UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

ROSÂNGELA TSUKAMOTO

**TEMPO MÉDIO DE CUIDADO AO PACIENTE DE ALTA
DEPENDÊNCIA DE ENFERMAGEM SEGUNDO O *NURSING*
ACTIVITIES SCORE (NAS)**

**São Paulo
2010**

ROSÂNGELA TSUKAMOTO

**TEMPO MÉDIO DE CUIDADO AO PACIENTE DE ALTA
DEPENDÊNCIA DE ENFERMAGEM SEGUNDO O *NURSING*
*ACTIVITIES SCORE (NAS)***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação
em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de
Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora:

Profa. Dra. Fernanda Maria Togeiro Fugulin.

**São Paulo
2010**

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

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Tsukamoto, Rosângela.

Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o *Nursing Activities Score* (NAS) / Rosângela Tsukamoto. – São Paulo, 2010.

107 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Fernanda Maria Togeiro Fugulin.

1. Cuidados de enfermagem (quantificação) 2. Administração em enfermagem 3. Administração de recursos humanos (dimensionamento) 4. Trabalho (análise quantitativa) 5. Hospitais. I. Título.

Rosangela Tsukamoto

Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o *Nursing Activities Score* (NAS)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu querido Júlio Cesar, pelo amor, carinho e apoio ao longo desses anos e em especial, no desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus queridos filhos Rafael e Arthur, que, com muitos beijos e abraços me deram forças para sempre continuar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar presente em todos os momentos...

A minha mãe Maria do Carmo, meu pai Julio (*in memorian*), aos meus irmãos Eduardo, Nilson, Wagner e Raquel, pelo apoio e por torcerem sempre por mim.

À Profa. Dra. Fernanda Maria Togeiro Fugulin, de forma especial, pela oportunidade, confiança, paciência e pela orientação criteriosa deste trabalho. Sou grata também, pela atenção, disponibilidade, apoio e incentivo ao longo destes meses.

À Profa. Dra. Raquel Rapone Gaidzinski, pela convivência enriquecedora e seu constante estímulo, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação e no decorrer deste estudo.

À Profa. Dra. Kátia Grillo Padilha, pela colaboração e sugestões no exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Edwin Moisés Marcos Ortega por sua amizade, dedicação e disponibilidade na realização do tratamento estatístico e a sua esposa Claudia, pelo carinho.

Às enfermeiras Marcia Cossermelli, Luciana Bochembuzio e Enf. Paulo Garcia, pelas sugestões e colaboração.

À enfermeira Felícia Hiromi Nomura, chefe da Unidade da Clínica Médica, por sua amizade, estímulo e apoio incondicional em todos estes anos de convivência e principalmente, no desenvolvimento deste trabalho.

Às enfermeiras da Unidade de Clínica Médica: Michelle, Samira, Nívia, Anna Claudia, Carolina, Angela, Thaís, Isabel, Tatiana, Fernanda e Josiane, pela amizade e colaboração em todos os momentos que precisei.

À enfermeira Janaína Paulini, por sua colaboração no levantamento das referências bibliográficas.

Ao Prof. Dr. Antonio Fernandes Costa Lima, meu reconhecimento pelo carinho e estímulo presentes em muitos momentos.

Ao Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário (HU-USP), por favorecer e apoiar o meu desenvolvimento e crescimento profissional.

À Jane Prado, pelo valioso auxílio na formatação da dissertação.

À bibliotecária Maria Alice Rebello, por sua disponibilidade e atenção durante a revisão das referências bibliográficas e à Roseli Marian pela colaboração na busca dos artigos.

Aos técnicos e auxiliares de enfermagem da Unidade de Clínica Médica, pela convivência carinhosa e pela dedicação e competência com que realizam a assistência de enfermagem aos pacientes de alta dependência de enfermagem.

Tsukamoto R. Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o *Nursing Activities Score* (NAS) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

Este estudo, prospectivo, de abordagem quantitativa, do tipo exploratório-descritivo, foi desenvolvido com o objetivo de identificar o tempo médio de assistência de enfermagem necessário para assistir ao paciente adulto, classificado como Alta Dependência de Enfermagem (ADE). Participaram da pesquisa todos os pacientes classificados como ADE, internados na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da USP por, no mínimo, 24 horas, durante o período de coleta de dados. Para a identificação dos pacientes de ADE foi utilizado o Instrumento de Classificação de Pacientes (ICP) de Fugulin et al.. O tempo médio de cuidado necessário para assistir o paciente de ADE foi calculado por meio da aplicação de uma equação matemática disponível na literatura, a partir da identificação do valor médio do *Nursing Activities Score* (NAS). Os dados foram coletados das evoluções e prescrições de enfermagem e das condições de cada paciente, registradas nos impressos que compõem seu prontuário. Foram identificados 97 pacientes classificados como ADE, no período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 de agosto de 2009. A média diária de pacientes classificados como ADE foi de 8,13 pacientes/dia, cujo tempo médio de permanência nos leitos de ADE correspondeu a 7,9 dias. A pontuação média obtida pelos pacientes de ADE, segundo o ICP de Fugulin et al., foi de 23,56 pontos ($\pm 3,19$). A carga média de trabalho, evidenciada pela pontuação média do NAS, correspondeu a 50,62% ($\pm 7,14$). Não houve diferença estatisticamente significativa, ao nível de significância de 5%, entre a média obtida pelo NAS e as variáveis demográficas e clínicas apresentadas pelos pacientes. Verificou-se que o tempo necessário para o cuidado ao paciente classificado como ADE foi de 12,15 h (mínimo de 10,7 h e o máximo de 14,4 h). Esse tempo supera as horas de assistência de enfermagem indicadas pela Resolução COFEN nº 293/04 para assistir ao paciente crônico, com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado nas categorias de cuidado intermediário (6,1h) e semi-intensivo (9,9h). Acredita-se que o desenvolvimento desta pesquisa contribui para a proposição de parâmetros referente ao tempo de assistência necessário para assistir aos pacientes classificados como ADE. Entretanto, novos estudos com essa população devem ser realizados, com o propósito de validar os resultados encontrados, concorrendo, dessa forma, para a previsão adequada do quantitativo de profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, para o estabelecimento de condições que favoreçam a segurança do paciente e a qualidade dos serviços oferecidos nas instituições de saúde.

Descritores: Administração de Pessoal; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital; Carga de Trabalho.

Tsukamoto R. Mean time of high dependency care patient according to the Nursing Activities Score (NAS) [dissertation]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2010.

ABSTRACT

This is a prospective, quantitative, exploratory-descriptive study aiming to identify the mean time of nursing assistance needed to attend the adult patient, classified as a High Dependency Nursing care (HDN). All patients classified as HDC and hospitalized in the Unit of the Medical Clinic of the University Hospital of USP by at least 24 hours, during the period of data collection, participated of this study. To identify HDC patients, the Patient Classification Instrument (PCI) proposed by Fugulin et al was used. The mean time of care needed to assist the HDN patient was calculated by applying a mathematical equation available in the literature, and identifying the mean value of the Nursing Activities Score (NAS). Data were collected from nursing improvements, prescriptions and based on conditions of each patient registered in the medical records. We identified 97 patients classified as HDN, in the period from May 06th to July 21st and from August 15th to 31st, 2009. The daily average of patients classified as HDN was 8.13 patients/ day, whose mean time of stay in the HDN beds corresponded to 7.9 days. The mean score obtained from HDN patients, according to the ICP of Fugulin et al., was 23.56 points (± 3.19). The mean workload, evidenced by the NAS mean score, accounted for 50.62% (± 7.14). No statistically significant difference was found at the significance level of 5% between the average obtained by the NAS and the demographic and clinical variables presented by the patients. It was found that the time needed to assist the patient classified as HDN was 12.15 h (minimum of 10.7 h and maximum of 14.4 h). This time exceeds the hours of nursing care according to the Resolution No. 293/04 COFEN to assist chronic patient, aged 60 years or over, without an accompanying person, classified into the categories of intermediate care (6.1 h) and semi-intensive (9,9 h). We believe that this research contributes to the proposition of parameters regarding time of assistance needed to assist patients classified as HDN. However, further studies with this population must be performed in order to validate these findings, contributing thus to predict the appropriate quantity of nurses and, consequently, to establish conditions favoring patient safety and quality of services offered at health institutions.

Descriptors: Personnel Administration, Nursing Human Resources in Hospital; Workload.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos pacientes internados na Unidade de CI Méd e classificados como ADE, segundo dados demográficos e clínicos, período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 agosto de 2009. HU-USP São Paulo, 2009	40
TABELA 2 - Distribuição dos pacientes de ADE, segundo o número de avaliações recebidas, período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 agosto de 2009. HU-USP. São Paulo, 2009.....	46
TABELA 3 - Distribuição das pontuações obtidas pelos pacientes, segundo o ICP de Fugulin et al. (2002, 2005), no período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 agosto de 2009. CI Méd, HU-USP. São Paulo, 2009.....	47
TABELA 4 - Distribuição dos pacientes de ADE internados na Unidade de CI Méd, segundo a pontuação obtida nas áreas de cuidado do ICP de Fugulin et al. (2002, 2005), período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 de agosto de 2009, HU-USP. São Paulo, 2009.....	49
TABELA 5 - Distribuição da pontuação obtida pelos pacientes por meio da aplicação do ICP de Fugulin et al. (2002; 2005), segundo dados demográficos e clínicos, período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 de agosto de 2009.CI Méd, HU-USP. São Paulo, 2009.....	52
TABELA 6 - Distribuição das pontuações obtidas pelos pacientes classificados como ADE, de acordo com o instrumento NAS, no período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 de agosto de 2009. CI Méd, HU-USP. São Paulo, 2009	56
TABELA 7 - Distribuição da pontuação obtida pelos pacientes classificados como ADE por meio da aplicação do NAS, segundo dados demográficos e clínicos, no período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 agosto de 2009. CI Méd, HU-USP. São Paulo, 2009.....	63 <u>4</u>

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 - Representação dos itens e subitens do NAS que demandam maior tempo da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente de ADE. CI Méd, HU-USP. São Paulo, 2009. 60
- FIGURA 2 - Demonstrativo da frequência da pontuação NAS obtida pelos pacientes classificados como ADE e das encontradas nos estudos desenvolvidos em UTIA. São Paulo, 2009 621

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Tutorial para aplicação do NAS aos pacientes classificados como ADE da Unidade de Clínica Médica, do HU-USP, 2009	82
APÊNDICE 2 - Instrumento para classificação do paciente, segundo o ICP de Fugulin et al. (2002, 2005) e aplicação do NAS na Unidade de Clínica Médica, do HU-USP, 2009	86
APÊNDICE 3 - Identificação dos pacientes de acordo com dados demográficos e clínicos e distribuição das pontuações obtidas pelos pacientes classificados conforme ICP de Fugulin et al. e pontuação NAS. Clínica Médica, HU-USP, 2009.	90

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de Classificação de Pacientes de Fugulin et al. (2002,2005) ..	103
ANEXO B - Representação do escore das atividades de enfermagem segundo o NAS, São Paulo, 2002.....	104
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	107

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	25
3	MÉTODO	27
3.1	TIPO DE ESTUDO	28
3.2	LOCAL DO ESTUDO	28
3.2.1	O HU-USP	28
3.2.2	A Unidade de Clínica Médica do HU-USP	30
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
3.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	33
3.4.1	Identificação dos pacientes de ADE, segundo o ICP de Fugulin et al.	33
3.4.2	Identificação da carga média de trabalho dos profissionais de enfermagem, segundo o NAS	34
3.4.3	Cálculo do tempo médio de assistência necessário para assistir os pacientes de ADE	36
3.4.4	Instrumento de coleta de dados	36
3.4.5	Tratamento e análise dos dados	37
3.4.6	Aspectos éticos	38
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO ADE	40
4.2	CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES, SEGUNDO O ICP DE FUGULIN et al.	45
4.3	COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO MÉDIA OBTIDA POR MEIO DO ICP DE FUGULIN et al. COM AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO ADE	51
4.4	CARGA MÉDIA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, SEGUNDO O NAS	55
4.5	COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO MÉDIA OBTIDA POR MEIO DO NAS COM AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO ADE	63

4.6	TEMPO MÉDIO DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CLASSIFICADO COMO ADE POR MEIO DA APLICAÇÃO DO NAS.....	67
5	CONCLUSÃO	69
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICES	81
	ANEXOS	102

1 INTRODUÇÃO

O movimento global por práticas e políticas que promovam a segurança e a qualidade nos serviços de saúde oferecidos à população tem se intensificado nas últimas décadas e se configura como o tema prioritário da Organização Mundial de Saúde.

Entretanto, a realidade mundial demonstra que os serviços de saúde estão sendo confrontados com uma gama crescente de necessidades de saúde e de restrições financeiras, que limitam o investimento na infra-estrutura e na força de trabalho do setor (Baumann, 2007), resultando, conseqüentemente, na provisão insuficiente de profissionais de enfermagem para manter a segurança e a qualidade do atendimento ao paciente.

Nesse contexto, as organizações de saúde brasileiras, principalmente as instituições hospitalares públicas, tem se caracterizado por uma sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, devido à inadequação quantitativa e qualitativa de trabalhadores frente à demanda assistencial da clientela atendida, que interferem, diretamente, na eficácia e na qualidade dos serviços oferecidos (Lima, Tsukamoto e Fugulin, 2008).

Diante desse cenário, a temática dimensionamento de profissionais de enfermagem assume importante significado, na medida em que procura adequar o quadro de pessoal às necessidades assistenciais da clientela, aos objetivos institucionais e às expectativas dos clientes internos e externos (Rogenski, 2006).

Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2005, 2010) definem dimensionamento de pessoal de enfermagem como um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de profissionais de enfermagem necessário para prover a assistência, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garantam a segurança dos usuários e dos trabalhadores.

A operacionalização desse processo requer a aplicação de um método capaz de sistematizar o inter-relacionamento e a mensuração das variáveis que interferem na carga de trabalho da equipe de enfermagem (Gaidzinski, 1998).

Uma das principais etapas dos métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem refere-se à identificação da carga de trabalho da unidade de assistência de enfermagem, compreendida como o produto da quantidade média de pacientes assistidos, segundo o grau de dependência da equipe de

enfermagem, pelo tempo médio de assistência utilizada, por paciente, de acordo com o grau de dependência (Gaidzinski, Fugulin e Castilho, 2005).

Dessa forma, verifica-se que, para a identificação dessa variável, é necessário conhecer o grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem, por meio da adoção de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), bem como determinar o tempo médio de assistência utilizado para o atendimento de suas necessidades.

Giovannetti (1979) conceituou o SCP como a identificação e classificação de pacientes em grupos ou categorias de cuidados, e a quantificação dessas categorias como uma medida dos esforços de enfermagem requeridos.

O objetivo primordial de um SCP consiste em combinar as necessidades do paciente com os recursos de enfermagem disponíveis. A partir disso, torna-se mais fácil para os gerentes de enfermagem realizar uma estimativa do volume de trabalho do pessoal de enfermagem de cada unidade, possibilitando projeções mais racionais e efetivas do quadro de pessoal necessário para o atendimento das necessidades individualizadas dos pacientes (Perroca, 1996).

De acordo com Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005), a introdução do SCP na prática gerencial do enfermeiro contribuiu para o aperfeiçoamento dos modelos utilizados para a determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que evidencia a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias de cuidado, possibilitando, também, a adequação dos métodos utilizados na determinação dos custos da assistência de enfermagem.

A literatura apresenta vários instrumentos de classificação de pacientes, que possibilitam a identificação do grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem (Barham e Sheider, 1980; Alcalá et al., 1982; Levanstam e Bergbom, 1993; Fugulin et al., 1994; Perroca, 1996, 2000; Martins, Haddad, 2000; Dal Ben, 2000; Fugulin, 2002; Bochembuzio, 2002; Rauhala e Fagerström, 2004; Martins e Forcella, 2006; Dini, 2007; Santos et al., 2007).

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem, ao estabelecer critérios para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas

instituições de saúde, por meio da Resolução COFEN nº293/04 (Conselho Federal de Enfermagem, 2004), referendou o SCP de Fugulin et al. (1994), desenvolvido na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da USP (HU-USP), que estabelece cinco categorias de cuidados de acordo com a dependência do paciente em relação à assistência de enfermagem:

- **Cuidados Intensivos:** pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.
- **Cuidados Semi-Intensivos:** pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.
- **Alta Dependência:** pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estável sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.
- **Cuidados Intermediários:** pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
- **Cuidados Mínimos:** pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Esse instrumento é constituído por nove áreas de cuidado: Estado Mental, Oxigenação, Sinais Vitais, Motilidade, Deambulação, Alimentação, Cuidado Corporal, Eliminação e Terapêutica (Anexo A).

Cada área de cuidado apresenta gradação de um a quatro, conforme a intensidade crescente da complexidade assistencial, e, conseqüentemente, do grau de dependência de enfermagem apresentado. Assim, o paciente é avaliado em relação a todas as áreas, na opção que melhor retrate a sua situação, sendo classificado na categoria correspondente a soma dos valores parciais obtidos, observando-se, ainda, a correlação entre a pontuação obtida e a definição da categoria de cuidado correspondente.

A pontuação final do paciente pode variar de nove a 36 pontos, considerando-se:

- cuidados mínimos: de 9 a 14 pontos;
- cuidados intermediários: de 15 a 20 pontos;
- cuidados alta dependência: de 21 a 26 pontos;
- cuidados semi-intensivos: de 27 a 31 pontos;
- cuidados intensivos: acima de 31 pontos (Fugulin, 2005).

