

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

Ana Lúcia Uberti Pinheiro

**CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SALA DE
RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA: UM ESTUDO MISTO**

Santa Maria, RS
2018

Ana Lúcia Uberti Pinheiro

**CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO
ANESTÉSICA: UM ESTUDO MISTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Enf^ª Dr^ª Silviamar Camponogara

Santa Maria, RS
2018

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Organizadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

**CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SALA DE
RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA: UM ESTUDO MISTO**

elaborada por
Ana Lúcia Uberti Pinheiro

como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Comissão Examinadora:

Silviamar Camponogara, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Daiane Dal Pai, Dra. (UFRGS)
(1ª Examinadora)

Rosângela Marion da Silva, Dra. (UFSM)
(2ª Examinadora)

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Uberti Pinheiro, Ana Lúcia
CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SALA DE
RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA: UM ESTUDO MISTO / Ana Lúcia
Uberti Pinheiro.- 2018.
106 p.; 30 cm

Orientadora: Silviamar Camponogara
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2018

1. Carga de Trabalho 2. Enfermagem 3. Enfermagem em
Pós-Anestésico I. Camponogara, Silviamar II. Título.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho aconteceu, principalmente, pela participação direta e indireta de pessoas muito especiais, às quais agradeço:

- à minha orientadora, Professora Silviamar, que com seus ensinamentos, compreensão e paciência me fizeram chegar aqui. Obrigada por significar tanto, por ver sempre o meu melhor, minha eterna gratidão;
- à minha dupla, Aline, que esteve comigo nos diversos momentos desta trajetória de dois anos, que a vida nos conserve próximas, obrigada por tudo;
- à minha família, meus incentivadores incondicionais, os quais compreenderam minhas ausências durante este período de intensas atividades, meu amor infinito;
- às minhas amigas que me fizeram crer que seria possível, obrigada por acreditarem no meu potencial, Eliane e Natiellen, vocês foram essenciais para que eu iniciasse essa jornada.
- agradeço especialmente àquela pessoa que me guiou quando eu não mais sabia a direção, Camila Roso, eu não conseguiria sem teu apoio incondicional;
- ao grupo de pesquisa, minha eterna gratidão pela participação neste estudo e pelas trocas de conhecimentos que construímos;
- ao Hospital Universitário de Santa Maria, minha casa, o qual possibilitou a realização deste estudo;
- aos professores do PPGENF/UFSM, minha gratidão pelos conhecimentos compartilhados;

Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma para que eu me tornasse a pessoa que sou e a qual me orgulho muito, minha gratidão.

RESUMO

CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA: UM ESTUDO MISTO

AUTOR: Ana Lúcia Uberti Pinheiro

ORIENTADOR: Prof^a Enf^a Dr^a Silviamar Camponogara

O presente estudo tem como objetivo analisar a carga de trabalho de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica. Caracteriza-se por um estudo com abordagem metodológica mista, do tipo explanatório sequencial, realizado na Sala de Recuperação Anestésica de um hospital universitário. Na etapa quantitativa, transversal, os participantes foram todos os pacientes internados no período de junho a julho de 2016, para avaliação da carga de trabalho de enfermagem, por meio da aplicação do Nursing Activities Score, enquanto permaneceram internados na unidade. Os dados quantitativos foram obtidos por meio do preenchimento de formulários, com base nos registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes. Também participaram do estudo 14 trabalhadores de enfermagem dessa unidade, para obtenção dos dados qualitativos, sobre a percepção da carga de trabalho, produzidos por meio de entrevista semiestruturada, durante o primeiro semestre de 2017. A análise dos dados quantitativos realizou-se no programa SPSS Statistics versão 21.0 para Windows, por meio da estatística descritiva e analítica. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo com base no referencial proposto por Bardin. Foram respeitados todos os princípios éticos relativos à pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012. Os resultados apontaram que dos 209 pacientes da amostra, 56% eram do sexo masculino, 38% provenientes da Unidade Cirúrgica, 52% classificados como ASA II, em 74% dos pacientes o tipo de anestesia realizado foi a anestesia geral e a especialidade cirúrgica de maior prevalência, com 24% foi a traumatologia e ainda, obteve-se um NAS médio de 57%. Considerando a percepção dos trabalhadores frente à carga de trabalho foram organizadas duas categorias: Características dos pacientes e situações determinantes para a carga de trabalho, a qual apresenta as condições clínicas dos pacientes apontadas como intensificadoras da carga de trabalho e Organização do trabalho: características que influenciam na carga de trabalho, apresentando o dimensionamento de pessoal, a cooperação entre a equipe como fatores determinantes frente à carga de trabalho. Conclui-se que, no cenário do estudo, a carga de trabalho é alta e o tempo de permanência do paciente na sala de recuperação anestésica foi considerado elevado, porém, não obteve relação estatística com a carga de trabalho. Além disso, os trabalhadores percebem que o setor possui características especiais que influenciam no sentido de elevar a carga de trabalho.

Descritores: Carga de trabalho. Enfermagem. Enfermagem em Pós-Anestésico. Sala de Recuperação. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

NURSING WORKLOAD IN ANESTHETIC RECOVERY ROOM: A MIXED STUDY

AUTHOR: Ana Lúcia Uberti Pinheiro

ADVISOR: Prof^a Enf^a Dr^a Silviamar Camponogara

The present study aims to analyze the nursing workload in the Anesthetic Recovery Room. It is characterized by a study with a mixed methodological approach, of the sequential explanatory type, performed in the Anesthetic Recovery Room of a university hospital. In the quantitative cross-sectional phase, all the patients were hospitalized from June to July 2016, to evaluate the nursing workload, through the application of the Nursing Activities Score, while they remained hospitalized at the unit. The quantitative data were obtained through the filling of forms, based on the nursing records in the patients' records. There were also 14 nursing workers from this unit who participated to obtain the qualitative data on the perception of workload, produced through a semi-structured interview, during the first half of 2017. The analysis of the quantitative data was performed in the SPSS Statistics program, version 21.0 for Windows, through descriptive and analytical statistics. The qualitative data were submitted to the content analysis based on the referential proposed by Bardin. All ethical principles relating to human research were respected, in accordance with Resolution 466/2012. The results indicated that of the 209 patients from the sample, 56% were male, 38% from the Surgical Unit, 52% classified as ASA II, in 74% of the patients the type of anesthesia performed was general anesthesia and the surgical specialty with a higher prevalence, with 24% being traumato-orthopedics and also, an average NAS of 57% was obtained. Considering the workers' perception of the workload, two categories were organized: Characteristics of the patients and situations that determine the workload, which presents the clinical conditions of the patients identified as intensifying the workload and Work Organization: characteristics that influence the workload, presenting the personnel sizing, the cooperation between the team as determining factors in the workload. It was concluded that, in the study scenario, the workload was high and the patient's time spent in the anesthetic recovery room was considered high, but did not obtain a statistical relation with the workload. In addition, workers perceive that the sector has special characteristics that influence in the sense of increasing the workload.

Keywords: Workload. Nursing. Postanesthesia Nursing. Recovery Room. Occupational Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 PROCESSO DE TRABALHO, SUBJETIVIDADE E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR	16
3.2. CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: TENDÊNCIAS NAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS	19
3.2.1 CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E SUAS RELAÇÕES COM A GERÊNCIA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	22
3.2.2. CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E SEUS INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO/AVALIAÇÃO	23
3.3 INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DE CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM	26
3.4 EVIDÊNCIAS A PARTIR DA UTILIZAÇÃO DO NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS).....	28
3.5 O PERÍODO DE RECUPERAÇÃO DA ANESTESIA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA.....	42
4 MÉTODO	46
4.1 NATUREZA DA PESQUISA	46
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	47
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	47
4.3.1 ETAPA QUANTITATIVA.....	48
4.3.2 ETAPA QUALITATIVA.....	48
4.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO.....	49
4.4.1 ETAPA QUANTITATIVA.....	49
4.4.2 ETAPA QUALITATIVA.....	50
4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4.5.1 ETAPA QUANTITATIVA.....	51
4.5.2 ETAPA QUALITATIVA.....	51
4.5.3 ETAPA MISTA.....	53

4.6 ASPECTOS ÉTICOS	53
4.7 OS RISCOS E BENEFÍCIOS	54
5 RESULTADOS	56
5.1 Resultados quantitativos: perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes e carga de trabalho da equipe de enfermagem	56
5.2 Resultados qualitativos: perfil sociodemográfico e profissional e percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto à carga de trabalho em SRA	62
5.2.1 CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES E SITUAÇÕES DETERMINANTES PARA A CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM	63
5.2.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: CARACTERÍSTICAS QUE INFLUENCIAM NA CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM	67
6 DISCUSSÃO – INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS	71
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A – Quadro sinóptico do estado da arte	86
APÊNDICE B – Tutorial para aplicação do instrumento NAS para avaliação da carga de trabalho de enfermagem por paciente na SRA	90
APÊNDICE C – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE	94
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Pesquisa qualitativa	95
APÊNDICE E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	97
APÊNDICE F - IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS E ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	98
ANEXO A – NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS)	99
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	105

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores da enfermagem brasileira sentem-se desgastados. Esse é um dos resultados encontrados em uma pesquisa inédita realizada pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), por uma iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que apontou desgaste profissional em 66% dos entrevistados. O estudo traça o perfil da profissão e é considerado o mais amplo levantamento sobre uma categoria profissional já realizado na América Latina (FIOCRUZ; COFEN 2015).

Essa realidade também foi demonstrada em outros países. Um estudo realizado na Europa, em 12 países, revelou que, dois em cada três enfermeiros, apresentam sintomas de esgotamento elevados, mesmo entre aqueles com poucos anos de experiência. Os enfermeiros relataram que, muitos cuidados de enfermagem importantes não eram realizados, por falta de tempo, apesar de um terço deles trabalharem além do seu turno (AIKEN *et al*, 2013).

A despeito do grande avanço científico e tecnológico das últimas décadas, pouco impacto tem sido observado do ponto de vista de melhoria nas condições de trabalho de uma categoria profissional que abrange 1,6 milhões de pessoas no Brasil. A enfermagem, presente em todos os municípios e, fortemente inserida no Sistema Único de Saúde, realiza o atendimento em saúde nas várias esferas: pública, privada, filantrópica, e em todos os níveis de atenção, sendo, assim, uma categoria essencial para manutenção e elevação dos níveis de saúde da população (FIOCRUZ; COFEN, 2015).

Nesse sentido, condições adequadas para o trabalho em saúde são fundamentais. Do ponto de vista do trabalhador, sabe-se que o trabalho, apesar de ser fonte de inúmeros benefícios ao ser humano, também pode acarretar aspectos negativos, sendo fonte de condições patológicas, especialmente quando relacionado a baixos níveis de qualidade de vida. A equipe de enfermagem, como um recurso valioso para saúde das populações de todo mundo, precisa exercer o seu trabalho com melhores condições para conservar sua própria saúde física e mental e, assim, poder cuidar da saúde dos seus pacientes (ZAVALA; KLIJN, 2014).

Além das questões de saúde do trabalhador de enfermagem, a segurança do paciente têm sido tema de diversas investigações nos últimos anos e é apontada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) como um grave problema de saúde pública global. Nesse sentido, o dimensionamento de pessoal adequado é uma ferramenta que tem um impacto definitivo e mensurável nos resultados assistenciais como: eventos adversos, tempo de

permanência, mortalidade dos pacientes e rotatividade dos enfermeiros (CARAYON E GURSES, 2005; FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005; WEISSMAN *et al*, 2007; NOGUEIRA *et al*, 2013; NUNES; TOMA, 2013; NOVARETTI *et al*, 2014; DUARTE *et al*, 2015). A inadequação numérica de profissionais de enfermagem lesa a clientela no seu direito à saúde livre de riscos, podendo comprometer legalmente a instituição, pelas falhas ocorridas devido à sobrecarga de trabalho e à deficiência da qualidade da assistência prestada (GAIDZINSKI, 1991).

Algumas evidências apontam que, apesar da elevação de custos operacionais, um número adequado de trabalhadores de enfermagem qualificados pode contribuir para diminuição de custos relacionados a resultados negativos da assistência prestada (FUGULIN, 2011). Assim, um quantitativo adequado de pessoal de enfermagem é fundamental, pois, além de expor a equipe a níveis mais baixos de carga de trabalho, promove a realização de cuidado integral, suprimindo as necessidades de cuidado ao paciente e a segurança do mesmo (NUNES; TOMA, 2013).

Nesse contexto, estudos sobre a carga de trabalho de enfermagem apresentam estreita relação entre qualidade dos cuidados de enfermagem e o dimensionamento de pessoal. A relevância de avaliar a carga de trabalho de enfermagem está em favorecer o dimensionamento de pessoal e, assim, otimizar os recursos humanos disponíveis, além de possibilitar a classificação dos pacientes, aspectos esses diretamente envolvidos na assistência de enfermagem (GAIDZINSKI, 1998; TRANQUITELLI; PADILHA, 2007).

A carga de trabalho é compreendida como o tempo despendido pela equipe de enfermagem para realizar atividades diretas ou indiretas da assistência ao paciente. A carga de trabalho é influenciada pelo grau de dependência em relação aos cuidados, pela complexidade da doença, pela administração da instituição, pelo perfil da equipe de enfermagem, área física e rotinas estabelecidas na unidade, além de recursos tecnológicos disponíveis (DIAS, 2006; GAIDZINSKI, 1998).

Para Nogueira *et al* (2013), conhecer o perfil da clientela atendida é fundamental pois essas características têm repercussões na prática assistencial e no cotidiano dos gestores, tendo em vista que pacientes mais graves e que demandam mais cuidados implicam diretamente na necessidade de maior número de profissionais de enfermagem nas instituições. Estudos têm demonstrado diferenças no perfil de pacientes atendidos em instituições públicas e privadas, sendo que os pacientes internados em instituições públicas apresentaram maiores gravidade e mortalidade e demandaram mais cuidados da equipe de enfermagem (SILVA; SOUZA, 2001; MARTINS; BLAIS; LEITE, 2004).

As primeiras pesquisas com ênfase no tempo necessário para realizar certos cuidados de enfermagem, foram realizadas na década de 1940, em função da grande demanda por profissionais de enfermagem durante a II Guerra Mundial. Antes disso, a maioria dos estudos eram voltados à formação dos enfermeiros e as características dos estudantes de enfermagem. Atualmente, a segurança dos pacientes e os ambientes de trabalho dos enfermeiros estão entre as prioridades globais de pesquisa em enfermagem, lançadas pela *Sigma Theta Tau International*, em 2005 (POLIT; BECK, 2011).

Os enfermeiros têm buscado instrumentos que lhe dêem objetividade para mensurar a carga de trabalho em sua área de atuação. Observa-se que, a partir de 2005, houve um aumento da produção científica nacional relacionada a cargas de trabalho como variável do dimensionamento de pessoal, o que pode estar relacionado com a resolução do COFEN 293/2004. Essa resolução fixou parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados (COFEN, 2004). Apesar disso, alguns autores apontam uma lacuna na realização de estudos com esse delineamento nas diversas áreas dos serviços de saúde e, em especial, na área hospitalar (NEIS; GELBCKE, 2011).

Nas últimas décadas, diversos instrumentos têm sido criados e validados para mensurar a carga de trabalho de enfermagem, os quais tem evoluído ao longo dos anos. Inicialmente, esses escores avaliavam exclusivamente as atividades de enfermagem relacionadas aos tratamentos médicos aplicados aos pacientes, porém, atualmente, os instrumentos têm a finalidade de avaliar o real trabalho da enfermagem, a partir de cuidados próprios e não apenas das atividades de colaboração que realiza (CARMONA-MONGE *et al*, 2013). Nesse sentido, o *Nursing Activities Score* (NAS), instrumento traduzido, adaptado e validado transculturalmente para o português por Queijo (2002), é a escala de medida que tem demonstrado maior confiabilidade para avaliar a carga de trabalho em cuidados intensivos. O NAS tem sido utilizado em diversos países e instituições e é crescente o número de publicações que utilizam a escala com esta finalidade (CARMONA-MONGE *et al*, 2013).

A Sala de Recuperação Anestésica (SRA) é a unidade hospitalar responsável pelo atendimento dos pacientes após a realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos. Essas unidades possuem características e organização particulares, pois o período de recuperação da anestesia é considerado crítico para o paciente, que apresenta necessidade de cuidados e vigilância constantes. Além disso, a presença de pacientes com necessidades de cuidados semi-intensivos e intensivos é comum. Esses pacientes demandam inúmeras atividades relacionadas a suporte ventilatório e hemodinâmico invasivos (LIMA *et al*, 2010). Para tal,

torna-se essencial um planejamento efetivo da equipe de enfermagem, tanto qualitativa como quantitativamente. Alguns estudos realizados com a aplicação do NAS demonstraram que pacientes cirúrgicos exigem maior tempo de assistência de enfermagem quando comparados àqueles internados por afecções clínicas (DIAS, 2006; SOUSA *et al*, 2008), o que pode indicar que as unidades que prestam assistência a pacientes em pós-operatório imediato, como as SRA's, possuem uma carga de trabalho elevada.

No cenário da presente investigação percebe-se, empiricamente, que nos últimos anos houve uma mudança no perfil de pacientes assistidos, com o aumento da complexidade dos cuidados prestados. Tal percepção pode ser justificada em função do aumento da expectativa de vida da população e da prevalência das doenças crônico-degenerativas, que levam muitos pacientes com idade avançada e, muitas vezes, com diversas comorbidades a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos e diagnósticos em busca de uma maior sobrevida com qualidade.

Além disso, destacam-se, também, as características das instituições hospitalares. Em especial, neste caso, a peculiaridade dos hospitais universitários, normalmente considerados referência para o atendimento de alta complexidade, demandando uma assistência especializada. Para Nogueira *et al* (2015), os hospitais de ensino correspondem a serviços especializados e de alta complexidade para a área da saúde, prestando assistência qualificada, envolvendo ações de docência, pesquisa e prestação de serviço à comunidade, pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Convém ressaltar, ainda, que tais instituições costumam ser referência para uma parcela significativa de pessoas, atendendo a uma alta demanda, algumas vezes, maior do que a capacidade instalada para atendimento.

Com base no exposto, entende-se que a análise da carga de trabalho de enfermagem é um fator indispensável para um adequado provimento de pessoal, além de ser uma importante estratégia para avaliação da qualidade do cuidado e para promoção da saúde do trabalhador. Assim, ao investigar a carga de trabalho de enfermagem na SRA segundo o NAS e, ao conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem quanto a essa questão, pretende-se contribuir tanto para a assistência de enfermagem, quanto para a pesquisa e para o ensino de enfermagem, beneficiando pacientes, profissionais e instituições hospitalares.

Cabe ressaltar que essa pesquisa busca contribuir com a lacuna do conhecimento, identificada no estado da arte¹, no que se refere à percepção dos trabalhadores de enfermagem frente à carga de trabalho, uma vez que poderão ser realizadas comparações entre os

¹ O estado da arte está apresentado no item 3.4 da fundamentação teórica, intitulado “Evidências a partir da utilização do Nursing Activities Score (NAS)”.

resultados do NAS, com a percepção da carga de trabalho relatada pelos profissionais. Acredita-se que ampliar as formas como vêm sendo conduzidos os estudos que pretendem mensurar a carga de trabalho da enfermagem, especialmente utilizando-se delineamento metodológico misto, constitui-se em uma maneira de aprofundar reflexões e análises sobre a temática, particularmente no que tange as dimensões subjetivas que cercam essa problemática.

Em vista do exposto têm-se as seguintes questões de pesquisa: Qual a carga de trabalho de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica (SRA) de um Hospital Universitário, de acordo com o *Nursing Activities Score* (NAS)? Como os trabalhadores de enfermagem da SRA percebem a carga de trabalho nessa unidade?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a carga de trabalho de enfermagem em Sala de Recuperação Anestésica de um Hospital Universitário (HU) do Sul do Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os pacientes atendidos na SRA quanto aos dados sociodemográficos e clínicos;
- Caracterizar os trabalhadores de enfermagem da SRA quanto aos dados sociodemográficos e profissionais;
- Avaliar a relação entre a carga de trabalho de enfermagem, mensurada pelo *NAS* e as variáveis demográficas e clínicas dos pacientes;
- Conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem da SRA sobre a carga de trabalho no setor;
- Analisar os dados quanto à carga de trabalho obtidos pelo *NAS*, conjuntamente à percepção dos trabalhadores de enfermagem.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A revisão de literatura deste estudo pretende trazer o contexto do processo de trabalho da enfermagem, da subjetividade e das relações com a saúde do trabalhador, os aspectos da carga de trabalho de enfermagem, incluindo os instrumentos de mensuração da carga de trabalho de enfermagem, especialmente o *NAS*. Além disso, apresentar algumas evidências encontradas a partir do que têm sido produzido, internacionalmente, com a utilização deste instrumento e, finalmente as características do cuidado de enfermagem no período de recuperação da anestesia.

3.1 PROCESSO DE TRABALHO, SUBJETIVIDADE E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

Na perspectiva Marxista, o trabalho para o homem é um processo entre este e a natureza, onde o homem, por sua ação, intervém na natureza. É a condição essencial do ser humano, que permanece enquanto pressuposto da sua existência (MARX, 2002). De acordo com Pires (2009), o trabalho humano acontece com o objetivo de atender às necessidades humanas.

Nesta direção, para Seixas (2013), o sentido do trabalho na vida social evoluiu conforme o contexto histórico, passando de condição de sobrevivência, com a satisfação das necessidades básicas, à condição de realização, como atividade essencial ao ser humano. O trabalho, por ser uma atividade de caráter social e histórico, perpassa as relações do homem, com a natureza, com os outros homens e com ele mesmo.

Na contemporaneidade, o mundo do trabalho exige, do trabalhador, alta qualificação e, ao mesmo tempo, a capacidade de participar de atividades múltiplas. Surge a figura do trabalhador polivalente que é chamado a exercer várias funções no mesmo tempo de trabalho e, como consequência, traz o enxugamento do quadro funcional. Acontece também a redução das hierarquias, mediante a utilização do termo “equipes de trabalho” (SEIXAS, 2013).

O processo de trabalho é constituído por três elementos fundamentais: objeto de trabalho, que se transforma em produto; os meios e instrumentos para realizar o trabalho e a atividade, que é a organização do trabalho em si (MARX, 2002). A enfermagem, enquanto profissão da área da saúde tem como objeto de trabalho o cuidado, e tem enfrentado inúmeros

desafios frente ao reconhecimento e valorização do seu fazer (AZZOLIN; PEDUZZI, p. 65, 2010).

Para compreender a dinâmica do processo de trabalho de enfermagem é necessário conhecer seus elementos, que para Felli e Peduzzi (2005) são: objetos, instrumentos, atividades, finalidade e os agentes que o executam, de acordo com o processo de trabalho proposto por Marx. Ainda, para os autores, destacam-se os agentes que o executam, devido à divisão social existente no trabalho da enfermagem, tornando a prática heterogênea.

No processo de trabalho da enfermagem, os agentes que o executam e assim, compõem a equipe de enfermagem, são os técnicos e auxiliares de enfermagem e os enfermeiros, os quais tem como atribuição legal e privativa, o gerenciamento da equipe de enfermagem. A fim de compreender o processo de trabalho de enfermagem, torna-se relevante considerar duas de suas dimensões: a assistencial e a gerencial. Peduzzi (2000) considera o cuidado como objeto do trabalho assistencial de enfermagem e, a dimensão gerencial tendo como seus objetos a organização da assistência de enfermagem e os recursos humanos. Ambas estão intimamente relacionadas e, ao mesmo tempo, são desenvolvidas de forma fragmentada, por diferentes agentes que participam deste processo, a exemplo, enfermeiros e técnicos de enfermagem, o que torna o processo bastante complexo de ser analisado.

O distanciamento entre o administrar e o cuidar, gera inquietações pessoais e profissionais e faz repensar a prática administrativa, voltando-a a assistência, com vistas a resgatar o papel do enfermeiro como gerente do cuidado (WILLIG, LENARDT, 2002). Nesta direção, cuidar e administrar são os instrumentos do enfermeiro no cotidiano do trabalho.

Considerando o processo de trabalho de enfermagem, torna-se fundamental analisar o contexto histórico e social, no qual o trabalho de enfermagem está inserido, devido à existência de macro e micro determinantes que influenciam na forma como o trabalho se desenvolve, bem como na sua divisão, podendo gerar prazer/satisfação, sofrimento e/ou adoecimento (GONÇALVEZ, 2010).

A fim de analisar estes determinantes, e intervir nas relações entre o trabalho e a saúde, desenvolve-se a área da saúde do trabalhador, que tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde desta população. As intervenções nesta área, ocorrem através de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador, organização e prestação da assistência aos trabalhadores (FORTE et al, 2014).

Frente às demandas da saúde do trabalhador, há a necessidade de ter o indivíduo como referência, uma vez que a subjetividade do sujeito trabalhador influencia e, por vezes,

determina a forma na qual ele está inserido no processo de trabalho. Para Guattari e Rolnik (2010) a subjetividade manifesta-se a partir do comportamento, do desejo, das atitudes, da linguagem e da percepção de mundo das pessoas, características estas, que formam o modo de ser do indivíduo. No processo de trabalho da enfermagem, o Enfermeiro pode manifestar sua subjetividade através de suas atitudes e comportamentos, sendo, ainda, evidenciada nas suas relações com os demais membros da equipe (BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013).

Os autores supracitados evidenciam em seu estudo, que o sistema capitalista exerce uma das forças mais intensas sobre a produção da subjetividade, uma vez que, ela se torna delimitada pela sujeição econômica à qual o trabalhador está submetido. Destaca-se, ainda, a influência dos sistemas de submissão e hierárquicos na constituição do processo de trabalho de enfermagem e na produção da subjetividade. Como forma de organização das instituições, os trabalhadores de enfermagem agem de acordo com normas estabelecidas verticalmente, limitando sua subjetividade e a própria divisão do trabalho, característica da enfermagem, impossibilitando, muitas vezes, a tomada conjunta de decisões e a participação dos profissionais, promovendo a competitividade em detrimento da subjetividade. Segundo Azambuja et al (2010), o trabalhador inserido em seu ambiente de trabalho, reflete sua totalidade, pois o trabalhador, como um sujeito livre e capaz de expressar sua subjetividade, estabelece relações, interfere na organização do trabalho, pode acomodar-se ao instituído ou optar por mudanças.

Deste modo, as relações e condições de trabalho podem interferir na saúde dos profissionais de enfermagem, pois influenciam diretamente no aparecimento e/ou desenvolvimento de doenças em função de situações de risco como estresse e sobrecarga de trabalho, aos quais muitos profissionais são expostos (DUARTE, AVELHANEDA, PARCIANELLO, 2013). Pode-se dizer que, toda atividade laboral representa uma carga de trabalho, a qual apresenta-se sob a forma de três componentes inter-relacionados: a carga física, que é resultante da interação entre o corpo físico do trabalhador em atividade e as demandas do ambiente de trabalho; a carga mental, resultante dos processos cognitivos envolvidos nas atividades de trabalho e a carga psíquica, que diz respeito aos componentes afetivos negativos desencadeados ou agravados pelo processo de trabalho (BOSI, 2000).

Desta forma, o seguinte tópico apresenta uma revisão narrativa acerca da carga de trabalho de enfermagem nas produções científicas brasileiras.

3.2. CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: TENDÊNCIAS NAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS

No cotidiano de trabalho da enfermagem, observa-se, muitas vezes, profissionais sobrecarregados com as demandas do trabalho, devido, principalmente, à complexidade dos cuidados prestados aos pacientes. Soma-se a isso, um quantitativo elevado de pacientes sob responsabilidade destes trabalhadores no turno de trabalho e, ainda, número insuficiente de trabalhadores para suprir as demandas de cuidado.

Com isso, torna-se relevante buscar na literatura científica, a produção acerca da carga de trabalho destes profissionais, assim como suas relações com a qualidade dos cuidados prestados e a saúde dos trabalhadores. Diante disso, com base nas implicações que a carga de trabalho pode trazer para os trabalhadores de enfermagem, destaca-se a relevância de abordá-la neste item.

Para tanto, elegeu-se a seguinte questão de pesquisa: O que vem sendo produzido sobre a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem atuantes em unidades hospitalares? Assim, objetivou-se conhecer o que tem sido produzido sobre carga de trabalho de enfermagem, no cenário hospitalar, pelos programas de pós-graduação brasileiros.

O presente estudo foi realizado por meio de uma busca bibliográfica desenvolvida no Catálogo de Teses e Dissertações (CEPEEn), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), no período de maio de 2016. Para esta busca foi utilizado o Índice de Assunto “Carga de Trabalho”.

A partir desta busca, foram encontradas 44 produções, dentre as quais 18 teses, 26 dissertações. Posteriormente, para a seleção dos estudos, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos mesmos, utilizando-se como critérios de inclusão o fato de os trabalhos apresentarem reflexões acerca da temática escolhida, sem recorte temporal delimitado. Foram excluídos os estudos que abordavam a carga de trabalho de outros trabalhadores, que não de enfermagem e ainda, que apresentavam outro cenário, que não o hospitalar.

Após esta etapa, constituiu-se o *corpus* da revisão com 25 produções, sendo 14 dissertações de mestrado e 11 teses de doutorado. As mesmas foram identificadas pela letra D, referente à dissertação de mestrado, e T, referente à tese de doutorado, seguidas de uma numeração (1, 2, 3, sucessivamente – Quadro 1).

As informações relativas às conclusões das publicações foram submetidas à análise temática. Esta é uma das modalidades da análise de conteúdo, a qual “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência

signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”, desdobrando-se em três etapas distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

Quadro 1 – Teses e Dissertações selecionadas do Catálogo de Teses e Dissertações (CEPE), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Santa Maria, 2016.

	Título	Autor	Ano
D1	Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade na UTI: TISS-28 Therapeutic Intervention Scoring System.	NUNES, Berenice	2000
D2	Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS.).	QUEIJO, Alda Ferreira	2002
T1	Ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva: impacto na gravidade do paciente e na carga de trabalho de enfermagem.	SILVA, Sandra Cristine da	2003
D3	Erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi intensiva: consequências nas condições clínicas do paciente e na carga de trabalho de enfermagem.	TOFFOLETTO, Maria Cecília	2004
T2	Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Norte do Paraná.	SECCO, Iara Aparecida de Oliveira	2006
D4	Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos no primeiro dia de internação.	GONÇALVES, Leilane Andrade	2006
D5	Construção de instrumento para identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidades pediátricas.	SANTOS, Nanci Cristiano	2006
D6	Aplicação do Nursing Activities Score - N.A.S. - como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI Cirúrgica Cardiológica.	DIAS, Marcia Cossermelli Cana Brasil	2006
D7	Estudo sobre a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem: perspectivas para vigilância à saúde.	CRUZ, Eliane Bezerra da Silva	2006
D8	Efeitos da alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação médico-cirúrgicas.	KROKOSCZ, Daniella Vianna Correa	2007
D9	Nursing Activities Score (NAS): estudo comparativo dos resultados da aplicação retrospectiva e prospectiva em unidade de terapia intensiva.	DUCCI, Adriana Janzante	2007
	Título	Autor	Ano
D10	Efeitos da alocação de recursos humanos e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de terapia intensiva.	BENTO, Sheila Cristina Tosta	2007
T3	Avaliação do instrumento Nursing Activities Score (NAS) em neonatologia.	BOCHEMBUZIO, Luciana	2007
T4	Estudo comparativo da carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva geral e especializadas, segundo o Nursing Activities Score (NAS).	QUEIJO, Alda Ferreira	2008
T5	Carga de trabalho de enfermagem no sistema de alojamento conjunto. São Paulo. Universidade de São Paulo.	SOARES, Alda Valéria Neves	2009
D11	Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS).	TSUKAMOTO, Rosângela	2010
D12	Carga de trabalho de profissionais de enfermagem: proposta metodológica.	ROSSETTI, Ana Cristina	2010

T6	Dimensionamento de profissionais de enfermagem em centro cirúrgico especializado em oncologia: análise dos indicadores intervenientes.	POSSARI, João Francisco	2011
T7	Carga de trabalho de enfermagem: indicadores de tempo em unidades de clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva adulta.	MELLO, Maria Cristina de	2011
T8	Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes.	GONÇALVES, Leilane Andrade	2011
T9	Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes internados em um hospital universitário.	MAGALHÃES, Ana Maria Muller de	2012
T10	Vítimas de trauma admitidas em unidade de terapia intensiva: características e fatores associados à carga de trabalho de enfermagem.	NOGUEIRA, Lilia de Souza	2012
D13	Tempo das intervenções e atividades em sala de recuperação pós - anestésica: subsídio para determinação da carga de trabalho.	RICARDO, Carolina Martins	2013
D14	Carga de trabalho e dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.	GARCIA, Berenice Rubik	2013
T11	Carga de trabalho de enfermagem em unidade de pediatria.	ROGENSKI, Karin Emilia	2014

Fonte: Elaborado pela autora

A caracterização do *corpus* desta revisão apontou que uma dissertação apresentada pertence à modalidade de Mestrado Profissional e, as demais, a modalidade de Mestrado Acadêmico. A grande maioria, 92% das dissertações e teses, são resultantes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Apenas 8% das produções são originadas de outras instituições: Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Com relação às regiões onde foram produzidas as publicações, destaca-se a região Sudeste, com 92% dos estudos e a região Sul com 8%. Não foi encontrado nenhum trabalho das regiões, Centro Oeste, Nordeste e Norte entre as produções selecionadas.

No que se refere ao ano das publicações, os mesmos variam de 2000 a 2014, conforme disponibilidade da fonte de consulta. Destacam-se os anos de 2006, com 20% das produções, e 2007 com 16%. O período de 2011 concentrou 12% dos estudos, seguido pelos anos de 2010, 2012 e 2013, que, com duas produções a cada ano, totalizou 24%. Nos demais anos (2000, 2002, 2003, 2004, 2008, 2009 e 2014) houve uma publicação por ano, perfazendo os 28% restantes das produções selecionadas. Nesta amostra, não foram encontradas publicações nos anos de 2001 e 2005.

Quanto à abordagem metodológica, 64% dos estudos são quantitativos, 24% metodológicos (estudos de tradução e/ou validação) e, 12% utilizaram método misto, ou seja, abordagem qualitativa e quantitativa.

Os cenários pesquisados são unidades hospitalares variadas, com destaque para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) com 52% dos estudos, seguido das Unidades de Internação, com 24%, 12% das produções utilizaram o cenário hospitalar como um todo. Em percentual menor, com apenas uma publicação por local, destacam-se estudos realizados em Pronto Socorro (4%), Centro Cirúrgico (4%) e Sala de Recuperação Anestésica (4%).

Os sujeitos pesquisados são trabalhadores de enfermagem e pacientes internados nas respectivas unidades. Justifica-se os pacientes como participantes dos estudos, uma vez que os cuidados com os mesmos refletem, diretamente, na carga de trabalho dos profissionais de enfermagem, sendo que, a maioria dos instrumentos de mensuração citados nas publicações utiliza como critério de pontuação, os cuidados de enfermagem realizados.

Por meio da leitura exaustiva dos resumos das 25 produções selecionadas, foi possível correlacionar os achados em duas categorias, quais sejam: carga de trabalho de enfermagem e suas relações com a gerência e assistência de enfermagem e, carga de trabalho de enfermagem e seus instrumentos de mensuração/avaliação.

3.2.1 CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E SUAS RELAÇÕES COM A GERÊNCIA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Os estudos analisados nesta categoria apresentam a carga de trabalho de enfermagem relacionada a fatores como o dimensionamento de pessoal, segurança do paciente e saúde do trabalhador. Considera-se relevante conhecer a carga de trabalho de enfermagem para uma argumentação efetiva, junto à gestão institucional referente ao quadro de profissionais de enfermagem adequado, tanto para a segurança do paciente, quanto para a saúde do trabalhador.

Para Queijo (2008), avaliar as demandas de trabalho de enfermagem, juntamente com os fatores que as influenciam, torna-se indispensável para o dimensionamento de pessoal. Assim, algumas produções vêm ao encontro desta afirmação e apresentam, como objetivo geral, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, por vezes, utilizando instrumentos específicos para este fim. Com o objetivo de analisar os efeitos da alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação e de terapia intensiva, autoras identificaram que a média de horas de enfermagem disponível foi maior que o recomendado, contrapondo às solicitações dos enfermeiros por maior quantidade de pessoal ^(D8, D10).

Com a finalidade de analisar os indicadores intervenientes do dimensionamento de pessoal de enfermagem, para a assistência no período transoperatório do centro cirúrgico (CC) foi realizado o mapeamento das atividades e intervenções de enfermagem por meio da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e identificação dos indicadores para o cálculo de profissionais de enfermagem, o que possibilitou reformular a equação proposta por Possari (2001) e obter valores mais próximos à realidade do CC ^(T6).

No que tange a segurança do paciente, os estudos buscam relacionar a carga de trabalho com ocorrências iatrogênicas, como exemplo, os erros de medicação, na assistência de enfermagem, evidenciando seu impacto na carga de trabalho destes profissionais. Desta forma, reiteram a necessidade de investir na capacitação dos profissionais que atuam em setores de cuidados críticos, principalmente ^(T1, T9, D3).

Os objetivos dos estudos são diversos e abordam a temática carga de trabalho de enfermagem em diferentes perspectivas. A carga de trabalho de enfermagem, mensurada de acordo com as horas de assistência requeridas pelos pacientes e a alocação da equipe de enfermagem para suprir essa demanda, pode ser relacionada com a ocorrência de eventos adversos e incidentes na assistência, evidenciando uma média de eventos adversos maior, quando há alocação inadequada de pessoal de enfermagem ^(T8). Percebe-se, nesta produção, as diversas relações da temática carga de trabalho de enfermagem, com o dimensionamento de pessoal e a segurança do paciente.

Na perspectiva de analisar as repercussões da carga de trabalho de enfermagem na saúde do trabalhador, estudos analisaram o perfil epidemiológico dos registros dos acidentes de trabalho notificados, identificando as cargas de trabalho presentes nos processos de trabalho, relacionando-as com as ocorrências dos acidentes. Ao identificar as cargas a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos durante o processo de trabalho, torna-se possível elaborar estratégias de prevenção para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida no trabalho ^(T2, D7).

3.2.2. CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E SEUS INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO/AVALIAÇÃO

Os estudos acerca da temática carga de trabalho de enfermagem abordam diversos instrumentos que atingem o objetivo de mensurar, avaliar, quantificar a carga de trabalho. Neste sentido, esta categoria apresenta os instrumentos que foram identificados por meio da

pesquisa efetivada, os quais se constituem em tendência da produção científica. O instrumento mais utilizado, para medir carga de trabalho de enfermagem, identificado neste estudo, foi o *Nursing Activities Score - NAS*, com 44%. O NAS é um instrumento que foi desenvolvido por Miranda e colaboradores, traduzido e validado para a língua portuguesa por Queijo em 2002 ^(D2). De acordo com Lima (2010), esse instrumento mensura a carga de trabalho de enfermagem, por meio de atividades que resultam em uma pontuação, correspondendo às necessidades de assistência direta e indireta ao paciente.

A finalidade primeira do instrumento foi medir a carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Com o objetivo analisar a carga de trabalho de enfermagem e os fatores a ela associados, o NAS surge como o instrumento de escolha para medir a carga de trabalho de enfermagem, associado à utilização do SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) para medir a gravidade dos pacientes das UTI's ^(D4, D6, T10).

Outras publicações também realizaram aplicação do NAS, em UTI geral ou especializada (cardíaca, neonatal, pediátrica, entre outras), com o objetivo de medir a carga de trabalho, embora sem correlacioná-lo com instrumentos para mensuração de gravidade dos pacientes ^(T3, T4).

Na busca de investigar a carga de trabalho de enfermagem, e ainda, escolher o método ideal para tal, o NAS foi utilizado juntamente com o instrumento de Avaliação de dependência do paciente, comparando-os. O estudo apontou que ambos os instrumentos utilizados são compatíveis com a terapia intensiva, suscitando novas reflexões ^(D14).

Em uma abordagem também comparativa, agora entre as medidas retrospectiva e prospectiva do NAS, estudo ^(D9) analisa seu desempenho. Destacam-se, no estudo, os objetivos que cada tipo de medida atende, sendo, a prospectiva, indicada para projetar os cuidados de enfermagem a serem prestados, quando se tem a intenção de distribuir os profissionais de enfermagem necessários para prestar esses cuidados.

Embora o NAS tenha sido criado, originalmente, para medir carga de trabalho em UTI, com o passar do tempo, esse instrumento passou a ser utilizado em outros cenários, tais como unidade de clínica médica e pronto socorro. Em unidade de clínica médica, o NAS foi utilizado a fim de identificar o tempo médio de assistência de enfermagem necessário para assistir ao paciente adulto, juntamente com o Instrumento de Classificação de Pacientes (ICP), buscando-se classificar pacientes com alta dependência de enfermagem ^(D11).

Com o objetivo comum aos estudos de terapia intensiva, o de identificar a carga de trabalho de enfermagem, em um Pronto Socorro Geral ^(D12), utilizou-se o NAS para calcular a

carga de trabalho em sala de emergência e o Sistema de Classificação de Pacientes em salas de observação. Desta forma, percebe-se a aplicabilidade do instrumento em cenários diversos.

Ainda identificou-se, na produção científica selecionada, outras formas de mensurar a carga de trabalho de enfermagem, como exemplo, através da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), com 24% dos estudos selecionados. Contudo, tais publicações apresentam-se em menor proporção, se comparadas a utilização do NAS.

Com o objetivo de construir um instrumento para identificação da carga de trabalho de enfermagem em unidades pediátricas, optou-se por utilizar a NIC para compor o instrumento a ser validado no estudo. As intervenções e atividades de enfermagem foram distribuídas em domínios e classes, conservando a taxonomia da NIC ^(D5).

Ao encontro da produção supracitada, surgem estudos com a finalidade de identificar a frequência e o tempo dispendido nas intervenções ou atividades de enfermagem e, assim, mensurar a carga de trabalho da equipe de enfermagem e, para isto, utiliza a NIC. Identificase, neste contexto, a diversidade dos cenários, como unidade de alojamento conjunto, clínica médica e cirúrgica, UTI, sala de recuperação anestésica e unidade pediátrica ^(T5, T7, D13 e T11).

Para Soares (2009), identificar a carga de trabalho de enfermagem bem como o tempo de assistência de enfermagem possibilita adequar o quantitativo de profissionais para suprir as demandas de cuidados geradas pelos pacientes, de forma segura para a equipe e pacientes.

Ainda, 12% dos estudos identificados nesta tendência da produção científica, utilizaram o *Therapeutic Intervention Scoring System – TISS-28* ^(D1, T1 e D3). Este instrumento, traduzido e validado para o português por Nunes (2000), tem como finalidade principal dimensionar a carga de trabalho de enfermagem em UTI. Na ocasião, os resultados indicaram que o instrumento pode ser aplicado em terapia intensiva com alto índice de concordância, desde que acompanhado de um manual de definições operacionais ^(D1).

Este estudo possibilitou uma visão geral do que vem sendo produzido e o que ainda representa uma lacuna do conhecimento. Percebe-se que, as investigações sobre carga de trabalho da enfermagem vem ganhando relevância na produção científica brasileira, especialmente as que utilizam o NAS como instrumento de mensuração. Além disso, destaca-se o baixo número de produções dedicadas a avaliar a carga de trabalho em cenários distintos da terapia intensiva, incluindo-se aí a sala de recuperação anestésica.

No item a seguir serão apresentados alguns instrumentos de mensuração da carga de trabalho de enfermagem, incluindo a construção e validação do NAS, como um escore abrangente e adequado para medir a carga de trabalho de enfermagem.

3.3 INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DE CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

Segundo Nunes (2013), a mensuração da carga de trabalho é um elemento fundamental para um adequado dimensionamento de pessoal de enfermagem, pois permite identificar o quanto de tempo é preciso para realizar os cuidados requeridos pelos pacientes. A carga de trabalho, estabelecida a partir dos escores ou das pontuações que determinam o grau de dependência do paciente em relação aos cuidados de enfermagem, representa o número de horas dedicadas pela equipe de enfermagem a cada paciente (GONÇALVES, 2011).

Em diferentes países, houve a proposição de instrumentos com a finalidade de classificar os pacientes graves segundo as necessidades de cuidados, como Omega em 1986, na França; o PRN (*Project of Research of Nursing*) em 1980, no Canadá, e posteriormente reformulado em 1987; o TOSS (*Time Oriented Score System*) em 1991, na Itália; e o TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*) cuja versão mais atualizada denomina-se NAS (*Nursing Activities Score*). Este último tem sido considerado o escore mais abrangente no sentido de medir de forma representativa a carga de trabalho de enfermagem (QUEIJO, 2002).

O TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*) foi inicialmente idealizado por Cullen e colaboradores, do *Massachusetts General Hospital*, de Boston, em 1974, e inicialmente possuía dois objetivos: mensurar o nível de gravidade dos pacientes e calcular a correspondente carga de trabalho de enfermagem em UTI. Em sua primeira versão era composto por 57 intervenções terapêuticas que recebiam pontuações de um a quatro, de acordo com o tempo e esforço necessários para o desempenho das atividades de enfermagem. Em 1983, o TISS foi revisto e atualizado em função das inovações terapêuticas surgidas na área de terapia intensiva, e passou a conter 76 intervenções terapêuticas, que quantificavam a complexidade, grau de invasividade e tempo dispensado pelas equipes médicas e de enfermagem para realizar determinado procedimento (TEGNER, 2004).

Decorridos 16 anos da existência do TISS-76, devido à necessidade de atualizar e tornar mais prático o seu uso, Miranda e outros estudiosos do *University Hospital of Groningen*, Holanda, realizaram uma simplificação desta versão, reduzindo para 28 o número de intervenções analisadas, por meio do agrupamento de itens afins (QUEIJO, 2002). Na apresentação com 28 itens, o sistema é composto por sete grandes categorias, que incluem atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. Cada uma delas é constituída de

itens específicos, resultantes da aglutinação de alguns já existentes e acréscimo de outros não contemplados na versão anterior, que foram submetidos a amplo estudo e análise estatística.

Com o objetivo de ajustar o índice de modo a avaliar mais fielmente a carga de trabalho na UTI, o TISS-28 sofreu uma ampla modificação em 2001 pelos mesmos autores que haviam proposto a versão em 28 itens. Nessa última modificação, um grupo de 25 profissionais, entre eles médicos e enfermeiros de 15 países, procederam a revisão do TISS-28. Itens foram extintos, aglutinados ou adicionados, ficando o índice constituído pelas mesmas sete grandes categorias anteriores. Ainda com a característica de ter itens mutuamente excludentes, foi reduzido o número de itens, de 28 para 23 (QUEIJO, 2002).

A principal mudança ocorreu na categoria atividades básicas, que foi subcategorizada em: monitorização e controles, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamento do paciente, suporte e cuidados aos familiares/pacientes, tarefas administrativas e gerenciais. Dessa forma, o índice incluiu atividades de enfermagem não contempladas na versão anterior. Estas novas atividades estão mais relacionadas com o tempo consumido pela enfermagem do que com a gravidade da doença, e, assim, descrevem de forma mais precisa o trabalho da enfermagem.

Após a conclusão desses estudos, o índice passou a se chamar *Nursing Activities Score* – NAS, que foi traduzido para o português, adaptado transculturalmente e validado por Queijo em 2002. O NAS pontua o tempo gasto pela enfermagem na realização de 23 procedimentos, cujos pesos variam de 1,2 a 32,0 pontos. É preenchido com base no registro das atividades de enfermagem realizadas nas últimas 24 horas de internação, e fornece, portanto, informações retrospectivas da carga de trabalho de enfermagem. O escore varia de 0 a 176,8%, e indica a porcentagem de tempo gasto por profissional no cuidado direto de enfermagem (QUEIJO; PADILHA, 2009). Assim, uma pontuação igual a 100 pontos, por exemplo, significa que o paciente requereu 100% do tempo de um trabalhador de enfermagem no seu cuidado, nas últimas 24 horas. Ao relacionar a pontuação do NAS com o tempo de assistência prestada, percebe-se que cada ponto NAS equivale a 14,4 minutos (DIAS, 2006).

O NAS apresentou sensibilidade de 80,8% para a medida das atividades de enfermagem no cuidado do paciente no decorrer das 24 horas, superando a abrangência de 43,3% do TISS-28. Desta forma, o NAS descreve, aproximadamente, duas vezes mais o tempo gasto pela enfermagem no cuidado ao paciente crítico quando comparado ao TISS-28 (QUEIJO; PADILHA, 2009). Assim, seu objetivo é medir a carga real de trabalho de enfermagem, abrangendo o maior conjunto de atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem.

Além do NAS, existem outros instrumentos para avaliar o nível de complexidade de cuidado em pacientes adultos (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005; SANTOS *et al*, 2007), e o grau de dependência de enfermagem (PERROCA, 2011; MARTINS; HADDAD, 2000). Porém, esses instrumentos são considerados uma medida indireta para avaliar as horas de enfermagem requeridas pelos pacientes e, na prática, verifica-se que nem sempre retratam a real necessidade ou complexidade de cuidado dos pacientes.

Trepichio *et al* (2013) destacam a importância da avaliação da carga de trabalho de enfermagem por meio do NAS, que visa mensurar as necessidades de cuidado requeridas pelos pacientes nas 24 horas de assistência. Também ressaltam que, embora tenha sido construído para avaliação da carga de trabalho em unidades de cuidados críticos, o NAS tem mostrado resultados favoráveis quando utilizado para avaliar a carga de trabalho em outras unidades hospitalares, clínicas e cirúrgicas.

Diante do exposto, observa-se que a avaliação da carga de trabalho de enfermagem tornou-se fundamental, tanto na dimensão administrativa do dimensionamento de recursos humanos, quanto para identificação de riscos no trabalho da enfermagem e para promoção da segurança do paciente. O conhecimento das lacunas no quadro de pessoal de enfermagem em diferentes cenários e realidades institucionais é uma ferramenta importante para qualificação da assistência e para promoção da saúde dos trabalhadores, uma vez que, uma equipe subdimensionada contribui diretamente para a exaustão emocional e física desses trabalhadores, interferindo na segurança do paciente, representada pela ocorrência de eventos adversos e ainda, na saúde destes trabalhadores.

3.4 EVIDÊNCIAS A PARTIR DA UTILIZAÇÃO DO NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS)

Neste item da fundamentação teórica, será descrito o estudo de revisão desenvolvido com a finalidade de dar subsídios ao desenvolvimento da presente pesquisa. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, o que contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a condução desta revisão, prosseguiram-se as seguintes etapas, propostas por autores que detalham esse método: identificação do tema e seleção das questões de pesquisa,

estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação das evidências e análise (categorização), discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos estudos analisados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para guiar a presente investigação, formularam-se as seguintes questões: Quais as evidências científicas sobre carga de trabalho de enfermagem presentes nos estudos que utilizaram o instrumento *Nursing Activities Score* (NAS)? Quais fatores podem ser relacionados à carga de trabalho de enfermagem? A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine* (PUBMED) e *SciVerse Scopus* (SCOPUS). A estratégia de busca utilizada na base de dados LILACS foi “carga de trabalho” (descriptor de assunto) and “enfermagem” or “assistência de enfermagem” or “cuidados de enfermagem” or “equipe de enfermagem” or “recursos humanos de enfermagem” (descriptor de assunto). Nas bases de dados PUBMED e SCOPUS foi utilizada a estratégia de pesquisa com as palavras “nursing activities score” (all fields).

O levantamento dos estudos ocorreu em setembro de 2016. Para selecioná-los foram estabelecidos os critérios de inclusão: artigos de estudos originais que investiguem a carga de trabalho de enfermagem a partir da utilização do NAS, publicados em português, inglês ou espanhol até o ano de 2015, e que estivessem disponíveis on-line, gratuitamente, na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos de estudos metodológicos. Os artigos duplicados foram considerados apenas uma vez.

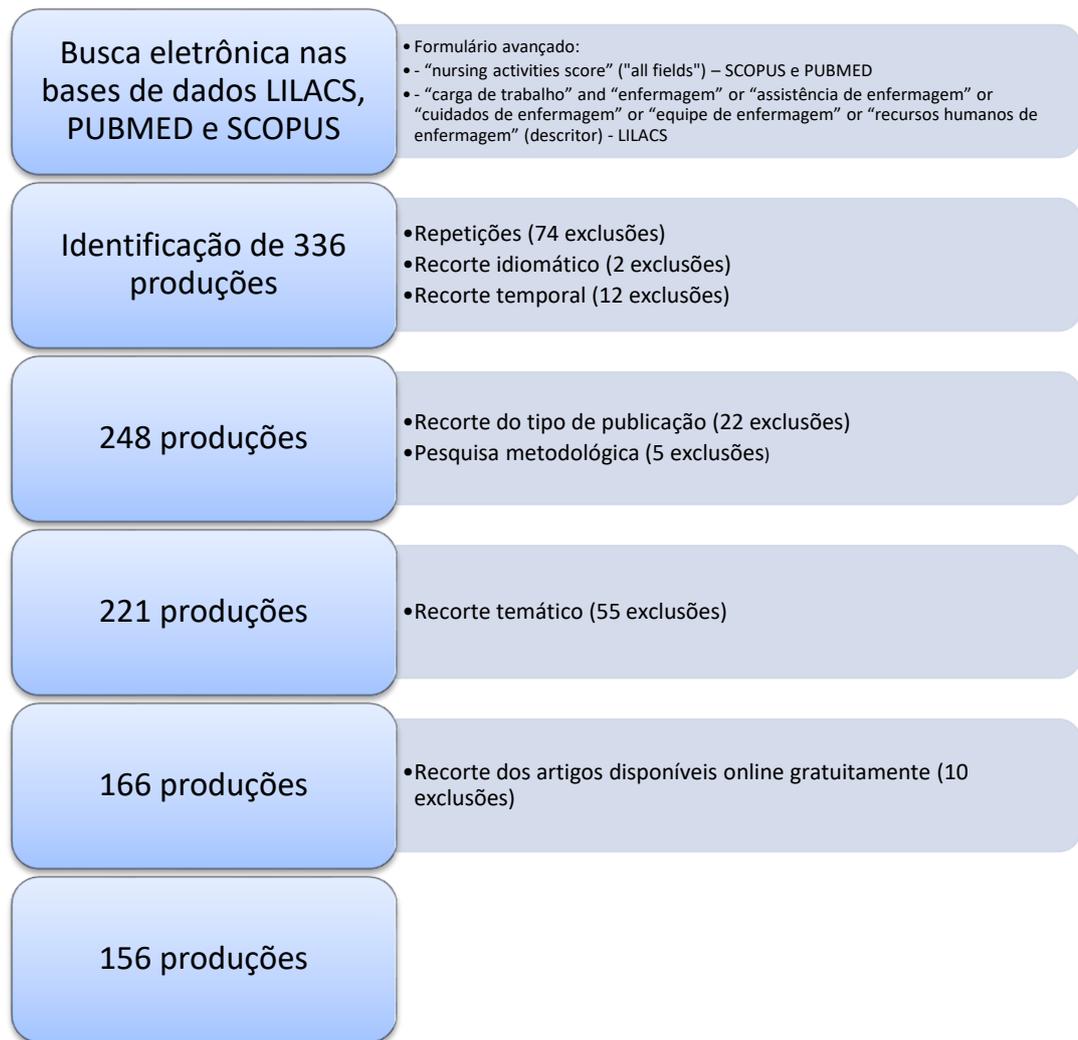


Figura 1. Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão. LILACS, SCOPUS, PUBMED, 2016.

Foram inicialmente encontrados 336 estudos, dos quais 156 atenderam aos critérios de inclusão (Figura 1). Frente à exequibilidade analítica, foi estabelecido um recorte temporal dos últimos cinco anos, constituindo-se 38 estudos cujos resultados serão apresentados na presente revisão. Os artigos foram identificados pela letra A de “artigo”, seguida de uma numeração (A1, A2, A3, sucessivamente) (APÊNDICE A).

Após leitura exhaustiva dos estudos selecionados, todos os estudos primários foram submetidos à mesma extração e coleta de dados, por meio do preenchimento de um instrumento com informações referentes à identificação do estudo, país/região onde o estudo foi realizado, objetivos, delineamento da pesquisa, população, cenário, variáveis estudadas, tipo de análise e principais resultados. Os estudos foram classificados de acordo com os sete

níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), a saber: nível 1 as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

No gráfico a seguir (Gráfico 1), apresenta-se a distribuição dos estudos selecionados, de acordo com o ano de publicação do marco temporal utilizado para análise. Observa-se que, de 2011 a 2015, houve um crescimento nas publicações pertinentes ao instrumento NAS na mensuração da carga de trabalho de enfermagem.

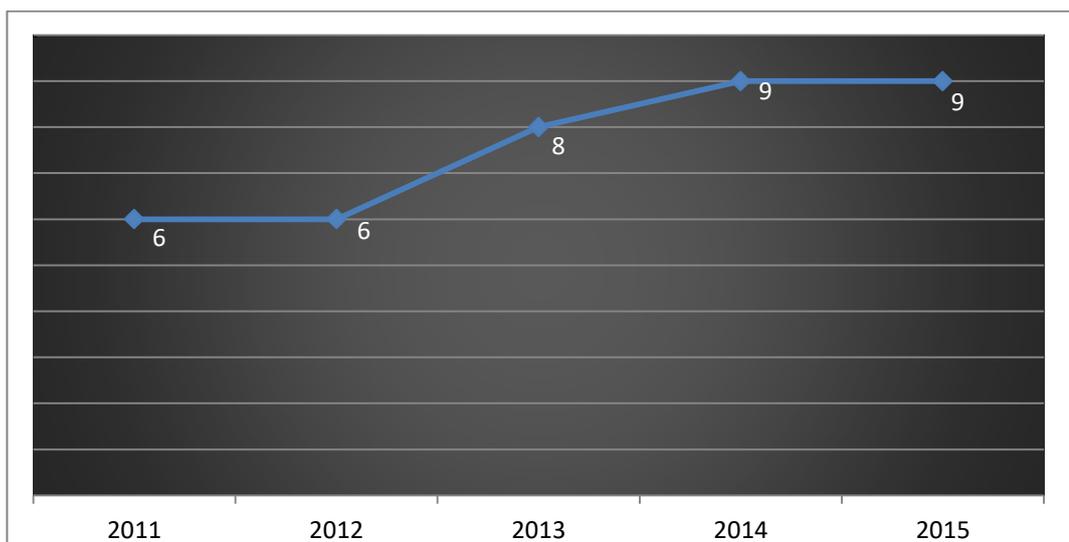


Gráfico 1. Distribuição dos artigos de acordo com os anos de publicação.

Quanto à origem dos estudos, o Brasil (65,79%) concentrou a maior parte das publicações. Referente ao delineamento metodológico houve um predomínio de estudos de coorte (31,58%). Segundo a classificação do nível de evidência constatou-se: 12 estudos com nível de evidência IV e 26 estudos com nível VI (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das produções científicas, segundo a origem, foco, população, cenário, delineamento e nível de evidência. LILACS, PUBMED e SCOPUS. 2011-2015

Variáveis		Frequência absoluta	Frequência relativa
Origem	Brasil	25	65,79%
	Espanha	5	13,17%
	Grécia	3	7,89%
	China	1	2,63%
	Itália	1	2,63%
	Bélgica	1	2,63%
	Noruega	1	2,63%
	Multicêntrico (7 países)	1	2,63%
Foco	Geral do instrumento	20	52,63%
	Alocação de pessoal	5	13,16%
	Pacientes c/ condições específicas	5	13,16%
	Organização dos serviços	4	10,53%
	Infecção hospitalar	2	5,26%
	Úlcera por pressão	1	2,63%
	Satisfação da família	1	2,63%
População	Adultos	31	81,59%
	Adultos e crianças	3	7,89%
	Recém-nascidos	2	5,26%
	Crianças	2	5,26%
Cenário*	UTI Geral	17	44,74%
	UTI Especializada	13	34,21%
	UTI Pediátrica	2	5,26%
	Unidade Internação Adulto	2	5,26%
	Unidade Internação Neonatal	2	5,26%
	UTI Neonatal	1	2,63%
	Unidade Recuperação Anestésica	1	2,85%
	Unidade Transplante células-tronco	1	2,63%
	Unidade Terapia Semi-intensiva	1	2,63%
	Sala de emergência	1	2,63%
Delineamento do estudo	Coorte	12	31,58%
	Transversal Descritivo	11	28,95%
	Longitudinal	9	23,68%
	Transversal	6	15,79%
Nível de evidência	IV	12	31,58%
	VI	26	68,42%

*Alguns estudos foram realizados em mais de um cenário.

Fonte: Elaborado pela autora.

O cenário onde foram desenvolvidas as pesquisas foram majoritariamente as Unidades de Terapia Intensiva Gerais (44,74%). A população do estudo contemplou principalmente

pacientes adultos (81,59%). Esses dados demonstram que apesar de o NAS ser um instrumento criado para verificação da carga de trabalho em adultos internados em UTI, ele tem sido utilizado em outras populações e cenários.

Quanto ao foco da investigação, as produções contemplaram o objetivo geral do instrumento de avaliação da carga de trabalho (52,63%); utilizaram a carga de trabalho verificada pelo instrumento para avaliar a alocação de pessoal (13,16%); analisaram a carga de trabalho em pacientes com condições específicas (13,16%), como: vítimas de trauma, pacientes submetidos à hipotermia terapêutica, pacientes queimados, entre outros; avaliaram a carga de trabalho para subsidiar uma melhora na organização dos serviços (10,53%), como a identificação de fatores relacionados ao encaminhamento de pacientes para unidades de cuidados intermediários, fatores relacionados a óbitos e readmissões, dentre outros. Também relacionaram a carga de trabalho com a ocorrência de úlcera por pressão (2,63%), com a ocorrência de infecção hospitalar (5,26%) e com a satisfação da família na UTI (2,63%).

O presente estudo evidenciou que a avaliação da carga de trabalho foi realizada em diferentes cenários, com diferentes populações e tamanhos de amostra. Os valores verificados por meio do NAS apresentaram uma grande variabilidade de acordo com o local de estudo, conforme apresentado na tabela abaixo (Tabela 2).

Quadro 2. Apresentação da avaliação da carga de trabalho nas produções científicas. Santa Maria, 2016.

Nº	CENÁRIO	AMOSTRA	POPULAÇÃO	NAS (%)	OBSERVAÇÃO
A1	UTI geral	195	Adultos	65,9 ± 16,6	Admissão
A2	UTSI pediátrica especializada	72	Crianças	49,5%	Todo período internação
A3	UTI geral	758	Adultos	72,81%	Admissão
A4	Un. Transplante	62	Adultos	69,7% ±17,4 (geral) 67,3% ±8,2 (autólogos) 72,4% ±13,0 (alogênicos)	Todo período internação
A5	UTI cirúrgica adulto	187	Adultos	82,4% ±3,4 (24h) 58,1% ±3,4 (72h)	NAS das primeiras 24h e 72h
A6	UTI especializada	835	Adultos	71,3±10,9% 71,6±9,2%.	NAS clínicos NAS cirúrgicos
A7	UTI - trauma	200	Adultos vítimas de trauma	71,3% ±16,9	Admissão
A8	UTI especializada	61	Adultos	47% ±12 (manhã) 48% ±14 (tarde) 46% ±11 (noite)	Por turno
A9	UTI geral	240 registros	Adultos	62,5 ± 16,8	
A10	UTI - trauma	200	Adultos vítimas de trauma	71,3 ±16,9	Admissão
A11	UTI geral	46	Adultos pós	-	

			PCR		
A12	UTI geral	161	Adultos	36,1 ±6,2	
A13	UTI - queimados	50	Adultos	70,4 (med) 97,0 (max) 52,5 (min)	
A14	UTI geral	437	Adultos	74,47 ±8,77	
A15	Sala de emergência	229	Adultos	57,43 ±10,81 110,4 ±6,22	Baixa gravidade Alta gravidade Admissão
A16	UTI geral, neurocirúrgica e cardiológica	5856	Adultos	65,97 ±2,53	
A17	UTI pediátrica	545	Crianças (29d a 12a)	56,0 ±11,0	
A18	UTI geral	477	Crianças e adultos	114,3	s/ desvio padrão
A19	UTI geral	103 (66 e 37)	Adultos	122,82 93,39	Mediana
A20	UTI geral	563	Adultos com SCA, IRA ou sepse.	65,9 ±6,6	Até 30 dias de internação.
A21	URPA	160	Adultos	76,2 (med) 84,6 (max) 70,47 (min)	Pós cirurgias eletivas
Nº	CENÁRIO	AMOSTRA	POPULAÇÃO	NAS (%)	OBSERVAÇÃO
A22	UTI geral	730	Adultos	67,4	Mediana
A23	UTI geral	160	Adultos sem UPP.	64,86 ±12,53 61,95 ±11,7	Com UPP Sem UPP
A24	UTI geral	600	Adultos	68,1 ±24,5 56,0 ±16,1	Admissão –pub. Admissão– priv.
A25	Unidade de nefrologia.	62	Adultos com doença renal aguda e crônica.	39,4 ±7,4	Internação
A26	UTI neurológica	100	Adultos	65,18 ±6,63	
A27	Berçario/UTI neonatal.	144	Recém- nascidos	86,78±2,34 29,07 ±1,38 – 41,92 ±2,27	UTI Berçários
A28	UTI clínica	195	>12 anos	81,2 ±16,2 66,7 ±20,3	C/ infecção S/ infecção
A29	UTI geral	66	Adultos	68,1 (med) 108,3 (max) 51,5 (min)	
A30	UTI clínica e UTI pediátrica cirúrgica	255	Adultos e crianças	47,0 (manhã) 46,3 (tarde) 41,6 (noite)	
A31	UTI geral	107	Adultos	62,2 ±20,8	
A32	UTI cirúrgica cardíaca	313	Adultos	>61,6 = alta carga	
A33	Unidade neonatal	48	Recém- nascidos	66,9	
A34	UTI geral	235	Adultos e crianças	96,24 ±22,35	
A35	UTI cardiológica	100	Adultos	66,6 ±5,97	
A36	Unidade de internação	156	Adultos	47,3 ±5,2	
A37	UTI cirúrgica cardíaca	313	Adultos	>61,6 = alta carga	

A38	UTI geral	600	Adultos	61,92 ±21,57	Admissão.
------------	-----------	-----	---------	--------------	-----------

Fonte: Elaborado pela autora.

A avaliação da carga de trabalho em UTI geral, exclusivamente com pacientes adultos, por meio da aplicação diária e retrospectiva do NAS evidenciou uma média NAS que variou de 36,1% a 122,82% ^(A12, A19). Entretanto, observou-se que a maioria dos estudos com este delineamento obteve uma média NAS entre 62,2% e 74,47% ^(A14, A22, A29, A31). Quando aplicado apenas no primeiro dia de internação em UTI geral, a média do NAS foi comparativamente menor aos estudos que avaliaram a carga de trabalho ao longo de toda internação do paciente, com variação de 56% a 68,1% ^(A24, A38). Na utilização do NAS em UTI geral com pacientes adultos e crianças, em dois estudos observou-se que as médias do NAS foram elevadas, sendo iguais a 114,3% e 96,24% ^(A18, A34).

Em estudo ^(A20) realizado na Espanha, em UTI geral com três grupos de pacientes: adultos com Síndrome Coronariana Aguda (SCA), Insuficiência Renal Aguda (IRA) e Sepsis, obteve-se uma pontuação média do NAS de 65,9%.

Com o objetivo de verificar a associação entre o desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP) e a carga de trabalho de enfermagem, um estudo ^(A23) realizado no Brasil, em UTI geral, com 160 pacientes, demonstrou que a carga de trabalho se revelou um fator protetor para o desenvolvimento de úlcera por pressão. Nesse estudo, os pacientes que desenvolveram úlcera por pressão não apresentaram valor médio do NAS estatisticamente superior aos pacientes que não desenvolveram. A alta carga de trabalho verificada, de 64,86% para os pacientes que desenvolveram UPP² de 61,65% para os que não desenvolveram, pode indicar que os pacientes receberam cuidados adequados, reduzindo o desenvolvimento de UPP.

Alguns autores ^(A24) propuseram um estudo que buscou comparar pacientes internados em UTI geral de instituições públicas e privadas, segundo a carga de trabalho de enfermagem requerida. Esse estudo foi desenvolvido no Brasil, em quatro UTI's, com 600 pacientes, e verificou que os pacientes internados em instituições públicas apresentaram maiores cargas de trabalho na admissão na UTI, sendo de 68,1% em hospitais públicos e 56% em hospitais privados. Não houve diferença significativa na alta da UTI, e a carga de trabalho no transcorrer da internação não foi avaliada.

² Em 2016, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão.

A carga de trabalho de enfermagem mensurada pelo NAS em UTI's especializadas foi verificada em diversos estudos ^(A10, A13, A16, A32, A35). Na admissão de 200 adultos vítimas de trauma em uma UTI especializada nesse tipo de atendimento, um estudo ^(A10) obteve uma média NAS igual a 71,3%. De forma semelhante, pesquisadores ^(A13) verificaram uma média NAS bastante elevada, 70,4%, em UTI de queimados. Em outros dois estudos realizados em UTI cardiológica cirúrgica ^(A32) e UTI cardiológica ^(A35), as médias encontradas foram iguais a 61,6% e 66,6% respectivamente. Já em duas UTI's neurológicas a média do NAS verificada foi 65,18% ^(A26). Em uma pesquisa realizada na Itália ^(A7) com 5856 pacientes em UTI's geral, neurocirúrgica e cardiológica, foi constatada uma média NAS de 65,97%.

Com o objetivo de avaliar o papel da carga de trabalho de enfermagem na ocorrência de infecção hospitalar em UTI clínica, um estudo ^(A28) constatou que a carga de trabalho excessiva e a gravidade das condições clínicas do paciente foram fatores de risco para infecção hospitalar. Nessa investigação, as médias do NAS foram de 81,2% para pacientes que desenvolveram infecção, e de 66,7% para pacientes que não desenvolveram. De encontro a este estudo, outra produção ^(A6) sugere que a carga de trabalho de enfermagem não exerceu influência na ocorrência de infecções relacionadas à assistência, o que pode ser compreendido devido à etiologia multicausal das infecções hospitalares, sendo a carga de trabalho uma variável isolada.

Também foram encontrados estudos que utilizaram o NAS para avaliar a carga de trabalho de enfermagem em UTI pediátrica ^(A17), neonatal ^(A27) e unidade semi-intensiva pediátrica ^(A2). Em UTI pediátrica foi constatada uma média NAS de 56%, em um estudo com 545 crianças de 29 dias a 12 anos de idade. Já, em UTI neonatal, com uma amostra de 144 recém-nascidos, a média do NAS foi de 86,78% e, finalmente na unidade semi-intensiva pediátrica, um estudo com 72 crianças de até 2 anos de idade com malformações craniofaciais, identificou uma média do NAS de 49,5%.

Na Bélgica, um estudo ^(A30) realizado com adultos e crianças em uma UTI clínica e uma UTI pediátrica cirúrgica, buscou avaliar se as diferenças na carga de trabalho de enfermagem entre os turnos consecutivos poderiam ser identificadas por um instrumento de mensuração de carga de trabalho. Verificou-se que os escores foram menores no turno da noite e nos finais de semana. As médias do NAS verificadas foram de 47% para o turno da manhã, 46,3% para o turno da tarde e 41,6% para o noturno. Em estudo com características semelhantes ^(A8), em cenário de unidade coronariana, as médias do NAS por turno foram 47% pela manhã, 48% no turno da tarde e 46% à noite.

A carga de trabalho mensurada com a utilização do NAS foi objeto de investigação de alguns estudos em unidades que não são de terapia intensiva. Um estudo ^(A15) com pacientes politraumatizados na admissão na sala de emergência verificou que a carga de trabalho foi de 57,43% para pacientes com baixa gravidade (verificada pelo APACHE II) e de 110,4% para pacientes com alta gravidade. Em outro estudo ^(A21), realizado com 160 pacientes em pós-operatório de cirurgias eletivas encontrou uma média NAS de 76,2% em Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. Também se encontraram estudos realizados em unidades de internação, como nefrologia ^(A25) onde os pacientes demandaram carga de trabalho de 39,4%; e em neonatologia ^(A33), com média de 66,9%. Com carga de trabalho de enfermagem próxima às identificadas em cenário de terapia intensiva, uma investigação ^(A4) com 62 indivíduos submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas apresentou como média do NAS 69,7%, apontando a gravidade e a alta demanda de cuidados gerados por essa população.

Nesse estudo, foram evidenciados alguns fatores que se relacionam com a carga de trabalho de enfermagem estimada com aplicação do NAS em Unidades de Terapia Intensiva, conforme apresentado no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3. FATORES RELACIONADOS À CARGA DE TRABALHO EM UTI			
Nº	DELINEAMENTO	N	EVIDÊNCIAS
A1	Coorte	195	- Houve correlação moderada entre o NAS e SAPS3 no subgrupo de pacientes neurológicos. - A gravidade e a carga de trabalho foram maiores no subgrupo clínico-cirúrgicos gerais, quando comparados aos neurológicos e cardiológicos .
A2	Transversal	72	- O quantitativo de profissionais de enfermagem requerido por meio da aplicação do NAS foi superior ao requerido segundo a Resolução do COFEN-293/04. - Ao se comparar a média do NAS do primeiro (69,4%) e do último dia (59,8%) de internação, observou-se diferença estatisticamente significante (p<0,001).
A3	Transversal	758	- O estudo mostrou diferentes cargas de trabalho de enfermagem nas UTI estudadas. - Manual de instruções padronizado do NAS gera melhor investimento em recursos materiais e humanos.
A5	Coorte	187	- Os fatores associados ao aumento do NAS foram: tempo de internação do paciente na UTI (p=0,036) e a presença de complicações (p<0,001).
A6	Coorte	835	- A carga de trabalho de enfermagem não exerceu influência na ocorrência de IRAS nas UTI do estudo.
A7	Transversal	200	- As vítimas de trauma, atendidos na UTI foram submetidos a 12 (52,2%) das 23 atividades contidas no instrumento NAS, as demandas de cuidados foram elevadas e implicaram em alta carga de trabalho para a equipe de enfermagem com NAS igual a 71,3%.
A8	Longitudinal	61	- O motivo de internação teve associação significativa com a carga de trabalho.

			- A diferença do escore NAS entre os turnos de trabalho não foi relevante ao ponto de alterar número de profissionais para fins de dimensionamento da equipe.
A9	Transversal	240 registros	- A escala NAS é a que melhor se adapta ao trabalho real da enfermeira na UCI. - Segundo as escalas utilizadas, há um déficit de enfermeiras para suprir as demandas de cuidado. - A correlação entre as escalas NAS-NEMS-VACTE vão de moderada a alta. - Pacientes pós-operatórios geram cargas de trabalho mais elevadas.
A10	Transversal	200	- Fatores associados à carga de trabalho: sexo, insuficiência respiratória, número de regiões do corpo traumatizadas e risco de morte (SAPS II).
A11	Coorte	46	- A realização de hipotermia terapêutica não se associou à carga de trabalho.
A14	Longitudinal	437	- Fatores associados: tipo de internação, tempo de permanência e condição de saída da UTI e do hospital. - Pacientes de cirurgias de urgência apresentaram NAS mais elevado.
A16	Longitudinal	5856	- Não houve associação com as escalas RASS, SAPS e escala de Braden.
A17	Longitudinal	545	- Correlação positiva entre TISS-28 e NAS. - Carga de trabalho maior nos pacientes cirúrgicos - Escores maiores na admissão.
A20	Coorte	563	- Menor carga de trabalho nos pacientes com diagnóstico de SCA em relação aos com diagnóstico de IRA e Sepsis.
Nº	DELINEAMENTO	N	EVIDÊNCIAS
A23	Longitudinal	160	- A carga de trabalho foi identificada como fator de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão.
A24	Coorte	600	- Pacientes de instituições públicas apresentaram maior carga de trabalho na admissão em relação aos de instituição privada.
A26	Descritivo	100	- Gravidade (SAPS II) foi diretamente associada ao NAS. - Idade foi inversamente associada.
A28	Coorte	195	- Carga de trabalho excessiva foi fator de risco para infecção hospitalar.
A29	Longitudinal	66	- Não foram associados: idade e tempo de permanência. - Foi associado com desfecho (óbito).
A30	Longitudinal	255	- Pacientes clínicos tiveram escores menores. - Os escores foram menores no noturno e nos finais de semana.
A31	Descritivo	107	- Leitos de isolamento apresentaram maior carga de trabalho.
A32	Coorte	313	- Pacientes com uma alta carga de trabalho no primeiro dia de internação tiveram 3,3 vezes maior chance de morte.
A35	Longitudinal	100	- Correlação com índices de gravidade LODS e SAPS II, e com o tempo de internação. - Não correlação com sexo, idade, procedência e tipo de internação.
A37	Coorte	313	- Carga de trabalho elevada está associada com o aumento da permanência na UTI.
A38	Coorte	600	- Pacientes com NAS mais elevado no último dia de internação tiveram maior chance de morrer.

			<ul style="list-style-type: none"> - Pontuações mais altas na admissão foram fatores protetores para óbito. - Maior pontuação na alta diminui o risco de readmissão.
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Também foram evidenciados fatores que se relacionam com a carga de trabalho de enfermagem estimada com aplicação do NAS em outros setores de atendimento, conforme apresentado no Quadro 4, a seguir.

Quadro 4. FATORES RELACIONADOS À CARGA DE TRABALHO EM OUTRAS UNIDADES				
UNIDADE	Nº	DELINEAMENTO	N	EVIDÊNCIAS
TCTH	A4	Coorte	62	<ul style="list-style-type: none"> - Na análise dos valores médios do NAS nas distintas fases do TCTH não observou-se diferença estatística significativa. - O tipo de transplante representa um indicador importante para a evolução clínica do paciente, com impacto na carga de trabalho
PS	A15	Transversal	229	<ul style="list-style-type: none"> - Correlação positiva alta com a gravidade da doença (APACHE II).
URPA	A21	Transversal	160	<ul style="list-style-type: none"> - Correlação forte com tempo de permanência. - Correlação moderada com porte cirúrgico. - Não houve correlação com índice de gravidade e idade do paciente.
NEFRO	A25	Descritivo	62	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes clínicos apresentaram maior carga de trabalho. - A carga de trabalho foi maior na admissão em relação ao período de internação e alta.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados dos estudos analisados indicam que a carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva é maior no cuidado a pacientes pós-cirúrgicos ^(A9, A17, A30), e pós cirurgias de urgência ^(A14) em relação a pacientes clínicos. Em pacientes pós-operatório de cirurgia cardíaca ^(A5), a carga de trabalho de enfermagem mensurada obteve média de 82,4% nas primeiras 24 horas. Em consonância ao exposto, na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) houve correlação moderada entre carga de trabalho e porte cirúrgico, indicando que os pacientes submetidos a procedimentos anestésicos e cirúrgicos com tempos prolongados demandam uma maior carga de trabalho de enfermagem no pós-operatório imediato ^(A21). Já em Unidade de Nefrologia a carga de trabalho foi maior nos pacientes clínicos ^(A25).

Em investigação com vítimas de trauma no primeiro dia de internação em UTI, os pesquisadores verificaram que pacientes do sexo masculino com instabilidade fisiológica,

trauma com múltiplas injúrias e que desenvolveram insuficiência respiratória tiveram um elevado risco para demandarem uma alta carga de trabalho de enfermagem ^(A13). Corroborando com esta investigação, estudo ^(A7) com a mesma população indicou a média do NAS, nas primeiras 24 horas de internação na UTI, de 71,3% e, ainda, identificou o padrão das intervenções de enfermagem realizadas nesta população, de acordo com o NAS. Em outro estudo com pacientes politraumatizados em sala de emergência a carga de trabalho teve correlação forte com a gravidade do estado do paciente medida pelo APACHE II ^(A15).

Em UTI geral os fatores associados à carga de trabalho foram o tempo de permanência ^(A14), o óbito como condição de saída da UTI ^(A14, A29, A32, A38), a gravidade do paciente medida pelo SAPS II ^(A26, A35) e SAPS3 ^(A1), a idade foi inversamente relacionada ^(A26), e pacientes em leitos de isolamento apresentaram maior carga de trabalho ^(A31). Em URPA também houve correlação entre carga de trabalho e tempo de permanência ^(A21).

Um estudo ^(A23) realizado em 3 UTI's em São Paulo buscou verificar a associação entre o desenvolvimento de úlceras por pressão com a carga de trabalho e gravidade da doença, e se esses são relacionados com os escores da escala de Braden. A carga de trabalho, a gravidade da doença, o sexo do paciente e o tempo de permanência na UTI foram fatores associados com o desenvolvimento de úlcera por pressão, no entanto, a carga de trabalho atuou como um fator de proteção. A carga de trabalho, a gravidade e a idade também foram relacionados à escala de Braden, no entanto, carga de trabalho de enfermagem e gravidade da doença explicaram apenas 45% da variabilidade nos escores Braden, sugerindo que outros fatores estão envolvidos com avaliação de risco para o desenvolvimento de UP em pacientes críticos na UTI. Na Itália, uma investigação ^(A16) também buscou verificar a associação entre o NAS e a escala de Braden, porém a mesma não foi verificada.

Na Espanha, foi desenvolvido um estudo de coorte ^(A11) com o objetivo de comparar a carga de trabalho de enfermagem em pacientes submetidos à hipotermia terapêutica com os que não receberam hipotermia terapêutica após uma parada cardiorrespiratória. Verificou-se que a realização de hipotermia terapêutica não se associou a maior carga de trabalho de enfermagem. Também na Espanha, buscou-se identificar a existência de diferenças na carga de trabalho ao ingresso e à alta de três grupos de pacientes: com síndrome coronariana aguda (SCA), com insuficiência respiratória aguda (IRA) e com sepse ^(A20). Encontrou-se uma menor carga de trabalho nos pacientes com diagnóstico de SCA em relação aos com diagnóstico de IRA e sepse. Nesse estudo, os pacientes com os diagnósticos de IRA e sepse permaneceram com valores altos de carga de trabalho mesmo após apresentarem critérios

suficientes para alta da UTI, o que, segundo os autores, reforça a importância de unidades intermediárias para receber esses pacientes após a alta da UTI.

Também um estudo de coorte ^(A24) realizado em São Paulo com 600 pacientes buscou comparar aqueles internados em UTI de instituições públicas e privadas, segundo a carga de trabalho de enfermagem requerida. Foi evidenciado que os pacientes das instituições públicas apresentaram maior carga de trabalho na admissão na UTI, e apresentaram diferenças no tipo de intervenções realizadas. A avaliação do papel da carga de trabalho de enfermagem na ocorrência de infecção hospitalar em UTI clínica foi verificada em um estudo ^(A28) com 195 pacientes maiores de 12 anos. Verificou-se que a carga de trabalho excessiva e a gravidade das condições clínicas dos pacientes foram fatores de risco para infecção hospitalar, sendo que a carga de trabalho foi o principal fator de risco, quando avaliada em conjunto com outros dispositivos invasivos, exceto ventilação mecânica.

Na Grécia, pesquisadores ^(A32) buscaram identificar os fatores de risco para o aumento da mortalidade intra-hospitalar dos pacientes de cirurgia cardíaca, e concluíram que pacientes com uma alta carga de trabalho medida pelo NAS no primeiro dia de internação tiveram 3,3 vezes maior chance de morte durante sua hospitalização. Nesse estudo, os autores ressaltam que a associação de uma variável de enfermagem com a hospitalização dos pacientes salienta a importância da profissão e sublinha a necessidade de reconhecer o papel fundamental da equipe de enfermagem no sistema de saúde.

Em São Paulo, também se buscou identificar os fatores relacionados não apenas ao óbito, mas também a readmissões na UTI ^(A38). Os pacientes com NAS mais elevado no último dia de internação na UTI tiveram maior chance de morrer, entretanto pontuações mais altas do NAS na admissão foram fatores protetores para o óbito na unidade. Também foi verificado que a presença de comorbidades aumentou a chance de readmissão na UTI e que maior pontuação do NAS na alta diminuiu o risco de readmissão. Esses estudos evidenciaram que existem diferenças nas características dos pacientes que morrem, sobrevivem ou são readmitidos na UTI, sendo a carga de trabalho de enfermagem uma variável de destaque em relação aos desfechos analisados. Além disso, evidenciam a importância do trabalho da enfermagem ao sinalizar que na discussão da alta do paciente não basta a melhora da condição clínica do paciente, pois também é necessário analisar a necessidade de cuidados de enfermagem requerida por ele ^(A38).

Alguns autores ^(A37) identificaram que a carga de trabalho elevada e o risco perioperatório estão intimamente associados com o aumento da permanência na UTI. Segundo eles, esse conhecimento é relevante, pois permite identificar precocemente os

pacientes que tem risco para elevada permanência na UTI, o que contribui para o planejamento cirúrgico tendo em vista o número restrito de leitos em terapia intensiva.

Ainda com relação às contribuições que a avaliação da carga de trabalho pode trazer para a organização do trabalho da enfermagem, em dois estudos buscou-se descrever a carga de trabalho nos diferentes dias da semana e turnos de trabalho. Em São Paulo, um estudo ^(A18) realizado com a equipe de enfermagem de uma UTI de instituição privada constatou que o tempo de assistência de enfermagem foi maior nos feriados e finais de semana. Diferentemente, um estudo ^(A30) realizado na Bélgica constatou que os escores do NAS foram menores nos finais de semana e no noturno. Para tanto, mensurar a carga de trabalho de enfermagem se torna indispensável para um provimento adequado de pessoal, de acordo com estudo ^(A2) realizado no Brasil.

A fim de minimizar diferentes interpretações do instrumento NAS, estudo ^(A3) multicêntrico foi desenvolvido, os 23 itens do NAS foram discutidos e adotados consensos, desta forma elaborou-se uma versão atualizada do manual NAS para aplicação em UTI, em 2015. Destaca-se a relevância do manual para a aplicação uniforme do instrumento nestes cenários.

A análise dos estudos da presente revisão demonstra que a descrição da carga de trabalho em diferentes unidades e instituições de saúde é uma importante ferramenta com vistas à busca pela qualificação da assistência, pois valoriza as reais necessidades dos pacientes promovendo uma melhor organização do trabalho e alocação de recursos humanos. Grande parte dos artigos analisados apontam a necessidade de novos estudos com a temática para melhor compreensão da carga de trabalho de enfermagem e dos fatores que se relacionam a esta variável.

3.5 O PERÍODO DE RECUPERAÇÃO DA ANESTESIA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

O ato cirúrgico, seja ele eletivo ou de urgência/emergência, é um evento estressante e complexo. Há alguns anos atrás, todo o paciente que seria submetido a uma cirurgia eletiva era admitido no hospital com, no mínimo, um dia de antecedência para avaliação e preparação. Atualmente, muitos pacientes realizam essas atividades antes de serem admitidos no hospital, chegando ao hospital apenas na manhã da cirurgia e retornando para o seu domicílio, após a recuperação da anestesia na Sala de Recuperação Anestésica (SRA). Os

pacientes cirúrgicos que geralmente necessitam de internação hospitalar são pacientes de trauma, pacientes agudamente doentes, pacientes submetidos a grandes cirurgias, pacientes que realizam cirurgias de urgência/emergência e aqueles com distúrbio clínico concorrente (HINKLE; CHEEVER, 2015).

A enfermagem perioperatória e perianestésica atua em três fases da experiência cirúrgica – pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória. A fase pré-operatória inicia quando a decisão para intervenção cirúrgica é feita e termina com a transferência do paciente para a mesa de operação cirúrgica. A fase intra-operatória inicia quando o paciente é transferido para a mesa cirúrgica e termina quando ele é admitido na SRA. A fase pós-operatória inicia com a admissão do paciente na SRA e termina com a evolução de acompanhamento na unidade clínica ou no domicílio (HINKLE; CHEEVER, 2015).

O período pós-operatório varia em duração dependendo do tipo de intervenção cirúrgica realizada e das condições fisiológicas do paciente (BOGOSSIAN, 1995). Ele pode ser dividido em três etapas: imediato, mediato e tardio. O período imediato compreende as primeiras 12 ou 24 horas após o término da cirurgia, porém sua real duração depende do porte da cirurgia e do estado em que se encontra o paciente ao seu término. O período pós-operatório mediato inicia após as primeiras 24 horas até o dia da alta hospitalar. O período pós-operatório tardio sucede o anterior e se estende até a completa cicatrização das lesões, com duração aproximada de 1 a 2 meses (MORAES; PENICHE, 2003).

As principais complicações cardiovasculares que podem ocorrer nesse período e que exigem atenção constante da equipe de enfermagem incluem: a hipotensão e o choque, hemorragia, hipertensão e arritmias cardíacas. A avaliação da dor e da ansiedade são essenciais no cuidado ao paciente em SRA. A utilização de analgésicos opióides, por via endovenosa, muitas vezes é necessária, e a equipe de enfermagem tem papel importante na avaliação da eficácia e na ocorrência de efeitos adversos. Além disso, a equipe fornece apoio psicológico importante ao paciente na tentativa de aliviar os seus medos e preocupações (HINKLE; CHEEVER, 2015).

Na prática clínica, muitos pacientes admitidos em SRA apresentam comorbidades associadas, tornando-os suscetíveis a instabilidade pós-operatória. Assim, a utilização do resultado advindo da Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA), o qual avalia o estado físico do paciente pré-operatório, torna-se um parâmetro importante para a equipe, uma vez que esta escala pode antecipar potenciais complicações pós-operatórias associadas ao procedimento anestésico-cirúrgico (CUNHA E PENICHE, 2007).

A necessidade de permanência do paciente na SRA é frequentemente avaliada pelo enfermeiro. Os critérios utilizados para determinar a condição de alta do paciente incluem: função pulmonar não comprometida, saturação de oxigênio adequada, sinais vitais estáveis, retomada do nível de consciência anterior ao procedimento, débito urinário adequado, náuseas e vômitos controlados e dor mínima. O paciente ao receber a alta do anestesista é transferido para unidade médico-cirúrgica, ou eventualmente para unidade de terapia intensiva, conforme a gravidade do seu quadro. Os pacientes que recebem alta para o domicílio necessitam de orientação verbal e por escrito e informações sobre o cuidado de acompanhamento (HINKLE; CHEEVER, 2015).

A preocupação com a qualidade do cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico tem sido uma constante, principalmente quando relacionado à alta complexidade que envolve o cuidado em SRA. Na prática diária, observa-se que a equipe de enfermagem da SRA realiza muitas ações de cuidado ao paciente e que, diante da instabilidade dos pacientes e da alta rotatividade nesta unidade, são necessárias ações rápidas, para evitar complicações, assim como os registros corretos destas ações para garantir uma continuidade dos cuidados iniciados. Além disso, a mudança no perfil dos pacientes no que se refere à idade, a presença de comorbidades e a evolução da doença propriamente dita corroboram para a presença de pacientes mais graves na SRA, o que torna indispensável o equilíbrio entre as necessidades dos pacientes e a infraestrutura para seu atendimento (POPOV; PENICHE, 2009; CUNHA; PENICHE, 2007).

Para Lima (2010), o enfermeiro de SRA, diariamente, necessita tomar decisões rápidas e ter habilidade técnica e científica para o manejo de pacientes instáveis. As condições pós-operatórias imediatas dos pacientes os tornam dependente da equipe de enfermagem, exigindo monitorização e cuidados intensivos. Além das atividades relacionadas ao cuidado direto aos pacientes, as tarefas de cuidados indiretos exigem tempo destes profissionais, destacando-se o apoio emocional necessário aos pacientes, familiares, execução de tarefas burocráticas, e gerenciais pertinentes à assistência de enfermagem.

Desde que foram criadas as primeiras Salas de Recuperação Anestésicas, na década de 40, a importância de uma equipe de enfermagem especializada na implementação de cuidados intensivos objetivando uma recuperação anestésica segura para o paciente tem sido destacada (SILVA, 2008). Nesse sentido, a capacitação e o treinamento da equipe de enfermagem são fundamentais para prevenir complicações, atender as necessidades individualizadas e garantir a segurança do paciente, que pode apresentar rebaixamento no nível de consciência, sangramentos, insuficiência respiratória, entre outros (RICARDO, 2013). Além disso, para

que a assistência de enfermagem tenha como enfoque principal a segurança do paciente no pós-operatório, é fundamental que haja um número de profissionais adequado para fornecer o tratamento que o paciente necessita (RICARDO, 2013).

O número de profissionais de enfermagem adequado para atender a demanda que os pacientes necessitam pode contribuir para a segurança dos mesmos, e ainda, influenciar na carga de trabalho destes profissionais.

4 MÉTODO

Este capítulo aborda os procedimentos metodológicos que foram utilizados, a fim de contemplar os objetivos propostos para esta pesquisa.

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

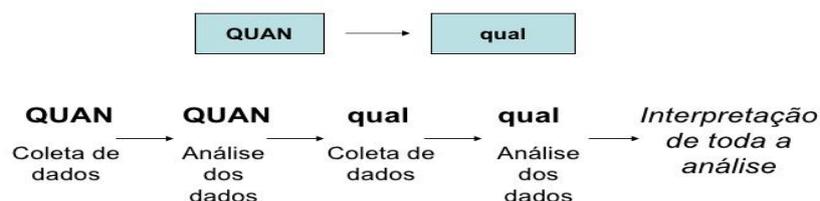
O presente estudo caracteriza-se por uma abordagem metodológica mista, que de acordo com Creswell (2010), combina as abordagens quantitativa e qualitativa, misturando-as, enfatizando-se que as duas abordagens precisam ser utilizadas em conjunto, e não isoladamente.

Como estratégia de pesquisa, optou-se pelo modelo explanatório sequencial, de Creswell e colaboradores (2003), o qual consiste na coleta e análise de dados quantitativos em uma primeira fase da pesquisa, seguido da coleta e análise dos dados qualitativos, em sua segunda fase, a qual é desenvolvida apoiada nos resultados quantitativos obtidos. Consideram-se duas formas de dados separados, porém conectados. Para Creswell (2010), nesta estratégia, os dados qualitativos, que seguem os quantitativos, podem examinar, de forma mais detalhada, os resultados obtidos na primeira fase.

A primeira fase, quantitativa, consiste em um modelo transversal, cujos dados foram obtidos por meio do instrumento NAS, traduzido para o português, adaptado transculturalmente e validado em 2002. Posteriormente, na etapa qualitativa, foram produzidos dados por meio de entrevista semiestruturada.

A figura a seguir consiste em um modelo visual da estratégia adotada (CRESWELL, 2010).

Estratégia explanatória sequencial (a)



4.2 LOCAL DA PESQUISA

A presente investigação foi realizada na Sala de Recuperação Anestésica (SRA) de um Hospital Universitário (HU) do Sul do Brasil, cuja atenção é voltada para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência em saúde, prestando serviços à população de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um hospital público referência em média e alta complexidade para 45 municípios da região centro-oeste do Rio Grande do Sul (EBSERH, 2017). O hospital do estudo também é referência para atendimentos de urgência/emergência, incluindo pacientes politraumatizados e vítimas de violência urbana, o que gera uma grande demanda de cuidados a pacientes jovens em situações críticas de vida.

A Sala de Recuperação Anestésica fica localizada adjacente a Unidade Cirúrgica. Os pacientes em pós-operatório imediato são levados para essa unidade, ainda sob efeito da anestesia ou dela recuperando-se, a fim de terem fácil acesso a uma equipe de enfermagem experiente e habilitada, aos anestesistas e cirurgiões, e também um suporte avançado com monitorização hemodinâmica e pulmonar e acesso a equipamentos e medicações especiais.

Durante a primeira hora do pós-operatório imediato, os sinais vitais são verificados a cada 15 minutos, posteriormente, na segunda hora, a cada 30 minutos, a partir da terceira hora, verifica-se os sinais vitais a cada hora, ou a cada duas horas, conforme quadro hemodinâmico. Cada paciente é avaliado cuidadosamente, e assim a periodicidade da verificação dos sinais vitais, depende de seu estado geral, não exclusivamente do período pós-operatório que se encontra, demandando, deste modo, um cuidado de enfermagem individualizado e atento.

A SRA dispõe atualmente de 10 leitos e atende a pacientes de diversas especialidades cirúrgicas. O quadro de pessoal da SRA é composto por pelo menos 01 enfermeiro exclusivo em cada turno de trabalho; e 03 a 04 técnicos de enfermagem, por turno, sendo os turnos da manhã e da tarde de 6 horas e o noturno de 12 horas. A equipe de enfermagem é composta atualmente por 08 enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem. Observa-se, na referida instituição da pesquisa, que os pacientes retornam para as unidades de origem, não apenas a unidade cirúrgica, e ainda, alguns permanecem vários dias, internados na SRA, devido à falta de leitos hospitalares, refletindo assim a realidade brasileira.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

4.3.1 ETAPA QUANTITATIVA

Os participantes da pesquisa, na etapa quantitativa, foram 209 pacientes internados na SRA, no período de junho e julho de 2016, para avaliação da carga de trabalho de enfermagem por meio da aplicação do *Nursing Activities Score* (NAS) nas horas ou dias em que o paciente permaneceu na unidade. Com base no total de leitos da SRA e na movimentação mensal da unidade, em posse do relatório da unidade, estimou-se que seriam incluídos cerca de 200 pacientes no presente estudo.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: pacientes de qualquer sexo e idade, admitidos na SRA após a realização de procedimento anestésico-cirúrgico, de qualquer especialidade médica, submetidos a qualquer técnica anestésica e que permanecessem na unidade por um período mínimo de 01 hora.

4.3.2 ETAPA QUALITATIVA

Também foram participantes do estudo os trabalhadores de enfermagem dessa unidade para obtenção dos dados qualitativos. Os trabalhadores de enfermagem foram convidados a participar do estudo, respeitando-se uma proporcionalidade entre enfermeiro e técnico de enfermagem. Foi adotado como critério de inclusão: trabalhadores de enfermagem que tivessem pelo menos 50 % de sua carga horária mensal de trabalho na SRA e estivessem no setor por, pelo menos, seis meses. E como critérios de exclusão: trabalhadores que estivessem em licença ou afastamento por qualquer motivo, durante o período de coleta de dados, e que tivessem vínculo direto com o grupo de pesquisa promotor da investigação.

De posse da relação dos trabalhadores atuantes no cenário de estudo, a definição dos participantes foi realizada mediante sorteio. Foram realizadas 14 entrevistas, quatro enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem compuseram a amostra, sendo que o número final de entrevistas obedeceu ao critério de saturação amostral que consiste em suspender a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na concepção do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta dos dados (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

Os participantes foram abordados, após o sorteio, e informalmente convidados a participar do estudo. Após o aceite, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), realizou-se a entrevista.

4.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO

4.4.1 ETAPA QUANTITATIVA

Para a operacionalização da coleta de dados quantitativos, inicialmente, realizou-se uma oficina com os profissionais de enfermagem da SRA para socialização do projeto. Nesta oportunidade, durante reunião mensal da equipe de enfermagem do setor, realizou-se uma breve explanação sobre a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem e apresentação do instrumento utilizado na coleta dos dados quantitativos, o NAS, enfatizando que a coleta, por ser documental, torna-se fundamental os registros completos das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, com vistas a um retrato mais próximo da realidade do serviço.

Os dados foram coletados pelos pesquisadores, a autora, juntamente com uma bolsista de iniciação científica e alguns membros do Grupo de Estudos em Trabalho, Enfermagem, Saúde, Segurança e Meio Ambiente – GETESSMA, por meio de consulta diária ao prontuário eletrônico e físico, dos pacientes, nos meses de junho e julho de 2016, totalizando trinta dias de produção de dados.

Previamente à coleta de dados, realizou-se um pré-teste com o instrumento para a familiarização dos pesquisadores com o mesmo e a elaboração de um tutorial (APÊNDICE B), a fim de uniformizar a aplicação do instrumento.

Para a obtenção dos dados utilizou-se dois instrumentos, descritos a seguir:

- a) FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE (APÊNDICE C): dados sociodemográficos e clínicos com objetivo de caracterizar os pacientes.
- b) *Nursing Activities Score* - NAS (ANEXO A): apresentação do NAS com os respectivos espaços para o registro da pontuação.

O NAS divide-se em sete categorias e apresenta um total de 23 itens, para sua aplicação. Foi desenvolvido um tutorial, com base na diretriz original do NAS e em estudos que o aplicaram, para estabelecer os critérios para a pontuação das atividades realizadas na SRA e ainda, conforme as características locais da unidade em questão (LIMA, 2010; VIEIRA; PADILHA, 2014).

O NAS pontua o tempo gasto pela enfermagem na realização dos 23 procedimentos listados no instrumento, cujos pesos variam de 1,2 a 32,0 pontos. É preenchido com base no

registro das atividades de enfermagem realizadas nas últimas horas de internação, e fornece, portanto, informações retrospectivas da carga de trabalho de enfermagem. O escore atribuído resulta da soma das pontuações dos itens que correspondem às necessidades de assistência direta e indireta de cada paciente. O escore varia de 0 a 176,8%, e indica a porcentagem de tempo gasto por enfermeiro na assistência de enfermagem. Assim, uma pontuação igual a 100 pontos, por exemplo, significa que o paciente requereu 100% do tempo de um trabalhador de enfermagem no seu cuidado, nas últimas 24 horas. (QUEIJO; PADILHA, 2009).

Para os pacientes que permaneceram na unidade por um período superior a 24 horas, por razões de falta de leito em unidades de internação ou de terapia intensiva, foram coletados os dados referentes a todo período de permanência na SRA.

Os dados foram coletados do dia 20 de junho a 20 de julho de 2016, e estabeleceu-se que a coleta dos dados seria das 8 horas da manhã do dia anterior, até às 8 horas da manhã do dia corrente, pois utilizou-se o NAS de forma retrospectiva. Desta forma, a coleta ocorreu posterior às 8 horas da manhã, em sala informatizada. Caso não fossem encontradas todas as informações necessárias no prontuário eletrônico, era acessado o prontuário físico do paciente, na SRA.

4.4.2 ETAPA QUALITATIVA

Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a produção dos dados qualitativos, com o objetivo de conhecer a percepção de trabalhadores de enfermagem da SRA da referida instituição sobre a carga de trabalho a que estão expostos. A entrevista semiestruturada é a técnica de interação social mais usada no processo de trabalho de campo (MINAYO, 2014). Por meio da entrevista, é possível reproduzir, através de um sujeito-alvo, as representações de um grupo, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos. Além disso, a entrevista possibilita, ao participante da pesquisa, ponderar sobre o tema, de forma livre, sem se prender à indagação formulada e sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2014).

A entrevista contou com duas partes para a produção de dados nessa etapa. A primeira trata-se de um Formulário de dados Sociodemográficos e Profissionais dos trabalhadores de enfermagem, que visa caracterizar os trabalhadores da SRA de acordo com as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, categoria profissional, ano de formação, tempo de atuação na enfermagem, vínculo institucional, carga horária na instituição, tempo de serviço no setor,

turno de trabalho, formação complementar (graduação ou pós-graduação), outros empregos. A segunda parte do instrumento consistiu em um roteiro de entrevista com questões pertinentes à temática Carga de Trabalho de Enfermagem (APÊNDICE F).

As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre do ano de 2017, previamente agendadas com os trabalhadores de enfermagem e realizadas no próprio cenário do estudo, em sala fechada. As respostas gravadas em um microgravador digital - MP3 *player* e, posteriormente, transcritas pelo próprio pesquisador, o tempo médio das entrevistas foi de 20 minutos.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 ETAPA QUANTITATIVA

Os dados sociodemográficos, clínicos e do NAS foram organizados, mediante a dupla digitação independente em uma planilha eletrônica sob a forma de banco de dados, utilizando-se o programa Microsoft® Excel. Posteriormente à verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados realizou-se por meio do programa SPSS Statistics versão 21.0 para Windows.

Inicialmente, realizou-se a análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos e de cada um dos itens que compõe o NAS. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta (N) e relativa (%). As variáveis quantitativas por meio de medidas de posição (média, moda e mediana) e dispersão (desvio padrão e variância).

O teste de normalidade da distribuição das variáveis contínuas mensuradas neste estudo realizado foi o teste de Shapiro-Wilk, devido ao número de observações ser menor que 2000 (LOPES, 2016). Os dados atenderam à distribuição não normal, e foram realizados os testes não paramétricos como: Teste Qui-quadrado. Realizou-se Correlação de Pearson e, para a comparação de grupos, os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$, ou seja, com intervalo de confiança de 95%.

4.5.2 ETAPA QUALITATIVA

Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo com base no referencial proposto por Bardin (2011). A análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas que analisam comunicações entre atores do estudo, por meio de procedimentos realizados de forma sistemática e objetiva, de modo a descrever e compreender as mensagens e indicadores expressos pelos atores sobre o objeto do estudo e em que possam ser realizadas inferências nas análises (BARDIN, 2011). Esta técnica de análise ocorre nas seguintes etapas: 1º) reunião do *corpus* de análise (entrevistas transcritas e anotações referentes); 2º) pré-análise: leitura flutuante dos dados coletados com o intuito de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais; 3º) categorização de dados: a partir da leitura aprofundada do material de análise, buscando-se o estabelecimento de categorias e/ou subcategorias; 4º) análise interpretativa: quando as categorias serão trabalhadas com base nos autores da revisão de literatura, somando-se a interpretação de dados pelos pesquisadores (BARDIN, 2011).

Para a organização dos dados, as entrevistas foram transcritas e identificadas pelas letras “E” para enfermeiro e “T” para técnico de enfermagem, seguidas de números cardinais sequenciais, de acordo com a ordem de realização, constituindo o *corpus* da pesquisa. Na fase da pré-análise, iniciou-se a escuta das gravações e leitura flutuante do material produzido. Este material foi impresso a fim de facilitar a organização e utilização dos dados. Com a escuta das gravações e leitura exaustiva do material, foi necessário o uso de um destaca texto para realçar os dados que estavam de acordo com a proposta de pesquisa.

Após, construiu-se um quadro sinóptico com os seguintes elementos: questão norteadora, entrevistado, ordem de realização da entrevista, transcrição da entrevista, extrato da fala e percepções da pesquisadora, sob a perspectiva da questão norteadora e objetivos do estudo. A técnica das cores foi utilizada para assinalar, com diferentes cores, as ideias semelhantes e os temas que se repetiam nas falas. Sequencialmente, ocorreu a exploração do material, organizando os dados em unidades de registro, constituindo unidades de significação. A partir desta etapa, foi possível elencar as categorias que emergiram dos dados coletados, esquematizadas em quadros, com auxílio de um programa de edição de texto para melhor organização dos dados. Por fim, realizou-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, considerando o referencial teórico adotado para dar suporte e sentido à investigação.

Os resultados qualitativos, neste estudo, tem o propósito valioso de auxiliar na interpretação dos resultados quantitativos iniciais, aprofundando-os.

4.5.3 ETAPA MISTA

Tendo em vista o recurso metodológico adotado para essa pesquisa, a combinação de abordagem quantitativa e qualitativa, pretendeu-se que à medida que se finalizou cada etapa de coleta, realizar a análise de cada uma, uma vez que optou-se por uma estratégia explanatória sequencial (CRESWELL, 2010). Posterior às tais análises, realizou-se uma análise conjunta de dados qualitativos e quantitativos, buscando-se a complementaridade dos métodos, com vistas a uma melhor compreensão do objeto investigado e ao alcance dos objetivos idealizados.

Reitera-se o desenho característico, explanatório sequencial, pois coletamos e analisamos, em uma primeira etapa, os dados quantitativos, seguida dos qualitativos. Os dados quantitativos iniciais apoiam a coleta dos dados qualitativos, e ainda, a segunda etapa pode ser construída sobre os resultados obtidos na primeira. Deste modo, as duas etapas integram-se na interpretação destes resultados (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa cumpriu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A mesma dispõe sobre os cuidados da pesquisa com Seres Humanos, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012). Desta maneira, após registro e tramitação do projeto no Sistema de Informações para Ensino (SIE) da universidade, o projeto de pesquisa foi encaminhado à autorização institucional. Depois de aprovado, realizou-se o registro no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade para conhecimento, avaliação e posterior autorização para a coleta de dados. Sob o número de parecer: 1.513.582, o projeto foi aprovado pelo CEP da instituição (ANEXO B).

Para a realização das coletas de dados, foi utilizado o Termo de Confidencialidade ou de Responsabilidade do Pesquisador (APÊNDICE E), em que o anonimato dos participantes está garantido.

Os trabalhadores de enfermagem que foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, após o aceite foi apresentado o TCLE, e assinado em duas vias pelos

participantes, podendo interromper sua participação neste estudo a qualquer momento. Foram esclarecidos quanto à finalidade de estarem participando da pesquisa, que poderá trazer benefícios aos trabalhadores de enfermagem, à medida que sua contribuição trará aspectos subjetivos e particulares da carga de trabalho à que está exposto. Além disso, foram informados que o estudo poderá trazer riscos mínimos ao participante, uma vez que, as questões formuladas na entrevista, poderiam mobilizar sentimentos sobre a experiência de vida vivenciada pelo participante.

Os participantes também foram esclarecidos sobre a ausência de custos em relação à participação no estudo, bem como de remuneração financeira pelo fornecimento dos dados. A fim de garantir o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados com a letra 'E' de enfermeiro e 'T' de técnico de enfermagem, além de um número relativo à ordem de realização das entrevistas.

A não utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para coleta de dados quantitativos justifica-se pelo fato de que os dados utilizados foram obtidos exclusivamente dos prontuários dos pacientes, não sendo realizada nenhuma abordagem direta com os mesmos e não submetidos a nenhum procedimento ou exame em função da aplicação do instrumento.

Após a análise dos dados, os instrumentos permanecem sob posse do pesquisador responsável por um período de cinco anos. Destaca-se que o conteúdo gravado das entrevistas foi destruído imediatamente após sua transcrição

4.7 OS RISCOS E BENEFÍCIOS

A presente pesquisa não apresenta risco físico, no entanto, as questões abordadas poderiam causar algum desconforto psicológico aos participantes trabalhadores de enfermagem. Visto que poderiam emergir lembranças de situações vivenciadas, bem como a mobilização de sentimentos, devido à reflexão a ser realizada pelos participantes para responder a pesquisa. Caso o participante apresentasse algum desconforto, a coleta de dados seria interrompida e o pesquisador, em um primeiro momento, ofereceria apoio emocional. Persistindo o desconforto psicológico, este seria encaminhado para o Serviço de Psicologia da instituição, conforme acordado durante o contato para autorização do estudo. Assim sendo, foi respeitada a decisão dos participantes de participar ou não da pesquisa, bem como sua desistência a qualquer momento.

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados a melhorias no processo de trabalho da enfermagem no local do estudo. Com o término da investigação, a pesquisadora comprometeu-se a retornar os dados ao cenário do estudo e à instituição, como forma de instrumentalizar possíveis melhorias no processo de trabalho e gestão dos profissionais de enfermagem.

5 RESULTADOS

Para a organização dos dados, sua apresentação será dividida em resultados quantitativos e qualitativos. Posteriormente, uma discussão integradora será apresentada.

5.1 Resultados quantitativos: perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes e carga de trabalho da equipe de enfermagem

Participaram do estudo 209 pacientes, os quais estiveram internados na SRA do HU no período de 20 de junho a 20 de julho de 2016. As variáveis qualitativas referentes aos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes estão apresentados na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas dos pacientes na Sala de Recuperação Anestésica. Santa Maria, RS, Brasil, 2016.

Variáveis	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Sexo – Masculino	116	55,50%
Feminino	93	44,50%
Procedência - Santa Maria	115	55,02%
Outros Municípios	94	44,98%
Desfecho – Alta	206	98,56%
Óbito	3	1,44%
Unidade procedência – Clínica Cirúrgica	80	38,28%
PS Adulto	69	33,01%
Un. Toco-ginecológica	26	12,44%
Clín. Médica II	8	3,83%
PS pediátrico	8	3,83%
Nefrologia	7	3,35%
Pediatria	4	1,91%
Externos	3	1,44%
Clínica Médica I	1	0,48%
CTMO	1	0,48%
UTI adulto	1	0,48%
UTI RN	1	0,48%
Tipo de cirurgia - Urgência	106	50,72%
Eletiva	103	49,28%
Clínica - Traumato-ortopedia	50	23,92%
Cirurgia Geral	36	17,22%
Cirurgia Vascular	18	8,61%
Gineco-obstetrícia	17	8,13%
Urologia	14	6,70%
Cir. Cabeça e pescoço	12	5,74%
Neurocirurgia	11	5,26%
Cir. Pediátrica	10	4,78%
Proctologia	9	4,31%
Cir. Torácica	8	3,83%
Cir. Digestiva	8	3,83%

Mastologia	7	3,35%
Nefrologia	2	0,96%
Cir. Oncológica	2	0,96%
Buco-maxilo	1	0,48%
Clínicas associadas	4	1,91%
Tipo de anestesia – Geral	155	74,16%
Bloqueio Subaracnóide	32	15,31%
Bloqueio Peridural	4	1,91%
Bloqueio Regional	4	1,91%
Outra	6	2,87%
Técnicas Associadas	8	3,83%
ASA – I	37	17,79%
II	108	51,92%
III	54	25,96%
IV	7	3,37%
V	2	0,96%
Comorbidades – Presentes	115	55,02%
Ausente	94	44,99%
Intercorrências transoperatórias – Não	201	96,17%
Sim	8	3,83%

Fonte: Elaborada pela autora.

Dos 209 pacientes da amostra, 56% são do sexo masculino, aproximadamente 55% provenientes do município de Santa Maria e, ainda, em torno de 38% dos pacientes provenientes da Unidade Cirúrgica da referida instituição. As cirurgias eletivas e de urgência apresentaram pequena diferença numérica, 51% das cirurgias realizadas foram em caráter de urgência. Em 98% das internações, o desfecho foi a alta da unidade de recuperação anestésica, 108 pacientes (52%) foram classificados como ASA II. O tipo de anestesia mais realizado foi a anestesia geral, com 155 (74%) pacientes, a especialidade cirúrgica de maior prevalência foi a traumatologia com 24%, seguida da especialidade de cirurgia geral com 17%.

Na Tabela 2, estão apresentadas as variáveis quantitativas referentes aos dados sociodemográficos e clínicos, assim como, a carga de trabalho avaliada pelo NAS.

Tabela 2 - Medidas descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas quantitativas e da carga de trabalho (NAS). Santa Maria, RS, Brasil, 2016. (n=209)

Variável	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	50,81 anos	54 anos	22,32	0,08 anos	95 anos
Tempo permanência	22:23 (horas)	09:35 (horas)	29,51	01:10 (horas)	163:10 (horas)
Tempo procedimento	111,38 minutos	100 min.	68,37	10 min.	350 min.
NAS	57,31%	-	11,71	31,10	110,40

Fonte: Autora.

A média de idade dos 209 pacientes da amostra foi 50,8 (DP=22,3) anos. A mediana do tempo de procedimento anestésico-cirúrgico foi de 100 minutos e, do tempo de permanência na SRA foi 09:35 horas. Em relação à carga de trabalho, a pontuação média do NAS durante a permanência dos pacientes foi de 57,31%.

Na aplicação do NAS, os resultados indicam um maior percentual de pacientes nas atividades de monitorização e controle, investigações laboratoriais, medicação, suporte e cuidados aos familiares e pacientes, tarefas administrativas e gerenciais, suporte respiratório, suporte renal e intervenções específicas, conforme apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Estatística descritiva das intervenções de enfermagem realizadas na Sala de Recuperação Anestésica de acordo com o *Nursing Activities Score*. Santa Maria, RS, Brasil, 2016.

Nursing Activities Score	Categorias	N	%
Atividades Básicas			
1. Monitorização e controles	1.a	8	3,83%
	1.b	190	90,90%
	1.c	11	5,27%
2. Investigações laboratoriais	Sim	132	63,16%
3. Medicação	Sim	195	93,30%
4. Procedimentos de higiene			
	4.a	30	14,35%
	4.b	8	3,83%
	4.c	4	1,92%
	Não	167	79,90%
5. Cuidados com drenos	Sim	84	40,19%
6. Mobilização e posicionamento			
	6.a	40	19,14%
	6.b	17	8,13%

	6.c	1	0,48%
	Não	151	72,25%
7. Suporte e cuidados aos familiares e pacientes			
	7.a	206	98,56%
	7.b	3	1,44%
8. Tarefas administrativas e gerenciais			
	8.a	1	0,48%
	8.b	207	99,04%
	8.c	1	0,48%
Suporte Ventilatório			
9. Suporte respiratório	Sim	142	67,94%
10. Cuidado com vias aéreas artificiais	Sim	19	9,09%
11. Tratamento para melhora função pulmonar	Sim	25	11,96%
Suporte Cardiovascular			
12. Medicação vasoativa	Sim	22	10,53%
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos	Sim	9	4,31%
Suporte Renal			
17. Medida quantitativa débito urinário	Sim	126	60,29%
Suporte Metabólico			
19. Tratamento acidose/alcalose metabólica complicada	Sim	2	0,96%
20. Hiperalimentação intravenosa	Sim	3	1,44%
Intervenções específicas			
23. Intervenções específicas fora da SRA	Sim	209	100%

Fonte: Elaborada pela autora.

Os itens 14, 15, 16, 18, 21 e 22, não obtiveram pontuação em nenhuma observação.

Buscou-se realizar relações entre a variável carga de trabalho e outras como: idade, tempo de permanência na SRA, tempo de procedimento anestésico-cirúrgico, tipo de cirurgia, ASA e tipo de anestesia. As tabelas que seguem, ilustram os resultados.

Tabela 4 - Correlação de Pearson, N= 209. Variáveis: Idade, tempo de permanência, tempo de procedimento, NAS.

	Tempo permanência	Tempo procedimento	NAS
Idade	0.05327	0.24745	0.28455
	0.4437	0.0003	<.0001
Tempo permanência	-	-0.03800	0.02219
		0.5849	0.7498
Tempo procedimento	-0.03800	-	0.22703
	0.5849		0.0009

Por meio do coeficiente de correlação de Pearson, identificou-se que as variáveis idade e NAS apresentaram uma correlação fraca, à medida que a idade aumenta, a carga de trabalho aumenta. Da mesma forma, o tempo de procedimento e a carga de trabalho apresentaram uma correlação fraca, à medida que o tempo do procedimento anestésico-cirúrgico aumenta, a carga de trabalho de enfermagem gerada comporta-se da mesma maneira. Já a variável tempo de permanência, não demonstrou correlação com nenhuma das outras variáveis (idade, tempo de procedimento e NAS).

Tabela 5 - Teste de Mann-Whitney, N=209. Variáveis: tipo de cirurgia e NAS.

Tipo cirurgia	N	Média NAS	dp	Mínimo	Máximo
Eletiva	103	57,19%	8,57	41%	90%
Urgência	106	57,43%	14,15%	31,10%	110,40%

Qui-quadrado 0,3028

DF 1

Pr > qui-quadrado 0,5821

Comparando os dois grupos de pacientes, os que realizaram cirurgia eletiva (103) e os de urgência (106), com suas respectivas médias do NAS, constata-se que a diferença entre os grupos não obteve significância estatística. Justifica-se o resultado pela proximidade das médias da carga de trabalho nos dois grupos de pacientes. A tabela a seguir apresenta a relação entre as variáveis carga de trabalho e índice de classificação ASA:

Tabela 6 - Teste de Kruskal – Wallis. N=209. Variáveis: ASA e NAS.

ASA	N	Média NAS (%)	Dp	Mínimo	Máximo
I	37	53,42	11,91	32,60	95,20
II	108	56,29	9,26	33,38	80,20
III	54	59,51	12,08	31,10	99,10
IV	7	64,97	10,81	54,70	86,40
V	2	103,45	9,83	96,50	110,40

Qui-quadrado 19,4198

DF 4

Pr > qui-quadrado 0,0006

Ao analisar-se os dados da tabela acima, constata-se que a relação entre as variáveis ASA e carga de trabalho apresentou significância estatística. Quanto maior o nível de classificação ASA, maior é a carga de trabalho gerada à enfermagem. A tabela 7 aponta a relação entre as variáveis carga de trabalho e tipo de anestesia:

Tabela 7 - Teste de Kruskal – Wallis. Variáveis: tipo de anestesia e NAS.

Tipo anestesia	n	Média NAS (%)	Dp	Mínimo	Máximo
Geral	155	57,88	12,61	31,10	110,40
BSA	32	55,25	8,30	40,80	70,10
BPD	4	60,78	16,09	46,30	83,50

Bl. Regional	4	56	8,82	46,80	66,60
Outros	6	51,72	6,72	41,20	59,50
Combinação Técnicas	8	57,61	5,75	52,50	70,50

Qui-quadrado 3,0235

DF 5

Pr > qui-quadrado 0,6964

De acordo com a tabela 7, constata-se que não existe diferença estatística significativa da carga de trabalho em relação ao tipo de anestesia, ou seja, a técnica anestésica, estatisticamente, não interfere na carga de trabalho de enfermagem gerada pelo paciente.

5.2 Resultados qualitativos: perfil sociodemográfico e profissional e percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto à carga de trabalho em SRA

Os dados quantitativos anteriormente apresentados evidenciam um contexto assistencial na sala de recuperação anestésica, em que os pacientes geram demandas de trabalho importantes, principalmente em relação à monitorização e controle, atividades gerenciais, suporte a familiares, entre outros. Considera-se primordial, aprofundar a análise desses dados, a partir da voz dos próprios trabalhadores. Nesse sentido, apresenta-se agora a análise dos dados oriundos das entrevistas semiestruturadas realizadas com os trabalhadores, demarcando, especificamente, aspectos relativos à percepção sobre a carga de trabalho na sala de recuperação anestésica onde atuam.

Dos 14 trabalhadores que responderam às entrevistas, três eram do sexo masculino e 11 do sexo feminino; caracterizando-se por um grupo predominantemente composto por mulheres, sendo quatro solteiros, 10 casados, com idade entre 28 anos a 47 anos. Entre os participantes, quatro são enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem. O tempo de serviço na instituição variou entre oito meses e 16 anos. Com relação ao vínculo empregatício, nove eram servidores públicos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) e cinco eram Servidores Públicos Federal regidos pelo regime jurídico único (RJU).

Após análise dos dados oriundos das entrevistas foi possível conhecer a percepção dos trabalhadores sobre a carga de trabalho a que estão expostos, utilizando a metodologia qualitativa. Desse processo de análise, emergiram duas categorias: Características dos pacientes e situações determinantes para a carga de trabalho e Organização do trabalho: características que influenciam na carga de trabalho.

5.2.1 CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES E SITUAÇÕES DETERMINANTES PARA A CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

A carga de trabalho, nas instituições hospitalares, vem sendo discutida amplamente no que se refere às implicações na qualidade da assistência ao paciente. A mensuração da carga de trabalho possibilita a avaliação adequada da complexidade do paciente, do tempo de enfermagem requerido para a prestação dos cuidados, do número de enfermeiros necessários por turno, bem como dos recursos materiais (ALTAFIN et al, 2014).

Quando questionados sobre o perfil do paciente atendido na SRA, os trabalhadores de enfermagem definiram essa clientela como pacientes graves, com comorbidades associadas ou em estágio avançado da doença de base, o que gera uma maior demanda de cuidados por parte da equipe.

...uma alta demanda de pacientes sendo admitidos, pacientes sendo transferidos, e a nossa SR aqui tem uma característica diferenciada, porque muitas vezes a gente atua como UTI. Há pouco tempo, dos 10 pacientes 7 estavam em ventilação mecânica. Então, isso gera uma carga de trabalho maior e um estresse muito grande, porque ele chega na unidade, a gente tem que receber o paciente, olhar todos os drenos, todos os curativos, as comorbidades do paciente, sangramento no primeiro pós operatório (PO) dele, pós-cirúrgico...tem a dor e o manejo da dor, muitas vezes a gente simplesmente não consegue diminuir ou simplesmente ceder, fazer com que a dor do paciente termine. (E1)

Agora, está mais agitado, paciente entubado. Está quase como uma sala de CTI aqui, mas teve uma época bem calma, bem mais tranquila, com pacientes menos...de menos complexidade, agora tem pacientes mais graves. Agora, por exemplo, está chegando mais um entubado...então, já fica mais corrido o nosso dia...(T1)

Os pacientes com ventilação, aquela menina que está ali [referindo-se a paciente que está internada], cheia de coisa. Para dar um banho ali tem que ter umas três para dar um banho... Daí é alternado de duas

em duas, então daí tu tira um colega do serviço dele... Tem que estar todo mundo ali. (T7)

Eu acho que a gravidade dos pacientes. Acho que eles já chegam assim bem graves. Já bem avançado pela doença. Acho que é mais a gravidade mesmo. (T2)

Então, é uma demanda que te exige vários níveis de atenção, desde o paciente que vai passear lá fora, no jardim, até o paciente super grave, entubado...e daí a gente se organiza, deixa os pacientes menos graves nos cantos, e os mais graves nos leitos mais centrais, para que a ilha de enfermagem fique ali, mais próxima deles. (E3)

Considerando o perfil dos pacientes atendidos neste cenário, os trabalhadores foram questionados acerca da principal característica destes pacientes, que demandam mais cuidados por parte da equipe de enfermagem, ou seja, que aumentam a carga de trabalho. A maioria significativa dos entrevistados relatou ser a instabilidade do paciente o fator principal para aumento da carga de trabalho, conforme seguem os depoimentos:

Dá mais trabalho aquele paciente que não está entubado, mas que está “mega instável” e daí tu precisa “ficar de olho” nele...não é só pressão [referindo-se a pressão arterial], tem temperatura, tem sangramento, sabe? Aí tu tem que olhar no sistema [AGHU – aplicativo de gestão para hospitais universitários], às vezes, para avisar para o médico que ele está com 6 [mg/dl] de hemoglobina. (E1)

Mas o que dá mais trabalho é o paciente que está instável, aquele paciente com dor, que a gente já fez morfina, já fez fentanil, já fez dipi [dipirona sódica], toda a prescrição e mais ainda, porque aqui tem muito a prescrição verbal. E daí, depois precisa fazer um bloqueio [anestesia regional], tem toda a ‘parafernália’ do bloqueio, ultrassom, pega na central [o hospital em estudo possui uma central de anestesia para dispensação de materiais e medicamentos necessários] isso, pega agulha tal e aí vai. Então, um paciente com muita dor, um paciente instável, um paciente hipotenso, pacientes com alguma alteração mais séria de sinais vitais são os pacientes que dão mais trabalho, independente se estão em ventilação mecânica ou não. (E3)

O paciente entubado não dá toda essa demanda para a gente, e sim o paciente que está mais instável, porque ele solicita mais, a gente tem que dar mais atenção para ele. E a gente acaba tendo que deixar o paciente que está no tubo meio que de lado, é mais mecânico, mais controlado, tu vai ali e aspira, cuida pressão e tudo que a gente tem que cuidar, medicação tudo nos horários, banho, alternar

decúbito...mas tu te detém mais no paciente que está acordado ali, instável e que necessita mais de ti. (T6)

Se estão instáveis, a gente passa em função deles. Então, geralmente, é isso, cirurgias grandes, que a gente tem bastante, que tem que estar toda hora, porque são “n” coisas, drenos, isso e aquilo. E, como o típico dos pacientes são mais graves, então esses pacientes requerem bem mais. Às vezes, um de ventilação mecânica estável, a gente faz o que tem que fazer: alternância, banho, medicação...só que as vezes tem uns que não estão em ventilação, só que estão instáveis... aí tu fica...(T5)

Não é o entubado. Não é somente o entubado. É aquele paciente, o instável, geralmente aquele pré-entubação, que são os que stressam mais a gente. Que vem assim, às vezes, com uma falta de manejo do pronto socorro ou da unidade que vem, pelas questões próprias de cada unidade, não teve um acompanhamento tão próximo, às vezes aquele paciente deveria nem estar mais ali no andar, deveria estar na UTI e acaba vindo para fazer uma reintervenção. (E4)

Os resultados quantitativos mostram que, no referido cenário, o tempo de permanência dos pacientes é variável, sendo que, alguns permanecem internados, devido a condições clínicas e/ou organizacionais. Desta forma, esta demanda implica em aumento da carga de trabalho de enfermagem, como explicitado nos depoimentos a seguir:

Muitos pacientes ficam aqui internados, e SR é para paciente recuperar e subir, essa é a função da sala de recuperação. Isso ia gerar mais cirurgias, e mesmo gerando mais cirurgias, eu acredito que seria uma carga de trabalho menor. Porque a gente, muitas vezes, fica prestando cuidados de internação para o paciente, o que não é ruim, só é ruim porque é feito numa sala de recuperação e porque não tem leito para esse paciente subir, isso é muito complicado...ele está aqui há dias, está com a filha ou a mãe chorando ali fora. Eles ficam ligando: ‘quando o meu filho vai ter leito?’, a gente diz que está na fila...mas na fila até quando? Eles perguntam, a gente não sabe o que responder. (E1)

Então, são pacientes praticamente internados, sempre tem banhos, na outra recuperação não teria, se fosse... se funcionasse como recuperação. Então, sempre exige mais assim, um paciente não tem como te ajudar, ele está pós-cirúrgico. Então, depende mais da gente. (T8)

Em hospitais menores, funcionava como recuperação: entrava, ficava três, quatro horas, se dava alguma intercorrência, pernoitava na SR e no outro dia, ia para o andar. E aqui não. É muito difícil o paciente ter essa rotina de ficar as horas dele e ir para o andar. (T3)

É que ali não é uma rotina de SR. Os pacientes ficam ali justamente porque não tem leito na UTI e a nossa rotina não é ter esse pacientes internados com ventilação ou a longo prazo. (T2)

Alguns profissionais relatam a demanda de cuidados no cenário do estudo, devido as suas especificidades, conforme segue o depoimento:

Quando eu vim para cá, eu não tinha noção da demanda de trabalho de uma sala de recuperação e, sinceramente, nos meus primeiros dias eu fiquei apavorada com tanta coisa que tinha para fazer...era muita coisa, que tinha que ser feita muito rápido. (E1)

Esse depoimento explicita que, juntamente com as características dos pacientes internados no setor, o grande volume de atividades a serem feitas, muitas vezes, em curto espaço de tempo dada a gravidade do quadro clínico dos pacientes, resultam em uma percepção de elevada carga de trabalho.

Ainda no que tange à complexidade do cenário e às situações de urgência/emergência existentes, os depoentes ressaltam que, algumas, delas são potenciais geradoras de sobrecarga para o trabalho de enfermagem, conforme explicitado nas falas a seguir:

Tem noites que eu não consigo fazer intervalo. É muita coisa para fazer, muito curativo, muita instabilidade dos pacientes no pós-operatório. É aquele paciente, que como acontece no PS, a gente recebe e não sabe quem é esse paciente, de onde veio, mas ele está ali, com um tiro na cabeça e a gente está cuidando dele. (T8)

Muitas vezes, eu me senti sobrecarregada, sabe? De chegar em casa e chorar, cansaço assim...era muita coisa, são muitos médicos, são muitos preceptores, muitos anestesistas, e aí no início, saber o nome de todo mundo, era um caos. (E1)

A gente cansa o físico também. Na correria, virar paciente... mas tu cansa muito a cabeça, o teu psicológico. Às vezes tu sai daqui com aquela coisa “será que eu fiz tudo?”. (T4)

A sala de recuperação anestésica, diferente de uma unidade de internação, deve proporcionar aos pacientes cuidados de pós-operatório imediato, os quais consistem em

recuperação do procedimento anestésico e estabilidade hemodinâmica. Estes cuidados são considerados, muitas vezes, críticos, devido à gravidade dos pacientes que são atendidos na instituição. Além disso, uma vez que, há pouca rotatividade dos leitos hospitalares e o paciente necessita permanecer na SRA além do tempo estimado, a equipe dedica seu tempo para além das atividades rotineiras de recuperação anestésica, como cuidados de mobilização, higiene, transporte, entre outras, aumentando assim a carga de trabalho de enfermagem.

5.2.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: CARACTERÍSTICAS QUE INFLUENCIAM NA CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

Considerando o dimensionamento de pessoal como fator determinante para a carga de trabalho de enfermagem, ao serem questionados acerca da rotina de trabalho e divisão dos pacientes entre os membros da equipe, o déficit de trabalhadores foi mencionado em diversos depoimentos, conforme seguem:

Falando da noite, pelo menos, se fosse fixo 4 técnicos a noite inteira com a unidade cheia, porque fica pesado para 3, muita correria. Quando tem pouca medicação nem tanto, mas, hoje, por exemplo, está pesado para eles [técnicos de enfermagem]. Não é só medicação, o paciente que chegou da cirurgia, é verificar sinais vitais a cada 15 minutos, depois de meia em meia hora e aí vai...aquele paciente instável, às vezes a gente faz de 5 em 5 minutos, muito além do protocolo, é necessário! Em 15 minutos, às vezes o paciente morreu em 15 minutos! (E1)

O número de funcionários ainda é insuficiente, eu acho. A gente fica com 3, 4, dependendo do dia. (T10)

Mas, assim, a gente fica em torno de três, quatro funcionários... O ideal é quatro. Mas, a gente fica, às vezes, em três, no final de semana, em três, daí dá três pacientes para cada um, um fica com quatro, mas aí a gente divide, quem fica com quatro, fica com os mais leves teoricamente. Se tem gente suficiente, daí a gente divide os respiradores, um fica só com os ventiladores, os outros vão dividir os outros pacientes, mas isso depende de quantos funcionários a gente tem. (T4)

A presença de outro colega... Com certeza. Porque aí, então, se eu estou sozinha, tem atribuições que eu não venço. Por exemplo, as prescrições de enfermagem, porque é um processo que não está totalmente estabelecido. A sistematização, esta questão de

implantação e tudo o mais e é uma coisa que acabo deixando de lado porque as outras urgências, os outros “incêndios” acabam me consumindo e é uma atividade que é minha e eu pre-ci-so [ênfase] fazer, tenho que fazer porque é minha meta, eu tenho que colaborar com o hospital nesse sentido e eu não consigo. (E2)

Ao serem questionados sobre características organizacionais do trabalho, os entrevistados mencionaram a falta de leitos para receber os pacientes pós-cirúrgicos, como um fator determinante para o aumento da carga de trabalho no setor.

...são leitos que a gente tem que pedir quase que pelo amor de Deus, recebam os nossos pacientes, porque se a SR não libera os pacientes para o terceiro, quarto ou quinto andar, o bloco fecha, porque a gente precisa dessa rotatividade. O médico precisa liberar os pacientes no terceiro [terceiro andar – clínica cirúrgica] para receber os pacientes da SRA principalmente, para o bloco poder liberar a cirurgia para poder sair. (E4)

O PS cheio, as unidades lotadas, a gente não tem nem aquele fluxo para rodar os pacientes. Por isso, que está se tornando quase que uma CTI. Não é como era para ser, os pacientes vem, estabilizam e sobem para o andar, não acontece isso. Mas, a gente faz o máximo pelos pacientes aqui, todo mundo. (T9)

Como eu disse, às vezes a gente passa uma semana... Dias assim com vários... Hoje tem um, às vezes tem quatro ventilador (risos). Então, e daí fica aqueles quatro, como não tem leito na UTI, vai ficando, vai ficando, vai ficando... Então, às vezes fica uma semana, dez dias. (T4)

Tudo depende de ter mais leitos, mais vagas... É uma questão meio crônica. Talvez, sei lá, tivesse mais leito, poderia aumentar a rotatividade. Aí, esses pacientes mais graves não ficariam tanto tempo com nós, ali internados. (T2)

Tendo em vista a equipe multiprofissional, responsável pela assistência integral ao paciente, os enfermeiros entrevistados, em sua maioria, relataram dificuldades em estabelecer papéis entre os membros. Assim, muitas vezes, responsabilizam-se por atividades às quais poderiam ou deveriam ser executadas por outros profissionais.

E a gente não tem...uma das coisas que gera muito sofrimento psicológico para nós, é que a gente não tem o manejo que tem o médico intensivista, o anestesista não tem o manejo que tem o intensivista. (E1)

A gente acaba fazendo coisas que não são do enfermeiro fazer, mas a gente procura fazer justamente para saber com o que eu estou lidando...porque o paciente está pálido daquele jeito? Sim, coitado, olha a hemoglobina dele? Sangrando, sangrando. Tem paciente no pós operatório que sangram, o abdômen está enorme, começam a ficar cianóticos: Ah! Mas o ultimo LAC [exames laboratoriais] estava bom, ficou 'babando' [sangramento] só um pouquinho ali na cirurgia, mas aí virou um poucão, ficou hipotenso. E de noite, o LAC não vem, a gente que tem que coletar gaso [gasometria arterial], exames, a gente liga, agora eu não coletó mais! Gaso sim que é urgência. Hemograma, essas coisas, eu me recuso, eles não vem eu não sei por quê! (E1)

O que mais me incomoda, o que mais me traz uma carga que eu vejo que não é minha, mas que a gente acaba assumindo porque é um serviço que outras pessoas não fizeram é com relação às condutas médicas, é o trabalho que o médico deve fazer, não faz e eu estando ali com aqueles dez sob a minha supervisão e achando que eu tenho condições de dar a assistência adequada a todos, eu fico...a gente fica se preocupando em 'tapar esses furos'. (E2)

Ao serem perguntados sobre fatores que poderiam minimizar a carga de trabalho a qual estão expostos, muitos trabalhadores mencionam a equipe de enfermagem como sendo cooperativa, gerando bem estar entre os membros e amenizando as adversidades do processo de trabalho.

A equipe é boa, é ótima aqui na verdade, acho que é essa a palavra que tem que usar. É aquela coisa que te disse: todo mundo se ajuda, o ambiente é bom de trabalhar, nós somos uma equipe muito boa, não é o meu paciente, o teu paciente, o paciente é de todos. (T6)

Aí a equipe nossa, assim, até o pessoal que trabalha comigo, me refiro a da manhã, porque é o que a gente trabalha, todo mundo tranquilo, a gente se ajuda bastante, a gente tem bastante paciente com ventilação mecânica, às vezes pacientes muito, assim, que requer, pacientes com cuidados assim, todo mundo se ajuda...(T3)

Nossa equipe é uma equipe boa de trabalho. Se eu estou com dois pacientes, um é muito grave eu vou passar quase toda a manhã em função dele, aí, o pessoal, os colegas, auxiliam no outro paciente que seria para mim estar cuidando. As gurias auxiliam. (T7)

Eu acho que a equipe é maravilhosa, nosso trabalho é maravilhoso, a gente é um 'dez', assim, apesar de todas as dificuldades, de todos os apertos. (E2)

Depreende-se que a elevada demanda de atividades, associada a outros fatores organizacionais/institucionais, contribuem para a percepção de elevada carga de trabalho no setor. O dimensionamento de pessoal torna-se imprescindível para que a carga de trabalho seja adequada entre os membros da equipe de enfermagem, que mesmo cooperativa, sente-se desgastada em diversos momentos do cotidiano de trabalho. Desta forma, os enfermeiros poderiam dedicar-se, de forma mais efetiva, às suas atividades privativas, às quais conferem qualidade e segurança ao cuidado de enfermagem. Ainda considerando questões organizacionais, porém em uma esfera maior, uma vez que, a falta de leitos hospitalares faz parte do cenário da saúde nacional, considera-se a fala dos trabalhadores como de extrema relevância, necessitando de discussões amplas a fim de minimizar este contexto.

6 DISCUSSÃO – INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

Este capítulo objetiva a integração dos resultados obtidos da etapa quantitativa com os resultados advindos da etapa qualitativa, conforme o desenho do método misto adotado nesse estudo. Assim, buscar-se-á estabelecer linhas de convergência e/ou divergência entre os achados, os quais têm como foco a análise da carga de trabalho da enfermagem em unidade de recuperação anestésica. Para a discussão dos achados, será utilizada a literatura científica pertinente.

No presente estudo, os participantes da etapa qualitativa, trabalhadores de enfermagem, majoritariamente pertencem ao sexo feminino, corroborando com os resultados de pesquisa realizada recentemente para identificar o perfil da enfermagem no Brasil, a qual evidenciou que o setor da saúde é historicamente feminino, principalmente devido à enfermagem. Há um avanço crescente dos homens, porém a equipe de enfermagem brasileira ainda é predominantemente feminina, com 85,1% dos trabalhadores (MACHADO et al, 2015).

A idade dos trabalhadores de enfermagem, neste estudo, variou de 28 a 47 anos, o que vem ao encontro do estudo supracitado, o qual identificou que a enfermagem está em pleno rejuvenescimento e a maioria de seu contingente tem idade entre 30 e 40 anos.

Considerando a amostra da etapa quantitativa deste estudo, 209 pacientes, a média de idade encontrada foi de 50,8 anos, 56% são do sexo masculino, 52% foram classificados como ASA dois, o tipo de anestesia mais realizado foi a anestesia geral, em 74% dos pacientes, a especialidade cirúrgica de maior prevalência foi a traumato-ortopedia com 24%, seguida da especialidade de cirurgia geral com 17%. A mediana do tempo de permanência foi de 9,35 horas e 98% dos pacientes foram encaminhados às unidades de internação.

Em estudo semelhante, realizado em recuperação pós-anestésica, autoras identificaram média de idade dos pacientes de 51,57 anos, 54% eram do sexo feminino, 58,2% com classificação ASA dois. A anestesia geral foi o tipo de anestesia mais realizada, em 76,1% dos pacientes. Para as especialidades cirúrgicas, a prevalência maior foi para a cirurgia geral 24,6%. A mediana de horas de permanência na unidade foi de 4,83 (0,33–53,22) horas. A alta para unidade de internação ocorreu em 81,3% dos pacientes (LIMA et al, 2010) . Percebe-se, neste contexto, a convergência entre os dados encontrados nos dois estudos realizados em cenário de recuperação anestésica.

Observa-se, nesta investigação, um tempo de permanência do paciente elevado, uma vez que, de acordo com Popov e Peniche (2009), a unidade de recuperação anestésica tem por finalidade a assistência pós-operatória imediata aos pacientes que receberam anestesia. Durante este período, a assistência de enfermagem volta-se para a observação do retorno da consciência do paciente, de seus reflexos protetores e da estabilidade dos sinais vitais. Ressalta-se que, o tempo de permanência na SRA pode estar relacionado a complicações inerentes ao procedimento anestésico-cirúrgico, como também às dificuldades em transferir os pacientes para as unidades de internação, devido à realidade brasileira de superlotação dos hospitais públicos desse porte.

No entanto, o tempo de permanência, neste estudo, não obteve relação estatisticamente significativa com a carga de trabalho, de encontro à outra investigação realizada em UTI, que avaliou os fatores associados à carga de trabalho em unidade de terapia intensiva (UTI) e demonstrou que o tempo de permanência na UTI foi fator significativo para elevada carga de trabalho de enfermagem no primeiro dia de internação (GONÇALVEZ E PADILHA, 2007). Para Lima, Costa e Rabelo (2010), estes achados reforçam que pacientes com maior número de horas de permanência na unidade tendem a apresentar maior grau de dependência dos cuidados de enfermagem, em razão da assistência e da terapêutica que esses pacientes necessitam. Em um estudo (TIMMERS, HULSTAERT, LEENEN, 2014), sobre terapia intensiva cirúrgica em um hospital universitário, refere que a melhoria na reorganização dos cuidados de enfermagem minimiza a carga de trabalho e pode ter efeito positivo nas condições de saúde dos pacientes, inclusive no tempo de permanência em UTI.

O índice de classificação ASA e a técnica anestésica de maior prevalência vêm ao encontro de estudo realizado em recuperação pós-anestésica que indica percentuais semelhantes em relação a estas variáveis. O mesmo estudo evidencia um tempo de permanência de 4,83 (3,43 – 6,72) horas, um tempo consideravelmente inferior ao encontrado nesta investigação (LIMA E RABELO, 2013).

Percentual significativo de pacientes apresentou classificação ASA dois, ou seja, risco anestésico intermediário. Um estudo retrospectivo que avaliou a incidência de óbitos anestésico-cirúrgicos, nas primeiras 24 horas, em um hospital universitário, concluiu que ocorreram mais óbitos entre pacientes com classificação ASA três ou mais (CHAN, AULER, 2002). No presente estudo, a classificação ASA apresentou correlação positiva com a carga de trabalho, quanto maior o índice ASA, maior o NAS.

Percebe-se que as comorbidades implicam, muitas vezes, em instabilidade no pós-operatório, e, conseqüentemente, aumento da carga de trabalho, uma vez que estes pacientes

necessitam de avaliação rigorosa de sinais vitais, parâmetros hemodinâmicos e respiratórios, a fim de evitar complicações relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico.

As características específicas da sala de recuperação anestésica diferenciam tal unidade das demais. Os processos de trabalho, quando comparados às outras unidades, em razão da alta rotatividade e da necessidade de agilidade se destacam no atendimento das intercorrências pós-operatórias. Assim, a carga de trabalho de enfermagem sofre influência do tempo de permanência e do porte cirúrgico, entre outras características (LIMA, RABELO, 2013).

As autoras supracitadas, em estudo semelhante, realizado em unidade de recuperação pós-anestésica, identificaram um NAS médio de 76,2 (70,47 – 84,6) pontos (%). O NAS médio encontrado neste estudo de 57,31% e os depoimentos dos trabalhadores oferecem indicativos de que há sobrecarga de trabalho na enfermagem do setor, uma vez que, cada funcionário é responsável por três ou quatro pacientes no seu turno de trabalho, ou seja, a equipe está subdimensionada. Para Queijo e Padilha (2004), uma equipe reduzida tende a gerar prejuízo na qualidade da assistência, implicando na segurança do paciente, prolongando sua internação e gerando maior custo de hospitalização.

Em um estudo realizado na Coréia do Sul, foi evidenciada uma relação direta entre o inadequado dimensionamento de profissionais de enfermagem e o aumento dos eventos adversos. Este estudo traz que existe uma correlação direta entre o maior número de pacientes por enfermeiro com as chances de falhas relacionadas à segurança do paciente, má qualidade dos cuidados e cuidados deixados de lado devido à falta de tempo (CHO et al, 2016).

O quantitativo adequado de profissionais e bons níveis educacionais são pré-condições para um cuidado seguro e de qualidade. Existe uma combinação positiva entre a maior proporção de profissionais da enfermagem qualificados, com a redução da taxa de mortalidade, melhor avaliação do paciente com relação aos cuidados e também, menor taxa de eventos adversos. Além do quantitativo e qualitativo adequados dos profissionais, o enfermeiro possui papel indispensável na gestão, a fim de proporcionar ambientes agradáveis e seguros para o cuidado de enfermagem (VANDRESEN et al, 2018).

Ainda, de acordo com Magalhães, Riboldi e Dall’Agnol (2009), o número insuficiente de recursos humanos acarreta em sobrecarga das atividades para a equipe de enfermagem, resultando em desgaste. Desta forma, as instituições de assistência à saúde devem realizar os cálculos de dimensionamento de pessoal, considerando aspectos como o grau de dependência

dos pacientes, a carga de trabalho da equipe de enfermagem e os fatores que interferem na produtividade dos profissionais.

O dimensionamento de pessoal trata-se de um importante recurso para a produtividade e a melhoria dos serviços de enfermagem. Dimensionar a quantidade necessária de trabalhadores para a prestação de serviços de saúde implica na identificação da carga de trabalho existente, relacionada ao quantitativo de pacientes, grau de dependência e tempo médio de assistência (TILLVITZ, 2013).

De acordo com Reich, et al (2015), o valor do NAS elevado, demonstra que pacientes em unidades especializadas requerem uma elevada carga de trabalho por parte da equipe de enfermagem, com cuidados e monitorizações específicas, que demandam mais da metade do tempo de um profissional no cuidado direto.

A análise descritiva dos dados mais expressivos, obtidos por meio do NAS neste estudo, evidencia que no item um do instrumento, monitorização e controles, 91% dos pacientes pontuaram no subitem B, ou seja, os mesmos demandaram de presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por duas horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais com: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos. Este contexto demonstra a complexidade dos pacientes atendidos na referida instituição, e ainda pode ser identificado nas falas dos trabalhadores. Achados de um estudo desenvolvido em unidade de recuperação pós-anestésica são convergentes a este, uma vez que 76% dos pacientes pontuaram no referido subitem do instrumento (LIMA, 2010).

Os pacientes em unidade de recuperação pós-anestésica apresentam especificidades da assistência de enfermagem como monitorização dos parâmetros vitais a cada 15 minutos na primeira hora, monitorização hemodinâmica invasiva, restrição ao leito, devido ao despertar anestésico, administração de medicamentos e procedimentos de higiene e conforto. Essas características elevam o grau de dependência do paciente frente à equipe de enfermagem que, necessita possuir conhecimentos especializados e habilidades para a tomada de decisão rápida para atuar neste contexto (LIMA, COSTA E RABELO, 2010).

Corroborando com esta afirmativa, Ziser et al (2002), em um artigo que questiona as unidades de recuperação pós-anestésica serem utilizadas como unidades de terapia intensiva, descrevem que a média de permanência de pacientes com cuidados intensivos, na recuperação pós-anestésica, varia de oito a 72 horas. Os autores referem, ainda, que a presença desses

pacientes exige, do enfermeiro, preparo para o atendimento das necessidades de cuidados e gera menor rotatividade de leitos para atendimento da demanda de sala cirúrgica.

Este dado vem ao encontro dos achados deste estudo, uma vez que, a equipe de enfermagem relata esta realidade, em que há, sob seus cuidados, muitos pacientes críticos, necessitando de cuidados intensivos, aguardando transferência à UTI. Desta forma, há uma redução da rotatividade dos pacientes, descaracterizando o perfil do paciente pós-cirúrgico imediato, os quais deveriam ser atendidos neste cenário.

A alta demanda de pacientes cirúrgicos e os poucos leitos de terapia intensiva podem resultar no aumento do quantitativo de pacientes críticos sob cuidados dos trabalhadores da sala de recuperação anestésica. Cabe à equipe de enfermagem um conhecimento específico e especializado de fisiologia, procedimentos cirúrgicos e gerenciamento de potenciais complicações (SARAIVA, SOUSA, 2015).

Seguindo os domínios do NAS mais evidenciados neste estudo, tem-se as investigações laboratoriais (item dois), a administração de medicamentos (item três), suporte respiratório (item nove) os quais pontuaram, respectivamente, em 63%, 93% e 68% das medidas. Além disso, os depoimentos dos participantes corroboram esses achados como atividades que demandam tempo, atenção e que fazem parte da rotina dos trabalhadores. Essas intervenções também foram frequentemente realizadas em outros estudos e populações, obtendo dados igualmente expressivos (CAMUCI, et al 2014; GONÇALVES E PADILHA, 2007; CONISHI E GAIDZINSKI, 2007).

As atividades Monitorização e controle, Suporte e cuidados aos familiares e pacientes, Tarefas administrativas e gerenciais e Intervenções específicas fora da SRA foram pontuados em 100% dos pacientes, corroborando com os achados de Lima (2010). A elevada pontuação no item suporte e cuidados aos familiares e pacientes refere-se às informações e orientações realizadas pelos enfermeiros aos familiares e pacientes.

O enfermeiro exerce inúmeras atividades, muitas delas, relacionadas à assistência indireta ao paciente, como as atividades administrativas e gerenciais (item oito), pontuadas de forma expressiva no NAS deste estudo. Essas atividades, privativas do enfermeiro, por vezes, são colocadas em segundo plano, devido situações que os mesmos caracterizam como mais urgentes. Para Garcia e Fugulin (2010), existe a necessidade de rever o processo de trabalho, de forma que maior tempo seja disponibilizado às atividades profissionais específicas, envolvidas na assistência ao paciente. As intervenções específicas fora da SRA referem-se a exames diagnósticos, uma vez que, não raramente, os pacientes ali permanecem internados,

necessitando de transporte para tais investigações, e ainda, a transferência da cama para a maca, no momento da alta do paciente para a unidade de internação.

Considerando as relações interpessoais, os entrevistados relatam problemas com definição de papéis e até mesmo de divisão de responsabilidades. Para Martins, Robazzi e Bobroff (2010), torna-se fundamental estabelecer o diálogo na equipe, buscando assumir compromissos na tentativa de melhorar a sua qualidade de vida e, ainda, proporcionar melhor atendimento aos usuários, seus familiares e à instituição a qual trabalha. Em estudo misto, realizado em UTI, os achados indicam uma relação entre a carga de trabalho e a cooperação entre os membros da equipe, sendo que, para alguns trabalhadores a sobrecarga de trabalho tende a unir a equipe para desempenhar as atividades, para outros a alta demanda pode influenciar negativamente a colaboração entre os membros da equipe (FREITAS, 2017).

Os indicadores de saúde do trabalhador evidenciam problemas decorrentes das características e dinâmica do trabalho no ambiente hospitalar, especialmente em setores com rotinas intensas e desgastantes, como UTI, Centro Cirúrgico e Pronto Socorro. A exposição aos diversos tipos de carga de trabalho, como biológica, fisiológica e psíquica, refletem os processos de trabalho em saúde, com atividades caracterizadas por contato com o paciente, exposição a fluidos corporais, manipulação de peso e rotinas intensas e desgastantes (SANTANA et al, 2016).

O NAS elevado encontrado nesta investigação, convergente com os depoimentos dos trabalhadores de enfermagem, os quais relatam sobrecarga no trabalho, vem ao encontro com estudos que abordam questões relacionadas à saúde do trabalhador. De forma geral, o processo de trabalho de enfermagem envolve rotinas desgastantes, as quais exigem habilidades e responsabilidades em sua execução. Estes aspectos, de acordo com Amaral, Ribeiro e Paixão (2015), influenciam na qualidade de vida do trabalhador de enfermagem. Ainda, este estudo identificou que o dimensionamento de pessoal é determinante para que a sobrecarga não seja uma constante no trabalho, minimizando o desgaste deste profissional, preservando assim sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta investigação, que teve por objetivo analisar a carga de trabalho de enfermagem em Sala de Recuperação Anestésica de um hospital público do Sul do Brasil, a carga de trabalho da equipe de enfermagem foi analisada quantitativamente, por meio do NAS, verificando-se que os trabalhadores de enfermagem do cenário estudado possuem uma alta carga de trabalho, uma vez que cada paciente ocupa em média 57% do tempo de um trabalhador e que, cada profissional de enfermagem presta cuidados a três ou quatro pacientes por turno.

Qualitativamente, a percepção dos trabalhadores frente à carga de trabalho foi expressa nas entrevistas, e foram organizadas em duas categorias: Características dos pacientes e situações determinantes para a carga de trabalho e Organização do trabalho: características que influenciam na carga de trabalho. Na primeira categoria evidenciou-se que, os pacientes instáveis e que demandam cuidados críticos são os que geram maior carga de trabalho para a equipe de enfermagem. Na segunda categoria, os trabalhadores relatam que a falta de leitos hospitalares, que reduz a rotatividade do setor e assim, faz com que os pacientes permaneçam em regime de internação, influenciam na carga de trabalho e ainda, o dimensionamento inadequado de pessoal faz com que haja sobrecarga de trabalho. Relatos apontam que os papéis entre os membros da equipe, por vezes, tornam-se confusos. O perfil dos pacientes que estiveram internados na SRA, no período do estudo, foi, predominantemente, do sexo masculino (55,5%), os quais, em sua maioria, eram provenientes da Unidade de Clínica Cirúrgica do hospital (38,28%) seguido do Pronto Socorro (33,01%) e demais unidades.

Analisando conjuntamente os achados quantitativos e qualitativos, abre-se a possibilidade de, ao identificar a carga de trabalho bem como o tempo de assistência de enfermagem, adequar o quantitativo de profissionais para determinada demanda de cuidados, com condições de trabalho seguras para a equipe e pacientes.

Os profissionais de enfermagem do serviço definem seus pacientes como graves, com comorbidades importantes e estágios avançados de doenças o que gera maior demanda de cuidados para a equipe e implica em aumento da carga de trabalho de enfermagem. Além disso, destacam o déficit de trabalhadores e as dificuldades em estabelecer papéis entre os membros da equipe multiprofissional como características dificultadoras do processo de trabalho.

O tempo de permanência do paciente na SRA foi considerado elevado neste estudo, onde se sabe que as complicações do procedimento anestésico-cirúrgico e as dificuldades em transferir os pacientes para unidades de internação são agravantes desse fator. No entanto, o tempo observado de permanência dos pacientes na SRA não obteve relação estatística com a carga de trabalho.

Os resultados apresentados podem contribuir para a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem da SRA, principalmente no que se refere ao dimensionamento de pessoal e carga de trabalho demandada por cada paciente. Os enfermeiros, na divisão e organização do trabalho, precisam estar atentos para este fator, minimizando a sobrecarga de trabalho dos profissionais. Estes resultados também buscam contribuir para o crescimento das publicações acerca da temática em estudo.

A utilização do instrumento NAS mostrou-se adequada aos objetivos propostos no estudo, bem como ao cenário da realização da pesquisa, uma vez que, devido às especificidades locais, foi possível pontuar as atividades de enfermagem realizadas de forma individual e, assim, mensurar a carga de trabalho de enfermagem mais próxima do real. Sugere-se a aplicação do instrumento neste cenário em novos estudos, a fim de ampliar o campo de investigação e possibilitar comparações.

A utilização do método misto permitiu que fosse dada voz aos profissionais de enfermagem para além dos dados quantitativos obtidos por meio do instrumento NAS. Foi possível relacionar os achados quantitativos e qualitativos apontando convergências e divergências.

As limitações deste estudo estão relacionadas à escassa produção de estudos que apliquem o NAS em cenário de recuperação anestésica, limitando as comparações e ainda, a avaliação do NAS, baseada nos registros de enfermagem. Algumas atividades podem ter sido realizadas e não registradas, desta forma, não pontuadas no instrumento.

Frente aos resultados encontrados neste estudo, faz-se algumas recomendações para assistência de enfermagem, como a realização da medida da carga de trabalho rotineiramente, a fim de fazer uma distribuição de pacientes por trabalhador uniforme, contribuindo para amenizar a sobrecarga de trabalho e ainda, reavaliar o dimensionamento de trabalhadores de enfermagem escalados por turno, baseado na realidade da instituição/unidade estudada.

REFERÊNCIAS

- AIKEN, L.H. et al. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. **International Journal of Nursing Studies**. v. 50, p. 143-153, 2013.
- ALTAFIN, J.A.M. et al. Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.26, n.3, p.292-8, 2014.
- AMARAL, J.F; RIBEIRO, J.P.; PAIXÃO, D.X. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v.16, n.1, p.66-74, 2015.
- American Society of Anesthesiologists (ASA) [Internet]. [citado 07 set 2016]. Disponível em: [http:// www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm](http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm).
- AZAMBUJA, E.P. et al. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.4, p. 658-66, 2010.
- AZZOLIN, G.M.C.; PEDUZZI, M. Processo de Enfermagem: Ferramenta para o processo de Trabalho do Enfermeiro. In: Mellin, A.S., organizadora. **Enfermagem e Serviços de Saúde: Ensino, Avaliação e Processo de trabalho**. São Paulo: Andreoli, 2010. p. 65-78.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- BOGOSSIAN, L. **Manual de pré e pós-operatório**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 1995.
- BOSI, M.L.M. Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 107-115, 2000.
- BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 1-59.
- BUSANELLO, J.; LUNARDI FILHO, W.D.; KERBER, N.P.C. Produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.34, n.2, p. 140-147, 2013.
- CAMUCI, M.B. et al. Nursing Activities Score: nursing workload in a burns Intensive Care Unit. **Rev Latino Am Enfermagem**, v.22, n.2, p.325-31, 2014.
- CARAYON, P.; GURSES, A.P. A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. **Intensive Crit Care Nurs**, v. 21, n. 5, p. 284-301, 2005.
- CARMONA-MONGE, F.J. et al. Análisis de la utilización de la escala Nursing Activities Score em dos UCIS Españolas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1108-16, 2013.

CHAN, R.P.C.; AULER, J.O.C. JÚNIOR. Estudo retrospectivo da incidência de óbitos anestésico cirúrgicos nas primeiras 24 horas. Revisão de 82.641 anestésias. **Rev Bras Anesthesiol.**, v.52, n.6, p.719-27, 2002.

CHO, E. et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. **Internacional Journal of Nursing Studies**, v.60, n.1, p.263-71, 2016.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 293, de 21 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. Rio de Janeiro, 2004.

CONISHI R.M.Y.; GAIDZINSKI, R.R. Evaluation of the Nursing Activities Score (NAS) as a nursing workload measurement tool in na adult ICU. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.3, p.346-54, 2007.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, A.L.S.M.; PENICHE, A.C.G. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 151-160, 2007.

DIAS, M.C.C.B. **Aplicação do Nursing Activitis Score – N.A.S. – como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI Cirúrgica Cardiológica, Brasil.** 2006. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, 2006.

DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

DUARTE, M.L.C.; AVELHANEDA, J.C.; PARCIANELLO, R.R. A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare enferm.** Curitiba, v.18, n.2, p. 323-30, 2013.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant, P., coordenadora. **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.

FIOCRUZ E COFEN. Pesquisa retrata perfil de 1,6 milhão de profissionais de enfermagem no Brasil. **Portal Fiocruz**, 04 mai. 2015. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-retrata-perfil-de-16-milhao-de-profissionais-de-enfermagem-no-brasil> Acesso em: 04 ago. 2015.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FORTE, E.C.N. et al. Abordagens teóricas sobre a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 3, set. 2014 .

FREITAS, E.O. **Carga de trabalho da enfermagem e cultura de segurança em unidade de terapia intensiva** [tese]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2017.

FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev Latino-am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 72-8, 2005.

FUGULIN, F.M.T. et al. Custo da adequação quantitativa de profissionais de enfermagem em Unidade Neonatal. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, v.45, n.spe, p.1582-88, 2011.

GAIDZINSKI, RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P, coord. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU; 1991, p. 91-96.

GAIDZINSKI, R.R. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam essa prática** [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

GARCIA, E.A.; FUGULIN, F.M.T. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.4, p.1032-38, 2010.

GONÇALVES, L.A.; PADILHA, K.G. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.4, p.645-52, 2007.

GONÇALVES, L.A. **Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes**. 2011. 176f. Tese (Doutorado)-Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

GONÇALVES, A.S.R. **Prazer e sofrimento no trabalho de docentes da saúde em Universidade Pública da Região Amazônica** [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

LIMA, L.B.de. **Nursing Activities escore para avaliação da carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica** [manuscrito] / Luciana Bjorklund de Lima. – 2010. 62 f.

LIMA, L.B.de et al. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em unidade de recuperação pós-anestésica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, [07 telas], 2010.

LIMA, L.B.; RABELO, E.R. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.26, n.2, p.116-22, 2013.

LOPES, L.F.D. **Métodos quantitativos**. 1ª ed. Santa Maria, 2016.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm Foco**, v.6, n.1, p.11-17, 2015.

MAGALHÃES, A.M.M.; RIBOLDI, C.O.; DALL'AGNOL, C.M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev. bras. enferm.**, v.62, n.4, p.608-12, 2009.

MARTINS, E.A.P.; HADDAD, M.C.L. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 74-82, 2000.

MARTINS, M.; BLAIS, R.; LEITE, I.C. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 268-82, 2004.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C.; BOBROFF, M.C.C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.4, p.1107- 11, 2010.

MORAES, L.O.; PENICHE, A.C.G. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 34-42, 2003.

MARX, K., **O capital: crítica da economia política: livro I, tradução de Reginaldo Sant'Ana** – 20ª edição – Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: editora Hucitec, 14 ed., p. 416, 2014.

NEIS, M.E.B.; GELBCKE, F.L. Carga de trabalho na enfermagem: variável do dimensionamento de pessoal. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 6-9, 2011.

NOGUEIRA, L.S. et al. Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 25, p. 225-32, 2013.

NOGUEIRA, D.L. et al. Avaliação dos hospitais de ensino no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.1, p.151-8, 2015.

NOVARETTI, M.C.Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.67, n.5, p.692-699, 2014.

NUNES, B.K.; TOMA, E. Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1 [08 telas], 2013.

Nursing Activities Scores: Instructions for Use. Crit Care Med [Internet]. [citado 2016 mai 15]. Disponível em:
http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/CCM/A/00003246-920030200-00001.pdf.

NUNES, Berenice. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade na UTI: TISS-28**. 2000. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

POSSARI, João Francisco. **Dimensionamento de profissionais de enfermagem em centro cirúrgico especializado em oncologia: análise dos indicadores intervenientes**. 2011 . p. 185. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. In: **Anais do 1º Seminário: O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família**; 2000; São Paulo (SP) [CD-ROM]. São Paulo: ABEn; 2000.

PERROCA, M.G. Development and content validity of the new version of a patient classification instrument. **Rev Latino-am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 58-66, 2011.

PIRES, D.E.P. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.62, n.5, p.739-44, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Introdução à pesquisa em enfermagem baseada em evidências. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap 1, p. 21-52.

POPOV, D.C.S; PENICHE, A.C.G. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 953-961, 2009.

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 Activities Score (N.A.S.)**. 2002. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, 2002.

QUEIJO, Alda Ferreira. **Estudo comparativo da carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva geral e especializadas, segundo o Nursing Activities Score**

(NAS). 2008. 91 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

QUEIJO, A.F.; PADILHA, K.G. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 23, n. esp, p. 1018-1025, 2009.

QUEIJO, A.F.; PADILHA, K.G. Instrumento de medida da carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S). **Rev Paul Enferm.**, v.23, p.114-22, 2004.

REICH, R. et al. Carga de trabalho em unidade coronariana segundo o *Nursing Activities Score*. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n.3, p.28-35, 2015.

RICARDO, C.M. **Tempo das intervenções e atividades de enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica**: subsídio para determinação da carga de trabalho. 2013. 155p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2013.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTANA, L.L. et al. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.1, p.23-32, 2016.

SANTOS, F. et al. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin. **Rev Latino-am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 980-85, 2007.

SARAIVA, E.L.; SOUSA, C.S. Pacientes críticos na unidade de recuperação pós-anestésica: revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.20, n.2, p.104-12, 2015.

SEIXAS, S. As configurações do trabalho na contemporaneidade. **Mercatus Digital**, Recife, jan. 2013. Disponível em:
<http://mercatus.escolademarketing.com.br/index.php/revista/article/view/22/16>. Acesso em: 03 Out. 2016.

SILVA, M.C.; SOUSA, R.M. Unidades de terapia intensiva do Município de São Paulo: diferenças entre pacientes dos núcleos regionais de saúde e dos hospitais governamentais e não governamentais. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 6-14, 2001.

SILVA, D.C.P. **Segurança do paciente no período pós-operatório imediato na sala de recuperação pós-anestésica**. 2008. 81 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2008.

SOARES, A.V.N. **Carga de trabalho de enfermagem no sistema de alojamento conjunto**. 2009. 152 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2009.

SOUSA, C.R. et al. Preditores da demanda de trabalho de enfermagem para idosos internados em unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2. 2008.

- TEGNER, M.I. **TISS-28, sensibilização dos enfermeiros para o uso de protocolos de avaliação de pacientes graves**. 2004, 55 f. Monografia (Especialização em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria/ESPENSUL, Santa Maria, 2004.
- TILLVITZ, L.R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital do norte do Paraná**. 2013. 203 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP, 2013.
- TIMMERS, T.K.; HULSTAERT, P.F.; LEENEN, L.P.H. Patient outcomes can be associated with organizational changes. **Critical Care Nursing Quartely**, v.37, n.1, p.125-34, 2014.
- TRANQUITELLI, A.M.; PADILHA, K.G. Sistema de classificação de pacientes com instrumento de gestão em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.1, p.141-146, 2007.
- TREPICHIO, P.B. et al. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 133-39, 2013.
- WEISSMAN, J.S. et al. Hospital workload and adverse events. **Med Care**, v. 45, n. 5, p. 448-55, 2007.
- WHO. 10 Facts on patient safety. **World Health Organization**, jun. 2014. Disponível em: . Acesso em 11 jan. 2016.
- WILLIG, M.H.; LENARDT, M.H. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.7, n.1, p. 23-29, 2002.
- VANDRESEN, L. et al. Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.39, n.1, e2017-0107, 2018.
- ZAVALA, M.O.Q; KLIJN, T.M.P. Qualidade de vida no trabalho na equipe da enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 302-305, 2014.
- ZISER, A. et al. The postanesthesia care unit as a temporary admission location due to intensive care and ward overflow. **Br J Anaesth.**, v.88, n.4, p. 577-9, 2002.

APÊNDICE A – Quadro sinóptico do estado da arte

Nº	AUTORES	TÍTULO	ANO	REVISTA	PAÍS
A1	Siqueira, EMP; Ribeiro, MD; Souza, RCS; Machado, F de S; Diccini, S.	Correlação entre carga de trabalho de enfermagem e gravidade dos pacientes críticos gerais, neurológicos e cardiológicos	2015	Esc Anna Nery	Brasil
A2	Trettene, A dos S; Luiz, AG; Razera1, APR; Maximiano, T de O; Cintra1, FMRN; Monteiro, LM.	Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Semiintensiva especializada: critérios para dimensionamento de pessoal	2015	Rev Esc Enferm USP	Brasil
A3	Padilha, KG; Stafseth, S; Solms, D; Hoogendoom, M; Carmona Monge, FJ; Gomaa, OH; Giakoumidakis, K; Giannakopoulou, M; Gallani, MC; Cudak, E; Nogueira, L de S; Santoro, C; Sousa, RC de; Barbosa, RL; Miranda, D dos R.	Nursing Activities Score: an updated guideline for its application in the Intensive Care Unit	2015	Rev Esc Enferm USP	Brasil
A4	Silva, JB da; Póvoa, VCO; Lima, MH de M; Oliveira, HCO; Padilha, KG; Secoli, SR.	Carga de trabalho de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoiéticas: estudo de coorte	2015	Rev Esc Enferm USP	Brasil
A5	Oliveira, LB de; Rodrigues, ARB; Püschel, VA de A; Silva, FA da; Conceição, SL da; Béda, LB; Fidelis, B; Santana-Santos, E; Secoli, SR.	Avaliação da carga de trabalho no pós-operatório de cirurgia cardíaca segundo o Nursing Activities Score	2015	Rev Esc Enferm USP	Brasil
A6	Nogueira, L de S; Ferretti-Rebustini, RE de L; Poveda, V de B; Gengo e Silva, R de C; Barbosa, RL; Oliveira, EM de; Andolhe, R; Padilha, KG.	Carga de trabalho de enfermagem: preditor de infecção relacionada à assistência à saúde na terapia intensiva?	2015	Rev Esc Enferm USP	Brasil
A7	Nogueira, L de S; Padilha, KG; Silva, DV; Lança, E de FC; Oliveira, EM de; Sousa, RMC de.	Padrão de intervenções de enfermagem realizadas em vítimas de trauma segundo o Nursing Activities Score	2015	Rev Esc Enferm USP	Brasil
A8	Reich, R; Vieira, DFVB; Lima, LB de; Rabelo-Silva, ER.	Carga de trabalho em unidade coronariana segundo o Nursing Activities Score	2015	Rev Gaúcha Enferm	Brasil
A9	Valls-Matarín, J; Salamero-Amorós, M; Roldán-Gil, C.	Análisis de la carga de trabajo y uso de los recursos enfermeros en una unidad de	2015	Enferm Intensiva	Espanha

		cuidados intensivos			
A10	Nogueira LS, Domingues CA, Poggetti RS, Sousa RMC.	Nursing Workload in Intensive Care Unit Trauma Patients: Analysis of Associated Factors.	2014	PLoS ONE	Brasil
A11	Argibay-Lago A, Fernández-Rodríguez D, Ferrer-Sala N, Prieto-Robles C, Rfo AH, Castro-Rebollo P.	Valoración de la carga de trabajo de Enfermería en pacientes sometidos a hipotermia terapéutica.	2014	Enferm Clin.	Espanha
A12	Gerasimou-Angelidi S, Myrianthefs P, Chovas A, Baltopoulos G, Komnos A.	Nursing Activities Score as a predictor of Family satisfaction in na adult Intensive Care Unit in Greece.	2014	Journal of Nursing Management	Grécia
A13	Camuci MB, Martins JT, Cardeli AAM, Robazzi MLCC.	Nursing Activities Score: carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de queimados.	2014	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Brasil
A14	Altafin JAM, et al.	Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário.	2014	Rev Bras Ter Intensiva	Brasil
A15	Peng L, Mayner L, Wang H.	Association between trauma patients' severity and critical care nursing workload in China.	2014	Nursing and Health Sciences	China
A16	Lucchini A, Felippis C, Elli S, Schifano L, Rolla F, Pegoraro F, Fumagalli.	Nursing Activities Score (NAS): 5 years of experience in the intensive care units of na Italian University hospital.	2014	Intensive and Critical Care Nursing	Itália
A17	Campagner AOM, Garcia PCR, Piva JP.	Aplicação de escores para estimar carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica.	2014	Rev Bras Ter Intensiva	Brasil
A18	Kakushi LE, Évora YDM.	Tempo de assistência direta e indireta de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.	2014	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Brasil
A19	Carmona-Monge FJ, et al.	Análisis de la utilización de la escala Nursing Activities Score em dos UCIS Españolas.	2013	Rev Esc Enferm USP	Espanha
A20	Carmona-Monge FJ, et al.	Carga de trabajo em tres grupos de pacientes de UCI Española según el Nursing Activities Score.	2013	Rev Esc Enferm USP	Espanha
A21	Lima LB, Rabelo ER.	Carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica.	2013	Acta Paul Enferm.	Brasil
A22	Carmona-Monge FJ, Rodríguez GMR, Herranz CQ, Gómez SG, Marín-Morales D.	Evaluation of the nursing workload through the nine equivalentes for nursing Manpower use scale and the nursing activities score: A prospective correlation study.	2013	Intensive and Critical Care Nursing	Espanha

A23	Creiasco MF, Wenzel F, Zanei SSV, Whitaker IY.	Pressure ulcers in the intensive care unit: the relationship between nursing workload, illness severity and pressure ulcer risk.	2012	Journal of Clinical Nursing	Brasil
A24	Nogueira LS, Koike KM, Sardinha DS, Padilha KG, Sousa RMC.	Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas.	2013	Rev Bras Ter Intensiva	Brasil
A25	Trepichio PB, Guirardello EB, Duran ECM, Brito AP.	Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia.	2013	Rev Gaúcha Enferm.	Brasil
A26	Queijo AF, Martins RS, Andolhe R, Oliveira EM, Barbosa RL, Padilha KG.	Nursing workload in neurological intensive care units: Cross-sectional study.	2013	Intensive and Critical Care Nursing	Brasil
A27	Nunes BK, Toma E.	Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score.	2013	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Brasil
A28	Daud-Gallotti RM, et al.	Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infection in ICU: A Prospective Study.	2012	PLoS ONE	Brasil
A29	Leite IRL, Silva GRF, Padilha KG.	Nursing Activities Score e demanda de trabalho de enfermagem em terapia intensiva.	2012	Acta Paul Enferm.	Brasil
A30	Debergh DP, Myny D, Herzele IV, Maele GV, Miranda DR, Colardyn F.	Measuring the nursing workload per shift in the ICU.	2012	Intensive Care Med	Bélgica
A31	Panunto MR, Guirardello EB.	Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino.	2012	Acta Paul Enferm.	Brasil
A32	Giakoumidakis K, Baltopoulos GI, Charitos C, Patelarou E, Fotos NV, Brokalaki-Pananoudaki H.	Risk factors for increased in-hospital mortality: a cohort study among cardiac surgery patients.	2012	European Journal of Cardiovascular Nursing	Grécia
A33	Fugulin FMT, et al.	Custo da adequação quantitativa de profissionais de enfermagem em Unidade Neonatal.	2011	Rev Esc Enferm USP	Brasil
A34	Stafseth SK, Solms D, Bredal IS.	The characterisation of workloads and nursing staff allocation in intensive care units: A descriptive study using the Nursing Activities Score for the first time in Norway.	2011	Intensive and Critical Care Nursing	Noruega
A35	Coelho FUA, Queijo AF, Andolhe R, Gonçalves LA, Padilha KG.	Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de cardiologia e fatores clínicos associados.	2011	Texto Contexto Enferm.	Brasil

A36	Brito AP, Guirardello EB.	Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de internação.	2011	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Brasil
A37	Giakoumidakis K, Baltopoulos GI, Charitos C, Patelarou E, Galanis P, Brokalaki H.	Risk factors for prolonged stay in cardiac surgery intensive care units.	2011	Nursing in Critical Care	Grécia
A38	Silva MCM, Sousa RMC, Padilha KG.	Fatores associados ao óbito e a readmissão em Unidade de Terapia Intensiva.	2011	Rev Latino-Am. Enfermagem	Brasil

APÊNDICE B – Tutorial para aplicação do instrumento NAS para avaliação da carga de trabalho de enfermagem por paciente na SRA

Atividades Básicas	Definições Operacionais
<p>1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLES</p> <p>1a. Sinais vitais horários, cálculo e registro regular do balanço hídrico (4,5 pontos)</p> <p>1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por <u>2 horas ou mais</u> em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais com: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos (12,1 pontos)</p> <p>1c. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por <u>4 horas ou mais</u> em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima (19,6 pontos)</p>	<p>1a. Aplica-se a todos os pacientes com necessidade de apenas verificação de sinais vitais e oximetria de pulso (Pacientes em pós operatório mediato).</p> <p>1b. Para este item considera-se a presença do profissional de enfermagem à beira do leito do paciente como rotina assistencial; necessidade de observação contínua pelo despertar anestésico com ou sem a presença de cânula de guedel; verificação de sinais vitais e oximetria de pulso; administração de medicamentos analgésicos para o controle da dor no pós-operatório imediato (Admissão, pós-operatório imediato).</p> <p>1c. Para este item considera-se a presença do profissional de enfermagem à beira do leito do paciente como rotina assistencial; necessidade de observação contínua pelo despertar anestésico com ou sem a presença de cânula de guedel; verificação de sinais vitais e oximetria de pulso; administração de medicamentos analgésicos para o controle da dor no pós-operatório imediato; presença à beira do leito em situações de realização de exames de imagem (Raio-X); observação para evitar obstrução do cateter urinário na presença de irrigação vesical contínua (Pós-operatório imediato, com complicações, verificação de SV com intervalo inferior a 15 minutos).</p>
<p>2. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS: bioquímicas e microbiológicas (4,3 pontos)</p>	<p>Aplica-se a todo o paciente na qual seja realizado coleta de exames laboratoriais e realização de teste de glicemia capilar periférica.</p>
<p>3. MEDICAÇÕES, exceto drogas vasoativas (5,6 pontos)</p>	<p>Aplica-se a todo o paciente que recebeu algum tipo de medicação, independente de via ou dose.</p>
<p>4. PROCEDIMENTOS DE HIGIENE</p> <p>4a. Realização de procedimentos de higiene tais como: curativos de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos</p>	<p>4a. Aplica-se a todo o paciente com troca de curativo pequeno e médio de ferida operatória, drenos ou catéteres; (frequência normal, 1X ao dia).</p> <p>4b. Aplica-se a todo o paciente com troca de curativo grande de ferida operatória</p>

<p>com irrigação), procedimentos especiais (ex. isolamento), etc (4,1 pontos)</p> <p>4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas, em algum plantão (16,5 pontos)</p> <p>4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão (20,0 pontos)</p>	<p>com presença de drenagens, ou drenos, com necessidade de mais de uma troca durante o seu tempo de permanência na unidade (frequência além do normal, 2X ao dia)</p> <p>4c. Aplica-se a todo o paciente na qual dure mais do que 4 horas qualquer procedimento em algum plantão (frequência muito além do normal, 3x ou mais).</p>
<p>5. CUIDADOS COM DRENOS Todos (exceto sonda gástrica) (1,8 pontos)</p>	<p>Aplica-se a todo o paciente com a presença de algum tipo de dreno.</p>
<p>6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente; transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe (por ex. paciente imóvel, tração, posição prona).</p> <p>6a. Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas (5,5 pontos)</p> <p>6b. Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 enfermeiros em qualquer frequência (12,4 pontos)</p> <p>6c. Realização do(s) procedimento(s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência (17,0 pontos)</p>	<p>6a. Aplica-se ao paciente que foi minimamente mobilizado, que necessita de apenas um profissional de enfermagem para mobilizá-lo (Até 3X ou 1 profissional).</p> <p>6b. Aplica-se a todo o paciente o qual é mobilizado para posicionamento no leito pelo menos por 2 profissionais de enfermagem ou mais que 3 vezes (Por exemplo: submetidos a bloqueio motor e sensitivo dos membros inferiores)</p> <p>6c. Aplica-se a todo o paciente no qual ao longo do seu tempo de permanência o paciente é mobilizado por mais de 3 vezes; necessidade de pelo menos 2 profissionais de enfermagem (Por exemplo: pacientes entubados, em ventilação mecânica, com tração musculoesquelética).</p>
<p>7. SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes permitem a equipe continuar com outras atividades de enfermagem (ex: comunicação com o paciente durante procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando o paciente)</p> <p>7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por cerca de uma hora em algum plantão tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis (4,0 pontos)</p> <p>7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes</p>	<p>7a. Aplica-se a todo o paciente no qual recebe orientações no pós-operatório imediato; todos os familiares que recebem orientações sobre o estado de saúde dos pacientes (todos os pacientes).</p> <p>7b. Aplica-se a todo o paciente e/ou familiares que ocupem o profissional de enfermagem por um período igual ou maior que 3 horas (casos de maior gravidade ou que evoluem para óbito).</p>

<p>que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais em algum plantão tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex. grande número de familiares, problemas de linguagem, familiares hostis) (32,0 pontos)</p>	
<p>8. TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS</p> <p>8a. Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (por ex. passagem de plantão, visitas clínicas) (4,2 pontos)</p> <p>8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas em algum plantão tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta (23,2 pontos)</p> <p>8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais de tempo em algum plantão tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas (30,0 pontos)</p>	<p>8a. Aplica-se a todo paciente na qual realiza-se registros da assistência médica e de enfermagem (frequência normal).</p> <p>8b. Aplica-se a todo o paciente por ter durante todo o seu período de permanência na unidade registros realizado pela assistência médica e de enfermagem; pesquisa de resultados de exames; passagem de plantão; contato telefônico com equipe médica para troca de informações sobre o paciente e para transferência para as demais unidades; realização da SAE na admissão e evolução de enfermagem na alta da unidade (Admissão e alta; frequência além do normal).</p> <p>8c. Aplica-se a todo o paciente em situações especiais que tomem 4 horas ou mais do tempo de um profissional de enfermagem em algum plantão (Evolução para óbito; frequência muito além do normal).</p>
<p>SUPORTE VENTILATÓRIO</p> <p>9. Suporte respiratório: qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex. CPAP ou BIPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método (1,4 pontos)</p>	<p>Aplica-se a todo o paciente que faça uso de suporte de O₂, desde cateter nasal até ventilação mecânica.</p>
<p>10. Cuidados com vias áreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia (1,8 pontos)</p>	<p>Aplica-se a todo o paciente intubado por via oral/nasal ou com traqueostomia.</p>
<p>11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal (4,4 pontos)</p>	<p>Aplica-se a todo o paciente que receba Procedimento de nebulização e aspiração pelo tubo orotraqueal ou endonasal e traqueostomia.</p>
<p>SUPORTE CARDIOVASCULAR</p> <p>12. Medicação vasoativa independente do tipo e dose (1,2 pontos)</p>	<p>Aplica-se a todo o paciente que receba qualquer tipo e dose de medicação vasoativa ou vasodilatadora.</p>
<p>13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluídos. Administração de fluídos > 3l/m²/dia, independente do tipo e do fluído administrado (2,5 pontos)</p>	<p>Aplica-se a todo o paciente que receba um volume maior que 4,5 litros de qualquer tipo solução parenteral durante sua permanência na unidade.</p>
<p>14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter de artéria pulmonar com ou sem medida de débito</p>	<p>Não se aplica. Os pacientes admitidos na SRA não fazem uso deste tipo de cateter</p>

cardíaco (1,7 pontos)	(Swan-Ganz).
15. Reanimação cardiorespiratória nas últimas 24 horas (excluído soco precordial) (7,1 pontos)	Aplica-se ao paciente que tenha recebido atendimento de reanimação durante sua permanência na unidade.
SUPORTE RENAL 16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas (7,7 pontos)	Aplica-se a pacientes que tenham recebido qualquer tipo de procedimento dialítico.
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. sonda vesical de demora) (7,0 pontos)	Aplica-se a todo o paciente com controle de débito urinário com ou sem cateter urinário.
SUPORTE NEUROLÓGICO 18. Medida da pressão intracraniana (1,6 pontos)	Não se aplica devido características da instituição.
SUPORTE METABÓLICO 19. Tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada (1,3 pontos)	Aplica-se a todo o paciente que receba droga específica para correção de acidose ou alcalose metabólica.
20. Hiperalimentação intravenosa (2,8 pontos)	Aplica-se a todo o paciente que receba infusão parenteral de substâncias com finalidade de suprir necessidades nutricionais (NPT).
21. Alimentação enteral. Através do tubo gástrico ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia) (1,3 pontos)	Aplica-se a todo o paciente que receba nutrição enteral por meio de sondas em qualquer via do trato gastrointestinal.
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS 22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições clínicas do pacientes, tais como: Raio X, ecografia, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não estão incluídos (2,8 pontos)	Aplica-se a todo o paciente submetido a uma ou mais intervenções listadas na SRA.
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos (1,9 pontos)	Aplica-se a todo o paciente submetido a uma ou mais intervenções diagnósticas ou terapêuticas realizadas fora SRA (inclui a transferência do paciente para o andar e encaminhamento do corpo).

Fonte: LIMA, 2010; VIEIRA; PADILHA, 2014; Autora, 2016.

APÊNDICE C – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

	Codificação
A.Dados de Identificação	
1 N° de Identificação do paciente	A1:
2 Nome _____	A2:
3 Same _____	A3:
B.Dados Sociodemográficos	
1 Idade:	B1:
2 Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	B2:
3 Estado Civil: (1) Casado/com companheiro (4) Outro (2) Solteiro/sem companheiro (3) viúvo/divorciado	B3:
4 Procedência (cidade de origem):	B4:
C.Dados clínicos	
1 Data admissão SRA: ___/___/___	C1:
2 Hora admissão SRA: ___ h ___ min	C2:
3 Data alta/óbito SRA: ___/___/___	C3:
4 Hora alta/óbito SRA: ___ h ___ min	C4:
5 Unidade de procedência:	C5:
6 Tipo de cirurgia: (1) eletiva (2) urgência/emergência	C6:
7 Clínica: _____	C7:
8 Procedimento cirúrgico realizado: _____	C8:
9 Tipo de Anestesia: _____	C9:
10 ASA:	C10:
11 Tempo de procedimento cirúrgico-anestésico: ___ h ___ min	C11:
12 Co-morbidades: (1) Diabetes (2) Hipertensão (3) Asma (4) Tabagismo (5) Etilismo (6) Outro	C12:
13 Intercorrências no trans-operatório: (1) Não (2) Sim Quais? _____	C13:

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Pesquisa qualitativa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Profa. Enfa. Dra Silviamar Camponogara

Título do Projeto: Carga de trabalho de enfermagem em Sala de Recuperação Anestésica: um estudo misto

Eu, _____ RG _____,

confirmando que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo realizado. Compreendi que:

- seu objetivo consiste em: Avaliar a carga de trabalho de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.
- não sou obrigado (a) a participar da pesquisa. Depois de minha autorização, se quiser desistir a minha vontade (liberdade) será respeitada, em qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer represálias atuais ou futuras. A minha decisão em não participar ou desistir da pesquisa a qualquer momento será respeitada sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- será realizada uma entrevista, a qual será gravada em um gravador digital e, posteriormente digitada (transcrita), sendo guardada por cinco anos em um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo da pesquisadora responsável, na sala 1339 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, após este período, os dados serão destruídos. Caso eu não deseje que seja gravada a entrevista, a minha vontade será respeitada;

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

- a pesquisa não apresenta risco físico, porém as questões da entrevista podem mobilizar sentimentos ou desconfortos de quaisquer tipos, os pesquisadores estarão disponíveis para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários;
- os benefícios desta pesquisa estão relacionados a melhorias no processo de trabalho da enfermagem no local do estudo;

- ao fim desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados. Terei acesso a essas informações, mas sei que na divulgação desses resultados, o meu nome não aparecerá, pois receberei um código (por exemplo, E1, T2...). Assim, ninguém poderá descobrir quem eu sou, o que protege a minha identidade e privacidade;
- este estudo poderá contribuir com novas investigações que abordem aspectos relativos à carga de trabalho de enfermagem e dimensionamento da equipe de enfermagem.
- compreendi que a pesquisa não acarretará em custo adicional ou benefício financeiro;
- caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei;
- se eu tiver dúvidas sobre o estudo, poderei telefonar para a pesquisadora responsável, professora Silviamar Camponogara (55) 32208263.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando a autora principal do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria.

Santa Maria/RS ____, _____ de 2016.

Nome do participante: _____.

Assinatura: _____.

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____.

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Também se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, Prédio da Reitoria, número 1000 – 7º andar, sala 702 Cidade Universitária - Bairro Camobi – Santa Maria/RS - CEP: 97105-900. Telefone: (55) 3220-9362; E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do Projeto: Carga de trabalho de enfermagem em Sala de Recuperação Anestésica:
um estudo misto

Pesquisador responsável: Profa. Enfa. Dra. Silviamar Camponogara

Instituição/Departamento: Departamento de Enfermagem – Universidade federal de Santa Maria (UFSM) – Programa de Pós-Graduação em enfermagem (PPGEnf).

Telefone para contato: 3220-8263

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria/RS.

A pesquisadora do presente projeto se compromete em preservar a privacidade dos participantes envolvidos, cujos dados serão coletados por meio de gravação das entrevistas, em local seguro e previamente agendado, e aplicação de instrumento para avaliação da carga de trabalho, durante os meses de abril a maio de 2016. Estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e somente poderão ser divulgadas de forma anônima, sendo mantidas em um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo da pesquisadora responsável, na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339 - 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Santa Maria,de..... de 2016.

.....
Silviamar Camponogara

CI 8043999096

COREN 58899

APÊNDICE F - IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS E ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Título do projeto de pesquisa: Carga de trabalho de enfermagem em Sala de Recuperação Anestésica: um estudo misto

Data: ____/____/____

Número da entrevista: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Iniciais do nome: _____ **Sexo:** () Feminino () Masculino **Idade:** _____ anos

Estado civil: () Casado/com companheiro () Solteiro/sem companheiro
() viúvo/divorciado

Categoria Profissional: () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem

Ano de formação: _____

Formação complementar: () graduação () especialização () mestrado () doutorado
Outro: _____

Tempo de atuação na enfermagem: _____ anos _____ meses

Tempo de serviço na SRA do HUSM: _____ anos _____ meses

Turno de trabalho: () diurno () noturno

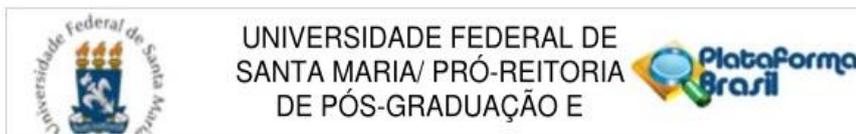
Vínculo: () CLT () estatutário **Carga horária na instituição:** _____ horas

Possui outro emprego: () sim () não

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1 - O que você tem a dizer sobre seu cotidiano de trabalho na SRA?
- 2 – Como você percebe a demanda de trabalho na SRA?
- 3 – Como é para você quando há uma grande demanda de cuidados pelos pacientes na SRA?
- 4 – Com que frequência isso ocorre?
- 5 - Na sua percepção quais pacientes exigem uma maior demanda de cuidados pela equipe de enfermagem na SRA?
- 6 – Em que situações você se sente sobrecarregado?

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

Pesquisador: SILVIAMAR CAMPONOGARA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54605816.7.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.513.582

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Departamento de Enfermagem.

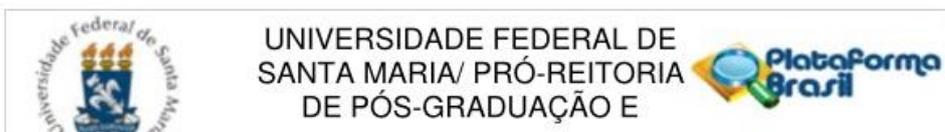
Apresenta como temática o dimensionamento de pessoal por meio da identificação da carga de trabalho para enfermagem em SRPA, a qual compreende o tempo que é preciso para realizar os cuidados de enfermagem requeridos pelos pacientes. Trata-se de um estudo observacional, do tipo descritivo e exploratório, transversal, com abordagem metodológica quali-quantitativa. Para obtenção dos dados quantitativos será aplicada a escala Nursing Activities Score (NAS) para os pacientes internados e, para os dados qualitativos, será realizada uma entrevista com os profissionais de enfermagem.

Estima-se a participação de 200 pacientes e 20 enfermeiros.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: avaliar a carga de trabalho de enfermagem e o dimensionamento de pessoal na Sala de Recuperação Anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.513.582

Objetivos secundários:

- Caracterizar os pacientes da amostra, quanto aos dados sociodemográficos e clínicos;- Caracterizar os trabalhadores de enfermagem quanto aos dados sociodemográficos e profissionais;
- Relacionar a carga de trabalho de enfermagem, segundo as variáveis demográficas e clínicas dos pacientes;
- Conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem da SRA sobre a carga de trabalho no setor;
- Avaliar a adequação do pessoal de enfermagem em relação ao dimensionamento de pessoal, a partir da carga de trabalho estimada e da legislação vigente;
- Relacionar os dados quanto a carga de trabalho obtidos pelo Nursing Activities Score, com a percepção dos trabalhadores de enfermagem.

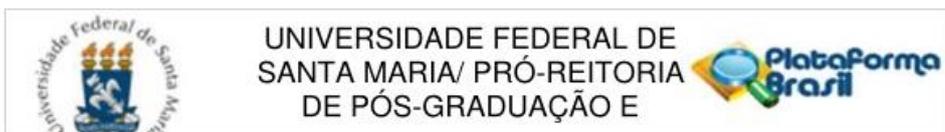
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No projeto consta a seguinte descrição de riscos:

"A presente pesquisa não apresenta risco físico, no entanto, as questões abordadas poderão causar algum desconforto psicológico aos participantes trabalhadores de enfermagem. Visto que poderão emergir lembranças de situações vivenciadas, bem como a mobilização de sentimentos, devido à reflexão a ser realizada pelos participantes para responder a pesquisa. Caso o participante apresente algum desconforto, a coleta de dados será interrompida e o pesquisador, em um primeiro momento, oferecerá apoio emocional. Persistindo o desconforto psicológico, este será encaminhado para o Serviço de Psicologia do HUSM, conforme acordado durante o contato para autorização do estudo. Assim sendo, será respeitada a decisão dos participantes de participar ou não da pesquisa, bem como sua desistência a qualquer momento.

A pesquisa não apresentará vantagem ou desvantagem direta para os pacientes que participarão

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2ª andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.513.582

da amostra, tendo em vista que os dados serão coletados a partir dos prontuários, e não será realizada nenhuma abordagem com o paciente, quer como forma de entrevista ou exame físico.

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados a melhorias no processo de trabalho da enfermagem no local do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

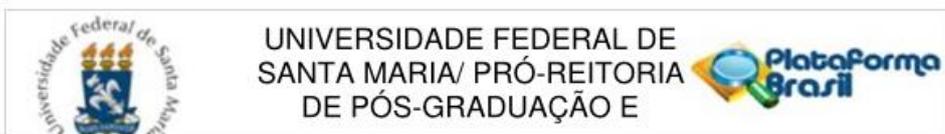
.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_682685.pdf	25/04/2016 15:46:13		Aceito
Outros	autorizacaopsico.pdf	25/04/2016 15:45:46	SILVIAMAR CAMPONOVARA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	nasnovo.pdf	14/04/2016 20:26:12	SILVIAMAR CAMPONOVARA	Aceito
Cronograma	cronogramanasnovo.pdf	14/04/2016 20:25:21	SILVIAMAR CAMPONOVARA	Aceito
Outros	termoconfidencialidadenas.pdf	28/03/2016	SILVIAMAR	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.513.582

Outros	termoconfidencialidadenas.pdf	15:21:06	CAMPONOGARA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tclenas.pdf	23/03/2016 17:49:42	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostonas.pdf	22/03/2016 16:06:56	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	18/03/2016 19:14:28	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Outros	registrogap2.pdf	18/03/2016 19:12:33	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Outros	registrogap1.pdf	18/03/2016 19:11:23	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Outros	instrumentonas.pdf	18/03/2016 19:10:20	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Outros	entrevista.pdf	18/03/2016 19:09:40	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Outros	caracterizacaopaciente.pdf	18/03/2016 19:09:01	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Outros	autorizacaoins.pdf	18/03/2016 19:07:52	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 25 de Abril de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com