pessoal frente aos cuidados exigidos pelos pacientes, tomou impulso o desenvolvimento de instrumentos de medida voltados a verificar a demanda de trabalho de enfermagem, conjunta ou paralelamente ao desenvolvimento de índices de gravidade do doente em estado crítico (PAGLIARINI,2012)

Nas UTIs, reconhecidas pela elevada carga de trabalho de enfermagem (que representa um fator de alto custo) e pelo elevado índice de mortalidade (medida que expressa produção/rendimento), durante décadas utilizou-se a razão mortalidade/morbidade como parâmetro de escolha para descrever resultado da eficiência do cuidado intensivo. Todavia, nos últimos anos, a

inclusão da carga de trabalho de enfermagem como um parâmetro para avaliação dos resultados, tem sido também considerada, devido ao seu impacto na qualidade da assistência intensiva (JAKOB, 1997).

Para Gaidzinski (1998) a quantificação constante da carga de trabalho, bem como dos fatores a ela associados, tem se mostrado indispensável na avaliação do cuidado intensivo, por ser uma medida que, entre outras finalidades, possibilita a avaliação simplificada da utilização das UTIs, a adequação do número de leitos, além de definir o grau de cuidado existente.

Diante disso, a utilização de ferramentas que possibilitam mensurar a carga de trabalho configura-se como um instrumento de gestão para essas unidades, possibilitando a tomada de decisões administrativas em terapia intensiva.

Nesse contexto de trabalho, o ajuste dos recursos humanos para suprir as demandas do trabalho de enfermagem e das tarefas atribuídas às diferentes categorias profissionais, deve ser considerado que são realizadas múltiplas atividades que requerem qualificação técnica específica, emprego de alta tecnologia do cuidado e que, portanto, inúmeras exigências são feitas, tornando um ambiente de risco para a saúde dos trabalhadores, na perspectiva do processo de trabalho existente em terapia intensiva.

Os resultados deste estudo sobre a identificação do quantitativo de profissionais de enfermagem requeridas para o cuidado de pacientes internados em uma UTI geral de um hospital de atendimento a urgências e emergências permitiu conhecer a realidade desta instituição no que se refere a carga de trabalho de enfermagem bem como a identificação das taxas de absenteísmo dos profissionais desta unidade.

A análise das características do perfil dos pacientes desta UTI possibilitou identificar que o grupo analisado possuía idade superior a 41 anos (79,2%), com predomínio da faixa etária acima dos 61 anos (49,1%) e idade média de 58,8 anos, corroborando outros estudos sobre a população de terapia intensiva (PADILHA et al, 2010, COELHO et al, 2011, LEITE et al, 2012, PANUNTO; GUIRARDELLO, 2012, NOGUEIRA et al, 2013, ALTAFIN et al, 2014).

A literatura internacional apresenta resultados similares. Estudo espanhol que analisou a diferença no preenchimento do NAS em duas UTI

polivalentes de dois hospitais espanhóis encontrou uma média de idade variando entre 61,8 e 65,1 anos (CARMONA-MONGE et al, 2013).

Este perfil etário segue a tendência do envelhecimento da população mundial. As projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que em 2030 os idosos totalizarão 40,5 milhões de indivíduos na sociedade brasileira(FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

Esta demanda de idosos atendidos em unidades críticas tende a acontecer porque o envelhecimento populacional, especialmente nos países em desenvolvimento vem acontecendo de forma rápida e contínua. No Brasil, o aumento do número de idosos chegou a aproximadamente 500% em quarenta anos, provocando discussões relacionadas ao atendimento à saúde, com repercussões diretas nas UTIs. Alguns autores debatem que um dos dilemas acerca do tratamento de pacientes idosos na UTI consiste em decidir até que ponto deve ocorrer investimentos terapêuticos diante de perspectivas reduzidas de sobrevida ou de limitada qualidade de vida após a alta da Unidade, sem violar os princípios éticos de igualdade de atendimento, cuja idade não pode ser fator de exclusão (CIAMPONE et al, 2006).

Em contrapartida, Barreto ( 2011) demonstrou que a sobrevida em um ano após a alta de uma UTI é cerca de 56% para pacientes com idades entre 70-85 anos e de 27% para pacientes com mais de 85 anos.

Ciampone et al (2006) afirmam que a literatura internacional parece ser controversa em relação ao fator idade como elemento preditor isolado para prognóstico em UTI.

Estudos demonstram que a idade dos pacientes não é um fator de interferência no aumento da carga de trabalho para a enfermagem (GONÇALVES; PADILHA, 2007, SOUSA et al, 2009, INOUE et al, 2011, LEITE et al, 2012, PAGLIARINI, 2012), embora pacientes idosos apresentem condições físicas como o risco de integridade cutânea diminuída e a mobilidade reduzida e comorbidades associadas às doenças crônicas, entre elas, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, que possam estar associadas a maior demanda de cuidado.

No que se refere à variável sexo, a maioria das internações foram de pacientes do sexo masculino (54,7%). Este resultado assemelha-se aos de diversas pesquisas realizadas em UTI gerais de hospitais públicos e privados

brasileiros sobre carga de trabalho de enfermagem e características da população internada nas unidades (SILVA, 2011, GOUVEA, 2012, NOGUEIRA et al, 2013, MELO et al, 2014).

Os homens, de forma geral, evitam o contato com os espaços de saúde. Avessos à prevenção e ao auto-cuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem, o que resulta em uma intervenção tardia, nas fases mais avançada das doenças e conseqüentemente, maiores custos para o SUS (BRASIL, 2009).

Investigação que buscou avaliar a carga de trabalho na admissão e alta dos pacientes com síndrome coronária aguda, insuficiência respiratória aguda e sepse de uma UTI espanhola, identificou que a população internada com estes diagnósticos era composta por 72,5% de homens (Carmona-Monge et al, 2013)

Algumas características do modelo de masculinidade e feminilidade predominante em nossa cultura ficam sinalizadas pelas diferenças em relação aos cuidados com o corpo e com a saúde, tanto no que se refere aos comportamentos preventivos quanto aos de aceitação e adesão ao tratamento de saúde diante do adoecimento. Práticas culturais sobre o masculino afastam homens dos cuidados com sua saúde, o que parece ser percebido por eles diante de situações críticas em que o enfrentamento da doença torna-se inevitável (COSTA-JÚNIOR, 2009).