Apesar da pontuação, determinadas alterações nas áreas de cuidado Estado Mental e Oxigenação são consideradas compulsórias para a classificação dos pacientes nas categorias de cuidado alta dependência e intensivo, respectivamente. Desse modo, a presença de confusão mental ou qualquer outro tipo de alteração no comportamento, que coloque em risco a segurança do paciente e requeira sua vigilância constante, determina a classificação do paciente na categoria de cuidados Alta Dependência de Enfermagem (ADE). Da mesma forma, a necessidade de ventilação mecânica estabelece a classificação do paciente na categoria de cuidado intensivo, com exceção daqueles considerados fora de possibilidades terapêuticas, internados para receber cuidados paliativos, que são classificados na categoria ADE.

Embora tenha referendado o SCP de Fugulin et al.(1994), o COFEN não considerou a categoria cuidados ADE que foi indicada para atender a demanda de pacientes crônicos, que apresentam total dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas, desconsiderando, dessa forma, o perfil de uma parcela significativa de pacientes assistidos nas instituições de saúde.

A partir dessa classificação, o COFEN, indicou as horas mínimas de assistência para cada tipo de cuidado.

Essa Resolução (Conselho Federal de Enfermagem, 2004) estabeleceu de acordo com o Artigo 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.

No que diz respeito às necessidades assistenciais do paciente crônico, com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado nas categorias de cuidado intermediário ou semi-intensivo, a Resolução COFEN nº293/2004 determinou que seja acrescido 0,5 horas de assistência ao tempo total preconizado para as categorias de cuidado correspondentes (Conselho Federal de Enfermagem, 2004).

Pesquisa realizada por Fugulin (2007), junto a sete instituições hospitalares da cidade de São Paulo, com o objetivo de avaliar a aplicabilidade da Resolução COFEN nº293/2004, concluiu que horas médias de assistência preconizadas possibilitam atender as necessidades assistenciais dos pacientes, por meio do processo de enfermagem e constituem importante referencial para o dimensionamento de profissionais de enfermagem nas instituições hospitalares.

Entretanto, considerou que o acréscimo nas horas de assistência destinadas aos pacientes crônicos, com mais de 60 anos, sem acompanhante, classificados nas categorias de cuidado intermediário ou semi-intensivo, sugere uma tentativa de corrigir possíveis distorções provocadas pelas classificações equivocadas dos pacientes da categoria de cuidados alta dependência. De acordo com a pesquisadora (Fugulin, 2007), o acréscimo de 0,5 horas ao tempo de assistência recomendado para o atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes classificados na categoria de cuidados intermediários ou semi-intensivo pode não ser suficiente para assistir os pacientes que apresentam total dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas, cujas exigências não são supridas pela presença de um acompanhante.

Assim, na prática, verifica-se que a falta de parâmetros próprios para o dimensionamento de pessoal de enfermagem que contemple os pacientes classificados nessa categoria de cuidados, faz com que esses pacientes sejam

classificados de forma equivocada, provocando, conseqüentemente, distorções na previsão do quantitativo de pessoal de enfermagem (Mello et al., 2003).

Frente a essa realidade torna-se necessário a proposição e a validação de parâmetros relacionados ao tempo de assistência de enfermagem necessário para o atendimento das necessidades assistenciais dessa clientela. Diante das dificuldades instrumentais e operacionais para a realização desse procedimento, considera-se que uma nova geração de instrumentos, desenvolvidos no cenário internacional com a proposta de quantificar a carga de trabalho de enfermagem e avaliar a adequação quantitativa de pessoal para o atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), podem ser testados e validados na realidade dos pacientes classificados como ADE.

Dentre esses instrumentos, o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), desenvolvido por Cullen et al. (1974), foi indicado, durante muito tempo, como uma ferramenta sensível para a classificação dos pacientes críticos, assim como para a estimativa e avaliação da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem das unidades de terapia intensiva.

O TISS tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, de acordo com a complexidade, grau de invasividade e tempo despendido pela enfermagem para realização de determinados procedimentos no doente crítico. Portanto, considera que quanto mais grave o doente, maior o número de intervenções terapêuticas e, conseqüentemente, maior o tempo de enfermagem para o seu atendimento (Cullen et al., 1974; Keene e Cullen, 1983; Cullen et al., 1984; Miranda, Rijk e Schaufeli, 1996).

Constituído por 57 intervenções terapêuticas, este índice foi revisado, em 1983 (Keene, Cullen 1983), passando a constituir-se de 76 intervenções (TISS-76). Esta versão foi simplificada, em 1996, por Miranda, Rijk e Schaufeli, (1996), que por meio do agrupamento de itens afins, reduziram para 28 o número de intervenções terapêuticas avaliadas, sendo esta versão (TISS-28) a mais aceita e utilizada nas UTIs.

Entretanto, analisando a carga de trabalho da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Miranda et al. (2003) detectaram que o TISS-28 não expressava muitas das intervenções/atividades de enfermagem

realizadas nas UTIs, especialmente aquelas que consumiam muito tempo do profissional e, ainda, que várias intervenções/atividades de enfermagem, responsáveis por um aumento da carga de trabalho, estavam relacionadas às condições do paciente e não à terapêutica aplicada.

Constataram, também, que muitas intervenções/atividades de enfermagem, não apresentavam, necessariamente, relação com a gravidade da doença do paciente, mas eram afetadas pela filosofia do serviço, recursos disponíveis e circunstâncias culturais. Concluíram que para ser universal, possibilitando sua aplicação em todo tipo de serviço, o número de intervenções/atividades específicas para determinar a pontuação do paciente não deveria ser grande (Miranda et al., 2003).

Assim, com o propósito de ajustar o índice de forma a retratar mais fielmente as atividades de enfermagem e a carga de trabalho de enfermagem, Miranda et al. (2003), por meio do desenvolvimento de estudo multicêntrico, propuseram um novo instrumento, composto por 23 itens, denominado *Nursing Activities Score* (NAS). O NAS resultou em uma mudança expressiva do TISS-28, sobretudo na categoria “atividades básicas” que passou a abranger atividades de enfermagem não contempladas anteriormente. O detalhamento dessa categoria englobou os seguintes subitens: monitorização e controles, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamento do paciente, suporte e cuidados aos familiares/pacientes, tarefas administrativas e gerenciais.

A validação das atividades e a definição da pontuação de cada item do instrumento, utilizando, respectivamente, a técnica Delphi e o método da amostragem do trabalho, foram realizadas em diversos tipos de UTIs, em diferentes países, com o objetivo de aumentar a variação dos dados colhidos. Os participantes eram voluntários, portanto as UTIs selecionadas não representavam especificamente nenhum país ou região geográfica. Das 99 UTIs selecionadas, 51 eram de hospitais universitários e sete estavam localizadas no Brasil (Miranda et al., 2003).

O NAS mede o tempo consumido pelas atividades de enfermagem no cuidado do paciente e representa a porcentagem de tempo do profissional dedicado a realizar as atividades descritas. O escore total, obtido por meio da pontuação de cada item do instrumento, traduz a quantidade de tempo consumido

com as atividades de enfermagem na assistência ao paciente, nas 24 horas, podendo alcançar o valor máximo de 176,8% (Miranda et al., 2003).

Dessa forma, a soma das pontuações obtidas com a avaliação retrospectiva do paciente, frente a cada item do instrumento, representa o quanto do tempo de trabalho de um profissional o paciente requereu nas últimas 24 horas. Assim, uma pontuação igual a 100 pontos, por exemplo, significa que o paciente requereu 100% do tempo de um trabalhador de enfermagem no seu cuidado, nas últimas 24 horas (Miranda et al., 2003).

Os pesos do NAS foram calculados independentemente de qualquer avaliação da gravidade da doença dos pacientes. O escore do NAS independe da severidade da doença, tipo de paciente ou de UTI, pois mede o tempo necessário para o cuidado do paciente por meio da aplicação de uma lista validada de atividades de enfermagem (Miranda et al., 2003).

Em sua Dissertação, sobre a avaliação do NAS enquanto instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI geral adulto, Conishi (2005) correlacionou à pontuação do NAS com o tempo de assistência prestada, indicando que cada ponto NAS equivaleria a 14,4 minutos.

Estudos recentes, realizados no cenário brasileiro, mostraram que o instrumento NAS, traduzido e validado para o português por Queijo (2002) (ANEXO B), apresenta evidências de ser um instrumento adequado para indicar as necessidades requeridas pelos pacientes e avaliar a carga de trabalho necessária da equipe de enfermagem em UTI adulto (Conishi, 2005; Dias, 2006; Gonçalves e Padilha, 2007; Queijo, 2008; Castro, 2008; Souza et al., 2008).

No entanto, de acordo com Miranda et al. (2003), o NAS não caracteriza exclusividade para esse tipo de paciente e para esse campo de estudo.

Nesse sentido, Bochembuzio (2007) aplicou o NAS em pacientes de neonatologia, constatando que o instrumento é adequado para medir carga de trabalho da equipe de enfermagem na área neonatal uma vez que considera as necessidades de cuidado de recém-nascidos e, dessa forma, pode ser um utilizado para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nessas unidades.

Wolff et al. (2006) aplicaram o NAS em 96 pacientes de terapia semi-intensiva de um hospital universitário do Paraná e identificaram que a

complexidade e a intensidade do cuidado aos pacientes, obtidas pelos valores do NAS, não são influenciados pela idade do paciente, mas apresentam relação com a especialidade pela qual esse foi internado, com as suas condições clínicas e com a dependência do cuidado de enfermagem.

Lima, Tsukamoto e Fugulin (2008) avaliaram a aplicabilidade do NAS em pacientes internados em uma unidade de clínica médica, classificados como ADE, e verificaram que é possível utilizar o instrumento para esses pacientes. No período de 20 dias foram realizadas 153 medidas do NAS, obtendo-se uma pontuação média de 51,47% (mínimo de 32,57% e máximo de 78,90%). Considerando que cada ponto NAS corresponde a 14,4 minutos (Conishi, 2005), as autoras concluíram que o paciente classificado como ADE necessita em média de 12,3 horas de assistência de enfermagem (mínimo de 7,8 horas e máximo de 18,9 horas) nas 24 horas.

Este tempo de 12,3 h supera as horas de assistência de enfermagem preconizadas pela Resolução COFEN nº 293/04, artigo 4º, (Conselho Federal de Enfermagem, 2004) que indica o acréscimo de 0,5h de assistência de enfermagem aos pacientes crônicos com idade superior a 60 anos e sem acompanhante, classificados como cuidado intermediário e semi-intensiva (6,1 horas e 9,9 horas, respectivamente).

A pesquisa de Lima, Tsukamoto e Fugulin (2008) ofereceu subsídio para o estabelecimento de parâmetros referente ao tempo de assistência de enfermagem necessário para o adequado atendimento dos pacientes de ADE e corrobora a recomendação de Fugulin (2002) de que sejam utilizadas, minimamente, as horas médias preconizadas pelo COFEN para a categoria de cuidado semi-intensivo, na realização da previsão ou avaliação qualitativa e quantitativa de pessoal de enfermagem exigindo, porém, evidências mais consistentes para sua utilização.

Assim, visando contribuir para a superação das dificuldades relacionadas à falta de parâmetros específicos para a previsão do quadro de pessoal de enfermagem para assistir aos pacientes classificados como ADE, este estudo tem a finalidade de identificar o tempo médio de cuidado ao paciente adulto classificado nessa categoria de cuidado.

Geral:

- Identificar o tempo médio de assistência de enfermagem necessário para assistir o paciente adulto, classificado como ADE.

Específicos:

- Identificar os pacientes de ADE, internados em unidade de clínica médica, por meio da aplicação do ICP de Fugulin et al.;
- Identificar a carga média de trabalho dos profissionais de enfermagem, segundo o NAS;
- Calcular o tempo médio de cuidado necessário para assistir os pacientes de ADE;
- Comparar as pontuações médias obtidas por meio da aplicação do ICP Fugulin et al. e do NAS, com as características demográficas e clínicas apresentadas pelos pacientes classificados como ADE.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo prospectivo, de abordagem quantitativa, do tipo exploratório-descritivo.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Clínica Médica (CI Méd) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), escolhida por estar organizada de acordo com o SCP e inserida em um hospital de ensino de destaque no município de São Paulo, considerado como referência de serviço de média complexidade e de excelência na área de enfermagem, que possui um Serviço de Apoio Educacional (SEd) em enfermagem, enfermeiras em todos os turnos de trabalho e o Processo de Enfermagem implementado em todas as Unidades da Instituição.

3.2.1 O HU-USP

O HU-USP é um hospital geral, de atenção secundária, que integra o Sistema Único de Saúde (SUS). Inserido na Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, tem por finalidade desenvolver atividades de ensino e pesquisa na área de saúde e assistência de média complexidade, preferencialmente, às populações do Distrito de Saúde do Butantã e da Comunidade Universitária da USP (Universidade de São Paulo, 2002).

Localizado no campus da Universidade, na zona oeste da cidade de São Paulo, dispõe de 227 leitos distribuídos nas quatro especialidades básicas: médica, cirúrgica, obstetrícia e pediatria.

Os recursos financeiros são provenientes da dotação orçamentária da USP e dos serviços prestados ao SUS.

São órgãos da Administração Superior: o Conselho Deliberativo (CD) e a Superintendência.

O CD é constituído pelos diretores das Faculdades de Medicina, Ciências Farmacêuticas, Saúde Pública, Odontologia, Enfermagem, Psicologia, um representante discente, um representante dos servidores não-docentes e um representante dos usuários do Distrito de Saúde do Butantã. Uma de suas funções é definir as diretrizes básicas da assistência médico-hospitalar, de pesquisa, de cooperação didática e de prestação de serviços médico-hospitalar à comunidade.

A Superintendência é o órgão de direção executiva que coordena, supervisiona e controla todas as atividades do HU-USP e tem em sua estrutura o Superintendente, a Assessoria Técnico-Administrativa, o Departamento Médico e o Departamento de Enfermagem (DE).

O DE tem como finalidade coordenar, supervisionar e controlar as atividades nas áreas do ensino, da pesquisa e da assistência de enfermagem. Para a implementação da assistência de enfermagem o DE adotou, desde 1981, o Processo de Enfermagem, posteriormente denominado Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) que, atualmente, compreende quatro fases: Histórico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de Enfermagem (Gaidzinski et al., 2008).

Os profissionais que compõem o quadro de enfermagem estão distribuídos em quatro divisões: Divisão de Enfermagem Clínica; Divisão de Enfermagem Cirúrgica; Divisão de Enfermagem Materno-Infantil; Divisão de Enfermagem de Pacientes Externos. Essas quatro divisões congregam quatorze seções e três setores.

O DE agrega, ainda, o SEd, que engloba a Educação Continuada e os Grupos de Estudos. Conta, também, com a assessoria da Comissão de Ética de Enfermagem (Gaidzinski et al., 2008).

3.2.2 A Unidade de Clínica Médica do HU-USP

A Unidade de CI Méd do HU-USP iniciou suas atividades em 1984. Localizada no quinto pavimento, bloco B, ocupando dois quadrantes (Ala Par e Ala Ímpar), dispunha de 48 leitos, distribuídos em enfermarias de cinco leitos e 12 apartamentos. A distribuição dos pacientes na Unidade obedecia a critérios de divisão por sexo dos pacientes e grupo médico (Fugulin et al., 1994).

Após cinco anos de atividades e inúmeras dificuldades em equacionar os recursos disponíveis com a excelência de qualidade assistencial almejada, observou-se que o foco central dos problemas incidia sobre o esquema de distribuição dos pacientes pela Unidade. O SCP mostrou-se como uma estratégia ser adotada, no sentido de melhorar a assistência e otimizar os recursos disponíveis, tendo sido implantado em 1990 (Fugulin et al., 1994).

A reorganização da Unidade teve início com a definição das categorias de cuidados dos pacientes assistidos, de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem e com o estabelecimento do perfil dos pacientes que seriam incluídos em cada categoria (Mínimo, Intermediário, Alta Dependência, Intensivo e Semi-intensivo) (Fugulin et al., 1994).

Após o estabelecimento dessas categorias, a Unidade foi reestruturada, em termos de redistribuição dos leitos, adequação de planta física, realocação de recursos humanos e materiais, orientação da equipe e detalhamento da dinâmica operacional do sistema (Fugulin et al., 1994).

O número total de leitos foi redistribuído de acordo com as categorias de cuidados estabelecidas. A área física sofreu adequação e os recursos materiais e equipamentos foram realocados, com o objetivo de favorecer o atendimento de cada grupo de pacientes. A Ala Ímpar foi preparada para receber pacientes de maior complexidade assistencial, enquanto a Ala Par foi destinada aos pacientes de Cuidado Intermediário e de Cuidado Mínimo (Fugulin, et al., 1994).

Em novembro de 1993, com a inauguração da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de CI Méd, destinada ao atendimento de pacientes adultos que necessitam de cuidados intensivos ou semi-intensivos, a assistência na Unidade

de CI Méd foi limitada aos pacientes classificados nas categorias de Cuidado Mínimo, Intermediário e ADE (Fugulin, 1997).

No ano de 2008, a distribuição dos leitos da Unidade CI Méd foi novamente alterada, em virtude da necessidade de adequar a oferta de leitos à demanda da população atendida. Assim, atualmente, a Unidade CI Méd dispõe de 41 leitos, distribuídos da seguinte forma: 14 leitos para cuidados ADE e 27 leitos para Cuidado Intermediário.

Na Ala Par estão localizados os leitos destinados aos pacientes classificados como Cuidado Intermediário (18 leitos, distribuídos em duas enfermarias de dois leitos, três enfermarias de três leitos e cinco quartos individuais) e na Ala Ímpar os leitos destinados aos pacientes classificados como Cuidado Intermediário (9 leitos, distribuídos em três enfermarias de três leitos) e ADE (14 leitos, distribuídos em seis quartos individuais e uma Enfermaria com oito leitos, sendo quatro leitos femininos e quatro leitos masculinos).

