**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

ARMANDO DOS SANTOS TRETTENE

**Impacto da promoção do autocuidado na carga de
trabalho de enfermagem**

**BAURU
2015**

ARMANDO DOS SANTOS TRETTENE

**Impacto da promoção do autocuidado na carga de
trabalho de enfermagem**

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientadora: Dra. Marcia Ribeiro Gomide

Coorientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertencello Fontes

**BAURU
2015**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Rua Silvio Marchione, 3-20

Caixa Postal: 1501

17012-900 – Bauru – SP – Brasil

Telefone: (14) 3235-8000

Prof. Dr. Marco Antonio Zago – Reitor da USP

Dra. Regina Célia Bortoleto Amantini – Superintendente do HRAC-USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese.

Armando dos Santos Trettene

Bauru, ____ de _____ de 2015.

Trettene, Armando dos Santos

T725i Impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem / Armando dos Santos Trettene. Bauru, 2015.
140p.; il.; 30cm.

Tese (Doutorado – Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Dra. Marcia Ribeiro Gomide
Coorientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes

1. Enfermagem. 2. Autocuidado. 3. Carga de trabalho. 4. Dimensionamento de pessoal. 5. Cuidados semi-intensivos. 6. Sequência de Robin.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Armando dos Santos Trettene

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências da Reabilitação.
Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição _____

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da Tese junto à SPG: ____/____/____

ARMANDO DOS SANTOS TRETTENE

27 de fevereiro de 1981

Nascimento

Cafelândia – SP

2000-2003

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia –
Universidade de Marília (UNIMAR).

2004-2006

Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva
(UTI) do Hospital Beneficência Portuguesa.

2004-2008

Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva
Coronariana (UTI-UCO) do Hospital Estadual
Bauru.

2004-2006

Especialização em Enfermagem em Terapia
Intensiva (UTI) – Faculdade de Medicina de
São José do Rio Preto (FAMERP).

2006 até o presente

Enfermeiro do Hospital de Reabilitação de
Anomalias Craniofaciais da Universidade de
São Paulo (HRAC-USP).

2008 até o presente

Docente do Curso de Enfermagem da
Universidade Paulista (UNIP).

2009-2011

Curso de Mestrado em Ciências da
Reabilitação, Área de Concentração: Fissuras
Orofaciais e Anomalias Relacionadas, Hospital
de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
(HRAC-USP).

2012 até o presente

Curso de Doutorado em Ciências da
Reabilitação, Área de Concentração: Fissuras
Orofaciais e Anomalias Relacionadas, Hospital
de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
(HRAC-USP).

DEDICATÓRIA

A Deus, por todas as oportunidades que tem me proporcionado, pelo refúgio seguro em todos os momentos, me guiando sempre.

*Aos meus pais Armando e Irene,
os quais, por meio da simplicidade, souberam cultivar e transmitir os valores que realmente agregam, vivenciando e ensinando que a honestidade, a educação e o respeito ao próximo devem nos nortear.*

A vocês, meu incondicional e eterno amor e gratidão.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora e coorientadora

Dra. Marcia Ribeiro Gomide
e
Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Pelas exímias profissionais e pesquisadoras que são.
Obrigado por conduzir-me na realização deste sonho. Agradeço infinitamente
pela paciência e ensinamentos.
Muito me orgulha e privilegia ter sido orientado por vocês.
Meu eterno agradecimento e profunda admiração.

AGRADECIMENTOS

À minha família, de modo especial aos meus sobrinhos **Camila** e **Yan Henrique**, por representarem constante incentivo no alcance de meus objetivos. A vocês meu carinho e amor.

Ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, na pessoa de sua Superintendente **Profa. Dra. Regina Célia Amantini**.

À Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP, na pessoa de sua presidente **Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira**. Obrigado por sua sensibilidade e constante incentivo à pesquisa que nos contagia.

À **Ana Marcia Crisci Bertoni**, Diretora da Divisão Hospitalar, pelo constante apoio.

À **Dra. Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini**, Diretora Técnica do Serviço de Enfermagem, pelo estímulo constante durante a realização desse trabalho.

À **Dra. Maria Irene Bachega**, Ouvidora Hospitalar, pelo apoio incondicional. Muito obrigado por contribuir na realização desse sonho.

Aos **pacientes, cuidadores e familiares**, não só por tornarem possível a realização desse trabalho, mas pelo aprendizado e amizade. Vocês contribuíram não somente para o meu crescimento humanístico e profissional, mas para o processo da reabilitação dos pacientes com fissura labiopalatina.

À **Dra. Raquel Rapone Gaidzinski, Dra. Maria Irene Bachega e Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo**, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À **equipe de enfermagem** do HRAC-USP, dos hospitais onde trabalhei, aos meus **alunos, colegas e amigos** em geral, nos quais a descrição dos nomes se torna impossível. Obrigado pelo carinho e incentivo constante. Trago cada um em meu coração.

À **Flávia Maria Ravagnani Neves Cintra**, pela valiosa contribuição no tratamento estatístico dos dados.

À **Unidade de Ensino e Pesquisa** do HRAC-USP, pelo atendimento de excelência prestado.

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação do HRAC-USP, nas pessoas da **Maria José (Zezé)** e **Tatiana**, pelo apoio em todos os momentos. Muito obrigado pela atenção, paciência e amizade.

A todos que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

*“Acho que os sentimentos se perdem nas
palavras. Todos deveriam ser
transformados em ações; em ações que
tragam resultados!”*

Florence Nightingale

RESUMO

Trettene AS. Impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2015.

Objetivos: verificar o impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem (CTE), em relação às crianças com Sequência de Robin Isolada e seus agentes de autocuidado; construir e validar um Tutorial referente à aplicação do Nursing Activities Score (NAS) em Unidade de Cuidado Semi-intensivo especializada; identificar e comparar a CTE em dois momentos distintos, compreendendo a 1ª internação (cuidadores não capacitados para o autocuidado) e a 2ª internação (cuidadores capacitados para o autocuidado); associar os itens NAS referentes à promoção do autocuidado (suporte e cuidado aos familiares) entre a 1ª e a 2ª internação; associar os aspectos sociodemográficos das crianças e dos agentes de autocuidado à CTE; identificar e comparar o dimensionamento de pessoal segundo as horas NAS na 1ª e 2ª internação à Resolução Cofen 293/04. **Método:** estudo prospectivo, desenvolvido na Unidade de Cuidado Semi-intensivo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, baseado no Referencial Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem. A amostra constou de 31 lactentes com Sequência de Robin Isolada e seus respectivos agentes de autocuidado. Os participantes foram avaliados na 1ª e 2ª internação quanto à CTE. Para essa avaliação, utilizou-se o NAS, cujo Tutorial foi construído e validado para o presente estudo, considerando-se a especificidade da população. A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro a outubro de 2014. Utilizou-se para a análise estatística o Teste T-Student, a Análise de Variância e a Correlação de Pearson. Foram aceitas como diferenças significantes, os valores de $p \leq 0,05$ (5%). **Resultados:** Foram geradas 519 avaliações referentes à CTE. A média de duração da 1ª internação foi de 10,3 dias ($\pm 5,7$), enquanto da 2ª foi de 6,4 dias ($\pm 3,4$). A média NAS na 1ª internação foi de 60,9% e na 2ª internação foi de 41,6%, ou seja, foram dispendidas 93,4 e 63,4 horas de enfermagem referente às 24 horas, respectivamente. A CTE no 1º dia de internação foi maior quando comparada ao último dia, tanto na 1ª ($p < 0,001$) como na 2ª internação ($p < 0,001$). A CTE foi maior no 1º ($p < 0,001$) e último dia ($p = 0,025$) na 1ª internação. A CTE na 1ª internação foi maior quando comparada com a 2ª internação ($p < 0,001$). Os itens NAS referentes à capacitação do autocuidado influenciaram a CTE ($p < 0,001$), enquanto que as características sociodemográficas das crianças e agentes de autocuidado, não influenciaram. O dimensionamento de pessoal segundo as horas NAS foi de 26 profissionais na 1ª internação e 18 profissionais na 2ª internação. Quanto à Resolução Cofen, foram necessárias 60,2 horas de enfermagem referentes às 24 horas, e o dimensionamento foi de 14 profissionais, ou seja, evidenciou-se um déficit de oito profissionais quando comparado com a 2ª internação, e de 12 profissionais quando comparado com a Resolução do Cofen 293/04. **Conclusão:** a CTE foi maior ao se promover o autocuidado e influenciou o quantitativo de profissionais de enfermagem, demonstrando a necessidade de se reconsiderar sobre o dimensionamento de pessoal referente a esse perfil de assistência.

Palavras-chave: Enfermagem. Autocuidado. Carga de trabalho. Dimensionamento de pessoal. Cuidados semi-intensivos. Sequência de Robin.

ABSTRACT

Trettene AS. The impact of promoting self-care upon nursing workload [thesis]. Bauru: Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2015.

Objectives: to verify the impact of promoting self-care upon nursing workload, in relation to children with Isolated Robin Sequence and their self-care agents; to elaborate and validate a Tutorial referring to the application of the Nursing Activities Score (NAS) in a Specialized Semi-Intensive Care Unit; to identify and compare the nursing workload at two different periods, including the 1st hospitalization (untrained caregivers for self-care) and the 2nd hospitalization (caregivers trained for self-care); to associate NAS items related to the promotion of self-care (support and care concerning family members) between the 1st and the 2nd hospitalization; to associate the sociodemographic characteristics of children and the self-care agents to nursing workload; to identify and compare the staff dimensioning, according to NAS in the 1st and 2nd hospitalization, according to Cofen Resolution n° 293/04. **Method:** prospective study carried out at Specialized Semi-Intensive Care Unit of the Rehabilitation Hospital of Craniofacial Anomalies, based on the Self-Care Theoretical Framework of Dorothea Orem. The sample consisted of 31 infants with Isolated Robin Sequence and their respective self-care agents. Participants were evaluated on the 1st and 2nd hospitalization, regarding the nursing workload. For this evaluation, NAS was applied, whose Tutorial was developed and validated for this study, considering the specificity of the population. Data collection took place from February to October 2014. For the statistical analysis, the Student T-test, the analysis of variance and Pearson correlation were employed. Values for $p=0.05$ (5%) were accepted as significant difference. **Results:** a total of 519 assessments, related to nursing workload were generated. The average period of the 1st hospitalization consisted of 10.3 days (± 5.7), while the 2nd consisted of 6.4 days (± 3.4). NAS average in the 1st hospitalization was 60.9% and in the 2nd was 41.6%, that is, a total of 93.4 and 63.4 nursing hours, referring to 24 hours, respectively. The nursing workload on the 1st day of hospitalization was higher, when compared to the last day, either on the 1st ($p<0.001$) as on the 2nd hospitalization ($p<0.001$). Nursing workload was higher on the 1st ($p<0.001$) and last day ($p=0.025$) during the 1st hospitalization. Nursing workload in the 1st hospitalization was higher when compared to the 2nd hospitalization ($p<0.001$). NAS items related to self-care training influenced the nursing workload ($p<0.001$), while the socio-demographic characteristics of children and self-care agents, did not influence. The staff dimensioning according to NAS comprised 26 professionals in the 1st hospitalization and 18 professionals in the 2nd. As for Cofen Resolution, a total of 60.2 nursing hours were necessary, referring to 24 hours, and comprised 14 professionals, thus, it was evidenced, a deficit of eight professionals when compared to the 2nd hospitalization, and 12 professionals, when compared to Cofen Resolution 293/04. **Conclusion:** nursing workload was higher when promoted self-care and influenced the amount of nursing professionals, demonstrating the necessity for reconsidering the staff dimensioning, regarding this type of service.

Keywords: Nursing. Self-care. Nursing workload. Nursing staff. Semi-intensive care. Robin Sequence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 -	Lactente com Sequência de Robin - perfil e frente	34
Figura 2 -	Sequência de Robin com fissura de palato em “U” e “V”	36
Figura 3 -	Tipos de obstrução respiratória apresentados pelo lactente com Sequência de Robin	37
Figura 4 -	Lactente em tratamento postural - posição prona	40
Figura 5 -	Lactente com Sequência de Robin com intubação nasofaríngea .	41
Figura 6 -	Comparação entre CTE referente ao 1º e último dia, da 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014	81
Figura 7 -	Associação entre a CTE da 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014	81

- QUADROS

Quadro 1 -	Apresentação das modificações propostas pelos juízes durante o primeiro ciclo da validação de conteúdo do Tutorial referente ao NAS, para aplicação em UCSI especializada. Bauru, 2014	72
Quadro 2 -	Apresentação das modificações propostas pelos juízes durante o segundo ciclo da validação de conteúdo do Tutorial referente ao NAS, para aplicação em UCSI especializada. Bauru, 2014	73
Quadro 3 -	Tutorial referente ao NAS, para aplicação em UCSI. Bauru, 2014	73-77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das avaliações dos juízes sobre os itens do Tutorial referente ao NAS para aplicação em UCSI Especializada. Bauru, 2014.....	77
Tabela 2 -	Distribuição dos AAC segundo as variáveis: classificação socioeconômica, escolaridade, estado civil e número de filhos. Bauru, 2014.....	78
Tabela 3 -	Duração da primeira e segunda internação (em dias). Bauru, 2014	78
Tabela 4 -	Apresentação da CTE referente à 1ª internação, incluindo o 1º e último dia. Bauru, 2014	79
Tabela 5 -	Apresentação da CTE referente à 2ª internação, incluindo o 1º e último dia. Bauru, 2014	79
Tabela 6 -	Associação entre a CTE referente à 1ª internação e o 1º e último dia. Bauru, 2014	79
Tabela 7 -	Associação entre a CTE referente à 2ª internação e o 1º e último dia. Bauru, 2014	80
Tabela 8 -	Associação entre a CTE do 1º dia da 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014	80
Tabela 9 -	Associação entre a CTE do último dia da 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014.....	80
Tabela 10 -	Associação entre a CTE da 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014	81
Tabela 11 -	Associação entre a CTE referente à 1ª e 2ª internação e o item NAS 7a, correspondente à capacitação dos AAC. Bauru, 2014 ...	82
Tabela 12 -	Associação entre a CTE referente à 1ª e 2ª internação e o item NAS 7b, correspondente à capacitação dos AAC. Bauru, 2014 ...	82

Tabela 13 - Distribuição das intervenções terapêuticas do NAS segundo seus itens, relacionados à 1ª internação. Bauru, 2014	83
Tabela 14 - Distribuição das intervenções terapêuticas do NAS segundo seus itens, relacionados à 2ª internação.....	84
Tabela 15 - Associação entre a CTE na 1ª e 2ª internação, e as variáveis dos AAC: classificação socioeconômica, escolaridade, estado civil e número de filhos. Bauru, 2014	85
Tabela 16 - Diferenças entre o quantitativo de profissionais de enfermagem segundo a Resolução Cofen - 293/04 e o NAS na 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014.....	87

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1	TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	27
2.1.1	Conceitos de déficit de autocuidado segundo Orem	29
2.1.2	Requisitos de autocuidado	31
2.1.3	Fatores condicionantes básicos	32
2.1.4	O agente de autocuidado (AAC)	33
2.2	SEQUÊNCIA DE ROBIN	34
2.2.1	Descrição histórica, terminologia e classificação	34
2.2.2	Etiopatogenia e fisiopatologia	35
2.2.3	Manifestações clínicas	38
2.2.4	Tratamento	39
2.3	CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM	44
2.3.1	Dimensionamento de pessoal	44
2.3.2	Instrumentos de mensuração da carga de trabalho de enfermagem	47
3	OBJETIVOS	53
3.1	GERAL	55
3.2	ESPECÍFICOS	55
4	CASUÍSTICA E MÉTODO	57
4.1	LOCAL DO ESTUDO	59
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	60
4.3	MÉTODO	60
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	61
4.5	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO TUTORIAL REFERENTE AO NAS PARA APLICAÇÃO EM UCSI ESPECIALIZADA	62
4.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	64
4.7	FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS	65
4.7.1	Cálculo do dimensionamento da equipe de enfermagem segundo o NAS	65

4.7.2	Cálculo do dimensionamento da equipe de enfermagem segundo a resolução COFEN.....	67
4.7.3	Análise estatística.....	68
5	RESULTADOS	69
5.1	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO TUTORIAL REFERENTE AO NAS PARA APLICAÇÃO EM UCSI ESPECIALIZADA.....	71
5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	77
5.3	AVALIAÇÃO DA CTE.....	78
5.4	DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL.....	85
6	DISCUSSÃO.....	89
7	CONCLUSÕES	105
	REFERÊNCIAS	109
	ANEXOS	129

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As deformidades craniofaciais compreendem um grupo amplo e complexo que abrangem anomalias isoladas ou múltiplas, de etiologia genética ou não, afetando cerca de 5% dos nascidos vivos (MONILEÓ; LOPES, 2006). Segundo Paranaíba et al. (2011), as fissuras labiopalatinas representam as malformações não sindrômicas de acometimento craniofacial mais comuns.

A reabilitação dos indivíduos acometidos por fissuras labiopalatinas visa garantir a nutrição, estimulação neurosensorial e harmonia no meio familiar, por meio de apoio e orientação aos pais com relação às particularidades de seus filhos. Com o devido conhecimento, os pais podem aceitar a situação e efetivar as medidas indicadas pela equipe interdisciplinar, fatores esses, indispensáveis, principalmente nos primeiros anos de vida (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; SILVA; ROCHA; LAGE, 2009).

A atenção especializada às crianças com fissura labiopalatina iniciou-se em 1967, com o Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (CPRLLP) da Universidade de São Paulo, atualmente denominado Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP).

A reabilitação do paciente com fissura labiopalatina deve nortear-se por uma assistência interdisciplinar, visando resultados biopsicossociais e funcionais. Nesse contexto, o enfermeiro exerce um papel fundamental e essencial, atuando principalmente como educador na promoção do autocuidado (TRETTENE et al., 2014).

A teoria do autocuidado de Orem (2001) tem embasado a assistência de enfermagem de modo substancial, visando a manutenção das necessidades humanas básicas por meio do sistema de ensino-aprendizagem. Hickman (2000) define a teoria de enfermagem como: “uma estrutura constituída por conceitos ordenados e inter-relacionados que orientam a prática profissional”.

De acordo com Orem (2001), o autocuidado consiste “na prática de atividades que as pessoas desempenham em seu próprio benefício, no sentido de manter a vida, o bem-estar e a saúde”. Afirmar ainda, que habitualmente adultos

cuidem de si próprios; já bebês, crianças, e em algumas situações, idosos, requerem assistência nas atividades de autocuidado parciais ou totais, por se encontrarem em estágio precoce de desenvolvimento físico, mental e psicossocial, ou ainda devido à idade avançada ou acometimento de doenças degenerativas.

Orem (2001) defende que existem diferentes formas de atuação da enfermagem, incluindo: atuar por outra pessoa ou realizar algo por ela, guiar ou dirigir, proporcionar cuidado físico e/ou psicológico, proporcionar ou manter um ambiente que apoie o desenvolvimento, além de ensinar quem necessita de ajuda.

De acordo com Pereira (2004), o autocuidado consiste em um sistema de ações intencionadas que é mensurado em termos qualitativos e quantitativos, relacionados ao comportamento do indivíduo, para satisfazer as necessidades terapêuticas. Afirmar ainda, que o autocuidado depende de um provedor, definido por Orem (2001), como agente de autocuidado (AAC).

Soares, Gaidzinski e Cirico (2010), enfatizam que sistemas de educação e orientação à saúde, por não requererem equipamentos sofisticados ou grandes procedimentos, conduzem alguns administradores a classificarem essa assistência como cuidados mínimos de enfermagem. Ressaltam, porém, que requerem profissionais com grande habilidade de comunicação, disponibilidade, monitoramento, avaliação, e postura de acolhimento, o que, sem dúvida, demanda tempo e competência profissional.

O modelo teórico de Orem foi utilizado por Mondini (2001), na abordagem da criança com fissura labiopalatina, relacionando a atuação da enfermagem e o AAC no processo do cuidar durante o período pré, trans e pós-operatório das cirurgias reparadoras. Os AAC foram avaliados quanto à capacitação para os cuidados relacionados à intubação nasofaríngea, posicionamento do lactente e as técnicas facilitadoras da alimentação de lactentes com Sequência de Robin, proporcionando quantificar o período de tempo necessário para a aquisição das habilidades para o autocuidado, reforçando a eficácia metodológica da teoria nessa abordagem (MONDINI, 2008).

Trettene (2011), utilizou o referencial de Orem na avaliação do autocuidado relacionado à alimentação da criança pós-palatoplastia, evidenciando a importância para enfermagem do planejamento, implementação e avaliação dos resultados.

O presente estudo foi realizado no HRAC-USP, na Unidade Semi-intensiva, denominada Unidade de Cuidados Especiais (UCE), destinada ao atendimento de recém-nascidos e lactentes com fissuras labiopalatinas e anomalias relacionadas, que na grande maioria dos casos, apresentam problemas respiratórios e alimentares, incluindo a insuficiência respiratória e disfagia respectivamente (SALMEN, 2011). Os cuidadores, denominados AAC por Orem, permanecem durante o período diurno, visando à capacitação para o autocuidado, para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Crianças com diagnóstico de Sequência de Robin (SR) representam 80% das internações na UCE. Estudos que investigam o planejamento do cuidado e o impacto na carga de trabalho de enfermagem são imprescindíveis.

A SR é caracterizada por uma tríade composta por micrognatia, glossoptose e fissura de palato posterior na maioria dos casos. A SR pode apresentar-se isoladamente (Sequência de Robin isolada – SRI) ou em associação com síndromes clínicas e outras malformações (MARQUES et al., 2005).

O lactente com SR geralmente evolui com dificuldade respiratória e alimentar. Dentre as modalidades de tratamento incluem-se a intubação nasofaríngea (INF), alimentação por sonda nasogástrica (SNG), e utilização de técnicas facilitadoras da alimentação (TFA) (MARQUES et al., 2005).

Os AAC, durante o período de internação, acompanham as crianças, com o objetivo de adquirirem os conhecimentos e habilidades para garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, visto que o tratamento demanda um longo prazo. Para a alta hospitalar, além das condições clínicas, considera-se a capacidade dos cuidadores quanto aos procedimentos inerentes ao lactente com SR. O enfermeiro e sua equipe devem promover a capacitação dos cuidadores, além de desenvolver estratégias e instrumentos para formalizar essa capacitação (TRETENE; FIOROTTI, 2011).

A avaliação da carga de trabalho de enfermagem (CTE), tem sido objeto de pesquisa mundial, principalmente por relacionar-se à qualidade da assistência, à segurança do paciente, à otimização de recursos humanos e redução de custos (PADILHA et al., 2010). A utilização de instrumentos para este propósito torna-se indispensável, constituindo-se como ferramenta assistencial e administrativa voltada

para a adequação de recursos materiais, equipamentos e de pessoal de enfermagem, contribuindo nos aspectos quantitativos e qualitativos. Esses instrumentos consideram a complexidade do cuidado sobre o processo de trabalho, em uma determinada população (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009; FUGULIN et al., 2011; ROSSETTI; GAIDZINSKI 2011; FUGULIN et al., 2012).

Avaliar a CTE tornou-se fundamental, considerando que uma equipe superdimensionada implica em alto custo. Por outro lado, uma equipe reduzida pode determinar a queda da eficácia/qualidade da assistência, prolongar o tempo de internação aumentando custos, além de comprometer e elevar o risco aos pacientes e profissionais (DUCCI et al., 2004; FUGULIN et al., 2011; ROSSETTI; GAIDZINSKI, 2011; FUGULIN et al., 2012; SANTOS; NOGUEIRA; PADILHA, 2012).

Nesse contexto, os enfermeiros responsáveis por unidades críticas têm buscado métodos de promoção da qualidade assistencial, sem necessariamente aumentar custos. Historicamente, o quantitativo de pessoal relaciona-se diretamente aos custos hospitalares, sendo constantemente alvo ao se tratar de contenção de despesas. Observa-se ainda, uma cobrança por parte da equipe, principalmente dos enfermeiros assistenciais, que evidenciam na prática as dificuldades relacionadas ao déficit no quantitativo e qualitativo de pessoal (GONÇALVES; PADILHA, 2007; DUCCI; ZANEI; WHITAKER, 2008; PADILHA et al., 2010; SANTOS; NOGUEIRA; PADILHA, 2012).

No decorrer do tempo, evidenciou-se a necessidade de desenvolver instrumentos específicos para mensurar a CTE, especificamente em unidades críticas. O Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) foi desenvolvido com essa finalidade, sendo o pioneiro no propósito de medir a gravidade do paciente segundo a complexidade, além de inferir o cálculo da CTE requerida (MIRANDA et al., 2003; DUCCI et al., 2004; GONÇALVES; PADILHA, 2007).

Porém, com o desenvolvimento de índices de gravidade de base fisiológica, o TISS, após várias versões, foi reestruturado e mais direcionado para avaliar as necessidades de cuidados e CTE na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), passando a denominar-se Nursing Activities Score (NAS) (GONÇALVES; PADILHA; CARDOSO SOUSA, 2007; QUEIJO; PADILHA, 2009).

Incorporando atividades de enfermagem não contempladas nas versões anteriores, como procedimentos de higiene, suporte e cuidados aos familiares/pacientes, tarefas administrativas e gerenciais, o escore NAS expressa a porcentagem de tempo gasto por um profissional de enfermagem na assistência direta e indireta ao cliente em 24 horas (GONÇALVES; PADILHA, 2007; DUCCI; PADILHA, 2008; PADILHA et al., 2008; QUEIJO; PADILHA, 2009). Por isso, o NAS foi escolhido para o presente estudo.

Nesse formato, o NAS descreve aproximadamente duas vezes mais o tempo gasto pela enfermagem no cuidado ao paciente em estado crítico, quando comparado ao TISS (DUCCI; PADILHA, 2008; PADILHA et al., 2008; QUEIJO; PADILHA, 2009).

Assim, essa nova estrutura do NAS pontua diretamente a porcentagem de tempo gasto pela equipe de enfermagem na assistência ao doente em estado crítico, em 24 horas, podendo chegar ao máximo a 176,8% (GONÇALVES; PADILHA, 2007; DUCCI; PADILHA, 2008; PADILHA et al., 2008; QUEIJO; PADILHA, 2009).

O NAS é composto por sete grandes categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas; além de 23 itens. Sua aplicação está indicada originalmente para unidades críticas, porém, atualmente evidencia-se sua aplicação em perfis diversificados de pacientes, demonstrando sua eficácia em diferentes áreas, inclusive em unidade de tratamento semi-intensivo. A disponibilidade do NAS, traduzido e validado para a realidade brasileira, tornou possível a sua aplicação prática em nosso meio (CIAMPONE et al., 2006; GONÇALVES et al., 2006; LIMA; TSUKAMOTO; FUGULIN, 2008; SOUSA et al., 2008; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2009; QUEIJO; PADILHA, 2009; INOUE; MATSUDA, 2010).

Diante do exposto, as questões norteadoras que se pretende responder nessa investigação são: a CTE é maior quando se promove o autocuidado? As variáveis sociodemográficas da criança e do AAC influenciam a CTE? A CTE ao promover o autocuidado implica em aumento no quantitativo de pessoal de enfermagem? Há diferença entre o dimensionamento de pessoal segundo o NAS e a Resolução Cofen-293/04?

Nas bases de dados consultadas, foram encontrados dois estudos que utilizaram o NAS para mensurar a CTE em UCSI. Bochembuzio (2007) investigou a CTE em Unidades neonatais, incluindo UCSI. Wolff et al. (2007) realizaram estudo para avaliar a CTE em UCSI destinada ao atendimento de adultos.

Não foi encontrado na literatura, estudo que relacione a CTE à promoção do autocuidado, evidenciando, portanto, a relevância da presente pesquisa, de abordagem inédita.

Espera-se com a realização deste estudo, contribuir para o adequado dimensionamento de pessoal, considerando sua influência direta na qualidade do serviço em todas as suas dimensões, abrangendo não só os clientes, mas a equipe como um todo. Tem-se ainda, a expectativa de que os conhecimentos produzidos possam suscitar e subsidiar novas pesquisas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), o termo teoria é utilizado pelos cientistas referindo-se a uma generalização abstrata que apresenta uma explicação sistemática, de como os fenômenos estão inter-relacionados, exigindo que incluam ao menos, dois conceitos que estejam relacionados à teoria que se pretende explicar. O objetivo geral da teoria é dar significado aos resultados científicos, resumir o conhecimento existente em sistemas coerentes e estimular novas pesquisas, fornecendo direção e ímpeto, bem como explicar a natureza das relações entre as variáveis.

Como fundamentação teórica para esse estudo, optou-se pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (OREM, 2001), que tem sido utilizada nas várias áreas da enfermagem, incluindo a prática clínica, a pesquisa, o ensino e a administração.

De acordo com Eben et al. (1994), o autocuidado foi mencionado pela primeira vez no campo da enfermagem em 1958, quando a autora da teoria, Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, passou a refletir porque os indivíduos necessitam de auxílio da enfermagem e podem ser ajudados pela mesma. A partir desta reflexão formulou sua Teoria sobre o Déficit de Autocuidado, como uma teoria geral, constituída por três teorias relacionadas (OREM, 2001):

- Teoria de autocuidado que descreve e explica o autocuidado;
- Teoria de déficit do autocuidado, que explica quando e porque a enfermagem é necessária para ajudar as pessoas;
- Teoria de sistemas de enfermagem, que explica como o enfermeiro se organiza para ajudar as pessoas, relacionado ao conteúdo de sua prática.

Analisando a fundamentação teórica de enfermagem utilizada para o delineamento de trabalhos de conclusão de curso na Universidade Federal de Santa

Catarina relacionadas à saúde da mulher e da criança, Santos et al. (2009) constaram que o referencial teórico de Orem foi amplamente empregado.

Os modelos teóricos, para Manzini e Simonetti (2009), têm contribuído para a formação de conceitos com significado para a Enfermagem, como também uma linguagem utilizada no campo profissional.

Embora pouco percebida para a equipe de enfermagem e para a instituição de saúde, Santos e Sarat (2008), defendem que são evidentes os benefícios da aplicação de concepções teóricas de enfermagem como elemento norteador de suas práticas diárias. Tal fato revela-se no atendimento aos clientes e à família, quando as ações de enfermagem se inserem no sistema apoio-educação, desde a admissão, estimulando a participação dos clientes e dos familiares, a fim de estruturar e reafirmar seus papéis após a alta hospitalar.

Para Orem (2001), o autocuidado é uma atividade do indivíduo, aprendida pelo mesmo, e orientada para um objetivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas da vida, em que o indivíduo dirige para si mesmo, ou para regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar. Tem como propósito o emprego de ações de cuidado, seguindo um modelo, que contribui para o desenvolvimento humano.

Habitualmente adultos se cuidam sozinhos; já bebês, crianças e idosos com ou sem alterações de saúde requerem assistência nas atividades de autocuidado. Bebês e crianças requerem cuidados de outras pessoas, uma vez que estão em um estágio precoce do desenvolvimento físico, psicológico e psicossocial.

Para Gomes et al. (2014) a enfermagem deve investir na manutenção de uma relação dialógica entre os profissionais e os familiares cuidadores da criança, no sentido de conhecer suas necessidades e expectativas, na realização de ações educativas com vistas ao seu empoderamento como cuidadores, na tentativa de prevenir novas hospitalizações e instrumentalizá-los para o cuidado à criança no hospital.

Suposições empregadas na teoria do autocuidado consideradas lógicas e aceitas pela comunidade de enfermagem são defendidas por Silva, Rocha e Lage (2009), bem como, os conceitos aplicáveis à enfermagem, em suas relações

implícitas e explícitas, sendo úteis para explicar o conceito de paciente e as relações entre paciente e enfermagem.

Santos e Sarat (2008) refletindo sobre essa Teoria, relatam que a mesma consta na ajuda ao aprender a viver; sendo utilizadas por enfermeiros visando o atendimento às necessidades humanas básicas.

2.1.1 Conceitos de déficit de autocuidado segundo Orem

Orem (2001), relata cinco categorias de conceitos de autocuidado relacionadas à sua teoria:

- ações de autocuidado: referem-se às atividades, as quais os indivíduos desenvolvem em seu próprio benefício, objetivando a manutenção da vida, saúde e bem-estar. As práticas do autocuidado são aprendidas e determinadas ou influenciadas pela cultura do grupo no qual o indivíduo está inserido, sendo no presente estudo, referidos como AAC, referindo-se à mãe, pai ou responsável informal;
- capacidade de autocuidado: conjunto de habilidades adquiridas, específicas para a realização do autocuidado. Referem-se neste estudo aos meios e modos que o AAC utiliza, a fim de se tornar independente. Vale salientar que, para desenvolver essas habilidades é necessário haver envolvimento, estando sujeitos aos fatores condicionantes, como: idade, experiências de vida e fatores socioculturais;
- demanda terapêutica de autocuidado: conjunto de medidas relacionadas ao cuidado em momentos específicos ou durante um período de tempo. No presente estudo, a demanda terapêutica de autocuidado relaciona-se aos cuidados para manutenção da saúde e do bem-estar da criança com SR;
- déficit de autocuidado: pode ser parcial ou completo, denotando o principal elemento da teoria; expressa e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam do enfermeiro. O parcial se limita às incapacidades de satisfazer um ou vários requisitos de autocuidado. O

déficit completo consiste na incapacidade total para satisfazer e demanda de autocuidado;

- sistema de enfermagem: conjunto de habilidades que a enfermagem utiliza para proporcionar a assistência holística, através do suporte educativo parcial ou total, que ajude o AAC a superar as deficiências de autocuidado com a saúde da criança.

Segundo Orem (2001), o sistema de enfermagem pode ser:

- totalmente compensatório: ocorre quando o enfermeiro atende todos os cuidados terapêuticos, compensando a incapacidade total dos pacientes para realizar as atividades de autocuidado e que requerem movimentos de deambulação e de manipulação;
- parcialmente compensatório: são aqueles nos quais tanto a enfermagem como os pacientes realizam medidas de assistência e possuem capacidade de julgamento acerca das mesmas;
- sistema de apoio educativo: situações nas quais o paciente ou o AAC é capaz de realizar, ou pode e deve aprender sobre a realização das medidas requeridas de autocuidado.

O sistema de enfermagem de apoio educativo foi utilizado no presente estudo, para o fornecimento de orientações e treinamento dos AAC, referentes aos cuidados com crianças com SR.

O reforço do papel da enfermagem como promotora do restabelecimento da saúde do paciente foi realizado por Silva, Rocha e Lage (2009), com a implementação de práticas assistenciais e educativas que valorizam o ato de autocuidar-se.

Em ensaio clínico controlado, desenvolvido com o objetivo de avaliar a efetividade de um programa educativo de enfermagem, Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés (2012) evidenciaram o efeito benéfico sobre comportamentos de autocuidado em pessoas com insuficiência cardíaca.

Realizando estudo com o objetivo de determinar o efeito de um programa educativo na capacitação de AAC do paciente hipertenso, Achury-Saldaña et al. (2013), concluíram que as intervenções educativas estruturadas a partir da

identificação das necessidades individuais de informação, em conjunto com o empoderamento do indivíduo e o seguimento por parte do profissional de enfermagem, permitiram atingir condutas permanentes de autocuidado que facilitaram a aquisição de conhecimentos e habilidades.

Sampaio e Guedes (2012) evidenciaram a relevância metodológica do processo de enfermagem ao propiciar o desenvolvimento de atividades clínico-educativas, que, em conjunto com o paciente ou seu AAC, fomentaram competências para o autocuidado.

O autocuidado, para Santos e Sarat (2008), geralmente restringe-se aos indivíduos com dificuldades advindas de doenças, quando o ideal seria utilizá-lo a fim de preveni-las.

2.1.2 Requisitos de autocuidado

Sobre os requisitos de autocuidado, Orem (2001), descreve:

- universais: básicos e vitais são comuns a todo ser humano (conservação do ar, água, alimentação, eliminação, solidão e interação social, entre atividade e repouso, prevenção de riscos, promoção do desenvolvimento humano). Quando se proporciona de forma eficaz, o autocuidado centrado nos requisitos universais promove a saúde e o bem estar. Neste estudo, buscou-se abordar os requisitos universais de conservação do ar, alimentação, prevenção de riscos e promoção do desenvolvimento humano;
- de desenvolvimento: se referem aos processos de desenvolvimento, condições e eventos próprios da vida;
- por alterações de saúde: a autora defende que a doença ou lesão não afetam somente as esferas fisiológicas e psicológicas, mas o ser humano como um todo. Evidencia que a capacidade de ação desenvolvida, ou em desenvolvimento de autocuidado do indivíduo, na existência de requisitos de alterações da doença, encontra-se seriamente prejudicada, de forma temporária ou permanente. Associa

ainda os defeitos genéticos e de construção, desvios estruturais funcionais, além de medidas diagnósticas e de tratamento.

Crianças com SR apresentam alterações anatômicas e fisiológicas, enquanto seus AAC experimentam alterações emocionais e psicológicas, cenário esse no qual o enfermeiro torna-se essencial, devido às necessidades de cuidados impostas tanto ao lactente como seus AAC e familiares.

2.1.3 Fatores condicionantes básicos

São definidos como fatores internos e externos dos indivíduos, reais ou potenciais, no processo de alterar a capacidade para o autocuidado requerido. Compreendem: idade, sexo, estado de desenvolvimento, padrão de vida, fatores ambientais, disponibilidade e adequação de recursos.

Todos os fatores condicionantes básicos apontados por Orem (2001), foram abordados neste estudo, onde o estado de desenvolvimento foi trabalhado como faixa etária; o padrão de vida, os fatores ambientais, a disponibilidade e adequação de recursos foram abordados simultaneamente em classificação sociodemográfica.

Para Mondini (2008), esta classificação oferece subsídios relativos aos padrões de vida, contribuindo na interpretação das necessidades individuais de cada AAC, fornecendo ao enfermeiro informações essenciais para o planejamento da assistência de enfermagem.

Estudo realizado com o objetivo de verificar a associação entre a capacidade de autocuidado e os fatores sócio demográficos de pessoas com lesão medular, concluiu que tal associação pode interferir na capacidade de autocuidado, ressaltando que os enfermeiros devem considerar esse aspecto durante a execução do processo de enfermagem (COURA et al., 2013).

Trettene et al. (2014) defendem que a capacitação do AAC deve ser iniciada o mais precocemente possível, considerando que essa abordagem, além de promover o cuidado, minimiza a ansiedade dos cuidadores, que geralmente enfrentam elevado nível de estresse físico e psicológico, facilitando assim, o enfrentamento situacional.

2.1.4 O agente de autocuidado (AAC)

Para Orem (2001), o AAC é aquele que busca a capacitação para realizar ações, reconhecer e desenvolver a demanda terapêutica do autocuidado, sendo capaz de desenvolver habilidades frente às necessidades impostas a si mesmo ou ao outro, visando o autocuidado. A característica principal do AAC é a disposição e a capacidade para manter o bem-estar e a manutenção da vida.

A capacidade para o autocuidado divide-se em: disposição e capacidade; sendo essas fundamentais para a realização do cuidado, na qual o enfermeiro possibilita a participação ativa e efetiva do AAC, por meio do ensino, treinamento e supervisão dos cuidados, dividindo com o mesmo as responsabilidades pelos cuidados, estimulando ativamente sua participação.

Estudo realizado por Sousa et al. (2012), com o objetivo de investigar os requisitos de autocuidado nos desvios de saúde associados às doenças renais crônicas em crianças e adolescentes, à luz do referencial teórico de Orem, apontou a relevância do AAC para o sucesso terapêutico, considerando que a criança e o adolescente não são completamente capazes de responder pelo processo assistencial.

De acordo com Ardigo e Amante (2013), os cuidados de enfermagem, na maioria das vezes, são exercidos pelo familiar, incluindo: os cônjuges, os filhos, os pais ou, ainda, a pessoa mais próxima que esteja disposta a ajudar e a aprender como realizar os cuidados. No entanto, ao se tratar de lactentes e crianças, evidencia-se o predomínio da mãe como agente de autocuidado (SOUZA; OLIVEIRA, 2010; TRETTENE, 2011).

Dias e Motta (2004) e Quirino, Collet e Neves (2010), defendem a presença materna durante a hospitalização, pois além de contribuir na recuperação da criança, passam a ser colaboradoras, somando esforços para um cuidado holístico e humanizado.

A capacitação dos AAC constitui um desafio para a equipe de Enfermagem, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados influi diretamente no processo reabilitador (NUSBAUM et al., 2008; PONGPAGATIP et al., 2012). Assim, tem sido enfatizada a necessidade de se desenvolverem programas sistematizados de

cuidados de enfermagem, com o objetivo de atender aos padrões internacionais de segurança do paciente e alcançar a eficiência nos resultados (RIRATANAPONG et al., 2013).

2.2 SEQUÊNCIA DE ROBIN

2.2.1 Descrição histórica, terminologia e classificação

A Sequência de Robin (SR) é definida como uma anomalia congênita rara, caracterizada por micrognatia e glossoptose, acompanhada ou não de fissura de palato (ELLIOT; STUDEN-PEVOVICH; RANALLI, 1995). A prevalência é de 1/14000 nascidos vivos (PRINTZLAU; ANDERSEN, 2004).

Pierre Robin, um estomatologista francês, foi quem primeiro descreveu sobre essa condição, apresentando a glossoptose como queda da base da língua sobre a hipofaringe, com consequente obstrução respiratória (ROBIN, 1923). Posteriormente, associou a glossoptose a retromicrognatia mandibular e presença da fissura de palato como agravantes (ROBIN, 1934). A Figura 1 apresenta lactente com SR. Observa-se importante retromicrognatia mandibular.

Fonte: MONDINI, 2008.

Figura 1 - Lactente com Sequência de Robin - perfil e frente

Inicialmente, a SR foi denominada Síndrome de Pierre Robin, porém, com a realização de novos estudos, Cohen (1976), concluiu não se tratar de uma síndrome específica, e sim de um complexo sintomático inespecífico, podendo ocorrer isoladamente, em associação com síndrome genética conhecida, ou em associação com outras malformações, denominando-a Anomalia Robin.

A terminologia Sequência de Robin (SR), utilizada atualmente, foi definida por Pasyayan e Lewis (1984), considerada como uma patogênese sequencial, na qual a microrretrognatia mandibular originaria a obstrução respiratória. No entanto, em alguns casos, observou-se que a língua não participa da obstrução respiratória, inexistindo uma patogênese sequencial, sendo denominada de Complexo Robin (SHER, 1992; COHEN, 1999).

Cohen (1976) classificou a SR em: Sindrômica (quando associada à síndrome conhecida); associada à Anomalia (quando associada com anomalias que não constituem síndrome específica); Isolada (quando ocorre sem associação com outras malformações). Estudos têm apontado prevalência da Sequência de Robin Isolada (SRI) de 53% (MARQUES et al., 2001), 54% (SALMEN, 2011) e 60% (SMITH; SENDERS, 2006).

2.2.2 Etiopatogenia e fisiopatologia

Em relação à etiopatogenia, devido às variações relacionadas à tríade, é considerada multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais (COHEN, 1979; SHPRINDZEN, 1992).

O desenvolvimento anormal da mandíbula na SR, que resulta em uma posição anormalmente alta da língua dentro da nasofaringe, é defendido por Elliot, Studen-Pevovich e Ranalli (1995). Nesse processo, a língua incapaz de descer, impede as lâminas palatais de se fundirem, resultando em fissura de palato.

Em contrapartida, Marques, Barbieri e Bettiol (1998), defendem que a fissura de palato constitui o evento primário na determinação da tríade de anomalias, associando uma prevalência da fissura de palato em “U”, ampla e completa, a induzir a demora na morfogênese da musculatura envolvida na deglutição e mastigação, alterando o crescimento mandibular, resultando em SR. Afirmam ainda, que fissuras

menos amplas podem se apresentar em formato de “V”. Vale ressaltar, que a etiopatogenia da SR é diferente nos grupos isolados ou associados às síndromes ou outras anomalias (COHEN, 1976). Os diferentes tipos de fissuras de palato são apresentados na Figura 2.

Fonte: MONDINI, 2008.

Figura 2 - Sequência de Robin com fissura de palato em “U” e “V”

Embora a entidade clínica da SR esteja bem definida, sua fisiopatologia é discutida. É evidente a dificuldade respiratória e alimentar relacionando-se diretamente à disfunção da faringe (COHEN, 1999).

Em relação à obstrução respiratória na SR, admite-se ser multifatorial, estando relacionada às anomalias da mandíbula com diminuição da efetividade do músculo genioglosso em segurar a língua fora da faringe, devido ao retroposicionamento de sua inserção (SHER, 1992).

A obstrução respiratória grave não está presente em todos os lactentes com SR, existindo aqueles com sintomas leves ou assintomáticos, enfatiza Salmen (2011). Ressalta as diferenças do padrão respiratório nesses lactentes durante o sono e vigília, considerando que durante o sono ocorre uma diminuição do suporte muscular faríngeo, resultando inclusive em apneia obstrutiva. Ainda, considera haver lactentes que não conseguem manter uma ventilação adequada, tanto acordado, como dormindo.

A obstrução respiratória na SR não apresenta como etiologia única a glossoptose. Sher, Shprintzen e Thorpy (1986) e Sher (1992), apresentaram quatro tipos de obstrução: o tipo 1 acontece quando a obstrução é causada pelo

retroposicionamento do dorso da língua, que entra em contato com a parede posterior da faringe, abaixo do palato mole; o tipo 2, em que a obstrução decorre do retroposicionamento do dorso da língua, com compressão do palato mole (ou partes deste, em caso de fissura) contra a parede posterior da faringe; o tipo 3 acontece quando as paredes laterais da faringe se movem medialmente provocando a obstrução, e não há contato da língua com a parede posterior da faringe; E o tipo 4, consta da contração da faringe, de modo esfintérico, não ocorrendo contato da língua com a parede posterior da faringe (Figura 3).

Fonte: MONDINI, 2008.

Figura 3 - Tipos de obstrução respiratória apresentados pelo lactente com Sequência de Robin

A modalidade de tratamento é baseada no mecanismo de obstrução respiratória. Tratamentos que não consideram o mecanismo de obstrução respiratória podem resultar em terapias inadequadas e até a morte (SALMEN, 2011). O tratamento inclui desde um posicionamento correto até a realização de um procedimento cirúrgico, denominado traqueostomia (MARQUES et al., 2005).

Para determinar o tratamento, realiza-se primeiramente um exame utilizando um endoscópio, a Nasofaringoscopia, que permite a visualização das fossas nasais, rinofaringe, orofaringe, hipofaringe e laringe supra-glótica, glótica e sub-glótica, podendo incluir a porção superior da traqueia. Deve ser realizada nos primeiros meses de vida, e em todos os casos de SR, pois permite diagnosticar e determinar qual o tipo de obstrução respiratória, e assim direcionar o tratamento. Após os 12 meses de vida, esse exame deve ser realizado periodicamente para avaliar o

momento adequado para realização da palatoplastia, a fim de prevenir complicações respiratórias pós-cirúrgicas (MARQUES et al., 2005).

A obstrução respiratória ocasiona dificuldades relacionadas à coordenação entre a sucção, deglutição e respiração. Soma-se ainda, o fato da fissura de palato diminuir a pressão intraoral negativa, e a glossoptose prejudicar a anteriorização da língua, ambas necessárias à adequada sucção (NASSAR et al., 2006). Para Fletcher, Blum e Blanchard (1969) e Lidsky, Lander e Sidmam (2008), e as dificuldades alimentares, incluindo a disfagia, vômitos e aspiração, são comumente associadas à obstrução das vias aéreas e agravadas pela fissura de palato.

Alguns estudos realizados a partir de manometria esofágica associaram que alterações, tais como: hipertonia do esfíncter inferior esofágico, falha do relaxamento do esfíncter inferior durante deglutição e discinesia esofágica, podem refletir alteração no controle neurológico central da deglutição em lactentes com SR. No entanto, vale ressaltar que tais achados mostraram tendência à regressão aos 12 meses (BAUJAT et al., 2001; BAUDON et al., 2002).

Marques et al. (2009) sugerem que casos mais graves de SR apresentam predisposição à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), associado com a pressão negativa intratorácica decorrente do esforço inspiratório, no entanto, apresentam melhora com o tratamento da obstrução respiratória.

2.2.3 Manifestações clínicas

As manifestações clínicas da SR englobam dificuldade respiratória e alimentar, até graves crises de asfixia, sendo a sintomatologia mais intensa nos primeiros meses de vida (FREEMAN; MANNERS, 1980).

Os sintomas relacionados à obstrução respiratória incluem a respiração ruidosa, uso da musculatura acessória e apneia. Em alguns casos, os lactentes apresentam sintomas respiratórios somente durante a alimentação, considerando o processo de sucção e deglutição, podendo, por vezes, comprometer o ganho ponderal por aumento do gasto calórico. O tempo prolongado da alimentação também está associado à dispneia. Entretanto, vale ressaltar que a hipóxia pode

ocorrer principalmente em neonatos com SR, sem aparentes sinais clínicos (BULL et al., 1990).

Singer e Sidoti (1992) enfatizam que pode não haver correlação entre a gravidade da micrognatia e a gravidade do desconforto respiratório. Quando inicialmente descrita, a mortalidade chegava até 100% nos casos cujo desconforto respiratório era grave. Atualmente, taxas de mortalidade variam de 5 a 30%, estando a maior incidência associada à gravidade do desconforto respiratório e associação com malformações. Em estudo retrospectivo de 223 lactentes com SR, menores de um ano de idade, avaliados no período de julho de 2003 a junho de 2008, a mortalidade observada foi de 5% (SALMEN, 2011).

2.2.4 Tratamento

Após o diagnóstico, opta-se pelos seguintes tratamentos incluindo as modalidades clínicas e cirúrgicas: postural (posição prona), intubação nasofaríngea (INF), glossopexia, traqueostomia, distração osteogênica mandibular e posteriormente, a palatoplastia. Há também as intervenções alimentares, utilizadas para auxiliar e facilitar a alimentação (MARQUES et al., 2005).

A prioridade do tratamento da SR relaciona-se à manutenção da permeabilidade das vias aéreas, o mais precocemente possível, considerando que crises repetidas de hipóxia podem ocasionar *cor pulmonale* e danos cerebrais (SALMEN, 2011).

Para Marques et al. (2005), o tratamento postural é indicado nos tipos 1 ou 2 de obstrução, com leve dificuldade respiratória, sendo um procedimento de fácil realização, constituindo-se em posicionar o lactente em prona, ou seja, em decúbito ventral.

Estudo de lactentes com SR, tratados exclusivamente com posição prona foi realizado por Lewis e Pashayan (1980), e em nenhum caso foi necessária a intervenção cirúrgica. Ressaltam que todos os cuidados com os pacientes foram realizados nessa posição, incluindo, por exemplo, a alimentação oral ou gástrica, troca de fraldas, coleta de sangue, entre outros.

Segundo Marques et al. (2001), a melhora na respiração não se dá apenas pela força da gravidade, mas também pela hiperextensão do pescoço que facilita a entrada de ar pelas vias aéreas superiores. Quando não há melhora do quadro respiratório, indica-se a INF (Figura 4).

Fonte: MONDINI, 2008.

Figura 4 - Lactente em tratamento postural - posição prona

A INF é definida como um método simples de promover e manter a permeabilidade das vias aéreas, ao se introduzir um tubo de pequeno calibre na nasofaringe. Heaf et al. (1982) relataram sucesso dessa modalidade de tratamento em 12 lactentes com SR, e desde então, tem sido utilizado como tratamento temporário ou definitivo (ARGAMASSO, 1992; SINGER; SIDOT, 1992).

Wagener et al. (2003), em estudo realizado abrangendo 22 lactentes com SR apresentando graus variados de dificuldade respiratória, concluíram que a INF foi efetiva até ocorrer crescimento suficiente para que as dificuldades respiratórias e alimentares sejam sanadas.

No HRAC-USP, a INF tem sido utilizada com sucesso para tratamento dos lactentes com SR, incluindo aqueles com obstrução respiratória grave (MARQUES et al., 2001, 2004, 2005, 2008). Estudo retrospectivo realizado com 223 lactentes atendidos no HRAC-USP observou que 48% dos participantes foram tratados com INF, demonstrando a eficácia do tratamento. O tempo médio de utilização da INF foi de 57 dias (SALMEN, 2011).

Deve-se considerar que as dificuldades alimentares geralmente estão relacionadas à dificuldade respiratória, assim, o adequado tratamento da obstrução respiratória pode levar à rápida melhora dos distúrbios alimentares favorecendo as condições nutricionais, incluindo o crescimento e desenvolvimento.

Existe uma tendência, que por volta dos seis meses de vida, os lactentes com SR apresentem melhora clínica, considerando a maturação do controle neuromuscular da língua e o crescimento da mandíbula (PASYAYAN; LEWIS, 1984; SHER, 1992).

O tratamento com INF apresenta diversos benefícios, incluindo a prevenção da intervenção cirúrgica. Marques et al. (2001), observaram em estudo com 62 crianças tratadas com INF, que todas evoluíram com bom ganho ponderal e neuromotor. A redução do tempo de internação é apontada como outra vantagem, considerando que a INF é um procedimento simples e pode ser realizada no domicílio pelos cuidadores, após receberem treinamento durante a internação (MONDINI et al., 2009). Marques et al. (2009) concluíram que a INF melhorou o desconforto respiratório e as dificuldades alimentares em 90% dos pacientes estudados.