Em relação às características das internações, a UTI investigada além de estar em um hospital referência para urgências e emergências, destina 25% de seus leitos para cirurgias eletivas daqueles pacientes que, por suas condições clínicas, necessitam da assistência intensiva no pós-operatório.

Ainda que os leitos destinados das cirurgias eletivas tenham concentrado os menores números de observações, ou seja, as menores taxas de ocupação por leito, o centro cirúrgico e as condições cirúrgicas prevaleceram em relação à procedência e tipo de internação, respectivamente. Tais resultados assemelham-se aos de outros estudos (COELHO et al, 2010, PADILHA et al, 2010, LEITE et al, 2012, PANUNTO; GUIRARDELLO, 2012).

Os estudos que analisaram procedência e tipo de tratamento de pacientes em UTIs gerais apontam que a proporção de pacientes submetidos a tratamentos clínicos e cirúrgicos parecem se relacionar com os tipos de



diagnósticos médicos que geraram a internação e as diferenças quanto à proporção, provavelmente decorrem das características do hospital (QUEIJO,2008).

Os pacientes cirúrgicos tem se mostrado mais suscetíveis a episódios de dor e dada a complexidade dos procedimentos aos quais foram submetidos necessitam de monitorização constante, principalmente nas primeiras 24 horas, podendo gerar maior demanda de cuidados de enfermagem no período.

Nessa direção, pesquisa realizada por Inoue et al (2011) constatou associação entre a alta carga de trabalho de enfermagem e o tratamento cirúrgico, pois os pacientes cirúrgicos apresentaram quase três vezes mais chances de demandar alta carga de trabalho de enfermagem nas primeiras 24 horas de internação do que aqueles submetidos a tratamento clínico .

Quanto a variável tempo de internação em unidades de terapia intensiva, diversas investigações obtiveram médias com variação entre 8,9 e 12,8 dias (PADILHA et al, 2010, PAGLIARINI, 2012, SILVA et AL, 2012, MELO et al ,2014), as quais se aproximam do valor encontrado de 13 dias nesse estudo.

Informações do 2º Censo Brasileiro de UTIs, realizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira com objetivo de apresentar uma visão do cenário das Unidades de Terapias Intensivas (UTI) no país, verificou um tempo de permanência de 3 a 6 dias, com predomínio de uma média entre 3 e 4 dias.

Entretanto, o tempo médio de permanência do paciente nas UTIs internacionais encontrado em uma revisão sistemática de literatura é de  $5,3 \pm 2,6$  dias (OLIVEIRA et al,2010).

Gonçalves (2007) ao investigar os fatores associados à alta carga de trabalho de enfermagem na terapia intensiva encontrou apenas o tempo de permanência dos pacientes. A permanência na UTI depende de vários fatores que vão desde a severidade da doença, as exigências terapêuticas decorrentes das complicações, até questões econômicas, razão pelas quais a recomendação é de que esse tempo seja o mínimo necessário para se atingir um grau de estabilidade, possibilitando uma transferência segura para outra unidade hospitalar.

A taxa de mortalidade encontrada foi de 24,5%, similar aos valores obtidos por NOGUEIRA et al, 2009 e SILVA et al, 2012. A relação entre a taxa

de mortalidade e o risco de morte médio (27,0%) obtido pelo APACHE II foi igual a 0,90, evidenciando neste estudo uma significativa aproximação entre a mortalidade real e a esperada, confirmando a aplicabilidade deste índice de gravidade.

A média da pontuação APACHE II encontrada por este estudo foi de 15,8. Este valor é semelhante ao da literatura nacional, que apresenta médias para pacientes internados em UTI variando entre 10,1 e 20 (FREITAS, 2010, OLIVEIRA et al, 2010, BASILE-FILHO et al, 2013, CARDOSO; CHIAVONE, 2013).

Basile-Filho et al (2013) demonstraram que quanto maior o tempo de espera para transferência para a UTI, maior a severidade do estado clínico (maiores valores de APACHE II e chances de morte).

Em virtude do APACHE II traduzir a gravidade do paciente na admissão da UTI, as alterações decorrentes da evolução da doença, ao longo da internação, não são consideradas, podendo reduzir a sua capacidade de previsão da letalidade hospitalar, principalmente para os óbitos que ocorrem após a saída da UTI (CARDOSO; CHIAVONE, 2013).

Segundo Caldeira et al (2010) investigações tem demonstrado que o tempo de internação antes da admissão na UTI é um preditor independente de mortalidade e quanto maior este tempo, maior a mortalidade.

Uma vez analisadas as características dos pacientes estudados, foi possível identificar e analisar a carga de trabalho de enfermagem, segundo as horas de cuidados requeridas utilizando-se o instrumento NAS.

A média do escore do conjunto dos pacientes foi de 68,4 pontos, o que indica semelhança a outros trabalhos nacionais com variação de 51,5 pontos a 66,13 pontos (NOGUEIRA et al,2007; DUCCI,2007; SILVA,2007; LIMA et al ,2008; QUEIJO,2008; PADILHA et al,2010; GONÇALVES,2011).

Na literatura encontra-se a afirmativa de alguns autores de que as investigações estudam populações de UTIs tanto gerais como especializadas, onde são atendidos pacientes clínicos e/ou cirúrgicos e que, portanto, apresentam características e especificidades de cada instituição, influenciando conseqüentemente na pontuação do NAS obtida. Na Unidade de Terapia Intensiva onde o presente estudo foi realizado são internados pacientes das diferentes especialidades médicas, tanto clínicos como cirúrgicos.

Para Miranda et al (2003) a pontuação do NAS independe da severidade da doença, tipo de paciente ou UTI. Isso permite utilizá-lo como ferramenta gerencial para estimar a quantidade de cuidados requeridos para um paciente no próximo turno, mensurar a carga de trabalho de maneira mais eficaz ou mesmo otimizar os recursos financeiros na gestão de pessoal.

A partir dos valores médios de NAS obtidos e transformando-os em horas de cuidado, foi possível obter-se 16 horas e 24 minutos, ou seja, os pacientes internados na unidade no período desse estudo necessitariam desse tempo de cuidados nas 24 horas. Esse valor, embora próximo, foi menor do que as 17,9 horas de enfermagem recomendadas para cuidado intensivo, pela Resolução do COFEN 293/2004 porém ultrapassa as 14,4h recomendadas pela Resolução RDC nº 26/2012 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Observou-se que o número de profissionais segundo o NAS foi, em média, 11,0 profissionais, representando um acréscimo em média de um trabalhador de enfermagem por plantão, o que corresponde a um aumento do quadro efetivo em 10%. Isto equivale dizer que os pacientes desta UTI receberam, em média, 90% da assistência que necessitaram.