Dos 14 leitos de ADE, oito estão localizados na área física destinada, anteriormente, aos pacientes de Cuidados Intensivos, denominada Enfermaria de Alta Dependência. Além de possibilitar a visualização de todos os pacientes internados, essa enfermaria dispõe de um posto de enfermagem, onde estão disponibilizados todos os materiais de consumo e medicamentos utilizados pelos pacientes, visando à otimização do atendimento.

São destinados, também, seis quartos individuais para assistir aos pacientes classificados como ADE. Esses quartos são utilizados, preferencialmente, por pacientes que se encontram fora de possibilidades terapêuticas; por aqueles que necessitam de isolamento por precauções de contato, gotículas e/ou aerossóis ou, ainda, por pacientes que permanecem acompanhados.

A equipe de enfermagem é constituída por uma enfermeira chefe, 13 enfermeiras assistenciais e 46 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem (TE/AE), distribuídos em quatro turnos de trabalho: manhã, tarde, noturno par e ímpar. A distribuição da equipe de enfermagem nesses turnos prevê: três enfermeiras e nove TE/AE no período da manhã; três enfermeiros e oito TE/AE no período da tarde; dois enfermeiros e sete TE/AE em cada noturno.

A Unidade conta, ainda, com uma TE, responsável pela provisão, organização e controle dos materiais e equipamentos da Unidade.

Para assistir aos pacientes internados na Enfermaria de Alta Dependência são previstos uma enfermeira e dois TE/AE nos períodos da manhã e da tarde; dois TE/AE para o período noturno, com a supervisão da enfermeira responsável pela Ala Ímpar. Para prestar assistência aos pacientes internados nos apartamentos de ADE, em cada período, são previstos uma enfermeira e três TE/AE. Cada TE/AE fica responsável pela assistência de dois pacientes de cuidados ADE e três pacientes de Cuidado Intermediário.

Os pacientes admitidos na Unidade de CI Méd são provenientes do Pronto Socorro Adulto (PSA), da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIA), Semi-intensiva Adulto, do Ambulatório, da Unidade de Clínica Cirúrgica e do Alojamento Conjunto.

O perfil dos pacientes internados e classificados nos leitos de ADE corresponde, em sua maioria, à pacientes idosos e/ou portadores de doenças crônicas. São pacientes que apresentam, como característica comum, dependência total para alimentação, banho, higiene, mobilização e/ou necessitam de vigilância constante, em decorrência de quadros de confusão mental ou de outras alterações neuro-cognitivas.

O gerenciamento dos leitos é realizado pelas enfermeiras da Unidade. Os pacientes são internados nos leitos apropriados às suas necessidades de cuidado, observando-se o grau de dependência da equipe de enfermagem.

Para estabelecer o grau de dependência dos pacientes, as enfermeiras utilizam o Instrumento de Classificação de Pacientes (ICP) de Fugulin et al. (2002, 2005), desenvolvido e implantado há 19 anos na Unidade de CI Méd e referendado pela Resolução COFEN nº 293/04 (Conselho Federal de Enfermagem, 2004).

Diariamente, as enfermeiras da Unidade avaliam e classificam todos os pacientes internados, remanejando-os, quando necessário, para o leito correspondente ao seu perfil assistencial.

O planejamento da assistência de enfermagem é documentado em um instrumento denominado Diagnóstico/Prescrição/Evolução de enfermagem, onde estão indicados os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes,

baseados na Classificação da *North American Nursing Diagnosis International - NANDA-I* (NANDA, 2006), as atividades prescritas e a evolução de enfermagem, que deve ser realizada a cada 24 horas ou na vigência de alterações no quadro clínico do paciente.

Para os pacientes que apresentam déficit de autonomia são programados treinamentos individualizados durante a internação, ministrados pelas enfermeiras da Unidade, visando o autocuidado ou a capacitação dos familiares para o cuidado no domicílio, com segurança, após alta hospitalar.

O HU-USP mantém, também, um Programa de Atendimento Domiciliário, para pacientes pertencentes à área geográfica correspondente ao Distrito de Saúde do Butantã, constituído por uma equipe multiprofissional que oferece apoio aos familiares e pacientes após a alta hospitalar, propiciando a continuidade dos programas de treinamento realizados na Unidade de CI Méd.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram do estudo todos os pacientes classificados como ADE, internados na Unidade de CI Méd do HU-USP por, no mínimo, 24 horas, durante o período de coleta de dados.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.4.1 Identificação dos pacientes de ADE, segundo o ICP de Fugulin et al.

Os prontuários de todos os pacientes internados nos leitos destinados aos pacientes de ADE da Unidade de CI Méd ou com indicação para ocupar esses leitos, no período de coleta de dados, foram avaliados, diariamente, pela pesquisadora, com a finalidade de classificar e identificar aqueles que realmente pertenciam a essa categoria de cuidado, conforme o ICP de Fugulin et al. (2002, 2005), excluindo-se, dessa forma, os que não mais pertenciam a essa categoria de cuidados mas ali continuavam, aguardando transferência para outros leitos ou para outras Unidades.

Assim, cada paciente foi avaliado, diariamente, em relação a todas as áreas de cuidado que compõem o instrumento, na opção que melhor retratasse a sua condição, sendo classificado na categoria de cuidados ADE quando a soma dos valores parciais obtidos correspondesse à pontuação determinada para essa categoria de cuidados ou, ainda, quando apresentavam alterações nas áreas de cuidado consideradas compulsórias para a sua classificação nessa categoria de cuidados.

Desse modo, a presença de confusão mental ou outro tipo de alteração no comportamento, que colocava em risco a segurança do paciente e requeria sua vigilância constante, determinou a sua classificação na categoria de cuidados ADE. Da mesma forma, pacientes em ventilação mecânica, considerados fora de possibilidades terapêuticas, internados para receber cuidados paliativos, foram classificados na categoria ADE.

Pacientes que obtiveram pontuações limítrofes foram classificados na categoria de cuidados ADE quando apresentavam perfil correspondente à definição dessa categoria de cuidados.

3.4.2 Identificação da carga média de trabalho dos profissionais de enfermagem, segundo o NAS

A todos os pacientes classificados na categoria de cuidado ADE foi realizada a coleta de dados para a determinação do NAS, de forma sistematizada, observando-se, ainda, o período de 24 horas completas na Unidade.

Considerando que a pesquisa pretendeu identificar o tempo de assistência de enfermagem necessário para atender as necessidades assistenciais dos pacientes de ADE e não o tempo de assistência efetivamente prestado, dependente da disponibilidade de recursos humanos existente na Unidade, o NAS foi aplicado aos pacientes classificados como ADE de forma prospectiva, conforme realizado por outros pesquisadores (Dias, 2006; Bochembuzio, 2007; Ducci, 2007).

Assim, a aplicação do instrumento foi efetivada por meio da identificação das necessidades requeridas pelos pacientes, nas próximas 24 horas, de acordo com os indicadores do instrumento, com base na análise das evoluções e prescrições de enfermagem e das condições de cada paciente,

registradas nos impressos que compõem seu prontuário (Diagnóstico/Prescrição/Evolução de enfermagem, Anotação de Enfermagem, Controle de ingeridos/eliminados, Controles específicos, Gráfico de sinais vitais e Prescrição médica).

Nos dias subseqüentes, os registros contidos nos impressos que compõem o prontuário de cada paciente foram revisados com o objetivo de resgatar possíveis atividades não previstas e realizadas no período, complementando, se necessário, as pontuações propostas no dia anterior.

A coleta das informações que normalmente não se encontravam registradas nos prontuários, como o tipo e a duração do atendimento aos familiares, atividades administrativas e número de pessoas envolvidas, foram resgatadas com os profissionais de enfermagem, durante as passagens de plantão.

Com a finalidade de orientar a aplicação do instrumento e uniformizar o entendimento do significado de cada um dos itens do NAS, foi elaborado um tutorial com as diretrizes operacionais para a sua aplicação aos pacientes deste estudo, tomando-se como base as diretrizes para aplicação do NAS desenvolvidas em estudos realizados em Unidades de Terapia Intensiva (Miranda et al., 2003; Conishi, 2005; Dias, 2006; Gonçalves, Padilha e Souza, 2007; Bochembuzio, 2007) e naquelas elaboradas por Lima, Tsukamoto e Fugulin (2008) para os pacientes classificados como ADE.

O tutorial construído foi submetido à apreciação de um grupo de enfermeiras, com o objetivo de verificar a sua pertinência e a preservação da estrutura inicial do NAS (Apêndice 1).

3.4.3 Cálculo do tempo médio de assistência necessário para assistir os pacientes de ADE

Para calcular o tempo médio diário (em horas) de cuidado de enfermagem necessário ao paciente classificado como ADE, utilizou-se a equação proposta por Gaidzinsk e Fugulin (2008):

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

Onde:

$\bar{h}$ = tempo (horas) médio diário de cuidado de enfermagem, por paciente.

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

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

T = quantidade de pacientes amostrado no período;

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

3.4.4 Instrumento de coleta de dados

Para direcionar a coleta dos dados foi elaborado um instrumento único (Apêndice 2), dividido em três partes.

A primeira parte do instrumento foi destinada ao registro das informações relacionadas à identificação e aos dados demográficos e clínicos do paciente, como: número de matrícula hospitalar; sexo; idade; data de admissão na Unidade; motivo da internação agrupadas de acordo com o CID 10 (CID 10, 1995); doenças crônicas registradas no Histórico de Enfermagem ou no impresso Internação médica; procedência; presença do acompanhante; data da alta e destino do paciente.

A segunda parte indicava o dia da coleta dos dados, a representação do ICP de Fugulin et al. (2002; 2005) e o local específico para o registro da pontuação obtida em cada área de cuidado do instrumento.

A terceira parte indicava o dia da coleta dos dados, a representação do NAS e o local específico para o registro da pontuação obtida em cada item do instrumento.

Para facilitar a análise dos dados, no primeiro dia de coleta de dados cada paciente recebeu uma identificação numérica, de forma aleatória, iniciada pelo número um. Nos dias seguintes, essa identificação seguiu a ordem, de acordo com a admissão na Unidade.

3.4.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilhas eletrônicas Excel®. Para análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS®) versão 12.0, estabelecendo-se as análises descritivas relacionados ao estudo.

Para as variáveis quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão, bem como descritos os valores máximos e mínimos.

As variáveis qualitativas foram descritas em relação à frequência relativa (%) e absoluta.

Para comparar os escores médios obtidos, por meio da aplicação do ICP de Fugulin et al. (2002, 2005) e do NAS, com as diferentes características demográficas e clínicas dos pacientes, o teste estatístico utilizado foi a Análise de Variância (ANOVA) (Polit e Hugler, 2004). Na constatação de diferença significativa entre grupos foi aplicado o teste de comparações múltiplas de Tukey (Mongtmorey, 1991), com a finalidade de identificar quais grupos apresentavam diferenças entre si.

O nível de significância para os testes realizados foi estabelecido em 5%.

3.4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-USP, sob registro CEP-HU/USP: 898/09 - SISNEP CAAE: 0018.0.198.198-09, em 17 de abril de 2009 (Anexo C).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram coletados no período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 de agosto de 2009, completando 94 dias de coleta de dados. Foram identificados 97 pacientes classificados como ADE, de acordo com o ICP de Fugulin et al. (2002, 2005).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO ADE

A média diária de pacientes classificados como ADE no período de coleta de dados foi de 8,13 pacientes/dia, cujo tempo médio de permanência nos leitos de ADE correspondeu a 7,9 dias (mínimo de um e máximo de 40 dias) (Apêndice 3).

A distribuição dos pacientes segundo as variáveis demográficas e clínicas, encontram-se apresentadas na tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição dos pacientes internados na Unidade de CI Méd e classificados como ADE, segundo dados demográficos e clínicos, período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 agosto de 2009. HU-USP São Paulo, 2009

Variáveis	Total (N=97)	
	n	%
Sexo		
Feminino	46	47,42
Masculino	51	52,58
Idade		
< de 60 anos	28	28,87
60 anos até 79	40	41,24
≥ 80 anos	29	29,90
Média (DP) = 69,52 (± 14,33)		
Mediana = 72		
Intervalo = 35-92		
Procedência		
PSA	60	61,86
Semi-intensiva	27	27,84
UTIA	4	4,12
Transferência interna	4	4,12
Clínica Cirúrgica	2	2,06
Presença de acompanhante		
Não	69	71,13
Sim	28	28,87
Número de Doenças Pré-Existentes Relatadas		
1 doença	26	26,80
2 doenças	29	29,90
3 doenças	23	23,71

Continua

Continuação

Variáveis	Total (N=97)	
	n	%
4 doenças	17	17,53
5 doenças	1	1,03
6 doenças	1	1,03
Motivo da internação (agrupadas de acordo com CID-10)		
Doenças do aparelho circulatório	18	18,56
Doenças do aparelho respiratório	29	29,90
Doenças do sistema nervoso	5	5,15
Doenças do aparelho geniturinário	19	19,59
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	5,15
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	2,06
Transtornos mentais e comportamentais	2	2,06
Doenças do aparelho digestivo	4	4,12
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	3,09
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	8	8,25
Neoplasias (tumores)	1	1,03
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1	1,03
Destino		
Residência	56	57,73
Óbito	13	13,40
Transferência para UTIA	7	7,22
Transferência para cuidado intermediário	6	6,19
Transferência para Semi-intensiva	3	3,09
Transferência para outro hospital	2	2,06
Transferência para Clínica Cirúrgica	2	2,06
Permaneceram internados	8	8,25

Os dados apresentados na tabela 1 mostram que dos 97 (100%) pacientes selecionados 51 (52,58%) eram do sexo masculino e 46 (47,42%) do sexo feminino.

A distribuição de acordo com a faixa etária evidencia que a maioria dos pacientes deste estudo eram idosos, com idade igual ou maior que 60 anos (71,14%).

A idade média correspondeu à 69,52 anos ($\pm 14,33$), mediana de 72 e variação de 35 a 92 anos.

O predomínio de pacientes idosos foi observado, também, em outras pesquisas que identificaram o perfil demográfico e clínico dos pacientes internados em unidades de clínica médica e cirúrgica (Araújo, Perroca e Jericó, 2009), bem como em unidade de emergência (Rossini, 2007) de instituições hospitalares do Estado de São Paulo.

Esse dado corrobora as projeções realizadas pela Organização Mundial de Saúde que, em 1984, indicava que o aumento da população de idosos, observado nas últimas décadas, é um fenômeno que vem ocorrendo em nível internacional e, ainda, que a população global com 60 anos ou mais dobrará até o ano de 2025 (WHO, 1984, 1989).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2009), as informações da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), em 2003, mostravam que a população de 60 anos ou mais era de cerca de 17 milhões de pessoas, representando cerca de 10% da população total do país. Já em 2006, a PNAD apontava um índice de, aproximadamente, 19 milhões de pessoas, tornando evidente o processo de envelhecimento da população brasileira.

Ao analisar os aspectos do envelhecimento populacional, Ramos, Veras e Kalache (1987) concluíram que, com o declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, a população brasileira como um todo deverá experimentar um processo de envelhecimento comparável, em intensidade, ao experimentado por qualquer país desenvolvido no passado. A problemática decorrente do envelhecimento, no que se refere à saúde, tende a ser a mesma que se observa nos países desenvolvidos (doenças crônicas, que requerem cuidados continuados e custosos), agravado pelo fato de persistirem, enquanto prioridades, problemas como desnutrição e doenças infecciosas.

Em relação à procedência, observou-se que a maioria (61,86%) dos pacientes admitidos nos leitos de ADE da Unidade de CI Méd eram provenientes do PSA, o que demonstra que essa Unidade constitui, ainda, a principal via de acesso dos pacientes ao Hospital.

Estudo recente analisou o perfil dos pacientes em unidade de pronto socorro de um hospital geral e público, utilizando o ICP de Fugulin et al. (2002) e constatou que 245 pacientes (19,95%) da população estudada era constituída por pacientes classificados como ADE (Ohara, 2009).

As transferências da Semi-intensiva (27,84%) ocorreram em conformidade com o fluxo do paciente clínico, que ao atingir a estabilidade clínica e hemodinâmica é transferido para a Unidade de CI Méd, onde conclui seu tratamento.

As transferências da UTIA (4,12%) estavam associadas à estabilidade de funções vitais ou à indicação de cuidados paliativos para o paciente fora de possibilidades terapêuticas, que justificavam a alta diretamente para a Unidade de CI Méd.

Transferências internas (4,12%) estavam relacionadas aos remanejamentos internos de pacientes dos leitos de cuidados intermediários, por alteração do estado geral ou por problemas referentes à solicitação equivocada de leitos para internação na Unidade.

Apenas dois pacientes (2,06%) eram provenientes da Clínica Cirúrgica e foram transferidos para a Unidade de CI Méd após resolução do problema cirúrgico.

Embora seja oferecido e estimulado a permanência do acompanhante durante a internação, verificou-se que a maioria dos pacientes (71,13%) permaneceu sem a presença de um familiar ou cuidador.

A ausência de acompanhante pode estar relacionada ao fato de muitos idosos não possuírem uma estrutura familiar adequada, do ponto de vista socioeconômico, para apoiá-los nesse momento (Pereira, 2003).

No que se refere ao número de doenças pré-existentes, registradas no momento da admissão, houve predomínio de registros de duas doenças associadas (29,90%), seguida por uma doença (26,80%), três (23,71%), quatro (17,53%), cinco e seis doenças associadas (1,03%).

A análise do número de doenças pré-existentes, relatadas no momento da admissão, permite verificar que houve preponderância da associação de uma a três doenças. Para Rossini (2007), o conhecimento das co-morbidades é relevante para a enfermagem, pois, muitas vezes, está associada ao aumento da gravidade clínica e da dependência dos cuidados desses profissionais.

Dentre as doenças pré-existentes, prevaleceu o relato de condições crônicas relacionadas à hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença cerebrovascular, doença pulmonar e doença renal. Estudos realizados no cenário nacional (Alves et al., 2007; Rossini, 2007) também evidenciam esses achados.

Alves et al. (2007) ressaltam que as doenças crônicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso. De acordo com os autores, a presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a chance do idoso tornar-se

dependente para a realização das atividades instrumentais de vida diárias (AIVDs); a doença cardíaca aumenta em 82% e a doença pulmonar em 50%.

Vale ressaltar que as doenças crônicas, consideradas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podem apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível, que vinculados ao envelhecimento da população brasileira passaram a representar uma expressiva e crescente demanda por serviços de saúde (Almeida et al., 2002).

Sobrepondo-se a isso, as complicações das doenças crônico-degenerativas, associadas ao aumento na faixa etária, eleva a necessidade por recursos tecnológicos, maior utilização de ações e serviços de saúde e aumento da demanda por serviços cada vez mais complexos (Neto, Malik, 2007).

Em relação ao motivo da internação, observou-se que as doenças predominantes foram as do aparelho respiratório (29,90%), do aparelho geniturinário (19,50%) e do aparelho circulatório (18,56%), relatadas, também, em outros estudos, como as principais causas de internação de pessoas de ambos os sexos, com 60 anos ou mais (Loyola Filho et al., 2004).

Doenças relacionadas a sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, doenças do sistema nervoso e doenças da pele e do tecido subcutâneo, foram relatadas no momento da admissão dos pacientes na CI Méd, porém, em menor proporção (8,25% e 5,15%, respectivamente) como observado, também, por Rossini (2007) e Siqueira et al. (2004).

Doenças do aparelho digestivo; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; doenças infecciosas e parasitárias; transtornos mentais e comportamentais; neoplasias (tumores); doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários ocorreram em menor frequência neste estudo: 4,12%, 3,09%, 2,06%, 2,06%, 1,03% e 1,03%, respectivamente.

Corroborando esses dados, estudo sobre morbidade hospitalar, realizado no Vale do Paraíba, demonstrou alterações nas características de transição demográfica e epidemiológica da população, com elevação das taxas de doenças do aparelho respiratório e circulatório e redução das infecciosas e parasitárias (Lebrão, 1999).

Quanto ao destino, 56 pacientes (57,73%) receberam alta hospitalar e foram encaminhados para a residência. Entretanto, 13 (13,40%) pacientes, que foram internados fora de possibilidades terapêuticas ou tiveram essa condição estabelecida durante a internação, evoluíram a óbito.

No que diz respeito às transferências, verificou-se que sete (7,22%) pacientes foram transferidos para UTIA; três (3,09%) foram para a Semi-intensiva; seis (6,19%) foram remanejados para leitos de cuidado intermediário; dois (2,06%) foram transferidos para a Clínica Cirúrgica; dois (2,06%) foram encaminhados para outros hospitais e oito (8,25%) permaneceram internados nos leitos de ADE da Unidade de CI Méd.

Assim, observou-se que embora os pacientes de ADE tenham apresentado momentos de piora do estado clínico (episódios agudos), requerendo cuidados intensivos e semi-intensivos, também evoluíram com melhora sensível do quadro e da dependência de enfermagem, que justificaram sua transferência para os leitos de cuidados intermediários.

4.2 CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES, SEGUNDO O ICP DE FUGULIN et al.

A classificação diária dos pacientes internados na Unidade de CI Méd do HU-USP, no período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 de agosto de 2009, identificou 97 classificados como ADE, correspondente a 765 avaliações, por meio do ICP de Fugulin et al. (2002; 2005).

A Tabela 2 mostra o número de avaliações recebidas pelos pacientes que participaram do estudo, que variou de no mínimo uma e no máximo 40 avaliações por paciente.

TABELA 2 - Distribuição dos pacientes de ADE, segundo o número de avaliações recebidas, período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 agosto de 2009. HU-USP. São Paulo, 2009.

Dias de avaliação	n=97	Total	%
1	10	10	1,31
2	9	18	2,35
3	12	36	4,71
4	9	36	4,71
5	4	20	2,61
6	8	48	6,27
7	6	42	5,49
8	4	32	4,18
9	3	27	3,53
10	7	70	9,15
11	3	33	4,31
12	6	72	9,41
13	5	65	8,50
14	2	28	3,66
16	1	16	2,09
17	1	17	2,22
20	1	20	2,61
23	1	23	3,01
24	2	48	6,27
26	1	26	3,40
38	1	38	4,97
40	1	40	5,23
Total	97	765	100

De acordo com a tabela 2 verifica-se que das 765 avaliações realizadas, 339 (44,32%) referiram-se a pacientes que receberam de uma a dez avaliações e 426 (55,68 %) a pacientes que receberam de 11 a 40 avaliações.

Entretanto, o grupo de pacientes que recebeu o maior número de avaliações (11 a 40 dias) representou a minoria dos pacientes (25 pacientes), prevalecendo, dessa forma, maior diversidade de pacientes que receberam de uma a 10 avaliações (72 pacientes).

A pontuação média obtida pelos pacientes classificados como ADE, segundo o ICP de Fugulin et al.(2002; 2005), foi de 23,56 pontos ($\pm 3,19$), mediana de 23,18 pontos, moda de 22,0 pontos, variação de 13,0 a 30,0 pontos (Apêndice 3)

A tabela 3, apresentada a seguir, evidencia a distribuição das pontuações obtidas por esses pacientes.

TABELA 3 - Distribuição das pontuações obtidas pelos pacientes, segundo o ICP de Fugulin et al. (2002, 2005), no período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 agosto de 2009. CI Méd, HU-USP. São Paulo, 2009

Pontuação do ICP de Fugulin et al. (2002, 2005)	Total (N=765)	
	N	%
13	11	1,44
14	3	0,39
15	1	0,13
16	1	0,13
17	9	1,18
18	5	0,65
19	9	1,18
20	68	8,89
21	117	15,29
22	88	11,50
23	83	10,85
24	94	12,29
25	58	7,58
26	72	9,41
27	48	6,27
28	53	6,93
29	17	2,22
30	28	3,66
Total	765	100,00

Na tabela 3, verifica-se que das 765 avaliações realizadas, 512 (66,93%) apresentaram correspondência com o intervalo das pontuações indicadas para a classificação dos pacientes na categoria de cuidados ADE (**21 a 26 pontos**), segundo o ICP de Fugulin et al., (2002; 2005); 146 avaliações (19,08%) resultaram em pontuações **iguais ou maiores que 27 pontos** e relacionavam-se à pacientes que apresentavam dependência total das ações de enfermagem, porém, estabilidade do ponto de vista clínico, que incluíam, pacientes fora de possibilidades terapêuticas, sem indicação de transferência para a Semi-intensiva ou UTIA.

Das 107 pontuações **iguais ou inferiores a 20 pontos**, 59 avaliações (7,7%) corresponderam à alteração na área de cuidado Estado Mental, determinando a necessidade de vigilância constante dos pacientes e, conseqüentemente, sua classificação nessa categoria de cuidados. Alguns pacientes com pontuação limítrofe (20 pontos) permaneceram nos leitos de ADE por apresentaram maior correspondência com a definição dessa categoria de cuidado e totalizaram 48 avaliações (6,3%).

A análise das pontuações obtidas com a aplicação do ICP de Fugulin et al. (2002; 2005) permitiu caracterizar os pacientes do estudo de acordo com pontuação recebida em cada gradação das diferentes áreas de cuidado, conforme demonstra a tabela 4:

TABELA 4 - Distribuição dos pacientes de ADE internados na Unidade de CI Méd, segundo a pontuação obtida nas áreas de cuidado do ICP de Fugulin et al. (2002, 2005), período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 de agosto de 2009, HU-USP. São Paulo, 2009.

Área de Cuidado	Pontos	N	%	Área de cuidado	Pontos	N	%
Estado Mental				Oxigenação			
Orientação no tempo e no espaço	1	264	34,51	Não depende de oxigênio	1	405	52,94
Períodos de desorientação no tempo e no espaço	2	413	53,99	Uso intermitente de oxigênio	2	40	5,23
Períodos de inconsciência	3	58	7,58	Uso contínuo de oxigênio	3	308	40,26
Inconsciente	4	30	3,92	Ventilação mecânica	4	12	1,57
Total		765	100,00	Total		765	100,00
Sinais Vitais				Motilidade			
Controle de rotina (8 horas)	1	672	87,84	Movimenta todos os segmentos corporais	1	19	2,48
Controle em intervalos de 6 horas	2	76	9,93	Limitação de movimentos	2	69	9,02
Controle em intervalos de 4 horas	3	17	2,22	Dificuldade para movimentar segmentos Corporais. Auxílio na mudança de decúbito	3	491	64,18
Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	4	0	0,00	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal	4	186	24,31
Total		765	100,00	Mudança de decúbito realizada pela enfermagem			
Deambulação				Total		765	100,00
Ambulante	1	0	0,00	Alimentação			
Necessita de auxílio para deambular	2	37	4,84	Auto-suficiente	1	41	5,36
Locomoção através de cadeira de rodas	3	217	28,37	Por boca com auxílio	2	457	59,74
Restrito ao leito	4	511	66,80	Através de sonda nasogástrica	3	267	34,90
Total		765	100,00	Através de cateter central	4	0	0,00
Cuidado Corporal				Total		765	100,00
Auto-suficiente	1	0	0,00	Eliminação			
				Auto-suficiente	1	0	0,00

Continua

Continuação

Área de Cuidado	Pontos	N	%	Área de cuidado	Pontos	N	%
Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	2	29	3,79	Uso de vaso sanitário com auxílio	2	24	3,14
Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	3	184	24,05	Uso de comadre ou eliminações no leito	3	304	39,74
Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	4	552	72,16	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	4	437	57,12
Total		765	100,00	Total		765	100,00
Terapêutica							
I.M. ou V.O.	1	107	13,99				
E.V. intermitente	2	245	32,03				
E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica	3	407	53,20				
Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A.	4	6	0,78				
Total		765	100,00				

De acordo com a tabela 4, verifica-se que os pacientes classificados na categoria de cuidado ADE apresentaram como principais características: sinais vitais estáveis (87,84%); banho no leito e higiene oral realizada pela enfermagem (72,16%); restrição ao leito (66,80%); dificuldade para movimentar os segmentos corporais, com mudanças de decúbito realizadas pela enfermagem (64,18%); alimentação por via oral auxiliada pela enfermagem (59,74%); eliminações no leito e/ou uso de sonda vesical para controle de diurese (57,12%); períodos de desorientação no tempo e no espaço (53,99%); medicação endovenosa contínua ou por sonda gástrica (53,20%); não dependência de oxigênio (52,94%).

4.3 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO MÉDIA OBTIDA POR MEIO DO ICP DE FUGULIN et al. COM AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO ADE

Na tabela 5 pode-se verificar a distribuição da pontuação média obtida por meio da aplicação do ICP de Fugulin et al. (2002, 2005) de acordo com as variáveis demográficas e clínicas dos pacientes.

TABELA 5 - Distribuição da pontuação obtida pelos pacientes por meio da aplicação do ICP de Fugulin et al. (2002, 2005), segundo dados demográficos e clínicos, período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 de agosto de 2009. CI Méd, HU-USP. São Paulo, 2009.

Variável	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Erro Padrão	Mínimo	Máximo	** Teste	p-valor
SCP									
Pontuação	23,56	23,18	22,00	3,19	0,32	13	30,00		
Sexo								0,326	0,570
Feminino	23,75	23,16	28,00	3,61	0,53	13,00	30,00		
Masculino	23,38	23,40	24,00	2,78	0,39	17,00	30,00		
Idade								0,680	0,509
≤ 60 anos	23,27	22,73	22,00	2,54	0,48	20,00	30,00		
60 anos até 79	23,34	24,00	24,00	3,38	0,53	13,00	30,00		
≥ 80 anos	24,14	24,00	28,00	3,51	0,65	17,00	29,50		
Procedência								0,182	0,947
PSA	23,57	23,62	22,00	3,16	0,41	13,00	29,50		
UTI	23,74	23,09	20,62	3,61	1,80	20,62	28,18		
Semi-intensiva	23,70	23,18	21,00	3,38	0,65	14,50	30,00		
Clínica Cirúrgica	21,82	21,82	21,00	1,15	0,82	21,00	22,63		
Transferência interna	23,07	22,65	19,00	3,87	1,93	19,00	28,00		
Acompanhante								0,141	0,708
Sim	23,36	22,67	17,00	3,30	0,62	17,00	29,50		
Não	23,63	23,62	24,00	3,17	0,38	13,00	30,00		
Número Doenças Pré-Existentes relatadas								0,516	0,764
1 doença	23,92	22,92	21,00	3,03	0,59	19,00	30,00		
2 doenças	23,57	23,40	23,00	3,34	0,62	14,50	28,18		
3 doenças	23,01	23,18	24,00	2,81	0,59	17,00	28,00		
4 doenças	23,38	22,75	22,00	3,85	0,93	13,00	30,00		
5 doenças	26,67	26,67	26,67	-	-	26,67	26,67		

Continua

Continuação

Variável	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Erro Padrão	Mínimo	Máximo	**Teste	p-valor
6 doenças	26,08	26,08	26,08	-	-	26,08	26,08		
Motivo Internação (agrupadas de acordo com CID-10)								1,515	0,156
Doenças do aparelho circulatório	22,92	22,34	22,00	4,20	0,99	14,50	30,00		
Doenças do aparelho respiratório	24,78	24,67	24,00	2,78	0,52	20,18	30,00		
Doenças do sistema nervoso	23,44	22,00	21,00	2,83	1,26	21,00	27,67		
Doenças do aparelho geniturinário	22,12	22,00	23,00	2,82	0,65	13,00	26,08		
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	22,70	22,67	19,75	2,73	1,22	19,75	27,00		
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23,34	23,34	21,75	2,24	1,59	21,75	24,92		
Transtornos mentais e comportamentais	23,15	23,15	21,29	2,62	1,86	21,29	25,00		
Doenças do aparelho digestivo	23,03	23,59	20,33	1,89	0,95	20,33	24,60		
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	26,67	27,00	25,00	1,53	0,88	25,00	28,00		
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	24,24	23,16	21,00	2,61	0,92	21,00	28,00		
Neoplasias (tumores)	27,00	27,00	27,00	-	-	27,00	27,00		
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	17,00	17,00	17,00	-	-	17,00	17,00		
Destino								3,260	0,004
Residência	22,91	22,67	22,00	3,42	0,46	13,00	30,00		
Transferência para UTIA	24,20	23,62	22,00	1,87	0,71	22,00	27,00		
Óbito	26,65	27,00	28,00	2,31	0,64	22,00	30,00		
Transferência para Semi-intensiva	23,72	23,40	22,75	1,16	0,67	22,75	25,00		
Transferência para cuidado intermediário	21,39	21,20	20,00	1,42	0,58	20,00	24,00		
Transferência para outro hospital	26,46	26,46	24,92	2,18	1,54	24,92	28,00		
Transferência para Clínica Cirúrgica	22,22	22,22	21,30	1,29	0,91	21,30	44,43		
Permaneceram internados*	23,69	23,31	25,00	2,09	0,74	21,00	27,50		

* Total de oito pacientes

** ANOVA

De acordo com a tabela 5 evidencia-se que as pontuações médias obtidas pelos pacientes de ADE, segundo as variáveis demográficas e clínicas, apresentaram variações entre os grupos.

Verificou-se que pacientes com idade maior ou igual a 80 anos; os que apresentaram cinco e seis doenças; os que tiveram como motivo de internação as doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, neoplasias, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte; os que evoluíram a óbito, foram transferidos para UTIA e para outros hospitais apresentaram discreta elevação na pontuação obtida em relação a pontuação obtida pelos demais pacientes.

Da mesma forma, os pacientes procedentes da Clínica Cirúrgica; os que apresentavam como motivo de internação as doenças do aparelho circulatório, geniturinário, da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e os que foram transferidos para leitos de cuidado intermediário, Clínica Cirúrgica, para a residência apresentaram pontuações inferiores a média apresentadas pelos demais.

Para verificar se as diferenças foram significativas foi aplicado o teste estatístico ANOVA. O resultado desse teste evidenciou que não houve diferença estatisticamente significativa, ao nível de significância de 5%, em relação às variáveis: sexo, idade, procedência, presença de acompanhante, número de doenças pré-existentes, motivo da internação (de acordo com o CID 10) e a média das pontuações obtidas por meio do ICP de Fugulin et al. (2002; 2005).

Entretanto, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável destino do paciente ($p=0,004$). Para identificar quais grupos apresentaram diferença de pontuação aplicou-se o teste de comparações múltiplas de Tuckey, verificando-se que houve diferença das pontuações entre os pacientes que foram para residência e aqueles que evoluíram a óbito e entre aqueles que evoluíram a óbito e os que foram transferidos para o cuidado intermediário.

Assim, constatou-se que os pacientes que evoluíram a óbito, considerados fora de possibilidades terapêuticas, requereram maior dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas de forma a promover o conforto até o momento de sua morte.

4.4 CARGA MÉDIA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, SEGUNDO O NAS

O NAS foi aplicado a todos os pacientes classificados como ADE (97 pacientes), resultando, também, em 765 avaliações por meio desse instrumento. O número de avaliações recebidas pelos pacientes foi o mesmo atribuído aos pacientes classificados como ADE, segundo o ICP de Fugulin et al. (2002, 2005), demonstrado na tabela 2, apresentada anteriormente.

A carga média de trabalho, evidenciado pela pontuação média do NAS correspondeu a 50,62%, mediana de 49,70%, moda de 45,40%, mínimo de 37,80 e máximo de 78,30% (Apêndice 3).

Assim, verifica-se que a pontuação média do NAS, obtida pelos pacientes de ADE que integraram a presente pesquisa, corrobora o resultado do estudo desenvolvido por Lima, Tsukamoto e Fugulin (2008), que encontrou uma pontuação média de 51,47% na avaliação de pacientes de ADE.

Observa-se, também, que a pontuação média do NAS dos pacientes de ADE foi inferior àquelas encontradas por outros pesquisadores que aplicaram o instrumento aos pacientes adultos, internados em UTI, cujas medidas corresponderam a 67,1% (Queijo, 2002); 74,62% (Dias, 2006); 66,57% (Ciampone et al., 2006); 69,6% (Conishi e Gaidzinski, 2007); 69,9% (Gonçalves, 2006), 59,8% e 52,7% (prospectiva e retrospectiva, respectivamente) (Ducci, 2007); 60,3% (Castro, 2008) e 66,13% (Queijo, 2008) evidenciando que a carga de trabalho gerado pelo paciente crítico é maior do que aquela demandada pelo paciente de ADE.

Entretanto, ao comparar a carga de trabalho requerido pelos pacientes de ADE com a carga de trabalho requisitada pelo paciente de Semi-intensiva, conforme identificada no estudo de Wolff et al. (2007), verifica-se que as necessidades assistenciais dos pacientes de ADE demandam maior carga de trabalho dos profissionais de enfermagem.

A tabela 6 mostra a distribuição das pontuações médias obtidas pelos pacientes de ADE, de acordo com os itens e subitens que compõem o NAS.

TABELA 6 - Distribuição das pontuações obtidas pelos pacientes classificados como ADE, de acordo com o instrumento NAS, no período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 de agosto de 2009. CI Méd, HU-USP. São Paulo, 2009

Atividades básicas do NAS	Pontos NAS	Ocorrência no período	Soma dos pontos NAS	Distribuição % dos pontos NAS	Percentual de ocorrência dos itens e sub-item
1 Monitorização e controles					
1a	4,5	42	189	0,49	5,49
1b	12,1	647	7828,7	20,22	84,58
1c	19,6	76	1489,6	3,85	9,93
2 Investigações laboratoriais	4,3	180	774	2,00	23,53
3 Medicação, exceto drogas vasoativas	5,6	765	4284	11,06	100,00
4 Procedimentos de higiene					
4a	4,1	689	2824,9	7,30	90,07
4b	16,5	74	1221	3,15	9,67
4c	20,0	2	40	0,10	0,26
5 Cuidados com drenos	1,8	40	72	0,19	5,23
6 Mobilização/ posicionamento					
6a	5,5	31	170,5	0,44	4,05
6b	12,4	734	9101,6	23,50	95,95
6c	17,0	0		0,00	0,00
7 Suporte a família					
7a	4,0	108	432	1,12	14,12
7b	32,0	0		0,00	0,00
8 Tarefas administrativas					
8a	4,2	765	3213	8,30	100,00
8b	23,2	0		0,00	0,00
8c	30,0	0		0,00	0,00
Suporte ventilatório					
9	1,4	372	520,8	1,34	48,63
10	1,8	38	68,4	0,18	4,97
11	4,4	394	1733,6	4,48	51,50
Suporte cardiovascular					
12	1,2	8	9,6	0,02	1,05
13	2,5	0		0,00	0,00
14	1,7	0		0,00	0,00
15	7,1	0		0,00	0,00
Suporte renal					
16	7,7	7	53,9	0,14	0,92
17	7,0	544	3808	9,83	71,11
Suporte neurológico					
18	1,6	0		0,00	0,00
Suporte metabólico					
19	1,3	0		0,00	0,00
20	2,8	0		0,00	0,00
21	1,3	249	323,7	0,84	32,55
Intervenções específicas					
22	2,8	118	330,4	0,85	15,42
23	1,9	123	233,7	0,60	16,08
Soma			38722,4	100%	

Os sub itens 1,4, 6, 7 e 8 são mutuamente excludentes.

De acordo com a tabela 6, constatou-se que 100% dos pacientes foram pontuados nos seguintes itens e subitens do NAS:

- item 3 - Medicação, exceto drogas vasoativas. Todos os pacientes receberam algum tipo de medicação.
- subitem 8a - Tarefas administrativas e gerenciais: rotinas como processamento de dados clínicos. Todos os pacientes foram avaliados diariamente pelas enfermeiras e tiveram os registros realizados na evolução de enfermagem. Considerados também, os procedimentos/orientações de alta hospitalar, com duração de até 1 hora.

Pontuações elevadas, cuja frequência de pontuação, foi superior a 50%, corresponderam a intervenções/atividades relacionadas à:

- subitem 6b - mobilização e posicionamento: realização do procedimento mais de três vezes ou com duas pessoas (95,95%). Foram pontuados os pacientes com necessidade de dois profissionais de enfermagem para a realização do procedimento e com frequência superior a três vezes em 24 horas.
- subitem 4a - Realização de procedimentos de higiene (90,07%). Foram pontuados os pacientes que receberam cuidados de higiene corporal, curativos de feridas com menos de duas horas de duração e procedimentos especiais como isolamento (contato, aerossóis e gotículas).
- subitem 1b - Monitorização e controles: observação e ou atividade contínua por duas horas ou mais (84,58%). Foram pontuados os pacientes que necessitaram de observação por razões de segurança devido à agitação, confusão mental, alimentação oral assistida e encaminhamento de pacientes para exames externos, com duração de até duas horas.
- item 17 - Medida quantitativa do débito urinário (71,11%). Foram pontuados todos os pacientes que necessitaram de controle de débito urinário, com ou sem cateter urinário.
- item 11 - Tratamento para melhora da função pulmonar (51,50%). Foram pontuados os pacientes que necessitaram de terapia inalatória e aspiração de vias aéreas.

Pontuações com frequência inferior 50% corresponderam às seguintes intervenções/atividades:

- item 9 - Suporte respiratório (48,63%). Foram pontuados os pacientes com necessidade de oxigênio suplementar. Vale ressaltar que doenças do aparelho respiratório foi o principal motivo da internação no período e que a maioria das intervenções/atividades deste item são realizados pela equipe de enfermagem da Unidade.
- item 21 - Alimentação enteral (32,55%). Pacientes com alteração no padrão de deglutição e necessidade de suporte alimentar por sonda.
- item 2 - Investigações laboratoriais (23,53%), a coleta de exames laboratoriais é realizada diariamente pela equipe do serviço do laboratório clínico. O percentual obtido referiu-se as coletas de exames realizadas pela equipe de enfermagem.
- item 23 - Intervenções específicas fora da unidade (16,08%). Referiram-se aos encaminhamentos internos para realização de exames que, em sua maioria, eram realizados em macas e exigiam a presença de dois profissionais.
- item 22 - Intervenções específicas na Unidade (15,42%). Considerados procedimentos como passagem de sonda vesical de demora, sonda nasogástrica e auxílio de passagem de cateter central e dreno de tórax.
- subitem 7a - Suporte e cuidados ao familiares (por até uma hora) com dedicação exclusiva (14,12%), relacionaram-se a orientação e treinamento de cuidados específicos ao familiar/cuidador para prosseguimento dos cuidados em seu domicílio.
- item 5 - Cuidados com dreno - todos (Exceto sonda gástrica) (5,23%). Pontuados os pacientes com dreno de tórax.
- item 10 - Cuidados com vias aéreas artificiais (4,97%). Relacionaram-se a pacientes com traqueostomia.
- item 12 - Medicação vasoativa (1,05%). Referiu-se a um paciente procedente da Unidade Semi-intensiva e que estava em programação de retirada da medicação na Unidade de CI Méd.
- item 16 - realização de técnicas de hemofiltração (0,92%). Relacionada a uma paciente submetida à Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial (CAPD).

Alguns itens não foram pontuados pelos pacientes classificados como ADE por caracterizarem instabilidade clínica e configurarem gravidade do paciente. Dessa forma, não se aplicaram aos pacientes deste estudo:

- item 13 - Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos;
- item 14 - Monitorização do átrio esquerdo;
- item 15 - Reanimação cardiorrespiratória;
- item 18 - Tratamento da acidose/alcalose metabólica;
- item 19 - Medida de pressão intracraniana;
- item 20 - Hiperalimentação venosa.

A figura 1, apresentada a seguir, representa graficamente o percentual do tempo de assistência de enfermagem necessário para assistir o paciente classificado como ADE.

FIGURA 1 - Representação dos itens e subitens do NAS que demandam maior tempo da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente de ADE. CI Méd, HU-USP. São Paulo, 2009.

De acordo com a figura 1 observa-se que as atividades relativas à Mobilização e posicionamento - subitem 6b (23,50%); Monitorização e controle - subitem 1b (20,22%); Medicação - item 3 (11,06%); Medida quantitativa do débito urinário - item 17 (9,83%); Atividades de gerenciamento do enfermeiro - subitem 8a (8,30%); Procedimentos de higiene - subitem 4a (7,30%) e Tratamento para melhora da função pulmonar - item 11 (4,48%) correspondem a 84,69% do tempo do profissional de enfermagem na assistência ao paciente de ADE.

Ao analisar a frequência da pontuação de cada item e subitem do NAS, obtida pelos pacientes classificados como ADE e pelos pacientes internados em UTI's, observa-se que alguns itens e subitens foram mais pontuados tanto pelos pacientes de ADE quanto pelos pacientes de UTI.

A figura 2 demonstra a frequência das pontuações obtidas com a aplicação do NAS aos pacientes classificados como ADE e aos pacientes internados em UTIA.

NAS (Nursing Activities Score)	Estudo Atual	Queijo, 2002	Conishi, 2005	Gonçalves, 2006	Ciampone et al., 2006	Dias, 2006	Castro, 2008
	%	%	%	%	%	%	%
Monitorização e controles							
1a	5,49	0,0	85,7	5,1	0,0	4,2	48,9
1b	84,58	0,0	12,2	9,8	0,0	64,3	45,8
1c	9,93	100	1,4	84,6	100	21,5	5,3
2 Investigação Laboratorial	23,53	100	91,2	100	100	92,81	100
3 Medicação	100	100	99,3	100	100	100	100
4 Procedimentos de Higiene							
4a	90,7	97	62,6	88,3	100	88,97	92,3
4b	9,67	2,5	27,2	11,2	0,0	11,03	7,2
4c	0,26	0,5	10,2	0,5	0,0	0,0	0,5
5 Cuidados com Drenos	5,23	37	20,4	57,9	87,3	55,13	88,7
6 Mobilização e posicionam.							
6a	4,05	51,5	8,8	49,1	*	0,0	29,7
6b	95,95	48,5	49,7	50,0	64,3	52,23	61,6
6c	0,0	0,0	40,8	0,5	*	47,77	8,7
7 Suporte e Cuidados familiares							
7a	14,12	98,5	87,8	98,6	99,4	90,17	96,7
7b	0,0	1,5	9,5	1,4	0,6	0,0	3,3
8 Tarefas administrativas							
8a	100	100	89,1	84,6	99,7	67,85	84,3
8b	0,0	0,0	8,8	15,4	*	32,15	15,6
8c	0,0	0,0	2,0	0,0	*	0,0	0,1

Continua

Continuação

NAS (Nursing Activities Score)	Estudo Atual	Queijo, 2002	Conishi, 2005	Gonçalves, 2006	Ciampone et al., 2006	Dias, 2006	Castro, 2008
	%	%	%	%	%	%	%
Suporte respiratório.							
9	48,63	100	81,6	96,3	99,4	100	93,5
10	4,97	39	51,7	37,4	71,7	52,19	67,9
11	51,50	80,5	63,9	81,8	99,4	52,19	70,4
Suporte cardiovascular							
12	1,05	27,0	32,0	24,8	54,0	55,13	23,9
13	0	16	1,4	14,5	*	5,27	15,2
14	0	2,5	0,7	1,9	*	14,66	0,1
15	0	3	0	1,9	*	0,87	0,4
Suporte renal							
16	0,92	7,5	14,3	5,6	*	8,21	6,6
17	71,11	95,5	95,9	97,7	88,8	100	97,6
Suporte neurológico							
18	0,0	2,0	0,0	1,9	0,0	0,0	4,6
Suporte metabólico							
19	0,0	9,5	0,7	8,4	*	2,05	4,1
20	0,0	4	9,5	5,6	*	0	2,1
21	32,55	10	49,7	9,8	56,9	39,73	54,3
Intervenções específicas							
22	15,42	13,5	7,5	12,1	*	6,45	4,71
23	16,08	20,5	9,5	19,6	*	2,49	11,91

Os sub itens 1,4, 6, 7 e 8 são mutuamente excludentes.

* dados não informados

FIGURA 2 - Demonstrativo da freqüência da pontuação NAS obtida pelos pacientes classificados como ADE e das encontradas nos estudos desenvolvidos em UTIA. São Paulo, 2009

Verifica-se, na figura 2, que os itens e subitens do NAS mais pontuados pelos pacientes classificados como ADE e, também, pelos pacientes internados em UTI's foram: - 3 Medicação; - 4a Procedimentos de higiene - 8a Tarefas administrativas e gerenciais; - 11 Tratamento para melhora da função pulmonar; - 17 Medida quantitativa do débito urinário. As atividades relacionadas a esses itens e subitens não são específicas de UTI e, dessa forma, podem ser aplicadas aos pacientes, independente da unidade de internação.

Em relação à Monitorização e controles, os pacientes classificados como ADE foram pontuados com maior freqüência no subitem 1b, enquanto que os pacientes internados em UTI's receberam maior pontuação nos subitens 1a (Conishi, 2005; Castro, 2008), 1b (Dias, 2006) e 1c (Queijo, 2002; Ciampone et al.

2005; Gonçalves, 2006). Essas diferenças de pontuações podem ser explicadas pelas características e perfil do paciente atendido em cada unidade.

Quanto ao item Mobilização e posicionamento, o subitem 6b foi o mais pontuado pelos pacientes classificados como ADE e UTI's, exceto, no estudo de Queijo (2002) que verificou maior frequência de pontuação no subitem 6a.

Os pacientes de ADE receberam menores pontuações em relação aos pacientes das UTI's nos itens: 2 - Investigação laboratorial; 5 - Cuidados com drenos; - 9 Suporte respiratório; 10 - Cuidados com vias aéreas artificiais e 12 - medicação vasoativa. Esses itens relacionam-se, principalmente, ao tipo de Unidade (cirúrgica ou geral) e às características próprias do paciente crítico de UTI, com necessidade de monitorização e controles, suporte ventilatório e cardiovascular.

Quanto ao subitem 7a - Suporte e cuidados aos familiares verifica-se menor frequência da pontuação para os pacientes classificados como ADE e frequência elevada para os pacientes de UTI's. Pressupõe-se que essa frequência elevada nas UTI's esteja relacionada à gravidade e ao risco de morte do paciente. Os pacientes de ADE foram pontuados no subitem 7a quando houve necessidade de treinamento do familiar/cuidador para o cuidado no domicílio ou participação do enfermeiro em reunião com a equipe multidisciplinar e família, para discutir questões a cerca da alta hospitalar ou medidas de cuidado paliativo. Excluindo-se essas situações, não houve necessidade de dedicação exclusiva do profissional de enfermagem por uma hora por dia, diferentemente do observado nas UTI's.

4.5 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO MÉDIA OBTIDA POR MEIO DO NAS COM AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO ADE

A tabela 7 mostra a distribuição da pontuação obtida por meio da aplicação do NAS aos pacientes classificados como ADE, segundo as variáveis demográficas e clínicas.

TABELA 7 - Distribuição da pontuação obtida pelos pacientes classificados como ADE por meio da aplicação do NAS, segundo dados demográficos e clínicos, no período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 agosto de 2009. CI Méd, HU-USP. São Paulo, 2009.

Variável	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Erro Padrão	Mínimo	Máximo	Teste**	P-valor
NAS									
	50,62	49,70	45,40	7,14	0,26	37,80	78,30		
Sexo								0,189	0,665
Feminino	50,82	51,14	48,20	5,49	0,81	39,60	62,67		
Masculino	51,37	48,95	49,63	6,89	0,97	42,03	74,57		
Idade								1,214	0,302
≤ 60 anos	49,70	48,09	42,03	4,93	0,93	42,03	63,83		
60 anos até 79	51,28	50,98	51,10	6,20	0,98	39,60	74,57		
≥ 80 anos	52,24	51,18	45,40	7,29	1,35	41,08	67,20		
Procedência								0,822	0,515
PSA	50,69	48,80	45,40	5,82	0,75	42,03	66,50		
UTIA	54,49	51,90	39,60	14,70	7,35	39,60	74,57		
Semi-intensiva	52,09	51,41	51,10	5,71	1,10	42,20	67,20		
Clínica Cirúrgica	46,86	46,86	41,08	8,17	5,78	41,08	52,63		
Transferência interna	49,50	48,41	46,00	3,97	1,98	46,00	55,20		
Acompanhante								0,118	0,732
Sim	51,45	48,54	48,20	8,34	1,58	39,60	74,57		
Não	50,97	51,18	42,20	5,22	0,63	42,20	67,20		
Número de doenças Pré-existentz relatadas								0,843	0,474
1 doença	50,48	48,54	41,08	7,11	1,39	41,08	74,57		
2 doenças	50,90	51,72	39,60	5,74	1,07	39,60	67,20		
3 doenças	52,98	53,26	42,79	5,99	1,25	42,79	62,67		
4 doenças	50,39	48,60	48,20	6,22	1,51	43,74	66,50		
5 doenças	45,07	45,07	45,07	.	.	45,07	45,07		
6 doenças	48,95	48,95	48,95	.	.	48,95	48,95		
Motivo internação (agrupadas de acordo com CID-10)								1,704	0,101
Doenças do aparelho circulatório	49,10	48,92	39,60	5,29	1,25	39,6	62,67		
Doenças do aparelho respiratório	52,20	52,17	42,03	7,72	1,43	42,03	74,57		
Doenças do sistema nervoso	48,49	49,63	44,28	3,09	1,38	44,28	51,2		
Doenças do aparelho geniturinário	50,94	48,95	45,88	4,19	0,96	45,88	61,18		
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	55,39	53,05	46,73	8,58	3,84	46,73	66,5		

Continua

Continuação

Variável	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Erro Padrão	Mínimo	Máximo	Teste**	p-valor
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	50,98	50,98	47,98	4,24	3,00	47,98	53,98		
Transtornos mentais e comportamentais	54,10	54,10	44,60	13,44	9,50	44,6	63,6		
Doenças do aparelho digestivo	51,19	52,25	46,80	3,10	1,55	46,8	53,48		
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	59,96	61,05	57,47	2,16	1,25	57,47	61,35		
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	47,97	48,67	41,08	3,82	1,35	41,08	51,81		
Neoplasias (tumores)	48,87	48,87	48,87	.	.	48,87	48,87		
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	45,40	45,40	45,40	.	.	45,40	45,40		
Destino								1,991	0,065
Residência	49,44	48,61	45,40	5,20	0,69	39,60	63,83		
Transferência para UTIA	55,43	54,70	44,47	7,17	2,71	44,47	66,50		
Óbito	53,61	48,95	48,20	8,87	2,46	45,15	74,57		
Transferência para Semi-intensiva	53,85	52,06	45,88	8,99	5,19	45,88	63,60		
Transferência para Cuidado Intermediário	50,26	50,24	46,50	3,51	1,43	46,50	53,80		
Transferência para outro hospital	57,52	57,52	53,98	5,00	3,54	53,98	61,05		
Transferência para Clínica Cirúrgica	50,94	50,94	47,31	5,13	3,63	47,31	54,56		
Permaneceram internados*	53,01	52,18	46,45	5,58	1,97	46,45	61,35		

*total de oito pacientes ** ANOVA

De acordo com a tabela 7 destaca-se que as pontuações médias obtidas com a aplicação do NAS aos pacientes classificados como ADE, segundo as variáveis demográficas e clínicas, apresentaram algumas variações entre os grupos.

Verifica-se que pacientes com idade maior ou igual a 80 anos; procedentes da UTIA e da Semi-intensiva; com relato de três doenças prévias;

que tiveram como motivo de internação as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, pele e tecido subcutâneo, transtornos mentais e comportamentais e doenças do aparelho respiratório; que foram transferidos para outro hospital, para UTIA e Semi-intensiva, que evoluíram a óbito ou permaneceram internados, apresentaram discreta elevação na pontuação obtida em relação a pontuação média obtida pelos demais pacientes.

Da mesma forma, os pacientes com idade igual ou inferior a 60 anos; procedentes da Clínica Cirúrgica e transferidos do cuidado intermediário; com cinco e seis doenças; que tiveram como motivo de internação as doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos, sintomas e sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratórios, sistema nervoso, neoplasias e aparelho circulatório e aqueles que receberam alta para a residência apresentaram pontuações inferiores às médias apresentadas pelos demais.

Para verificar se as diferenças da pontuação média foram significativas foi aplicado o teste estatístico ANOVA. O resultado desse teste evidenciou que não houve diferença estatisticamente significativa, ao nível de significância de 5%, em relação às variáveis: sexo, idade, procedência, presença de acompanhante, número de doenças pré-existentes, motivo da internação (de acordo com o CID 10) e destino do paciente.

Ressalta-se que em relação à idade, não houve diferença estatisticamente significativa entre a pontuação média do NAS obtida pelos os pacientes de 80 anos ou mais (52,24), em relação aos pacientes com 60 a 79 anos (51,28) e com idade inferior a 60 anos (49,70) ($p\text{-valor}=0,302$). Observa-se nessa variável, conformidade com os resultados obtidos nos estudos realizados em UTI, onde a idade mais avançada não foi determinante para o aumento da carga de trabalho (Souza et al., 2008; Ciampone et al., 2006).

Verificou-se, ainda, que as pontuações obtidas pelos pacientes sem acompanhante (50,97) e com acompanhante (51,45) também não apresentaram diferenças, demonstrando que presença do familiar não interferiu na carga de trabalho da unidade. Todavia, esse dado necessita ser melhor investigado no sentido de avaliar a interferência do acompanhante no tempo de assistência de enfermagem.

4.6 TEMPO MÉDIO DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CLASSIFICADO COMO ADE POR MEIO DA APLICAÇÃO DO NAS.

O tempo de assistência de enfermagem necessário para o cuidado ao paciente classificado como ADE foi calculado por meio da aplicação da equação proposta por Gaidzinsk e Fugulin (2008):

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

Substituindo-se o valor médio do NAS, obtido neste estudo (50,62%), no termo constitutivo da equação, constatou-se que o tempo necessário para o cuidado ao paciente classificado como ADE corresponde a 12,15h (mínimo de 10,7h e o máximo de 14,4h), em conformidade com o tempo identificado por Lima, Tsukamoto e Fugulin (2008) no mesmo cenário.

Esse tempo supera as horas de assistência de enfermagem indicadas pela Resolução COFEN nº 293/04 para assistir ao paciente de cuidado intermediário (5,6h) e semi-intensivo (9,4h), mesmo considerando o acréscimo de 0,5 horas recomendado para o atendimento do paciente crônico, com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado nessas categorias de cuidado.

Assim, verifica-se que os tempos de assistência de enfermagem preconizados pela Resolução COFEN nº 293/04 não são suficientes para atender aos pacientes de ADE, que apresentam total dependência para o atendimento de suas necessidades humanas básicas e, dessa forma, exigem maior concentração de cuidados e, conseqüentemente, maior tempo de assistência de enfermagem.

Portanto, torna-se necessário que o COFEN considere a possibilidade de referendar a categoria de cuidado ADE, que integra o ICP de Fugulin et al., e indique horas de assistência adequadas para assistir esses pacientes, dada a interferência que a ausência desse parâmetro acarreta no resultado da previsão e da avaliação quantitativa de profissionais de enfermagem.

A inexistência de outros estudos, desenvolvidos com essa população específica, além daquele desenvolvido por Lima, Tsukamoto e Fugulin (2008), impossibilita a análise comparativa dos resultados obtidos e evidencia a necessidade de novas investigações que contribuam para o estabelecimento de parâmetros referente ao tempo médio de assistência necessário para o atendimento adequado do paciente de ADE, tendo em vista que as limitações da presente pesquisa (o fato de ter sido realizada em apenas uma Unidade, de uma única Instituição Hospitalar) traz restrições para a sua generalização.

A inexistência de parâmetros relacionados ao tempo médio necessário para assistir aos pacientes classificados como ADE, que possibilite dimensionar adequadamente o quantitativo de profissionais de enfermagem, justificou a realização desse estudo.

Os dados foram coletados no período de 06 de maio a 21 de julho e 15 a 31 de agosto de 2009, completando 94 dias de coleta de dados. Foram identificados 97 pacientes classificados como ADE, de acordo com o ICP de Fugulin et al. (2002, 2005).

A média diária de pacientes classificados como ADE foi de 8,13 pacientes/dia, cuja média de permanência correspondeu a 7,9 dias (mínimo de um e máximo de 40 dias).

Esse grupo de paciente foi constituído, em sua maioria, por idosos, provenientes do PSA, que permaneceram sem acompanhante, cujo motivo de internação estava relacionado a doenças do aparelho respiratório.

A pontuação média obtida pelos pacientes classificados como ADE, segundo o ICP de Fugulin et al., foi de 23,56 pontos ($\pm 3,19$), mediana de 23,18 pontos, moda de 22,0 pontos, variação de 13,0 a 30,0 pontos.

Verificou-se que os pacientes classificados na categoria de cuidado ADE apresentaram como principais características: sinais vitais estáveis (87,84%); banho no leito e higiene oral realizada pela enfermagem (72,16%); restrição ao leito (66,80%); dificuldade para movimentar os segmentos corporais, com mudanças de decúbito realizadas pela enfermagem (64,18%); alimentação por via oral auxiliada pela enfermagem (59,74%); eliminações no leito e/ou uso de sonda vesical para controle de diurese (57,12%); períodos de desorientação no tempo e no espaço (53,99%); medicação endovenosa contínua ou por sonda gástrica (53,20%); não dependência de oxigênio (52,94%).

A comparação da pontuação média obtida, por meio do ICP de Fugulin et al., com as características demográficas e clínicas dos pacientes classificados como ADE evidenciou diferença estatisticamente significativa (p -valor = 0,004) apenas entre os pacientes que receberam alta para residência e aqueles que evoluíram a óbito e entre aqueles que evoluíram a óbito e os que foram transferidos para o cuidado intermediário.

A carga média de trabalho, evidenciada pela pontuação média do NAS, correspondeu a 50,62%, mediana de 49,70%, moda de 45,40%, mínimo de 37,80 e máximo de 78,30%

A comparação da pontuação média obtida por meio do NAS com as características demográficas e clínicas dos pacientes classificados como ADE não evidenciou diferença estatisticamente significativa, ao nível de significância de 5%, entre as médias obtidas e as variáveis demográficas e clínicas.

Os itens e subitens mais pontuados do NAS pelos pacientes classificados como ADE foram: item **3** - Medicação, exceto drogas vasoativas (100%) e **8a** - Tarefas administrativas e gerenciais: rotinas como processamento de dados clínicos (100%), **6b** - Mobilização e posicionamento: realização do procedimento mais de três vezes ou com duas pessoas (95,95%), **4a** - Realização de procedimentos de higiene com menos de duas horas de duração (90,07%), **1b** - Monitorização e controles: observação e ou atividade contínua por duas horas ou mais (84,58%), **17** - Medida quantitativa do débito urinário (71,11%) e **11** - Tratamento para melhora da função pulmonar (51,50%).

Dentre os itens não pontuados encontravam-se: **13** - Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos, **14** - Monitorização do átrio esquerdo, **15** - Reanimação cardiorrespiratória, **18** - Medida de pressão intracraniana, **19** - Tratamento da acidose/alcalose metabólica, **20** - Hiperalimentação venosa.

Verificou-se que as atividades relativas aos itens e subitens: **6b** - Mobilização e posicionamento (23,50%); **1b** - Monitorização e controle (20,22%); **3** - Medicação (11,06%); **17** - Medida quantitativa do débito urinário (9,83%); **8a** - Atividades de gerenciamento do enfermeiro (8,30%); **4a** Procedimentos de higiene (7,30%) e item **11** - Tratamento para melhora da função pulmonar (4,48%), corresponderam a 84,69% do tempo do profissional de enfermagem na assistência ao paciente de ADE.

Considerando a pontuação média de 50,62% ($\pm 7,14$) obtida neste estudo, verificou-se que o tempo necessário para o cuidado ao paciente classificado como ADE foi de 12,15 h (mínimo de 10,7 h e o máximo de 14,4 h).

Esse tempo supera as horas de assistência de enfermagem indicadas pela Resolução COFEN nº 293/04 (2004) para assistir ao paciente crônico, com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado nas categorias de

cuidado intermediário (6,1h) e semi-intensivo (9,9h).

Assim, verificou-se que os tempos de assistência de enfermagem preconizados pela Resolução COFEN nº 293/04 não são suficientes para atender aos pacientes de ADE. Dada a interferência que a ausência desse parâmetro acarreta no resultado da previsão e da avaliação quantitativa de profissionais de enfermagem, torna-se necessário que o COFEN considere a possibilidade de referendar a categoria de cuidado ADE, que integra o ICP de Fugulin et al., e indique horas de assistência adequadas para assistir esses pacientes.

Acredita-se que o desenvolvimento desta pesquisa contribui para a proposição de parâmetros referente ao tempo de assistência necessário para assistir aos pacientes classificados como ADE. Entretanto, novos estudos com essa população devem ser realizados, com o propósito de validar os resultados encontrados, concorrendo, dessa forma, para a previsão adequada do quantitativo de profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, para o estabelecimento de condições que favoreçam a segurança do paciente e a qualidade dos serviços oferecidos nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

Alcalá MV, Nunes MF, Kato T, Reigada I, Silva RML, Yoshimura. Cálculo de pessoal: estudo preliminar para o estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na Superintendência médico hospitalar de urgência. São Paulo: Secretaria de Higiene e Saúde;1982.

Almeida MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(4):743-56.

Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. Cad Saúde Pública. 2007;23(8):1924-30.

Araújo VB, Perroca MG, Jericó MC. Variabilidade do grau de complexidade assistencial do paciente em relação à equipe de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2009;17(1):34-9.

Barham VZ, Shneider W. Matrix: a unique patient classification system. J Nurs Adm. 1980;10(12):25-31.

Baumann A. Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care. Geneva: International Council of Nurses, 2007.

Bochembuzio L. Instrumento para classificação de recém-nascido de acordo com o grau de dependência [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

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

Castro MCN. Construção de um aplicativo com o Nursing Activities Score: instrumento para gerenciamento da assistência de enfermagem na UTI [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2008.

Ciampone JT, Golçalves LA, Maia FOM, Padilha KG. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções em Unidade de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. Acta Paul Enferm. 2006;19(1):28-35.

- Conishi RMY. Avaliação do NAS - Nursing Activities Score - como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI geral adulto [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
- Conishi RMY, Gaidzinski RR. Nursing Activies Score - como instrumento de medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):346-54.
- Conselho Federal Enfermagem (COFEN). Resolução n. 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [legislação na Internet]. São Paulo; 2004 [citado 1 mar. 2004]. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucao293.htm>.
- Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrera LC. Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. Crit Care Med. 1974;2(2):57-60.
- Cullen DJ, Keene R, Waternaux C, Pterson H. Objective, quantitative measurement of severity of illness in critically ill patients. Crit Care Med. 1984;12(3):155-60.
- Dal Ben LW. Instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
- Dias MCCB. Aplicação do Nursing Activities Score - NAS - como um instrumento de medida de carga de trabalho em UTI cardiológica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
- Dini AP. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de instrumento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2007.
- Ducci AJ. Nursing Activities Score (NAS): estudo comparativo dos resultados da aplicação retrospectiva e prospectiva em Unidade de Terapia Intensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Fugulin FMT, Silva SH, Shimizu, HE, Campos FPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Rev Med HU-USP. 1994;4(1):63-8.

Fugulin FMT. Sistema de classificação de pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

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 Latinoam Enferm. 2005;13(1):72-8.

Fugulin FMT. Avaliação da aplicabilidade da resolução COFEN nº 293/04 enquanto referência oficial para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. In: Observatório de Recursos Humanos em Saúde [texto na Internet]. São Paulo: EEUSP; 2007 [citado 2008 set. 10]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/observatorio/observatorio/relatorios/rel021.pdf>

Fugulin FM, Gaidzinski RR, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 2ªed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2010. No prelo.

Gaidzinski RR, Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de terapia intensiva. In: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). ; coordenadora geral: Maria Madalena Januário Leite. (Org.) Programa de Atualização em Enfermagem: saúde de adulto (PROENF) - Ciclo 3 - modulo 3. Porto Alegre:Artmed/Panamericana, 2008, p.65-96.

Gaidzinski RR. O dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de Saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005. p.25-37.

Gaidzinski RR, Lima AFC, Soares AVN, Fugulin FMT, Sancinetti TR, Castilho V. Gestão de pessoal de enfermagem e o sistema de assistência de enfermagem. In: Gaidzinski R, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artemed; 2008. v.1, p.47-61.

Giovannetti P. Understanding patient classification systems. J Nurs Adm. 1979;9(2):4-9.

Golçalves LA. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Golçalves LA, Padilha KG, Souza RCM. Nursing Activities Score (NAS): proposal for practical in intensive care unit. Intensive Care Nurs. 2007;23(6):355-61.

Golçalves 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.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Comentários sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Rio de Janeiro; 2009 [citado 2010 abr. 9]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/indicadores/sociedade/2009/comentarios.shtm>

Keene AR, Cullen DJ. Therapeutic intervention scoring system: update 1983. Crit Care Med. 11(1):1-3.

Lebrão ML. Determinantes da morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo (Brasil). Rev Saúde Pública. 1999;33(1):55-63.

Levanstam AK, Bergbom EI. The Zebra system - a new patient classification system. J Nurs Manag. 1993;(1):229-37.

Lima KF, Tsukamoto R, Fugulin FTM. Aplicação do Nursing Activities Score (NAS) em pacientes de Alta Dependência de enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2008;17(4):638-46.

- Loyola Filho AI, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13(4):229-38.
- Martins EAP, Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2000;8(2):74-82.
- Martins PASF, Forcella HT. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):62-7.
- Mello MC, Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Marx LC. O desafio gerencial do enfermeiro - adequação do quadro de pessoal [mesa redonda]. *Enferm Atual*. 2003;3(15):6-11.
- Miranda DR, 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, Nap R, Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G, Members of the TISS Working Group. Nursing activities score. *Crit Care Med*. 2003;31(2):374-82.
- Montgomery DC. Design and analysis of experiments. New York: John Wiley; 1991.
- Neto GV, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007;12(4):825-39.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- Ohara R. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.

Organização Mundial da Saúde (OMS). CID 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1995. v.1.

Pereira CC. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública . 2003;19(3):733-81.

Perroca MG. Sistemas de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Perroca MG. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: validação clínica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Trad. Ana Thorell. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.

Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Queijo AF. Estudo comparativo da carga de trabalho de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Geral e Especializadas, segundo o Nursing Activities Score (NAS) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev Saúde Pública. 1987;21(3):211-24.

Rauhala A, Fagerström L. Determining optimal nursing intensity: RAFAELA method. J Adv Nurs. 2004;45(4):351-59.

Rogenski KE. Tempo de assistência de enfermagem: identificação e análise em instituição hospitalar de ensino [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Rossini FP. A influência do perfil demográfico e epidemiológico das internações de urgência na gestão hospitalar [dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Santos F, Rogenski NMB, Baptista CMC, Fugulin FMT. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. Rev Latinoam Enferm. 2007;15(5):980-85.

Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saúde Pública. 2004;38(5):687-94.

Souza RCM, Golçalves LA, Toffoleto MC, Leão K, Padilha KG. Preditores da demanda de trabalho de enfermagem para idosos internados em unidade de terapia intensiva. Rev Latinoam Enferm. 2008;16(2):218-23.

Universidade de São Paulo. Hospital Universitário. Regimento 5 [texto na Internet]. São Paulo; 2002 [citado 11 nov. 2007]. Disponível em: http://www.hu.usp.br/arquivos/regimento_hu.pdf

World Health Organization (WHO). The uses of Epidemiology in the study of the elderly. Geneva: WHO; 1984.

World Health Organization (WHO). Growth of the Elderly population of the World. In: Health of the Elderly. Geneva: WHO; 1989.

Wolff LDG, Mazur CS, Wiezbicki C, Barros CB, Quadros VAS. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na Unidade Semi-Intensiva de um Hospital Universitário de Curitiba. Cogitare enferm. 2006;12(2):171-82.

**APÊNDICE 1 - Tutorial para aplicação do NAS aos pacientes classificados como
ADE da Unidade de Clínica Médica, do HU-USP, 2009**

ATIVIDADES BÁSICAS	DEFINIÇÃO DAS ATIVIDADES	PONTUAÇÃO
1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLES		
1a. Sinais vitais horários, cálculo e registro regular do balanço hídrico.	Verificação de sinais vitais, saturação de oxigênio, cálculo e registro regular do balanço hídrico, glicemia capilar de horário (pelo menos uma vez por plantão).	4,5
1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por duas horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos.	Aplicado aos pacientes que necessitem da presença à beira do leito, totalizando duas horas ou mais, para observação ou atividade contínua por razões de segurança ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, agitação, confusão mental, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos (Ex. alimentação via oral assistida, acompanhamento de pacientes em exames internos ou externos).	12, 1
1c. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.	Aplicados aos pacientes que necessitem da presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por quatro horas ou mais em algum plantão por razões de segurança ou terapia, tais como os exemplos acima.	19,6
2. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS: bioquímicas e microbiológicas.	Coleta de material biológico para investigação laboratorial bioquímico e microbiológico em algum plantão.	4,3
3. MEDICAÇÃO , exceto drogas vasoativas.	Considerados todos pacientes que recebem algum tipo de medicação, independente da quantidade, frequência e via de administração.	5,6
4. PROCEDIMENTOS DE HIGIENE		
4a. Realização de procedimentos de higiene tais como: curativos de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex. isolamento) etc.	Considerados todos os pacientes que necessitem dos procedimentos citados ao lado, totalizando menos de duas horas contínuas ou somadas, nas 24 horas. Pontuados os pacientes que necessitem de isolamentos (contato, aerossóis ou gotículas)	4,1
4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas, em algum plantão.	Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que duas horas (somadas ou contínuas), nas 24 horas. Considerados os curativos complexos, necessidade de higiene corporal freqüente (até 3 episódios de diarreia, vômito, incontinência e/ou sangramento), que totalizem 2 horas ou mais.	16,5
4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão.	Realização de procedimentos de higiene como curativos complexos, necessidade de higiene corporal freqüente, acima de 3 episódios de diarreia, vômito, incontinência e/ou sangramento, totalizando 4 horas ou mais de assistência.	20,0
5. CUIDADOS COM DRENOS. Todos os drenos, exceto sonda gástrica.	Todos os pacientes que possuem drenos.	1,8

ATIVIDADES BÁSICAS	DEFINIÇÃO DAS ATIVIDADES	PONTUAÇÃO
6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente, transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe (ex:- paciente imóvel, tração, posição prona).		
6a. Realização do (s) procedimento (s) até 3 vezes em 24 horas.	Mobilização do paciente, posicionamento no leito, restrição mecânica, transferência da cama para a cadeira, não ultrapassando três vezes em 24 horas, por apenas um profissional de enfermagem.	5,5
6b. Realização do (s) procedimento (s) mais do que três vezes em 24 horas ou com dois enfermeiros em qualquer frequência.	Realização desses procedimentos mais do que três vezes em 24 horas ou com dois profissionais de enfermagem em qualquer frequência.	12,4
6c. Realização do (s) procedimento (s) com três ou mais enfermeiros em qualquer frequência.	Realização desses procedimentos com três ou mais profissionais, em qualquer frequência, nas últimas 24 horas.	17,0
7. SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES Incluindo procedimentos tais como: telefonemas, entrevistas, aconselhamentos. Frequentemente o suporte e cuidado sejam aos familiares ou aos pacientes permitem à equipe continuar com outras atividades de enfermagem (ex: comunicação com o paciente durante os procedimentos de higiene, comunicação com os familiares, enquanto presente à beira do leito, observando o paciente).		
7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem <u>dedicação exclusiva</u> por cerca de uma hora em algum plantão tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.	Considerados o suporte aos familiares e/ou pacientes e explicação de procedimentos/treinamentos por cerca de uma hora em algum plantão. Participação do enfermeiro em reunião com equipe/família.	4,0
7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem <u>dedicação exclusiva</u> por três horas ou mais em algum plantão tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex. grande número de familiares, problemas de linguagem, familiares hostis).	Incluem-se os pacientes, os quais o enfermeiro requer três horas ou mais para dar suporte a familiares e/ou pacientes, em circunstâncias trabalhosas, como o treinamento do cuidador para alta hospitalar.	32,0
8. TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS		
8a. Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (ex. passagem de plantão, visitas clínicas).	Incluem-se a realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais como a passagem de plantão, visitas clínicas, evolução diária, registros de enfermagem, bem como procedimentos de admissão e alta com duração inferior há uma hora.	4,2
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem <u>dedicação</u>	Incluem-se a pacientes que participam de protocolos e pesquisas e que interfiram na	23,2

ATIVIDADES BÁSICAS	DEFINIÇÃO DAS ATIVIDADES	PONTUAÇÃO
<u>integral</u> por cerca de 2 horas em algum plantão tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta.	rotina da unidade.	
8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem <u>dedicação integral</u> por cerca de 4 horas ou mais tempo em algum plantão tais como: morte e procedimento de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.	Pacientes que requerem dedicação por 4 horas ou mais, tais como morte com procedimento de doação de órgãos.	30,0
SUPORTE VENTILATÓRIO		
9. Suporte respiratório: qualquer forma de ventilação mecânica ou ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex. CPAP ou BIPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método.	Pacientes que necessitem de oxigenoterapia, nas últimas 24 horas.	1,4
10. Cuidados com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.	Pacientes com traqueostomia ou tubo endotraqueal.	1,8
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	Todos os que necessitem de aspiração endotraqueal ou de vias aéreas superiores, terapia inalatória.	4,4
SUPORTE CARDIOVASCULAR		
12. Medicação vasoativa independente do tipo e dose.	Aplica-se ao paciente que utiliza medicação vasoativa na unidade, independente do tipo e da dose, nas 24 horas.	1,2
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos > 3l/m ² /dia, independente do tipo de fluido administrado.	Não se aplica pontuação neste item.	2,5
14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter de artéria pulmonar com ou sem medida do débito cardíaco.	Não se aplica pontuação neste item.	1,7
15. Reanimação cardiorrespiratória nas últimas 24 horas (excluído soco precordial).	Não se aplica pontuação neste item.	7,1
SUPORTE RENAL		
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	Considerados pacientes que fazem diálise peritoneal.	7,7
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. sonda vesical de demora).	Pacientes com controle do débito urinário, com ou sem cateteres vesicais, em qualquer duração e frequência.	7,0
SUPORTE NEUROLÓGICO		
18. Medida de pressão intracraniana	Não se aplica pontuação neste item.	1,6
SUPORTE METABÓLICO		
19. Tratamento da acidose ou alcalose metabólica complicada.	Considerados pacientes que receberam tratamento medicamentoso para esta situação.	1,3

ATIVIDADES BÁSICAS	DEFINIÇÃO DAS ATIVIDADES	PONTUAÇÃO
20. Hiperalimentação intravenosa.	Pacientes que recebem nutrição parenteral.	2,8
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia).	Pacientes que recebem nutrição enteral por sonda gástrica, gastrostomia ou jejunostomia.	1,3
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS		
22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições clínicas do paciente, tais como: Raio-X, ecografia, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não estão incluídos.	Consideradas intervenções específicas na Unidade de Clínica médica (ex. passagem de cateter central e/ou dreno tórax, sondagem gástrica, sondagem vesical, punção torácica/abdominal)	2,8
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	Intervenções específicas fora da Unidade.	1,9

Obs.: Os subitens 1,4,6,7 e 8 são mutuamente excludentes.

APENDICE 2 - Instrumento para classificação do paciente, segundo o ICP de Fugulin et al. (2002, 2005) e aplicação do NAS na Unidade de Clínica Médica, do HU-USP, 2009.

Paciente nº: _____	Matrícula: _____	Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino	Idade: ____ anos	Admissão na Unidade: ____/____/____
Motivo da internação (CID 10): _____		Procedência: ☐ PSA ☐ UTI ☐ Semi-Intensiva ☐ Cuidados Intermediários ☐ Outros _____		Destino: ☐ alta Residência ☐ Óbito ☐ UTI ☐ Semi-Intensiva ☐ Cuidados Intermediários ☐ Outros
Acompanhante: ☐ Sim ☐ Não				
Doenças Pré-Existente: ☐ HAS ☐ DM ☐ Circulatório ☐ Respiratório ☐ Nervoso ☐ Geniturinário ☐ Mentais/Comportamentais ☐ Digestivo ☐ Neoplasia ☐ Endócrina ☐ Outros				

INÍCIO DA COLETA ____/____/____	Valor	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	16º	17º	18º	19º	20º
Estado Mental																					
Inconsciente	4																				
Períodos de inconsciência	3																				
Períodos de desorientação no tempo e no espaço	2																				
Orientação no tempo e no espaço	1																				
Oxigenação																					
Ventilação mecânica (uso de ventilador)	4																				
Uso contínuo de máscara ou catéter de oxigênio	3																				
Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	2																				
Não depende de oxigênio	1																				
Sinais vitais																					
Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	4																				
Controle em intervalos de 4 horas	3																				
Controle em intervalos de 6 horas	2																				
Controle de rotina (8 horas)	1																				
Motilidade																					
Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal	4																				
Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem																					
Dificuldade para movimentar segmentos corporais	3																				
Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada																					

INÍCIO DA COLETA ____/____/____	Valor	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	16º	17º	18º	19º	20º
pela enfermagem																					
Limitação de movimentos	2																				
Movimenta todos os segmentos corporais	1																				
Deambulação																					
Restrito ao leito	4																				
Locomoção através de cadeira de rodas	3																				
Necessita de auxílio para deambular	2																				
Ambulante	1																				
Alimentação																					
Através de catéter central	4																				
Através de sonda Nasogástrica	3																				
Por boca com auxílio	2																				
Auto suficiente	1																				
Cuidado corporal																					
Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	4																				
Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	3																				
Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	2																				
Auto suficiente	1																				
Eliminação																					
Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	4																				
Uso de comadre ou eliminações no leito	3																				
Uso de vaso sanitário com auxílio	2																				
Auto suficiente	1																				
Terapêutica																					
Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A	4																				
E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica	3																				
E.V. intermitente	2																				
I.M. ou V.O.	1																				
TOTAL DA PONTUAÇÃO SCP - (Fugulin, 2002)																					

DATA DA COLETA		1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLES																					
1a.	4,5																				
1b.	12,1																				
1c.	19,6																				
2. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS	4,3																				
3. MEDICAÇÃO	5,6																				
4. PROCEDIMENTOS DE HIGIENE																					
4a.	4,1																				
4b.	16,5																				
4c.	20,0																				
5. CUIDADOS COM DRENOS	1,8																				
6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO																					
6a.	5,5																				
6b.	12,4																				
6c.	17,0																				
7. SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES																					
7a.	4,0																				
7b.	32,0																				
8. TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS																					
8a.	4,2																				
8b.	23,2																				
8c.	30,0																				
SUPORTE VENTILATÓRIO																					
9.	1,4																				
10.	1,8																				
11.	4,4																				
SUPORTE CARDIOVASCULAR																					
12.	1,2																				
13.	2,5																				
14. (não se pontua)	1,7																				
15. (não se pontua)	7,1																				

DATA DA COLETA		1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
SUPORTE RENAL																					
16.	7,7																				
17.	7,0																				
SUPORTE NEUROLÓGICO																					
18. (não se pontua)	1,6																				
SUPORTE METABÓLICO																					
19.	1,3																				
20.	2,8																				
21.	1,3																				
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS																					
22.	2,8																				
23.	1,9																				
TOTAL DA PONTUAÇÃO NAS																					
TOTAL DA PONTUAÇÃO SCP - (Fugulin, et al.)																					

Paciente	Coleta	Dias de Permanência	Matrícula	Sexo	Idade	Data Admissão	Procedência	Acompanhante	Danças Pré-Existentes	Diagnóstico Internação CD-	Diagnóstico Internação	Data da Alta	Destino	Estado Menor	Orienação	Sinal Vital	Mobilidade	Dambulatório	Alimentação	Cuidado Corporal	Eliminação	Terapêutica	Total SCP	1a.	1b.	1c.	2.	3.	4a.	4b.	4c.	5.	6a.	6b.	6c.	7a.	7b.	8a.	8b.	8c.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	Total NAS						
1	06/05/09	1	609776	F	68	25/03/09	3	2	ABCK	I21.9	1	07/05/09	3	4	3	1	4	4	3	4	4	3	30	4,6					5,6	4,1								4,2			1,4	1,8	4,4							7,0				1,3			46,7					
2	06/05/09	7	115093	M	59	04/04/09	1	1	J	J85.2	2	13/05/09	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	23		12,1				5,6	4,1				1,8	5,5				4,2			1,4		4,4					7,0				1,3			47,4						
	07/05/09													1	3	1	2	3	3	3	3	3	22	4,6					5,6	4,1				1,8	5,5				4,2			1,4		4,4				7,0				1,3			39,8							
	08/05/09													1	3	1	2	3	3	3	3	3	22	4,6					5,6	4,1				1,8	5,5				4,2			1,4		4,4				7,0				1,3			39,8							
	09/05/09													1	3	1	2	3	3	3	3	3	22	4,6					5,6	4,1				1,8	5,5				4,2			1,4		4,4				7,0				1,3			39,8							
	10/05/09													1	3	1	2	3	3	3	3	3	22	4,6					5,6	4,1				1,8	5,5				4,2			1,4		4,4				7,0				1,3			39,8							
	11/05/09													1	3	1	2	3	3	3	3	3	22	4,6					5,6	4,1				1,8	5,5				4,0		4,2			1,4		4,4				7,0				1,3			43,8					
	12/05/09													1	3	1	2	3	3	3	3	3	22	4,6					5,6	4,1				1,8	5,5				4,0		4,2			1,4		4,4				7,0				1,3			43,8					
3	06/05/09	2	34197	M	54	13/04/09	3	1	ABEF	R56.8	10	08/05/09	1	1	1	1	4	4	2	4	3	1	21		12,1				5,6	4,1							12,4			4,2											7,0							45,4				
	07/05/09													1	1	1	4	4	2	4	3	1	21		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2												7,0							49,7			
4	06/05/09	6	34929	F	79	01/05/09	1	2	ABC	N39.0	4	12/05/09	1	2	1	1	3	3	2	4	3	2	21		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2											7,0					2,8			52,5			
	07/05/09													2	1	1	3	3	2	4	4	2	22		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2							7,0							49,7								
	08/05/09													2	1	1	3	3	2	4	4	2	22		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2							7,0							45,4								
	09/05/09													2	1	1	3	3	2	4	4	2	22		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2							7,0							49,7								
	10/05/09													2	1	1	3	3	2	4	4	2	22		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2							7,0							45,4								
	11/05/09													2	1	1	3	3	2	4	4	2	22		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2							7,0							45,4								
5	06/05/09	1	772475	M	91	02/05/09	1	1	ABC	I21.9	1	08/05/09	1	2	1	1	2	3	2	2	3	1	17		12,1				5,6	4,1							12,4			4,2											7,0							45,4				
6	06/05/09	1	121122	F	66	23/04/09	3	2	AFM	I26.9	1	07/05/09	1	2	1	1	3	4	3	4	3	1	22		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,0		4,2														51,1						
7	08/05/09	1	714488	F	86	07/05/09	1	1	AC	D64.9	12	11/05/09	1	2	1	1	3	2	2	2	2	3	1	17		12,1				5,6	4,1							12,4			4,2											7,0							45,4			
8	09/05/09	6	442873	M	78	08/05/09	1	2	DE	N39.0	4	15/05/09	1	2	2	1	3	4	3	4	3	3	25		12,1				5,6	4,1							12,4			4,2			1,4		4,4					7,0				1,3			52,5					
	10/05/09													2	2	1	3	4	3	4	3	3	25		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2			1,4		4,4				7,0				1,3			56,8						
	11/05/09													2	2	1	3	4	3	4	3	3	25		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2			1,4		4,4				7,0				1,3	2,8			53,9					
	12/05/09													2	1	1	3	4	3	4	3	3	24		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2			1,4		4,4				7,0				1,3			51,1						
	13/05/09													2	1	1	3	4	3	4	3	3	24		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2			1,4		4,4				7,0				1,3			51,1						
	14/05/09													2	1	1	3	4	3	4	3	3	24		12,1			4,3	5,6	4,1							12,4			4,2			1,4		4,4				7,0				1,3			51,1						
9	06/05/09	12	473643	F	64	12/02/09	1	2	ABCM	N18.9	4	18/05/09	1	2	1	1	1	2	1	3	3	1	16				19,6	4,3	5,6	4,1									4,2																1,9			52,2				
	07/05/09													2	1	1	1	2	1	2	2	1	13				19,6	5,6	4,1									4,2																7,0							46,0	
	08/05/09													2	1	1	1	2	1	2	2	1	13				19,6	4,3	5,6	4,1								4,0		4,2																1,9			56,2			
	09/05/09													2	1	1	2	1	2	1	2	2	1	13				19,6	5,6	4,1										4,2																					46,0	
	10/05/09													2	1	1	1	2	1	2	2	1	13				19,6	5,6	4,1										4,2																							46,0
	11/05/09													2	1	1	1	2	2	2	2	1	13				19,6	5,6	4,1										4,2																							47,9
	12/05/09													2	1	1	1	2	1	2	2	1	13				19,6	5,6	4,1										4,2																							47,9
	13/05/09													2	1	1	1	2	1	2	2	1	13				19,6	5,6	4,1											4,2																						46,0
	14/05/09													2	1	1	1	2	1	2	2	1	13				19,6	4,3	5,6	4,1											4,2																				46,0	
	15/05/09													2	1	1	1	2	1	2	2	1	13				19,6	4,3	5,6	4,1												4,2																			50,3	
	16/05/09													2	1	1	1	2	1	2	2	1	13				19,6	5,6	4,1													4,2																				47,9
17/05/09													2	1	1	1	2	1	2	2	1	13				19,6	5,6	4,1													4,2																				46,0	
10	15/05/09	3	92849	M	60	14/05/09	3	2	AE	N17	4	18/05/09	2	1	2	1	3	4	2	4	4	2	23		12,1			4,3	5,6	4,1								12,4			4,2			1,4		4,4																

92

27	23/05/09	13	2028056	M	48	19/05/09	1	2	A	B24	10	05/06/09	2	2	1	1	1	4	2	4	3	3	21	12,1		4,3	5,6	4,1											1,9	41,7									
	24/05/09												2	2	1	1	2	4	2	4	3	3	22	12,1		4,3	5,6	4,1										42,7											
	25/05/09												2	2	1	1	2	4	3	4	3	3	23	12,1		4,3	5,6	4,1										1,3	2,8	1,9	48,7								
	26/05/09												2	2	1	1	2	4	3	4	3	3	23	12,1			5,6	4,1										1,3	39,7										
	27/05/09												2	2	1	1	2	4	3	4	3	3	23	12,1			5,6	4,1										1,3	39,7										
	28/05/09												2	2	1	1	2	4	3	4	3	3	23	12,1			5,6	4,1									1,3	2,8	1,9	44,4									
	29/05/09												2	2	1	1	2	4	3	4	3	1	21	12,1			5,6	4,1									1,3	2,8	1,9	44,4									
	30/05/09												2	2	1	1	2	4	3	4	3	1	21	12,1			4,3	5,6	4,1									1,3	2,8	1,9	44,4								
	31/05/09												2	2	3	1	3	4	3	4	3	3	26	12,1	19,6		5,6	4,1			1,8	12,4	4,0	4,2		1,4	4,4			61,6									
	01/06/09												2	2	3	1	3	4	3	4	3	3	26	12,1		4,3	5,6	4,1			1,8	12,4		4,2		1,4			1,3	47,2									
	02/06/09												2	2	3	1	3	4	3	4	3	3	26	12,1			5,6	4,1			1,8	12,4		4,2		1,4			1,3	42,9									
	03/06/09												2	2	3	1	3	4	3	4	3	3	26	12,1			5,6	4,1			1,8	12,4		4,2		1,4			1,3	42,9									
	04/06/09												2	2	3	1	3	4	3	4	3	3	26	12,1			5,6	4,1			1,8	12,4		4,2		1,4			1,3	42,9									
28	01/06/09	4	2048135	M	81	30/05/09	1	2	ABFI	L02.2	5	06/06/09	1	1	1	1	1	3	3	2	4	3	3	21	12,1			5,6	4,1			1,8	12,4		4,2		1,4			7,0			48,6						
	02/06/09												1	1	1	1	3	3	2	4	3	2	20	12,1			5,6	4,1			1,8	12,4		4,2		1,4			7,0		48,6								
	03/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	3	2	19	12,1			5,6	4,1			1,8	12,4		4,2		1,4			7,0		48,6								
	04/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	3	2	19	12,1			5,6	4,1			1,8	12,4		4,2		1,4			7,0		48,6								
29	23/05/09	10	2044426	M	72	22/05/09	1	2	C	I50.0	1	03/06/09	1	1	3	3	1	2	3	2	3	3	2	20	12,1		4,3	5,6	4,1								1,4	4,4			7,0			55,5					
	24/05/09												1	3	1	3	2	2	3	3	2	19	12,1			4,3	5,6	4,1			5,5					1,4	4,4			7,0		48,6							
	25/05/09												2	3	1	2	2	2	3	3	2	20	12,1			5,6	4,1			5,5					1,4	4,4			7,0		44,3								
	26/05/09												2	3	1	2	2	2	3	3	2	20	12,1			5,6	4,1			5,5					1,4	4,4			7,0		44,3								
	27/05/09												2	3	1	2	2	2	2	3	3	2	20	12,1		4,3	5,6	4,1					12,4		4,2		1,4	4,4			7,0		58,3						
	28/05/09												2	3	1	2	2	2	3	3	2	20	12,1		4,3	5,6	4,1			5,5					1,4	4,4			7,0		2,8	48,6							
	29/05/09												2	3	1	2	2	2	3	3	2	20	12,1			5,6	4,1					12,4		4,2		1,4	4,4			7,0		51,2							
	30/05/09												2	3	1	2	2	2	3	3	2	20	12,1		4,3	5,6	4,1					12,4		4,2		1,4	4,4			7,0		55,5							
	31/05/09												2	3	1	2	2	2	3	3	2	20	12,1			5,6	4,1					12,4		4,2		1,4	4,4			7,0		51,2							
	01/06/09												2	3	1	2	2	2	3	3	2	20	12,1		4,3	5,6	4,1			5,5					1,4	4,4			7,0		48,6								
	30	02/06/09	3	2104604	M	69	28/05/09	3	2	AF	K71.8	8	05/06/09	1	1	2	1	1	4	2	4	3	3	21	12,1			5,6	4,1								1,4			7,0			46,8						
		03/06/09												1	1	1	1	4	2	4	3	3	20	12,1			5,6	4,1								1,4			7,0		46,8								
		04/06/09												1	1	1	1	4	2	4	3	3	20	12,1			5,6	4,1								1,4			7,0		46,8								
31	01/06/09	4	374968	F	80	31/05/09	1	2	AM	I61.9	1	05/06/09	3	3	3	1	4	4	3	4	3	3	28	12,1			5,6	4,1							12,4		4,2		1,4			7,0			1,3	2,8			50,9
	02/06/09													3	3	1	4	4	3	4	3	3	28	12,1		4,3	5,6	4,1					12,4	4,0	4,2		1,4			7,0			1,3	2,8	1,9	61,1			
	03/06/09													3	3	1	4	4	3	4	3	3	28	12,1			5,6	4,1					12,4		4,2		1,4			7,0			1,3	2,8	1,9	61,1			
	04/06/09													3	3	1	4	4	3	4	3	3	28	12,1			5,6	4,1					12,4		4,2		1,4			7,0			1,3	2,8	1,9	61,1			
32	22/05/09	40	739536	F	80	21/05/09	1	2	ABE1	G83.3	3	01/07/09	1	2	1	1	1	3	4	2	4	3	1	21	12,1			5,6	4,1														1,9	40,3					
	23/05/09												2	2	1	1	3	4	2	4	3	1	21	12,1			5,6	4,1															38,4						
	24/05/09												2	2	1	1	3	4	2	4	3	1	21	12,1			5,6	4,1															38,4						
	25/05/09												2	2	1	1	3	4	2	4	3	1	21	12,1			5,6	4,1															38,4						
	26/05/09												2	2	1	1	3	4	2	4	3	1	21	12,1			5,6	4,1															38,4						
	27/05/09												2	2	1	1	3	4	2	4	3	1	21	12,1			5,6	4,1															38,4						
	28/05/09												2	2	1	1	3	4	2	4	3	1	21	12,1			5,6	4,1															38,4						
	29/05/09												2	2	1	1	3	4	2	4	3	1	21	12,1			5,6	4,1															38,4						
	30/05/09												2	2	1																																		

33	26/05/09	6	2051667	M	70	26/05/09	3	1	CE	ISO	1	01/06/09	7	1	3	2	2	4	1	4	3	4	24	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2		1.4			1.2			7.0					1.9	49.9
	27/05/09													1	3	2	2	4	1	4	3	4	24	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2		1.4		1.2		7.0				1.9	49.9			
	28/05/09													1	1	2	2	4	1	4	3	4	22	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2		1.4		1.2		7.0				1.9	49.9			
	29/05/09													1	1	2	2	4	1	4	3	4	22	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2			1.2		7.0				46.8					
	30/05/09													1	1	2	2	4	1	4	3	4	22	12.1		4.3	5.6	4.1				12.4			4.2			1.2		7.0				50.9					
	31/05/09													1	1	2	2	4	1	4	3	4	22	12.1			5.6	4.1				12.4	4.0	4.2				1.2		7.0				50.6					
34	24/05/09	38	320645	M	48	24/05/09	3	2	ABF	LS3.9	5	02/07/09	1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0					1.9	47.3			
	25/05/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3				
	26/05/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0					45.4				
	27/05/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3				
	28/05/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	51.6				
	29/05/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	3	21	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4					
	30/05/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3				
	31/05/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	51.6				
	01/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3				
	02/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4					
	03/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3				
	04/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4					
	05/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4					
	06/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3				
	07/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4					
	08/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3				
	09/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4					
	10/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3				
	11/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4					
	12/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3				
	13/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4					
	14/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3				
	15/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4					
	16/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3				
17/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4						
18/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3					
19/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4						
20/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	21	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3					
21/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	21	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4						
22/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	2	20	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3					
23/06/09												1	1	1	1	3	3	2	3	4	3	22	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4						
24/06/09												1	1	1	1	3	3	2	4	4	3	22	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3					
25/06/09												1	1	1	1	3	3	2	4	4	2	21	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4						
26/06/09												1	1	1	1	3	3	2	4	4	2	21	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3					
27/06/09												1	1	1	1	3	3	2	4	4	2	21	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4						
28/06/09												1	1	1	1	3	3	2	4	4	2	21	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3					
29/06/09												1	1	1	1	3	3	2	4	4	2	21	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				45.4						
30/06/09												1	1	1	1	3	3	2	4	4	2	24	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2					7.0				1.9	47.3					
03/06/09	2	2104656	M	75	03/06/09	3	2	A	J81	2	09/06/09	5	1	3	2	2	2	2	4	3	2	21	12.1			5.6	4.1			5.5			4.0		4.2		1.4		4.4			2.8	1.9	53.0					
04/06/09												1	3	2	2	2	2	4	3	2	21	4.5			4.3	5.6	4.1			5.5			4.2		1.4		4.4				41.0								
36	03/06/09	9	2002993	F	56	03/06/09	1	1	ABCK	ISO.0	1	17/06/09	1	1	3	1	3	4	2	4	3	2	23	12.1			5.6	4.1				12.4		4.0	4.2		1.4		4.4					7.0			55.2		
	04/06/09											1	3	1	3	4	2	4	3	2	23	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2		1.4		4.4				7.0			51.2					
	05/06/09											1	3	1	3	4	2	4	3	2	23	12.1			5.6	4.1				12.4			4.2		1.4		4.4												

[illegible]

Legenda

Procedência	Destino	Acompanhante	Doenças pré-existentis relacionadas	Motivo internação (de acordo com CID-10)
1 - PSA	1 - Residência	1 - Sim	A - HAS	I - - Doenças aparelho circulatório
2 - UTIA	2 - UTIA	2 - Não	B - DM	J - - Doenças aparelho respiratório
3 - Semi-intensiva	3 - Óbito		C - Doença cardiológica	G - Doenças do sistema nervoso
4 - Clínica Cirúrgica	4 - Semi-intensiva		D - Doença pulmonar	N - Doenças aparelho geniturinário
5 - Transferência interna	5 - Transferência: cuidado intermediário		E - Doença cerebrovascular	L - Doenças da pele e do tecido subcutâneo
	6 - Outro hospital		F - Doença renal	A / B - Algumas doenças infecciosas e parasitárias
	7 - Permanecem internados		G - Doença neurológica	F - Transtornos mentais e comportamentais
	8 - Clínica Cirúrgica		H - Depressão	K - Doenças aparelho digestivo
			I - Dislipidemia	E - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
			J - neoplasia	R - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
			K - Obesidade	C - Neoplasias
			L - Artrite/artrose	D - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
			M - outras	
			N - Sem relato de doenças	
			O - HIV	
			P - Alteração visual (glaucoma)	
			Q - Psoríase	

ANEXO A - Instrumento de Classificação de Pacientes de Fugulin et al. (2002,2005)

ÁREA DE CUIDADO	GRADAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume)	Uso contínuo de máscara ou catéter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou catéter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de catéter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Auto suficiente
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A.	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica	E.V. intermitente	I.M. ou V.O.

Pontuação:

Cuidados Mínimos: 9 a 14 pontos

Cuidados Alta Dependência: 21 a 26 pontos

Cuidados intensivos: acima de 31 pontos

Cuidados Intermediários: 15 a 20 pontos

Cuidados semi-intensivos: 27 a 31 pontos

ANEXO B - Representação do escore das atividades de enfermagem segundo o NAS, são paulo, 2002

ATIVIDADES BÁSICAS	PONTUAÇÃO
1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLES	
1a. Sinais vitais horários, cálculo e registro regular do balanço hídrico.	4,5
1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos.	12, 1
1c. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.	19,6
2. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS: bioquímicas e microbiológicas.	4,3
3. MEDICAÇÃO, exceto drogas vasoativas.	5,6
4. PROCEDIMENTOS DE HIGIENE	
4a. Realização de procedimentos de higiene tais como: curativos de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex. isolamento) etc.	4,1
4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas, em algum plantão.	16,5
4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão.	20,0
5. CUIDADOS COM DRENOS. Todos (exceto sonda gástrica).	1,8
6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente, transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe (ex. paciente imóvel, tração, posição prona).	
6a. Realização do (s) procedimento (s) até 3 vezes em 24 horas.	5,5
6b. Realização do (s) procedimento (s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 enfermeiros em qualquer frequência.	12,4
6c. Realização do (s) procedimento (s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência.	17,0
7. SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamentos. Frequentemente o suporte e cuidado sejam aos familiares ou aos pacientes permitem à equipe continuar com outras atividades de enfermagem (ex: comunicação com o paciente durante procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando o paciente).	
7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem <u>dedicação exclusiva</u> por cerca de uma hora em algum plantão tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.	4,0
7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem <u>dedicação exclusiva</u> por 3 horas ou mais em algum plantão tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex. grande número de familiares, problemas de linguagem, familiares hostis).	32,0
8. TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS	

ATIVIDADES BÁSICAS	PONTUAÇÃO
8a. Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (ex. passagem de plantão, visitas clínicas).	4,2
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem <u>dedicação integral</u> por cerca de 2 horas em algum plantão tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta.	23,2
8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem <u>dedicação integral</u> por cerca de 4 horas ou mais tempo em algum plantão tais como: morte e procedimento de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.	30,0
SUPORTE VENTILATÓRIO	
9. Suporte respiratório: qualquer forma de ventilação mecânica ou ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex. CPAP ou BIPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método.	1,4
10. Cuidados com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.	1,8
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	4,4
SUPORTE CARDIOVASCULAR	
12. Medicação vasoativa independente do tipo e dose.	1,2
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos > 3lm ² /dia, independente do tipo de fluido administrado.	2,5
14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter de artéria pulmonar com ou sem medida do débito cardíaco.	1,7
15. Reanimação cardiorrespiratória nas últimas 24 horas (excluído soco precordial).	7,1
SUPORTE RENAL	
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	7,7
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. sonda vesical de demora).	7,0
SUPORTE NEUROLÓGICO	
18. Medida de pressão intracraniana	1,6
SUPORTE METABÓLICO	
19. Tratamento da acidose ou alcalose metabólica complicada.	1,3
20. Hiperalimentação intravenosa.	2,8
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia).	1,3
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS	

ATIVIDADES BÁSICAS	PONTUAÇÃO
22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições clínicas do paciente, tais como: Raio-X, ecografia, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não estão incluídos.	2,8
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	1,9

Obs.: Os subitens 1,4,6,7 e 8 são mutuamente excludentes.

Fonte: Queijo, 2002

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 17 de abril de 2009.

Il^{mo}(a). S^{ra}(a).

Dra. Fernanda Maria Togeiro Fugulin

Departamento de Orientação Profissional

Escola de Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “Determinação do tempo médio de assistência de enfermagem despendido no cuidado ao paciente de alta dependência segundo o Nursing Activities Score” – **Co-autor(es):** Rosangela Tsukamoto - **Registro CEP-HU/USP:** 898/09 – **SISNEP CAAE:** 0018.0.198.198-09

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 17 de abril de 2009, analisou o Projeto de Pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2.c.

O primeiro relatório está previsto para 17 de abril de 2010.

Atenciosamente,

Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP