



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

ODISSÉIA FÁTIMA PERÃO

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E
EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES INTERNADOS EM
UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E CARGA
DE TRABALHO DE ENFERMAGEM SEGUNDO O
*THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM -28***

**Florianópolis/SC
2013**

ODISSÉIA FÁTIMA PERÃO

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E
EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES INTERNADOS EM
UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E CARGA
DE TRABALHO DE ENFERMAGEM SEGUNDO O
*THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM -28***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Filosofia em Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Bettina Camargo Bub

Florianópolis/SC
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

P426C Perão, Odisséia Fátima
Características sociodemográficas e epidemiológicas dos
pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva
adulto e carga de trabalho de enfermagem segundo o
therapeutic intervention scoring system - 28 / Odisséia
Fátima Perão ; orientador, Maria Bettina Camargo Bub -
Florianópolis, SC, 2013.

117 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Unidade de terapia intensiva. 3.
epidemiologia descritiva. 4. TISS 28. I. Camargo Bub,
Maria Bettina. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

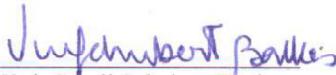
ODISSÉIA FÁTIMA PERÃO

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E
EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E CARGA DE
TRABALHO DE ENFERMAGEM SEGUNDO O THERAPEUTIC
INTERVENTION SCORING SYSTEM-28**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 02 de abril de 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Sociedade.**

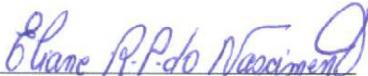


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

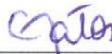
Banca Examinadora:



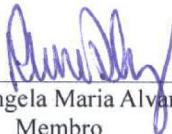
Dra. Maria Bettina Camargo Bub
Presidente



Dra. Eliane R. Pereira do Nascimento
Membro



Dra. Eliane Matos
Membro



Dra. Angela Maria Alvarez
Membro

DEDICO este trabalho...

À Deus.

Ao meu amado esposo Adão Maquim, que teve paciência e compreensão durante a execução da pesquisa me apoiando e me incentivando a lutar sempre pelos meus objetivos.

Aos meus pais Francisco e Otília, aos meus filhos Itamar, Sara e Vitória, motivos da minha conquista.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela sua força e presença em todos os momentos desse trabalho.

Ao meu esposo Adão e familiares, pelas palavras de apoio, incentivo e carinho.

A minha orientadora, Dra. Maria Bettina Camargo Bub pelas palavras de estímulo, compreensão e pelo conhecimento transmitido.

Aos membros da banca: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dra. Eliane Matos, Dra. Angela Maria Alvarez e doutoranda Juliana El Hage M. B. Gulini , pela disponibilidade em aceitar o convite para contribuir com esse trabalho.

A Universidade Federal de Santa Catarina e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade concedida.

A toda a equipe da UTI e à Direção do HMMKB, por permitir a realização do estudo.

Ao Grupo de Pesquisa NEFIS, pelo apoio, incentivo, carinho e amizade compartilhada.

Aos meus colegas de mestrado, Turma 2011, pelas alegrias e angústias compartilhadas e amizades construídas.

As demais pessoas, pelo estímulo, compreensão e colaboração dispensada.

MUITO OBRIGADA!

PERÃO, Odisséia Fátima. **Características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva adulto e carga de trabalho de enfermagem segundo o *Therapeutic Intervention Scoring System* - 28**. 2013. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Bettina Camargo Bub

Linha de Pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem.

RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva, que teve como objetivo descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva adulto e a relação da gravidade dos pacientes com a carga de trabalho da enfermagem por meio do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) 28. A pesquisa foi desenvolvida na unidade de terapia intensiva do Hospital Maternidade Marieta Konder Bornhausen (HMMKB), localizado na cidade de Itajaí – SC. A população constituiu-se de 190 internações ocorridas no período de julho a novembro de 2012 e a amostra por 183 internações, pois foram excluídas as internações com menos de 24h de permanência na UTI. A coleta de dados foi obtida pela observação direta ao paciente e pelos dados registrados no prontuário. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e apresentados por meio de tabelas e gráficos. Os resultados evidenciaram que a população predominante foi masculina (60,5%), prevalecendo a faixa etária entre 50 a 59 anos (22,6%). A maioria dos indivíduos é casada, aposentada, procedente do centro cirúrgico e oriunda da microrregião de Itajaí/SC. De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID 10), as Doenças do aparelho circulatório foram as principais causas de internação e óbito. A mortalidade na UTI foi de 25,1%. O tempo de permanência dos pacientes na UTI foi em média 8 dias. As altas e as admissões predominaram no período vespertino, com 38,4% e 39,5% respectivamente. Em relação a classificação da gravidade dos pacientes por classe, 47,54% são da classe II que varia de 20 a 35 pontos do Therapeutic Intervention Scoring System-28. A categoria das intervenções terapêuticas com 100% foram: Atividades básicas e suporte

ventilatório. A média das mensurações do TISS-28 resultou em 24,1 pontos, demandando uma carga horária de 12,8h. A média do TISS-28 diário foi de 232 pontos, demandando 123 horas de cuidados de enfermagem, enquanto a equipe de enfermagem no período gerou 120 horas de trabalho ao dia. Sugere-se a realização de novos estudos que visem a mensuração da carga de trabalho de enfermagem, pois algumas atividades de rotina do cotidiano da UTI não podem ser mensuradas pelo TISS-28. Há necessidade de novos estudos que caracterizem a clientela atendida em unidades de terapia intensiva subsidiando recursos para a elaboração de instrumentos de avaliação e planejamento da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Epidemiologia Descritiva. TISS 28.

ABSTRACT

Objective: This study is a quantitative approach, descriptive, aimed to describe the sociodemographic and epidemiological characteristics of patients admitted to an adult intensive care and the relationship of disease severity with the workload of nursing through the Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) 28. The research was conducted in the intensive care unit of Hospital Maternity Marieta Konder Bornhausen (HMMKB), located in the city of Itajai - SC. The population consisted of 190 admissions during the period from July to November 2012 and the sample per 183 admissions, were excluded because admission with less than 24 hours in the ICU. Data collection was obtained by direct observation the patient and the data recorded in the chart. Data were analyzed using descriptive statistics and presented using tables and graphs. The results showed that the population was predominantly male (60,5%), whichever is aged 50 - 59 years (22.6%). Most individuals is married, retired, founded the surgical center and originating from micro-Itajai / SC. According to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10), Diseases of the circulatory system were the leading causes of hospitalization and death. The ICU mortality was 25.1%. The length of stay in the ICU was on average 8 days. The high and admissions predominated in the afternoon, with 38.4% and 39.5% respectively. Regarding the classification of the severity of patients per class, 47.54% are class II ranging 20 - 35 points the Therapeutic Intervention Scoring System -28. The category of therapeutic interventions were 100%:Basic Activities and ventilatory support. The average of the measurements of TISS-28 resulted in 24,1 points, requiring a workload of 12,8 h. The average daily TISS-28 was 232 points, requiring 123 hours of nursing care, while nursing staff 120 hours of work a day. It is suggested to further studies aimed at measuring nursing workload because some routine activities of daily life in the ICU can not be measured by the TISS-28. There is need for further studies to characterize its clientele in intensive care units subsidizing resources for the development of assessment tools and planing of nursing care .

Keywords: Intensive Care Unit. Descriptive Epidemiology. TISS 28.

RESUMEN

Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo, con el objetivo de describir las características sociodemográficas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en una terapia intensiva de adultos y la relación de gravedad de la enfermedad, con la carga de trabajo de enfermería a través de la intervención terapéutica Scoring System (TISS) 28. La investigación se llevó a cabo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Maternidad Marieta Konder Bornhausens (HMMKB), ubicado en la ciudad de Itajaí - SC. La población estuvo constituida por 190 admisiones durante el período de julio a noviembre de 2012 y la muestra por cada 183 admisiones fueron excluidos debido a que el hospital menos de 24 horas en la UCI. La recolección de datos se obtuvo por la observación directa del paciente y los datos registrados en la tabla. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y presentados mediante tablas y gráficos. Los resultados mostraron que la población era predominantemente masculino (60,5%), lo que tiene entre 50 a 59 años (22,6%). La mayoría de las personas se casan, se retiró, fundó el centro quirúrgico y que procedan de micro-Itajaí / SC. De acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10) Enfermedades del sistema circulatorio fueron las principales causas de hospitalización y muerte. La mortalidad en la UCI fue de 25,1%. La duración de la estancia en la UCI fue de un promedio de 8 días. La alta y los ingresos predominó en la tarde con un 38,4% y 39,5%, respectivamente. En cuanto a la clasificación de la gravedad de los pacientes por grupo, 47,54% son de clase II que van desde 20 hasta 35 puntos la puntuación Therapeutic Intervention System-28. La categoría de las intervenciones terapéuticas fueron 100%: Actividades básicas y de apoyo ventilatorio. El promedio de las mediciones de TISS-28 resultó en 24,1 puntos, lo que requiere una carga de trabajo de 12,8 h. El promedio diario TISS-28 fue de 232 puntos, lo que requiere 123 horas de cuidados de enfermería, mientras que el personal de enfermería en el período generó 120 horas de trabajo al día. Se sugiere nuevos estudios destinados a medir la carga de trabajo de enfermería debido a que algunas actividades rutinarias de la vida diaria en la UCI no se puede medir por el TISS-28. Existe la necesidad de realizar más

estudios para caracterizar su clientela en las unidades de cuidados intensivos de los recursos para subsidiar el desarrollo de herramientas de evaluación y planificación de los cuidados de enfermería.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos. Estudios Cuantitativos. TISS 28.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO I

- Figura 1** - Distribuição segundo faixa etária e sexo dos pacientes, internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012, Itajaí/SC. Brasil, 2012. 58
- Figura 2** - Procedência dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012..... 60
- Figura 3** – Distribuição dos tipos de alta e óbitos dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012..... 63
- Figura 4** – Distribuição do número de dias de internação dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012. 65
- Figura 5** - Distribuição de internação, alta e óbitos dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, segundo o turno de trabalho de enfermagem. Julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012..... 65

ARTIGO II

- Figura 1** - Distribuição da média TISS-28 em relação ao número de pacientes/mês internados no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC.2013 85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação TISS-28	38
---	----

ARTIGO II

Quadro 1 - Classificação da gravidade por classe do TISS-28, segundo sexo dos pacientes internados na UTI no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC, 2013.	83
--	----

Quadro 2 - Distribuição percentual dos pacientes por intervenções terapêuticas, internados na UTI, julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. 2013.	84
---	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO I

- Tabela 1** - Distribuição demográfica segundo sexo e idade dos pacientes internados na UTI 1, do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí /SC, Brasil, 2012.....57
- Tabela 2** - Distribuição segundo o estado civil dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 201258
- Tabela 3** - Distribuição segundo a ocupação dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 201259
- Tabela 4** - Distribuição segundo microrregião de origem dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012 . Itajaí/SC. Brasil, 2012..... 60
- Tabela 5** - Distribuição das causas de internação agrupados por capítulo CID-10, dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, Itajaí/SC. Brasil, 2012..... 61
- Tabela 6** - Distribuição dos principais diagnósticos por capítulos CID-10 dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012. 62
- Tabela 7** - Distribuição dos óbitos por capítulos da CID-10 dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012..... 64

ARTIGO II

- Tabela 1** - Distribuição das admissões segundo turno de trabalho e procedência dos pacientes internados na UTI no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. 201381
- Tabela 2** - Distribuição segundo turno de trabalho e alta dos pacientes internados na UTI no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC, 2013. 82
- Tabela 3** - Distribuição dos pacientes internados na UTI, segundo dias de internação e tipos de alta, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC, 2013. 83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CBO	-	Classificação Brasileira de Ocupação
CEPSH	-	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
CID-10	-	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
EV	-	Endovenoso
EDA	-	Endoscopia Digestiva Alta
FNQ	-	Fundação Nacional da Qualidade
FRICE	-	<i>Foundation for Research on Intensive Care in Europe</i>
HMMKB	-	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGN	-	Ignorado
IM	-	Intramuscular
INCOR	-	Instituto Coronariano
MP	-	Marca-passo provisório
NEFIS	-	Núcleo de Estudo em Filosofia e Saúde
PCR	-	Parada cardiorrespiratória
PEN	-	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PVC	-	Pressão venosa central
QLN	-	Qualitativa Nominal
QLO	-	Qualitativa Ordinal
QTC	-	Quantitativa Contínua
QTD	-	Quantitativa Discreta
RDC	-	Resolução da Diretoria Colegiada
SAME	-	Serviços de Arquivos Médicos
SC	-	Santa Catarina
SC	-	Via subcutânea
SNG	-	Sonda nasogástrica
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SVD	-	Sonda vesical de demora
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TISS	-	<i>Therapeutic Intervention Scoring System</i>
TOT	-	Tubo orotraqueal

- TQT - Traqueostomia
- UnES - União Estável
- UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
- USI - Unidade de Terapia Semi-intensiva
- USP - Universidade Federal de São Paulo
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva
- VO - Via oral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	31
3.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	31
3.2 EPIDEMIOLOGIA E UTI	32
3.3 <i>THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM (TISS)</i>	35
4 METODOLOGIA	41
4.1 TIPO DE ESTUDO	41
4.2 LOCAL DO ESTUDO	41
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	42
4.4 VARIÁVEIS DE PESQUISA	42
4.4.1 Variáveis sociodemográficas	43
4.4.2 Condições de internação	43
4.4.3 Intervenções terapêuticas do TISS 28 (QTD)	44
4.4.4 Classificação dos pacientes conforme a necessidade de vigilância e cuidados intensivos	48
4.4.5 Carga de trabalho de enfermagem	48
4.5 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	48
4.6 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS	49
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1 Artigo 1 - Características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto	52
5.2 Artigo 2 - Gravidade de pacientes em terapia intensiva e carga de trabalho de enfermagem, segundo o TISS 28	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91

REFERÊNCIAS.....93

APÊNDICES103

Apêndice A - Formulário de Coleta de Dados 105

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 108

ANEXOS.....111

Anexo A – Termo de Aceite da Instituição..... 113

Anexo B – Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de
2011 114

Anexo C – Parecer Consubstanciado do CEP..... 116

1 INTRODUÇÃO

A Portaria do Ministério da Saúde nº3432 de 12 de agosto de 1998 estabelece que as unidades de terapia intensiva – UTI (s) são locais de atendimento a pacientes em condição grave de saúde ou de risco, que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptos, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2011).

O objetivo destas unidades é acolher e tratar pacientes com comprometimento das funções vitais considerados graves e recuperáveis. Por isso, é necessário que os profissionais que atuam nessas unidades tenham conhecimentos da tecnologia com a qual trabalham e dos cuidados que cada caso requer.

A equipe destas unidades deve ser qualificada e treinada, de maneira a estar capacitada para prever, agir com rapidez e eficácia em caso de emergência, e oferecer total apoio e esclarecimentos ao paciente e seus familiares.

A procura por vagas em unidades de terapia intensiva tem aumentado consideravelmente nos últimos tempos. Marques e Lima (2007) descreveram alguns fatores que contribuem para o aumento da demanda de assistência na saúde. Dentre eles, a falta de direcionamento de políticas públicas, a baixa resolubilidade e qualidade nos serviços prestados, aliados às questões socioculturais da população, variáveis sociodemográficas, capacidade de consumo e, por último, doenças pré-existentes, auto percepção do problema de saúde, insatisfação com a própria saúde, e surgimento de problemas que antes não eram sentidos pelo indivíduo.

Atuando como enfermeira assistencial em uma unidade de terapia intensiva adulto nos últimos 10 anos, tive a oportunidade de vivenciar mudanças econômicas, sociais e alterações no perfil epidemiológico das diferentes doenças que acometem os indivíduos e que provocam impacto sobre a vida no hospital. Por este motivo, características sociodemográficas como, por exemplo, o envelhecimento, o perfil epidemiológico, a alta mortalidade por doenças crônicas degenerativas e causas externas, o acentuado desenvolvimento tecnológico e incorporação da inovação, a medicalização, e a divisão do cuidado,

devem ser tomadas em consideração para analisar as tendências e as perspectivas na área da terapia intensiva (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Observa-se o envelhecimento da população e em consequência o aumento da procura pelos serviços de saúde. Essa transição demográfica, com a redução dos níveis de mortalidade e o aumento do tempo de vida, controle das doenças infecciosas, contrapondo-se ao número crescente das neoplasias e causas externas, com a coexistência de doenças emergentes (dengue, tuberculose, cólera) e das doenças atuais, tais como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), hantavirose, doença espongiforme humana e desenvolvimento de bactérias ultra resistentes a antibióticos configura uma epidemiologia formada pela sobreposição de quadros clínicos de alta complexidade, que redireciona as necessidades em saúde e a organização dos serviços para atender tal demanda. (VECINA NETO; MALIK, 2007).

A análise de dados demográficos, epidemiológicos e organizacionais dos atendimentos hospitalares fornece subsídios tanto para a organização do trabalho assistencial e gerencial de enfermagem quanto para o próprio sistema local de saúde, incluindo o hospital (COELHO, 2009).

Para Rossini (2007) o raciocínio demográfico e epidemiológico deve estar estreitamente incorporado às políticas e à gestão organizacional, oferecendo bases sistemáticas de análise para o aprimoramento e pertinência de investimentos em saúde, bem como nas instituições de ações planejadas para atender determinado perfil da clientela, buscando a melhoria na qualidade da assistência.

O grau de gravidade da condição de saúde dos pacientes internados em UTI, quando comparado com o de pacientes internados em outras unidades, determina demandas diferenciadas de cuidados que exigem atendimento médico e de enfermagem especializados. (DUCCI *et al.*, 2004).

Os índices de gravidade são definidos por classificações numéricas relacionadas com determinadas características apresentadas pelos pacientes e que proporcionam meios para avaliar a probabilidade de morte e morbidade resultantes de um quadro patológico. São calculados a partir da somatória de escores numéricos que correspondem às alterações clínicas e laboratoriais apresentadas pelos pacientes e a quantidade de procedimentos por eles submetidos.

A partir da década de 70, vários sistemas foram desenvolvidos para a mensuração da gravidade dos pacientes. Dentre os vários índices de previsão o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) tem se

destacado como um sistema por meio do qual se pode classificar a gravidade dos pacientes, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem.

O TISS é baseado na premissa de que quanto mais procedimentos um paciente receber, maior é a gravidade da doença e mais longo será o tempo despendido pela enfermagem (CULLEM *et al.*, 1974). Depois de sofrer várias adaptações, em 1996, o TISS passou a apresentar 28 itens de avaliação resultando na versão TISS 28. Nesta versão, após várias observações das atividades de enfermagem em UTI, concluiu-se que um ponto TISS equivale ao consumo de 10,6 minutos do tempo de um profissional de enfermagem no cuidado direto. No Brasil, este instrumento foi traduzido e validado em 2000.

Ao observar uma grande rotatividade de pacientes adultos nas diversas especialidades que se internam na Unidade de Terapia Intensiva 1 do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen em Itajaí-SC, decidimos realizar esta pesquisa com o intuito de conhecer e analisar as características dos pacientes internados nesta unidade, utilizando o Sistema de Pontuações das Intervenções Terapêuticas (TISS 28). Além disso, o interesse pela investigação científica, a percepção da necessidade de articulação entre o conhecimento adquirido durante a formação acadêmica e a prática diária dos serviços, suscitam a reforçar o aprofundamento dos estudos sobre a casuística dos pacientes que necessitam de terapia intensiva.