Mondini et al. (2009) padronizaram uma técnica e um plano de cuidados de enfermagem relacionados à INF. O procedimento é realizado com uma cânula de intubação orotraqueal de silicone que é introduzida pela narina até a faringe. Sua ponta é cortada cerca de um cm para fora da narina, e quando bem indicada, pode aliviar o desconforto respiratório e reduzir as indicações cirúrgicas para manter a permeabilidade das vias aéreas dos neonatos e lactentes (Figura 5).

Fonte: MONDINI, 2008.

Figura 5 - Lactente com Sequência de Robin com intubação nasofaríngea

Outra modalidade de tratamento inclui a glossopexia. Inicialmente foi descrita por Douglas (1946), consistindo em técnica cirúrgica desenvolvida para tracionar a língua e evitar a obstrução respiratória, porém a experiência clínica no HRAC-USP demonstrou sua eficácia somente em casos leves e moderados de obstrução respiratória, que poderiam ser resolvidos com a INF, método simples e menos invasivo (SALMEN, 2011).

A traqueostomia tem sido indicada para os casos graves de SR, com persistente e multifatorial obstrução respiratória (SALMEN, 2011). Embora seja considerado um método seguro e confiável para a manutenção da via aérea em longo prazo, múltiplas complicações têm sido relatadas, com mortalidade entre 0,5 e 4%. Estudos realizados em pacientes com SR reforçam essa associação (MARQUES, et al., 2001; SCHAEFER; STADLER; GOSAIN, 2004). Ressalta-se, porém, que a traqueostomia salva a vida de crianças com SR Sindrômica.

A distração osteogênica mandibular (DOM) consta em outra modalidade de tratamento cirúrgico. Surgiu em resposta à morbidade e mortalidade associada à traqueostomia realizada em período neonatal. Esse tipo de tratamento tem por finalidade alongar ossos (KARP et al., 1990), entretanto, diferenças na forma, desenvolvimento e configuração dos ossos da face tornam seu uso mais desafiador, quanto comparado com osteotomias tradicionais.

A DOM é apontada como um método efetivo para tratar a obstrução respiratória na SR, prevenindo a traqueostomia em 90 a 95% dos casos. Após a osteotomia, é utilizada para induzir a formação óssea entre as superfícies que são gradualmente separadas (SHEN et al., 2009). Deve ser indicada em pacientes com obstrução respiratória grave, que não tenham respondido ao tratamento conservador (TIBESAR; PRICE; MOORE, 2006). Estudos têm demonstrado os benefícios dessa técnica em lactentes com SR (DENNY et al., 2001; SIDMAN; SAMPSON; TEMPLETON, 2001; DENNY; AMM, 2005; GENECOV et al., 2009).

Entretanto, a DOM apresenta limitações para o tratamento neonatal. O fato de proporcionar uma gradual melhora na via aérea torna necessário o uso concomitantemente da INF, entubação traqueal ou traqueostomia. Outras limitações incluem a dificuldade de manutenção do dispositivo preso ao osso, exigindo cuidado extremo, efeito controverso sobre o desenvolvimento dentário e lesão do nervo facial (DAURIA; MARSH, 2008).

Em suma, o quantitativo de pacientes que requerem a DOM é restrito, entretanto, em casos bem selecionados é um método eficiente, principalmente por prevenir a traqueostomia (SALMEN, 2011).

Diante das inúmeras opções de tratamento, e considerando vários estudos realizados no HRAC-USP, Marques et al. (2005), definiram o protocolo de tratamento que inclui: nasofaringoscopia (na admissão e seriadas), medidas para alívio da dificuldade respiratória (tratamento postural ou posição prona, INF, e para casos mais graves, traqueostomia), tratamento das dificuldades alimentares, incluindo técnicas facilitadoras da alimentação e dieta hipercalórica, monitorização do crescimento e desenvolvimento, medicações antirrefluxo gastroesofágico (para todos em uso de sonda nasogástrica por tempo prolongado), gastrostomia alimentadora para casos isolados, palatoplastia, a partir dos 12 meses de idade.

Buscando a excelência do tratamento, Salmen (2011) realizou estudo retrospectivo buscando avaliar as variáveis associadas ao protocolo de atendimento do HRAC-USP, concluindo que a maioria dos lactentes com SR foram tratados conservadoramente, sendo a INF o método mais empregado. As dificuldades alimentares foram universais e relacionadas ao grau de obstrução respiratória.

Diante do exposto, fica evidente a importância da atuação da enfermagem desde a admissão do lactente com SR, na identificação e monitorização dos sinais e sintomas, prestação dos cuidados, prevenção de complicações, tratamento e capacitação dos cuidadores para a manutenção dos cuidados após a alta hospitalar.

Pioneiramente, Bachega et al. (1985) descreveram sobre a assistência de enfermagem aos lactentes com SR. Posteriormente, Bertoni, Mondini e Fontes (2004) apresentaram o perfil de diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções.

Mais recentemente, Trettene e Fiorotti (2011), apresentaram o perfil de diagnósticos de enfermagem em lactentes com SR, incluindo: padrão ineficaz da alimentação do bebê, padrão respiratório ineficaz, deglutição prejudicada, desobstrução ineficaz das vias aéreas, mucosa oral prejudicada, nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, risco de aspiração e risco de intolerância à atividade.

2.3 CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

2.3.1 Dimensionamento de pessoal

A dimensão gerencial constitui uma parte essencial dentro do processo de trabalho do enfermeiro. Nela, o enfermeiro toma como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho para os trabalhadores (FELLI; PEDUZZI, 2005).

A qualidade em saúde é definida como o uso eficiente dos recursos físicos e humanos, com o mínimo de risco ao cliente e alto grau de satisfação dos usuários. Esse conceito apresenta características particulares por ter a dimensão humana como aspecto fundamental para o alcance das metas estabelecidas, já que a deficiência de recursos materiais gera precariedade das condições de trabalho, mas a existência, em abundância, dos melhores recursos materiais não garante qualidade, se não houver recursos humanos adequados quantitativa e qualitativamente (SCHMOELLER et al., 2011; VERSA et al., 2011).

O uso eficiente de recursos é amplamente discutido como forma de reduzir os custos das instituições de saúde, sendo que, para a diminuição dos gastos, tanto os recursos materiais quanto os humanos são afetados. Isto preocupa bastante a equipe de enfermagem, uma vez que essa apresenta o maior percentual quantitativo de pessoal dessas instituições (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; PADILHA et al., 2010).

A inadequação numérica do pessoal aumenta a CTE, o que origina aumento da incidência de infecção hospitalar, de úlcera por pressão, de erros durante a assistência ao paciente, prolonga o tempo de hospitalização e eleva os custos do tratamento do paciente (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; GONÇALVES; PADILHA, 2007; GONÇALVES; PADILHA; CARDOSO SOUSA, 2007; NOGUEIRA et al., 2007).

Ainda, relaciona-se ao levantamento incorreto das necessidades dos pacientes, padrão inferior do cuidado de enfermagem, inadequação da supervisão da equipe e inadequação dos registros na documentação. Cargas elevadas de trabalho podem gerar riscos ocupacionais, uma vez que as exigências no trabalho

tornam-se altas e a margem de tomada de decisão baixa, o que origina tensão psicológica (FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010; STAFSETH; SOLMS; BREDAL, 2011).

A carga de trabalho é considerada como elemento fundamental para a previsão do quantitativo de pessoal, uma vez que permite identificar a quantidade de tempo para realizar os cuidados necessários. O quantitativo adequado de pessoal de enfermagem é fundamental, pois, além de reduzir a CTE, promove a realização de cuidado integral, suprimindo as necessidades de cuidado ao paciente e a segurança do mesmo (MIRANDA; DE RIJK; SCHAUFELI, 1996). De acordo com Leite, Silva e Padilha (2012), a equipe de enfermagem representa o percentual quantitativo e o orçamentário mais significativo na maioria das instituições de saúde.

Está relacionada às necessidades de assistência dos pacientes, bem como ao padrão de cuidado pretendido (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010). Carayon e Alvarado (2007) apontam alguns fatores que estão associados à CTE, incluindo o cuidado do paciente, execução de tarefas em tempo exíguo, pressão emocional e variabilidade do quadro clínico.

A segurança do paciente despertou uma preocupação mundial, principalmente devido à importante associação entre os eventos adversos e a mortalidade, superando estatísticas relacionadas com mortes ocasionadas, por exemplo, por acidentes automobilísticos e câncer, inclusive em países desenvolvidos. Desde então, esforços têm sido somados por parte de Órgãos Nacionais e Internacionais, na expectativa de minimizar esse fenômeno dentro dos Serviços de Saúde, enfatizando que os eventos adversos, em sua maioria, são evitáveis (PADILHA, 2006; DISTRITO FEDERAL, 2013; PEDREIRA; BRANDÃO; REIS, 2013).

Em recente publicação, Magalhães, Dall'Agnol e Marck (2013), concluíram que o aumento da CTE estava associado ao aumento da incidência de quedas do leito, infecções associadas ao cateter venoso central, absenteísmo e rotatividade de profissionais. Enfatizaram ainda, que o maior número de pacientes atribuídos por profissional relacionava-se à menor taxa de satisfação dos pacientes com a equipe de enfermagem.

Leite, Silva e Padilha (2012) enfatizam que embora na atualidade a mídia venha mostrando os "erros médicos" nas instituições de saúde brasileiras, pouco se discute sobre a sobrecarga de trabalho na enfermagem e condições insalubres a que esses profissionais são expostos. Dessa forma, o dimensionamento adequado da equipe de enfermagem pode criar condições para que a carga de trabalho seja otimizada (CARAYON; GURSES, 2008).

De modo a proporcionar assistência que considere os diferentes cenários assistenciais e que contemple aspectos quantitativos e qualitativos de pessoal, torna-se necessário o compromisso em realizar o dimensionamento de pessoal, a fim de permitir um ajuste às necessidades dos pacientes e evitar a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem.

Schmoeller et al. (2011), realizaram uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de conhecer a produção teórica sobre carga de trabalho e condições de trabalho dos profissionais de enfermagem, e evidenciaram que a carga de trabalho foi responsável pelo desgaste dos profissionais, influenciando a ocorrência de acidentes e os problemas de saúde. Os autores ressaltaram sobre a importância em amenizar tais cargas de trabalho, apontando entre outros, a adequação do quantitativo de pessoal e melhorias nas condições de trabalho (DE LA RUBIA-ORTÍ et al., 2014).

Outro aspecto a ser considerado, consta da influência do dimensionamento de pessoal e da CTE sobre a humanização. A humanização da assistência hospitalar representa um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento, respeito ético e cultural do paciente; bem como espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e usuários (MARQUES; SOUZA, 2010).

Coelho et al. (2011), enfatizam que, em razão sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, os profissionais de enfermagem comumente prestam assistência mecanizada e tecnicista, desconsiderando, na maioria das vezes os princípios para humanizar o cuidado, como evidenciado na prática.

2.3.2 Instrumentos de mensuração da carga de trabalho de enfermagem

Durante o decorrer da história, estudiosos se preocuparam em desenvolver instrumentos com a finalidade de mensurar a CTE. O *Time Oriented Scoring System* – TOSS, foi desenvolvido em 1991 por um Grupo de Pesquisa Multicêntrico Italiano, com objetivo de avaliar a CTE por meio de intervenções diretas, destinado para pacientes críticos (ITALIAN MULTICENTER GROUP OF ICU RESEARCH, 1991).

Hjortso et al. (1992), apresentaram o *Nursing Care Record System* – NCR-11, sistema de registro de enfermagem que considera procedimentos executados no cuidado ao paciente e ações médicas relacionadas.

O *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), desenvolvido em 1974, é considerado pioneiro em relação às unidades críticas. Teve como propósito medir a gravidade do paciente segundo a complexidade e o grau de invasividade das intervenções, bem como o tempo dispensado pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos (CULLEN et al., 1974; MIRANDA; DE RIJK; SCHAUFELI, 1996).

Várias versões do TISS foram propostas. A primeira versão foi apresentada em 1974, contendo 57 itens correspondentes às intervenções terapêuticas. Em 1983 o TISS foi revisado e modernizado pelos autores e passou a apresentar 76 atividades terapêuticas (TISS-76). Em 1996 simplificaram e validaram o sistema em 28 ações terapêuticas (TISS-28), na versão que conhecemos como atual (CULLEN et al., 1974; KEENE; CULLEN, 1983; MIRANDA; DE RIJK; SCHAUFELI, 1996).

O TISS-28 é composto pelas seguintes categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas. Cada uma dessas categorias é constituída por itens específicos, com pontuações que variam de 1 a 8. Nessa versão, concluiu-se que um ponto do TISS-28 consome 10,6 minutos do tempo de trabalho de um profissional de enfermagem no cuidado direto, e que um enfermeiro em um turno de 8 horas é capaz de assistir um paciente com 46 pontos (MIRANDA; DE RIJK; SCHAUFELI, 1996).

Considerando que todas as versões do TISS, incluindo o TISS-28, são extensas e demandam muito tempo para aplicação, muitas vezes inviabilizando sua utilização, Miranda, Moreno e Iapichino (1997), desenvolveram uma versão

simplificada composta por nove escores, com o objetivo de avaliar a carga de trabalho de enfermagem, sendo denominado *Nine Equivalentents of Nursing Manpower* – NEMS. Avalia o monitoramento básico, uso de medicações intravenosas, suporte ventilatório mecânico, cuidados ventilatórios suplementares, medicações vasoativas únicas, múltiplas medicações vasoativas, técnicas de diálise, intervenções específicas na UTI e intervenções específicas fora da UTI.

Em 2003, de forma a determinar as atividades de enfermagem que melhor representassem a carga assistencial, resultantes das modificações do TISS-28, foi desenvolvido outro indicador, o NAS, incorporando atividades de enfermagem não contempladas nas versões anteriores, como procedimentos de higiene; mobilização e posicionamento; suporte e cuidados aos familiares e pacientes; e tarefas administrativas e gerenciais (MIRANDA et al., 2003).

O NAS foi traduzido e validado para o português por (QUEIJO; PADILHA, 2009). É composto por sete grandes categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas, subdivididas em 23 itens. Cada item possui uma pontuação e, portanto, o escore atribuído a um paciente resulta da soma das pontuações dos itens que correspondem às necessidades de assistência direta e indireta dos pacientes. Esse escore representa quanto tempo de um profissional de enfermagem o paciente requereu em um turno de trabalho nas últimas 24 horas. Ou seja, se a pontuação for 100, interpreta-se que o paciente requereu 100% do tempo de um profissional de enfermagem no seu cuidado, nas últimas 24 horas. A pontuação do NAS é correlacionada com o tempo de assistência prestada, indicando que cada ponto NAS equivale a 0,24 horas (CONISHI, 2005).

Embora o NAS tenha apresentado maior relevância ao denotar a CTE quando comparado ao TISS, recente estudo envolvendo pacientes pediátricos mostrou similaridade entre os dois índices na avaliação da CTE e como preditor de mortalidade; contudo, os autores relataram algumas limitações (CAMPAGNER; GARCIA; PIVA, 2014).

Embora o NAS tenha sido elaborado para avaliar a CTE em UTI, o seu resultado é pautado nas atividades realizadas pela enfermagem, a despeito das características de complexidade apresentadas pelo paciente. Isto permite que seja testado em outras unidades, ainda que necessite de estudos para validação de sua

eficácia, sob essa perspectiva de uso (MIRANDA et al., 2003; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2009; BRITO; GUIRARDELLO, 2011).

O NAS tem sido utilizado para avaliar a CTE em diferentes unidades, contextos e perfis de pacientes, incluindo: diferenças entre adultos, idosos e muito idosos (SOUSA et al., 2009), UTI Cardiológica (COELHO et al., 2011), Unidade de Gastroenterologia (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2009), UTIs Públicas e Privadas (NOGUEIRA et al., 2013), UTI de Queimados (CAMUCI et al., 2014), Nefrologia (TREPICHIO et al., 2013), UTI Neonatal (NUNES; TOMA, 2013), UTI Pediátrica (CAMPAGNER; GARCIA; PIVA, 2014), Sala de Recuperação Pós-anestésica (LIMA; RABELO, 2013), Unidade de Internação (BRITO; GUIRARDELLO, 2011), UTI Adulto (INOUE; MATSUDA, 2010; LEITE; SILVA; PADILHA, 2012), UTIs Hospital de Ensino (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2012), UTI Traumatologia (GOULART et al., 2014) e Unidade Semi-intensiva de Adultos (WOLFF et al., 2007).

Outros estudos têm sido realizados, com diferentes metodologias, com o objetivo de dimensionar a equipe e/ou mensurar a CTE, contemplando diferentes Unidades, entre elas: Alojamento Conjunto (SOARES; GAIDZINSKI; CIRICO, 2010), Central de Material e Esterilização (COSTA; FUGULIN, 2011), Psiquiatria (MUKAI; JERICÓ; PERROCA, 2013), Centro de Tratamento Quimioterápico (SOUZA; JERICÓ; PERROCA, 2013), Hematologia (MARTIN; GAIDZINSKI, 2014), Pediatria (SANTOS; FUGULIN, 2013), Pronto Socorro Adulto (ROSSETTI; GAIDZINSKI; FUGULIN, 2013) e Pediátrico (ROSSETTI; GAIDZINSKI; BRACCO, 2014) e Atenção Primária de Saúde (BONFIM et al., 2012).

Para a gestão de recursos humanos, o enfermeiro dispõe de ferramentas que o auxiliam nessa atividade, como o Sistema de Classificação de Paciente (SCP), que possibilita avaliar o nível de complexidade de cuidado ou a carga de trabalho de enfermagem requerida pela clientela. O SCP compreende a classificação de pacientes em grupos ou categorias de cuidados e a quantificação dessas categorias como medida dos esforços de enfermagem requeridos (GIOVANNETTI, 1979). Também possibilita determinar, validar e monitorar as necessidades de cuidado dos pacientes, cujos dados podem ser utilizados como subsídios para a determinação de recursos humanos, planejamento de custos e qualidade de assistência (DE GROOT, 1989; CYRINO; DELL'ACQUA, 2012).

Historicamente, o SCP iniciou-se com Florence, que mesmo num contexto pouco favorável, buscou organizar os pacientes em seções compatíveis com a sua gravidade. No Brasil, o SCP é recomendado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio da Resolução 293/04, como diretriz para o dimensionamento de pessoal. Indica as horas mínimas de assistência e a distribuição percentual dos profissionais de enfermagem para cada tipo de cuidado, e estabelece um sistema de classificação de cuidados conforme a dependência do paciente em relação à assistência de enfermagem, incluindo: assistência mínima ou autocuidado; assistência intermediária; semi-intensiva; assistência intensiva. No entanto, Perroca (2011), ressalta que a aplicação desse instrumento vem sendo lentamente incorporada à prática diária do enfermeiro.

Pesquisadores como Perroca e Gaidzinski (1998); Martins e Haddad (2000); Dal Ben e Sousa (2004); Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005); Santos et al. (2007); Bordin e Fugulin (2009); Garcia e Fugulin (2010); Soares, Gaidzinski e Cirico (2010); Bonfim et al. (2012), desenvolveram estudos sobre a carga de trabalho de enfermagem em diferentes realidades e perfis de pacientes, evidenciando os benefícios da utilização do SCP como ferramenta para determinar o grau de dependência dos pacientes.

Outros, como Fugulin et al. (1994); Perroca e Gaidzinski (2002); Dini et al. (2011), evidenciaram em seus estudos, que o SCP possibilitou a mensuração da CTE.

A principal mudança do NAS em relação ao TISS compreendeu a inserção de atividades indiretas. De acordo com Abbey, Chaboyer e Mitchell (2012) para identificar a carga de trabalho de enfermagem deve-se considerar, além das atividades diretas, as atividades de cuidados indiretos.

Intervenção de assistência direta é definida como um tratamento realizado por meio da interação com o paciente, incluindo ações assistenciais e de aconselhamento. Uma intervenção de assistência indireta é um tratamento realizado distante do paciente, mas em seu benefício, ou em benefício de um grupo de pacientes, considerando que essas ações dão suporte à efetividade das intervenções de assistência direta (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Recente publicação que buscou avaliar a influência entre as atividades de enfermagem diretas e indiretas sobre a CTE, embora com algumas limitações, associou as atividades indiretas ao aumento da CTE (KAKUSHI; EVORA, 2014).

Evidencia-se no contexto hospitalar, constante crescimento tecnológico, porém, ênfase tem sido dada às unidades críticas, incluindo sistemas eletrônicos de saúde. Desse modo, a utilização de sistemas informatizados promove a facilidade no acesso à informação, possibilidade de compartilhamento dos dados, ao acesso simultâneo por vários profissionais, à legibilidade e à integração a outros sistemas de informação em saúde, além de reduzir o tempo despendido em documentação nas atividades de assistência ao paciente (PERES; LEITE, 2010; GALVÃO; RICARTE, 2012).

Em um estudo realizado com o objetivo de descrever a elaboração das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem utilizando as Classificações de Enfermagem em um Sistema de Informação Hospitalar, Almeida e Fontes (2013) concluíram que a documentação eletrônica agilizou os processos de trabalho e resgataram dados, além de estimular a acurácia diagnóstica e avaliar as intervenções por meio dos indicadores de resultados.

Nesse contexto, processos informatizados de mensuração da CTE e/ou dimensionamento de pessoal têm sido propostos, além de ser constatada sua viabilidade.

Gaidzinski et al. (2009), desenvolveram um programa computacional denominado de Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem (DIPE), enfatizando que a incorporação desse avanço tecnológico constitui importante estratégia gerencial para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Posteriormente, na avaliação da qualidade técnica e o desempenho funcional do DIPE, Pereira et al. (2011) concluíram que a avaliação do software obteve resultados positivos, considerando que as sugestões relatadas contribuíram para seu aprimoramento.

Relatando sua experiência na construção e aplicação de um software utilizando o NAS, Castro et al. (2009) observaram que a utilização do aplicativo possibilitou o uso de um sistema tecnológico para aplicação diária, com alimentação

de um banco de dados sobre as características dos cuidados requeridos, tornando viável planejar, intervir e avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem.

Para Magalhães, Riboldi e Dall'Agnol (2009), a prestação de serviços de saúde, diferente de outros setores produtivos, ainda não conseguiu substituir os recursos humanos por máquinas ou robôs que possam assegurar o atendimento ao paciente, mas, ao contrário, o advento de várias tecnologias tem auxiliado no monitoramento mais rigoroso das condições clínicas do paciente, assim como na precisão das intervenções terapêuticas, gerando a necessidade de maior qualificação dos profissionais para sua incorporação, sem causar impacto na diminuição de trabalhadores necessários para operá-las.

A mudança da concepção do paciente, como um indivíduo passivo, para usuário de saúde e a presença da família dentro dos hospitais, socializam o conhecimento das práticas de cuidado e das dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde. Pode-se dizer que esta inclusão tem auxiliado os profissionais de saúde a repensar as suas práticas e modos de cuidar (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009).

Assim, a CTE nessas unidades tem sido foco de muitos estudos, porém, é evidente que o adequado dimensionamento de pessoal é um grande desafio (FUGULIN et al., 2012).

Ponderamento na utilização de métodos para quantificar a CTE, bem como controle e domínio sobre as metodologias empregadas, são indispensáveis. A argumentação por parte dos gestores junto à administração, referente à adequação do quadro de profissionais, deve ser fundamentada, e os benefícios a médio e longo prazo devem ser enfatizados (BAERNHOLDT; COX; SCULLY, 2010).

Diante do exposto, as hipóteses do presente estudo evidenciam que a CTE é maior ao se promover o autocuidado; as variáveis sociodemográficas das crianças e dos AAC influenciam a CTE; a CTE ao promover o autocuidado implica em aumento no quantitativo de pessoal de enfermagem; há diferença entre o dimensionamento de pessoal segundo o NAS e a Resolução Cofen - 293/04.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Verificar o impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem (CTE), em relação às crianças com Sequência de Robin Isolada (SRI), e seus agentes de autocuidado (AAC).

3.2 ESPECÍFICOS

- Construir e validar um Tutorial do Nursing Activities Score (NAS), referente à aplicação em Unidade de Cuidado Semi-intensivo (UCSI), especializada;
- Identificar a CTE segundo as horas NAS em dois momentos distintos, compreendendo a 1ª internação (AAC não capacitados para o autocuidado) e 2ª internação (AAC capacitados para o autocuidado);
- Comparar a CTE segundo as horas NAS, entre a 1ª e 2ª internação; o 1º dia de internação da 1ª e 2ª internação; o último dia de internação da 1ª e 2ª internação; 1º e último dia de internação da 1ª e 2ª internação;
- Associar a CTE aos aspectos sociodemográficos das crianças e dos AAC, entre a 1ª e 2ª internação;
- Associar os itens NAS referentes à promoção do autocuidado (suporte e cuidado aos familiares), entre a 1ª e 2ª internação;
- Calcular o quantitativo ideal de pessoal de enfermagem, segundo as horas NAS, na 1ª e 2ª internação e segundo a Resolução Cofen - 293/04 sobre dimensionamento de pessoal;
- Comparar o quantitativo de pessoal de enfermagem segundo a Resolução Cofen - 293/04, para pacientes de cuidado semi-intensivo, com o quantitativo requerido pelas horas NAS, na 1ª e 2ª internação.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo, prospectivo, de delineamento quantitativo.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no HRAC-USP, na Unidade de Cuidado Semi-intensivo (UCSI), conhecida como Unidade de Cuidados Especiais (UCE). Esta Unidade é composta por oito leitos, e destinada ao atendimento de crianças na faixa etária de um dia de vida a dois anos de idade, com fissura labiopalatina e síndromes associadas. A assistência de enfermagem é norteadas pelos Referenciais Teóricos do Autocuidado (OREM, 2001), e das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979).

A atuação é interdisciplinar e a equipe é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. A equipe de enfermagem é composta por um enfermeiro coordenador, quatro enfermeiros assistenciais e oito técnicos de enfermagem, que atuam em jornada de trabalho de 6 horas e carga horária semanal de 36 horas.

A UCSI é definida como estrutura assistencial que dispõe de instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada ao paciente grave ou potencialmente grave, incluindo pacientes com necessidade de monitorização e avaliação de sinais vitais de forma contínua, ou intervenção multidisciplinar, com estabilidade hemodinâmica e respiratória, independente da causa da internação; necessidade de observação contínua após a alta da UTI; necessidade de monitoramento cardiorrespiratório contínuo, com estabilidade hemodinâmica, sem necessidade do uso de vasopressores; paciente com desconforto respiratório leve e necessidade de suporte ventilatório, como: uso de oxigênio inalatório ou ventilação não invasiva; paciente sob suporte ventilatório invasivo, que esteja traqueostomizado, estável do ponto de vista hemodinâmico e respiratório, sem exigir mudanças frequentes dos parâmetros ventilatórios; paciente em pós-operatório com necessidade de monitorização cardiorrespiratória contínua,

estável hemodinamicamente, sem necessidade do uso de vasopressores (DISTRITO FEDERAL, 2013).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população constou de crianças com SRI internadas na UCSI e seus respectivos AAC. A adesão à pesquisa constituiu o critério de inclusão dos AAC. Os critérios de inclusão das crianças foram: permanecer internado na UCSI por período maior que 24 horas e estar acompanhado por AAC; permanecer com intubação nasofaríngea (INF), alimentação por sonda nasogástrica (SNG) e/ou técnicas facilitadoras da alimentação (TFA).

O critério para definição da amostra foi o período de abrangência da pesquisa. A amostra constou de 31 crianças que se encontravam internadas na UCSI, e seus AAC, de fevereiro a outubro de 2014.

4.3 MÉTODO

As crianças e seus respectivos AAC foram avaliados, segundo a CTE, em dois momentos distintos, a 1ª e a 2ª internação. Durante a 1ª internação, os AAC foram capacitados pela equipe de enfermagem quanto aos cuidados referentes à criança com SRI, ou seja, durante a 1ª internação a enfermagem promoveu o autocuidado. Vale ressaltar, que entre os critérios para a alta hospitalar, inclui-se a capacidade do AAC quanto à manutenção dos cuidados no domicílio.

Na 2ª internação, a criança foi avaliada quanto à evolução clínica. Quanto aos AAC, embora já se encontrassem capacitados para os cuidados, necessitaram da enfermagem, considerando as mudanças referentes ao tratamento da criança, como, por exemplo, em relação à transição da dieta de administração por via gástrica para via oral.

Para avaliar a CTE, utilizou-se o Nursing Activities Score – NAS (Anexo A), retrospectivamente, a cada 24 horas.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para avaliar a CTE, optou-se em utilizar o NAS. Trata-se de um índice criado por Miranda et al. (2003), traduzido e validado para a realidade brasileira por Queijo e Padilha (2009). Surgiu na tentativa de adequação quantitativa, por meio da expressão em percentagem de tempo real, gasto por um profissional de enfermagem na assistência direta ao paciente, durante 24 horas (MIRANDA et al., 2003). É composto pelos seguintes itens: 1 – Monitorização e controles; 2 – Investigações laboratoriais; 3 – Medicação, exceto drogas vasoativas; 4 – Procedimentos de higiene; 5 – Cuidados com drenos; 6 – Mobilização e posicionamento; 7 – Suporte e cuidados aos pacientes e familiares; 8 – Tarefas administrativas e gerenciais; 9 – Suporte respiratório; 10 – Cuidados com vias artificiais; 11 – Tratamento para melhora da função pulmonar; 12 – Medicação vasoativa; 13 – Reposição de grandes perdas de fluidos; 14 – Monitorização do átrio esquerdo; 15 – Reanimação cardiorrespiratória; 16 – Técnicas de hemofiltração/dialíticas; 17 – Medida quantitativa do débito urinário; 18 – Medida da pressão intracraniana; 19 – Tratamento da acidose/alcalose metabólica; 20 – Nutrição parenteral total; 21 – Alimentação enteral; 22 – Intervenções específicas na Unidade; 23 – Intervenções específicas fora da Unidade.

Os itens 1, 4, 6, 7 e 8 são compostos de subitens, mutuamente excludentes. O cálculo do escore total do NAS processou-se de acordo com as recomendações de seus autores, ou seja, por meio da somatória dos itens pontuados. O escore total do NAS expressa em porcentagem o tempo gasto pela equipe de enfermagem na assistência ao paciente, sendo seu valor máximo de 176,8%. Valores acima de 50% indicam que um profissional se faz necessário para atender as necessidades de cuidados de um único paciente nas 24 horas.

Vale ressaltar, que para o presente estudo, foi construído e validado um Tutorial, sendo essa versão utilizada na coleta de dados.

4.5 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO TUTORIAL REFERENTE AO NAS PARA APLICAÇÃO EM UCSI ESPECIALIZADA

Miranda et al. (2003) e Brito e Guirardello (2011) defendem que embora o NAS tenha sido elaborado para avaliar a CTE em UTI, o seu resultado é pautado nas atividades realizadas pela enfermagem, a despeito das características de complexidade apresentadas pelo paciente, o que permite que seja testado em outras unidades, ainda que necessite de estudos para validação de sua eficácia, sob essa perspectiva de uso.

Embora o NAS já tenha sido traduzido e validado para a realidade brasileira, algumas modificações foram consideradas devido à especificidade da população e da UCSI contempladas neste estudo. Optou-se por construir um Tutorial referente à aplicação do NAS, que foi validado quanto ao conteúdo, por meio da Técnica Delphi.

Tutorial é definido como uma ferramenta de ensino/aprendizagem, que auxilia o processo de aprendizagem ao exibir passo a passo o funcionamento de algo (BOCHEMBUZIO, 2007).

A construção do Tutorial do NAS para aplicação em UCSI especializada foi desenvolvida na tentativa de permitir uma orientação mais detalhada a respeito do que pode ou não ser incluído em cada item, conservando-se, no entanto, a relação lógica com a estrutura do instrumento.

Um instrumento é válido “quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que pretende mensurar” (JÚNIOR; MATSUDA, 2012). Assim, optou-se em utilizar a validação de conteúdo, que significa “verificar se o instrumento utilizado responde as necessidades da pesquisa em estudo” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validação compreendeu duas fases distintas. A primeira fase constou da elaboração das modificações, baseadas nas evidências da literatura e experiência na prática clínica dos pesquisadores. Na segunda fase, ocorreu a avaliação por juízes, por meio da Técnica Delphi.

A Técnica Delphi é um método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema, por meio de

validações articuladas em fases ou ciclos. É realizada de forma coletiva por especialistas, também chamados de peritos ou juízes (SILVA; TANAKA, 1999).

Os juízes foram elencados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: possuir experiência clínica mínima de cinco anos, publicar e pesquisar sobre o tema, e possuir conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997).

A construção dos questionários aconteceu por ciclos sequenciais. No primeiro ciclo buscou-se caracterizar os juízes quanto aos critérios de inclusão estabelecidos para essa validação, além de apresentar os objetivos do estudo e fornecer instruções para preenchimento e devolução. Esse questionário foi construído com o intuito de formular uma lista de itens que iriam compor os questionários posteriores. Cada juiz descreveu em campos específicos, as modificações que considerava pertinente. Posteriormente, o pesquisador avaliou se as modificações eram plausíveis, acatando ou não as modificações. No ciclo posterior, foram apresentadas as propostas do ciclo anterior e as modificações realizadas. O questionário circulou pelo grupo de juízes até o consenso ser obtido (ÁVILA; SANTOS, 1998). Essa metodologia seguiu orientações da literatura (FARO, 1997; RUBIO et al., 2003).

O contato entre o grupo foi realizado por meio de e-mails. Para a presente validação optou-se em estipular o método de escalonamento do tipo Likert, com nível de consenso de 80% e análise estatística descritiva (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

O Tutorial foi avaliado quanto à abrangência, clareza e pertinência. Na avaliação da abrangência, buscou-se considerar se todas as dimensões foram incluídas. Em relação à clareza, buscou-se avaliar a redação dos itens, e se esses foram redigidos de forma que o conceito estivesse compreensível e expressasse adequadamente o que se esperava mensurar. Quanto à pertinência ou representatividade, buscou-se notar se os itens realmente refletiam os conceitos envolvidos e, se eram adequados para atingir os objetivos propostos (GRANT; DAVIS, 1997).

Diferentes métodos têm sido apresentados visando quantificar o grau de concordância entre os especialistas durante o processo de avaliação da validade de

conteúdo de um instrumento (ALEXANDRE; COLUCI; 2011). Neste estudo, optou-se em utilizar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), para avaliar os itens separadamente. O IVC visa medir a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e seus itens. Emprega-se uma escala tipo Likert, com pontuação de um a quatro, como por exemplo: 1 - não abrangente; 2 - necessita de grande revisão para ser abrangente; 3 - necessita de pequena revisão para ser abrangente; 4 - apresenta abrangência ou abrangente (RUBIO et al., 2003).

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “três” ou “quatro” pelos especialistas (GRANT; DAVIS, 1997). Dessa forma, o IVC também pode ser definido como “a proporção de itens que recebe uma pontuação de três ou quatro pelos juízes” (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003). Considerou-se uma concordância mínima de 0,90 (POLIT; BECK, 2006).

Para avaliar o Tutorial como um todo, utilizou-se o critério de “percentual de concordância”, que é obtido ao se dividir o número total de itens considerados como relevantes pelos juízes, pelo número total de itens. Considerou-se um percentual de concordância mínimo de 90% (POLIT; BECK, 2006).

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa envolvendo Seres Humanos do HRAC – USP, por meio do parecer 512376, CAAE: 25895513900005441 (Anexo B). Os AAC que concordaram em participar da pesquisa formalizaram sua adesão por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), obedecendo aos preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Os participantes foram avaliados durante todo o período de internação, incluindo a 1ª e 2ª internação. A cada 24 horas foram listados todos os procedimentos, incluindo os realizados diretamente e os relacionados à capacitação

dos AAC sobre os cuidados à criança com SRI. Foi computado o período de tempo dispensado à realização de cada atividade e a totalidade delas.

A CTE foi avaliada por meio da aplicação retrospectiva do NAS, sendo empregada aos participantes tanto na 1ª como na 2ª internação, no período matutino. Para a aplicação do NAS, foram observadas informações elencadas na passagem de plantão, além das anotações no prontuário. A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador, com auxílio de duas enfermeiras que atuam na UCSI, que receberam treinamento sobre a aplicação do NAS, e não conheciam os objetivos do presente estudo.

Inicialmente, a CTE foi avaliada em ambas as internações (1ª e 2ª). Posteriormente, ocorreu a comparação entre ambas visando identificar diferenças significantes, com enfoque nos itens correspondentes ao suporte e cuidados aos familiares, por incluírem intervenções relacionadas à capacitação dos AAC quanto aos cuidados às crianças com SRI.

A caracterização dos AAC quanto aos fatores condicionantes foi realizada por meio de consulta ao prontuário, incluindo: idade, gênero, classificação socioeconômica, escolaridade, estado civil, número de filhos e grau familiar. A caracterização das crianças incluiu a idade e o gênero. Essas variáveis foram associadas à CTE referente à 1ª e 2ª internação, visando identificar diferenças significantes.

Posteriormente, o quantitativo de pessoal segundo as horas NAS em ambas as internações, 1ª e 2ª, foi comparado entre si e ao quantitativo de pessoal, requerido segundo a Resolução Cofen-293/04 (BRASIL, 2004) (Anexo D), sobre dimensionamento de pessoal.

4.7 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.7.1 Cálculo do dimensionamento da equipe de enfermagem segundo as horas NAS

Para se obter um resultado passível de comparação da CTE segundo as horas NAS, com o total de horas de enfermagem preconizado segundo a Resolução

Cofen-293/04 (BRASIL, 2004), de acordo com o tipo de assistência que o paciente requer, foi necessário transformar essa pontuação em horas. Para tal, considerou-se que cada ponto do NAS equivale há 0,24 horas no período de 24 horas (CONISHI; 2005).

No cálculo do dimensionamento diário da equipe de enfermagem segundo as horas NAS, utilizou-se a equação matemática abaixo. Considerou-se a jornada diária de trabalho de 6 horas e produtividade (jornada efetiva de trabalho) de 80%.

$$Q_{diário} = \frac{n \times \sum NAS}{t \times p}$$

Na qual:

$Q_{diário}$ = quantidade diária de profissionais de enfermagem

n = número médio diário de pacientes

$\sum NAS$ = média diária de horas NAS

t = jornada diária de trabalho (6 horas)

p = produtividade (0,80)

No cálculo do dimensionamento anual da equipe de enfermagem segundo as horas NAS, utilizou-se a equação matemática abaixo. Considerou-se o Índice de Segurança Técnico (IST), correspondente às ausências previstas por folgas (descanso remunerado semanal e feriados não coincidentes aos domingos – 0,19 ou 19%) acrescidas do IST proposto para cobertura de férias e ausências não previstas (0,15 ou 15%), ou seja, o IST final foi de 1,34 (34%) (BRASIL, 2004).

$$Q_{anual} = Q_{diária} \times IST$$

Na qual:

Q_{anual} = quantidade anual de profissionais de enfermagem

$Q_{diária}$ = quantidade diária de profissionais de enfermagem

IST = Índice de Segurança Técnico (1,34)

4.7.2 Cálculo do dimensionamento da equipe de enfermagem segundo a resolução COFEN

Para o cálculo do dimensionamento da equipe de enfermagem segundo a Resolução Cofen (BRASIL, 2004), inicialmente buscou-se obter o número de horas de enfermagem. Para tal, utilizou-se a equação matemática abaixo. Consideraram-se as horas de enfermagem correspondentes ao cuidado semi-intensivo (9,4 horas) e taxa de ocupação de 80%.

$$THE = TO \times HE$$

Na qual:

THE = total de horas de enfermagem

HE = horas de enfermagem (9,4 horas)

TO = taxa de ocupação (0,80)

Posteriormente, utilizou-se a equação matemática abaixo. Considerou-se a Constante de Marinho correspondente à jornada semanal de trabalho de 36 horas (0,2236).

$$QP = KM \times THE$$

Na qual:

QP = quantitativo de pessoal

KM = Constante de Marinho (0,2236)

THE = total de horas de enfermagem

4.7.3 Análise estatística

Foi utilizado o *software* da Microsoft Excel 2010 para a estruturação do banco de dados, sendo as análises processadas por meio do *software* livre Rv 2.8.0.

O Teste T-Student foi utilizado para avaliar a associação entre a CTE e as variáveis: classe socioeconômica e gênero. Para as variáveis: escolaridade, estado civil e número de filhos, utilizou-se a Análise de Variância, e para a variável idade, utilizou-se a Correlação de Pearson. Foram aceitas como diferenças estatisticamente significantes, os valores de $p \leq 0,05$ (5%).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi dividida em quatro categorias: construção e validação do Tutorial referente ao NAS para aplicação em UCSI Especializada, caracterização dos participantes, avaliação da CTE e dimensionamento da equipe de enfermagem.

5.1 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO TUTORIAL REFERENTE AO NAS PARA APLICAÇÃO EM UCSI ESPECIALIZADA

Participaram da validação do Tutorial, sete juízes, com tempo médio de formação de 18 anos ($\pm 4,24$) e tempo médio de atuação na área de enfermagem de 18 anos ($\pm 3,53$). Quanto à qualificação acadêmica, 86% (n=6) possuíam Especialização e Mestrado, e 29% (n=2) possuíam Doutorado; 71% (n=5) referiram possuir publicações na área de gerenciamento de enfermagem e/ou fissuras labiopalatinas. Em relação à experiência profissional, 57% (n=4) referiram atuar no ensino de enfermagem (graduação e pós-graduação). 86% (n=6) atuavam na assistência e pesquisa em enfermagem.

A validação do Tutorial compreendeu dois ciclos. As modificações propostas estão dispostas nos Quadros 1 e 2.

ITENS E SUBITENS NAS	MODIFICAÇÕES
Monitorização e controles: 1a. Sinais vitais horários, cálculos e registro regular do balanço hídrico. (4,5)	Aplica-se à criança que se monitora e registra os sinais vitais e/ou cálculo do balanço hídrico, no mínimo duas vezes por plantão (6 horas). Será pontuada a criança estável sob o ponto de vista clínico.
Monitorização e controles: 1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 horas ou mais em algum plantão (6 horas), por razões de segurança, gravidade ou terapia. (12,1)	Em uso de oxigenioterapia onde seja necessário reposicionamento do dispositivo com frequência maior que 3 vezes por plantão (6 horas); Acompanhamento durante a realização de exames no leito; Cuidados com sondas gástricas, enterais ou gastrostomias (ex.: fixação, confirmação de posicionamento, monitoramento de resíduo gástrico, etc.); Monitoramento de crianças com hiperêmese (superior a 2 episódios em plantão de 6 horas).
Investigações laboratoriais: Bioquímicas e microbiológicas. (4,3)	Incluso: Coleta de urina de 24 horas.
Procedimentos de higiene: 4a. Realização de procedimentos de higiene, que somados ou contínuos durem menos de 2 horas por plantão (6 horas). (4,1)	Troca de fixação de sonda oro/nasogástrica e enteral.
Suporte e cuidados aos familiares: 7b. Suporte e cuidados aos familiares que requerem dedicação exclusiva acima de 1 hora, contínua ou fracionada. (32,0)	Incluso: óbito.
Tarefas administrativas e gerenciais: 8a. Realização de tarefas de rotinas. (4,2)	Agendamentos de exames; realização de telefonemas para discussão de caso clínico, questões sociais e agendamento de exames e retornos.
Tarefas administrativas e gerenciais: 8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral acima de 2 horas em algum plantão (6 horas), contínuas ou fracionadas. (30,0)	Removido: Acompanhamento em transferências externas; Acompanhamento em exames diagnósticos externos.
Intervenções específicas: 23. Intervenções específicas fora da unidade. (1,9)	Exames diagnósticos (ex.: Nasofibroscopia, videofluoroscopia da deglutição, videoendoscopia da deglutição, radiografia de EED, polissonografia, tomografia, ressonância magnética); Incluso: Eletroencefalograma.

Quadro 1 - Apresentação das modificações propostas pelos juízes durante o primeiro ciclo da validação de conteúdo do Tutorial referente ao NAS para aplicação em UCSI especializada. Bauru, 2014

ITENS E SUBITENS NAS	MODIFICAÇÕES
Monitorização e controles: 1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 horas ou mais em algum plantão (6 horas), por razões de segurança, gravidade ou terapia. (12,1)	Inclusão: desmame de oxigênio e medida de irradiância da fototerapia.
Mobilização e posicionamento: 6a. Realização de procedimentos, mobilização e posicionamento de 3 a 6 vezes por plantão (6 horas), com necessidade de apenas 1 profissional de enfermagem. (5,5)	Inclusão: posicionamento para melhora do padrão respiratório.
Tarefas administrativas e gerenciais: 8a. Realização de tarefas de rotinas. (4,2)	Inclusão: participação e reunião com familiares para discussão de conduta e comunicação de prognóstico.

Quadro 2 - Apresentação das modificações propostas pelos juízes durante o segundo ciclo da validação de conteúdo do Tutorial referente ao NAS para aplicação em UCSI especializada. Bauru, 2014

A versão final do Tutorial referente ao NAS para aplicação em UCSI especializada, está apresentada no Quadro 3.

Tutorial do Nursing Activities Score para aplicação em Unidade de Terapia Semi-intensiva Especializada	
Os itens 1, 4, 6, 7, e 8 são compostos de subitens, diferenciados de acordo com o tempo gradativo despendido nas atividades propostas, portanto, são mutuamente excludentes.	
1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLE	
1a. Sinais vitais horários, cálculos e registro regular do balanço hídrico. (4,5) Aplica-se à criança que se monitora e registra os sinais vitais e/ou cálculo do balanço hídrico no mínimo duas vezes por plantão (6 horas). Será pontuada a criança estável sob o ponto de vista clínico.	
1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 horas ou mais em algum plantão (6 horas), por razões de segurança, gravidade ou terapia. (12,1) Para que um profissional possa sair do lado da criança outro deverá ficar em seu lugar, por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: <ul style="list-style-type: none"> • Preparo e administração de fluidos ou medicação à beira do leito; • Acesso venoso difícil; • Monitoramento e registro de qualquer um dos sinais vitais e/ou cálculo do balanço hídrico por mais de três vezes por plantão; • Quedas de saturação frequentes; • Crises de apneia; • Em uso de oxigenioterapia, onde seja necessário reposicionamento do dispositivo com frequência maior que 3 vezes por plantão (6 horas); • Agitação extrema/choro intenso; • Permanência em decúbito ventral (posição prona); • Crianças em tratamento postural antirrefluxo; • Monitoramento/oferta e registro, do volume de dieta aceito por via oral, incluindo o tempo; • Cuidados com sondas gástricas enterais ou gastrostomias (ex.: fixação, confirmação de posicionamento, monitoramento de resíduo gástrico, etc.); • Monitoramento durante realização de exames realizados no leito; • Preparo para realização de exames; • Monitoramento de crianças com hiperêmese (superior a 2 episódios em plantão de 6 horas); • Desmame de oxigênio; • Medida de irradiância da fototerapia; • Monitoramento ou realização de técnicas facilitadoras da alimentação. 	
1c. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 4 horas ou mais em algum plantão (6 horas) por razões de segurança, gravidade ou terapia. (19,6) Para que um profissional possa sair do lado da criança outro deverá ficar em seu lugar, por razões de segurança, gravidade ou terapia, ou, assistência à criança em conformidade com o item 1b e que estejam em precaução por contato.	

continua

continuação

2. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS
<p>Bioquímicas e microbiológicas. (4,3)</p> <p>Aplica-se à criança submetida à coleta de qualquer tipo de material biológico para investigação laboratorial, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coleta de fezes; • Coleta de urina, por coletor ou sondagem; • Coleta de sangue arterial, venoso ou capilar; • Verificação de glicosúria e cetonúria; • Monitoramento de glicemia capilar; • Coleta de secreções; • Coleta de teste do pezinho; • Coleta de <i>Swabs</i> de qualquer natureza; • Coleta de suor; • Coleta de urina de 24 horas.
3. MEDICAÇÕES
<p>Todas, exceto drogas vasoativas. (5,6)</p> <p>Pontua-se a criança que recebe medicamentos de qualquer tipo, exceto drogas vasoativas, independente da quantidade, frequência ou via de administração, incluindo vacinas.</p>
4. PROCEDIMENTOS DE HIGIENE
<p>4a. Realização de procedimentos de higiene, que somados ou contínuos durem menos de 2 horas por plantão (6 horas). (4,1)</p> <p>Pontua-se a criança com procedimentos de higiene realizados no máximo duas vezes por plantão, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curativos em lesões traumáticas; • Curativos em incisões cirúrgicas e/ou ostomias; • Curativos de cateteres centrais; • Curativos de cateteres periféricos; • Curativo em coto umbilical; • Troca de fixação de sonda oro/nasogástrica e enteral; • Troca de cânula nasofaríngea; • Higienização de cânula nasofaríngea; • Banho de imersão; • Troca de roupa; • Troca de roupa de cama; • Troca de fralda.
<p>4b. Realização de procedimentos de higiene frequentes, isto é, de 3 a 4 vezes por plantão (6 horas), que contínuos ou somados durem menos 2 horas por plantão, ou, assistência às crianças em conformidade com o item 4a e que estejam em precaução por contato. (16,5)</p>
<p>4c. Realização de procedimentos de higiene frequentes, mais de 4 vezes, que contínuos ou somados, durarem mais de 2 horas em algum plantão (6 horas), ou, assistência às crianças em conformidade com o item 4b. e que estejam em precaução por contato. (20,0)</p>
5. CUIDADOS COM DRENOS
<p>Todos, exceto sondas gástricas. (1,8)</p> <p>Consideram-se cuidados com drenos tubulares e de sucção. Sondas gástricas não serão pontuadas neste item, mesmo que estiverem abertas em drenagem.</p>
6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO
<p>6a. Realização de procedimentos, mobilização e posicionamento de 3 a 6 vezes por plantão (6 horas), com necessidade de apenas 1 profissional de enfermagem. (5,5)</p> <p>Pontua-se a criança que necessita dos seguintes procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mudança de decúbito; • Transferência de leito; • Aplicação de técnicas para acalmar a criança; • Utilização de mecanismos para melhora do posicionamento (ex.: coxins; suspensórios; ninhos; contenções); • Posicionamento em decúbito ventral (prona); • Posicionamento para melhora do padrão respiratório; • Mudança de decúbito em criança em tratamento postural antirrefluxo.
<p>6b. Procedimentos mobilização e posicionamento (descritos no item 6a) realizados mais do que 6 vezes por plantão (6 horas), com necessidade de apenas 1 profissional de enfermagem. (12,4)</p>
<p>6c. Procedimentos de mobilização e posicionamento independente da frequência a ser realizado, que necessite de 2 ou mais profissionais de enfermagem, ou realização dos procedimentos descritos no item 6b, onde a criança se encontre em precaução por contato. (17,0)</p>

continua

continuação

7. SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES	
7a. Suporte e cuidado aos familiares que requerem dedicação exclusiva por até 1 hora contínua ou fracionada. (4,0)	Aplica-se a todos os pais e/ou responsáveis, que estejam na unidade, <u>apenas</u> durante os horários de visitas, e que requerem dedicação exclusiva, com a finalidade de explicar condições clínicas da criança, lidar com a dor, angústia, insegurança e outras situações difíceis aos familiares.
7b. Suporte e cuidados aos familiares que requerem dedicação exclusiva acima de 1 hora, contínua ou fracionada. (32,0)	<p>Pontuam-se <u>todos</u> os pais e/ou responsáveis que estejam acompanhando a internação da criança, com intuito de receberem capacitação por parte da enfermagem, a fim de adquirirem habilidades relacionadas à manutenção dos cuidados com a criança após a alta hospitalar, e/ou familiares hostis e com dificuldade de entendimento.</p> <p>Pontuam-se ainda, os casos em que a equipe de enfermagem necessite fornecer suporte aos familiares nos seguintes momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internação da criança; • Reinternação da criança; • Alta hospitalar e transferência hospitalar; • Óbito.
8. TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS	
8a. Realização de tarefas de rotina. (4,2)	<p>Aplica-se à criança submetida à realização de tarefas gerenciais e de rotina, com duração de até 1 hora, contínua ou fracionada. São exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processamento de dados clínicos (ex.: formalização do histórico, diagnósticos e evolução de enfermagem); • Participação em reuniões para discussão de caso, incluindo com familiares (ex.: reunião de disfagia); • Agendamentos de exames; realização de telefonemas para discussão de caso clínico, questões sociais e agendamento de exames e retornos; • Troca de informações profissionais (Ex.: passagem de plantão; visitas clínicas); • Monitoria de aprimorandos e residentes na realização de atividades de rotina, assistenciais e gerenciais, relacionadas à criança.
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral, de 1 a 2 horas em algum plantão (6 horas), contínuas ou fracionadas. (23,2)	<p>Considera-se a descrição do item 8a, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividades de pesquisa; • Aplicação de protocolos; • Procedimentos relacionados à admissão; • Procedimentos relacionados à alta; • Elaboração de relatórios; • Elaboração de relatórios de notificação sobre ocorrências e/ou encaminhamento a outros profissionais ou instituições; • Acompanhamento/transferência para outra unidade na mesma Instituição.
8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral acima de 2 horas em algum plantão (6 horas), contínuas ou fracionadas. (30,0)	
SUPORTE VENTILATÓRIO	
9. Suporte respiratório. (1,4)	<p>Pontua-se a criança em uso de qualquer forma de ventilação mecânica/ assistida, com ou sem pressão expiratória final positiva; com ou sem utilização de relaxantes musculares. Criança em respiração espontânea, e em uso de oxigênio complementar por qualquer método, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CPAP; • BIPAP; • Halotenda; • Nebulização contínua aquecida ou não; • Cateter nasal; • Máscara de Venturi.
10. Cuidados com vias aéreas artificiais. (1,8)	<p>Pontua-se a criança em uso de: cânula nasofaríngea, cânula de traqueostomia ou cânula endotraqueal. Consideram-se cuidados com vias aéreas artificiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene/aspiração nasal; • Higiene/aspiração de cânulas; • Reposicionamento de cânulas; • Troca de fixação.

continua

continuação

11. Tratamento para melhora da função pulmonar. (4,4) Aplica-se à criança submetida à realização de tratamento para a melhora da função pulmonar, independente da frequência nas 24 horas. Conceitua-se tratamento para melhora da função pulmonar: <ul style="list-style-type: none"> • Drenagem postural; • Aerossóis (inalação); • Aspiração de vias aéreas superiores e/ou inferiores.
SUPORTE CARDIOVASCULAR
12. Medicação vasoativa, independente do tipo e dose. (1,2) Pontua-se a criança que recebe medicação vasoativa, independente do tipo, dose e/ou frequência. São exemplos: noradrenalina, adrenalina, dopamina, milrinone, dobutamina, isoproterenol, atropina, prostaglandinas, nitroprussiato de sódio, nitratos, clorpromazina, captopril, enalapril e bloqueadores de cálcio.
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. (2,5) Pontua-se a criança que recebe reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos, independente do tipo de fluido administrado (ex.: soroterapia, sangue, hemoderivados, etc.).
14. Monitorização do átrio esquerdo. (1,7) Define-se monitorização do átrio esquerdo, o cateter de artéria pulmonar com ou sem medida do débito cardíaco. Ressalta-se que esse tipo de monitorização é específico para pacientes graves, não sendo aplicado em unidade semi-intensiva.
15. Reanimação cardiorrespiratória. (7,1) Aplica-se à criança que necessite de reanimação cardiorrespiratória de qualquer natureza (central, pulmonar ou cardiovascular).
SUPORTE RENAL
16. Técnicas de hemofiltração. (7,7) Pontua-se a criança que esteja realizando qualquer técnica de terapia de substituição renal, seja de hemofiltração ou dialíticas, independente da duração nas 24 horas.
17. Medida quantitativa do débito urinário. (7,0) Pontua-se a criança submetida à medida quantitativa do débito urinário, independente da frequência e duração. São exemplos de controle de diurese: <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento de peso de fraldas; • Cateterismo vesical de demora.
SUPORTE NEUROLÓGICO
18. Medida da pressão intracraniana. (1,6) Aplicável às crianças com necessidade de mensuração da pressão intracraniana, independente do método utilizado. Este item também será pontuado nas crianças que necessitem de atendimento quando em crises convulsivas ou crises de apneia de origem central.
SUPORTE METABÓLICO
19. Tratamento da acidose/alcalose metabólica. (1,3) Pontua-se a criança que esteja em tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada. Será considerado nesse item, tratamento de hipoglicemia ou hiperglicemia.
20. Nutrição parenteral total – NPP. (2,8) Pontua-se a criança que receba hiperalimentação intravenosa, com qualquer duração e frequência.
21. Alimentação enteral por sonda gástrica ou via gastrointestinal. (1,3) Pontua-se a criança submetida à administração de alimentação enteral, independente da duração e da frequência, incluindo as vias: <ul style="list-style-type: none"> • Nasogástrica; • Orogástrica; • Nasoenteral; • Gastrostomia; • Jejunostomia.
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS
22. Intervenções específicas na unidade. (2,8) Aplica-se à criança que necessite de intervenções específicas, em qualquer frequência nas 24 horas, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> • Intubação endotraqueal; • Cardioversão; • Desfibrilação; • Passagem e/ou reposicionamento de cânulas nasofaríngeas; • Passagem e/ou reposicionamento de sondas gástricas; • Radiografias; • Eletrocardiograma; • Eletroencefalograma.

continua

continuação**23. Intervenções específicas fora da unidade. (1,9)**

Aplica-se à criança que necessite da realização de intervenções específicas fora da unidade, e que seja acompanhada por pelo menos um profissional da equipe de enfermagem, independente da frequência nas 24 horas, incluindo:

- Exames diagnósticos (ex.: Nasofibrosopia, videofluoroscopia da deglutição, videoendoscopia da deglutição, radiografia de EED, polissonografia, tomografia, ressonância magnética, eletroencefalograma);
- Cirurgias de urgência (ex.: traqueostomia);
- Transferências internas ou externas;
- Acompanhamento para realização de exames ou procedimentos realizados fora da Instituição.

Quadro 3 - Tutorial referente ao NAS para aplicação em UCSI. Bauru, 2014

Em relação à avaliação dos itens, os IVC referentes à abrangência, clareza e pertinência, foram respectivamente: primeiro ciclo – 0,78, 0,79 e 0,89; segundo ciclo – 0,98, 0,97 e 1,00. O percentual de concordância foi de 82% no primeiro ciclo e 98% no segundo ciclo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das avaliações dos juízes sobre os itens do Tutorial referente ao NAS para aplicação em UCSI Especializada. Bauru, 2014

IVC médio	Abrangência	Clareza	Pertinência	Percentual de concordância
Primeiro ciclo	0,78	0,79	0,89	82%
Segundo ciclo	0,98	0,97	1,00	98%

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram desse estudo 31 crianças com SPRI e seus respectivos AAC. A média de idade das crianças foi de 26 dias ($\pm 16,9$), com variação de 6 a 64 dias. Prevaleceu o gênero feminino (68%, n=21).

Em relação à caracterização dos AAC, prevaleceram as mães (97%, n=30), com média de idade foi de 24,7 anos ($\pm 5,4$), casadas (74%, n=23), com filho único (71%, n=22), pertencentes à classificação socioeconômica baixa superior (61%, n=19), com ensino médio completo (40%, n=12) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos AAC segundo as variáveis: classificação socioeconômica, escolaridade, estado civil e número de filhos. Bauru, 2014

Variáveis	n	%
Classificação socioeconômica		
Média inferior	12	39
Baixa superior	19	61
Escolaridade		
Superior completo	10	32
Superior incompleto	2	6
Médio completo	12	40
Médio incompleto	5	16
Fundamental completo	2	6
Estado civil		
Casada	23	74
Divorciada	1	3
Solteira	7	23
Número de filhos		
3 ou 4	2	6
1	22	71
2	7	23

5.3 AVALIAÇÃO DA CTE

Em relação à avaliação da CTE, a partir das 31 crianças e seus respectivos AAC, foram geradas 519 avaliações NAS, sendo 320 referentes à 1ª internação e 199 referentes à 2ª internação. A média de duração da 1ª internação foi de 10,3 dias ($\pm 5,7$), enquanto da 2ª internação foi de 6,4 dias ($\pm 3,4$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Duração da primeira e segunda internação (em dias). Bauru, 2014

Internação	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Mediana
1ª	10,3	5,7	29,0	4,0	8,0
2ª	6,4	3,4	16,0	3,0	5,0

Em relação à CTE referente à 1ª internação, a média foi de 60,9% ($\pm 12,8$), enquanto a média no 1º dia foi de 111,4% ($\pm 12,6$) e no último dia de 37,2% ($\pm 11,1$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Apresentação da CTE referente à 1ª internação, incluindo o 1º e último dia. Bauru, 2014

	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Mediana
CTE 1ª internação	60,9	12,8	89,5	38,9	57,8
CTE 1º dia	111,4	12,6	152,9	88,8	111,1
CTE último dia	37,2	11,1	71,0	26,8	31,0

Quanto à 2ª internação, a CTE foi de 41,6% ($\pm 7,3$), enquanto no 1º dia foi de 73% ($\pm 20,9$) e no último dia de 32,9% ($\pm 7,8$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Apresentação da CTE referente à 2ª internação, incluindo o 1º e último dia. Bauru, 2014

	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Mediana
CTE 2ª internação	41,6	7,3	63,2	30,3	40,2
CTE 1º dia	73,0	20,9	117,8	33,5	72,3
CTE último dia	32,9	7,8	62,0	27,9	30,9

Observou-se diferença significativa ao se associar a CTE por meio da média NAS entre o 1º e o último dia, referente à 1ª internação ($p < 0,001$) e 2ª internação ($p < 0,001$), conforme apresentado nas Tabelas 6 e 7, ou seja, no 1º dia de internação, tanto na 1ª quanto na 2ª internação, a CTE foi significativamente maior.

Tabela 6 - Associação entre a CTE referente à 1ª internação e o 1º e último dia. Bauru, 2014

	Média	Desvio Padrão	p
CTE 1º dia	111,4	12,6	
CTE último dia	37,2	11,1	$< 0,001^*$
Diferença	74,2	16,2	

Teste T-Student. *Significância estatística ($p \leq 0,05$).

Tabela 7 - Associação entre a CTE referente à 2ª internação e o 1º e último dia. Bauru, 2014

	Média	Desvio Padrão	p
CTE 1º dia	73,0	20,9	<0,001*
CTE último dia	32,9	7,8	
Diferença	40,1	20,5	

Teste T-Student. *Significância estatística ($p \leq 0,05$).

Ao se associar a CTE entre o 1º dia da 1ª e 2ª internação, observou-se diferença significativa ($p < 0,001$), ou seja, a CTE no 1º dia na 1ª internação foi maior (Tabela 8). A mesma análise foi realizada considerando-se o último dia referente à 1ª e 2ª internação, constatando-se, também, diferença significativa ($p < 0,027$), ou seja, evidenciou-se que a CTE no último dia da 1ª internação foi maior (Tabela 9). Observou-se, portanto, uma progressão decrescente ao se relacionar a CTE e o tempo de internação (Figura 6).

Tabela 8 - Associação entre a CTE do 1º dia da 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014

	Média	Desvio Padrão	p
CTE 1º dia da 1ª internação	111,4	12,6	<0,001*
CTE 1º dia da 2ª internação	73,0	20,9	
Diferença	38,3	21,7	

Teste T-Student. *Significância estatística ($p \leq 0,05$).

Tabela 9 - Associação entre a CTE do último dia da 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014

	Média	Desvio Padrão	p
CTE último dia da 1ª internação	37,2	11,1	0,027*
CTE último dia da 2ª internação	32,9	7,8	
Diferença	4,2	10,2	

Teste T-Student. *Significância estatística ($p \leq 0,05$).

Figura 6 - Comparação entre CTE referente ao 1º e último dia, da 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014

Ao se associar a CTE entre a 1ª e 2ª internação, observou-se diferença significativa ($p < 0,001$) (Tabela 10, Figura 7), ou seja, a CTE foi maior na 1ª internação quando comparada com a 2ª internação, e essa diferença foi significativa.

Tabela 10 - Associação entre a CTE da 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014

	Média	Desvio Padrão	p
CTE na 1ª internação	60,9	12,8	<0,001*
CTE na 2ª internação	41,6	7,3	
Diferença	19,3	13,2	

Teste T-Student. *Significância estatística ($p \leq 0,05$).

Figura 7 - Associação entre a CTE da 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014

Considerando-se os itens NAS referentes às atividades relacionadas à promoção do autocuidado (7a e 7b – suporte e cuidados aos familiares), observou-se diferença significativa ($p < 0,001$) ao se associar a 1ª e a 2ª internação, ou seja, a promoção do autocuidado influenciou a CTE e essa influencia foi significativa. As Tabelas 11 e 12 apresentam a associação entre os itens 7a e 7b, na 1ª e 2ª internação, em percentuais.

Tabela 11 - Associação entre a CTE referente à 1ª e 2ª internação e o item NAS 7a, correspondente à capacitação dos AAC. Bauru, 2014

	Média	Desvio Padrão	P
Item 7a na 1ª internação	53,9	13,8	
Item 7a na 2ª internação	79,5	18,2	<0,001*
Diferença	-25,6	22,5	

Teste T-Student. *Significância estatística ($p \leq 0,05$).

Tabela 12 - Associação entre a CTE referente à 1ª e 2ª internação e o item NAS 7b, correspondente à capacitação dos AAC. Bauru, 2014

	Média	Desvio Padrão	P
Item 7b na 1ª internação	46,1	13,8	
Item 7b na 2ª internação	20,5	18,2	<0,001*
Diferença	25,6	22,5	

Teste T-Student. *Significância estatística ($p \leq 0,05$).

Ao se avaliar a prevalência das intervenções NAS na 1ª internação, constatou-se o predomínio dos itens: monitorização e controle (100%, n=320), procedimentos de higiene (100%, n=320), medicação, exceto drogas vasoativas (100%, n=320), mobilização e posicionamento (100%, n=320), suporte e cuidados aos familiares (100%, n=320), cuidados com vias aéreas artificiais (100%, n=320) e alimentação enteral por sonda gástrica ou outra via gastrintestinal (100%, n=320) (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição das intervenções terapêuticas do NAS segundo seus itens, relacionados à 1ª internação. Bauru, 2014

ITENS NAS	N	%
1. Monitorização e controle.	320	100%
1a. Sinais vitais horários, cálculos e registro regular do balanço hídrico.	199	62%
1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 h ou mais em algum plantão (6 horas) por razões de segurança, gravidade ou terapia.	118	37%
1c. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 4 horas ou mais em algum plantão (6 horas) por razões de segurança, gravidade ou terapia.	3	1%
2. Investigações laboratoriais: bioquímica e microbiológicas.	67	21%
3. Medicação, exceto drogas vasoativas.	320	100%
4. Procedimentos de higiene.	320	100%
4a. Realização de procedimentos de higiene, que somados ou contínuos durem menos de 2 horas por plantão (6 horas).	221	69%
4b. Realização de procedimentos de higiene frequentes, isto é, de 3 a 4 vezes por plantão (6 horas), que somados ou contínuos durem menos de 2 horas por plantão, ou, assistência às crianças em conformidade com o item 4ª e que estejam em precaução por contato.	99	31%
6. Mobilização e posicionamento.	320	100%
6a. Realização de procedimentos de mobilização e posicionamento de 3 a 6 vezes por plantão (6 horas), com necessidade de apenas 1 profissional de enfermagem.	243	76%
6b. Realização de procedimentos de mobilização e posicionamento realizados mais que 6 vezes por plantão (6 horas), com necessidade de apenas 1 profissional de enfermagem.	77	24%
7. Suporte e cuidado aos familiares.	320	100%
7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por até uma hora, contínua ou fracionada.	173	54%
7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva acima de 1 hora, contínua ou fracionada.	147	46%
8. Tarefas administrativas e gerenciais de rotina.	302	94%
8a. Realização de tarefas administrativas e gerenciais de rotina.	222	69%
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 1 a 2 h em algum plantão, contínuas ou fracionadas.	80	25%
9. Suporte respiratório.	51	16%
10. Cuidados com vias aéreas artificiais.	320	100%
11. Tratamento para melhora da função pulmonar.	83	26%
15. Reanimação cardiorrespiratória.	3	1%
21. Alimentação enteral por sonda gástrica ou outra via gastrintestinal.	320	100%
22. Intervenções específicas na unidade.	48	15%
23. Intervenções específicas fora da unidade.	80	25%

Ao se avaliar a prevalência das intervenções referentes aos itens do NAS na 2ª internação, predominaram: monitorização e controle (100%, n=199), procedimentos de higiene (100%, n=199), suporte e cuidados aos familiares (100%, n=199) e medicação, exceto drogas vasoativas (100%, n=199) (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição das intervenções terapêuticas do NAS segundo seus itens, relacionados à 2ª internação

ITENS NAS	n	%
1. Monitorização e controle.	199	100%
1a. Sinais vitais horários, cálculos e registro regular do balanço hídrico.	179	90%
1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 h ou mais em algum plantão (6 horas) por razões de segurança, gravidade ou terapia.	20	10%
2. Investigações laboratoriais: bioquímica e microbiológicas.	40	20%
3. Medicação, exceto drogas vasoativas.	199	100%
4. Procedimentos de higiene.	199	100%
4a. Realização de procedimentos de higiene, que somados ou contínuos durem menos de 2 horas por plantão (6 horas).	191	96%
4b. Realização de procedimentos de higiene frequentes, isto é, de 3 a 4 vezes por plantão (6 horas), que somados ou contínuos durem menos de 2 horas por plantão, ou, assistência às crianças em conformidade com o item 4a, e que estejam em precaução por contato.	8	4%
6. Mobilização e posicionamento.	194	97%
6a. Realização de procedimentos de mobilização e posicionamento de 3 a 6 vezes por plantão (6 horas), com necessidade de apenas 1 profissional de enfermagem.	180	90%
6b. Realização de procedimentos de mobilização e posicionamento realizados mais que 6 vezes por plantão (6 horas), com necessidade de apenas 1 profissional de enfermagem.	14	7%
7. Suporte e cuidado aos familiares.	199	100%
7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por até uma hora, contínua ou fracionada.	159	80%
7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva acima de 1 hora, contínua ou fracionada.	40	20%
8. Tarefas administrativas e gerenciais de rotina.	185	93%
8a. Realização de tarefas administrativas e gerenciais de rotina.	159	80%
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 1 a 2 horas em algum plantão, contínuas ou fracionadas.	26	13%
9. Suporte respiratório.	4	2%
10. Cuidado com vias aéreas artificiais.	109	55%
11. Tratamento para melhora da função pulmonar.	16	8%
21. Alimentação enteral por sonda gástrica ou outra via gastrintestinal.	180	90%
22. Intervenções específicas na unidade.	10	5%
23. Intervenções específicas fora da unidade.	34	17%

Ainda, buscou-se associar a CTE às variáveis: idade e gênero, em relação às crianças, porém, não se observou diferença significativa, tanto na 1ª internação (gênero, $p=0,811$; idade, $p=0,992$), quanto na 2ª internação (gênero, $p=1,00$; idade, $p=0,650$), ou seja, a idade e o gênero das crianças não influenciaram a CTE.

Por fim, buscou-se avaliar a associação entre os fatores condicionantes básicos (características sociodemográficas) dos AAC e a CTE referente à 1ª e 2ª internação. Os resultados referentes à 1ª internação: (idade, $p=0,992$; classe socioeconômica, $p=0,502$; escolaridade, $p=0,419$; estado civil, $p=0,449$ e número de filhos, $p=0,353$) e 2ª internação: (idade, $p=0,974$; classe socioeconômica, $p=0,470$; escolaridade, $p=0,588$; estado civil, $p=0,177$ e número de filhos, $p=0,614$), demonstraram não existir diferença significativa, ou seja, a CTE não foi influenciada pelos fatores condicionantes básicos dos AAC (Tabela 15).

Tabela 15 - Associação entre a CTE na 1ª e 2ª internação, e as variáveis dos AAC: classificação socioeconômica, escolaridade, estado civil e número de filhos. Bauru, 2014

Variáveis	n	%	p 1ª internação	p 2ª internação
Classificação socioeconômica				
Média inferior	12	39	0,470*	0,502*
Baixa superior	19	61		
Escolaridade				
Superior completo	10	32	0,588**	0,419**
Superior incompleto	2	6		
Médio completo	12	40		
Médio incompleto	5	16		
Fundamental completo	2	6		
Estado civil				
Casada	23	74	0,177**	0,449**
Divorciada	1	3		
Solteira	7	23		
Número de filhos				
3 ou 4	2	6	0,614**	0,353**
1	22	71		
2	7	23		

*Teste T-Student. **Análise de Variância. Significância estatística ($p \leq 0,05$).

5.4 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Para obter um resultado passível de comparação da CTE segundo o NAS com o total de horas de enfermagem preconizado pelo COFEN (BRASIL, 2004), de acordo com o tipo de assistência que o paciente requer, foi necessário transformar

essa pontuação em horas. Considerando-se que cada ponto do NAS equivale a 0,24 horas e que, em média, mensurou-se na 1ª e 2ª internação, 60,9% e 41,6% respectivamente, foram despendidas 14,6 horas de enfermagem na 1ª internação e 9,9 horas de enfermagem na 2ª internação, no período de 24 horas.

Referente à 1ª internação, o dimensionamento de pessoal diário segundo NAS foi de 15,6 profissionais. Já o dimensionamento anual, que considera o IST, foi de 26 profissionais, sendo 11 (42%) enfermeiros e 15 (58%) técnicos de enfermagem, considerando-se a recomendação do Cofen (BRASIL, 2004), sobre distribuição de profissionais por categoria. Ressalta-se que esse quantitativo de pessoal refere-se às 24 horas de assistência de enfermagem, ou seja, o quantitativo de pessoal deverá ser distribuído nos turnos de trabalho correspondentes às 24 horas. A CTE referente às 24 horas foi equivalente à 93,4 horas.

Referente à 2ª internação, o dimensionamento de pessoal diário segundo as horas NAS foi de 13,2 profissionais. Já o dimensionamento anual, que considera o IST, foi de 18 profissionais, sendo oito (42%) enfermeiros e dez (58%) técnicos de enfermagem, considerando-se a recomendação do Cofen (BRASIL, 2004), sobre a distribuição de profissionais por categoria. Ressalta-se novamente, que esse quantitativo de pessoal refere-se às 24 horas de assistência de enfermagem, ou seja, o quantitativo de pessoal deverá ser distribuído nos turnos de trabalho correspondentes às 24 horas. A CTE referente às 24 horas correspondeu a 63,4 horas.

Para o cálculo do dimensionamento de pessoal segundo a Resolução Cofen (BRASIL, 2004), considerou-se a taxa de ocupação de 80%, o quantitativo de horas de enfermagem para pacientes em cuidados semi-intensivos (9,4 horas de enfermagem), e a Constante de Marinho (KM), correspondente à jornada semanal de trabalho de 36 horas (0,2236). O dimensionamento de pessoal foi de 14 profissionais, sendo seis (42%) enfermeiros e oito (58%) técnicos de enfermagem, a serem distribuídos nos turnos de trabalho referente às 24 horas. A CTE referente às 24 horas correspondeu a 60,2 horas.

A Tabela 16 apresenta as diferenças entre o quantitativo de profissionais segundo a Resolução Cofen (BRASIL, 2004), e o NAS da 1ª e 2ª internação. Observa-se que o quantitativo de pessoal ao se promover o autocuidado foi maior em relação à Resolução do Cofen (BRASIL, 2004) (+12) e referente à 2ª internação

(+8). Portanto, A CTE e consequentemente o quantitativo de pessoal de enfermagem é maior ao se promover o autocuidado.

Tabela 16 - Diferenças entre o quantitativo de profissionais de enfermagem segundo a Resolução Cofen - 293/04 e o NAS na 1ª e 2ª internação. Bauru, 2014

	Resolução Cofen (α)	NAS 1ª internação (β)	NAS 2ª internação (Ω)
Dimensionamento	14	26	18
Diferença entre α e β	-12	+12	
Diferença entre α e Ω	-4		+4
Diferença entre β e Ω		+8	-8

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A primeira preocupação em relação à realização do presente estudo constou em identificar e utilizar um instrumento de coleta de dados válido em nossa realidade assistencial, considerando a especificidade de nosso processo de trabalho.

Embora primariamente o NAS tenha sido desenvolvido para mensurar a CTE em UTI, observa-se sua aplicação em diferentes contextos. No entanto, alguns autores apontam sobre a necessidade de se validar sua eficácia quanto à sua aplicação em outras Unidades (MIRANDA et al., 2003; GONÇALVES; PADILHA; CARDOSO SOUSA, 2007; LIMA; TSUKAMOTO; FUGULIN, 2008; BRITO; GUIRARDELLO, 2011).

Nesse contexto, optou-se em construir e validar um Tutorial a respeito de sua aplicação na Unidade contemplada no presente estudo, buscando uniformizar a coleta de dados e denotar fidelidade àquilo que se pretende mensurar (PADILHA et al., 2005).

Gonçalves, Padilha e Cardoso Sousa (2007), apresentaram diretrizes sobre a aplicação do NAS em UTI. Bochembuzio (2007) desenvolveu um Tutorial referente à aplicação do NAS em Unidades neonatais. Lima, Tsukamoto e Fugulin (2008), apresentaram diretrizes referentes à aplicação do NAS na avaliação de pacientes de alta dependência de enfermagem, reforçando sobre a importância dessa metodologia para tornar os resultados representativos. Amadeu (2015) confeccionou um Tutorial referente à aplicação do NAS em UTI especializada em pacientes com queimaduras. Estes estudos demonstraram os benefícios em facilitar e uniformizar a aplicação do NAS em diferentes realidades.

Métodos de validação são indispensáveis para pesquisas nas quais se propõe utilizar metodologias rigorosas. Vale ressaltar, que no processo de confecção e validação de um Tutorial, permanece intacta a relação lógica com a estrutura do instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

A validação do tutorial ocorreu por meio da Técnica Delphi. Investigações que utilizaram essa metodologia certificam sua eficácia (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997; JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Participaram do processo de validação do Tutorial, sete juízes, que contemplavam plenamente as recomendações apontadas na literatura, incluindo experiência profissional clínica e metodológica, possuir especialização *Latu e Stricto Senso*, possuir publicações na área de gerenciamento de enfermagem, entre outros. Esses dados reforçam a confiabilidade do processo de validação. O perfil dos juízes está em conformidade a outras pesquisas (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997; ÁVILA; SANTOS, 1998; JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

A validação do Tutorial compreendeu dois ciclos. Nesses, além da conformidade entre os juízes, buscou-se avaliar a abrangência, clareza e pertinência do instrumento (FARO, 1997; RUBIO et al., 2003). O percentual de concordância obedeceu ao preconizado na literatura (GRANT; DAVIS, 1997; WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; RUBIO et al., 2003).

É importante ressaltar que o Tutorial confeccionado e validado neste estudo, será utilizado para treinamento da equipe de enfermeiros sobre a mensuração da CTE, principalmente quanto à uniformidade na coleta de dados. A falta de padronização na utilização do NAS tem sido apontada como uma limitação do instrumento (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007). Ainda, pensando na proposta do SUS quanto à descentralização de Serviços, a confecção e validação do Tutorial permitirão sua utilização e replicação de maneira fidedigna em outras Instituições.

No presente estudo, ao analisar a caracterização dos pacientes em relação ao gênero, observou-se o predomínio do feminino, corroborando a literatura ao afirmar que as fissuras de palato isoladas são prevalentes no gênero feminino (CYMROT et al., 2010). Deve-se considerar, ainda, que a SRI é caracterizada, entre outros, pela fissura de palato em 90% dos casos, o que pode justificar este resultado (MARQUES et al., 2010).

A média de idade das crianças foi de 26 dias. Esse resultado reflete a necessidade precoce de internação do lactente com SRI, considerando as complicações respiratórias e alimentares inerentes que denotam tratamento imediato, visando evitar complicações, entre elas a morte. Lactentes cuja internação é tardia, frequentemente apresentam agravamento do quadro sintomatológico, incluindo, além da insuficiência respiratória, desnutrição associada à disfagia (SALMEN, 2011; TRETTENE; FIOROTTI, 2011).

Tanto a idade como o gênero não influenciaram a CTE. A literatura aponta que a CTE não está associada diretamente com a idade ou gênero dos pacientes, e sim com a complexidade e perfil assistencial (DIAS, 2006; ELIAS et al., 2006; BRITO; GUIRARDELLO, 2011; LEITE; SILVA; PADILHA, 2012).

Os fatores condicionantes básicos compreendem fatores internos e externos referentes ao indivíduo, reais ou potenciais, podendo influenciar a capacidade de autocuidado (OREM, 2001). Coura et al. (2013), ressaltam sobre a importância de se considerar esses aspectos na implementação do processo de enfermagem. Esses fatores contribuem na identificação das necessidades individuais dos AAC, denotando informações essenciais quanto ao plano de trabalho do enfermeiro referente à capacitação dos cuidadores (MONDINI, 2008).

Em relação aos AAC, os fatores condicionantes básicos abordados no presente estudo compreenderam a idade, escolaridade, classificação socioeconômica, estado civil e número de filhos. Observou-se, porém, que estes não influenciaram a capacitação para o autocuidado referente ao lactente com SRI e, tampouco, a CTE. Para Orem (2001), a principal característica do AAC consta da disposição e capacitação referente à manutenção do bem-estar e da qualidade de vida.

Quanto à idade dos AAC, observou-se o predomínio de jovens. Esse achado está em conformidade com os estudos de Furlaneto e Pretto (2000); Graziosi, Salgado e Castilho (2000); Mondini (2008); Trettene (2011); Trettene et al. (2014). Jovens geralmente apresentam maior disposição e facilidade para o aprendizado, fator que contribui para a capacitação ao autocuidado.

Em relação à escolaridade, predominou o ensino médio completo. Resultado similar foi encontrado por Trettene et al. (2014). Acredita-se que quanto maior a escolaridade, maior a instrução, e consequentemente, maior a facilidade em adquirir os conhecimentos relativos à capacitação para o autocuidado.

Soares e Zambulan (2001) relacionam a capacidade de aprendizado ao nível escolar. Orem (2001), enfatiza a necessidade de aprendizado do AAC para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio.

Sobre a classificação socioeconômica, evidenciou-se predomínio da baixa superior; resultado significativo, considerando as limitações inerentes às classes

menos favorecidas sobre as atividades de autocuidado. Segundo Mondini (2008) e Trettene et al. (2014), o enfermeiro deve elaborar junto da família um planejamento dos cuidados no domicílio, identificando a necessidade de suporte da comunidade para garantir a continuidade dos cuidados.

Evidencia-se que o perfil socioeconômico dos pacientes atendidos no HRAC-USP tem permanecido estável, pois, Mondini (2001); Montagnoli et al. (2005); Mondini (2008); Trettene, Mondini e Marques (2013); Trettene et al. (2014), em estudos realizados no HRAC-USP em diferentes momentos, evidenciaram resultados semelhantes.

Freitas et al. (2004); Souza-Freitas et al. (2004); Baroneza et al. (2005); Cerqueira et al. (2005); Freitas e Silva et al. (2008), observaram resultados similares, ao concluírem que a maioria dos pacientes com fissura labiopalatina abordados em seus estudos pertenciam ao nível socioeconômico baixo. Esse achado pode estar associado ao fato do HRAC-USP ser uma Instituição pertencente ao SUS, e, portanto, receber principalmente pacientes que não possuam planos de saúde privados. Soma-se a isto, a centralização dos atendimentos em nível nacional de lactentes com SRI, embora se perceba na atualidade, um esforço em relação à descentralização.

A maioria dos AAC possuía apenas um filho. Madeira (1994); Trettene (2011); Trettene et al. (2014), encontraram resultados similares em seus estudos. Quanto maior o número de filhos, maior a dificuldade dos AAC em prestarem os cuidados, principalmente em lactentes com SRI, por requererem maior atenção e cuidados frequentes (MONDINI, 2008; TRETTENE; FIOROTTI, 2011).

Quanto ao estado civil, predominaram as casadas, corroborando com Trettene et al. (2014). Evidenciamos com frequência, que os AAC cujas famílias são estruturadas, apresentam facilidade em desempenhar ações de cuidar.

Graciano, Tavano e Bachega (2007), enfatizam a importância da inserção da família no processo reabilitador da criança. O apoio e envolvimento familiar nas atividades educativas relacionadas ao processo de autocuidado são apontados como importantes fatores de êxito, em relação ao processo reabilitador (RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUÍN; HERRERA-CORTÉS, 2012; TRETTENE et al., 2014).

A maioria dos AAC constava da mãe, corroborando com Souza e Oliveira (2010); Trettene (2011); Trettene et al. (2014). A presença materna fortalece o vínculo mãe-filho, além de contribuir para melhor resposta ao tratamento, minimizar o estresse imposto pelo processo de hospitalização e promoção da capacitação quanto ao autocuidado, prevenindo potenciais complicações.

De acordo com Ardigo e Amante (2013), a manutenção dos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar é frequentemente realizada por familiares, incluindo os pais.

Dias e Motta (2004) e Quirino, Collet e Neves (2010), defendem a presença materna durante a hospitalização, pois, além de contribuir na recuperação da criança, passam a ser colaboradoras, somando esforços para um cuidado holístico e humanizado.

Pradubwong et al. (2012); Trettene, Mondini e Marques (2013); Trettene et al. (2014), apontam a internação como momento propício à capacitação dos AAC. Afirmam, ainda, sobre a necessidade em se identificar as dúvidas dos cuidadores, favorecendo a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Quanto à CTE referente à 1ª internação, a média foi de 60,9%, enquanto na 2ª internação foi de 41,6%. Observou-se, ainda, que em ambas as internações, houve uma regressão significativa da CTE quando comparado o 1º e último dia de internação. Ao se comparar a média NAS referentes a 1ª e 2ª internação, observou-se que as atividades relacionadas à capacitação para o autocuidado contribuíram para aumentar a CTE.

Bochembuzio (2007) identificou média NAS de 66,9% em UCSI neonatal. Recente estudo desenvolvido na UCSI com o objetivo de avaliar a CTE apontou que a média NAS foi de 49,5% (LUIZ, 2014). Resultado similar foi observado em estudo realizado em UCSI de adultos (WOLFF et al., 2007).

Investigação que buscou identificar a CTE em diferentes berçários pertencentes a uma Unidade neonatal, elencados segundo a gravidade dos pacientes em baixo risco, médio risco, alto risco e isolamento, evidenciou que a média NAS foi proporcional à complexidade assistencial (NUNES; TOMA, 2013). Outro estudo com o mesmo objetivo, realizado em UTI Pediátrica, apontou média NAS superior a 56% (CAMPAGNER; GARCIA; PIVA; 2014). Ambos permitem inferir

que quanto maior a complexidade do paciente, maior a CTE. A literatura enfatiza essa associação (GOULART et al., 2014).

Em contrapartida, estudos sobre a CTE em diferentes Unidades evidenciaram médias NAS variadas, demonstrando que a CTE relaciona-se ao perfil dos pacientes, incluindo o grau de dependência, complexidade das patologias, processo de trabalho, perfil dos profissionais, disponibilidade de equipamentos e planta física (DIAS, 2006; PADILHA et al., 2008; PENG; MAYNER; WANG, 2014).

Ao se comparar a média NAS do primeiro e do último dia de internação, referente à 1ª internação e 2ª internação, observou-se regressão significativa da CTE. Resultados similares foram observados em outras investigações (GOULART et al., 2014; PENG; MAYNER; WANG, 2014). Associamos este resultado ao fato dos pacientes, no primeiro dia de internação, requererem maiores cuidados, principalmente por se encontrarem em condições clínicas desfavoráveis. Soma-se, ainda, o fato dos familiares se encontrarem fragilizados emocionalmente, além de estarem despreparados para o autocuidado, fatores esses que contribuem para o aumento da CTE.

Ao se associar a CTE entre a 1ª e 2ª internação, observou-se regressão significativa, evidenciada também, quanto ao tempo de internação, ou seja, a capacitação dos cuidadores na promoção do autocuidado, além de diminuir a CTE, minimizou o tempo de internação.

Estudo realizado em UCSI de adultos verificou que 29% dos pacientes receberam alta hospitalar, enquanto outros 28% foram transferidos para unidades de menor complexidade, retratando o papel da UCSI em restaurar as condições dos pacientes preparando-os para a alta (WOLFF et al., 2007).

Em relação à média de duração da internação, a 1ª foi de 10,3 dias, enquanto da 2ª foi de 6,4 dias, ou seja, além de diminuir a CTE, a promoção do autocuidado contribuiu para diminuir o tempo de internação.

Minimizar o tempo de internação tem sido apontado como importante indicador de qualidade assistencial, considerando que o aumento do tempo de internação está associado ao aumento na morbimortalidade, das reinternações e dos custos totais, incluindo os econômicos e sociais (KABEN et al., 2008;

GIAKOUMIDAKIS et al., 2011; SILVA; SOUSA; PADILHA, 2011; GIAKOUMIDAKIS et al., 2012; ARAUJO et al., 2013).

Considerando-se os itens NAS referentes às atividades relacionadas à promoção do autocuidado (suporte e cuidados aos familiares), observou-se diferença significativa ao se associar a 1ª e a 2ª internação, ou seja, a capacitação dos AAC influenciou a CTE, e essa influência foi significativa.

É importante enfatizar sobre a pertinência do NAS quanto a assistência à família. Outros estudos corroboram essa afirmação (MIRANDA et al., 2003; BOCHEMBUZIO, 2007; NUNES; TOMA, 2013; LUIZ, 2014).

Diante da hospitalização, a enfermagem passa a exercer função facilitadora e educadora no processo de ensino-aprendizagem, promovendo, além dos cuidados técnicos, a inserção da família no contexto dos cuidados, considerando, principalmente, a capacitação dos cuidadores (TRETENE; MONDINI; MARQUES, 2013; LUIZ, 2014; TRETENE et al., 2014).

O sistema apoio-educativo defendido por Orem (2001), está explícito na atuação da enfermagem. Tretene et al. (2014), defendem que o processo de capacitação dos cuidadores deve iniciar-se o mais precocemente possível.

Santos e Sarat (2008), enfatizam sobre a necessidade de inserção de clientes e familiares no sistema apoio-educativo desde a admissão, visando envolvê-los no cuidado, além de reafirmar e estruturar sua função de continuador dos cuidados no domicílio.

Para o sucesso do sistema apoio-educativo, a comunicação entre a equipe de enfermagem e os AAC deve ser eficaz, envolvendo linguagem acessível, ensino à beira-leito, supervisão para confirmação do aprendizado e plano de cuidados individualizados, visando atuar segundo as necessidades e expectativas dos AAC. A manutenção de uma relação dialogada entre profissionais e cuidadores com vistas ao sucesso do processo ensino-aprendizagem é defendida na literatura (GOMES et al., 2014).

Segundo Razera e Braga (2011), a equipe de enfermagem tende a focalizar suas orientações em aspectos técnicos, o que dificulta a comunicação junto ao paciente, ocasionando dificuldade de entendimento e assimilação da informação.

Afirmam, ainda, que o afastamento do enfermeiro de perto do paciente gera estresse e descontentamento, porém, ao se fazer presente, promove satisfação e segurança.

Sistemas de educação e orientação à saúde frequentemente são classificados como cuidados mínimos de enfermagem; no entanto, requerem profissionais altamente habilitados e disponíveis (SOARES; GAIDZINSKI; CIRICO, 2010; NAGATA et al., 2014), o que certamente contribui para o aumento da CTE.

Nesse contexto, o presente estudo aponta a necessidade em se rever o dimensionamento de pessoal necessário para esse perfil de assistência, considerando o aumento significativo na CTE. Em referência ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, Garcia e Fugulin (2012) ressaltam sobre a necessidade em identificar previamente as demandas assistenciais dos usuários, e não somente considerar o preconizado por órgãos oficiais.

Vale ressaltar, que na UCSI contemplada neste estudo, os AAC permanecem durante todo o período diurno, o que favorece o processo apoio-educativo proposto por Orem (2001); no entanto, aumenta a CTE. A literatura aponta a associação entre alta CTE e o suporte e cuidados aos familiares, incluindo a permanência da família na Unidade durante a internação (STAFSETH; SOLMS; BREDAL, 2011; ATHANASIOU et al., 2014).

Nusbaum et al. (2008) e Pongpagatip et al. (2012), ressaltam sobre o desafio da equipe de enfermagem, a respeito da capacitação dos AAC, considerando a influência que a qualidade dos cuidados prestados exerce sobre o processo reabilitador. Essa observação é somatizada em lactentes com SPRI. Fica evidente, portanto, a necessidade não somente de capacitar os AAC, mas de avaliar a qualidade do cuidado prestado por eles.

Além dos aspectos relacionados ao autocuidado, tanto quanto receber informações sobre os pacientes por parte da classe médica, os familiares desejam ser informados por enfermeiros sobre os cuidados prestados, normas e rotinas da Unidade, equipamentos, entre outros (VERHAEGHE et al., 2005), fatores esses, que contribuem para o aumento da CTE.

Quanto à avaliação dos itens NAS, tanto na 1ª quanto na 2ª internação, observou-se a prevalência das atividades básicas de enfermagem, corroborando a literatura (BOCHEMBUZIO, 2007; WOLFF et al., 2007; LUIZ, 2014).

Investigação que avaliou a CTE em Unidades neonatais apontou conformidade entre os itens NAS, incluindo o suporte e cuidados aos familiares, diferenciando somente em relação à prevalência dos itens: tratamento para melhora da função pulmonar e intervenções específicas na unidade, em relação à UTI. Fica evidente, portanto, a conformidade em relação ao perfil de atendimento referente às UCSI (BOCHEMBUZIO, 2007).

Vale ressaltar que os itens: suporte ventilatório e alimentação por sonda, prevaleceram no presente estudo. Como enfatizado anteriormente, associamos esse resultado à SRI, na qual a criança geralmente evolui com quadros de alterações respiratórias e disfagia (MARQUES et al., 2010; TRETENE; FIOROTTI, 2011).

Os itens: cuidados com drenos, medicação vasoativa, monitorização do átrio esquerdo, reanimação cardiorrespiratória, técnicas de hemofiltração/dialíticas, medida da pressão intracraniana e tratamento da acidose/alcalose metabólica, não foram pontuados. Trata-se de procedimentos específicos de pacientes intensivos. Resultado similar foi evidenciado por Bochembuzio (2007).

Comparando-se os itens NAS da 1ª e 2ª internação, observou-se que na 2ª internação os itens: mobilização e posicionamento, cuidados com vias aéreas artificiais e alimentação por sonda gástrica, apresentaram um decréscimo importante quanto à sua pontuação.

Associamos este resultado à evolução do lactente com SRI, incluindo a melhora nutricional e maturação das estruturas respiratórias, o que permite a decanulação referente à INF e progressão da alimentação por via oral. A eficácia do tratamento da SRI com a INF está efetivada (MARQUES et al. 2001; WAGENER et al., 2003; MARQUES et al., 2004, 2005, 2008; SALMEN, 2011). Salmen (2011) identificou que o tempo médio de utilização da INF foi de 57 dias.

Outro objetivo do presente estudo constou em realizar o dimensionamento de pessoal, e constatou-se que, tanto a CTE quanto o dimensionamento de pessoal foram significativamente maiores ao se promover a capacitação para o autocuidado.

A necessidade emergente em se desenvolver estratégias sistematizadas de promoção de cuidados de enfermagem, objetivando a qualidade da assistência e segurança do paciente é enfatizada na literatura (RIRATANAPONG et al., 2013).

Nesse contexto, aspectos quantitativos e qualitativos referentes ao dimensionamento de pessoal são indispensáveis.

Para se alcançar a tão cobiçada qualidade em saúde, torna-se necessário utilizar de maneira eficaz os recursos materiais e humanos, além de proporcionar risco mínimo ao cliente e gerar alto grau de satisfação, ou seja, somente a alocação adequada de recursos materiais não garante qualidade (SCHMOELLER et al., 2011; VERSA et al., 2011), contrariando o raciocínio de muitos gestores.

A equipe de enfermagem é a maior ao se considerar o quantitativo de profissionais de saúde, e, portanto, foco dos administradores na contenção de custos. No entanto, a inadequação em relação ao quantitativo de pessoal de enfermagem implica diretamente sobre a qualidade da assistência (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; PADILHA et al., 2010).

De acordo com Fugulin et al. (2011) e Aiken et al. (2014), os custos operacionais com a alocação adequada de pessoal são menores quando comparados aos acarretados por eventos e resultados negativos advindos da assistência.

Atualmente, muita evidência tem sido dada aos fatores associados com a segurança do paciente e qualidade da assistência. Diversos estudos têm demonstrado a relação entre a CTE associada à inadequação quantitativa de pessoal, com maior incidência de infecções relacionadas à assistência em saúde, falta de adesão à manutenção da cabeceira elevada, falta de adesão à lavagem das mãos, erros de medicação, perda de dispositivos (cateteres e drenos), extubação acidental, obstrução do tubo traqueal, desconexão acidental do circuito respiratório, aumento do tempo de internação, readmissão, óbito e úlcera por pressão. Portanto, fica evidente que a alta CTE influencia negativamente a qualidade da assistência (NEEF; BOS; TOL, 2009; KNOLL; LAUTENSCHLAEGER; BORNEFF-LIPP, 2010; GIAKOUMIDAKIS et al., 2011; GROOT et al., 2011; LAMY FILHO et al., 2011; SILVA; SOUSA; PADILHA, 2011; DAUD-GALLOTTI et al., 2012; GARCIA; FUGULIN, 2012; GIAKOUMIDAKIS et al., 2012; CREMASCO et al., 2013; LIU et al., 2013; MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013; VALENTIN et al., 2013; BRADLEY et al., 2015; HOYLE; GRANT, 2015).

Nesse contexto, Aydin et al. (2015), apontam entre outros, os benefícios da adequada alocação de pessoal com a qualidade da assistência, incluindo menor índice de eventos adversos.

Schwab et al. (2012) ressaltaram a importância em se avaliar a CTE e o quantitativo de pessoal de enfermagem, uma vez que existe uma tendência em se reduzir o número de profissionais, enquanto os eventos adversos, incluindo as infecções relacionadas com a assistência à saúde, continuam a aumentar.

O adequado dimensionamento da equipe de enfermagem implica em benefícios que vão além dos relacionados à segurança do paciente, abrangendo questões sobre satisfação profissional, promoção de assistência humanizada e holística, além da repercussão Institucional, uma vez que incide diretamente sobre a qualidade tão desejada e indispensável na atualidade.

Outro aspecto importante relacionado à CTE, refere-se à saúde dos trabalhadores. A enfermagem encontra-se em destaque entre as profissões apontadas como mais estressantes (RIBEIRO et al., 2012).

Na enfermagem, as consequências do estresse ocupacional são devastadoras, incluindo índices alarmantes de incapacitação temporária ao trabalho, absenteísmo, insatisfação profissional, entre outros, influenciando negativamente e diretamente a qualidade da assistência e segurança do paciente (ISFORT, 2013).

A CTE foi apontada como um importante fator etiológico de estresse aos enfermeiros hospitalares, em um estudo comparativo entre dois hospitais de egípcios. A pesquisa revelou que a falta de pessoal, alta CTE e falta de recursos materiais, influenciaram a ocorrência do estresse. Ressaltou ainda, a relação entre a satisfação no trabalho e a qualidade dos cuidados prestados (ZAGHLOUL; EL ENEIN, 2009). Outras investigações apontaram a excessiva CTE como principal fonte de estresse entre enfermeiros (WEI-WEN et al., 2010; DMYTRYSHYN et al., 2015).

Embora o estresse seja um componente indissociável da atuação da enfermagem no contexto hospitalar, a redução do estresse no local de trabalho deve estar entre principais prioridades dos gestores hospitalares (HABIBI; TAHERI; HASANZADEH, 2015).

Ressalta-se, no entanto, que o quantitativo de pessoal, isoladamente, não corresponde necessariamente à qualidade da assistência, devendo ser trabalhados na mesma proporção, os aspectos qualitativos.

Nesse contexto, embora preconizado pela Legislação (BRASIL, 1987), que a assistência de enfermagem aos pacientes que demandem cuidados de maior complexidade assistencial seja realizado exclusivamente por enfermeiros, observa-se na prática que essa lei está aquém de ser cumprida.

A Resolução Cofen (BRASIL, 2004), preconiza que a equipe de enfermagem necessária ao atendimento de pacientes semi-intensivos, seja composta por 42% de enfermeiros e 58% de técnicos de enfermagem. Essa recomendação considera o pressuposto de que o enfermeiro possui conhecimentos científicos pertinentes à capacidade de tomada de decisão imediata; ou seja, inevitavelmente o não cumprimento da lei infere em menor qualidade assistencial.

Para Inoue (2008), a dificuldade no cumprimento da lei resumiu-se nas condições socioeconômicas desfavoráveis, além de políticas públicas que não a favorecem. Diferentes investigações apontam os benefícios da assistência de enfermagem realizada por enfermeiros, em relação à diminuição na ocorrência de eventos adversos e taxa de mortalidade (MCGILLIS HALL; DORAN; PINK, 2004; RAFFERTY et al., 2007; TOURONGEU et al., 2007; CHO; HWANG; KIM, 2008).

Estudo realizado por Fugulin et al. (2012), com o objetivo de avaliar os parâmetros preconizados pela Resolução Cofen (BRASIL, 2004), enquanto referência nacional para o dimensionamento de pessoal de enfermagem, evidenciou os benefícios em relação aos valores referentes aos tempos médios de assistência em UTI de adultos. Porém, apontou que as recomendações referentes às categorias profissionais estão distantes do preconizado, em relação ao quantitativo de enfermeiros.

Recentemente, a mídia tem apresentado casos de “erros de enfermagem”, porém, pouco ou quase nada, se discute sobre a problemática da sobrecarga de trabalho e condições insalubres a que se encontram expostos os profissionais (LEITE; SILVA; PADILHA, 2012).

A argumentação por parte dos gestores junto à administração referente à adequação do quadro de profissionais deve ser fundamentada, e os benefícios em

médio e longo prazo, enfatizados (BAERNHOLDT; COX; SCULLY, 2010). No entanto, ponderamento na utilização de métodos para quantificar a CTE, bem como o controle e domínio sobre as metodologias empregadas, são indispensáveis. Assim, recomendamos a utilização do NAS como instrumento eficaz para mensurar a CTE.

Ao se comparar o dimensionamento de pessoal segundo as horas NAS e a Resolução Cofen (BRASIL, 2004), observou-se que o dimensionamento requerido segundo o NAS foi superior, corroborando a literatura (BRITO; GUIRARDELLO, 2011; NUNES; TOMA, 2013; LUIZ, 2014).

Brito e Guirardello (2011), em um estudo cujo objetivo foi avaliar a CTE em uma Unidade de Internação de um hospital de ensino, segundo o NAS, concluíram que o perfil assistencial dos pacientes em relação às horas de enfermagem correspondeu aos cuidados semi-intensivos e intensivos, quando comparados à classificação referente à Resolução Cofen (BRASIL, 2004), denotando CTE excessiva.

Uma investigação que buscou analisar a CTE em diferentes setores de uma unidade neonatal segundo o NAS, e comparar o quantitativo de profissionais às Legislações vigentes, incluindo a Resolução Cofen (BRASIL, 2004), concluiu que existe uma defasagem importante de profissionais, ou seja, o dimensionamento de pessoal requerido pelo NAS, entre outros, foi superior ao requerido, segundo a Resolução Cofen (NUNES; TOMA, 2013).

Em contrapartida, outra pesquisa apontou que a CTE mensurada por meio da aplicação do NAS foi menor quando comparada à Resolução Cofen (BRASIL, 2004). As autoras associam este resultado à baixa complexidade dos pacientes, devido à inexistência de Unidade de cuidado semi-intensivo na Instituição (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2012).

Ainda, Inoue e Matsuda (2010), ao analisarem o dimensionamento do pessoal de enfermagem de UTI de Adultos, por meio da aplicação do NAS e da Resolução Cofen (BRASIL, 2004), concluíram que, embora com algumas limitações, ambos os métodos foram eficazes para esta finalidade.

Pesquisas nacionais e internacionais têm apontado o adequado dimensionamento de pessoal como um grande desafio. No entanto, acreditamos veementemente que somente por meio da aplicação de métodos científicos

conseguiremos minimizar ou sanar essa problemática (FUGULIN et al., 2012; SHIVAM et al., 2014). É importante ressaltar que o dimensionamento da equipe de enfermagem é de responsabilidade do enfermeiro (BRASIL, 1987; CAMPOS; MELO, 2007).

Ao final, consideramos pertinente apontar algumas limitações do presente estudo, entre elas, a especificidade de nosso processo de trabalho e perfil de pacientes atendidos, o que impossibilita generalizar os resultados. Ainda, a aplicação retrospectiva do NAS, pode de alguma forma, ter influenciado os resultados, considerando que a avaliação prospectiva tem sido recomendada (DUCCI; PADILHA, 2008). Por fim, a escassez de estudos nacionais e internacionais sobre a abordagem do presente estudo, limitou as comparações.

No entanto, acreditamos que o presente estudo, de abordagem inédita, demonstrou a necessidade em se reconsiderar sobre a CTE e consequentemente o dimensionamento de pessoal de enfermagem ao se promover a capacitação para o autocuidado.

Assim, encorajamos a realização de estudos multicêntricos sobre o dimensionamento de pessoal, que demonstrem não somente o quantitativo de pessoal ideal segundo a especificidade do processo de trabalho vinculado ao perfil assistencial, mas sua relação com o quantitativo disponível e sua influência sobre os indicadores de qualidade, e que possibilitem generalizar os resultados. São necessárias, ainda, novas investigações que avaliem o impacto da promoção do autocuidado sobre a CTE, seja ele realizado pelo próprio paciente, ou por AAC.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

- O impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem foi de 4,6 horas de enfermagem;
- A construção e validação do Tutorial referente à aplicação do NAS em UCSI especializada contribuiu para uniformizar a aplicação do instrumento, e poderá ser utilizado no treinamento dos enfermeiros referente à mensuração da CTE. Ainda, o processo de validação conferiu ao Tutorial a capacidade de ser reproduzível em outros serviços;
- A CTE segundo as horas NAS foi maior na 1ª internação, quando comparada com a 2ª internação, ou seja, a CTE foi maior ao se promover a capacitação para o autocuidado;
- A CTE segundo as horas NAS, foi maior no 1º dia, tanto na 1ª como na 2ª internação, quando comparadas ao último dia, refletindo a qualidade da assistência de enfermagem quanto à evolução dos pacientes e à capacitação dos cuidadores;
- A CTE não foi influenciada pelos aspectos sociodemográficos (fatores condicionantes) das crianças e tampouco dos AAC, tanto na 1ª quanto na 2ª internação;
- O item NAS referente à promoção do autocuidado, suporte e cuidado aos familiares, foi maior na 1ª internação em comparação com a 2ª internação, demonstrando que a promoção do autocuidado influenciou significativamente a CTE;
- O dimensionamento de pessoal de enfermagem referente à 1ª internação (promoção do autocuidado) foi de 26 profissionais, enquanto na 2ª internação foi de 18 profissionais. Quanto à Resolução Cofen, foi de 14 profissionais;
- O dimensionamento de pessoal de enfermagem, segundo as horas NAS, ao se promover o autocuidado (1ª internação) foi superior ao da 2ª internação e ao recomendado segundo a Resolução Cofen,

demonstrando maior necessidade de quantitativo de pessoal ao se promover o autocuidado;

Esses resultados permitem concluir que a CTE foi maior ao se promover o autocuidado, e influenciou o quantitativo de profissionais de enfermagem, demonstrando a necessidade de se reconsiderar sobre o dimensionamento de pessoal referente a esse perfil de assistência.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Abbey M, Chaboyer W, Mitchell M. Understanding the work of intensive care nurses: a time and motion study. *Aust Crit Care*. 2012;25(1):13-22.
- Achury-Saldaña DM, Rodríguez SM, Achury-Beltrán LF, Padilla-Velasco MP, Leuro-Umaña JM, Martínez MA, et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*. 2013;13(3):363-72.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-30.
- Alexandre MCA, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.
- Almeida DMBM, Fontes CMB. Elaboração de telas eletrônicas em um sistema de informação hospitalar utilizando as classificações de enfermagem. *Rev Eletr Enf*. 2013;15(4):956-64.
- Amadeu LM. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva especializada em queimados [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2015.
- Araruna RC, Vendruscolo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ ou palato – um estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000;8(2):99-105.
- Araujo TG, Rieder MM, Kutchak FM, Franco Filho JW. Readmissões e óbitos após a alta da UTI: um desafio da terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013; 25(1):32-38.
- Ardigo FS, Amante LN. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. *Texto & Contexto Enf*. 2013;22(4):1064-71.
- Argamasso RV. Glossopexy for upper airway obstruction in Robis sequence. *Cleft Palate Cranioface J*. 1992;29(3):232-8.
- Athanasίου A, Papathanassoglou ED, Patiraki E, McCarthy MS, Giannakopoulou M. Family visitation in greek intensive care units: nurses' perspective. *Am J Crit Care*. 2014;23(4):326-33.
- Ávila H, Santos M. A utilização de cenários na formulação e análise de políticas para o setor público. *Rev Adm Pública*. 1998;22(4):17-33.
- Aydin C, Donaldson N, Stotts NA, Fridman M, Brown DS. Modeling hospital-acquired pressure ulcer prevalence on medical-surgical units: nurse workload, expertise, and clinical processes of care. *Health Serv Res*. 2015;50(2):351-73.

Bachega MI, Leandro LR, Spiri WC, Freitas JAS. Anomalia Pierre-Robin - cuidados. *Rev Bras Enferm.* 1985;38:306-18.

Baernholdt M, Cox K, Scully K. Using clinical data to capture nurse workload: implications for staffing and safety. *Comput Inform Nurs.* 2010;28(4):229-34.

Baroneza JE, Faria MJSS, Kuasne H, Carneiro JLV, Oliveira JC. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci Health Sci.* 2005;27(1):31-5.

Baudon JJ, Renault F, Goutet JM, Flores-Guevara R, Soupre V, Gold F, et al. Motor dysfunction of the upper digestive tract in Pierre Robin sequence as assessed by sucking-swallowing electromyography and esophageal manometry. *J Pediatr.* 2002;140(6):179-23.

Baujat G, Faure C, Zaouche A, Viarme F, Couly G, Abadie V. Oroesophageal motor disorders in Pierre Robin syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2001;32(3):297-302.

Bertoni AMC, Mondini CCSD, Fontes CMB. Análise retrospectiva e mapeamento cruzado de diagnósticos e intervenções de enfermagem pacientes portadores de Sequência de Robin. In: *Anais 3º Encontro Internacional e 2º Encontro Nacional de Disfagia Pediátrica*; 2004 Out. 24; Bauru, Brasil. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2004. p. 24.

Bochembuzio L. Avaliação do instrumento Nursing Activities Score em neonatologia [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Bonfim D, Gaidzinski RR, Santos FM, Gonçalves CS, Fugulin FMT. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(6):1462-70.

Bordin LC, Fugulin FM. Distribuição do tempo das enfermeiras: identificação e análise em Unidade Médico-Cirúrgica. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(4):833-40.

Bradley S, Kamwendo F, Chipeta E, Chimwaza W, Pinho H, Mc Auliffe E. Too few staff, too many patients: a qualitative study of the impact on obstetric care providers and on quality of care in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:1-10.

Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987 [Internet]. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências; 1987 [acesso em: 2013 set 20]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/1735/decreto-n-94406-87-regulamentacao-da-lei-n-7498-86>.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 293, de 21 setembro 2004 [Internet]. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados; 2004 [acesso em: 2013 set 20]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/122.pdf>.

Brito AP, Guirardello EB. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de internação. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(5):1139-45.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Definições de termos. In: Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2010. p. 25-7.

Bull MJ, Givan DC, Sadove AM, Bizler D, Hearn D. Improved outcome in Pierre Robin sequence: effect of multidisciplinary evaluation and management. *Pediatrics*. 1990;86(2):294-301.

Campagner AOM, Garcia PCR, Piva JP. Aplicação de escores para estimar carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(1):36-43.

Campos LF, Melo MRAC. Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007;15(6):1099-104.

Camuci MB, Martins JT, Cardeli AAM, Robazzi MLCC. Nursing Activities Score: carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de queimados. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014;22(2):325-31.

Carayon P, Alvarado CJ; Systems Engineering Initiative for Patient Safety. Workload and patient safety among critical care nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2007;19(2):121-9.

Carayon P, Gurses AP. Nursing workload and patient safety - A human factors engineering perspective. In: Hughes RG, editor. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. AHRQ Publication; 2008. p. 736-46.

Castro MCN, Dell'Acqua MCQ, Corrente JE, Zornoff DCM, Arantes LF. Aplicativo informatizado com o Nursing Activities Score: instrumento para gerenciamento da assistência em unidade de terapia intensiva. *Texto & Contexto Enf*. 2009;18(3):577-85.

Cerqueira MN, Teixeira SC, Naressi SCM, Ferreira APP. Ocorrência de fissura labiopalatal na cidade de São José dos Campos – SP. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):161-6.

Cho SH, Hwang JH, Kim J. Nurse staffing and patient mortality in intensive care units. *Nurs Res*. 2008;57(5):322-30.

Ciamponne JT, Gonçalves LA, Maia FOM, Padilha KG. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em unidades de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):28-35.

Coelho FUA, Queijo AF, Andolhe R, Gonçalves LA, Padilha KG. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de cardiologia e fatores clínicos associados. *Texto & Contexto Enf*. 2011;20(4):735-41.

- Cohen MM Junior. The Robin anomalad: its nonspecificity and associated syndromes. *J Oral Surg.* 1976;34(7):587-93.
- Cohen MM Junior. Syndromology's message for craniofacial biology. *J Maxillofac Surg.* 1979;7(2):89-109.
- Cohen MM Junior. Robin sequences and complexes: casual heterogeneity and pathogenetic/phenotypic variability. *Am J Med Genet.* 1999;84(4):311-5.
- Conishi RMY. Avaliação do NAS - Nursing Activities Score - como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI geral adulto [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
- Conishi RMY, Gaidzinski RR. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):346-54.
- Costa JA, Fugulin FMT. Atividades de enfermagem em centro de material e esterilização: contribuição para o dimensionamento de pessoal. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(2):249-56.
- Coura AS, Enders BC, França ISX, Vieira CENK, Dantas DNAD, Menezes DJCM. Capacidade de autocuidado e sua associação com os fatores sócio demográficos de pessoas com lesão medular. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(5):1154-62.
- Cremasco MF, Wenzel F, Zanei SS, Whitaker IY. Pressure ulcers in the intensive care unit: the relationship between nursing workload, illness severity and pressure ulcer risk. *J Clin Nurs.* 2013;22(15-16):2183-91.
- Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. *Crit Care Med.* 1974;2(2):57-60.
- Cymrot M, Sales FCD, Teixeira FAA, Teixeira Junior FAA, Teixeira GSB, Cunha Filho JF, et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissura labiopalatinas atendidas em um Hospital Pediátrico do Nordeste Brasileiro. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(4):648-57.
- Cyrino CMS, Dell'Acqua MC. Sítios assistenciais em unidade de terapia intensiva e relação do Nursing Activities Score com a infecção hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012;16(4):712-8.
- Dal Ben LW, Sousa RMC. Instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(1):80-9.
- Daud-Gallotti RM, Costa SF, Guimarães T, Padilha KG, Inoue EN, Vasconcelos TN, et al. Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study. *PLoS One.* 2012;7(12):523-42.
- Dauria D, Marsh JL. Mandibular distraction osteogenesis for Pierre Robin sequence: what percentage of neonates need it? *J Craniofac Surg.* 2008;19(5):1237-43.

- Davis LL. Instrument review: getting the most from a panel of experts. *Appl Nurs Res*. 1992;5(4):194-7.
- De Groot HA. Patient classification system evaluation part 1: essential system elements. *J Nurs Adm*. 1989;19(6):30-5.
- De La Rubia-Ortí JE, Verdu-Trescolí G, Prado-Gascó V, Selvi-Sabater P, Firmino-Canhoto J. Taxa de contaminação de testes hematológicos e seus fatores determinantes. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(2):144-50.
- Denny A, Amm C. New technique for airway correction in neonates with severe Pierre Robin sequence. *J Pediatr*. 2005;147(1):97-101.
- Denny AD, Talisman R, Hanson PR, Recinos RF. Mandibular distraction osteogenesis in very young patients to correct airway obstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2001;108(2):302-11.
- Dias MCCB. Aplicação do Nursing Activities Score – NAS – como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI Cirúrgica Cardiológica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
- Dias SMZ, Motta MGC. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. *Ciênc Cuid Saúde*. 2004;3(1):41-54.
- Dini AP, Fugulin FM, Veríssimo MD, Guirardello EB. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):575-80.
- Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 70, de 04 de abril de 2013. *Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília – DF*. 2013 abr 08;71:1608.
- Dmytryshyn AL, Jack SM, Ballantyne M, Wahoush O, MacMillan HL. Long-term home visiting with vulnerable young mothers: an interpretive description of the impact on public health nurses. *BMC Nurs*. 2015;8(14):12.
- Douglas B. The treatment of micrognathia associated with obstruction by a plastic procedure. *Plast Reconstr Surg*. 1946;1(3):300-8.
- Ducci AJ, Padilha KG. Nursing activities score: a comparative study about retrospective and prospective applications in intensive care units. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):581-7.
- Ducci AJ, Zanei SSV, Whitaker IY. Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):673-80.
- Ducci AJ, Padilha KG, Telles SCR, Gutierrez BAO. Gravidade de pacientes e demanda de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: análise evolutiva segundo o TISS-28. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2004;16(1):22-7.

Eben JD, Gashti NN, Hayes SE, Marriner-Tomey A, Nation MJ, Nordmeyer SB. Teoría del deficit de autocuidado. In: Marriner-Tomey A. Modelos teorias en enfermería. 3. ed. Madrid: Harcourt Brace; 1994. p. 63-85.

Elias ACGP, Matsuo T, Cardoso LTQ, Grion CMC. Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em Unidade de Terapia Intensiva para a avaliação da gravidade do paciente. Rev Latino-Am Enferm. 2006;14(3):324-29.

Elliot MA, Studen-Pevovich DA, Ranalli DN. Prevalence of selected pediatric conditions in children with Pierre Robin sequence. Pediatr Dent. 1995;17(2):106-11.

Faro ACME. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1997;31(2):259-73.

Felli VEF, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo (SP): Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.

Fletcher MM, Blum SL, Blanchard CL. Pierre Robin syndrome pathophysiology of obstructive episodes. Laryngoscope. 1969;79(4):547-60.

Fogaça MDC, Carvalho W, Nogueira-Martins LA. Demandas do trabalho e controle: implicações em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal. Rev Bras Enferm. 2010;63(4):529-32.

Freeman MK, Manners JM. Cor pulmonale and the Pierre Robin anomaly. Airway management with a nasopharyngeal tube. Anaesthesia. 1980;35(3):282-6.

Freitas e Silva DS, Mauro LDL, Oliveira LB, Ardenghi TM e Bönecher M. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. Porto Alegre: RGO. 2008;56(4):387-91.

Freitas JAS, Dalben GS, Santamaria Jr MS, Freitas PZ. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. Braz Oral Res. 2004;18(2):128-33.

Fugulin FM, Gaidzinski RR, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 121-35.

Fugulin FM, Silva SH, Shimizu HE, Campos FP. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. Rev Med HU-USP. 1994;4(1/2):63-8.

Fugulin FM, Rossetti AC, Ricardo CM, Possari JF, Mello MC, Gaidzinski RR. Nursing care time in the Intensive Care Unit: evaluation of the parameters proposed in COFEN Resolution N° 293/04. Rev Lat-Am Enferm. 2012;20(2):325-32.

Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev Latino-Am Enferm. 2005;13(1):72-8.

- Fugulin FMT, Lima AFC, Castilho V, Bochembuzio L, Costa JA, Castro L, et al. Cost of nursing staffing adequacy in a neonatal unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(Spe):1582-8.
- Furlaneto EC, Pretto SM. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos no Serviço de Defeitos da Face da PUCRS. *Rev Odonto Ciência*. 2000;15(29):39-56.
- Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Peres HHC, Castilho V, Massarollo MCKB, Mira VL, et al. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: inovação tecnológica. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp 2):1314-9.
- Galvão MCB, Ricarte ILM. Informatização. In: Galvão MCB, Ricarte ILM. *Prontuário do paciente*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012. p. 31-54.
- Garcia EA, Fugulin FM. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1032-8.
- Garcia PC, Fugulin FMT. Nursing care time and quality indicators for adult intensive care: correlation analysis. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012;20(4):651-8.
- Genecov DG, Barceló CR, Steinberg D, Trone T, Sperry E. Clinical experience with the application of distraction osteogenesis for airway obstruction. *J Craniofac Surg*. 2009;20(suppl 2):1817-21.
- Giakoumidakis K, Baltopoulos GI, Charitos C, Patelarou E, Galanis P, Brokalaki H. Risk factors for prolonged stay in cardiac surgery intensive care units. *Nurs Crit Care*. 2011;16(5):243-51.
- Giakoumidakis K, Baltopoulos GI, Charitos C, Patelarou E, Fotos NV, Brokalaki-Pananoudaki H. Risk factors for increased in-hospital mortality: a cohort study among cardiac surgery patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012;11(1):23-33.
- Giovannetti P. Understanding patient classification systems. *J Nurs Adm*. 1979;9(2):4-9.
- Gomes GC, Erdmann AL, Oliveira PK, Xavier DM, Santos SSC, Farias DHR. A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem. *Rev Esc Anna Nery*. 2014;18(2):234-40.
- Gonçalves LA, Padilha KG. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):645-52.
- Gonçalves LA, Padilha KG, Cardoso Sousa RM. Nursing Activities Score (NAS): a proposal for practical application in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(6):355-61.
- Gonçalves LA, Garcia PC, Toffoleto MC, Telles SCR, Padilha KG. Necessidades de cuidados de enfermagem em terapia intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Rev Bras Enferm*. 2006;59(1):56-60.
- Goulart LL, Aoki RL, Vegian CFL, Guirardello EB. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev Eletr Enf*. 2014;16(2):346-51.

Graciano MIG, Tavano LD'A, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. Coordenadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p. 311-33.

Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health* 1997;20(3):269-74.

Graziozi MAOC, Salgado MAC, Castilho JCM. Investigação epidemiológica em indivíduos portadores de fendas labiais e/ou palatinas. *PGR: Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos*. 2000;3(1):81-7.

Groot RI, Dekkers OM, Herold IHF, Jonge E, Arbous MS. Risk factors and outcomes after unplanned extubations on the ICU: a case-control study. *Crit Care*. 2011;15(19):1-9.

Habibi E, Taheri MR, Hasanzadeh A. Relationship between mental workload and musculoskeletal disorders among Alzahra Hospital nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(1):1-6.

Heaf DP, Helms PJ, Dinwiddie R, Matthew DJ. Nasopharyngeal airways in Pierre Robin Syndrome. *J Pediatr*. 1982;100(5):698-703.

Hickman JS. Introdução à teoria da enfermagem. In: Georges JB. Teorias da enfermagem: os fundamentos da prática Profissional. Trad. AMV Thorell. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul; 2000. p. 11-19.

Hjortso E, Buch T, Ryding J, Lundstrom K, Bartram P, Dragsted L, et al. The nursing care recording system: a preliminary study of a system for assessment of nursing care demands in the ICU. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1992;36:610-4.

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. 103p.

Hoyle L, Grant A. Treatment targets in emergency departments: nurses' views of how they affect clinical practice. *J Clin Nurs*. 2015;24(15-16):2211-8.

Inoue KC. Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para Adultos [dissertação]. Maringá (PR): Departamento de Enfermagem/UEM; 2008.

Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(3):379-84.

Isfort M. Influence of personnel staffing on patient care and nursing in German intensive care units. Descriptive study on aspects of patient safety and stress indicators of nursing. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2013;108(1):71-7.

Italian Multicenter Group of ICU Research (GIRTI). Time oriented score system (TOSS): a method for direct and quantitative assessment of nursing workload for ICU patients. *Intensive Care Med*. 1991;17(6):340-5.

Júnior JAB, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(5):751-7.

- Kaben A, Corrêa F, Reinhart K, Settmacher U, Gummert J, Kalff R, et al. Readmission to a surgical intensive care unit: incidence, outcome and risk factors. *Crit Care*. 2008;12(5):1-12.
- Kakushi LE, Évora YDM. Tempo de assistência direta e indireta de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014;22(1):150-7.
- Karp NS, Thorne CH, McCarthy JG, Sissons HA. Bone lengthening in the craniofacial skeleton. *Ann Plast Surg*. 1990;24(3):231-7.
- Keene AR, Cullen DJ. Therapeutic Intervention Scoring System: update 1983. *Crit Care Med*. 1983;11(1):1-3.
- Knoll M, Lautenschlaeger C, Borneff-Lipp M. The impact of workload on hygiene compliance in nursing. *Br J Nurs*. 2010;9-22;19(16):S18-22.
- Lamy Filho F, Silva AA, Lopes JM, Lamy ZC, Simões VM, Dos Santos AM. Staff workload and adverse events during mechanical ventilation in neonatal intensive care units. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(6):487-92.
- Leite RL, Silva GRF, Padilha KG. Nursing Activities Score e demanda de trabalho de enfermagem em terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):837-43.
- Lewis MB, Pashayan HM. Management of infants with Robin anomaly. *Clin Pediatr (Phila)*. 1980;19(8):519-21, 525-8.
- Lidsky ME, Lander TA, Sidman JD. Resolving feeding difficulties with early airway intervention in Pierre Robin Sequence. *Laryngoscope*. 2008;118(1):120-3.
- Lima LB, Rabelo ER. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(2):116-22.
- Lima MKF, Tsukamoto R, Fugulin FMT. Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes de alta dependência de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(4):638-46.
- Liu JT, Song HJ, Wang Y, Kang Y, Jiang L, Lin SH, et al. Factors associated with low adherence to head-of-bed elevation during mechanical ventilation in Chinese intensive care units. *Chin Med J (Engl)*. 2013;126(5):834-8.
- Luiz AG. Carga de trabalho de enfermagem em unidade semi-intensiva como critério para dimensionamento de pessoal [monografia]. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo: Bauru; 2014.
- Madeira LM. Alta hospitalar da criança: implicações para a enfermagem. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 1994;4(2):5-11.
- Magalhães AMM, Riboldi CO, Dall'Agnol C. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(4):608-12.

- Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013;21(Esp):146-54.
- Manzini FC, Simonetti JP. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de Orem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2009;17(1):113-9.
- Marques IL, Barbieri MA, Bettiol H. Etiopathogenesis of isolated Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac J*. 1998;35(6):517-25.
- Marques IL, Souza TV, Carneiro AF, Barbieri MA, Bettiol H, Gutierrez MR. Clinical experience with infants with Robin sequence: a prospective study. *Cleft Palate Craniofac J*. 2001;38(2):171-8.
- Marques IL, Peres SP, Bettiol H, Barbieri MA, Andrea M, Souza L. Growth of children with isolated Robin sequence treated by nasopharyngeal intubation: importance of a hypercaloric diet. *Cleft Palate Craniofac J*. 2004;41(1):53-8.
- Marques IL, Souza TV, Carneiro AF, Peres SP, Barbieri MA, Bettiol H. Sequência de Robin – protocolo único de tratamento. *J Pediatr*. 2005;81(1):14-22.
- Marques IL, Bettiol H, de Souza L, Barbieri MA, Bachega MI. Longitudinal study of the growth of infants with isolated Robin sequence considered being severe cases. *Acta Paediatr*. 2008;97(3):371-5.
- Marques IL, Monteiro LC, de Souza L, Bettiol H, Sassaki CH, de Assumpção Costa R. Gastroesophageal reflux in severe cases of Robin sequence treated with nasopharyngeal intubation. *Cleft Palate Craniofac J*. 2009;46(4):448-53.
- Marques IL, Prado-Oliveira R, Leirião VHV, Jorge JC, Souza L. Clinical and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in Robin Sequence treated with nasopharyngeal intubation: the importance of feeding facilitating techniques. *Cleft Palate Craniofac J*. 2010;47(5):523-9.
- Marques IR, Souza AR. Technology and humanization in critical care environments. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):141-4.
- Martin LGR, Gaidzinski RR. Construção e validação de instrumento para identificação de carga de trabalho em Ambulatório de Oncologia e Hematologia. *Einstein*. 2014;12(3):323-9.
- Martins EAP, Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000;8(2):74-82.
- McGillis Hall L, Doran D, Pink GH. Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *J Nurs Adm*. 2004;34(1):41-5.
- Miranda DR, de Rijk A, Schaufeli W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items-results from a multicenter study. *Crit Care Med*. 1996;24(1):64-73.

Miranda DR, Moreno R, Iapichino G. Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score (NEMS). *Intensive Care Med.* 1997;23(7):760-5.

Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G; TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. Nursing activities score. *Crit Care Med.* 2003;31(2):374-82.

Mondini CCSD. Os agentes de autocuidado e a utilização de orientações disponíveis no cenário do processo cuidativo da criança portadora de fissura lábio-palatal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Mondini CCSD. Avaliação da capacidade de autocuidado de cuidadores de lactentes com sequência de Robin [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2008.

Mondini CCSD, Marques IL, Fontes CM, Thomé S. Nasopharyngeal intubation in Robin sequence: technique and management. *Cleft Palate Craniofac J.* 2009;46(3):258-61.

Monileó IL, Lopes VLG. Anomalias crânio-faciais: descrição e avaliação das características gerais de atenção no Sistema único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2006;22:913-22.

Montagnoli LC, Barbieri MA, Bettiol H, Marques IL, de Souza L. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade. Um estudo transversal. *J Pediatr.* 2005;81:461-5.

Mukai HA, Jericó MC, Perroca MG. Necessidades de cuidados e carga de trabalho de enfermagem a pacientes psiquiátricos institucionalizados. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013;21(1):340-7.

Nagata Y, Urakawa M, Kobayashi N, Kato S. Analysis on workload for hospital DOTS service. *Kekkaku.* 2014;89(4):495-502.

Nassar E, Marques IL, Trindade AS Jr, Bettiol H. Feeding-facilitating techniques for the nursing infant with Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac J.* 2006;43(1):55-60.

Neef M, Bos AP, Tol D. Safety as a criterion for quality: the critical nursing situation index in pediatric critical care, an observational study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009;25(6):341-7.

Nogueira LS, Santos MR, Mataloun SE, Moock M. Nursing Activities Score: comparação com o índice APACHE II e a mortalidade em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007;19(3):327-30.

Nogueira LS, Koike KM, Sardinha DS, Padilha KG, Sousa RMC. Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2013;25(3):225-32.

Nunes BK, Toma E. Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013;21(1):348-55.

Nusbaum R, Grubs RE, Losee JE, Weidman C, Ford MD, Marazita ML. A qualitative description of receiving a diagnosis of clefting in the prenatal or postnatal period. *J Genet Couns*. 2008;17(4):336-50.

Orem DE. *Nursing concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. *Rev Paul Enferm*. 2006;25(1):18-23.

Padilha KG, Sousa RMC, Miyadahira AMK, Cruz DALM, Vattimo MFF, Kimura M, et al. Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(2):229-33.

Padilha KG, Sousa RMC, Queijo AF, Mendes AM, Miranda DR. Nursing Activities Score in the intensive care unit: analysis of the related factors. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008;24:197-204.

Padilha KG, de Sousa RM, Garcia PC, Bento ST, Finardi EM, Hatarashi RH. Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: a pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26(2):108-13.

Panunto MR, Guirardello EB. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de gastroenterologia. *Rev Latino-Am Enferm*. 2009;17(6):1009-14.

Panunto MR, Guirardello EB. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):96-101.

Paranaíba LMR, Miranda RT, Ribeiro LA, Barros LM, Martelli-Junior H. Frequency of congenital craniofacial malformations in a Brazilian Reference Center. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):151-60.

Pasyayan HM, Lewis MB. Clinical experience with the Robin Sequence. *Cleft Palate J*. 1984;21(4):270-6.

Pedreira LC, Brandão AS, Reis AM. Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(3):429-36.

Peng L, Mayner L, Wang H. Association between trauma patients' severity and critical care nursing workload in China. *Nurs Health Sci*. 2014;16(4):528-33.

Pereira IM, Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Peres HHC, Lima AFC, Castilho V, et al. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: avaliação de um software. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(Esp):1600-5.

Pereira SVM. *Análise da implementação de uma abordagem de cuidar de enfermagem junto à mulher no ciclo gravídico-puerperal: uma aproximação do Modelo de Orem, sistemas de classificação da prática de enfermagem e diretrizes de humanização do parto [dissertação]*. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2004.

Peres HHC, Leite MMJ. Sistemas de informação em saúde. In: Kurggant P. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 63-70.

- Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(1):58-66.
- Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(2):153-68.
- Perroca MG, Gaidzinski RR. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca teste de confiabilidade pela concordância entre avaliadores - correlação. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(3):245-52.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Trad. A Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 142-52.
- Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29:489-97.
- Pongpagatip S, Pradubwong S, Jenwitheesuk K, Chowchuen B. Knowledge and satisfaction of caregivers of patients with cleft lip-palate at the Tawanchai Cleft Center. *Plast Surg Nurs*. 2012;32(4):165-70.
- Pradubwong S, Pongpagatip S, Prathanee B, Thanawirattananit P, Ratanaanekchai T, Chowchuen B. The treatment of 4-5 year-old patients with cleft lip and cleft palate in Tawanchai Center: follow-up. *J Med Assoc Thai*. 2012;95(Sup 11):135-40.
- Printzlau A, Andersen M. Pierre Robin sequence in Denmark: a retrospective population-based epidemiological study. *Cleft Palate Craniofac J*. 2004;41(1):47-52.
- Queijo AF, Padilha KG. Nursing activities score (NAS): cross-cultural adaptation and validation to portuguese language. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Spec):1018-25.
- Quirino DD, Collet N, Neves AFGB. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(2):300-6.
- Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in England hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(2):175-82.
- Razera AP, Braga EM. The importance of communication during the postoperative recovery period. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):632-7.
- Ribeiro RP, Martins JT, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Work-related illness in nursing: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):495-504.
- Riratanapong S, Sroiwin W, Kotepat K, Volrathongchai K. Nursing care system development for patients with cleft lip-palate and craniofacial deformities in operating room Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2013;96(4):44-8.
- Robin P. La chute de la base de la langue considérée comme une nouvelle cause de gêne dans la respiration naso-pharyngienne. *Bull Acad Natl Med*. 1923;89(38):37-41.

Robin P. Glossoptosis due to atresia and hypotrophy of the mandible. *Am J Dis Child*. 1934;48:541-7.

Rodríguez-Gázquez MA, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012;20(2): 296-306.

Rossetti AC, Gaidzinski RR. Estimating the nursing staff required in a new hospital. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(4):1011-7.

Rossetti AC, Gaidzinski RR, Fugulin FMT. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013;21(Spec):225-32.

Rossetti AC, Gaidzinski RR, Bracco MM. Determinação da carga de trabalho e do dimensionamento da equipe de enfermagem em um pronto-socorro pediátrico. *Einstein*. 2014;12(2):217-22.

Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee S, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. 2003;27(2):94-100.

Salmen ICDM. Sequência de Robin: estudo retrospectivo dos lactentes atendidos no HRAC-USP [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

Sampaio CF, Guedes MVC. Processo de enfermagem como estratégia no desenvolvimento de competência para o autocuidado. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(Esp 2):96-103.

Santos EKA, Brüggemann OM, Oliveira ME, Gregório URP, Lessmann JC, Souza MJ. Saúde da mulher e do recém-nascido: produção de conhecimentos na graduação em enfermagem. *Rev Enferm Esc Anna Nery*. 2009;13(2):313-18.

Santos F, Rogenski NMB, Baptista CMC, Fugulin FMT. Patient classification system: a proposal to complement the instrument by Fugulin et al. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007;15(5):980-5.

Santos I, Sarat CNF. Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. *Rev Enferm UFRJ*. 2008;16(3):313-8.

Santos NC, Fugulin FMT. Construção e validação de instrumento para identificação das atividades de enfermagem em unidades pediátricas: subsídio para determinação da carga de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1052-60.

Santos TL, Nogueira LT, Padilha KG. Produção científica brasileira sobre o nursing activities score: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2012;17(2):362-8.

Schaefer RB, Stadler JÁ 3rd, Gosain AK. To distract or not to distract: an algorithm for airway management in isolated Pierre Robin sequence. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113(4):1113-25.

Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):368-77.

Schwab F, Meyer E, Geffers C, Gastmeier P. Understaffing, overcrowding, inappropriate nurse: ventilated patient ratio and nosocomial infections: which parameter is the best reflection of deficits? *J Hosp Infect.* 2012;80(2):133-9.

Shen W, Jie C, Chen J, Zou J, Ji Y. Mandibular distraction osteogenesis to relieve Pierre Robin severe airway obstruction in neonates: indication and operation. *J Craniofac Surg.* 2009;20(Suppl 2):1812-6.

Sher AE. Mechanisms of airway obstruction in Robin sequence: implications for treatment. *Cleft Palate Craniofac J.* 1992;29(3):224-31.

Sher AE, Shprintzen RJ, Thorpy MJ. Endoscopic observations of obstructive sleep apnea in children with anomalous upper airway: predictive and therapeutic value. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1986;11(2):135-46

Shivam S, Roy RN, Dasgupta S, Das Bhattacharyya K, Misra RN, Roy S, et al. Nursing personnel planning for rural hospitals in Burdwan District, West Bengal, India, using workload indicators of staffing needs. *J Health Popul Nutr.* 2014;32(4):658-64.

Shprintzen RJ. The implications of the diagnosis of Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac J.* 1992;29(3):205-9.

Sidman JD, Sampson D, Templeton B. Distraction osteogenesis of the mandible for airway obstruction in children. *Laryngoscope.* 2001;111(7):1137-46.

Silva EB, Rocha CMG, Lage RR. O bebê com fissura labiopalatina: intervenção interdisciplinar. In: Jesus MSV, Di Ninno CQMS. *Fissura labiopalatina: fundamentos para a prática fonoaudiológica.* São Paulo: Roca; 2009. p. 10-28.

Silva MC, Sousa RM, Padilha KG. Factors associated with death and readmission into the Intensive Care Unit. *Rev Lat-Am Enferm.* 2011;19(4):911-9.

Silva R, Tanaka O. Técnica Delphi: identificando as competências geris do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 1999;33(3):207-16.

Singer L, Sidoti EJ. Pediatric management of Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac J.* 1992;29(3):220-3.

Smith MC, Senders CW. Prognosis of airway obstruction and feeding difficulty in the Robin sequence. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;70(2):319-24.

Soares AV, Gaidzinski RR, Cirico MV. Identificação das intervenções de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(2):308-17.

Soares MRZ, Zamberlan MAT. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. *Estud Psicol.* 2001;18(1):64-9.

Sousa CR, Gonçalves LA, Toffoleto MC, Leão K, Padilha KG. Preditores da demanda de trabalho de enfermagem para idosos internados em unidade terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enferm.* 2008;16(2):218-23.

Sousa MLXF, Silva KL, Nóbrega MML, Collet N. Déficits de autocuidado em crianças e adolescentes com doença renal crônica. *Texto & Contexto Enf.* 2012;21(1):95-102.

Sousa RMC, Padilha KG, Nogueira LS, Miyadahira AMK, Oliveira VCR. Carga de trabalho de enfermagem requerida por adultos, idosos e muito idosos em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(Esp 2):1284-91.

Souza CA, Jericó MC, Perroca MG. Mapeamento de intervenções/atividades dos enfermeiros em centro quimioterápico: instrumento para avaliação da carga de trabalho. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013;21(2):492-9.

Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. *Esc Anna Nery (impr.).* 2010;14(3):551-9.

Souza-Freitas JA, Dalben GS, Freitas PZ, Santamaria Junior M. Familial tendency of oral clefts. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2004;9(4):74-8.

Stafseth SK, Solms D, Bredal IS. The characterization of workloads and nursing staff allocation in intensive care units: a descriptive study using the Nursing Activities Score for the first time in Norway. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011;27(5):290-4.

Tibesar RJ, Price DL, Moore EJ. Mandibular distraction osteogenesis to relieve Pierre Robin airway obstruction. *Am J Otolaryngol.* 2006;27(6):436-9.

Tourongeu AE, Doran DM, McGillis Hall L, O'Brien Pallas L, Pringe D, Tu JV, Cranley LA. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *J Adv Nurs.* 2007;57(1):32-44.

Trepichio PB; Guirardello EB, Duran ECM; Brito AP. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):133-9.

Trettene AS. Alimentação da criança em pós-operatório imediato de palatoplastia: comparação entre as técnicas utilizando copo e colher [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

Trettene AS, Fiorotti L. Diagnósticos de enfermagem em lactentes com Sequência de Robin isolada. *Nursing (São Paulo).* 2011;14(163):641-4.

Trettene AS, Mondini CCDS, Marques IL. Feeding children in the immediate perioperative period after palatoplasty: a comparison between techniques using a cup and a spoon. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(6):1298-304.

Trettene AS, Razera AP, Maximiano TO, Luiz AG, Dalben GS, Gomide MR. Doubts of caregivers of children with cleft lip and palate on postoperative care after cheiloplasty and palatoplasty. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):993-8.

Valentin A, Schiffinger M, Steyrer J, Huber C, Strunk G. Safety climate reduces medication and dislodgement errors in routine intensive care practice. *Intensive Care Med*. 2013;39(3):391-8.

Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of Family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005;14(4):501-9.

Versa GLGS, Inoue KC, Nicola AL, Matsuda LM. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. *Texto & Contexto Enf*. 2011;20(4):796-802.

Wagener S, Rayatt SS, Tatman AJ, Gornall P, Slator R. Management of infants with Pierre Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac J*. 2003;40(2):180-5.

Wei-Wen Liu, Feng-Chuan Pan, Pei-Chi Wen, Sen-Ji Chen, Su-Hui Lin. Job Stressors and Coping Mechanisms among Emergency Department Nurses in the Armed Force Hospitals of Taiwan. *Int J Human Soc Scis*. 2010;5:10.

Wolff LDG, Mazur CS, Wiezbick C, Barros CB, Quadros VAS. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade semi-intensiva de um hospital universitário de Curitiba. *Cogitare enferm*. 2007;12(2):171-82.

Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesq Admin*. 2000;12(12):54-65.

Wynd CA, Schmidt B, Schaefer MA. Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J Nurs Res*. 2003;25(5):508-18.

Zaghloul AA, El Enein NYA. Nurse stress at two different organizational settings in Alexandria. *J Multidiscip Healthc*. 2009;15(2):45-51.

ANEXOS

ANEXO A

Nursing Actives Score (NAS)

1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLES

- 1a. Sinais vitais, cálculo e registro do balanço hídrico (4,5%)
- 1b. Presença à beira do leito e observação contínua ou ativa 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, preparo e administração de fluidos ou medicação e auxílio em procedimentos específicos (12,1%)
- 1c. Presença à beira do leito e observação contínua ou ativa por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia

2. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS

- 2a. Bioquímicas e Microbiológicas (4,3%)

3. MEDICAÇÃO

- 3a. Todas, exceto Drogas Vasoativas (5,6%)

4. PROCEDIMENTO DE HIGIENE

- 4a. Realização de procedimento de higiene, tais como: curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação) e procedimentos especiais (p.ex. isolamento) (4,1%)
- 4b. Realização de procedimento de higiene que durem mais do que 2 horas em algum plantão (16,5%)
- 4c. Realização de procedimento de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão (20,0%)

5. CUIDADOS COM DRENOS

- 5a. Todos (exceto Sonda Gástrica) (1,8%)

6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO

- 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 dois enfermeiros em qualquer frequência (12,4%)

7. SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES

- 7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por cerca de 1 hora em qualquer plantão, tais como: explicar condições clínicas, lidar c/ a dor e angústia e lidar c/ circunstâncias familiares difíceis. (4,0%)
- 7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva 3 horas em qualquer plantão, tais como: morte, circunstâncias especiais (p.ex.: grande número de familiares, problemas de linguagem e familiares hostis). (32,0%)

8. TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS

- 8a. Realização de tarefas de rotina, tais como processamento de dados clínicos, solicitações de exames e troca de informações profissionais (p.ex.: passagem de plantão e visitas clínicas) (4,2%)
- 8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2 h 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 em algum plantão, tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com (23,2%)

9. SUPORTE VENTILATÓRIO

- 9a. 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 (CPAP ou BIPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método (1,4%)
- 9b. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia Torácica, expirometria estimulada, terapia inalatória e aspiração endotraqueal (4,4%)

10. SUPORTE CARDIOVASCULAR

- 10a. Medicação vasoativa, independente do tipo de dose (1,2%)
- 10b. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluídos. Administração de fluídos > 3l/m2/dia, independente do tipo de fluido administrado (2,5%)
- 10c. Cateter de artéria pulmonar com ou sem medida do débito cardíaco (1,7%)
- 10d. Reanimação cardiorespiratória nas últimas 24 h (excluí Soco Precordial) (7,1%)

11. SUPORTE RENAL

- 11a. Técnicas de hemofiltração. Técnicas Dialíticas (7,7%)
- 11b. Medida quantitativa de débito urinário. Por ex.: por sonda vesical de demora (7,0%)

12. SUPORTE NEUROLÓGICO

- 12a. Medida da pressão intracraniana (1,6%)

13. SUPORTE METABÓLICO

- 13a. Tratamento da Acidose /Alcalose Metabólica
- 13b. Nutrição parenteral total (2,8%)
- 13c. Alimentação enteral por sonda gástrica ou via gastrointestinal (p.ex. jejunostomia) (1,3%)

14. INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

- 14a. Intervenção(ões) Específica (s) NA Unidade de Terapia Intensiva. Intubação Endotraqueal, Inserção de marcapasso cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência, lavagem gástrica e outras nas últimas 24 horas. NÃO ESTÃO INCLUÍDAS: intervenções de rotinas sem consequências diretas para as condições clínicas do paciente, tais como: venosos ou arteriais (2,8%), radiografias, ecografias, eletrocardiogramas, curativos ou inserção de cateteres
- 14b. Intervenções específicas fora da Unidade de Terapia Intensiva (1,9%)

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem

Pesquisador: Armando dos Santos Trettene

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25895513.9.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 512.376

Data da Relatoria: 17/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de tese de doutorado cujo objetivo do consiste em avaliar o impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem. O pesquisador pretende realizar um estudo prospectivo de delineamento quantitativo. A carga de trabalho de enfermagem será avaliada em dois grupos obtidos de uma população composta por agentes de autocuidado (AAC) de lactentes com Sequência de Robin isolada (SRI) dividida em: AAC que não foram capacitados para o autocuidado (G1) e AAC já capacitados em internação prévia (G2). A avaliação prospectiva da carga de trabalho de enfermagem será realizada pela aplicação do Nursing Activities Score (NAS) inicialmente em ambos os grupos, para posterior comparação entre eles, visando identificar diferenças significantes. Pretende-se ainda, relacionar a carga de trabalho de enfermagem aos aspectos sócio-demográficos dos AAC, com objetivo de identificar possíveis influências. Posteriormente, o quantitativo de pessoal ideal, segundo o NAS em ambos os grupos (G1 e G2) será comparado entre si e ao quantitativo de pessoal segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem e COFEN nº 293/04, sobre dimensionamento de pessoal. A coleta de dados ocorrerá entre os meses de janeiro a julho de 2014. Para a análise da significância das diferenças entre as amostras pareadas será utilizado o teste exato de Fisher. Já para a análise não-paramétrica, será utilizado o teste de Mann-Whitney. Serão aceitas como diferença estatisticamente significativa, o valor de $p < 0,05$ (5%).

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

Continuação do Parecer: 512.376

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem, em agentes de autocuidado (AAC) de lactentes com Sequência de Robin isolada (SRI).

Objetivo Secundário:

Identificar a carga de trabalho de enfermagem segundo o NAS, para o autocuidado em dois grupos distintos: em AAC não capacitados (G1) e já capacitados para o autocuidado (G2);- Comparar a carga de trabalho de enfermagem segundo o NAS, para o autocuidado entre G1 e G2; Associar os aspectos sócio-demográficos dos AAC à carga de trabalho de enfermagem em G1 e G2;- Identificar o quantitativo ideal de pessoal de enfermagem, segundo o NAS, nos grupos estudados;- Comparar o quantitativo de pessoal de enfermagem, segundo o NAS e a Resolução COFEN -293/04 sobre dimensionamento de pessoal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores referem que os riscos são próximos de zero, no entanto, poderá ocorrer algum tipo de constrangimento. Os pesquisadores esperam com a realização desse estudo, contribuir para o adequado dimensionamento de pessoal, influenciando diretamente a qualidade do serviço em todas as suas proporções, abrangendo não só os clientes, mas a equipe como um todo. Temos ainda a expectativa de que os conhecimentos firmados possam suscitar e subsidiar novas pesquisas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Espera-se com a realização desse estudo, contribuir para o adequado dimensionamento de pessoas, influenciando diretamente a qualidade do serviço em todas as suas proporções, abrangendo não só os clientes, mas a equipe como um todo. Temos ainda a expectativa de que os conhecimentos firmados possam suscitar e subsidiar novas pesquisas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou todos os termos adequadamente: Termo de consentimento livre e esclarecido (TLE),

Termo de riscos e benefícios;

Formulário de permissão para uso de registros para fins científicos;

Termo de compromisso de Divulgação e Publicação dos resultados da pesquisa e destinação de materiais ou dados coletados;

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-900
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** uep_projeto@centrinho.usp.br

Continuação do Parecer: 512.376

Análise de riscos e benefícios;

Critérios para suspender ou encerrar as pesquisas.

Recomendações:

Recomenda-se revisar os métodos estatísticos utilizados para análise da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acatou o parecer do relator em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Ressaltamos que, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado" e por informar ao CEP as emendas, ou seja, "todos os fatos relevantes que alterem o curso normal dos estudos por ele aprovados e, especificamente, nas pesquisas na área da saúde, dos efeitos adversos e da superioridade significativa de uma intervenção sobre outra ou outras comparativas" (alterações que envolva métodos, critérios éticos, mudança de pesquisadores/entrevistadores e instrumental), tais emendas devem ser entregues na Seção de Apoio a Pesquisa do SVAPEPE, bem como anexadas na Plataforma Brasil. O CEP avaliará e emitirá o parecer das emendas.

O pesquisador também fica responsável pela entrega dos relatórios semestrais e final, bem como notificá-los pela Plataforma Brasil.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação do trabalho.

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-900
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** uep_projeto@centrinho.usp.br

Continuação do Parecer: 512.376

BAURU, 20 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Izabel Maria Marchi de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-900
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** uep_projeto@centrinho.usp.br

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____ portador da cédula de identidade _____, responsável pelo paciente* _____, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa "Impacto do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem", realizada por Armando dos Santos Trettene, COREN-SP: 129174, sob orientação da Dra. Marcia Ribeiro Gomide, CRO: 43414 e Dra. Cassiana M. B. Fontes, COREN-SP 56345, que tem como objetivo: avaliar a relação entre o tempo que a equipe de enfermagem necessita para ensinar o cuidador sobre os cuidados ao bebê com Sequência de Robin isolada, e o número de funcionários. Os procedimentos de enfermagem serão realizados rotineiramente pela equipe de enfermagem, de acordo com as necessidades e, a cada 24 horas, todos os procedimentos serão anotados, incluindo os realizados diretamente e aqueles relacionados ao ensino sobre os cuidados ao bebê.

O tempo de cada atividade será quantificado (medido) conforme um estudo da literatura. Somente procedimentos rotineiros serão realizados. Sua participação no estudo consiste em permitir que o tempo necessário para a realização dos procedimentos seja medido, durante todo período da internação de seu bebê. Alguns dados referentes a você, como: idade, gênero, escolaridade, classificação socioeconômica, estado civil, número de filhos e grau familiar, serão obtidos por meio de consulta ao prontuário de seu bebê.

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação à sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421".

Fica claro que, o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 35 do Código de Ética de Enfermagem).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

* A SER PREENCHIDO, SE O SUJEITO DA PESQUISA NÃO FOR O PACIENTE.

Nome do Pesquisador Responsável:

Armando dos Santos Trettene

Endereço Institucional: Rua Silvio Marchione, 3-20

Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17043-900

Telefone: 32358000 E-mail: armandotrettene@usp.br

ANEXO D

Resolução Cofen-293/2004

Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO o artigo 8º, incisos IV, V e XIII; artigo 15, inciso II, III, IV, VIII e XIV, da Lei nº 5.905/73;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 242/2000, que aprova o Regimento Interno da Autarquia, o disposto nos seus artigos 10, inciso I, alínea a, artigo 13, incisos IV, V, XI, XIII e XVIII, e cumprindo deliberação do Plenário em sua 322ª Reunião Ordinária;

CONSIDERANDO inexistir matéria regulamentando as unidades de medida e a relação de horas de enfermagem por leito ocupado, para estabelecer o quadro de profissionais de enfermagem;

CONSIDERANDO haver vacância na lei sobre a matéria;

CONSIDERANDO a necessidade requerida pelos gerentes e pela comunidade de Enfermagem, da revisão dos parâmetros assistenciais em uso nas instituições, face aos avanços verificados em vários níveis de complexidade do sistema de saúde e às atuais necessidades assistenciais da população;

CONSIDERANDO a necessidade imediata, apontada pelos gestores e gerentes das instituições de saúde, do estabelecimento de parâmetros como instrumento de planejamento, controle, regulação e avaliação da assistência prestada;

CONSIDERANDO a necessidade de flexibilizar nas instituições de saúde públicas e privadas do país, a aplicação de parâmetros que possibilitem os ajustes necessários, derivados da diferença do perfil epidemiológico e financeiro;

CONSIDERANDO a ampla discussão sobre o estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial no âmbito da enfermagem, que possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, dos profissionais de saúde, dos gerentes das instituições de saúde, na sua formulação, através da Consulta Pública COFEN nº 01/2003, e a deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem;

CONSIDERANDO que o caráter disciplinador e fiscalizador dos Conselhos de Enfermagem sobre o exercício das atividades nos Serviços de Enfermagem do país, aplica-se também, aos quantitativos de profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde;

CONSIDERANDO que, para garantir a segurança e a qualidade da assistência ao cliente, o quadro de profissionais de Enfermagem, pela continuidade ininterrupta e a diversidade de atuação depende, para seu dimensionamento, de parâmetros específicos;

CONSIDERANDO os avanços tecnológicos e a complexidade dos cuidados ao cliente, quanto às necessidades físicas, psicossomáticas, terapêuticas, ambientais e de reabilitação;

CONSIDERANDO que compete ao Enfermeiro estabelecer o quadro quantiquantitativo de profissionais, necessário para a prestação da Assistência de Enfermagem,

RESOLVE:

Art. 1º – Estabelecer, na forma desta Resolução e de seus anexos I, II, III e IV, os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde.

§ 1º – Os referidos parâmetros representam normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar os gestores e gerentes das instituições de saúde no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas;

§ 2º – Esses parâmetros podem sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras, desde que devidamente justificados e aprovados pelos respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem e, posteriormente, referendados pelo COFEN.

Art. 2º – O dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas:

I – à instituição/empresa: missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.

II – ao serviço de Enfermagem: – Fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87); – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções COFEN e Decisões dos CORENs; – Aspectos técnico- administrativos: dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; padrões de desempenho dos profissionais; índice de segurança técnica (IST); taxa de absenteísmo (TA) e taxa ausência de benefícios (TB) da unidade assistencial; proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio, e indicadores de avaliação da qualidade da assistência.

III – à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), realidade sócio-cultural e econômica.

Art. 3º – O referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, incluindo todos os elementos que compõem a equipe, referido no Art. 2º da Lei nº 7.498/86, para as 24 horas de cada Unidade de Internação, considera o SCP, as horas de assistência de Enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito.

Art. 4º – Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;
- 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

§ 1º – Tais quantitativos devem adequar-se aos elementos contidos no Art. 2º desta Resolução.

§ 2º – O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15% do total.

§ 3º – Para o serviço em que a referência não pode ser associada ao leito-dia, a unidade de medida será o sítio funcional, com um significado tridimensional: atividade(s), local ou área operacional e o período de tempo (4, 5 ou 6 horas).

§ 4º – Para efeito de cálculo deverá ser observada a cláusula contratual quanto à carga horária.

§ 5º – Para unidades especializadas como psiquiatria e oncologia, deve-se classificar o cliente tomando como base as características assistenciais específicas, adaptando-as ao SCP.

§ 6º – O cliente especial ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada, deve ser classificado um nível acima no SCP, iniciando-se com cuidados intermediários.

§ 7º – Para berçário e unidade de internação em pediatria, caso não tenha acompanhante, a criança menor de seis anos e o recém nascido devem ser classificados com necessidades de cuidados intermediários.

§ 8º – O cliente com demanda de cuidados intensivos deverá ser assistido em unidade com infraestrutura adequada e especializada para este fim.

§ 9º – Ao cliente crônico com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado pelo SCP com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva deverá ser acrescido de 0,5 às horas de Enfermagem especificadas no Art.4º.

Art. 5º – A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem deve observar as seguintes proporções e o SCP:

1 – Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;

2 – Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

3 – Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.

Parágrafo único – A distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência.

Art. 6º – Cabe ao Enfermeiro o registro diário da(s):- ausências ao serviço de profissionais de enfermagem; presença de crianças menores de 06 (seis) anos e de clientes crônicos, com mais de 60 (sessenta) anos, sem acompanhantes; e classificação dos clientes segundo o SCP, para subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades assistenciais.

Art. 7º – Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.

§ 1º – O responsável técnico de enfermagem da instituição de saúde deve gerenciar os indicadores de performance do pessoal de enfermagem.

§ 2º – Os indicadores de performance devem ter como base a infraestrutura institucional e os dados nacionais e internacionais obtidos por “benchmarking”.

§ 3º – Os índices máximo e mínimo de performance devem ser de domínio público.

Art. 8º – O responsável técnico de enfermagem deve dispor de 3 a 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação de programas de educação continuada.

Parágrafo único – O quantitativo de Enfermeiros para o exercício de atividades gerenciais, educação continuada e comissões permanentes, deverá ser dimensionado de acordo com a estrutura da organização/empresa.

Art. 9º – O quadro de profissionais de enfermagem da unidade de internação composto por 60% ou mais de pessoas com idade superior a 50 (cinquenta) anos, deve ser acrescido de 10% ao IST.

Art. 10 – O Atendente de Enfermagem não foi incluído na presente Resolução, por executar atividades elementares de Enfermagem não ligadas à assistência direta ao paciente, conforme disposto na Resolução COFEN nº 186/1995.

Art. 11 – O disposto nesta Resolução aplica-se a todas as instituições de saúde e, no que couber, às outras instituições.

Art. 12 – Esta Resolução entra em vigor após sua publicação, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução 189 de 25 de março de 1996.

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2004.

Gilberto Linhares Teixeira

COREN-RJ Nº 2.380

Presidente Carmem de Almeida da Silva

COREN SP Nº 2254

Primeira-Secretaria