Ao ajustar o número de profissionais de enfermagem segundo a categoria profissional, nas 24 horas, estimado pela aplicação do NAS e às recomendações estabelecidas pela Resolução COFEN nº293/2004, verifica-se que 52% deste quantitativo deveria ser enfermeiros, o que corresponde a, aproximadamente, 6 profissionais (5,72), sendo o restante técnicos de enfermagem (5,28).

Se for considerada a RDC nº26/2012, o percentual de enfermeiros seria de 20% do quadro, correspondendo a 2 profissionais desta categoria por turno (1:10 leitos) e, de técnicos de enfermagem, no mínimo, 8 profissionais por turno (1:2 leitos).

Assim, tais achados trazem subsídios para a adequação do quantitativo de pessoal necessário para que seja garantida uma assistência de qualidade ao paciente, bem como um ambiente de trabalho favorável à qualidade de vida dos profissionais. Portanto, com um dimensionamento adequado, pretende-se ter maior tempo para realizar os procedimentos de enfermagem cabíveis à equipe, direcionando para a excelência do cuidado (LEITE et al, 2012).

As tarefas de enfermagem em UTI costumam exigir esforço físico dos trabalhadores, posições incômodas e ritmo acelerado. Assim, as condições de trabalho nessa unidade muitas vezes implicam em jornadas longas, exaustivas e estressantes, rotinas repetitivas e às vezes monótonas, podendo ser a causa de absenteísmos (CARNEIRO; FAGUNDES, 2012).

Além de oferecer riscos, prolongar a internação e elevar os custos do tratamento dos pacientes, a inadequação numérica de pessoal de enfermagem pode ainda ocasionar sobrecarga de trabalho aos integrantes da equipe, comprometendo a saúde e a qualidade de vida de seus profissionais (FUGULIN; GAIDZINSKI, 2011).

Nesta perspectiva, este estudo também identificou as ausências não previstas, bem como a taxa de absenteísmo.

Nos anos de 2012 e 2013 o quantitativo médio de profissionais foi de 12,6 enfermeiros e 47,8 auxiliares/técnicos de enfermagem (nível médio).

Entre as ausências não previstas as mais frequentes, em número absoluto, foram 307 folgas abonadas (47,1%) e 216 licenças para tratamento de saúde (33,1%). Em outra perspectiva, quando equacionamos o número de licenças por dias de afastamentos, observamos que 43,8% foram de licenças para tratamento de saúde (1143 dias) e 33,1% de licenças prêmio (862 dias).

Ao comparar as taxas de absenteísmo referentes às ausências não previstas, entre as categorias, verificou-se, em 2012, uma taxa dos profissionais de nível médio três vezes maior a dos profissionais de nível superior, enquanto em 2013 essa relação foi duas vezes maior.

A Resolução COFEN 293/2004 prevê uma taxa não inferior a 6,67% de absenteísmo para o cálculo do índice de segurança técnica. Para os profissionais de nível médio esta pesquisa apresentou resultado próximo ao da Resolução em 2012 (6,38%) e superior em 2013 (8,08%). Ao se tratar da categoria enfermeiro os resultados foram inferiores 2,02 e 3,99% nos anos de 2012 e 2013, respectivamente.

As taxas de absenteísmo obtidas no presente estudo foram menores do que os dados encontrados em outras pesquisas.

Sancinetti et al (2011) ao analisar as taxas de absenteísmo dos profissionais de enfermagem em um hospital público de ensino, encontrou na Unidade de Terapia Intensiva Adulto 9,4%.

Ferreira et al (2012) obteve taxas de 20,3 % para poucos dias e 16,6% para períodos prolongados de absenteísmo por doença em uma equipe de enfermagem no estado do Rio de Janeiro.

Carneiro e Fagundes (2012) que estudaram grupos de enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva, identificaram taxas que chegaram a 30% para auxiliares e técnicos e até 46% para enfermeiros.

Mininel (2013) obteve em um hospital universitário taxas de afastamento que chegavam a 25%.

Formenton (2014) descreve que estudos nacionais e internacionais apontam que taxas altas de absenteísmo por doença estão relatadas quase na totalidade dos trabalhos sobre absenteísmo e com altas taxas de afastamento por doenças osteomusculares e de ordem psíquica e psicológica.

Os enfermeiros apresentaram menores valores de afastamentos. Reis et al (2003) afirmam que uma menor frequência de afastamentos deste profissional ao trabalho pode ser atribuído ao fato de que, sendo aquele que responde pela equipe, a exigência de sua presença pode influenciar esta ocorrência. Entretanto, autores apontam que os afastamentos são mais facilmente resolvidos por arranjos internos entre trabalhadores hierarquicamente superiores (COSTA, VIEIRA e SENA,2009).

Várias publicações nacionais apontam para a maior ocorrência de afastamentos do trabalho entre os profissionais de nível médio (Fugulin 2003, Sancinetti et al 2009; Becker e Oliveira, 2008; Costa, Vieira, Sena, 2009; Inoue, 2008).

Assim como em outros estudos, a licença médica foi principal motivo do absenteísmo da equipe de enfermagem, merecendo atenção dos gerentes dos serviços de saúde e pesquisadores (Sancinetti et al 2009; Sancinetti et al 2011; Becker e Oliveira, 2008; Rogenski e Fugulin, 2007 )

Uma revisão de literatura apontou evidências de que há maior frequência de faltas relacionadas à doença entre os profissionais de enfermagem atuantes em UTI (30%), decorrentes das peculiaridades do setor, que podem aumentar o risco de agravos à saúde (COSTA, VIEIRA e SENA, 2009).

Ferreira et al (2012) apontam em seu estudo sobre a abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem que o vínculo empregatício se constituiu numa das variáveis mais fortemente associadas aos muitos dias de ausência e é explicado pela maior segurança na manutenção do emprego, acoplado à maior facilidade na obtenção de licença médica.

Outro aspecto identificado nesse estudo refere-se a questão da realização das horas extras realizadas pelos profissionais de enfermagem da unidade. Além das implicações financeiras, deve-se considerar que o profissional que realiza horas extras de trabalho expõe-se a uma sobrecarga de trabalho (MELLO et al, 2013). Embora exista um déficit de profissionais de enfermagem relacionado a vagas em aberto decorrentes de desligamentos (aposentadoria, exoneração, morte) de servidores, um dos fatores que pode influenciar esta taxa de absenteísmo é a associação da carga de trabalho com a quantidade de horas extras realizadas pelos profissionais, que muitas vezes transformam essa prática em uma segunda jornada de trabalho oficial.

As características do processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem têm influenciado sobremaneira no absenteísmo por doença dos trabalhadores de enfermagem, em razão da exposição a diferentes cargas, principalmente fisiológicas e psíquicas ( SANCINETTI,2011).

Em ambientes como as Unidades de Terapia Intensiva, tais elementos são potencializados em decorrência de se constituir um ambiente onde o atendimento é ininterrupto e especializado, exigindo habilidades e conhecimentos tecnocientíficos atualizados, com atividades complexas e uma alta expectativa de produtividade com qualidade.

Assim, os resultados do presente estudo permitem afirmar que aos profissionais de enfermagem da unidade investigada apresentam baixas taxas de absenteísmo e a carga de trabalho mensurada mostra-se equacionada ao quadro atualmente existente, embora seja necessário um estudo melhor direcionado para avaliar a influência das horas extras realizadas nas horas de cuidado fornecidas aos pacientes.

O conhecimento da realidade institucional possibilita otimizar o gerenciamento de recursos humanos, integrando diferentes variáveis que interferem no processo de dimensionamento de recursos humanos para a

unidade e permitindo o desenvolvimento de estratégias gerenciais que promovam a revisão dos processos assistenciais e a reformulação da política de recursos humanos, visando a qualidade assistencial de enfermagem, segurança do paciente e qualidade vida no trabalho dos profissionais de enfermagem.

---

## *6. Conclusão*



## 6. CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa permitem concluir que:

- A amostra estudada foi composta, predominantemente, por pacientes do sexo masculino (54,7%), com idade média de 58,8 anos, submetidos a tratamento cirúrgico (51,0%), procedentes do Centro Cirúrgico (43,4%) e com tempo médio de permanência na unidade de 13 dias; a maioria dos pacientes (75,5%) teve como destino a unidade de internação, após a saída da UTI;
- Segundo os valores obtidos do escore NAS (média de 68,4), a carga de trabalho produzida pelos pacientes necessita de 11 profissionais de enfermagem por turno para supri-la. No que diz respeito ao escore APACHE II, teve um valor médio de 15,8 pontos.
- As licenças para tratamento de saúde (LTS) compuseram o maior percentual em dias (43,8%) relativos às ausências não previstas. A taxa de absenteísmo foi de 2,02% e 3,99% para enfermeiros e de 6,09% e 7,71% para auxiliares/técnicos de enfermagem, respectivamente, nos anos de 2012 e 2013.

Em virtude de a unidade investigada ainda não aplicar o NAS quando a investigação foi realizada, não havia banco de dados referente ao escore e isto não permitiu uma análise mais aprofundada na relação da carga de trabalho de enfermagem com o absenteísmo da equipe de enfermagem.

Esta investigação apresentou dados semelhantes a estudos nacionais e internacionais, demonstrando, assim, uma tendência no perfil sociodemográfico e também de necessidades de horas de cuidado de pacientes assistidos em Unidades de Terapias Intensivas. Além disso, ao utilizar a ferramenta NAS, comprovou-se sua aplicabilidade perante as demandas dos pacientes de UTI e também como instrumento de ferramenta gerencial.

A literatura é escassa de estudos que investigaram carga de trabalho em UTI e absenteísmo e suas relações; assim, novos estudos com essa temática devem ser abordados.

---

## *7. Referências*

## 7. REFERÊNCIAS

ABREU, R. M. D.; SIMÕES, A. L. A. Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 8, n. 4, p. 637-644, 2009.

AIKEN, L. H. More nurses, better patient outcomes: why isn't obvious? *Effective Clinical Practice*, v. 4, n. 5, 2001.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*. Oxford, v. 14, n. 1, p. 5-14, 2002.

AIKEN, L.; CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M.; SOCHASKI, J.; SILBER, J. H. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job

dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, v. 288, n. 16, p. 1.987-1.993, 2002.

ANSELMINI, M. L. *Quadro de referência para elaboração do orçamento de enfermagem em instituições hospitalares*. 2000. 134 f. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

BALSANELLI, A. P.; ZANEI, S. S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 16-20, 2006.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 177-183, 2003.

BASILE-FILHO, A.; MENEGUETI, M. G.; MARTINS, M. A.; NICOLINI, E. A. Why the surgical patients are so critical in their intensive care unit arrival? *Acta Cirúrgica Brasileira*, v. 28, n. 1, p. 48-53, 2013.

BAUMANN, A. Positive practice environments: quality workplaces, quality patient care. *International Council of Nurses*. Geneva (Switzerland), 2007.

BARRETO, S. M.; VIEIRA, S. R. R.; PINHEIRO, C. T. S. *Rotinas em terapia intensiva*. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

BLOOM B. S.; LUNDBERG D. Intensive care: where are we? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, v. 8 (3), p. 379-381, 1992.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde – CNESnet*. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=00](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00). Acessado em 16/02/2013.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/ams/2009/default.shtm>. Acessado em 10/02/2013.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060*. Indicadores implícitos na projeção. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default\\_tab.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm)

\_\_\_\_\_. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Resolução RDC nº 26, de 11 de maio de 2012*. Altera a resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Portaria nº 2.919, de 09 de junho de 1998*. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/portaria-no-2919gm-de-09-de-junho-de-1998-1/>

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998*. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília, 2009.

BRITISH ASSOCIATION OF CRITICAL CARE NURSES. Standards for Nurse Staffing in Critical Care (Revision).2010. Available in: [www.baccn.org.uk](http://www.baccn.org.uk)  
FERREIRA, R. C.; GRIEP, R. H.; FONSECA, M. J. M.; ROTEMBERG, L. A multifactorial approach absenteeism among nursinf staff. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 2, p. 1-9, 2012.