A escolha do TISS 28 como instrumento desse estudo, surgiu da necessidade de averiguar não somente a carga de trabalho de enfermagem, mas as características dos pacientes, bem como mensurar a gravidade dos mesmos. Outro motivo para a escolha foi a introdução recente desses sistemas nas UTI(s) do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen.

A necessidade da utilização de instrumentos que mensurem a gravidade dos pacientes, a complexidade das intervenções terapêuticas, bem como, de quantificar a carga horária de enfermagem na assistência foi decorrente do processo de acreditação hospitalar, o qual implica na utilização de instrumentos desta natureza.

Entende-se que o processo de acreditação está diretamente ligado a qualidade da assistência. A qualidade é a totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto, organização ou uma combinação destes), que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas (Fundação Nacional da Qualidade – FNQ, 2006). O processo de acreditação está dividido em 3 níveis: nível 1- Segurança;

nível 2- Processo de organização; e, nível 3- Prática de gestão de qualidade.

Pires (2009) afirma que a qualidade da assistência depende diretamente da qualidade das ações desenvolvidas pela enfermagem. Para a autora, o cuidar envolve conhecer, ter autorização legal para cuidar, pensar sobre as necessidades de cuidado, planejar, executar e avaliar os resultados.

Nosso ponto de partida para a realização desta pesquisa foi o pressuposto de que o conhecimento local das características sociodemográficas, do grau de gravidade dos pacientes e da necessidade do quantitativo de membros da equipe de enfermagem contribui para melhorar a qualidade das ações desenvolvidas pela enfermagem, uma vez que, conhecer permite pensar sobre as necessidades de cuidado, planejar, executar e avaliar os resultados da assistência.

Para tanto, nossa pergunta de pesquisa foi: Quais são as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva adulto, o grau de gravidade e a carga de trabalho de enfermagem?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva adulto e a relação de gravidade dos pacientes com a carga de trabalho de enfermagem por meio do TISS 28.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas de pacientes internados na UTI.
- Quantificar a carga de trabalho de enfermagem na unidade de terapia intensiva.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Conforme a Resolução – RDC nº7 de 2010, as unidades de terapia intensiva (UTI) são áreas críticas destinadas à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (ANVISA,2011).

A UTI é uma área de atuação multiprofissional, cujo atendimento é direcionado para pacientes com comprometimento das funções vitais. O tratamento é voltado para pacientes com condições de recuperação e que possam se beneficiar da monitorização contínua e rigorosa ou que necessitam de um tratamento mais agressivo (SANTOS, 2009).

O desenvolvimento da ciência médica tem conseguido salvar e prolongar a vida de pessoas de todas as idades, mediante a realização de procedimentos cada vez mais complexos e por vezes invasivos, aliados à utilização de tecnologias cada vez mais potentes (MOLINA, 2008).

No Brasil, a primeira UTI com 10 leitos, foi inaugurada em 1967 no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Em 1968, foi criada uma UTI no estado de Santa Catarina, depois, outra em Porto Alegre- RS (SANTOS, 2009).

O uso dos leitos de forma mais racional e a não exposição do cliente a riscos desnecessários pela redução ou aumento de sua permanência nessa unidade, depende da caracterização do doente crítico e da aplicação de critérios objetivos para admissão e alta da UTI (DUCCI et al., 2004).

Em um estudo observacional foram identificadas duas causas para não admissão dos pacientes na UTI: ausência de leitos disponíveis (82%) e ausência de indicação para a internação (18%) (SILVA *et al.*, 2008). De acordo com os autores, os leitos devem ser ocupados por pacientes com indicação criteriosa e/ou elevada probabilidade de recuperação, pois o número de leitos de UTI disponíveis na rede hospitalar é limitado para atender a demanda.

No estado de Santa Catarina, dos 11.234 leitos gerais dos hospitais públicos, 538 leitos são destinados para unidades de terapia intensiva. Esse número representa 4,78% do total de leitos existentes no

estado, abaixo 7 a 10% dos leitos gerais recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, de acordo com Rosar (2011), quando são incluídos os leitos de UTI dos hospitais da rede privada, o número de leitos é satisfatório. (ROSAR, 2011).

3.2 EPIDEMIOLOGIA E UTI

A epidemiologia é um ramo das ciências da saúde que estuda a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados à saúde na população. É o estudo dos serviços de saúde que objetiva conhecer situações diversas tais como atendimentos realizados, qualidade do serviço, investigação dos problemas existentes e suas possíveis causas (PEREIRA, 2002).

Para estudar a morbidade a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID – 10) é o instrumento utilizado para a codificação de dados relativos à doença e problemas relacionados à saúde. A CID - 10 Também serve para proporcionar consistência e comparabilidade nas causas de óbito informadas na declaração de óbito (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

Estudo realizado em município da região nordeste de São Paulo identificou os motivos para os chamados de urgência e constatou que dentre as principais causas, estavam os acidentes de motocicleta e de automóvel, os atropelamentos, e a violência por arma de fogo e arma branca (FERNANDES, 2004).

Outra pesquisa realizada em uma UTI de um hospital geral do município de Florianópolis-SC mostrou que o maior índice de morbidade estava nas Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (Capítulo XIX-CID-10) e nas Doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX- CID-10) (MEDEIROS; PEREIRA, 2010).

O aumento do envelhecimento da população e o consequente aumento de doenças características de idosos, tem levado mais pessoas idosas a necessitarem de internação em UTI, fato que gera a necessidade de mais leitos nesta área para atender a demanda desses doentes (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2003).

É o que mostra a pesquisa referente ao perfil dos pacientes assistidos em uma UTI do estado do Mato Grosso do Sul que apontou como resultado um número elevado de idosos internados, com predomínio de agravos no período pós-operatório. O estudo mostrou

também que o período de internação e a frequência de óbitos é maior entre os idosos. (FERREIRA; APARECIDA, 2010).

Um estudo realizado em três hospitais de São Paulo apontou predominância de internação de pessoas do sexo masculino, média elevada de idade, procedentes do pronto-socorro, com alterações cardiovasculares, respiratórias e gastrointestinais (SOUSA, 2008).

Outro estudo realizado em uma UTI geral do estado do Paraná mostrou predomínio de internações de pessoas do sexo masculino (62,5%) e vítimas de trauma (58%) (VENTURI, 2009).

As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas e o diabetes se convertem nas principais causas de morte, junto com causas externas como os acidentes, os homicídios e outras formas de violência (OPAS, 2007).

No Brasil, em 2005, as principais causas de morte foram em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar as neoplasias, e, em terceiro, as causas externas. Houve variação de faixa etária, gênero e regiões do país (SVS, 2008).

Pesquisa divulgada em agosto de 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que o padrão de mortes provocadas por doenças infecciosas e transmissíveis no Brasil está sendo substituído por óbitos decorrentes de doenças crônicas, degenerativas e, também, por causas externas ligadas a acidentes e à violência. Dados indicam que doenças do aparelho circulatório constituem o principal grupo de causas de morte no Brasil. Entre os homens, o segundo lugar fica com acidentes e violência e, entre as mulheres, as neoplasias (LABOISSIERI, 2010).

Um estudo sobre a importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado do cliente portador de infarto agudo do miocárdio constatou que a maior incidência da doença é no sexo masculino, todavia, a maior letalidade é do sexo feminino (IGLESIAS, 2010).

Pesquisa realizada em uma UTI do município de Florianópolis-SC demonstrou que a letalidade entre os pacientes internados, foi maior no sexo feminino, entre o grupo etário de 50 a 70 anos e acima de 80 anos. No entanto, a taxa de mortalidade encontrou-se mais elevada no sexo masculino (MEDEIROS; PEREIRA, 2010).

Estes dados nos remetem para a construção de instrumentos e escolhas de abordagem de cuidados apropriados para ambos os sexos e voltados para o desenvolvimento biossocial, cognitivo e psicossocial do início e da fase intermediária da vida adulta (BERGER, 2003).

Os dados sociodemográficos e epidemiológicos estão registrados

no prontuário do paciente. No Brasil, o conceito mais utilizado para prontuário foi proposto pelo Conselho Federal de Medicina. A resolução 1638/2002 define prontuário do paciente como “um documento único e constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”. Coube ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP em 1943, a iniciativa de um SAME (Serviços de arquivos médicos) (LEAL, 2011).

Conforme a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986) e a Resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº358/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é atividade privativa dos enfermeiros e enfermeiras. Estes profissionais devem utilizar método e a estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde a fim de subsidiar as ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e comunidade (MEDEIROS; PEREIRA, 2010).

A análise das características do paciente que necessita de cuidados intensivos está interligada com a execução do processo de enfermagem. De acordo com Garcia, (2009), o processo de enfermagem envolve: conhecimento sobre as respostas dos seres humanos em determinados momentos do processo saúde-doença, conhecimento sobre as necessidades em saúde que demandam o cuidado profissional, raciocínio lógico, habilidade no uso de novas tecnologias introduzidas na área da saúde, destreza manual, habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal, empatia, emoção, solidariedade, sensibilidade, conhecimento ético sobre o que é certo ou errado em circunstâncias particularidades. Para Maia, Martins e Fontana (2009) o processo de enfermagem é o alicerce que mantém os atributos científicos da profissão.

No entanto, o cuidado também requer disponibilidade de quem o realiza, assim como a empatia, sensibilidade e o dever de cuidar. Para que esse cuidado seja mais efetivo, devemos ter em mente que cada pessoa é única (singular), portanto, o cuidado é individualizado (BUB e LISS, 2006).

A equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva deve ter formação específica em alta complexidade, saber avaliar a evolução dos pacientes graves e intervir em situações críticas, conhecer e saber

manusear os equipamentos instalados na UTI, praticar os cuidados de enfermagem com segurança e registrar todos os dados e informações sobre os pacientes assistidos (MEDEIROS; PEREIRA, 2010).

3.3 THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM (TISS)

Uma UTI é constituída por diferentes graus de complexidade assistencial aos pacientes, por este motivo se deve levar em conta alguns parâmetros necessários para prever e prover recursos humanos. Sabe-se que uma equipe de enfermagem reduzida, tende a determinar a queda da eficácia da assistência, prolongando a internação e aumentando o custo do tratamento dos pacientes.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é definido como um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e do qualitativo de pessoal de enfermagem necessário para prover os cuidados de enfermagem que garantam a segurança dos pacientes e dos trabalhadores, considerando a singularidade de cada serviço de saúde (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010).

A Resolução COFEN nº293, de 21 de setembro de 2004, fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. De acordo com esta Resolução, ficou resolvido um total de:

- 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.

Os fatores associados à carga de trabalho da equipe de enfermagem em UTI estão associados à gravidade do paciente, idade e tipo de internação, sendo necessária a adequação de pessoal para assegurar o uso racional dos recursos dessa unidade. Nesse sentido, a equipe deve ser suficiente para prestar uma assistência eficaz, sendo necessário realizar avaliação do nível de cuidados para cada paciente de acordo com a gravidade do mesmo (BECCÁRIA *et al.*, 2010).

Para conhecer o grau de dependência é necessário um sistema de classificação de pacientes, que pode ser entendido como uma forma de

determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, com o objetivo de estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010).

Índices de gravidade foram elaborados tendo como objetivo básico a descrição quantitativa do grau da disfunção orgânica de pacientes seriamente enfermos, sendo a gravidade da doença traduzida em valor numérico, que por meios de cálculos matemáticos permite estimar a probabilidade de morte hospitalar, também conhecidos como índices de prognósticos (ELIAS *et al.*, 2006).

Os índices de gravidade permitem realizar várias análises: estratificar pacientes de acordo com a gravidade da doença e do prognóstico, estabelecer requisitos mínimos que indiquem a necessidade de internação e saída da UTI, acompanhar a evolução e a resposta do paciente a terapêutica instituída, comparar a evolução de pacientes semelhantes a tratamentos diversos, avaliar o custo-benefício de determinados procedimentos para pacientes em várias etapas da doença, comparar o desempenho entre UTI(s) ou avaliar a melhora da qualidade de atendimento na mesma UTI, comparar a mortalidade observada e esperada, avaliar o efeito de um novo tratamento ou a reorganização da UTI, aperfeiçoar a alocação dos leitos e outros recursos hospitalares (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007).

A literatura brasileira e internacional apresenta diversos estudos sobre o sistema de classificação dos pacientes, assim como instrumentos que permitem determinar a carga de trabalho de enfermagem. Encontra-se entre aqueles que têm se mostrado útil para classificar os pacientes, não só por indicar a gravidade, mas também por medir a demanda de trabalho de enfermagem em UTI, o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS). Este instrumento foi desenvolvido como um sistema que classifica a gravidade do paciente tendo por princípio a quantidade de intervenções terapêuticas a que os pacientes são submetidos, e relaciona-os com a gravidade do quadro clínico, isto é, quanto mais grave o paciente, maior o número de intervenções terapêuticas necessárias para o tratamento e, conseqüentemente, maior o tempo despendido pela enfermagem (DUCCI *et al.*, 2004).

O *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) foi proposto por Cullen e colaboradores em 1974. Inicialmente, era constituído por 57 atos terapêuticos, pontuados de 1 a 4, de acordo com a carga de trabalho envolvida. Este sistema, que introduziu na prática clínica a quantificação da carga de trabalho de enfermagem, foi revisto em 1983 por Keene e Cullen, passando a ser medidos 76 atos terapêuticos.

Foi concebido inicialmente como um instrumento para comparar os cuidados prestados aos doentes e a realização de trabalhos de investigação entre diferentes unidades, sendo utilizado por Cullen e colaboradores em 1974 para determinar a utilização apropriada dos recursos existentes no cuidado intensivo do *Massachusetts General Hospital*, fornecer informações sobre a proporção enfermeiro/doente, servir de índice de gravidade para doentes críticos e permitir uma análise de custos com maior confiabilidade.

O TISS 28 ou simplificado, foi publicado pela primeira vez por Miranda e colaboradores em 1996. Foi desenvolvido através de técnicas estatísticas complexas, utilizando para o efeito uma amostra de 10000 registos do TISS 76 da *Foundation for Research on Intensive Care in Europe* (FRICE), e validado numa amostra de 10000 fichas da mesma organização.

O TISS 28 encontra-se dividido em sete grandes categorias.

1) Atividades básicas

- Monitorização padrão (sinais vitais, horário, balanço hídrico, cálculos) - 5 pontos.
- Laboratório (exames bioquímicos e microbiológicos) - 1 ponto.
- Medicação única (intravenosa ou intramuscular ou oral por sonda) - 2 pontos.
- Mais de uma medicação intravenosa. - 3 pontos.
- Cuidados de rotina (troca de curativos, roupas ou mudança de decúbito) - 1 ponto.
- Cuidados frequentes com roupa complexa / com ferida extensa - 1 ponto.
- Drenos (cuidados com drenos) 3= pontos.

2) Suporte ventilatório

- Ventilação mecânica - 5 pontos.
- Suporte ventilatório suplementar (ventilação espontânea em TOT) - 2 pontos.
- Cuidado com vias aéreas artificiais (TOT ou TQT) - 1 ponto.
- Fisioterapia ou inalação ou aspiração traqueal - 1 ponto.

3) Suporte cardiovascular

- Droga vasoativa única - 3 pontos.
- Drogas vasoativas múltiplas - 4 pontos.
- Reposição volêmica (+3l/m²/dia) - 4 pontos.
- Cateter arterial periférico - 5 pontos.

- *Swan ganz* (cateter em artéria pulmonar/átrio esquerdo) - 8 pontos.
- PVC (pressão venosa central) - 2 pontos.
- Reanimação cardiopulmonar (pós-PCR nas últimas 24h) - 3 pontos.

4) Suporte renal:

- Diálise peritoneal ou hemodiálise ou técnicas dialíticas - 3 pontos.
- Controle de volume ou de diurese (com sonda vesical) - 2 pontos.
- Diurético (furosemida + 0,5 mg/kg/dose) - 3 pontos.

5) Suporte neurológico

- Monitorização de pressão intracraniana - 4 pontos.

6) Suporte Metabólico

- Tratamento para alcalose/acidose/acidose metabólica - 4 pontos.
- Nutrição parenteral - 3 pontos.
- Dieta enteral - 2 pontos.

7) Intervenções específicas

- Simples: TOT/MP/broncoscopia/balão intra-aórtico/ balão *blackmore*/ cardioversão/ EDA/ cirurgia emergência/ lavagem gástrica - 3 pontos.
- Múltipla: + de uma acima - 5 pontos.
- Cirurgia de procedimentos diagnósticos externa - 5 pontos.

Quadro 1 - Classificação TISS-28

Classe	Pontos	Necessidades de vigilância e cuidados
Classe I	0 a 19	Pacientes fisiologicamente estáveis e requerendo observação profilática.
Classe II	20 a 34	Pacientes fisiologicamente estáveis, porém requerendo cuidados intensivos de enfermagem e monitorização contínua.
Classe III	35 a 60	Pacientes graves e instáveis hemodinamicamente
Classe IV	>60	Paciente com indicação compulsória de internação em UTI com assistência médica e de enfermagem contínua e especializada

Fonte: CULLEN 1974; MIRANDA, 1996.

Dependendo do número total de pontos obtidos, os pacientes são classificados em 4 grupos conforme a necessidade de vigilância e cuidados intensivos (Quadro 1).

No TISS 28, um (1) ponto equivale ao consumo de 10,6 minutos do tempo do profissional de enfermagem. Assim, num plantão de 8 horas, um profissional é capaz de atender um paciente de no máximo 45 pontos (DUCCI *et al.*, 2004).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo, descritivo e prospectivo. A pesquisa quantitativa permite a coleta sistemática de informações, mediante observação, medição e interpretação cuidadosa da realidade objetiva. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; SOUZA *et al.*, 2007).

Para Souza *et al.*, (2007) no estudo descritivo, o pesquisador observa, descreve e documenta vários aspectos do fenômeno, sem haver manipulação das variáveis ou busca relação causa efeito. Descreve o que existe, determinando a frequência e categorizando as informações.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade de terapia intensiva geral 1(UTI 1), do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, município de Itajaí-SC, no período de julho a novembro de 2012, totalizando 153 dias de coleta de dados.

O Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen – HMMKB – está localizado no centro da cidade de Itajaí. As principais entradas da instituição ficam nas Avenidas Marcos Konder e Sete de Setembro e na Rua Aderbal Ramos da Silva. Atualmente o hospital conta com mais de 400 leitos distribuídos em 16 unidades de internação para atender pacientes de Itajaí e Região em diversas especialidades médicas.

O Centro de Terapia Intensiva é formado por duas UTI(s) adulto: UTI 1 e UTI 2 com 10 leitos cada uma. Possui uma Unidade de Terapia Coronariana, que faz parte do Instituto Coronariano (Incor) com nove leitos e uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com 10 leitos.

A UTI 1 é composta por 10 leitos, sendo dois isolamentos. Atende tanto a pacientes do SUS, como conveniados, independente da especialidade médica requerida.

Contém 10 aparelhos de ventilação mecânica e 10 monitores cardíacos com múltiplos parâmetros.

O quadro de colaboradores é formado por quatro técnicos de

enfermagem e um enfermeiro assistencial em cada turno. Um coordenador da unidade e um enfermeiro auditor, totalizando 22 profissionais de enfermagem. Cumprem carga horária de 42 horas semanais, sendo seis horas diárias durante a semana, e um plantão de 12 horas no final de semana. Os turnos correspondem aos seguintes horários: 7h às 13h- turno matutino; 13h às 19h- turno vespertino; 19h às 7h- turno noturno.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram incluídos no estudo 190 pacientes, internados na referida UTI no período da coleta de dados. Destes 190 pacientes foram realizadas 1478 mensurações. As características dos pacientes internados e os dados sociodemográficos foram traçados com base na totalidade de pacientes estudados. Para o cálculo da gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem com base no TISS 28 foram considerados 183 pacientes, totalizando 1471 mensurações, pois foram excluídos os pacientes que permaneceram internados por menos de 24 horas, visto que, o TISS 28 considera como condição de internação o período mínimo de 24 horas.

4.4 VARIÁVEIS DE PESQUISA

No que se refere a sua natureza, as variáveis estudadas foram classificadas em qualitativas e quantitativas. As variáveis qualitativas, possuem diferenças quanto à natureza, geralmente não mensuráveis; e, as quantitativas possuem a mesma natureza em toda a sua extensão ou dimensão, podendo ser expressadas por meio de números (FILHO; ROUQUARIOL, 2003).

As variáveis qualitativas são categorizadas em nominais – aquelas que não apresentam uma relação de ordem entre si, e em ordinais – aquelas que apresentam uma relação de ordem entre si. As variáveis quantitativas podem ser discretas, as quais apresentam números inteiros ou podem ser classificadas em contínuas, que aparecem como números fracionados (NASSAR, 2011).

As variáveis foram definidas operacionalmente a fim de esclarecer significados e especificar as atividades ou operações necessárias para sua observação, medida ou manipulação (KERLINGER, 1980; NEUMAN, 1997; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

As variáveis da pesquisa estão classificadas como sociodemográficas, condições de internação, gravidade dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem. Estão apresentadas conforme sua descrição e classificação: Qualitativa nominal (QLN), Qualitativa ordinal (QLO), Quantitativa Contínua (QTC) e Quantitativa Discreta (QTD). Os dados apresentados a seguir foram retirados dos prontuários dos pacientes.

4.4.1 Variáveis sociodemográficas

- Sexo: (QLN). Caracterizado como masculino ou feminino. Constitui o conjunto de características que diferenciam os machos das fêmeas (SACCONI, 2009).

- Idade do paciente: (QTD) Número de anos de um indivíduo. (SACCONI, 2009).

- Estado civil: (QLN) Situação conjugal do paciente, classificado em: solteiro, casado, separado, viúvo e união estável.

- Ocupação: (QLN) Constitui o ato ou efeito de ocupar-se, o trabalho, o emprego. (SACCONI, 2009).

4.4.2 Condições de internação

- Diagnóstico médico: (QLN) Está relacionado a identificação de uma eventual doença.

- Procedência: (QLN) Atribui de que lugar o paciente veio ao dar entrada na UTI.

- Data da internação: (QTD) Refere-se à data em que o paciente deu entrada na UTI.

- Turno da internação: (QTD) Corresponde a que turno do dia o paciente deu entrada na UTI. (Matutino, vespertino, ou noturno).

- Tempo de internação: (QTD) Refere-se ao tempo de permanência dos pacientes na UTI.

- Data da alta: (QTD) Refere-se à data em que o paciente ganhou alta da UTI.

- Turno da alta: (QTD) Concerne a que turno do dia o paciente recebeu alta da UTI. (Matutino vespertino ou noturno).

- Tipo de alta: (QLO) Descreve se o paciente recebeu alta da UTI para determinado setor na instituição, se foi transferido para outra instituição ou se foi a óbito.

4.4.3 Intervenções terapêuticas do TISS 28 (QTD)

Enfermeiros intensivistas e docentes do Grupo de Pesquisa Enfermagem em Cuidados Intensivos da Escola de Enfermagem da USP (PADILHA, K.G, *et al.*, 2005) elaboram as definições operacionais das variáveis propostas por Cullen (1974) e atualizadas por Keene e Cullen (1983).

1) Atividades Básicas

Monitorização padrão (sinais vitais, horário, balanço hídrico, cálculos) (QTD)

Aplica-se ao paciente que, em qualquer período das 24 horas, tenha recebido controle de algum parâmetro vital continuamente ou pelo menos a cada uma hora e cálculo do balanço hídrico, pelo menos a cada 24 horas - 5 pontos.

Laboratório (exames bioquímicos e microbiológicos). (QTD)

Aplica-se a pacientes submetidos a qualquer exame bioquímico ou microbiológico, independente da quantidade, realizados em laboratório ou à beira do leito - 1 ponto.

Medicação única (intravenosa ou intramuscular ou oral por sonda). (QTD)

Inclui os pacientes que receberam uma ou mais drogas por via IM, SC, VO ou uma única droga endovenosa. Considere a quantidade de drogas, não a frequência de administração. Não se aplica como droga EV o soro de manutenção - 2 pontos.

Mais de uma medicação intravenosa. (QTD)

Inclui os pacientes que receberam duas ou mais drogas por via endovenosa. Considere a quantidade de drogas e não a frequência de administração. Não se aplica como droga EV o soro de manutenção - 3 pontos.

Cuidados de rotina (troca de curativos, roupas ou mudança de decúbito). (QLN)

Aplica-se ao paciente que recebeu uma ou duas sessões de troca de curativos, independente do número de locais e do tipo de curativo ou que recebeu qualquer intervenção de prevenção de úlcera de pressão - 1 ponto.

Cuidados frequentes com roupa complexa/com ferida extensa. (QLN)

Aplica-se ao paciente que recebeu no mínimo três sessões de troca de curativos, independente do número de locais e do tipo de curativo ou pelo menos uma troca de curativo de ferida extensa - 1 ponto.

Drenos (cuidados com drenos). (QLN)

Aplica-se a pacientes que estejam com qualquer sistema de drenagem instalado. Inclui sonda vesical de demora (SVD) e exclui sonda nasogástrica. (SNG) - 3 pontos.

2) Suporte ventilatório**Ventilação Mecânica. (QTD)**

Aplica-se ao paciente em uso do aparelho de ventilação mecânica de modo contínuo ou intermitente, em qualquer modalidade, com ou sem tubo endotraqueal. (CPAP, BPAP, desmame) - 5 pontos.

Suporte ventilatório suplementar (ventilação espontânea em TOT). (QTD)

Aplica-se ao paciente em respiração espontânea, com ou sem traqueostomia ou tubo endotraqueal, que tenha recebido suplementação de oxigênio por qualquer método, executando-se aqueles métodos que dependem do aparelho de ventilação. Neste caso o paciente pontua no item anterior - 2 pontos.

Cuidado com vias aéreas artificiais (TOT ou TQT). (QLO)

Aplica-se em uso de tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia - 1 ponto.

Fisioterapia ou inalação ou aspiração traqueal. (QTD)

Aplica-se ao paciente que tenha recebido qualquer tratamento para melhora da função pulmonar, realizado em qualquer frequência. Inclui exercícios respiratórios com aparelho - 1 ponto.

3) Suporte cardiovascular**Droga vasoativa única. (QLO)**

Aplica-se ao paciente que tenha recebido somente uma droga vasoativa, independente do tipo da droga (noradrenalina, dopamina, dobutamina, nitroprussiato de sódio, etc.) - 3 pontos.

Drogas vasoativas múltiplas. (QLO)

Aplica-se ao paciente que tenha recebido duas ou mais drogas vasoativas, independente do tipo e da dose (noradrenalina, dopamina, dobutamina, nitroprussiato de sódio, etc.) - 4 pontos.

Reposição volêmica (+3l/m²/dia). (QTD)

Aplica-se ao paciente que tenha recebido quantidade maior que 4,5l de solução por dia, independente do tipo de fluido administrado - 4 pontos.

Cateter arterial periférico. (QLO)

Aplica-se ao paciente que tenha usado um ou mais cateteres em artéria periférica - 5 pontos.

Swan ganz (cateter em artéria pulmonar/átrio esquerdo). (QLN)

Aplica-se ao paciente que tenha usado cateter em átrio esquerdo - 8 pontos.

PVC (pressão venosa central). (QLO)

Aplica-se ao paciente com um ou mais cateteres em veia venosa central, excluindo o cateter de Swan ganz - 2 pontos.

Reanimação cardiopulmonar (pós- PCR nas últimas 24h). (QLO)

Aplica-se ao paciente que tenha tido PCR e recebido medidas de reanimação, excluindo soco precordial - 3 pontos.

4) Suporte renal**Diálise peritoneal ou hemodiálise ou técnicas dialíticas. (QLO)**

Aplica-se ao paciente que tenha recebido qualquer tipo de procedimento dialítico, intermitente ou contínuo - 3 pontos.

Controle de volume ou de diurese (com sonda vesical). (QTD)

Aplica-se ao paciente com controle de diurese, com ou sem algum tipo de cateter urinário - 2 pontos.

Diurético (furosemida + 0,5 mg/kg/dose). (QTD)

Aplica-se ao paciente que tenha recebido qualquer droga para estimular a produção de urina (furosemida, manitol, aldactone, diamox, higrotom, etc.) 3 pontos.

5) Suporte neurológico**Monitorização de pressão intracraniana. (QTD)**

Aplica-se ao paciente que mantém artefatos para monitorização da PIC - 4 pontos.

6) Suporte Metabólico**Tratamento para alcalose/acidose/acidose metabólica. (QTD)**

Aplica-se ao paciente que recebeu droga específica para a correção de acidose ou alcalose metabólica, excluindo-se a reposição volêmica para corrigir alcalose (bicarbonato de sódio, cloreto de amônia, diamox etc.) - 4 pontos.

Nutrição parenteral. (QLO)

Aplica-se ao paciente infusão venosa central ou periférica de substancias com finalidade de suprir as necessidades nutricionais - 3 pontos.

Dieta enteral. (QTD)

Aplica-se ao paciente que recebeu substancias com a finalidade de suprir as necessidades nutricionais, através de sonda, por qualquer via do trato gastrointestinal - 2 pontos.

7) Intervenções específicas

Simples= TOT/MP/broncoscopia/balão intra aórtico/ balão blachmore/ cardioversão/ EDA/ cirurgia emergência/ lavagem gástrica. (QLO)

Aplica-se ao paciente submetido a uma única intervenção diagnóstica ou terapêutica dentre as listadas, realizadas dentro da UTI - 3 pontos.

Múltipla= + de uma acima. (QLN)

Aplica-se ao paciente submetido a duas ou mais intervenções diagnósticas ou terapêuticas, dentre as listadas, realizadas dentro da UTI - 5 pontos.

Cirurgia de procedimentos diagnósticos externa. (QLN)

Aplica-se ao paciente submetido a uma ou mais intervenções diagnósticas ou terapêuticas realizadas fora da UTI - 5 pontos.

4.4.4 Classificação dos pacientes conforme a necessidade de vigilância e cuidados intensivos (CULLEN, 1974; MIRANDA, 1996).

Classe I - de 0 a 19 pontos - Pacientes fisiologicamente estáveis e requerendo observação profilática.

Classe II - de 20 a 34 pontos - Pacientes estáveis fisiologicamente, porém requerendo cuidados intensivos de enfermagem e monitorização contínua.

Classe III - de 35 a 60 pontos - Pacientes graves e instáveis hemodinamicamente.

Classe IV - maior que 60 pontos - Pacientes com indicação compulsória de internação em UTI, com assistência médica e de enfermagem contínua e especializada.

4.4.5 Carga de trabalho de enfermagem

Considera-se que cada ponto do TISS 28 equivale a 10,6 minutos da carga de trabalho de enfermagem por turno de oito horas de assistência, assim um profissional de enfermagem pode atender um paciente de no máximo 46 pontos.

4.5 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A coleta foi feita diariamente no período da manhã, sempre pela mesma pesquisadora. Ao entrar na UTI, buscava-se o livro de registro para verificar novas admissões, altas, óbitos ou transferência nas últimas 24 horas. Depois, o prontuário dos pacientes era buscado para coletar os dados referentes à data e hora de admissão (turno), número do registro de admissão do paciente, idade, sexo, cidade de origem, ocupação, motivo de internação (diagnóstico), procedência, tipo de alta, data, hora da alta (turno) diagnóstico do óbito. Estes dados foram inseridos em uma planilha do *Microsoft Office Excel 2010*.

Em seguida, dados relativos às intervenções do TISS 28 eram buscados no prontuário e anotados em outra planilha *Microsoft Office Excel 2010*. No prontuário do paciente era consultada a última prescrição médica, de onde eram anotados os dados referentes à medicação, reposição volêmica, exames realizados nas últimas 24 horas. Na avaliação de enfermagem, eram checados quais procedimentos de

rotina haviam sido feitos (banho, curativos, dentre outros).

Além da consulta ao livro de registro e prontuário, cada paciente era visitado e verificado se estava usando sondas (nasogátrica, enteral, vesical ou outra), se respirava com auxílio de ventilação mecânica, se usava drogas vasoativas, cateteres venosos profundos, medida da pressão venosa central (PVC), monitorização, e assim por diante. Foram anotados os escores de cada intervenção de acordo com o TISS- 28 na planilha do *Microsoft Office Excel 2010*, e, pela fórmula, a somatória já era calculada e o valor do TISS 28 saía automaticamente na planilha. A partir do valor do TISS – 28, a classificação de gravidade era anotada.

Este procedimento era feito diariamente com cada um dos pacientes internados. Os dados eram salvos no banco de dados prontos para serem analisados.

Todos os dados coletados seguiram o roteiro do instrumento do Apêndice A.

4.6 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

Após serem inseridos na planilha do *Microsoft Excel 2010*, os dados foram analisados por meio do cálculo das frequências absoluta e relativa, e apresentados por meio de tabelas e gráficos.

As variáveis sociodemográficas foram analisadas por tabulações simples e apresentadas por meio de tabelas e gráficos.

Os dados referentes ao TISS-28 foram inseridos na planilha *Microsoft Excel 2010* tendo como modelo de registro o quadro proposto por Cullen (1974) e Miranda (1996), ou seja, de acordo com as atividades de assistência terapêuticas recebidas durante sua internação na UTI.

Depois de organizados por categorias terapêuticas e estabelecido a pontuação TISS- 28 a partir dos escores obtidos, os pacientes eram classificados por grau de gravidade e distribuídos nas quatro classes do TISS – 28. A pontuação total de cada paciente era convertida em carga de trabalho de enfermagem, ou seja, um ponto de TISS 28 equivale a 10,6 minutos de carga de trabalho em turno de plantão de oito horas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Depois de obtida a autorização da Diretora Geral da instituição para a realização do estudo e utilizar o nome da instituição (Anexo A).

O protocolo de pesquisa foi enviado para a Plataforma Brasil, que após apreciação, encaminhou-o para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, o qual aprovou sua realização por meio do parecer de número 155.004 (Anexo B).

Cabe ressaltar que o processo para o CEPSH seguiu o que rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CSN), bem como os princípios do Código de Ética Profissional.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi apresentado aos pacientes ou seus responsáveis, na maioria das vezes, já no momento de admissão na UTI, pela pesquisadora ou enfermeira responsável (devidamente orientada), ocasião em que eram prestados todos os esclarecimentos, e uma vez esclarecido e de acordo com o descrito no TCLE, o responsável ou o próprio paciente o assinavam.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão foram apresentados na forma de dois artigos conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011 (Anexo C), a qual dispõe sobre os critérios para a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O primeiro artigo visa responder o objetivo: 1) conhecer as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva adulto de um hospital da região sul do Brasil, e, o segundo artigo responde ao objetivo: 2) mensurar a gravidade dos pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva geral e quantificar a carga de trabalho de enfermagem através da aplicação do TISS-28.

5.1 ARTIGO 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO ¹

SOCIODEMOGRAPHIC AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT ADULT

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES EN LOS CUIDADOS INTENSIVOS UNIDAD DE ADULTOS

Odisséia Fátima Perão²
Maria Bettina Camargo Bub³

Resumo: Objetivo: conhecer as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva adulto de um hospital da Região Sul do Brasil. Método: estudo quantitativo, transversal, do tipo descritivo, com 190 pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva, de um hospital da Região Sul do Brasil, no período de julho a novembro de 2012. Os dados foram coletados do livro registro da unidade e diretamente dos prontuários dos pacientes. Os dados foram por meio de estatística descritiva e apresentados por meio de tabelas e gráficos. Resultados: Os dados evidenciaram que a população foi predominantemente masculina (60,5%), prevalecendo a faixa etária entre 50 a 59 anos (22,6%). A maioria era casada, aposentados, procedentes do centro cirúrgico e oriundos da Microrregião de Itajaí/Santa Catarina. As doenças do aparelho circulatório foram as principais causas de internação e óbito. A

¹ Resultado de dissertação do Mestrado apresentado ao programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

² Enfermeira. Mestranda do PEN/UFSC. E-mail: odisseiaperao@gmail.com

³ Doutora. Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação e Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis/ SC. E-mail: bettinabub@gmail.com

mortalidade na UTI foi de 25,1%, havendo maior número de óbitos no período matutino, levando em consideração turno de seis horas de trabalho. Após alta, 71,2% foram encaminhados para outras unidades na instituição. A moda de permanência de pacientes na UTI foi de 0 a 3 dias. As altas e as admissões predominaram no período vespertino tendo respectivamente 56,3% e 39,5%. Conclusões: O estudo contribuiu para pensar melhor na organização do trabalho da enfermagem, segundo os turnos de trabalho sendo relevante no planejamento e execução da assistência.

Descritores: Unidade de terapia intensiva; epidemiologia descritiva; admissões de pacientes.

Abstract: Objective: To know the sociodemographic and epidemiological characteristics of patients admitted to an adult intensive care at a hospital in southern Brazil. Method: quantitative, cross-sectional, descriptive, with 190 patients admitted to an intensive care unit of a hospital in southern Brazil, in the period from July to November 2012. Data were collected from the logbook of the unit and directly from patient charts. Data were through descriptive statistics and presented using tables and graphs. Results: The data showed that the population was predominantly male (60.5%), whichever is aged between 50-59 years (22.6%). La mayoría estaban casados, jubilados, viniendo desde el centro quirúrgico y procedente de micro-región de Itajaí / Santa Catarina. Las enfermedades del sistema circulatorio fueron las principales causas de hospitalización y muerte. The ICU mortality was 25.1%, with most deaths occurring in the morning, taking into account shift six hours. After discharge 71,2% were referred to other units in the institution. The fashion of stay of patients in the ICU was 0-3 days. The high and the admissions predominated in the afternoon with respectively 56,3% and 39,5%.. Conclusions: The study contributes to better thinking in the organization of nursing work, according to work shifts being relevant in the planninga and implementation of assistance.

Keywords: Intensive care unit; descriptive epidemiology; admissions of patients.

Resumen: Objetivo: Conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en una terapia intensiva para adultos en un hospital en el sur de Brasil. Metodología: cuantitativa, transversal, descriptivo, con 190 pacientes ingresados en

una unidad de cuidados intensivos de un hospital en el sur de Brasil, en el período de julio a noviembre de 2012. Los datos fueron recogidos del libro de registro de la unidad y directamente de las historias clínicas. Los datos fueron mediante estadística descriptiva y presentados mediante tablas y gráficos. Resultados: Los datos muestran que la población era predominantemente masculino (60.5%), lo que tiene entre 50 a 59 años (22,6%). La mayoría están casados, jubilados, viniendo desde el centro quirúrgico y procedente de micro- Itajaí/Santa Catarina. Las enfermedades del sistema circulatório fueron las principales causas de hospitalización y muerte. La mortalidad en la UCI fue de 25,1%, con la mayoría de las muertes que ocurren en la mañana, teniendo en cuenta turnos de seis horas. Después del alta, el 71,2% fueron remitidos a otras unidades de la institución. La moda de la estancia de los pacientes en la UCI fue de 0-3 días. La alta y los ingresos predominó en la tarde con respectivamente 56,3% y 39,5%. Conclusiones: El estudio contribuye a un mejor pensar en la organización del trabajo de enfermería, de acuerdo con trabajar en turnos que son pertinentes en la planificación y ejecución de la ayuda.

Palabras clave: Unidad de cuidados intensivos; epidemiología descriptiva; admisiones de pacientes.

INTRODUÇÃO

Dados sociodemográficos e epidemiológicos descrevem as características de uma população. A epidemiologia é a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003).

A análise epidemiológica em unidade de terapia intensiva (UTI) deve levar alguns fatores em consideração. Um deles está relacionado no diagnóstico da população, ou seja, conhecer as características da clientela a ser atendida. O conhecimento dessas características possibilita aos profissionais de saúde o planejamento do cuidado, independente do agravo que motivou a internação. Por meio do conhecimento dos dados epidemiológicos de morbimortalidade de uma unidade de saúde, se pode tomar decisões que visam o melhoramento da

qualidade de atenção (LANETZKI *et al.*, 2012).

A partir da caracterização da população, se estabelece um processo de reflexão e discussão coletiva em torno das informações levantadas, através de experiências acumuladas dos atores envolvidos – gestores, técnicos, profissionais de saúde e comunidade, para detecção de problemas existentes (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2012).

O conhecimento das características dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva fornece subsídios que favorecem o diagnóstico e planejamento da atenção de saúde.

Em uma pesquisa prospectiva realizada com 600 pacientes internados em quatro unidades de terapia intensiva no município de São Paulo observou-se que a média e a mediana da idade foram de 60,68 e 61,50 anos respectivamente, e que, somando as duas categorias de indivíduos com sessenta anos ou mais, a maioria foi composta por idosos (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2010).

Outro estudo realizado numa UTI adulto de um hospital universitário no Rio Grande do Sul, com 144 internações, mostrou que a maioria dos internados era constituída por idosos, e a idade média foi de 64,8 anos (FAVARIM; CAMPONOGARA, 2012).

Esses estudos vêm mostrar o que está ocorrendo nos últimos anos no Brasil, ou seja, alterações no perfil dos pacientes internados em UTI(s) decorrente da transição demográfica e epidemiológica. Da perspectiva da prática profissional, o conhecimento desses dados contribui para consolidar estratégias de cuidado já existentes ou modifica-las conforme a realidade.

OBJETIVO

Conhecer as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva adulto de um hospital da Região Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, do tipo descritivo, com pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva adulto, de um hospital da Região Sul do Brasil, no período de julho a novembro de 2012.

Na instituição hospitalar onde está localizada a UTI do estudo há

duas unidades de terapia intensiva geral – adulto, e uma unidade de terapia intensiva coronária. A UTI do estudo, UTI 1, foi reinaugurada em novembro de 2005 e é referência na microrregião de Itajaí. Trata-se de uma UTI geral, que atende usuários do Sistema Único de Saúde, particulares e conveniados, clínicos e cirúrgicos oriundos da própria instituição e de outras localidades da região sul.

Atualmente é composta por 10 leitos e está equipada com 10 ventiladores Servo 900 C, e monitores cardíacos multiparâmetros. A equipe é constituída por quatro enfermeiros assistenciais, um enfermeiro coordenador, um enfermeiro auditor, 16 técnicos de enfermagem, cinco médicos intensivistas e dois fisioterapeutas.

Os turnos da enfermagem são de 6 horas durante o período diurno de segunda a sexta-feira, com plantões de 12h nos finais de semana (7-13h e 13-19h) e 12 horas no período noturno (19 – 7h). Os plantões médicos são de 12h.

Outros setores do hospital, como por exemplo, o almoxarifado, a farmácia, o serviço de nutrição e dietética, a lavanderia, a central de material de esterilização e serviços de engenharia biomédica são serviços utilizados pela UTI.

O estudo foi aprovado pelo Parecer: 155.004 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, respeitando o que se preconiza na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A população estudada foi formada por 190 internações ocorridas na UTI no período de julho a novembro de 2012. Foram incluídos no estudo, os pacientes de ambos os sexos, com idade acima de 14 anos admitidos na UTI no período de coleta de dados e que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do TCLE. Os pacientes menores de idade, o familiar ou responsável autorizou a coleta de dados. Foram também incluídos pacientes que, por uma razão ou outra, foram readmitidos na UTI.

A lista de pacientes internados no período delimitado para a coleta de dados foi obtida a partir do livro de registro da unidade. Este livro contém o registro do nome dos pacientes, número do prontuário, data e hora da internação, diagnóstico de internação, unidade proveniente, data e hora de alta, óbito ou transferência e unidade de destino. Os dados que não foram encontrados no livro de registro foram pesquisados e coletados do prontuário do paciente. Os dados foram coletados diariamente no período da manhã por uma das pesquisadoras e armazenados em um banco de dados do programa *Microsoft Office Excel 2010*.

Dos prontuários dos pacientes foram coletados os dados relacionados as características sociodemográficas e epidemiológicas, tais como: sexo, idade, estado civil, cidade de origem, ocupação, procedência, turno de internação e alta, tipo de alta, tempo de internação, motivo de internação de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID -10), óbitos por grupo de diagnósticos, também de acordo com a CID-10.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e apresentados por meio de tabelas e gráficos.

RESULTADOS

Das 190 internações ocorridas durante o estudo, analisados na tabela 1, 60,5% foram do sexo masculino.

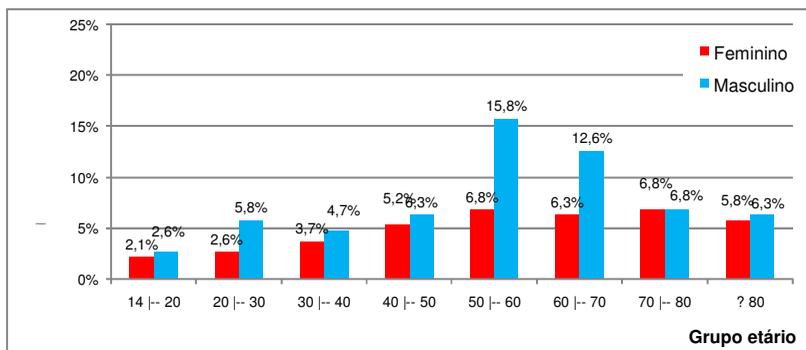
Na população estudada (Tabela 1), 43 internações situaram-se na faixa etária de 50 a 59 anos (22,6%), seguido de 35 internações (18,4%) na faixa etária 60 a 69 anos, e 26 internações (13,7%) na faixa etária de 70 a 79 anos. Através da somatória das três faixas etárias mais frequentes verificou-se, que pouco mais da metade das internações (54,7%) correspondeu a pessoas com idades entre 50 a 79 anos. A idade mínima observada no estudo foi 14 anos e a idade foi máxima 92 anos.

Tabela 1 - Distribuição demográfica segundo faixa etária e sexo dos pacientes internados na UTI 1, do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí /SC, Brasil, 2012

Sexo e idade	F	%
Sexo	190	100
Feminino	75	39,5
Masculino	115	60,5
Faixa Etária	190	100
14 – 20	9	4,8
20 – 30	16	8,4
30 – 40	16	8,4
40 – 50	22	11,6
50 – 60	43	22,6
60 – 70	35	18,4
70 – 80	26	13,7
≥ 80	23	12,1

Comparando a distribuição dos pacientes por sexo e grupo etário, (figura 1) verificou-se que houve predominância de pacientes do sexo masculino em quase todas as faixas etárias. A faixa etária de 50 a 59 anos apresentou maior frequência de homens com 15,8% e 6,8% de mulheres, totalizando 22,6%, observando-se que mais da metade das internações foram do sexo masculino. Também chamou a atenção a distribuição dos pacientes na faixa etária de 70 a 79 anos, pela similaridade das frequências, 6,8% para homens e mulheres.

Figura 1 - Distribuição segundo faixa etária em relação ao sexo dos pacientes, internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012, Itajaí/SC. Brasil, 2012.



Em relação ao estado civil, a maior parte das internações, 62,6% foi de pacientes casados ou com união estável, por outro lado apenas 6,3% foram de pacientes divorciados ou separados.

Tabela 2 - Distribuição segundo o estado civil dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012

Características	F	%
Estado civil	190	100
Casado/UnEs	119	62,6
Divorciado	5	2,6
Separado	7	3,7
Solteiro	29	15,3
Viúvo	29	15,3
IGN	1	0,5

Na tabela 3, apresenta-se ocupação dos pacientes segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Nesta tabela, observou-se maior predominância de aposentados (35,6%), seguido de 12,6% do lar e 4,2% registrados como estudantes. A somatória das três primeiras ocupações totaliza mais que 50% do total registrado no prontuário dos pacientes internados na UTI do estudo. Chamou a atenção que 22% foram registrados como não informados, sugerindo sub-registro deste dado.

Tabela 3 - Distribuição segundo a ocupação dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012

Ocupação	N	%
Aposentado	67	35,6%
Do lar	24	12,6%
Estudante	8	4,2%
Motorista	4	2,1%
Autônomo	3	1,6%
Pedreiro	3	1,6%
Professor	3	1,6%
Serviços Gerais	3	1,6%
Aux.Produção	2	1,0%
Cabelereira	2	1,0%
Empresário	2	1,0%
Func.Público	2	1,0%
Montador Naval	2	1,0%
Publicitário	2	1,0%
Outros	21	10,5%
Não informados	42	22,0%
Total	190	100,0%

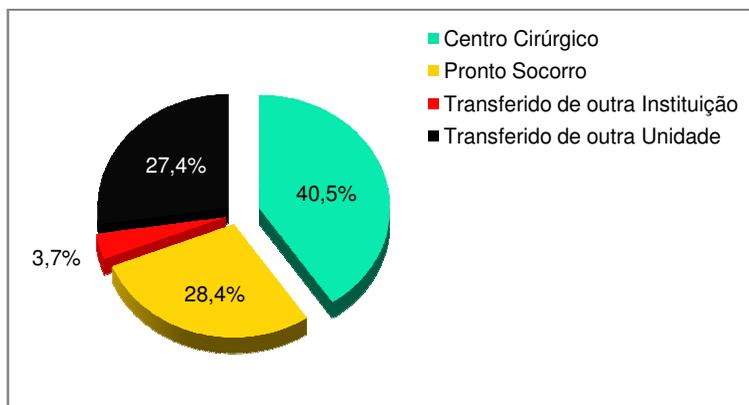
Em relação à cidade de origem, a tabela 4, mostra que das 190 internações que ocorreram no período do estudo, 177 pacientes (93,1%) são da microrregião de Itajaí, que é composta pelos municípios de Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Barra Velha, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Navegantes, Penha, Porto Belo, São João do Itaperiú. Observou-se que das 20 microrregiões de Santa Catarina, quatro estão presentes nas internações, da UTI do estudo.

Tabela 4 – Distribuição segundo microrregião de origem dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012 . Itajaí/SC. Brasil, 2012

Regiões de Santa Catarina	F	%
Microrregiões de Santa Catarina	190	100
Microrregião de Itajaí	177	93,1
Microrregião de Blumenau	4	2,1
Microrregião de Rio do Sul	1	0,5
Microrregião de Criciúma	1	0,5
Outros estados do Brasil	1	0,5
Ign	6	3,1

Na figura 2, verificou-se que a maioria dos pacientes (40,5%) é procedente do centro cirúrgico, 27,4% oriundos do pronto socorro, 28,4% de outras unidades e apenas 3,7% são procedentes de outras instituições.

Figura 2 - Procedência dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012



Na tabela 5 são apresentados os motivos de internação classificados pelos capítulos da CID-10. O motivo de internação mais frequente foi constituído pelo capítulo das Doenças do aparelho circulatório (26,3%), seguido de Neoplasias [tumores] (16,8%). As Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas foram a terceira causa de internação (13,7%), as - Doenças do

aparelho respiratório foram a quarta causa (11,6%) e o capítulo das Doenças do aparelho digestivo, foi a quinta causa com 7,4%.

Somados, os cinco primeiros motivos ou causas de internação totalizaram 75,8%, enquanto que as demais totalizaram 24,1% distribuídas em 12 capítulos.

Tabela 5 - Distribuição das causas de internação agrupados por capítulo CID-10, dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, Itajaí/SC. Brasil, 2012.

Capítulos CID 10	N	%
IX- Doenças do aparelho circulatório	50	26,3%
II- Neoplasias [tumores]	32	16,8%
XIX- Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	26	13,7%
X- Doenças do aparelho respiratório	22	11,6%
XI -Doenças do aparelho digestivo	14	7,4%
XXI -Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	13	6,8%
I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9	4,7%
VI- Doenças do sistema nervoso	6	3,2%
XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	5	2,6%
IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5	2,6%
XV- Gravidez, parto e puerpério	3	1,6%
XX- Causas externas de morbidade e de mortalidade	2	1,1%
XIV- Doenças do aparelho geniturinário	1	0,5%
XVII- Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0,5%
XIII- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	0,5%
Total	190	100%

Na tabela 6 foi verificado que, no capítulo de Doenças do aparelho circulatório, as Doenças cerebrovasculares foram as mais frequentes (70,0%), correspondendo a 18,3% do total das internações no período (n=190).

No capítulo Neoplasias [tumores], as neoplasias [tumores] malignas (os) corresponderam a 84,4%, totalizando 14,1% de todos os casos (n=190).

Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo e traumatismos da cabeça, ambos corresponderam a 34,6% cada um,

dentro do capítulo Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, correspondendo a 9,4% do total das internações no período (n=190).

Na tabela 6, também são apresentadas as frequências absolutas e relativas dos motivos de internação vinculados aos capítulos da CID-10: Doenças do aparelho respiratório (11,5%/n=190) e Doenças do aparelho digestivo (7,3%/n=190).

Tabela 6 - Distribuição dos principais diagnósticos por capítulos CID-10 dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012.

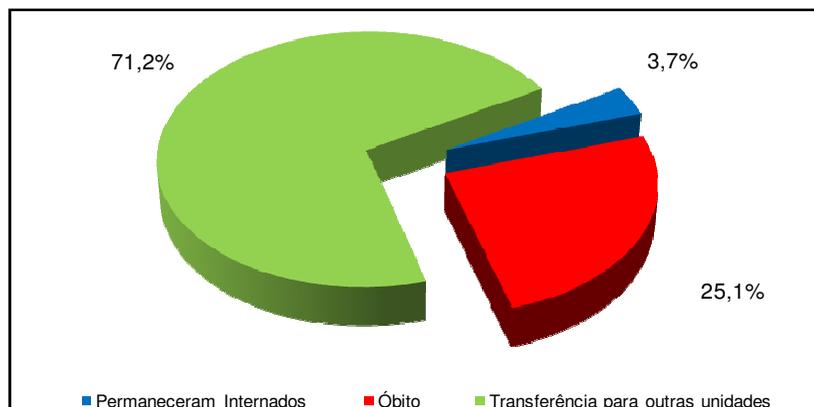
Capítulos/Grupos CID 10	N	%
IX- Doenças do aparelho circulatório		
Doenças cerebrovasculares	35	70,0%
Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares.	6	12,0%
Outras formas de doença do coração	4	8,0%
Doenças hipertensivas	2	4,0%
Doenças isquêmicas do coração	1	2,0%
Doenças cardíacas pulmonares e da circulação pulmonar	1	2,0%
Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios.	1	2,0%
Subtotal	50	100%
Capítulos/Grupos CID 10	N	%
b) II- Neoplasias [tumores]		
Neoplasias [tumores] malignas (os)	27	84,4%
Neoplasias [tumores] benignas (os)	4	12,5%
Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	1	3,1%
Subtotal	32	100%
Capítulos/Grupos CID 10	N	%
c) XIX- Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas		
Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	9	34,6%
Traumatismos da cabeça	9	34,6%
Traumatismos do quadril e da coxa	3	11,5%
Traumatismos do joelho e da perna	3	11,5%
Traumatismos do pescoço	1	3,8%
Queimaduras e corrosões de múltiplas regiões e de regiões não especificadas do corpo	1	3,8%
Subtotal	26	100%
Capítulos/Grupos CID 10	N	%
d) X- Doenças do aparelho respiratório		
Outras doenças do aparelho respiratório	10	45,5%

Continua

Capítulos/Grupos CID 10	N	%
Conclusão		
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	4	18,2%
Influenza [gripe] e pneumonia	4	18,2%
Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício	2	9,1%
Outras doenças da pleura	1	4,5%
Afecções necróticas e supurativas das vias aéreas inferiores	1	4,5%
Subtotal	22	100%
Capítulos/Grupos CID 10	N	%
e)X- Doenças do aparelho digestivo		
Outras doenças dos intestines	4	28,6%
Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	4	28,6%
Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	4	28,6%
Doenças do fígado	1	7,1%
Outras doenças do aparelho digestivo	1	7,1%
Outras doenças dos intestines	4	28,6%
Subtotal	14	100%

Conforme dados da figura 3, verificou-se que 71,2% dos pacientes internados receberam alta da UTI e foram encaminhados para outras unidades na instituição. Foram a óbitos 25,1% . Quando foi encerrada a coleta de dados no dia 31 de novembro de 2012, 3,6% permaneceram internados na UTI estudada.

Figura 3 – Distribuição dos tipos de alta e óbitos dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012.



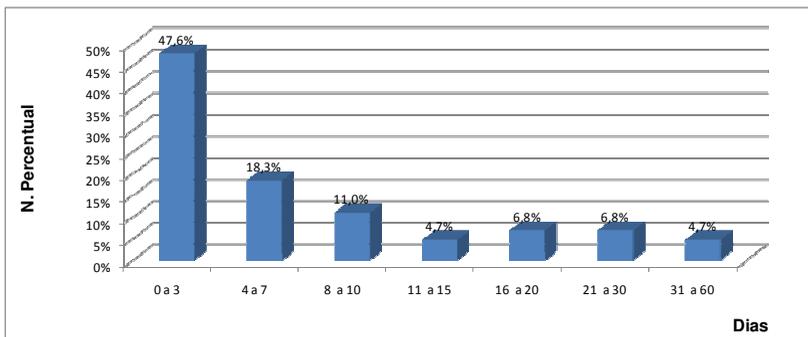
Quando analisamos os motivos de óbito (tabela 7), verificamos que a maior frequência foi vinculada ao capítulo das Doenças do aparelho circulatório (27,1%). Em segundo lugar, ficaram as Doenças do aparelho respiratório (20,8%) e em terceiro lugar as Neoplasias [tumores] (16,7%). A frequência acumulada das três primeiras causas correspondeu a 64,6 % dos óbitos, ou seja, mais que 50% do total de óbitos ocorridos no período.

Tabela 7 – Distribuição dos óbitos por capítulos da CID-10 dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012.

Capítulos CID 10	N	%
IX- Doenças do aparelho circulatório	13	27,1%
X- Doenças do aparelho respiratório	10	20,8%
XIX- Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	8	16,7%
II- Neoplasias [tumores]	4	8,3%
I -Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	8,3%
XI- Doenças do aparelho digestivo	4	8,3%
XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	3	6,3%
XXI- Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1	2,1%
VI- Doenças do sistema nervoso	1	2,1%
Total	48	100%

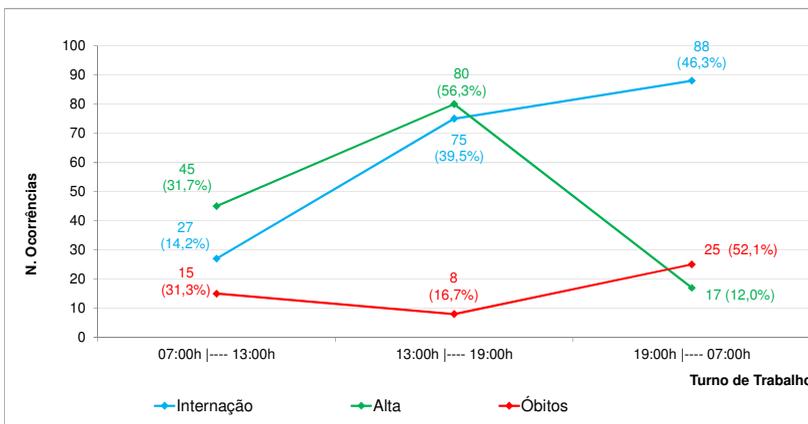
No que se refere ao tempo de internação, a figura 4, mostra que pouco menos da metade (47,6%) dos pacientes permaneceram internados na UTI por um período de 0 a 3 dias. Outros 18,3% ficaram por um período de 4 a 7 dias. A somatória dos pacientes que permaneceram na UTI, de 0 a 7 dias, foi de 65,9%. A moda de permanência na UTI foi de 0 a 3 dias. O tempo de permanência mínimo foi em torno de 24h e o período máximo de 52 dias.

Figura 4 – Distribuição do número de dias de internação dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012.



Em relação à distribuição de internações, altas e óbitos dos pacientes segundo turno de trabalho de enfermagem (figura 5), a maioria dos pacientes (46,3%) foi admitida no período noturno (19-07h), porém levando em consideração que o período vespertino é de 6h e o período noturno é de 12h, é notório que há maior número de admissões no período vespertino (39,5%). Apenas 14,2% internaram no turno matutino (07-13h).

Figura 5 - Distribuição de internação, alta e óbitos dos pacientes internados na UTI 1 do HMMKB, segundo o turno de trabalho de enfermagem. Julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. Brasil, 2012.



A maior parte dos pacientes (38,4%) recebeu alta no período vespertino (13-19h), 31,7% no período matutino (07-13h) e 12% no período noturno (19-7h). Vale ressaltar que no término da coleta de dados permaneceram na UTI, sete pacientes internados. Comparando os três turnos de trabalho, foi observado maior rotatividade de pacientes no período vespertino e noturno.

Verificou-se que no período matutino houve maior predominância de óbitos, levando em consideração que o turno é de 6h e 31,3% do total de óbitos ocorreram neste período.

DISCUSSÃO

As características demográficas em relação ao sexo confirmam a realidade das unidades de terapia intensiva, onde há predominância do sexo masculino. Os dados encontrados tem similaridade com outros estudos brasileiros nos quais mais de 50% dos internados foram do sexo masculino (MYATA *et al.*, 2007; FREITAS, 2010; INOUE; MATSUDA, 2010; OLIVEIRA; WESTPHAL; MAESTRONI, 2012). Estes dados podem ser decorrentes do aumento do número de acidentes nos últimos anos, da violência que a sociedade vem enfrentando, mediante avanços tecnológicos e científicos.

Em relação à faixa etária dos pacientes, resultado semelhante ao desta pesquisa, onde a somatória da frequência relativa das três faixas etárias mais frequentes, foi de 54,7%, foi encontrada em um estudo de Favarin e Camponogara (2012), realizado no Rio Grande do Sul, onde a maioria das internações foi na faixa etária de 61 a 70 anos (26%), seguida por 18% na faixa de 51 a 60 anos e na faixa de 71 a 80 anos (15%). Outros estudos realizados em regiões do Brasil também apontam que a maioria está acima da faixa etária dos 50 anos, variado entre 52,6 a 59,7 anos (AZEVEDO; MOURA; CUNHA, 2005; BALSANELLI; ZANEI; WHITAKER, 2006; GONÇALVES; PADILHA, 2007). Resultados que refletem a transição demográfica.

No Brasil, em 1950, existiam cerca de dois milhões de pessoas com 60 ou mais anos, atualmente cerca de 20 milhões, e estima-se a existência de 32 milhões no ano 2025, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2007. A idade cronológica, as mudanças físicas, a incapacidade de responder a situações estressantes, são fatores predominantes para a morbimortalidade em idosos. As UTI(s) precisam se adaptar a esse novo tipo de cliente, pois são pacientes com recuperação mais lenta e tratamento mais demorado.

No que se refere ao estado civil dos pacientes estudados, 62,6% eram casados, resultado similar a outros estudos nacionais onde a prevalência ficou estabelecida em 50% a 69,8%. (SCHEIN; CESAR, 2010; ROCHA *et al.*, 2007). Mesmo sabendo que o índice de divorciados no Brasil tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, não houve mudanças significativas nos dados referentes ao estado civil dos pacientes.

Em relação à ocupação, no estudo presente, houve predominância de aposentados. Resultados semelhantes foram observados em outra investigação, realizada em uma UTI de Fortaleza-CE, onde 45% foram aposentados, 20% do lar e o restante distribuído em outras ocupações (ROCHA *et al.*, 2007). Esses dados tem relação com a idade dos pacientes internados na UTI do referido estudo, mediante o fato da maioria ser acima de 50 anos.

No que tange ao município de origem dos pacientes, 93,1% são da microrregião de Itajaí, Santa Catarina. A referida UTI atende a grande demanda de pacientes do município e região. No estado, os leitos de UTI são insuficientes e distribuídos principalmente nos municípios mais desenvolvidos economicamente ou mais populosos, sendo que estes normalmente atendem também a sua região. Faz parte de uma instituição hospitalar de grande porte que atende pacientes de media e alta complexidade, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares. No entanto, de acordo com Rocco; Soares; Gallo (2006) o Brasil possui poucos leitos de UTI, para atender a demanda de pacientes.

Analisando os pacientes em relação à procedência, verificou-se, que a maioria é proveniente do centro cirúrgico. Outros estudos similares demonstram índices semelhantes, como por exemplo, em um estudo realizado nas UTI(s) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde 57,8% dos pacientes são procedentes do centro cirúrgico (NOGUEIRA; SOUZA; DOMINGUES, 2009). Também está evidenciado em um estudo realizado nas UTI(s) de dois hospitais do município de São Paulo, com 46,3% (GONÇALVES; PADILHA, 2007). Na instituição hospitalar da referida UTI, são realizadas cirurgias de grande porte que necessitam de cuidados intensivos principalmente, nas primeiras 24h. Nesta fase, o paciente apresenta instabilidade hemodinâmica, e necessita de controle rigoroso dos sinais vitais, de sangramentos, débitos de drenos, suporte ventilatório, cuidados contínuos que exigem profissionais capacitados e qualificados para a assistência.

O motivo de internação mais frequente na referida UTI, de

acordo com a CID-10, foram as doenças do aparelho circulatório. Vários estudos corroboram com estes dados. Está evidenciado na pesquisa realizada com pacientes de duas UTI(s) governamentais e duas não governamentais do município de São Paulo, onde 58% dos pacientes admitidos possuem doenças do aparelho circulatório (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2010). Em segundo lugar, foram as neoplasias, seguido das lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e em quarto lugar as doenças do aparelho respiratório. Diferente resultado foi observado, em um estudo prospectivo realizado em uma UTI do Distrito Federal, onde prevaleceram as doenças do aparelho respiratório (VIEIRA, 2011). Outro estudo mostrou que o diagnóstico mais comum de internação foram às lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas (MOURA, 2010).

Nos últimos anos, as doenças crônicas degenerativas e as doenças cardiovasculares, tiveram aumento significativo, sendo preponderantes nas taxas de morbidade e mortalidade. Dados refletidos neste estudo, no que tange ao motivo dos óbitos, mostram a prevalência das doenças do aparelho circulatório, seguido das doenças do aparelho respiratório. Observado também em estudo, realizado com idosos internados em uma UTI do estado do Paraná, que mostrou 24,6% dos óbitos decorrentes de doenças do aparelho circulatório (MYATA *et al.*, 2007). Já em outro estudo, realizado em uma UTI do Rio Grande do Sul, 26,4% dos óbitos foram devido a doenças do aparelho respiratório (BATISTA *et al.*, 2009).

Vários fatores influenciam na permanência dos pacientes internados na UTI, como por exemplo, a natureza de doença de base e as exigências terapêuticas decorrente das complicações. Na literatura é citado como período de permanência curto, internações de duração de um dia e de dois a quatro dias, períodos de média permanência de 10,5 dias (FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012). No entanto este estudo evidenciou que 65,9% das internações ocorreram no período de zero a sete dias e a moda de permanência foi de zero a três dias.

Analisando o destino dos pacientes após a alta da UTI, foi observado que a maioria dos pacientes recebeu alta para outras unidades de internação da instituição hospitalar. Na literatura, o destino após a alta mais citado são as unidades de terapia semi-intensivas e os óbitos (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; CIAMPONE *et al.*, 2006; GONÇALVES *et al.*, 2006). As unidades de terapia semi-intensivas recebem pacientes que necessitam ainda de cuidados assistenciais, contudo, devido a estabilidade no padrão respiratório, não é necessário a utilização de ventilação invasiva. A instituição hospitalar do referido estudo não possui unidade de terapia semi-intensiva. Outros dados

relevantes, mas pouco citados na literatura, são as variáveis de admissão e alta do paciente por turno de trabalho. No entanto, consideramos estes dados transformam-se em informações valiosas quando o assunto é planejamento da assistência. Neste estudo, a maioria dos pacientes recebeu alta no turno vespertino e houve mais admissões nesse período. Resultado semelhante foi observado em um estudo do Rio grande do Sul, onde cerca de dois terços das internações ocorreram entre 13h e 23h (SCHIEN; CESAR, 2010).

CONCLUSÃO

O conhecimento das características sociodemográficas e epidemiológicas são fatores que precedem uma assistência adequada e de boa qualidade. No contexto atual, este conhecimento aliado aos recursos físicos e tecnológicos disponíveis nas UTI (s) constitui-se em fator preditor da qualidade da assistência.

Através da realização desse estudo, podemos inferir que os resultados obtidos são de relevância para o planejamento e execução de ações em unidades de terapia intensiva. Nesse sentido, considera-se que o objetivo proposto foi atingido ao descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva adulto.

Houve similaridade com outras pesquisas em relação às variáveis, sexo, idade, motivos de internação e óbitos de acordo com a CID-10, procedência e tipos de alta. Ocupação dos pacientes, destino dos pacientes, altas e admissões por turno ainda são poucos citados na literatura.

Sugere-se o desenvolvimento de outros estudos semelhantes com o intuito de ampliar o conhecimento sobre as características da clientela atendida em unidades de terapia intensiva subsidiando recursos para a elaboração de instrumentos de avaliação e planejamento na assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, R. P.; MOURA, M. S.; CUNHA, S. Perfil e sobrevida dos pacientes de unidade de tratamento intensivo em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v. 17, n. 2,

p. 85-8, Abr./jun. 2005.

BALSANELLI, A. P.; ZANEL, S. S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. **Acta Paul. Enferm.** v. 19, n. 1, p. 26-20, 2006.

BATISTA, C. C.; *et al.* Avaliação prognóstica individual na UTI: é possível diferenciar insistência terapêutica de obstinação terapêutica? **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** v. 21, n. 3, p. 247-54, 2009.

CIAMPONE, J. T.; *et al.* Necessidade de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em UTI: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. **Acta Paul. Enferm. [online].** V. 19, n. 1, p. 28-35, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a05v19n1.pdf>>. Acesso em: 12 Jul 2012.

CONISHI, R. M. Y.; GAIDZINSKI, R. R. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. **Rev. Esc. Enf. USP.** v.41,n.3,p.346-54, 2007.

FAVARIN, S. S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Rev. Enferm. UFSM.** v. 2, n. 2, p. 320-9, maio/ago. 2012.

FREITAS, E. R. F. S. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHEII. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 18, n. 3, p. 317-23, 2010.

GONÇALVES, L. A.; PADILHA, K. G. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP.** v. 41, n. 4, p. 645-52, 2007.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul. Enferm.** v. 23, n. 3, p. 379-84, 2010.

LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na Atenção Básica.** Florianópolis : Ed. UFSC, 2012. Disponível em: www.unasus.ufsc.br. Acesso em: 16 Jan. 2012.

LANETZKI, C. S.; *et al.* O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrico do Hospital Israelita Albert Einstein. **Rev. Einstein.**

v. 10, p. 16-21, 2012.

MOURA, C.S. **Interações medicamentosas em pacientes hospitalizados**: exposição, relação com indicadores de internação e intervenção. 2010. Tese (Doutorado)-Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MYATA, D. F.; *et al.* Caracterização da terapêutica medicamentosa de idosos portadores de doenças cardiorespiratórias internados em unidade de terapia intnsiva. **Cienc. Cuid. Saúde.** v. 6, n. 4, p. 449-55, out./dez. 2007.

NOGUEIRA, L. S.; SOUSA, R. M. C.; DOMINGUES, C. A. Gravidade das vítimas de trauma, admitidas em unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre diferentes índices **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. v. 17, n. 6, [7 telas], 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt17.pdf>>. Acesso em: 24 Out. 2012.

OLIVEIRA, E. L.; WESTPHAL, G. A.; MASTROENI, M. F. Características clínico-demográficas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e sua relação com a mortalidade. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.** v. 27, n. 1, p. 52-60, 2012.

ROCCO, J. R.; SOARES, M.; GALLO, M. F. Pacientes clínicos referenciados, mas não internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognóstico. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** v. 18, n. 2, p. 114-20, 2006.

ROCHA, M. S.; *et al.* Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. **Rev. Enferm. UERJ.** v. 15, n. 3, p.411-6, Jul/Set. 2007.

ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N.; **Epidemiologia & Saúde.** 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SCHEIN, L. E. C.; CESAR, J. A. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Rev. Bras. Epidemiol. [online]**. v. 13, n. 2, p. 289-301, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/11.pdf>>. Acesso em: 28 Jan. 2013.

SILVA, M. C. M.; SOUSA, R. M. C.; PADILHA, K. G. Destino do paciente após alta da unidade de terapia intensiva: unidade de internação

ou intermediária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 2, [9 telas], mar./abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_13.pdf. Acesso em: 16 Jan. 2012.

VIEIRA, M. S. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da Central de Regulação de Internações Hospitalare. **Com. Ciências Saúde**. v. 22, n. 3, p. 201-10, 2011.

5.2 ARTIGO 2 - GRAVIDADE DE PACIENTES EM TERAPIA INTENSIVA E CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM, SEGUNDO O TISS 28

GRAVIDADE DE PACIENTES EM TERAPIA INTENSIVA E CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM, SEGUNDO TISS - 28⁴

GRAVITY OF PATIENTS IN INTENSIVE CARE AND NURSING WORKLOAD BY 28 TISS

GRAVEDAD DE LOS PACIENTES EN CUIDADOS INTENSIVOS Y CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EM 28 TISS

Odisséia Fátima Perão⁵
Maria Bettina Camargo Bub⁶

Resumo: Introdução: A unidade de terapia intensiva recebe pacientes em estado grave e frequentemente instáveis, os quais requerem atendimento rápido e contínuo. Neste sentido, a aplicação de instrumentos que avaliem o grau de gravidade e, ao mesmo tempo a carga de trabalho requerida para o cuidado destes pacientes é fundamental para que estas unidades cumpram sua atividade fim. Objetivo: O estudo mensurou a gravidade dos pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva geral e quantificou a carga de trabalho de enfermagem através da aplicação do *Therapeutic Intervention Scoring System 28 (TISS-28)*. Método: Estudo de natureza quantitativa do tipo descritivo, prospectivo, realizado no período de julho a novembro de 2012, na UTI de um hospital geral, na região sul do país. Os dados foram coletados diariamente através da observação e registros no prontuário do paciente. Foram analisadas 183 internações na UTI,

⁴ Resultado de dissertação do Mestrado apresentado ao programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

⁵ Enfermeira. Mestranda do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: odisseiaperao@gmail.com

⁶ Doutora. Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação e Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis/ SC. E-mail: bettinabub@gmail.com

tendo como critério de exclusão internações inferior a 24 horas. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas, organizados em tabelas e figuras e realizada a análise estatística. Resultados: Os resultados da coleta de dados, evidenciaram que a maioria dos pacientes são do sexo masculino (60,6%), com predominância da faixa etária de 50 a 60 anos (22,6%), procedentes do centro cirúrgico (39,89%) e com permanência de 0 a 3 dias (43,17%). Houve mais admissões no período noturno (46,44%), no entanto foi no período vespertino que ocorreu maior rotatividade de pacientes. Foi observado um índice de 22,4% de óbitos, no período da coleta de dados. Em relação a classificação da gravidade dos pacientes por classe, 47,54% são da classe II que varia de 20 a 35 pontos do TISS-28. A categoria das intervenções terapêuticas com 100% foram: atividades básicas e suporte ventilatório. A média das mensurações do TISS-28 resultou em 24,1 pontos, demandando uma carga horária de 12,8h. A média do TISS-28 diário foi de 232 pontos, demandou 123 horas de cuidados de enfermagem, enquanto a equipe de enfermagem no período gerou 120 horas de trabalho ao dia. Conclusão: Por meio do TISS-28 foi possível identificar as categorias, as intervenções mais frequentes e a carga de trabalho da enfermagem na UTI estudada, constituindo-se num importante aliado para o planejamento da assistência nestas unidades.

Descritores: Terapia intensiva; gravidade do paciente; carga de trabalho.

Abstract: Introduction: The intensive care unit receives patients in serious condition and often unstable, which require fast response and continuous. In this sense, the use of instruments to assess the severity and at the same time the workload required for the care of these patients is essential to meet these units core activity. Objective: The study measured the severity of the patients admitted to an intensive care unit and quantified the overall workload of nursing through the application of Therapeutic Intervention Scoring System 28 (TISS-28). Method: A quantitative descriptive, prospective study, carried out from July to November 2012, in the ICU of a general hospital in the southern region of the country. Data were collected daily through observation and records the patient's chart. We analyzed 183 ICU admissions, with the exclusion criterion hospital less than 24 hours. We calculated the absolute and relative frequencies, organized in tables and figures and performed the statistical analysis. Results: The results of the data collection, showed that most patients were male (60.6%), predominantly in the age group 50- 60 years (22.6%), coming from the surgical center

(39.89%) and stay 0 to 3 Days (43.17%). There were more admissions in the evening (46.44%), however it was in the afternoon that was higher patient turnover. There was an index of 22.4% of deaths in the period of data collection. Regarding the classification of the severity of patients per class, 47.54% are class II ranges from 20 to 35 points TISS-28. The category of therapeutic interventions with 100% were: basic activities and ventilatory support. The average of the measurements of TISS-28 resulted in 24.1 points, requiring a workload of 12.8 h. The average daily TISS-28 was 232 points, required 123 hours of nursing care, while nursing staff 120 hours of work a day. Conclusion: Through the TISS-28 was identified categories, the most frequent interventions, and nursing workload in ICUs studied, constituting an important ally for care planning in these units.

keywords: Intensive care; patient severity; workload.

Resumen: Introducción: La unidad de cuidados intensivos recibe pacientes en estado grave y con frecuencia inestable, que requieren una respuesta rápida y continua. En este sentido, el uso de instrumentos para evaluar la gravedad y, al mismo tiempo la carga de trabajo necesaria para el cuidado de estos pacientes es esencial para cumplir con estas unidades de actividad principal. Objetivo: El estudio midió la gravedad de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos y se cuantifica la carga de trabajo de enfermería a través de la aplicación del Sistema de Puntuación de Intervención Terapéutica 28 (TISS-28). Método: Un estudio cuantitativo descriptivo, prospectivo, realizado entre julio y noviembre de 2012, en la UCI de un hospital general en la región sur del país. Los datos fueron recogidos diariamente a través de la observación y registra la historia del paciente. Se analizaron 183 UCI de admisión, con la exclusión del hospital criterio de menos de 24 horas. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas, organizados en tablas y figuras, y realizó el análisis estadístico. Resultados: Los resultados de la recogida de datos, mostró que la mayoría de los pacientes eran hombres (60,6%), con predominio el grupo de edad de 50-60 años (22,6%), procedente del centro quirúrgico (39,89%) y permanecen 0- 3 días (43,17%). Hubo más espectadores en la noche (46,44%), sin embargo, fue en la tarde que era mayor de pacientes. Hubo un índice de 22,4% de las muertes en el período de recolección de datos óbitos, no período da coleta de dados. En cuanto a la clasificación de la gravedad de los pacientes por grupo, 47,54% son los rangos de clase II de 20 a 35 puntos TISS-28. La categoría de las intervenciones terapéuticas con el

100% fueron: actividades básicas y de apoyo ventilatório. El promedio de las mediciones de TISS-28 resultó en 24,1 puntos, lo que requiere una carga de trabajo de 12,8h. . El promedio diario de TISS-28 fue de 232 puntos, necesarias 123 horas de cuidados de enfermería, mientras que el personal de enfermería en el período generó 120horas de trabajo al día. Conclusión: A través de las categorías TISS-28 fue identificado, las intervenciones más frecuentes y la carga de trabajo de enfermería en las UCI estudiadas, convirtiéndose en un aliado importante para la planificación de la atención en estas unidades.

Palabras clave: cuidados intensivos, la gravedad del paciente; la carga de trabajo.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva é um local que atende pacientes em estado agudo ou crítico, que requer atendimento permanente e especializado. Dispõe de equipamentos e tecnologia avançada, com recursos humanos capacitados e qualificados, em processo contínuo de treinamento e educação permanente. É um ambiente que proporciona assistência sofisticada, complexa e onerosa diferenciada de outras unidades da instituição (BECCARIA *et al.*, 2010). Indubitavelmente a UTI recebe pacientes em estado grave, mas para identificar o grau de gravidade dos pacientes é necessário aplicar instrumentos que demonstrem a instabilidade desses pacientes e a probabilidade de recuperação dos mesmos.

Existem Sistemas de Classificação de pacientes (SCP) que através da mensuração de diferentes variáveis contribuem para a assistência e também para o gerenciamento das unidades de terapia intensiva, utilizando instrumentos que permitem resultados seguros para a avaliação dos pacientes (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007).

Para essa avaliação são utilizados os índices de gravidade. Os índices de gravidade são classificações numéricas relacionadas a determinadas características apresentadas pelos pacientes e que proporcionam meios para avaliar as probabilidades de mortalidade e morbidade resultantes de um quadro patológico (NUNES, 2000).

No entanto, trabalhar somente com índices de gravidade não é o suficiente para assistência de qualidade a estes pacientes em unidade de terapia intensiva. É preciso levar em consideração o número de recursos humanos disponíveis na unidade para o atendimento. Nos últimos anos, várias unidades de terapia intensiva tem utilizado instrumentos para

auxiliar no dimensionamento do pessoal de enfermagem.

Além de suprir a demanda de cuidados necessários aos pacientes, o dimensionamento de pessoal, melhora as condições de trabalho e conseqüentemente a saúde dos trabalhadores de enfermagem, os quais pela natureza do trabalho, já lidam constantemente com situações estressantes e de morte (INOUE; MATSUDA, 2010).

Para tanto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução 293/2004, estabeleceu parâmetros para o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem de acordo com a complexidade da assistência requerida pelas unidades hospitalares. A Resolução considera 17,9h de horas de assistência de enfermagem o valor mais alto por leito nas 24h na terapia intensiva. No entanto, na prática, a Resolução não tomou em consideração a diversidade dos pacientes atendidos nas unidades intensivas, os recursos disponíveis e a mudança da demanda e cuidados de enfermagem em um mesmo paciente durante sua internação, fato que tende a tornar a Resolução frágil para dar conta das demandas na UTI. (DUCCI; ZANEI; WHITAKER, 2008).

O *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS 28) destaca-se como um instrumento técnico administrativo e avaliador do processo assistencial, pois trata-se de um índice existente que possibilita o dimensionamento de pessoal da enfermagem pela classificação dos pacientes de acordo com a complexidade assistencial (MIRANDA, 1996).

O TISS foi criado em 1974, com 57 intervenções terapêuticas, por Cullen e colaboradores, com o intuito de avaliar a gravidade dos doentes críticos e permitir uma análise de custos com maior confiabilidade. Introduziu na prática clínica a mensuração da carga de trabalho de enfermagem e foi utilizado primeiramente em um hospital de Massachussets nos Estados Unidos da América. Em 1983, Keene e Kullen, após primeira revisão do instrumento, modificaram para 76 intervenções terapêuticas. Após nova revisão do instrumento, com uma amostra inicial de 10000 dados do TISS 76, extraídos randomicamente da base de dados da Fundação para Pesquisa em Cuidado Intensivo da Europa, o TISS 76 foi simplificado e passou a conter 28 intervenções terapêuticas. Para a validação do instrumento, 22 UTI(s) da Holanda participaram do estudo. Foi publicado pela primeira vez, em 1996, por Diniz Reis Miranda e colaboradores (BALTAZAR, 2012).

O TISS 28 é composto por itens relacionados às atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas, atribuindo pontuação para cada

intervenção, de 1 a 8. No TISS são utilizadas informações referentes às últimas 24 horas de internação na UTI. Na versão de Miranda, inferiu-se que um ponto TISS-28 equivale a um consumo de 10,6 minutos de tempo de um profissional de enfermagem no cuidado direto ao paciente. Conclui-se então, que um profissional, em plantão de 8h, pode atender um paciente de no máximo 46 pontos.

O TISS-28 classifica os pacientes em: Classe I, de 0 a 19 pontos; Classe II, de 20 a 34 pontos; Classe III, de 35 a 60 pontos; Classe IV, mais de 60 pontos. O escore total do TISS-28 varia de um mínimo de 0 a 76 pontos, maior pontuação significa maior número de intervenções terapêuticas, maior a gravidade do paciente e maior necessidade de horas de cuidados de enfermagem (NUNES, 2000).

O sucesso na aplicação do TISS-28, não depende somente da disponibilidade do instrumento na unidade, da existência de instruções escritas e treinamentos, mas também da motivação e envolvimento dos enfermeiros, os quais podem complementar informações não disponíveis nos registros existentes (QUEIJO, 2002).

Este estudo justifica-se por acreditar que o TISS-28 é um bom instrumento para determinar o grau de gravidade dos paciente e, por este motivo, é relevante para o planejamento da assistência de enfermagem, bem como, na adequação de recursos materiais e humanos.

OBJETIVO

Este estudo objetivou mensurar a gravidade dos pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva geral e quantificar a carga de trabalho de enfermagem através da aplicação do TISS-28.

MÉTODO

Estudo de natureza quantitativa do tipo descritivo, prospectivo, realizado no período de julho a novembro de 2012, na UTI de um hospital geral, na Região Sul do país.

A UTI possui 10 leitos de internamento, recebe pacientes clínicos e cirúrgicos. Atende pacientes do Sistema Único de Saúde, convênios e particulares. Neste setor, a equipe de enfermagem é composta por quatro técnicos de enfermagem e um enfermeiro assistencial por turno, um enfermeiro coordenador da unidade, um enfermeiro auditor de contas, totalizando 22 profissionais de enfermagem. Estão distribuídos em

quatro equipes com jornada de trabalho de 42h semanais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, que aprovou o Parecer: 155.004, respeitando o que se preconiza na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A população estudada foi composta por 190 internações ocorridas na UTI no período de julho a novembro de 2012. A amostra ficou composta por 183 internações. Foram excluídas as internações com menos de 24h, pois para a mensuração correta do TISS-28, um dos critérios é avaliar os pacientes com mais de 24h de internação em uma unidade de terapia intensiva.

A lista de pacientes internados no período delimitado para a coleta de dados foi obtida a partir do livro de registro da unidade. Os dados foram coletados diretamente do prontuário do paciente.

O instrumento de coleta de dados foi constituído por duas partes. Na primeira parte, constam os dados demográficos (número do registro de admissão, idade, sexo, estado civil procedência) e epidemiológicos (turno da internação e alta, diagnóstico na admissão e causas de óbito de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10), tipo de alta dos pacientes internados e a segunda parte pelos itens do TISS-28, mensurados em pacientes com mais de 24h de internação.

O cálculo da carga de trabalho de enfermagem, conforme o TISS-28 foi realizado por meio da observação direta ao cliente, pelas evoluções médicas e de enfermagem, e dos procedimentos terapêuticos e de monitorização, durante o período mínimo de 24h de internação até a alta do paciente na UTI. Estas mensurações (1471) foram realizadas diariamente, no período de 1º de julho a 30 de novembro de 2012 (153 dias). Depois de preenchido, o instrumento foi analisado e calculado a pontuação diária do escore TISS-28. Para a conversão do índice do TISS-28 em horas, foi multiplicado por 10,6 minutos, que representa o tempo de trabalho necessário a cada ponto do TISS-28 por turno de trabalho de 8h. Em seguida foi multiplicado o resultado por três (turnos de 8h). Finalmente foi dividido por 60 minutos para se chegar às horas de assistência de enfermagem.

A atividade de coleta de dados ficou a cargo da pesquisadora, sendo coletados uma vez ao dia, sempre no mesmo horário.

Os dados foram introduzidos em banco de dados e processados eletronicamente. Os dados demográficos e epidemiológicos foram submetidos a análise estatística, calculado as frequências absoluta e relativas. Foi construído um banco de dados, em planilhas do programa

Microsoft Office Excel 2010, o qual foi analisado por tabulações simples das variáveis e apresentado por meio de tabelas e gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados demográficos e epidemiológicos das internações estudadas (n=183) mostraram que a maioria era do sexo masculino (60,6%), com predominância da faixa etária de 50 a 60 anos (22,6%) e procedentes da microrregião de Itajaí (92,9%).

O motivo mais frequente de internação dos pacientes, de acordo com a CID-10, foram as Doenças do Aparelho Circulatório (26,2%), seguido das Neoplasias (16,8%), e, em terceiro as Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (13,6%).

A tabela 1 mostra que 39,89%, dos pacientes estudados, foram procedentes do centro cirúrgico, seguidos de outras unidades da instituição (28,53%) e da unidade de emergência (27,87). Outros estudos apresentam resultados semelhantes, como por exemplo, a pesquisa realizada nas UTI(s) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde 57,8% dos pacientes foram procedentes do centro cirúrgico (NOGUEIRA; SOUZA; DOMINGUES, 2009) e a pesquisa realizada nas UTI(s) de dois hospitais do município de São Paulo, com 46,3% (GONÇALVES; PADILHA, 2007).

O centro cirúrgico da instituição hospitalar estudada realiza cirurgias de grande porte, necessitando de um pós-operatório imediato em unidade de terapia intensiva. Nesta fase, o paciente apresenta instabilidade hemodinâmica, necessitando de controle rigoroso dos sinais vitais, controle de sangramentos, débitos de drenos, suporte ventilatório, cuidados contínuos que exigem profissionais capacitados e qualificados para a assistência.

Observou-se que 46,44% dos pacientes foram admitidos no período noturno (19h – 7h), porém se levarmos em consideração a carga horária de trabalho por turno, foi no período vespertino (13h-19h) com 39,89% das admissões que ocorre maior rotatividade dos pacientes. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo do Rio Grande do Sul, onde cerca de dois terços das internações ocorreram entre 13h e 23h (SCHIEN; CESAR, 2010). O aumento de admissões no período vespertino e noturno na UTI estudada pode estar relacionado com o número de pacientes procedentes do centro cirúrgico, visto que a

maioria das cirurgias eletivas e de grande porte são realizadas no período matutino. É importante o conhecimento desses dados, pois eles favorecem a organização da escala diária de trabalho na unidade, direcionando o número de funcionários necessários para os horários onde a demanda é mais elevada (COELHO et.al., 2010).

Tabela 1 - Distribuição das admissões segundo turno de trabalho e procedência dos pacientes internados na UTI no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. 2013

Turno / Procedência	Nº	%
07h00min l---- 13h00min	25	13,66
Centro Cirúrgico	11	6,01
Emergência	03	1,64
Transferido de outra unidade	10	5,46
Transferido de outra instituição	01	0,55
13h00min l---- 19h00min	73	39,89
Centro cirúrgico	32	17,49
Emergência	15	8,20
Transferido de outra unidade	25	13,66
Transferido de outra instituição	01	0,55
19h00min l---- 07h00min	85	46,44
Centro Cirúrgico	30	16,39
Emergência	33	18,03
Transferido de outra unidade	17	9,29
Transferido de outra instituição	05	2,73
Total	183	100%

Fonte: Livro de registro da UTI e prontuário do paciente. Itajaí –SC / 2012.

Analisando a tabela 2, observou-se que a maioria dos pacientes (73,77%), ao receber alta da UTI foi encaminhada para outras unidades da instituição. Essas altas ocorreram com maior frequência (39,89%) no turno vespertino. A visita médica e de enfermagem aos pacientes costuma na maioria das UTI(s) ocorrer no período matutino, enquanto que as altas costumam ocorrer no período vespertino (BALSANELLI; ZANEI; WHITAKER, 2006). É interessante salientar que, na UTI estudada, tanto as admissões como as altas ocorreram com maior frequência no período vespertino, caracterizando maior rotatividade de pacientes neste período (13:00-19:00h).

O HMKB, não possui unidade de terapia semi-intensiva (USI). Estudos mencionam que 54,0% a 58,4%, dos pacientes que receberam alta das unidades de terapia intensiva são encaminhados para a USI

(GARCIA *et al.*, 2005; GONÇALVES *et al.*, 2006; CIAMPONE *et al.*, 2006). Indubitavelmente se a instituição hospitalar disponibilizasse de uma unidade de terapia semi-intensiva, haveria maior rotatividade de pacientes na UTI, e possivelmente diminuiria o tempo de espera por cuidados intensivos nas unidades de emergência e centro cirúrgicos.

Em relação ao número de óbitos, não houve uma discrepância elevada na frequência entre os três turnos, visto que os turnos matutino e vespertino são de 6h e o noturno de 12h. Entre as 183 internações estudadas, obteve-se um índice de 22,40% de óbitos. Outros estudos apresentam índices semelhantes, 20%, 25,9%, e 30,6% (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2010; MORITZ; BEDUSCHI; MACHADO, 2008; ACUÑA *et al.*, 2007).

Tabela 2 – Distribuição segundo turno de trabalho e alta dos pacientes internados na UTI no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC, 2013.

Turno / Alta	Nº	%
Transferência para outras unidades	135	73,77
07h00h ---- 13h00h	45	24,59
13:00h ---- 19:00h	73	39,89
19:00h ---- 07:00h	17	9,29
Óbito	41	22,40
07:00h ---- 13:00h	11	6,11
13:00h ---- 19:00h	8	4,37
19:00h ---- 07:00h	22	12,02
Permaneceram na UTI internados	7	3,83
Total	183	100,0%

Observou-se na tabela 3, que o tempo de internação mais frequente foi de um a três dias (43,17%) e a maior variação de um a 60 dias. A média foi de oito dias, compatível a outros estudos brasileiros (DUCCI *et al.*, 2004). Destaca-se ainda que 20,22% ficaram internados de quatro a sete dias e 11,47% entre oito a 10 dias. Obteve-se a frequência acumulada (*f_a*) de 74,86%, considerando o tempo de internação de um a 10 dias. Verificou-se que a maioria dos óbitos também ocorreu no período de um a 10 dias.

É relevante salientar que a frequência elevada do tempo de internação e óbitos no período de um a 10 dias pode estar relacionada com a procedência de pacientes oriundos do centro cirúrgico (Tabela 1), os quais vêm passar o período pós-operatório imediato na UTI. Alguns

estudos descrevem que quanto maior o tempo de internação na UTI, maior o índice de mortalidade, devido o paciente estar exposto a possíveis infecções hospitalares e exacerbação de doenças crônicas pré-existente (BALSANELLI, 2006).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes internados na UTI, segundo dias de internação e tipos de alta, no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC, 2013.

Dias de Internação	Transferência para outra unidade	Óbito	Permanecem internados	F	%
1 a 3	67	9	3	79	43,17
4 a 7	27	9	1	37	20,22
8 a 10	14	7		21	11,47
11 a 15	5	4		9	4,92
16 a 20	11	2	1	14	7,65
21 a 30	5	6	2	13	7,10
31 a 60	6	4		10	5,46
Total	135	41	7	183	100
%	73,77%	22,40%	3,83%	100,0%	

Analisando a classificação da gravidade dos pacientes conforme o TISS-28 e sua relação com o sexo, o quadro 1, mostrou predominância na classe II (47, 54%), sendo 25,68% do sexo masculino e 21,8% do sexo feminino. Vale destacar que em todas as classes, houve maior frequência do sexo masculino e que nenhum dos pacientes se enquadrou na classe IV.

Quadro 1 - Classificação da gravidade por classe do TISS-28, segundo sexo dos pacientes internados na UTI no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC, 2013.

Classes TISS 28 (CULLEN, 1974)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Classe I	40	21,86	21	11,48	61	33,33
Classe II	47	25,68	40	21,86	87	47,54
Classe III	24	13,11	11	6,01	35	19,13
Classe IV	-	-	-	-	-	-
Total	111	60,65%	72	39,35	183	100%

Os dados indicam que a maioria dos pacientes encontrava-se fisiologicamente estável, embora necessitassem de cuidados de enfermagem e monitorização contínua. Pacientes graves, mas estáveis hemodinamicamente (Classe III), foi observado em menor frequência (19,13%). Não foi registrado nenhum paciente com indicação compulsória de assistência médica e de enfermagem contínua e especializada (Classe IV).

Observando o quadro 2, que demonstra a distribuição percentual dos pacientes por intervenções terapêuticas do TISS-28, as categorias : Atividades básicas e Suporte ventilatório obtiveram 100% de frequência. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado na UTI de um hospital geral de grande porte do interior do estado de São Paulo (BECCÁRIA *et al.*,2010). Tal achado reflete a instabilidade dos pacientes graves, os quais demandam de monitorização contínua dos parâmetros vitais.

Em terceiro lugar (91,26%) encontra-se a categoria Suporte renal. Resultado esperado, pois a UTI realiza controle rigoroso de balanço hídrico tanto em pacientes com ou sem sondagem vesical. Outros estudos corroboram com o aumento da frequência dessa categoria (NUNES,2002; GARCIA,2005).

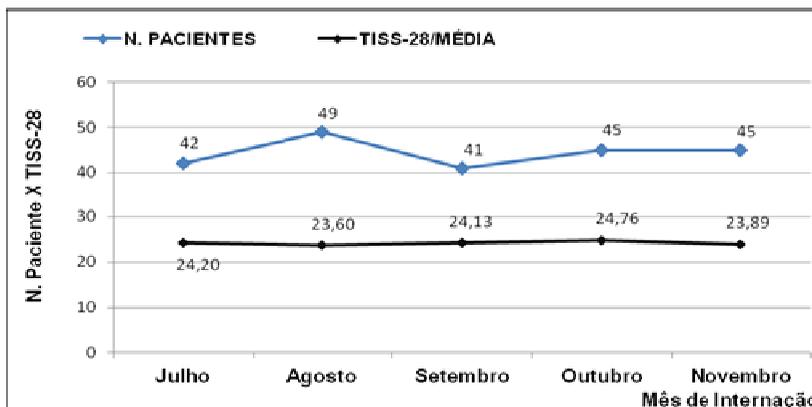
Quadro 2 - Distribuição percentual dos pacientes por intervenções terapêuticas, internados na UTI, julho a novembro de 2012. Itajaí/SC. 2013.

Intervenções Terapêuticas	Nº de pacientes	
	F	%
Atividades básicas	183	100,00
Suporte ventilatório	183	100,00
Suporte cardiovascular	133	72,68
Suporte renal	167	91,26
Suporte neurológico	4	2,19
Suporte metabólico	130	71,04
Intervenções específicas	18	9,84
Total de pacientes	183	100,00%

Sobre a gravidade dos pacientes internados na UTI, após 1471 mensurações do TISS-28, verificou-se média do TISS-28 de 24,1 pontos, score esteve próximo aos encontrados em estudos nacionais e internacionais. Outros estudos variam de 20 e acima de 30 pontos (SILVA; SOUSA, 2002; TELLES; CASTILHO, 2007).

Na figura 1, observamos que não houve diferença relevante na média do TISS-28 nos meses de coleta de dados. Vale ressaltar que no mês de agosto, mesmo com um número maior de pacientes, a média foi inferior (23,60) ao mês de setembro (24,13) que teve maior rotatividade de pacientes. Comprova-se com esses dados, que a quantidade de pacientes não está relacionada diretamente com a média de pontuação do TISS-28. Estudo similar realizado em uma UTI de um hospital universitário da Universidade Federal de São Paulo corrobora com esses dados (DUCCI *et al.*, 2004).

Figura 1 - Distribuição da média TISS-28 em relação ao número de pacientes/mês internados no período de julho a novembro de 2012. Itajaí/SC.2013



Das 1471 mensurações obteve-se como pontuação do TISS 28 o total de 35468 pontos. Dividiu-se esta pontuação por 1471, resultando no valor de 24,1 que corresponde ao valor do TISS-28 médio. Este valor (24,1), foi multiplicado por 10,6 minutos, resultando 256 minutos. Posteriormente foi multiplicado por três, visto que 10,6 corresponde a um turno de 8h e finalmente dividido por 60 minutos, resultando para cada paciente, uma média de 12,8 horas de assistência de enfermagem ao dia.

Com relação à carga de trabalho de enfermagem, foi calculada a somatória dos TISS-28 de todos os dias e de todos os pacientes (35468) e dividido por 153 dias, que equivale ao período de julho a novembro de 2012, obtendo uma média do TISS- diário de 232 pontos. Multiplicando

232 por 10,6 obteve-se o resultado de 2459,2 pontos que posteriormente foi multiplicado por três (turnos de 8h) totalizando a demanda 123 horas de assistência de enfermagem ao dia. Avaliando a escala diária de trabalho da equipe de enfermagem da unidade estudada, notou-se que ela gera 120 horas de trabalho ao dia, sendo incluídos enfermeiros e técnicos de enfermagem de todos os turnos. À época do estudo, a equipe de enfermagem da UTI era formada por quatro técnicos de enfermagem e um enfermeiro assistencial em cada turno. Em um estudo similar, relacionando as horas de trabalho da equipe de enfermagem e as horas demandadas pela média do TISS-diário, sobraram 31 horas (média diária) que serviram para cobrir absenteísmo (ausências previstas e não previstas como falta, licenças e férias) (BECCÁRIA et. al., 2010).

Neste estudo o valor do TISS-28 demandou uma média inferior de horas de cuidado de enfermagem ao que consta na Resolução 283 de 2004, que determina 17,9 h diárias despendidas por cliente. Porém se relacionarmos ao dimensionamento da equipe de enfermagem, veremos que há uma sobrecarga de trabalho de enfermagem, pois é necessário maior número de funcionários para suprir a demanda de 123 horas de assistência de enfermagem ao dia, detectada com o estudo.

Todavia o TISS-28 por mensurar apenas intervenções terapêuticas, avaliando a gravidade indireta do paciente, não contempla outras atividades que fazem parte do cotidiano das UTI(s) como banho, higiene oral e íntima, mudanças de decúbito, aspirações que demandam tempo de enfermagem (BECCÁRIA et. al. 2010).

Em síntese, os resultados da aplicação sistemática do TISS-28, trazem subsídios para a gerência compreender o funcionamento da UTI e conseqüentemente aplicar um planejamento que visa a qualidade da assistência.

CONCLUSÃO

Com o surgimento de novas tecnologias e recursos terapêuticos para facilitar o tratamento e recuperação do paciente em unidade de terapia intensiva, a enfermagem está utilizando cada vez mais escores que avaliam a gravidade dos pacientes, com o intuito de planejar uma assistência adequada às necessidades do cliente.

Por meio do TISS-28, foi possível identificar as categorias e as intervenções mais frequentes, contribuindo assim para o planejamento da prática assistencial. Foi verificado neste estudo que a maioria dos pacientes encontrava-se na classe II (20 a 34 pontos) com permanência

mais elevada no período de 1 a 3 dias e procedentes do centro cirúrgico. De acordo com o TISS-28 os dados demandaram uma média de 12,1 horas de cuidados de enfermagem ao paciente. No entanto, relacionando com o dimensionamento da equipe de enfermagem, observa uma sobrecarga de trabalho.

Porém, apresenta uma deficiência na mensuração da carga de trabalho de enfermagem, mediante algumas atividades de rotina do quotidiano da UTI que não podem ser mensurados pelo TISS-28.

Outrora, não existe um escore que seja unânime, mensurando todas as atividades realizadas em UTI, pois possuem vantagens e desvantagens.

Há necessidade de estudos que contemplem esta deficiência, se aproximando mais da realidade assistencial das unidades de terapia intensiva.

REFERÊNCIA

ACUÑA, K.; *et al.* Características clínico - epidemiológicas de adultos e idosos atendidos em unidade de terapia intensiva pública da Amazônia (Rio Branco – Acre). **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v. 19, n. 3 p. 304-9, 2007.

BALSANELLI, A. P.; ZANEL, S. S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. **Acta Paul. Enferm**, v.19, n.1, p.16-20. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a03v19n1.pdf>>. acesso em: 20 de outubro 2011.

BALTAZAR, P. TISS 28. CIMC-2000. In: II Congresso Internacional de Medicina. Disponível em: <www.uninet.edu/cimc2000/mesas/mr3/baltazar/TISS28.htm>. Acesso em: 05 Abr. 2012.

BECCÁRIA, L. M.; *et al.* Horas de cuidados de enfermagem em UTI: utilização do sistema de pontuações de intervenções terapêuticas. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 17, n. 1, p.48-53, jan-mar. 2010.

CIAMPONE, J. T.; *et al.* Necessidade de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em UTI: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. **Acta Paul. Enferm. [online]**. v. 19, n. 1, p. 28-35, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a05v19n1.pdf>>. Acesso em: 12 Jul 2012.

COELHO, M. F. C.; *et al.* Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgência clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 4, [9tela] jul-ago, 2010. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acessado em: 12 Nov. 2012.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). 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]. Rio de Janeiro; 2004. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121§ionID=34>. Acessado em: 28 Jan. 2013.

DUCCI, A. J.; *et al.* Gravidade de pacientes e demanda de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: análise evolutiva segundo o TISS-28. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v. 16. Jan./Mar. 2004.

DUCCI, A. J.; ZANEI, S. S.; WHITAKER, I. Y. Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 42, n. 4, p. 673-80, 2008. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acessado em: 15 dez 2012.

GARCIA, P. C.; *et al.* Intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: análise segundo o Therapeutic Interventions Scoring System-28 (TISS-28). **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 194-9, mar./abr., 2005.

GONÇALVES, L. A.; PADILHA, K. G. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 41, n. 4, p. 645-52, 2007.

GONÇALVES, L. A.; *et al.* Necessidades de cuidados de enfermagem em terapia intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n. 1, p. 56-60, jan./fev, 2006.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul. Enferm**. v. 23, n. 3, p. 379-84, 2010.

- MIRANDA, D. R.; RIJK, A. P.; SCHAUFEH, W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS 28 items-results from a multicenter study. **Crit.Care.Med.** v. 24, p.64-73, 1996.
- MORITZ, R. D; BEDUSCHI, G.; MACHADO, F. O. Avaliação de óbitos ocorridos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). **Rev. Associ. Med. Bras.** v. 54, n. 5, p.
- NOGUEIRA, L. S.; SOUSA, R. M. C.; DOMINGUES, C. A. Gravidade das vítimas de trauma, admitidas em unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre diferentes índices **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. v. 17, n. 6, [7 telas], 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_17.pdf>. Acesso em: 24 Out. 2012.
- NUNES, B. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade na UTI: TISS-28 Therapeutic Intervention Scoring System.** 2000. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- QUEIJO, A.F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Actives Score (NAS).** Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- SCHEIN, L. E. C.; CESAR, J. A. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Rev. Bras. Epidemiol. [online]**. v. 13, n. 2, p. 289-301, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/11.pdf>>. Acesso em: 28 Jan. 2013.
- SILVA, M. C. M.; SOUSA, R. M. C. Caracterização dos pacientes adultos e adolescentes das unidades de terapia intensiva do município de São Paulo. **Rer. Paul. Enfermagem.** v. 21, p. 50-7, 2002.
- SILVA, M. C. M.; SOUSA, R. M. C.; PADILHA, K. G.; Destino do paciente após alta da unidade de terapia intensiva: unidade de internação ou intermediária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 18, n. 2, [9 telas], mar-abr 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_13.pdf> Acesso em: 28 Jan. 2013.
- TELLES, S. C. R.; CASTILHO, V. Custo de pessoal na assistência direta de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino**

Am-Enfermagem, v. 15, n. 5, [5 telas], Set./Out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a18>. Acessado em: 12 dez. 2012.

TRANQUITELLI, A. M; PADILHA, K. G. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 41, n.1, p. 141-6, 2007. . Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/314.pdf>>. Acessado em: 12 dez. 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As unidades de terapia intensiva, por atenderem pacientes graves, com instabilidade hemodinâmica, necessitando de monitorização contínua dos sinais vitais, suporte respiratório, devem utilizar equipamentos e tecnologia de ponta, bem como, uma equipe de profissionais treinados e capacitados para executar uma assistência qualificada.

A UTI pesquisada atende pacientes clínicos e cirúrgicos nas diversas especialidades. Por haver essa diversidade de pacientes e para ter subsídios na elaboração e execução do planejamento assistencial, a gerência e a equipe multiprofissional devem conhecer as características dos pacientes admitidos.

Este estudo descreveu as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados na UTI. O conhecimento das características sociodemográficas e epidemiológicas em uma unidade de terapia intensiva é um fator importante, pois estabelece diretrizes para o planejamento das admissões e da alta do paciente. Exemplo disso é a maior rotatividade de pacientes no período vespertino, detectado neste estudo, o que oferece à gerência subsídios para intervir no dimensionamento da equipe de enfermagem, podendo ampliar seu quadro de colaboradores.

Vale destacar o número de idosos atendidos na referida UTI, que foi quase a metade das internações no período do estudo e ao diagnóstico na admissão dos pacientes com predominância a Doenças do Sistema Circulatório. Resultado decorrente da transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil nos últimos anos.

Outro fato a ser destacado está relacionado ao destino dos pacientes e ao tempo de permanência na UTI. Mesmo demonstrando que a maioria dos pacientes tem uma baixa permanência, estes índices poderiam ser ampliados, caso houvesse uma unidade semi-intensiva na instituição.

Outro objetivo alcançado com o estudo, foi conhecer a gravidade dos pacientes e mensurar a carga de trabalho de enfermagem com a aplicação Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28).

Demonstrou através de cálculo das pontuações das intervenções terapêuticas, que a maioria dos pacientes admitidos na UTI teve uma

gravidade de classe II, ou seja, a somatória das intervenções resultou entre 20 a 35 pontos. A gravidade do paciente é um fator que favorece conhecimentos a serem trabalhados e discutidos em treinamentos e capacitações com a equipe multiprofissional de uma unidade de terapia intensiva.

Levando em consideração as categorias das intervenções terapêuticas do TISS-28, observou-se que todos os pacientes foram pontuados nas Atividades Básicas e Suporte Ventilatório. Isto reflete a instabilidade dos pacientes admitidos necessitando de uma monitorização contínua dos sinais vitais e do padrão respiratório.

Não houve uma disparidade dos valores da média do TISS-28 e das horas de cuidados de enfermagem demandadas ao paciente com outros estudos similares na literatura. Foi detectado com este estudo que a quantidade de pacientes não está relacionado diretamente com a média do TISS-28, visto que no mês de maior rotatividade de pacientes, a média do TISS não foi maior que nos outros meses. O que se pode afirmar é que quanto maior a gravidade do paciente, maior o valor do TISS-28 e conseqüentemente demandará uma maior carga de trabalho de enfermagem. Os resultados desse estudo sugere uma revisão no dimensionamento da equipe de trabalho de enfermagem na UTI.

Pela resolução do COFEN nº 293/2004, é necessário 17,9h de enfermagem, por cliente na assistência intensiva. O referido estudo resultou uma demanda de carga horária de 12,8h inferior ao estabelecido pelo COFEN. Não obstante, não se deve acreditar que um paciente em unidade de terapia intensiva receba todo o atendimento necessário e com qualidade na assistência com uma baixa carga horária demandada de enfermagem, pois tem que se levar em consideração as deficiências que o escore apresenta.

Sugere-se a realização de novos estudos que visam a mensuração da carga de trabalho de enfermagem, mediante algumas atividades de rotina do cotidiano da UTI que não podem ser mensurados pelo TISS-28 e estudos que ampliem dados sobre a caracterização da clientela atendida em unidades de terapia intensiva subsidiando recursos para a elaboração de instrumentos de avaliação e planejamento na assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ACUÑA, K.; *et al.* Características clínico - epidemiológicas de adultos e idosos atendidos em unidade de terapia intensiva pública da Amazônia (Rio Branco – Acre). **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v. 19, n. 3 p. 304-9, 2007.

AKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. SãoPaulo: Atlas, 2007.

ALVES, J. A. *et al.*, Avaliação de índices prognósticos para pacientes idosos admitidos em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v. 21, n. 1, p. 1-8, 2009.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A., CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

AZEVEDO, L. C. P.; PARK, M.; SCHETTINO, G. P. P. Estudo epidemiológico de pacientes com insuficiência respiratória aguda em unidades de terapia intensiva brasileiras. Proj.de Pesquisa. São Paulo. 2010. Disponível em: <www.epimedsolutions.com/ericc/.../caracterizacao_da_utilizacao_ERICC.pdf>. Acessado em: dez 2011.

AZEVEDO, R. P.; MOURA, M. S.; CUNHA, S. Perfil e sobrevida dos pacientes de unidade de tratamento intensivo em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v. 17, n. 2, p. 85-8, Abr./jun. 2005.

BALSANELLI, A. P.; ZANEL, S. S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. **Acta Paul. Enferm**, v. 19, n. 1, p. 16-20. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a03v19n1.pdf>>. acesso em: 20 de outubro 2011.

BALTAZAR, P. TISS 28. CIMC-2000. In: II Congresso Internacional de Medicina. Disponível em: <www.uninet.edu/cimc2000/mesas/mr3/baltazar/TISS28.htm>. Acesso em: 05 Abr. 2012.

- BATISTA, C. C.; *et al.* Avaliação prognóstica individual na UTI: é possível diferenciar insistência terapêutica de obstinação terapêutica? **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** v. 21, n. 3, p. 247-54, 2009.
- BECCÁRIA, L. M.; *et al.* Horas de cuidados de enfermagem em UTI: utilização do sistema de pontuações de intervenções terapêuticas. **Arq. Ciênc. Saúde.** v. 17, n. 1, p.48-53, jan-mar. 2010.
- BERGER, S. K. **O desenvolvimento da pessoa, da infância e da terceira idade.** 5ª ed. 2003. (Livros técnicos e científicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.432**, 12 de agosto de 1998. Estabelecimentos de critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo-UTI. Acessado em maio de 2011.
- _____. Presidência da República. Lei nº 7.498/86, de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem. **DOU**, Seção I, fls. 9.273 a 9.275, de 26 Jun. 1986. Disponível em:
<www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>.
Acessado em: junho de 2011.
- BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de saúde. Brasília: O Conselho; 2002. Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm
- BUB, M. B. C.; LISS, P. E. Metodologias do cuidado de enfermagem. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do adulto. Ciclo I. Módulo II. Porto Alegre: Artmed Editora Panamericana Editora Médica, 2006. p. 09-53.
- CASTRO, P. G.; *et al.* A importância do enfermeiro na promoção da humanização na unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletrônica Enfermagem [online]**. v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jul. 2010. Disponível em:
<http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_78.pdf>. Acesso em: 14/04/ 2011.
- CIAMPONE, J. T.; *et al.* Necessidade de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em UTI: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. **Acta Paul. Enferm. [online]**. v. 19, n. 1, p. 28-35, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a05v19n1.pdf>>. Acesso em: 12 Jul 2012.

COELHO, M. F. C.; *et al.* Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgência clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 4, [9 tela] jul-ago, 2010. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acessado em: 12 Nov. 2012.

COELHO, M. F. **Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em hospital de ensino**. 2009. 79 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto, 2009.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). 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]. Rio de Janeiro; 2004. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121§ionID=34>. Acessado em: 28 Jan. 2013.

_____. Resolução n. 358/ 2009. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [Legislação na Internet]. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>. Acessado em: maio de 2011.

COLLUCCI, C. **Governo Federal quer restringir UTI a doentes com chances de recuperação**. Folha de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <www.folhadesaopaulo.com.br>. Acesso em: 2013 dez.

CONISHI, R. M. Y.; GAIDZINSKI, R. R. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.41,n.3,p.346-54, 2007.

COOK, R.; COOK, D.; TILLEY, J. *et al.*, Multiple organ dysfunction: baseline and serial component scores. **Crit. Care Med**. 2001.

CULLEN, D. J. *et al.*, Therapeutic Intervention Scoring System: method for quantitative comparison of patient care. **Crit. Care Med**. v.2, n.2, p.57-60, 1974.

DUCCI, A. J.; *et al.* Gravidade de pacientes e demanda de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: análise evolutiva segundo o TISS-28. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v. 16. Jan./Mar. 2004.

- DUCCI, A. J.; ZANEI, S. S.; WHITAKER, I. Y. Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI. **Rev. Esc. Enf. USP.** v. 42, n. 4, p. 673-80, 2008. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusps/>. Acessado em: 15 dez 2012.
- ELIAS, A. C. G. P.; *et al.* Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêutica (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 14, n. 3, p. 324-29, maio/jun. 2006.
- FAVARIN, S. S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Rev. Enferm. UFSM.** v. 2, n. 2, p. 320-9, maio/ago. 2012.
- FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da secretaria de saúde do município de Ribeirão Preto.** 2004. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- FERREIRA, D. F.; PARECIDA, M. T. Perfil dos pacientes assistidos em uma UTI de um hospital público – subsídios para implantação da SAE. In: 10º SINADEN - Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem. **Anais.** Trabalho 129, de 01 de abril de 2010.
- FILHO, N. A.; ROUQUARIOL, M. Z. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In _____. **Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.p. 149-177.
- FREITAS, E. R. F. S. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do score APACHEII. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 18, n. 3, p. 317-23, 2010.
- FUGULIN, F. M.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituição de saúde. In: KURGANT, P. **Gerenciamento de enfermagem.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 121-35.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Critérios de excelência 2006:** o estado da arte da gestão para a excelência do desempenho e para o aumento da competitividade. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2006.
- GARCIA, P. C.; *et al.* Intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: análise segundo o Therapeutic Interventions Scoring System-

28 (TISS-28). **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 194-9, mar./abr., 2005.

GARCIA, T. R. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Desafios e perspectivas. In: 16º Encontro de Enfermagem da Região Sul. **Anais ...** Joinville: ABEn, Novembro 2009.

GONÇALVES, L. A.; *et al.* Necessidades de cuidados de enfermagem em terapia intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n. 1, p. 56-60, jan./fev., 2006.

GONÇALVES, L. A.; PADILHA, K. G. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 41, n. 4, p. 645-52, 2007.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

IGLÊSIAS, C. M. F.; *et al.* A Importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao cliente portador de infarto agudo do miocárdio. **Rev. Pesq.: cuid. Fundam. online** v. 2, Ed. Supl., p. 974-7, out./dez. 2010.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul. Enferm.** v. 23, n. 3, p. 379-84, 2010.

KERLINGER, F. N. Problemas, hipóteses e variáveis . In _____ **.Metodologia da Pesquisa e Ciências Sociais**. 3ª reimpressão. São Paulo: EPU, 1980. p. 33-50.

LABOISSIERI, P. **Violências e doenças crônicas são as principais causas de morte no Brasil**. Exame.com. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/economia/brasil/noticias/doencas-cronicas-ligadas-violencia-levam-novo-perfil-mortes-pais-597218>>. Acessado em: 15 dez 2012.

LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na Atenção Básica**. Florianópolis : Ed. UFSC, 2012. Disponível em: www.unasus.ufsc.br. Acesso em: 16 Jan. 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica** . 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003 .

LANETZKI, C. S.; *et al.* O perfil epidemiológico do Centro de Terapia

Intensiva Pediátrico do Hospital Israelita Albert Einstein. **Rev. Einstein**. v. 10, p. 16-21, 2012.

LEAL, C. G. **O prontuário do paciente**. Santa Casa da Misericórdia de Barbacena. Disponível em: <www.sccbarbacena.com.br/outras_noticias/prontuario.html>. Acessado em: junho de 2011.

MAIA, S. C.; MARTINS, C.; FONTANA, M. I. Sistematização de Enfermagem – Uma revisão bibliográfica. In: 16º Encontro de Enfermagem da Região Sul. **Anais...** Joinville: ABEn, Novembro 2009.

MALBOUISSON, L. M. S.; *et al.* Aplicabilidade do Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS 3) em hospitais brasileiros. **Rev. Bras. Anestesiologia**. v. 60, p. 20-31, 2010.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.

MEDEIROS, J. M.; PEREIRA, T. F. **Morbimortalidade em UTI no período de 2008 a 2010**: implicações para o cuidado de enfermagem. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MIRANDA, D. R.; RIJK, A. P.; SCHAUFER, W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS 28 items-results from a multicenter study. **Crit. Care. Med**. v. 24, p.64-73, 1996.

MOLINA, R. C. M. Caracterização das internações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital escola da região sul do Brasil. **Ciênc. Cuid. Saúde**. v. 7, p. 112-20, 2008. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v7i0.6581

MORENO, R. P.; *et al.* SAPS 3-From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. **Intensive Care Med**. v. 31, p. 1345-55, 2005.

MORITZ, R. D; BEDUSCHI, G.; MACHADO, F. O. Avaliação de óbitos ocorridos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). **Rev. Associ. Med. Bras**. v. 54, n. 5, p.

MOURA, C. S. **Interações medicamentosas em pacientes hospitalizados**: exposição, relação com indicadores de internação e

intervenção. 2010. Tese (Doutorado)-Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MYATA, D. F.; *et al.* Caracterização da terapêutica medicamentosa de idosos portadores de doenças cardiorespiratórias internados em unidade de terapia intnsiva. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 6, n. 4, p. 449-55, out./dez. 2007.

NASSAR, S. M.; *et al.*, **SEstatNET**- Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. 2011. Disponível em: <http://www.sestatnet.ufsc.br>. Acesso em: 05 de outubro de 2011.

NEUMAN, W. L. **Social Research Methods Qualitative and Quantitative Approaches**. 3 ed. USA: Allyn and Bacon, 1997.

NOGUEIRA, L. S.; SOUSA, R. M. C.; DOMINGUES, C. A. Gravidade das vítimas de trauma, admitidas em unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre diferentes índices **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. v. 17, n. 6, [7 telas], 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt 17.pdf>>. Acesso em: 24 Out. 2012.

NUNES, B. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade na UTI: TISS-28 Therapeutic Intervention Scoring System**. 2000. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, E. L.; WESTPHAL, G. A.; MASTROENI, M. F. Características clínico-demográficas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e sua relação com a mortalidade. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.** v. 27, n. 1, p. 52-60, 2012.

OPAS (Organização Panamericana da Saúde). **Saúde das Américas**. Brasília: OPAS, 2007. V.1-Regional.

PADILHA, K. G.; *et al.*, Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 39, n. 2, p. 229-33, 2005.

PEDREIRA, L. C.; LOPES, R. M.; OLIVEIRA, C. Importância da capacitação de recursos humanos para o cuidado ao idoso na UTI. **Rev. Nursing**. v. 70, n. 7, p. 21-4, 2003.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

- PIRES, D. P. Legislação na sistematização da assistência de enfermagem. In: 16º Encontro de Enfermagem da região sul. **Anais...** Joinville-SC: ABEn, 2009.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- QUEIJO, A. F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Actives Score (NAS)**. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- ROCCO, J. R.; SOARES, M.; GALLO, M. F. Pacientes clínicos referenciados, mas não internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognóstico. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v. 18, n. 2, p. 114-20, 2006.
- ROCHA, M. S.; *et al.* Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 15, n. 3, p.411-6, Jul/Set. 2007.
- ROSAR, A. UTIs de Joinville estão lotadas. Notícias do dia. Publicado 31/05/2011. <http://www.ndonline.com.br/joinville/noticias/utis-de-joinville-estao-lotadas.html>. Acessado em junho/2011.
- ROSSINI, F. P. **A influência do perfil demográfico e epidemiológico das internações de urgência na gestão hospitalar**. .87f. Tese – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.2007.
- ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N.; **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- SACCONI, L. A. **Minidicionário Sacconi da Língua Portuguesa**. 11 ed. São Paulo: Nova Geração, 2009.
- SALOMÉ, G. M.; ESPÓSITO, V. H. C.; SILVA, G. T. R. O ser profissional de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.** v.21, n. 2, p. 294-299, 2008.
- SANTOS, A. C.,**Custo com assistência de pacientes internados em**

Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de nível terciário. 2008. 97f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

SCHEIN, L. E. C.; CESAR, J. A. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online]. v. 13, n. 2, p. 289-301, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/11.pdf>>. Acesso em: 28 Jan. 2013.

SILVA, E. L. **Metodologia da pesquisa e elaboração da dissertação.** 3. ed. Rev. Atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001, 121p.

SILVA, F. H. N.; et. al. Critérios de admissão na unidade de Terapia Intensiva. In: GUIMARÃES, H. P.; FALCÃO, L. F. R.; ORLANDO, J. M. C. **Guia Prático de UTI.** São Paulo: Atheneu, 2008. p. 39-42.

SILVA, M. C. M.; SOUSA, R. M. C. Caracterização dos pacientes adultos e adolescentes das unidades de terapia intensiva do município de São Paulo. **Rev. Paul. Enfermagem.** v. 21, p. 50-7, 2002.

SILVA, M. C. M.; SOUSA, R. M. C.; PADILHA, K. G. Destino do paciente após alta da unidade de terapia intensiva: unidade de internação ou intermediária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 18, n. 2, [9 telas], mar./abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_13.pdf. Acesso em: 16 Jan. 2012.

SOBRATI (Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva). Disponível em: <http://www.sobrati.com.br>. Acesso em: maio de 2011.

SOUSA, C. R.; et al. Preditores da demanda do trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 16, n. 2, mar.-abr. 2008.

SOUZA, M. F.; et al. Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 16, n. 1, p. 33-44, jan-mar. 2007.

TELLES, S. C. R.; CASTILHO, V. Custo de pessoal na assistência direta de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino Am-Enfermagem,** v. 15, n. 5, [5 telas], Set./Out. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a18>. Acessado em: 12 dez. 2012.

TRANQUITELLI, A. M; PADILHA, K. G. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 41, n.1, p. 141-6, 2007. . Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/314.pdf>>. Acessado em: 12 dez. 2012.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 12, n. 4, p. 825-39, 2007.

VENTURI, K.K. **Qualidade do cuidado em UTI:** relacionamento entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos. 2009. 175f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

VIEIRA, M. S. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da Central de Regulação de Internações Hospitalare. **Com. Ciências Saúde.** v. 22, n. 3, p. 201-10, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

A – Variáveis sociodemográficas

Data: ___/___/___

Sexo: (1) Masculino

(2) Feminino

Idade: _____

Estado civil: (1) Solteiro

(2) Casado/União estável

(3) Separado

(4) Viúvo

() Sem registro

Profissão: _____

Escolaridade: (1) Não alfabetizado

(2) Ensino fundamental completo

(3) Ensino fundamental incompleto

(4) Ensino médio completo

(5) Ensino médio incompleto

(6) Ensino superior completo

(7) Ensino superior incompleto

B- Condições de internação

Diagnóstico médico:

(1) Doenças infecciosas e parasitárias

(2) Neoplasias e Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários.

(3) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

(4) Transtornos mentais e comportamentais

(5) Doenças do Sistema Nervoso

(6) Doenças do olho, anexos e do ouvido e da apófise mastóide

(7) Doenças do aparelho circulatório

(8) Doenças do aparelho respiratório

(9) Doenças do aparelho digestivo

(10) Doenças da pele e do tecido subcutâneo

(11) Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

(12) Gravidez, parto e puerpério

(13) Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório

(14) Lesões, envenenamento e outras conseqüências de causas externas
 (15) Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

(16) Outros

Procedência: (1) Pronto Socorro

(2) Centro Cirúrgico

(3) Outro setor de internação

(4) Outra instituição

Data de internação: _____

Turno da internação: (1) Matutino

(2) Vespertino

(3) Noturno

Tempo de internação: (1) < 24h

(2) 1 a 7 dias

(3) 8 a 15 dias

(4) 16 a 30 dias

(5) >30dias

Data da alta: _____

Turno da alta: (1) Matutino

(2) Vespertino

(3) Noturno

Tipo da alta: (1) Transferência para outras unidades

(2) Óbito

(3) Transferência para outras instituições

Simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28)

Tiss 28	pontuação			
Atividades básicas				
Monitorização padrão (sinais vitais, horário, balanço hídrico, cálculos).	5			
Laboratórios (exames bioquímicos e microbiológicos).	1			
Medicação única (intravenosa ou intramuscular ou oral por sonda).	2			
Mais de uma medicação intravenosa	3			
Cuidados de rotina (troca de roupa, curativo ou mudança de decúbito).	1			
Cuidados freqüente com roupa complexa/com ferida extensa.	1			
Drenos (cuidados com drenos)	3			

Suporte respiratório				
Ventilação mecânica.	5			
Suporte ventilatório suplementar (ventilação espontânea em TOT).	2			
Cuidados com vias aéreas artificial (TOT ou TQT).	1			
Fisio ou inalação ou aspiração traqueal.	1			
Suporte cardiovascular				
Droga vasoativa única.	3			
Drogas vasoativas múltiplas.	4			
Reposição volêmica (+ 3l/m ² /dia).	4			
Cateter artificial periférico.	5			
Swan Ganz (cateter em artériapulmonar/átrio esquerdo).	8			
PVC (pressão venosa central).	2			
Reanimação cardiopulmonar (pós PCR nas últimas 24h).	3			
Suporte renal				
Díalise peritoneal ou hemodiálise ou técnicas dialíticas.	3			
Controle de volume de diurese (com sonda vesical).	2			
Diurético (furosemida + 0.5 mg/kg/dose).	3			
Suporte neurológico				
Monitorização da pressão intracraniana	4			
Suporte metabólico				
Tratamento alcalose/acidose metabólica.	4			
Nutrição parenteral.	3			
Dieta enteral.	2			
Intervenções específicas.				
Simples= TOT/MP/broncoscopia/balão intra aortico/balão blachmore/cardioversão/EDA/Cirurgia Emergência/ Lavagem Gástrica	3			
Múltiplas = + de uma acima.	5			
Cirurgias de procedimentos diagnósticos externo.	5			

TOTAL: (1) Classe I (2) Classe II (3) Classe III (4) Classe I

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa intitulada *Característica dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva adulto utilizando os escores TISS 28*

O objetivo deste documento é fornecer informações sobre a pesquisa a ser realizada, visando firmar uma autorização por escrito para sua participação ou a de seu titulado, de maneira a tornar esta participação espontânea e voluntária.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir se deseja participar, é importante que entenda por que esta pesquisa será feita, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve, e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir e se desejar, discuta com sua família e com o seu médico, para que a decisão sobre a sua participação possa ser uma decisão bem informada.

O presente estudo é um projeto de dissertação de mestrado em enfermagem e está sob a coordenação da Professora Maria Bettina Camargo Bub da UFSC e tem como pesquisador principal, sua orientanda de mestrado, a Enfermeira **Odisséia Fátima Perão**. O objetivo do estudo é conhecer as características sociodemográficas dos pacientes em uma unidade de terapia intensiva adulto, suas condições de internação e a relação da gravidade dos mesmos com a carga de trabalho de enfermagem, no qual será utilizado o Sistema de Pontuação de Intervenções Terapêuticas (TISS 28).

Cabe a você decidir se irá ou não participar. Mesmo que você não queira participar do estudo, isso não acarretará nenhuma desvantagem. Caso decida participar, você irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar, ainda

será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Isso não irá afetar de maneira nenhuma, o padrão de cuidados que você irá receber. Sua participação poderá ser interrompida sem o seu consentimento caso você se torne inelegível (não ter certas características para continuar no estudo). Ocorrendo esta situação, você será imediatamente informado.

O pesquisador poderá analisar seu prontuário médico a fim de obter dados referentes ao seu diagnóstico. Os dados obtidos serão armazenados pelo pesquisador.

Não haverá nenhum desconforto, pois você não necessitará passar por nenhum procedimento.

Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente dos pesquisadores e orientador desta pesquisa. A divulgação dos resultados visará apenas mostrar os possíveis benefícios obtidos na pesquisa em questão. A divulgação das informações no meio científico será anônima e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que você poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

Por ser voluntário (a) e sem interesse financeiro, você não terá nenhum gasto extra e também não terá direito a nenhuma remuneração.

O (A) senhor (a) estará participando de uma pesquisa que poderá contribuir com a comunidade científica com o intuito de poder futuramente planejar um cuidado congruente às necessidades desta parcela da sociedade, dentro dos preceitos de humanização, integralidade e cidadania a que todo ser humano tem direito.

Em caso de qualquer dúvida relacionada ao estudo, ou sempre que você quiser saber sobre os resultados parciais do estudo, por favor, entre em contato com:

Mestranda Odisséia Fátima Perão Telefone: (47)91724099.

Email: odisseiaperao@gmail.com

Prof^ª. Dra. Maria Bettina Camargo Bub. Telefone: (48) 3721-9480/9980-0469. Email: bettinabub@gmail.com

Caso tenha dúvidas sobre seus direitos, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
recebi informações sobre o estudo acima, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa. Tive a oportunidade de discuti-las e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu, voluntariamente, concordo em participar deste estudo. Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos ser utilizados conforme descrito neste termo de consentimento. Entendo que receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura da pessoa que aplicou
este termo

Nome da pessoa que aplicou
este termo

Assinatura do paciente

Nome do paciente

Assinatura da testemunha
imparcial

Nome da testemunha
imparcial

Data: ___/___/_____

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO



IPMMI - Hospital e Maternidade

Marieta
*Konder Bornhausen*Administrado pelo Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada
CNPJ 60.194.990/0022-00 Inscr. Est. ISENT0

TERMO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO

Declaro para os devidos fins, que autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado "Características dos Pacientes Internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto Utilizando os Escores TISS 28 e SAPS 3", pela mestrandia Odisséia Fátima Perão, do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Dr^a Maria Bettina Camargo Bub.

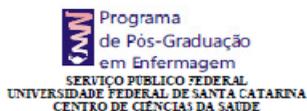
Itajaí (SC); 16 de Maio de 2012.

Irmã Sandra Pedrinha Zanotto

Diretora Geral

Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen

ANEXO B – INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011 DE 15 DE JUNHO DE 2011



Instrução Normativa 10/PEN/2011

Florianópolis, 15 de junho de 2011.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

Art. 1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Art. 2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

Art. 3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

Art. 4. Orientações gerais:

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

Art. 5. Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Característica dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva utilizando os escores TISS 28 e SAPS 3.

Pesquisador: MARIA BETTINA CAMARGO BUB

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02634612.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 155.004

Data da Relatoria: 10/12/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto Característica dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva utilizando os escores TISS 28 e SAPS 3, refere-se a um estudo de mestrado.

Objetivo da Pesquisa:

onhecer as características sociodemográficas dos pacientes em uma unidade de terapia intensiva adulto, suas condições de internação e a relação da gravidade dos mesmos com a carga de trabalho de enfermagem, no qual será utilizado o Sistema de Pontuação de Intervenções Terapêuticas (TISS 28) e o Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS 3).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

-

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE citava que "Fui também esclarecido(a) de que as informações serão coletadas do meu

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Característica dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva utilizando os escores TISS 28 e SAPS 3.

Pesquisador: MARIA BETTINA CAMARGO BUB

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 0263/612.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 155.004

Data da Relatoria: 10/12/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto Característica dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva utilizando os escores TISS 28 e SAPS 3, refere-se a um estudo de mestrado.

Objetivo da Pesquisa:

analisar as características sociodemográficas dos pacientes em uma unidade de terapia intensiva adulta suas condições de internação e a relação da gravidade dos mesmos com a carga de trabalho de enfermagem, no qual será utilizado o Sistema de Pontuação de Intervenções Terapêuticas (TISS 28) e o Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS 3).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE citava que "Fui também esclarecido(a) de quais informações serão coletadas do meu

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.010-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6206 Fax: (48)3721-6916 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br