CALDEIRA, V. M. H; JÚNIOR, J. M. S; OLIVEIRA, A. M. R. R; REZENDE, S; ARAÚJO, L. A. G; SANTANA, M. R. O; AMENDOLA, C. P; REZENDE, E. Critérios para admissão de pacientes na Unidade de Terapia Intensiva e Mortalidade. *Revista Associação Medicina Brasileira*, v. 56, n.5, p. 528-34, 2010.

CARAYON, P.; GURSES, A. Nursing workload and patient safety: a human factors engineering perspective. In: *Patient Safety and Quality: an evidence-*

based handbook for nurses, vol. 2. Editado por HUGHES, R.G. Agency for Healthcare Research and Quality. Maryland, cap. 30, p. 203-216, 2008.

CARAYON, P.; ALVARADO, C.J. Workload and Patient Safety Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, v. 19, n. 2, p.121-129, 2007.

CARDOSO, L. G. S.; CHIAVONE, P. A. APACHE II medido na saída dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva na previsão da mortalidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Internet), v. 21, n. 3, 2013 (09 telas). Acessado em 16/12/2014.

CARNEIRO, T. M.; FAGUNDES, N. C. Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 20, n. 1. p. 84-89, 2012.

CASTRO, I.; BERNARDINO, E.; RIBEIRO, E. L. Z.; Absenteísmo na enfermagem em UTI Neonatal: perfil do profissional e motivo das ausências. *Cogitare Enfermagem*, v. 13, n. 13, p. 374-379, 2008.

CIAMPONE, J. T; GONÇALVES, L. A; MAIA, F. O. M; PADILHA, K. G. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.19, n.1, p. 28-35, 2006.

CHIAVENATO I. Recursos humanos: o capital humano das organizações. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

COELHO, F. U. A. C.; QUEIJO, A. F.; ANDOLHE, R. GONÇALVES, L. A.; PADILHA, K. G. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de cardiologia e fatores clínicos associados. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 20, n. 4, p. 735-741, 2011.

CONISHI, R. M. Y.; GAIDZINSKI, R. R. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 3, p. 346-354, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 189/96. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: *Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo*. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo, p.144-151, 2001.

\_\_\_\_\_. *Resolução nº 293/2004*. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Legislação. Rio de Janeiro, 2004.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n.1, p. 38-44, 2009.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 25, n.1, p. 55-63, 2009.

CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Monitorando indicadores de desempenho relacionados ao tempo de assistência da equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 2, p. 497-503, 2010.

DIAS, A. T.; MATTA, P. O.; NUNES, W. A. Índices de gravidade em Unidade de Terapia Intensiva adulto: avaliação clínica e trabalho da enfermagem. *Revista Brasileira de Tratamento Intensivo*, v. 18, n. 3, p. 276-81, 2006.

DIAS, M. C. C. B. *Aplicação do Nursing Activities Score – NAS – como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI Cirúrgica Cardiológica*. (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

DRAGSTEED, L.; QVIST, J. Epidemiology of intensive care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, v. 8, n. 3, p. 395-407, 1992.

DREESCH, N.; DOLEA, C.; DAL POZ, M. R.; GOUBAREV, A.; ADAMS, O.; AREGAWI, M.; BERGSTROM, K.; FOGSTAD, H.; SHERATT, D.; LINKINS, J.; SCHERPBIER, R.; YOUSSEF-FOX, M. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*, v. 20, n. 5, p. 267-276, 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076934>. Acessado em 27/6/2013.

DUCCI, A. J. *Nursing Activities Score (NAS): estudo comparativo dos resultados da aplicação retrospectiva e prospectiva em unidade de terapia intensiva* (Dissertação). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

DUCCI, A. J.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 4, n. 42, p. 673-680, 2008.

DUFFIELD, C.; DIERS, D.; O'BRIEN-PALLAS, L.; AISBETT, C.; ROCHE, M.; KING, M.; AISBETT, K. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, v. 24, p. 244-255, 2011. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20974086>

FERREIRA, R. C.; GRIEP, R. H.; FONSECA, M. J. M. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Revista Saúde Pública*, v. 46, n. 2, p. 259-268, 2012.

FREITAS, E. R. F. S. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Internet), v. 18, n. 3, 2010 (07 telas). Acessado em 16/12/2014.

FORMENTON, A. *Avaliação da capacidade para trabalho e absenteísmo da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino*. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

FUGULIN, F. M. T.; SILVA, S. H.; SHIMIZU, H. E.; CAMPOS, F. P. F. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev. Med. HU-USP*, v. 4, n. 1, p. 63-68, 1994.

FUGULIN, F. M. T. *Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino*. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, n. 37, v. 4, p. 109-17, 2003.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de Classificação de Pacientes: Identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 72-78, 2005.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidades de internação. In: HARADA, M. J. C. S. [org.]. *Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura*. São Paulo: Yendis, p. 214-222, 2011.

FUGULIN, F. M. T. Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares: análise da resolução COFEN nº 293/04. 2010. Tese (Livre-docência). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 121-135, 2012

FUGULIN, F. M. T.; ROSSETI, A. C.; RICARDO, C. M.; POSSARI, J. F.; MELLO, M. C.; GAIDZINSKI, R. R. Tempo de assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº 293/04. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Internet), v. 20, n. 2, 9 telas. Mar/Abr. 2012. Acessado em 25/11/2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, p. 85-89, 2012.

GAIDZINSKI, R. R. *Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares*. 1998. 118 f. Tese (Livre-docência). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1998.

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. *Gerenciamento de enfermagem*. São Paulo: Guanabara Koogan, p. 125-137, 2005.

GAIDZINSKI, R.R. O dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. Tese (Livre-docência). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1998.

GARCIA, P. C. *Tempo de assistência de enfermagem em UTI e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional*. 81 p. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

GOMES, A. M. Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil. In: VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. *Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas e vivências*. Porto Alegre: Artmed, p. 21-26, 2011.

GONÇALVES, L. A.; GARCIA, P. C.; TOFFOLETO, M. C.; TELLES, S. C. R.; PADILHA, K. G. Necessidades de cuidados de enfermagem em terapia intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 1, p. 56-60, 2006.

GOUVEA, P. B. *Relação entre horas requeridas e horas disponíveis de assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva*. 115 p. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012.

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

GUERRER, F. J. L.; BIACHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 2, p. 355-362, 2008.

GULLO, A. Controversial aspects of the use of scoring systems in patients with multiple organ failure. In: *Congresso Paulista de Terapia Intensiva*. São Paulo: Sopat, p. 91, 1996.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P.; UCHIMURA, T. T.; MATHIAS, T. A. F. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em



unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 2, p. 209-214, 2008.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (Internet), v. 11, n. 1, p. 55-63, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>. Acessado em 23/8/2011.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 3, p. 379-384, 2010.

INOUE, K. C.; KURODA, C. M.; MATSUDA, L. M. Nursing Activities Scores (NAS): carga de trabalho de enfermagem em UTI e fatores associados. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 134-140, 2011.

JUNKES, M. B.; PESSOA, V. F. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, 2010.

KNAUS, W. A.; ZIMMERMAN, J. E.; WAGNER, D. P. e colaboradores. APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. *Critical Care Medicine*, v. 9, p. 85, 1982.

KNOBEL, E. *Conduitas no Paciente Grave*. São Paulo: Atheneu, 1998.

KURCGANT, P.; CUNHA, K.; GAIDZINSKI, R.R. Subsídios para a estimativa de pessoal em enfermagem. *Enfoque*, v. 17, n. 3, p. 79-81, 1989.

LAUS, A. M.; ANSELMINI, M. L. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um Hospital Escola. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 4, p. 681-689, 2008.

LAUS, AM. *Aplicação do método "Indicadores de carga de trabalho na determinação de necessidades de pessoal de enfermagem" no Brasil*. 148 p. Tese (Livre-docência). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

LEITE, P. C.; SILVA, A.; MERIGHI, M. A. B.. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 2, p. 287-291, 2007.

MAGALHÃES, A. M. M.; RIBOLDI, C. O.; DALL'AGNOI, C. M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 4, p. 608-612, 2009.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 6, p. 701-705, 2007.

MALIK, A. M.; CAMPOS, C. V. A. Dimensionamento de recursos humanos em saúde ou a vida como ela é. *Cadernos FGV Projetos: Gestão e Saúde*. Rio de Janeiro: Gráfica Nova Brasileira, ano 4, n. 9, p. 20-25, 2009.

MALLOCH, K.; CANOVALOFF, A. Patient classification systems. Part I. The third generation. *Journal of Nursing Administration*, v. 29, n. 7, p. 49-56, 1999.

MELLO, B. L. D.; BUSS, A. A. Q.; VANNUCHI, M. T. O.; HADDAD, M. C. L.; VITURI, D. W. Horas extras em enfermagem: além do absenteísmo não previsto. *Revista de Enfermagem da UFPE on-line*. Recife, v. 7, n. 10, p. 5.985-5.995, 2013. Acessado em 19/12/2014.

MELLO, M.C. *Carga de trabalho de enfermagem: indicadores de tempo em unidades de clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva adulto*. 2011. Tese (Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

MIRANDA, D.R. Outcome assessment — TISS as a tool to evaluate cost-effectiveness of immunological treatment. *European Journal of Surgery*, v. 165, n. 9, p. 51-55, 1999.

MIRANDA, D. R.; NAP, R.; RIJK, A.; SCHAUFELI, W.; IAPICHINO, G. Nursing Activities Score (NAS). *Critical Care Medicine*, v. 31, n. 2, p. 374-382, 2003.

NICOLA, A. L.; ANSELMINI, M. L. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 2, p.186-190, 2005.

NOGUEIRA, L. S.; SANTOS, M. R.; MATALOUN, S. E.; MOOCK, M. Nursing Activities Score: comparação com o índice APACHE II e a mortalidade em pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva. , v.19, n. 3, 2007.

NOGUEIRA, L. S.; SOUSA, R. M. C.; DOMINGUES, C. A. Gravidade das vítimas de trauma, admitidas em unidades de terapia intensiva: estudo comparativo entre diferentes índices. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Internet), v. 17, n. 6, 2009 (07 telas). Acessado em 16/12/2014.

NONINO, E. A. P. M. *Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem – banho e curativo – segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário*. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2006.

O'BRIEN-PALLAS, L.; BAUMANN, A.; DONNER, G.; MURPHY, G. T.; LOCHHAAS-GERLACH, J.; LUBA, M. Forecasting models for human resources in health care. *Journal of Advanced Nursing*, v. 33, n. 1, p. 120-129, 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11155116>. Acessado em 11/01/2014.

O'BRIEN-PALLAS, L.; IRVINE, D.; PEEREBOOM, E.. MURRAY, M. Measuring nursing workload: understanding the variability. *Nursing Economics*, v. 15, n. 4, p. 171-182, 1997.

O'BRIEN-PALLAS, L.; MURPHY, G. T.; SHAMIAN, J.; LI, X.; HAYES, L. J. Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management*, v. 18, p. 1.073-1.086, 2010.

OLIVEIRA, A. B. F.; DIAS, O. M.; MELLO, M. M.; ARAÚJO, S.; DRAGOSAVAC, D.; NUCCI, A.; FALCÃO, A. L. E. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 22, n. 3, p. 250-256, 2010.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde Brasil: Monitoração e análise dos processos de mudança*. Washington, 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Saúde nas Américas: Brasil*. Disponível em: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25&Itemid=26&lang=pt](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=26&lang=pt). Acessado em 20/12/2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Consulta regional: Educacion en enfermeria hacia el 2020: desafios y orientaciones para contribuir a la renovacion de la Atencion Primaria de Salud*. Washington, dezembro de 2012. Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6561:-consulta-regional:-educaciun-de-enfermeruna-hacia-el-2020:-contribuciones-a-la-renovaciun-de-la-atenciun-primaria-de-salud.-&Itemid=2095&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6561:-consulta-regional:-educaciun-de-enfermeruna-hacia-el-2020:-contribuciones-a-la-renovaciun-de-la-atenciun-primaria-de-salud.-&Itemid=2095&lang=fr). Acessado em 13/01/2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 7. ed, 2011.

PADILHA, K. G.; SOUSA, R. M. C.; GARCIA, P. C.; BENTO, S. T.; FINARDI, E. M.; HATARASHI, R. H. K. Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: A pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive Critical Care Nursing*, v. 26, p. 108-113, 2010.

PADILHA, K. G.; DUCCI, A. J.; QUEIJO, A. F.; KROKOSZ, D. V. C.; GONÇALVES, L. A. Avaliação da carga de trabalho em enfermagem. In: HARADA, M. J. C. S. [org.]. *Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura*. São Paulo: Yendis, p. 223-232, 2011.

PAGLIARINI, F.C. *Identificação da carga de trabalho de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS) em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino*. 113 p. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 1, p. 96-101, 2012.

PARRA, M. T.; MELLO, M. R. A. C. Ações administrativas do enfermeiro frente ao absenteísmo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 8, n. 1, p. 29-37, 2004.

QUEIJO, A. F. *Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS)*. (Dissertação). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. *Estudo comparativo da carga de trabalho de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva geral e especializadas, segundo o Nursing Activities Score (NAS)*. (Tese). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

\_\_\_\_\_. Mensuração da gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem na UTI. In: VIANA, R.A.P.P.; WHITAKER, I.Y. *Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências*. Porto Alegre: Artmed, p. 62-72, 2011.

QUEIJO A. F.; PADILHA K. G. Nursing activities score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43 (Esp.), p.1.018-1.025, 2009.

RIDLEY, S.; BIGGAM, M.; STONE, P. Cost of intensive therapy. A description of methodology and Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items-results from a multicenter study. *Critical Care Medicine*, v. 24, p. 64-73, 1996.

RHODES, A.; MORENO, R.P. Prestação de terapia intensiva: um problema global. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 24(4), p. 322-325, 2012.

SANCINETTI, T. R. *Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais*. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.

SANCINETTI, T.R. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico e perfil dos profissionais. Tese (Doutorado). 113 p. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.

SANCINETTI, T. R; SOARES, A .V. N; LIMA, A. F. C; SANTOS, N. C; MELLEIRO, M. M; FUGULIN, F. M. T; GAIDZINSKI, R. R. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1.007-1.012, 2011.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 8, n. 5, p. 44-51, 2000.

SILVA, M. C. M.; SOUSA, R. M. C.; PADILHA, K. G. Fatores associados ao óbito e à readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 4, 2011.

SILVA, L. C.; NOGUEIRA, L. S.; SETERVALL, C. H. C.; SOUSA, R. M. C.; PADILHA, K. G. Desempenho de índices de gravidade para estimar risco de morte em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 4, p. 846-850, 2012.

SOUZA, R. M. C.; PADILHA, K. G.; NOGUEIRA, L. S.; MIYADAHIRA, A. M. K.; OLIVEIRA, V. C. R. Carga de trabalho de enfermagem requerida por adultos, idosos e muito idosos em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 2, p. 1.284-1.291, 2009.

TRANQUITELLI, A. M.; PADILHA, K. G. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 41, n. 1, p.141-146, 2007.



## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Ficha de caracterização do paciente

I – Identificação II – Dados de internação                      Data de admissão na unidade: ___/___/____ Procedência: ( ) PS ( ) Centro Cirúrgico ( ) Clínica Médica ( ) Clínica Cirúrgica ( ) outro _____ Tipo de internação: ( )clínica ( ) cirúrgica-eletiva ( ) cirúrgica-urgência Data de alta da unidade: ___/___/____ ( ) UI ( ) óbito ( ) transferência ( ) outro _____
--

### APÊNDICE B – Planilha de Ausências

Mês	Tipo de Ausência	Quantidade de dias	Função do servidor	Turno de trabalho
	1 Licença para tratamento de saúde 2 Licença-maternidade 3 Licença-prêmio 4 Licença-nojo 5 Licença-paternidade 6 Licença-gala 7 Licença doação de sangue 8 Férias 9 Folga abonada 10 Falta injustificada		1 Enfermeiro 2 Técnico de enfermagem 3 Auxiliar de enfermagem	1 Manhã 2 Tarde 3 Noite

**APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

HOSPITAL MUNICIPAL DR MÁRIO GATTI  
Av. Prefeito Faria Lima, 340 - Parque Itália - Campinas- São Paulo - Brasil -  
CEP:13036-902 - Fone: 55 19 3772 5700 - site: www.hmmg.sp.gov.br

ELMAs. Sras.

Profª. Drª. ANA MARIA LAUS  
ROSELENA PECHOTO DE OLIVEIRA

Autorizamos a realização da pesquisa intitulada **“CARGA DE TRABALHO E ABSENTEÍSMO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”** a ser desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti.

Dr. Marcus Vinicius Pereira  
Coordenador da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal Dr.  
Mário Gatti

Enfª. Marina Akemi Higo  
Gerente de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital  
Municipal Dr. Mário Gatti



## **APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PACIENTE**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PACIENTE**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que estamos realizando na Unidade de Terapia Intensiva Adulta do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, cujo título é **CARGA DE TRABALHO E ABSENTEÍSMO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

Caso o (a) Senhor (a) concorde em participar, o motivo que nos leva a estudar o assunto é verificar se a quantidade de profissionais de enfermagem atual é suficiente para cuidar dos pacientes, de acordo com a necessidade de cada um, possibilitando à enfermeira responsável pela unidade negociar a quantidade requerida de funcionários de enfermagem. O objetivo dessa pesquisa é relacionar a necessidade de cuidados de enfermagem dos pacientes e como a ausência de um trabalhador pode interferir no trabalho da equipe. A coleta de dados será feita por meio: da observação direta dos procedimentos realizados pela enfermagem de acordo com a necessidade do paciente e leitura do prontuário para obter informações do período das 24 horas do dia e dos dados referentes a idade, sexo, cidade onde reside, onde estava no hospital antes de vir para a unidade de terapia intensiva adulto, em que dia teve alta da unidade de terapia intensiva e qual foi o destino após a alta. O período de coleta de dados será um mês e os dados coletados enquanto o paciente permanecer internado nesta unidade.

Existe um desconforto e risco mínimo nesta pesquisa se você concordar em participar, que são individuais e relativos ao constrangimento do fornecimento das informações. Os resultados deste estudo serão apresentados para os enfermeiros responsáveis da Unidade de Terapia Intensiva para que sejam estudadas formas de intervenção. O possível benefício é a melhor qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem ao paciente e melhores condições de trabalho para a equipe de enfermagem. O (a) Senhor (a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto e a qualquer momento que desejar. O (a) Senhor (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer instante. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com sigilo e resguardando seu anonimato. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (a) Senhor (a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste

estudo. Uma via assinada deste consentimento informado será arquivada pela pesquisadora e a outra será fornecida ao (à) Senhor (a). A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

#### **CONSENTIMENTO DO(A) PARTICIPANTE VOLUNTÁRIO – PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Roselena Pechoto de Oliveira certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei procurar pela pesquisadora Roselena Pechoto de Oliveira pessoalmente no endereço Av. Prefeito Faria Lima, 340, Parque Itália, Campinas – SP, telefone (19) 8230-8209 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, localizado à Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP, telefone: (16) 3602.3386, e-mail: [cep@eerp.usp.br](mailto:cep@eerp.usp.br), horário de funcionamento de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Declaro que concordo em participar desse estudo e autorizo os pesquisadores a utilizarem os resultados desta pesquisa em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Recebi uma via assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Roselena Pechoto de Oliveira  
Pesquisadora

---

Participante Voluntário

## **APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O RESPONSÁVEL**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O RESPONSÁVEL**

Gostaríamos de convidar e solicitar a sua autorização para que o paciente

---

possa participar como voluntário em uma pesquisa que estamos realizando na Unidade de Terapia Intensiva Adulta do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, cujo título é **CARGA DE TRABALHO E ABSENTEÍSMO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

Caso o (a) Senhor (a) concorde em autorizar a participação do paciente neste estudo, o motivo que nos leva a estudar o assunto é verificar se a quantidade de profissionais de enfermagem atual é suficiente para cuidar dos pacientes, de acordo com a necessidade de cada um, possibilitando à enfermeira responsável pela unidade negociar a quantidade requerida de funcionários de enfermagem. O objetivo dessa pesquisa é relacionar a necessidade de cuidados de enfermagem dos pacientes e como a ausência de um trabalhador pode interferir no trabalho da equipe. A coleta de dados será feita por meio: da observação direta dos procedimentos realizados pela enfermagem de acordo com a necessidade do paciente e leitura do prontuário para obter informações do período das 24 horas do dia e dos dados referentes a idade, sexo, cidade onde reside, onde estava no hospital antes de vir para a unidade de terapia intensiva adulto, em que dia teve alta da unidade de terapia intensiva e qual foi o destino após a alta. O período de coleta de dados será um mês e os dados coletados enquanto o paciente permanecer internado nesta unidade.

Existe um desconforto e risco mínimo nesta pesquisa se você concordar em participar, que são individuais e relativos ao constrangimento do fornecimento das informações. Os resultados deste estudo serão apresentados para os enfermeiros responsáveis da Unidade de Terapia Intensiva para que sejam estudadas formas de intervenção. Garantimos ao (à) Senhor (a) o ressarcimento e indenização em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa. O possível benefício é a melhor qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem ao paciente e melhores condições de trabalho para a equipe de enfermagem. O (a) Senhor (a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto e a qualquer momento que desejar. O (a) Senhor (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer instante. A sua participação é voluntária e a

recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com sigilo e resguardando seu anonimato e o do paciente. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (a) Senhor (a) e o paciente não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via assinada deste consentimento informado será arquivada pela pesquisadora e a outra será fornecida ao (à) Senhor (a). A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

### **CONSENTIMENTO DO (A) RESPONSÁVEL PELO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Roselena Pechoto de Oliveira certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei procurar pela pesquisadora Roselena Pechoto de Oliveira pessoalmente no endereço Av. Prefeito Faria Lima, 340, Parque Itália, Campinas – SP, telefone (19) 8230-8209 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, localizado à Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP, telefone: (16) 3602.3386, e-mail: [cep@eerp.usp.br](mailto:cep@eerp.usp.br), horário de funcionamento de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Considerando a impossibilidade do(a) Sr (a) \_\_\_\_\_ decidir por si próprio (a) em razão de suas condições de saúde , declaro que concordo na sua participação nesse estudo e autorizo os pesquisadores a utilizarem os resultados desta pesquisa em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Recebi uma via assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclareceras minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_  
Roselena Pechoto de Oliveira  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Participante Voluntário



## ANEXO

## ANEXO A – NURSING ACTIVITIES SCORE

<b>Escore de Atividades de Enfermagem</b>	
<b>ATIVIDADES BÁSICAS</b>	<b>Pontuação</b>
<b>1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLES</b>	
Ia. Sinais vitais horários, cálculo e registro do balanço hídrico.	4,5
Ib. 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
Ic. 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
<b>2. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS:</b> bioquímicas e microbiológicas.	4,3
<b>3. MEDICAÇÃO,</b> exceto drogas vasoativas.	5,6
<b>4. PROCEDIMENTOS DE HIGIENE</b>	
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, <sup>7</sup> 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
<b>5. CUIDADO COM DRENOS - Todos (exceto sonda gástrica)</b>	1,8
<b>6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO</b> 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
<b>7. SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES</b> 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
<b>8. TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS</b>	
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

Continua

<b>SUPORTE VENTILATÓRIO</b>	
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
<b>SUPORTE CARDIOVASCULAR</b>	
12. Medicação vasoativa independente do tipo e dose.	1,2
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos >3l/m <sup>2</sup> /dia, independente do tipo de fluido administrado.	2,5
14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	1,7
15. Reanimação cardiopulmonar nas últimas 24 horas (excluído soco precordial).	7,1
<b>SUPORTE RENAL</b>	
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	7,7
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. Sonda vesical de demora).	7,0
<b>SUPORTE NEUROLÓGICO</b>	
18. Medida da pressão intracraniana	1,6
<b>SUPORTE METABÓLICO</b>	
19. Tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada.	1,3
20. Hiperalimentação intravenosa.	2,8
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia).	1,3
<b>INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS</b>	
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 consequências 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
Os sub-itens dos itens 1, 4, 6, 7 e 8 são mutuamente exclusivos.	

Fonte: QUEIJO e PADILHA, 2009.

## ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 305/2013

Ribeirão Preto, 16 de dezembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 16 de dezembro de 2013.

**Protocolo: 17340113.6.0000.5393**

**Projeto:** Carga de Trabalho e Absenteísmo da Equipe de Enfermagem dm Unidade de Terapia Intensiva.

**Pesquisadores:** Ana Maria Laus  
Roselena Pechoto de Oliveira

*Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.*

Atenciosamente,

**Prof.ª Dr.ª. Claudia Benedita dos Santos**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Prof.ª. Dr.ª. Ana Maria Laus**

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP