

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

**Validade preditiva do Protocolo de Triagem de
Manchester na avaliação da carga de trabalho
de enfermagem**

Ana Luísa Aveiro Castro Morins

Leiria, setembro de 2016

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

**Validade preditiva do Protocolo de Triagem de
Manchester na avaliação da carga de trabalho
de enfermagem**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Ana Luísa Aveiro Castro Morins

Aluno nº 5140034

Unidade Curricular: Dissertação

Orientador: Professor Doutor Pedro Miguel Lopes de Sousa

Leiria, setembro de 2016

*“O problema comum, o seu, o meu, o de toda a gente,
não é fantasiar sobre o que seria justo na vida,
- admitindo que o pudesse ser – mas descobrir o
que pode ser, e em seguida procurar a forma de o fazer
justo na medida das nossas possibilidades.”*

Robert Browning

Agradecimentos

Ao Professor Pedro Sousa pela orientação.

Ao meu marido e filha, pelo apoio, carinho e compreensão pelo tempo que não
passámos juntos.

À minha família e amigos, que próximos ou distantes, de uma forma ou de outra, me
ajudaram e incentivaram.

Ao meu chefe, colegas do serviço e secretariado clínico do SUMC da UCR pela
compreensão e paciência.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AB – Atividades Básicas

ANOVA - Análise de Variância

APACHE - *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

ATS - *Australian Triage Scale*

CHO - Centro Hospitalar do Oeste

CTAS - *Canadian Triage Acuity Scale*

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

ESI - *Emergency Severity Index*

EV – Endovenosa

GPT – Grupo Português de Triagem

IBM SPSS Statistics - *Microsoft Excel e Internacional Business Machines Statistical Package for the Social Sciences*

IE – Intervenções Específicas

IM – Intramuscular

LODS - *Logistic Organ Dysfunction System*

MeSH - Medical Subject Headings

MPM - *Mortality Prediction Model*

NAS - *Nursing Activities Score*

NEMS - *Nine Equivalentents of Nursing Manpower Use Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PEEP - *Positive End-Expiratory Pressure*

PIC - Pressão intracraniana

PNR - *Project of Research of Nursing*

PO - Oral

PTM - Protocolo de Triagem de Manchester

SAPS - *Simplified Acute Physiological Score*

SC – Subcutânea

SC – Suporte Cardiovascular

SD – Desvio padrão

SM – Suporte Metabólico

SNG - Sonda nasogástrica

SO - Sala de Observações

SOFA - *Sepsis Related Organ Failure Assessment*

SR – Suporte Renal

SU - Serviço de Urgência

SUMC - Serviços de Urgência Médico-cirúrgico

SV – Suporte Ventilatório

TISS – 28 - *Therapeutic Intervention Scoring System* – 28

TOSS - *Time Oriented Score System*

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

UCR - Unidade de Caldas da Rainha

UTI - Unidade de Tratamento Intensiva

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

Introdução: Os Serviços de Urgência têm como intuito proporcionar cuidados de saúde imediatos sendo desafiados a incluir a gestão de recursos materiais e humanos, de modo a garantir uma melhor qualidade nos cuidados. Este estudo pretende relacionar o índice da carga de trabalho de enfermagem com as características sociodemográficas, clínicas e com o nível de prioridade clínica (Protocolo de Triagem de Manchester) dos utentes de um Serviço de Urgência.

Metodologia: Estudo correlacional com uma amostra não probabilística por conveniência de 105 utentes, com uma idade média de 69 anos (DP= 18,827). Os dados foram colhidos através dos registos clínicos eletrónicos nomeadamente as características sociodemográficas, clínicas, o nível de prioridade clínica e a carga de trabalho de enfermagem (TISS-28). Recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e técnicas de estatística inferencial, através do IBM SPSS Statistics, v.23.

Resultados: A pontuação média do TISS-28 foi de 12,780 pontos (DP= 6,529) por utente, correspondendo a uma carga de trabalho de 745,074 minutos/turno por enfermeiro (cerca de 12,418 horas). Verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a carga de trabalho de enfermagem e a idade, o grau de dependência, duração de internamento na SO e tempo de permanência no SU, mas não relativamente ao nível de prioridade clínica ($p > 0,05$).

Conclusões: Apesar do Protocolo de Triagem de Manchester não ter mostrado ser um bom preditor da carga de trabalho de enfermagem, este estudo permitiu obter dados para efetuar uma melhor gestão, sobretudo em termos humanos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Protocolo de Triagem de Manchester; carga de trabalho de enfermagem; TISS-28; Serviço de Urgência.

ABSTRACT

Introduction: The Emergency Department has an important role in providing immediate health care as well as it is challenged to include the management of human and material resources in order to ensure a better quality of the health care system. The main objective of this study is to relate the nursing workload content with the sociodemographic and clinical characteristics and the clinical priority level (Manchester Triage Protocol) of the patients in the Emergency Department.

Methodology: It was used a correlational study with a non-probabilistic convenience sample of 105 patients, with an average age of 69 years (DP= 18.827). Data were collected through electronic medical records including sociodemographic characteristics, clinical characteristics, the clinical priority level and the nursing workload (TISS-28). Supported in descriptive statistics and inferential statistical techniques, using IBM SPSS Statistics, v.23.

Results: The score of the TISS-28 was 12.780 points (SD= 6.529) per patient, corresponding to a 745.074 minutes workload / shift per nurse (about 12.418 hours). There was a statistically significant relationship ($p < 0,05$) between the nursing workload and the age, the degree of dependence, hospitalization duration in the OR and length of stay in the ER, but not on the clinical priority level ($p > 0,05$).

Conclusions: Despite the Manchester Triage Protocol have not been shown to be a good predictor of nursing workload, this study yielded data to make a better management, especially in human terms, contributing to improve the quality of health care.

Keywords: Manchester Triage Protocol; Nursing workload; TISS-28; Emergency Department.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 12

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

1. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SU 17

1.1. ÍNDICES DE GRAVIDADE 18

1.1.1. Triagem de Manchester 20

1.2. CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM 24

1.2.1. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem 28

1.3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 31

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

2. METODOLOGIA 37

2.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS 37

2.2. HIPOTESIS DE INVESTIGAÇÃO 38

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA 38

2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 39

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 42

2.6. TRATAMENTO DE DADOS 42

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 44

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA 44

3.2. RELAÇÃO ENTRE A CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS 48

3.3. RELAÇÃO ENTRE A CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E AS
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS 49

3.4. RELAÇÃO ENTRE A CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E O
NÍVEL DE PRIORIDADE CLÍNICA 50

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 53

CONCLUSÃO 61

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65

ANEXOS

ANEXO I	Formulário I - Caracterização sociodemográfica e clínica
ANEXO II	Formulário II - Avaliação da carga de trabalho de enfermagem através do TISS-28
ANEXO III	Índice de Barthel
ANEXO IV	Documento de apoio sobre os itens do TISS-28
ANEXO V	Pedido de autorização, autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Oeste e parecer da Comissão de Ética

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 Processo de seleção dos estudos 33

ÍNDICE DE TABELAS

- TABELA 1** Categorias e itens que compõem o TISS-28 26
- TABELA 2** Predição dos fatores associados à carga de trabalho de enfermagem segundo diversos autores 30
- TABELA 3** Distribuição da amostra segundo as características clínicas (nível de prioridade clínica, proveniência, especialidade, destino e readmissão nas 72 horas) 45
- TABELA 4** Distribuição da amostra quanto às características clínicas grau de dependência, tempo de permanência no SU, duração do internamento na SO 46
- TABELA 5** Distribuição da amostra quanto à carga de trabalho de enfermagem 46
- TABELA 6** Distribuição da amostra quanto aos 28 itens do TISS-28 47
- TABELA 7** Estatísticas relativas à relação entre a carga de trabalho de enfermagem e o género dos utentes (teste t de *Student*) 48
- TABELA 8** Estatísticas relativas à relação entre carga de trabalho de enfermagem com a idade, grau de dependência, duração do internamento na SO e tempo de permanência no SU (correlação de *Pearson*) 50
- TABELA 9** Estatísticas relativas à relação entre carga de trabalho de enfermagem com o destino e o nível de prioridade clínica (ANOVA) 52

INTRODUÇÃO

A investigação científica tem contribuído para a evolução da profissão de enfermagem, possibilitando mudanças, fundamentando e aperfeiçoando os cuidados prestados (Fortin, 2009).

Investigar em enfermagem acarreta a missão de detetar problemas, sugerir formas mais eficazes e eficientes de cuidar, e, ainda, contribuir para que os enfermeiros adotem pensamentos críticos em direção a uma prática refletida.

Tal como afirma Martins (2008, p. 63) “reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência.”

É consensual que os Serviços de Urgência (SU) dos hospitais em Portugal são, ainda, a principal porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde, tal como refere o Grupo Português de Triagem (GPT) (2010).

De forma a orientar a classificação dos utentes que entram num SU em Portugal, é utilizado o Protocolo de Triagem de Manchester (PTM).

Segundo o Fluxograma de encaminhamento de utentes no SU descrito pelo Ministério da Saúde (2007) no documento “Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência” um dos Espaços de Intervenção num SU é a Sala de Observações (SO), cuja área de atuação deve ter o nível de cuidados intermédios. Acrescentam que a função da SO pressupõe ser uma “área de permanência de curta duração, em princípio máximo de 24 a 48 horas, englobando o posto de enfermagem” e como características tem que ter “capacidade técnica para prestação de cuidados, em conformidade com exigências de cuidados intermédios; 10 m²/ cama” (2007, p.16).

O Ministério da Saúde (2003) caracteriza uma unidade de cuidados intensivos intermédios como um serviço que inclui condições de monitorização e tratamento (humanos e materiais), de modo a cuidar de pessoas instáveis com disfunção de órgãos

e em risco de falência de funções vitais; reúne meios humanos, físicos e técnicos especializados para os utentes que necessitam de atenção constante durante 24 horas por dia.

No Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) da Unidade Caldas da Rainha (UCR) do Centro Hospitalar do Oeste (CHO), a SO é o local onde são prestados os cuidados inerentes a uma pessoa em situação crítica que necessite de cuidados intensivos intermédios. A SO do SUMC da UCR tem capacidade física para onze utentes (incluindo um quarto de isolamento) e a dotação é de dois enfermeiros na prestação direta de cuidados, ou seja, apresenta um rácio enfermeiro/utente de 1/5,5. A escassez de recursos materiais e humanos associada à elevada carga de trabalho provoca sentimentos de frustração nos enfermeiros. Contudo, não são aplicados instrumentos de avaliação que comprovem as afirmações anteriores.

O *Therapeutic Intervention Scoring System - 28* (TISS – 28) é um instrumento de mensuração que tem “o objetivo de introduzir na prática clínica a quantificação da carga de trabalho de enfermagem” (Pinto & Pires, 2009, p.12).

A literatura contempla vários estudos que analisam a carga de trabalho de enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) segundo o TISS-28. Em SU os estudos relacionados com a referida temática são escassos.

Assim sendo, é imperativo relacionar a gravidade dos utentes que são admitidos na SO, segundo a análise dos dados do PTM, com a avaliação da carga de trabalho de enfermagem através da aplicação do TISS-28.

De acordo com Júnior, Salgado e Chianca (2012, p.7) o PTM “além de priorizar o atendimento de pacientes no Pronto Socorro, é capaz de predizer a evolução dos doentes durante a permanência na instituição.”

Rossetti, Gaidzinski e Fugulin (2013) acrescentam que a insuficiência de profissionais de enfermagem num SU gera stress nos mesmos e influencia diretamente os resultados dos cuidados prestados, aumentando o tempo de internamento e custos relacionados com o tratamento.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2014, p. 5) refere que a “dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização.”

Deste modo e no âmbito da Unidade Curricular – Dissertação, do 2º ano do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, foi realizado o presente trabalho de investigação.

A opção pela UCR foi devido a ser o local onde o investigador exerce a sua atividade profissional e, por conseguinte, conhece melhor essa realidade, permitindo uma melhor gestão do tempo no decurso do estudo.

Face ao exposto, formulou-se o seguinte problema de investigação: **“Qual é a relação existente entre o nível de prioridade clínica e a carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na Sala de Observações do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade de Caldas da Rainha?”**

Com o intuito de dar resposta à questão formulada anteriormente, foi desenvolvido um estudo correlacional, uma vez que se pretendeu examinar a relação entre o nível de prioridade clínica e a carga de trabalho de enfermagem.

Como linha de orientação do que se pretendeu estudar foram delineados os seguintes objetivos:

- Avaliar as características sociodemográficas dos utentes admitidos na SO (idade e género);
- Caracterizar a amostra quanto às características clínicas durante o período de internamento na SO (grau de dependência, proveniência, especialidade, duração do internamento na SO, tempo de permanência no SU, destino e readmissão nas 72 horas);
- Caracterizar a amostra quanto ao nível de prioridade clínica;
- Avaliar o índice da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO;
- Relacionar o índice da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO com as características sociodemográficas (idade e género);

- Relacionar o índice da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO com as suas características clínicas (grau de dependência, tempo de permanência no SU, duração do internamento na SO, destino e readmissão nas 72 horas);
- Relacionar o índice da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO com o seu nível de prioridade clínica.

Deste modo, foram definidas as seguintes hipóteses (H) de investigação:

H1 – Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o índice de carga de trabalho de enfermagem e as características sociodemográficas (género e idade) dos utentes admitidos na SO do SUMC da UCR;

H2 – Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o índice de carga de trabalho de enfermagem e as características clínicas (grau de dependência, duração do internamento na SO, tempo de permanência no SU, destino e readmissão nas 72 horas) dos utentes admitidos na SO do SUMC da UCR;

H3 – Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o índice de carga de trabalho de enfermagem e o nível de prioridade clínica dos utentes admitidos na SO do SUMC da UCR.

Este trabalho de investigação encontra-se estruturado em duas partes. Após a introdução, é apresentado a primeira parte que inclui a fundamentação teórica, onde são abordados conceitos como a pessoa em situação crítica, índices de gravidade, triagem de Manchester, carga de trabalho de enfermagem e seus fatores, e ainda, é efetuada uma revisão integrativa da literatura, de forma a explorar todos os estudos existentes sobre a temática em questão. Na segunda parte, é exposto o estudo empírico onde consta a metodologia selecionada, a apresentação e análise dos dados de modo a responder aos objetivos delineados, e por fim discutem-se os resultados obtidos e as limitações do estudo. No final do trabalho são apresentadas as principais conclusões, dificuldades sentidas, contribuições e implicações para a prática e para a investigação.

Conhecidas as inquietações que conduziram e motivaram o presente estudo, é expectável que o mesmo seja um contributo para uma melhoria da qualidade do exercício profissional de enfermagem, no que concerne a cuidar a pessoa em situação crítica.

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

1. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SU

O sistema integrado de emergência médica, emergiu em 1982, com o intuito de organizar os cuidados de saúde por áreas como situações de catástrofe, urgência e emergência. As áreas de emergência pré-hospitalar e inter-hospitalar foram as mais privilegiadas com esse acontecimento. Por sua vez, a nível intra-hospitalar não houve aperfeiçoamento quanto à prestação de cuidados de urgência e/ou emergência (Teixeira, s.d., citado por Teixeira & Ponce, 2006).

Assim, em 1999, no Hospital São Sebastião em Santa Maria da Feira, pela primeira vez em Portugal, foi estruturado e organizado um serviço de emergência com profissionais dedicados apenas à Medicina de Emergência com apoio das diversas especialidades médicas (Teixeira, s.d., citado por Teixeira & Ponce, 2006).

A reorganização da urgência hospitalar surgiu através do Despacho Normativo nº 11/2002 do Ministério da Saúde e tem como objetivo

“adequar a resposta do sistema de saúde às necessidades impostas pela situação aguda do utente e pressupõe um conjunto de intervenções nos vários elos da cadeia de prestação de cuidados de saúde e uma progressiva e permanente diferenciação de todos os profissionais intervenientes nos processos de socorro, transporte, reanimação e tratamento (2002, p. 1865).”

Vaz (2008, p.83) afirma que “a missão do Serviço de Urgência consiste na abordagem de situações urgentes e emergentes que, não sendo atendidas de imediato, colocam em risco a vida do doente.” Refere também que o principal desafio do SU é prestar cuidados contínuos e de grande qualidade à pessoa em situação crítica e os meios técnicos e humanos devem dar resposta à resolução da maioria das situações adversas que possam ocorrer.

Segundo Queijo (2002) “utentes em estado crítico” são todos aqueles que apresentam um rápido processo patológico, de etiologia aguda ou crónica agudizada, e que carecem de intervenções prontas e condutas profissionais centradas na garantia da sua sobrevivência e recuperação, proporcionando uma assistência intensiva adequada.

Para a OE (2010, p.1) pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”

De acordo com a OE (2010), e na mesma linha de pensamento de Queijo (2002), os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica para além de serem qualificados e efetuados de modo contínuo, devem dar resposta às necessidades detetadas com o intuito de manter as funções básicas de vida, a prevenção de complicações e a redução de incapacidades, permitindo a total recuperação do utente.

No sentido de possibilitar a recuperação total do utente, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica estão cada vez mais associados à tecnicidade e complexidade de procedimentos. Assim, e de forma a permitir a qualidade dos cuidados, têm-se registado, nos últimos anos, um avanço na criação de meios tecnológicos (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

A exigência, eficácia e rapidez na prestação dos cuidados à pessoa em situação crítica leva a que os enfermeiros detenham conhecimentos específicos e aprofundados em situações de reanimação cardiorrespiratória, politraumatismos entre outras circunstâncias de urgência (Sheehy, 2011).

Face ao exposto, e de forma a melhorar a qualidade da abordagem aos utentes em contextos de urgência/emergência, em 2010, foi aprovado pela OE as competências relativas ao enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. As mencionadas competências referem-se a cuidar da pessoa que se depara com complicados processos de doença crítica e/ou falência orgânica, a responder perante estados de catástrofe ou emergência multi-vítima e a desenvolver intervenções na área da prevenção e controlo da infeção diante da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica de forma adequada e em tempo útil (OE, 2010).

1.1. ÍNDICES DE GRAVIDADE

Quando se aborda assuntos relacionados com a pessoa em situação crítica emerge a questão: “Qual a gravidade do seu estado?”

Desta forma, foram criados índices de gravidade que Tranquitelli e Padilha (2007) descrevem como classificações numéricas atribuídas aos utentes de acordo com determinadas características clínicas decorrentes da(s) patologia(s) em causa, facultando formas de avaliação das probabilidades de mortalidade e morbidade.

Os índices de gravidade e de morbidade mais utilizados mundialmente, desenvolvidos para avaliar utentes adultos internados em UCI são: *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE), *Simplified Acute Physiological Score* (SAPS), *Mortality Prediction Model* (MPM), *Sepsis Related Organ Failure Assessment* (SOFA) e o *Logistic Organ Dysfunction System* (LODS) (Tranquitelli & Padilha, 2007).

O APACHE foi elaborado por William Knaus em 1985. Antevê a mortalidade através do diagnóstico de admissão na UCI e do cálculo de 12 variáveis fisiológicas (o pior valor das primeiras 24 horas de internamento) (Pinto & Pires, 2009).

O SAPS surgiu em 1993 por JeanRoger Le Gall. O cálculo é feito através de 12 variáveis fisiológicas, a idade, o tipo de admissão e alguns diagnósticos prévios (tendo por base os piores valores das primeiras 24 horas de internamento na UCI) (Pinto & Pires, 2009).

Outro índice de gravidade mencionado é o MPM que emergiu em 1993 mediante Stanley Lemeshow. O MPM prevê a mortalidade aquando da admissão na UCI, após 24 horas, após 48 horas e após 72 horas de internamento (Pinto & Pires, 2009).

Como forma de avaliar o grau de falência multiorgânica, em 1994 a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos desenvolveu o SOFA e em 1996 foi publicado o LODS. O SOFA geralmente é avaliado uma vez por dia e tem em conta o grau de disfunção de 6 sistemas, o respiratório, hematológico, hepático, cardiovascular, neurológico e renal (Pinto & Pires, 2009). Tal como o SOFA, o LODS tem por base os mesmos 6 sistemas orgânicos mas estão representados através de 12 variáveis. É registado o pior valor para cada variável nas primeiras 24 horas de internamento e para cada sistema é atribuído uma pontuação (Vincente & Moreno, 2010).

Nos SU, o método utilizado para determinar a gravidade de uma lesão ou doença é através da triagem (Júnior et al., 2012; Soares, Ascari & Ascari, 2013).

1.1.1. Triagem de Manchester

De acordo com o Grupo Português de Triagem (GPT) (2010), diariamente os SU são alvo de um grande afluxo de utentes com diversas situações clínicas. Mackway-Jones (1996) citado pelo GPT (2010, p.13) acrescenta que “É absolutamente essencial que exista um sistema de triagem implementado para assegurar que estes doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada.”

A nível internacional, os sistemas de triagem mais utilizados nos SU para realizar a classificação de risco dos utentes são: o *Australian Triage Scale* (ATS), *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS), *Emergency Severity Index* (ESI) e o *Manchester Triage System* (Júnior et al., 2012).

O PTM, desenvolvido na cidade de Manchester, Inglaterra, surgiu em Novembro de 1994, através de um grupo de profissionais especializados em triagem, e segundo o GPT (2010) teve como principal objetivo criar um consenso entre médicos e enfermeiros do SU de modo a determinar normas de triagem.

A 18 de Outubro de 2000, o Hospital Fernando Fonseca e o Hospital de Santo António foram os pioneiros na implementação do PTM em Portugal, sendo o GPT o representante nacional (GPT, 2010).

Dado o êxito em termos de gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, a 2 de setembro de 2005, o Ministro da Saúde, publicou o Despacho n.º 19124/2005 (2.ª série), onde determina “que todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde que ainda não tiverem implementado um protocolo de triagem de prioridades o devem fazer até 31 de Dezembro de 2005.”

A metodologia de triagem pressupõe que o enfermeiro através da identificação de problemas (história clínica e dos sinais e sintomas) atribua uma prioridade clínica ao utente. Segundo o GPT (2010, p. 32)

“A primeira parte do método de triagem requer que o profissional selecione uma condição apropriada da lista apresentada. Ao seleccionar esta condição adequada o profissional é levado para *um fluxograma de apresentação* que identifica os *discriminadores* e que permite a determinação da *prioridade clínica*.”

A prioridade clínica é dividida em cinco categorias com as respetivas cores e tempo-alvo de avaliação médica, ou seja: 1 – emergente – vermelho – 0 minutos; 2 – muito urgente – laranja – 10 minutos; 3 – urgente – amarelo – 60 minutos; 4 – pouco urgente – verde – 120 minutos; 5 – não urgente – azul – 240 minutos.

Deste modo, a aplicação do PTM permite obter o registo da queixa inicial apresentada pelo utente, o fluxograma de decisão escolhido, o discriminador apresentado, a prioridade clínica, a data e hora da triagem efetuada.

O PTM não deve proporcionar ao profissional de saúde um diagnóstico (Guedes, Almeida, Ferreira, Júnior & Chianca, 2014).

Segundo Chambel (2012), no final da triagem o Enfermeiro tem que identificar todos os utentes com uma pulseira a qual terá a cor da prioridade atribuída. O PTM possibilita, ainda, a atribuição da cor branca em situações “programadas” ou não urgentes, quer por razões administrativas ou clínicas (GPT, 2010).

Depois de serem triados, os utentes são enviados para a observação da especialidade médica ou especialidade cirúrgica.

Além de ser um instrumento útil na gestão dos SU, o GPT (2010, p. 75) acrescenta outras vantagens do PTM, tais como:

“identifica na prioridade vermelha, o doente crítico e com maior peso relativo ou absoluto para a mortalidade no serviço; identifica os doentes com baixo risco de morte, readmissão no serviço ou internamento hospitalar nas categorias verde e azul; e identifica a categoria laranja como tendo risco significativo de morte, admissão para o internamento (sobretudo na área de atendimento da Medicina), maior número de observações médicas e demora média de episódio, entre outras.”

A triagem de Manchester assegura fiabilidade, uniformidade e objetividade, podendo ser alvo de auditoria interna ou externa. O fato dos termos estarem definidos facilita a compreensão e aplicação dos conceitos aquando da triagem da pessoa em situação crítica (Moreira, 2010).

Cooke (1999) citado pelo GPT (2010) menciona que o modelo de Triagem de Manchester tem capacidade para detetar se os utentes são “verdadeiramente críticos.” O

PTM prioriza o atendimento de utentes no SU e é capaz de prever a evolução clínica dos mesmos durante a sua permanência no Hospital (Júnior et al., 2012).

O GPT (2010, p. 62) refere que “com a implementação do protocolo em todo o País, se por um lado, se constatou que 40% dos doentes em média pertenciam às categorias pouco urgentes ou não urgentes, foi também claro que os serviços divergiam entre si.” Assim, o mesmo Grupo verificou que serviços com a mesma quantidade de utentes, divergem entre si no que diz respeito às prioridades mais predominantes, às diferentes necessidades de recursos humanos e de infraestruturas, nomeadamente na capacidade para receber utentes em determinadas áreas do SU.

Um estudo de Storm-Versloot, Ubbink, Kappelhof e Luitse (2011) comparou a validade de um sistema de triagem informalmente estruturado, com o ESI e com o PTM, e verificou que a sensibilidade nos três sistemas de triagem para todos os níveis de urgência foi baixa mas a especificidade nos níveis 1 (prioridade vermelha) e 2 (prioridade laranja) foi alta (> 92%). Acrescentam que em todos os sistemas de triagem quanto mais grave é o nível de prioridade, maior a utilização de recursos, maior a taxa de hospitalização e maior a duração do internamento.

Através de dois estudos, um realizado em Portugal por Martins, Cuña e Freitas (2009) e outro no Brasil por Gonçalves, Júnior, Salgado e Chianca (2015), apurou-se que o PTM permite a distinção entre utentes que têm alta e baixa probabilidade de óbito e ainda permite prever os que irão permanecer no serviço e os que irão ter alta. Deste modo, verificaram que há uma relação direta entre a gravidade da classificação do utente e as duas condições clínicas mencionadas (mortalidade e tempo de permanência hospitalar). Todavia, Martins, Cuña e Freitas (2009) aferiram que o valor preditivo do PTM não é igual para as especialidades médicas e cirúrgicas.

Souza, Araújo e Chianca (2015), acrescentam que o PTM para além de ser um bom preditor da necessidade de internamento e da mortalidade, é ainda, uma ferramenta relevante, não só na gestão do risco clínico dos utentes que recorrem ao SU, como também na gestão de recursos humanos e tecnológicos necessários ao atendimento dos utentes.

Vários autores concluíram que quanto mais grave é o nível de prioridade clínica, maior a taxa de mortalidade (Martins et al., 2009; Souza, Araújo & Chianca; 2015; Wulp, Schrijvers & Stell, 2009), no entanto são ainda necessários mais estudos de forma a medir a força da associação entre a variável PTM e a mortalidade (Martins et al., 2009; Wulp et al., 2009), e também para determinar se há associação entre o PTM e a idade, o género e o estatuto sócio-económico.

Um estudo concretizado no Brasil que comparou o PTM e um protocolo institucional, revelou que o PTM aumentou o nível de prioridade dos utentes, sendo mais inclusivo (Souza, Toledo, Tadeu & Chianca, 2011).

Outras vantagens do PTM relativamente a outros métodos de triagem são: a melhoria da qualidade da classificação de risco, a organização do fluxo, a garantia de atendimento e acesso aos cuidados de saúde de acordo com as necessidades dos utentes, o aperfeiçoamento e sistematização do atendimento (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010).

Souza et al. (2015) acrescentam que o fato do PTM permitir um maior nível de prioridade e um menor tempo de espera para a observação médica, garante a proteção dos utentes. Esta revisão integrativa da literatura constatou ainda que a confiabilidade do PTM varia entre moderada a quase perfeita. Verifica-se, assim, que este sistema de triagem deve ser revisto de forma a aumentar a sua reprodutibilidade, garantindo a confiabilidade deste instrumento de medida.

A maior parte dos índices de gravidade têm o seu foco de atenção nas condições clínicas dos utentes e na terapêutica médica instituída. Todavia, no que diz respeito à enfermagem, é discutível se consoante a gravidade do utente e quanto maior o número de intervenções terapêuticas utilizadas, implicará maior carga de trabalho do pessoal de enfermagem. Ao longo das últimas décadas, dúvidas relacionadas com o referido anteriormente têm incentivado os enfermeiros a realizar estudos de forma a encontrar indicadores centrados especificamente na avaliação das necessidades de cuidados das pessoas em estado crítico (Tranquitelli & Padilha, 2007).

1.2. CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

O conceito inicial de carga de trabalho de enfermagem remonta à década de 50, altura em que através de um estudo efetuado pela Escola de Enfermagem de Pittsburgh, emergiu o Sistema de Classificação de Pacientes, com o intuito de determinar as necessidades de cuidados de enfermagem para utentes com diagnósticos do foro médico e cirúrgico (Tranquitelli & Padilha, 2007). O Sistema de Classificação de Pacientes foi construído e validado em 1998 por Perroca e Gaidzinski e trata-se de “um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidados de enfermagem requerido, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem” (Perroca & Gaidzinski, 1998, p.153).

Na prática, verificou-se que alguns dos instrumentos que surgiram eram demasiadamente longos, dificultando, muitas vezes, o seu preenchimento. Dado a complexidade dos cuidados à pessoa em situação crítica é fundamental ultrapassar esse problema através da utilização de ferramentas facilmente aplicáveis no cálculo da carga de trabalho de enfermagem (Tranquitelli & Padilha, 2007).

A carga de trabalho em enfermagem, segundo Ferreira, Machado, Vítor, Lira e Martins (2014, p.893), traduz-se “pelo tempo despendido pela equipe para realizar as atividades de sua responsabilidade, que direta ou indiretamente se relacionam ao atendimento do paciente.” Girardello, Nicola e Fernandes (2013) referem que para garantir a qualidade e segurança dos cuidados bem como a otimização dos recursos a avaliação da carga de trabalho de enfermagem é crucial.

Existem vários instrumentos para mensurar a carga de trabalho de enfermagem sobretudo em UCI, mas também em SU (Guedes, 2014; Paixão, Campanharo, Lopes, Okuno e Batista, 2015; Rossetti et al., 2013). No seu estudo, Soares (2012) enuncia alguns instrumentos como o *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score* (NEMS) realizado por Reis Miranda em 1997, o *Project of Research of Nursing* (PNR) elaborado pelo *Health Administration Department of Montreal* em 1980 e o *Time Oriented Score System* (TOSS), apresentado em 1991 após uma investigação do *Italian Multicenter Group of Intensive Care Unit Research*. Soares (2012, p.17) menciona que “estes instrumentos são essencialmente de dois tipos, métodos que avaliam as intervenções

terapêuticas previamente selecionadas e métodos que avaliam o tempo de execução de práticas de enfermagem.”

O TISS está englobado no segundo tipo de instrumentos (Soares, 2012). Foi validado em Portugal em 1997 por Moreno e Morais em 19 Unidades de Cuidados Intensivos, com um total de 1080 utentes (Moreno & Morais, 1997). Segundo Queijo e Padilha (2009) o TISS emergiu em 1974 e foi elaborado por Cullen, tendo sido atualizado em 1983. Como referem Júnior et al. (2012, p.4) o TISS é:

“um instrumento desenvolvido para mensurar a gravidade do paciente e a carga de trabalho de enfermagem em unidade de tratamento intensiva (UTI), com base na quantificação de intervenções terapêuticas médicas e de enfermagem. É baseado na premissa de que quanto maior o número de procedimentos e intervenções necessárias maior será a gravidade do caso.”

De acordo com Pinto e Pires (2009), inicialmente o TISS era composto por 57 intervenções terapêuticas, pontuadas de 1 a 4, consoante a carga de trabalho inerente. Os autores anteriores referem que Keene e Cullen, em 1983, através de uma revisão efetuada ao TISS, obtiveram 76 atividades de enfermagem. Posteriormente, em 1996, Reis Miranda, publicou uma versão simplificada do TISS, isto é, o TISS-28, que segundo Pinto e Pires (2009, p.12) “É avaliado uma vez por dia e reflete a carga de trabalho efetuado nas 24 horas prévias, baseando-se nas atividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas, variando entre 0 e 78 pontos.” Cada uma das categorias enunciadas é composta por itens específicos, que resultaram da junção de alguns já existentes na versão anterior, e ainda da adição de outros itens que foram alvo de análise (Queijo, 2002).

Através do consenso de enfermeiros intensivistas e docentes do Grupo de Pesquisa Enfermagem em Cuidados Intensivos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e de forma a uniformizar o preenchimento do TISS-28, Padilha et al. (2005) e Soares (2012) descreveram cada um dos itens das sete categorias (Tabela 1).

Tabela 1 – Categorias e itens que compõem o TISS-28

Atividades Básicas

1. Monitorização padrão. Sinais Vitais horários, registos e cálculo do balanço hídrico.
2. Laboratório. Investigações, bioquímicas e microbiológicas.
3. Medicação única. Endovenosa (EV), intramuscular (IM), subcutânea (SC), e/ou oral (PO)/sonda nasogástrica (SNG).
4. Medicamentos endovenosos múltiplos. Mais que uma droga.
5. Troca de curativos de rotina. Cuidado e prevenção de úlceras de decúbito / troca diária de curativo.
6. Trocas frequentes de curativos. Troca frequente de curativo (pelo menos uma vez por turno de enfermagem) e/ou cuidados com feridas extensas.
7. Cuidados com drenos. Todos (exceto SNG).

Suporte Ventilatório

8. Ventilação mecânica. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem *Positive End-Expiratory Pressure* (PEEP), com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com PEEP.
9. Suporte ventilatório suplementar. Respiração espontânea através do tubo endotraqueal sem PEEP; O₂ suplementar por qualquer método, exceto aplicação de parâmetros de ventilação mecânica.
10. Cuidados com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou traqueostomia.
11. Tratamento para melhoria da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia de inalação, aspiração endotraqueal.

Suporte Cardiovascular

12. Medicação vasoativa única. Qualquer droga vasoativa.
13. Medicação vasoativa múltipla. Mais que uma droga vasoativa independente do tipo e dose.
14. Reposição de grandes perdas volémicas. Administração de volume > 4,5 litros/dia, independente do tipo de fluido administrado.
15. Catéter arterial periférico.
16. Monitorização do átrio esquerdo. Catéter de artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.
17. Via venosa central.
18. Ressuscitação cardiopulmonar (paragem cardiorrespiratória nas últimas 24 horas).

Suporte Renal

19. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.
20. Medida quantitativa do débito urinário, com ou sem algum tipo de cateter urinário.
21. Diurese ativa (exemplo: furosemida > 0,5 mg/kg/dia).

Suporte Neurológico

22. Medida de pressão intracraniana (PIC).

Suporte Metabólico

23. Tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada.
24. Nutrição parenteral total endovenosa.
25. Nutrição enteral (exemplo SNG) ou outra via como por exemplo jejunostomia.

Intervenções específicas

26. Intervenção específica única na UCI. Intubação naso ou orotraqueal, colocação de pacemaker, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência nas últimas 24 horas, lavagem gástrica: não estão incluídas intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições do utente, tais como radiografias, ecografias, ECG, curativos, introdução de cateter venoso central.
27. Intervenções específicas múltiplas na UCI. Mais que uma conforme descritas acima.
28. Intervenções específicas fora da UCI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.

Padilha et al. (2005) e Soares (2012), salvaguardam que há quatro situações exclusivas em que a execução de uma impossibilita a execução de outra. Referem-se a: “medicação endovenosa múltipla” exclui “medicação única”, “ventilação mecânica” exclui “suporte ventilatório suplementar”, “medicação vasoativa múltipla” exclui “medicação vasoativa única” e “intervenções específicas múltiplas na UCI” excluem “intervenções específicas únicas na UCI”.

Queijo e Padilha (2009) acrescentam que cada ponto do TISS-28 corresponde a 10,6 minutos do tempo de trabalho de um enfermeiro num turno de trabalho de 8 horas. De acordo com Cullen, Civetta, Briggs e Ferrara (1974) um enfermeiro num turno de 8 horas tem capacidade para prestar cuidados a um utente, no máximo, com 46 pontos.

Segundo Queijo (2002, p. 8-9) “uma maior pontuação significa maior número de intervenções terapêuticas empregadas, maior gravidade do paciente e maior necessidade de trabalho de enfermagem.”

O TISS-28 também permite classificar os utentes em 4 grupos, denominadas classes de Cullen. Consoante a pontuação total, obtemos o respetivo grau de vigilância e a necessidade de estar internado numa UCI. Deste modo, a Classe I (até 9 pontos) indica que o utente não necessita de estar numa UCI; na Classe II (de 10 a 19 pontos) o utente tem indicação para estar numa UCI; a Classe III (de 20 a 39 pontos) corresponde ao utente com instabilidade hemodinâmica (assistência intensiva) e na Classe IV (acima de 39 pontos) indica que o utente apresenta uma grande instabilidade hemodinâmica (tem indicação compulsiva para estar numa UCI) (Tranquitelli & Padilha, 2007).

Garcia et al. (2005) e Massa, Bolívar, Melgar e Duque (2011) acrescentam que o TISS-28 possibilita, ainda, o estabelecimento de relações adequadas entre enfermeiro/utente e de uma forma mais vasta, pode ajudar na previsão de recursos materiais e humanos.

Embora seja reconhecida a importância do TISS-28, a sua utilização evidenciou lacunas estruturais para a medida total da carga de trabalho de enfermagem, pois atividades relacionadas com o cuidado indireto ao utente tais como tarefas organizacionais, de suporte à família e administrativas não eram consideradas (Ferreira et al., 2014).

Queijo e Padilha (2009) afirmam que o TISS-28 abrange cerca de 43,3% das atividades de enfermagem. Segundo os autores atrás mencionados (2009, p.1010) e “visando

ajustar o índice de modo a avaliar mais fielmente a carga de trabalho na UTI, o TISS-28 sofreu uma nova modificação, resultando no *Nursing Activities Score* (NAS).” O NAS, de acordo com os mesmos autores, contempla 80,8% das atividades de enfermagem. Foi desenvolvido por Miranda e colaboradores em 2003 (Severino, Saiote, Martinez, Deodato & Nunes, 2010), traduzido e validado no Brasil em 2004 por Queijo (2002). O mesmo ainda não está validado em Portugal.

Segundo Feitosa, Soares, Beleza, Silva e Leite (2014) o NAS é composto por 23 itens e sete grandes categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas.

1.2.1. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem

O conhecimento dos fatores associados à carga de trabalho de enfermagem, como condições sociodemográficas (idade e género), a gravidade e os dados do internamento como a proveniência, a duração do internamento e condição de saída, são essenciais para a prática dos enfermeiros. O grau de dependência do doente crítico também é considerado um fator preditivo da carga de trabalho de enfermagem (Gonçalves & Padilha, 2007).

Após a aplicação de testes de correlação na investigação elaborada por Gonçalves e Padilha (2007), os mesmos aferiram que o tempo de permanência (mais de seis dias) foi um fator significativamente associado à elevada carga de trabalho de enfermagem (utilizaram o NAS) no primeiro dia de internamento numa UCI. Apuraram, ainda, que os utentes que evoluíram para óbito também implicaram maior carga de trabalho. Por outro lado, verificaram que as variáveis idade, tipo de internamento, motivo de internamento, gravidade (mensurada através do SAPS II) e procedência não têm relação com a carga de trabalho de enfermagem.

Um estudo sobre preditores da carga de trabalho de enfermagem (NAS) aplicado somente a idosos, demonstrou que os fatores relacionados com a elevada carga de trabalho foram a idade, a gravidade (SAPS II) e o tipo de internamento, neste caso, os utentes submetidos a tratamento cirúrgico (Sousa, Gonçalves, Toffoletto, Leão e Padilha, 2008).

Coelho, Queijo, Andolhe, Gonçalves e Padilha (2011) realizaram um estudo semelhante e constataram que os índices de gravidade (LODS e SAPS II) têm uma correlação fraca com a carga de trabalho de enfermagem (avaliada através do NAS) e o tempo de internamento tem uma correlação moderada. Porém, as variáveis gênero, idade, procedência, tipo de internamento e condição de saída não são preditivas da carga de trabalho de enfermagem.

Na mesma linha de pensamento Inoue, Kuroda e Matsuda (2011) publicaram um estudo onde das variáveis analisadas, ou seja, idade, sexo, data e hora de internação, data e hora da saída da UCI, tempo de permanência, diagnóstico na admissão, tipo de tratamento e tipo de alta, apenas a variável relacionada com o tipo de internamento (cirúrgico) revelou associação significativa com a carga de trabalho de enfermagem mensurada através do NAS.

A relação entre o grau de dependência e a carga de trabalho de enfermagem deve ser explorada em futuras investigações uma vez que se prevê ser um fator determinante nessa avaliação (Gonçalves & Padilha, 2007).

De forma a resumir os resultados das pesquisas efetuadas anteriormente, optou-se pela realização da tabela 2.

Tabela 2 – Predição dos fatores associados à carga de trabalho de enfermagem segundo diversos autores

Fatores	Autores			
	Gonçalves e Padilha (2007)	Sousa et al. (2008)	Coelho et al. (2011)	Inoue et al. (2011)
Idade	Não preditivo	Preditivo	Não preditivo	Não preditivo
Gênero	_____	_____	Não preditivo	Não preditivo
Tempo de internamento	Preditivo	_____	Preditivo	Não preditivo
Destino	Preditivo *	_____	Não preditivo	Não preditivo
Tipo de internamento	Não preditivo	Preditivo **	Não preditivo	Preditivo **
Procedência	Não preditivo	_____	Não preditivo	_____
Grau de dependência	Preditivo	_____	_____	_____
Prioridade clínica	_____	_____	_____	_____
Gravidade através do SAPS II	Não preditivo	Preditivo	Preditivo	_____

* Óbito ** Cirúrgico

A Direção-Geral da Saúde (2003, p. 19) no documento “Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento”, refere que para haver uma avaliação contínua de qualidade num serviço/unidade de cuidados intensivos, deve existir registos “de escalas de gravidade, de carga de trabalho (TISS), tempo médio de internamento, mortalidade, taxa de reinternamento até às 48 horas, tempo médio de ventilação, incidência de infeções nosocomiais, incidência de complicações iatrogénicas e avaliação dos custos.”

Tendo em conta que o sistema de saúde deve criar condições para garantir às pessoas que recorrem aos SU, cuidados mais eficientes e simultaneamente mais eficazes (Júnior et al., 2012), a utilização de instrumentos para mensurar a gravidade do seu estado, bem como analisar a carga de trabalho de enfermagem e os fatores inerentes, são aspetos fulcrais na qualidade assistencial.

1.3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A validade preditiva de um instrumento reporta-se à habilidade do mesmo para diferenciar os desempenhos ou comportamentos das pessoas em relação a algum critério futuro (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Por serem escassos os estudos sobre a validade preditiva entre o PTM e a carga de trabalho de enfermagem, Parenti, Reggiani, Iannone, Percudani e Dowding (2014) mencionam que devem ser realizadas mais pesquisas científicas.

Dado o referido ao longo desta investigação, a avaliação da carga de trabalho de enfermagem é um recurso fundamental para a gestão dos serviços, mas os fatores associados a ela não podem ser descurados. Gonçalves e Padilha (2007) referem que por um lado, uma equipa multidimensionada gera custos elevados, e por outro, uma equipa reduzida origina uma queda na eficiência dos cuidados, prolonga o tempo de internamento, aumenta a mortalidade/morbidade e os custos inerentes ao tratamento dos doentes.

Para complementar a análise da validade preditiva entre o PTM e a carga de trabalho de enfermagem, optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura.

Uma revisão integrativa da literatura consiste num processo de pesquisa que resume os principais resultados de artigos publicados, permitindo obter conclusões gerais acerca de um determinado tema em estudo (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

A definição da questão de pesquisa é essencial para se proceder à identificação das palavras-chave. Sendo assim, as perguntas de partida para esta revisão são: Existe relação entre a carga de trabalho de enfermagem e dados sociodemográficos (género e idade) e clínicos (grau de dependência, duração do internamento na SO, tempo de permanência no SU, destino e readmissão nas 72 horas)? Existe relação entre o PTM e a carga de trabalho de enfermagem de utentes admitidos em SU?

Como critérios de inclusão foram considerados estudos efetuados em SU para adultos, artigos publicados a partir de 2006 (inclusive), em língua portuguesa, inglesa ou espanhola e estudos longitudinais, epidemiológicos e randomizados (experimentais e

quasi-experimentais) e estudos cujas conclusões respondam a pelo menos um dos objetivos definidos anteriormente.

A revisão integrativa da literatura foi realizada por um investigador através de uma pesquisa de artigos científicos no agregador de base de dados EBSCOhost (*CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Health Technology Assessments; NHS Economic Evaluation Database*), entre os dias 12 e 15 de agosto de 2016. Foram, ainda, incluídos estudos publicados em revistas não indexadas, através de uma pesquisa no Google acadêmico.

A identificação dos descritores relacionados com a temática em estudo foi efetuada através de vocabulários controlados pelo *Medical Subject Headings* (MeSH) e dos *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS). Assim sendo nesta pesquisa foram utilizados os descritores: triagem (MeSH), carga de trabalho (DeCs), cuidados de enfermagem (DeCs), cuidados de enfermagem críticos (MeSH), serviço de emergência (MeSH), enfermagem de emergência (MeSH), hospitalização (MeSH), índice de gravidade de doença (MeSH) e evolução clínica (DeCs), e seus correlatos na língua inglesa. O único operador *booleano* utilizado foi o “AND”.

Na realização da pesquisa na base de dados foram usadas palavras-chave de acordo com os descritores em ciências da saúde, combinadas com os operadores *booleanos*.

Assim as frases *booleanas* utilizadas foram:

- *Triage AND workload;*
- *Triage AND workload AND nursing care;*
- *Triage AND workload AND critical care nursing;*
- *Triage AND workload AND emergency service;*
- *Triage AND workload AND emergency nursing;*
- *Triage AND workload AND hospitalization;*
- *Triage AND workload AND severity of illness index;*
- *Triage AND hospitalization;*
- *Triage AND severity of illness index;*

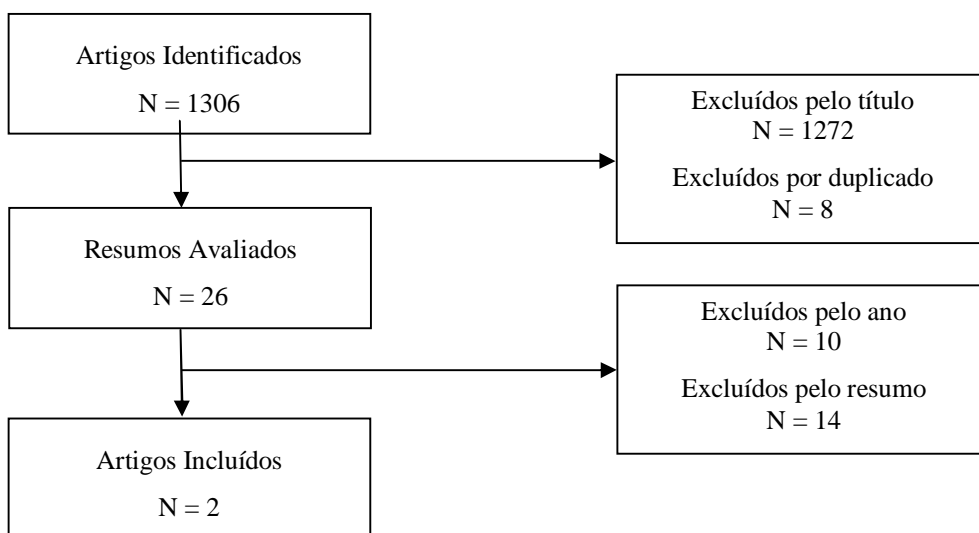
- *Triage AND clinical evolution;*
- *Workload AND severity of illness index;*
- *Workload AND clinical evolution;*
- *Workload AND hospitalization AND critical care nursing;*
- *Workload AND emergency nursing;*
- *Workload AND severity of illness index AND emergency service;*
- *Workload AND hospitalization AND emergency service.*

Foram pesquisados artigos científicos de fontes primárias em texto integral.

Utilizando os critérios descritos anteriormente, inicialmente foram encontrados 1306 artigos. O processo de seleção dos artigos relevantes para este estudo encontra-se representado no Diagrama 1.

Dos 1306 artigos, 1272 foram excluídos pelo título, restando 33 artigos, sendo que destes, 8 encontravam-se duplicados. Dos 26 artigos restantes, 10 foram excluídos por data anterior a 2006; 14 foram excluídos pelo resumo e por apresentarem objetivos diferentes do tema em estudo. Assim, nesta revisão integrativa da literatura apenas dois artigos serão alvo de análise.

Diagrama 1 – Processo de seleção dos estudos



O primeiro artigo foi realizado no Brasil por Júnior, Salgado e Chianca (2012), sendo um estudo de coorte prospectivo e analítico. O intuito deste estudo foi avaliar o desfecho de 300 utentes, classificados de acordo com o TISS-28 e com o PTM, 24 horas após a admissão no SU. A metodologia utilizada foi a análise descritiva. Este estudo

não relaciona variáveis sociodemográficas e clínicas com a carga de trabalho de enfermagem, logo não responde à primeira pergunta de partida desta revisão integrativa. Por outro lado, e respondendo à segunda pergunta de partida, constataram que os utentes triados de vermelho obtiveram pontuação mais elevada aquando da aplicação do TISS-28 em relação aos utentes triados de laranja e o mesmo aconteceu com os triados de laranja relativamente aos triados de amarelo. Desta forma, concluíram que o PTM é fator preditivo da carga de trabalho de enfermagem, e os utentes “pertencentes a diferentes categorias de classificação tiveram evoluções distintas em relação à gravidade” (Júnior et al., p. 7).

O segundo artigo também foi realizado no Brasil, tratando-se de um estudo observacional e prospetivo com uma amostra constituída por 577 utentes (Guedes, Martins & Chianca, 2015). O objetivo da referida investigação é analisar o valor preditivo do PTM em relação ao desfecho clínico dos utentes e para tal foi utilizado o TISS-28 como forma de avaliar a gravidade dos utentes (resultado primário) e fatores como a alta / transferência, morte e tempo de permanência hospitalar (resultados secundários). A metodologia empregada foi a análise descritiva e univariada. No que diz respeito à primeira pergunta de partida enunciada, alguns dados clínicos como a alta / transferência, morte e tempo de permanência hospitalar foram relacionados com o PTM e não com a carga de trabalho de enfermagem. Concluíram que o PTM é um bom preditor do tempo de permanência hospitalar bem como do destino “morte”. Relativamente à segunda questão, neste estudo apurou-se que os utentes classificados como vermelho são 10,7 vezes mais propensos a ter pontuações acima de 14 no TISS-28 em relação aos outros. Os utentes classificados como vermelho tem 5,9 vezes mais probabilidade de evolução para morte em comparação com outros. Os utentes com maior prioridade clínica têm 1,5 vezes mais probabilidades de serem hospitalizados mais de cinco dias do que os de baixa prioridade. Resumindo, confirma-se haver relação entre o PTM e a carga de trabalho de enfermagem, pois demonstram que quanto mais grave é a prioridade clínica mais pontuação o utente adquire aquando da aplicação do TISS-28, portanto maior a carga de trabalho de enfermagem. Isto é, o PTM revelou ser um bom preditor na medida em que “após a aplicação de uma escala de gravidade entre 24 a 48 horas, houve correspondência da gravidade da classificação de risco com aqueles obtidos pela aplicação do TISS-28” (Guedes et al., 2015, p. 50).

Uma vez que em Portugal todos os SUMC utilizam o PTM e todos devem dispor de uma SO com o nível de uma Unidade de Cuidados Intermédios, pode-se inferir que é extremamente importante investigar a validade preditiva do PTM com a carga de trabalho de enfermagem nessas SO.

Por fim, também se constatou que existem alguns estudos que relacionam o PTM com determinadas características clínicas (sobretudo a mortalidade e a duração do internamento) e não existem estudos que relacionam a carga de trabalho de enfermagem num SU nem com características sociodemográficas nem clínicas. Assim sendo, torna-se indispensável a realização de pesquisas científicas acerca desta temática.

Terminada a contextualização do estudo, são apresentadas as opções metodológicas que nortearam esta investigação, constituindo assim, um novo capítulo deste trabalho.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

2. METODOLOGIA

A metodologia é um conjunto de diretrizes que orientam a investigação científica, sendo entendida como o modo em que se organiza um trabalho em função dos objetivos que se pretende atingir. Fortin (2009) afirma que nesta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter a resposta às questões de investigação colocadas. Todo o trabalho de investigação necessita de seguir uma metodologia, de modo a assegurar-se a sua viabilidade e validade científica. É no desenvolvimento desta fase que o investigador determinará os métodos e técnicas que serão utilizadas para obter as respostas à sua pergunta de partida e às questões por si formuladas.

Partindo destes princípios e dada a importância que este capítulo assume em qualquer trabalho de investigação, ir-se-á proceder à descrição da metodologia que será utilizada neste estudo.

2.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

A escolha do tipo de estudo está sempre relacionada com aquilo que pretendemos estudar, sendo influenciado pela visão que temos do mundo, ou seja, pelo paradigma que nos orienta.

O estudo desenvolvido está enquadrado no paradigma quantitativo / positivista (Fortin, Côté & Vissandjée, 2009). Nesta investigação foi realizado um estudo correlacional. Assim sendo, através da realização de testes estatísticos de correlação, foi efetuada a análise da natureza das relações que existem entre certas variáveis, nomeadamente a força da relação (Fortin & Ducharme, 2009).

Os objetivos delineados para este trabalho de investigação foram os seguintes:

- Avaliar as características sociodemográficas dos utentes admitidos na SO (idade e género);
- Caracterizar a amostra quanto às características clínicas durante o período de internamento na SO (grau de dependência, proveniência, especialidade, duração do internamento na SO, tempo de permanência no SU, destino e readmissão nas 72 horas);
- Caracterizar a amostra quanto ao nível de prioridade clínica;

- Avaliar o índice da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO;
- Relacionar o índice da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO com as características sociodemográficas (idade e género);
- Relacionar o índice da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO com as suas características clínicas (grau de dependência, duração do internamento na SO, tempo de permanência no SU, destino e readmissão nas 72 horas);
- Relacionar o índice da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO com o seu nível de prioridade clínica.

2.2. HIPOTÉSES DE INVESTIGAÇÃO

Fortin e Ducharme (2009) mencionam que um estudo correlacional implica estabelecer hipóteses quanto à natureza das relações previstas entre as variáveis.

Para a realização deste estudo foram definidas as seguintes hipóteses:

H1 – Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o índice de carga de trabalho de enfermagem e as características sociodemográficas (género e idade) dos utentes admitidos na SO do SUMC da UCR;

H2 – Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o índice de carga de trabalho de enfermagem e as características clínicas (grau de dependência, duração do internamento na SO, tempo de permanência no SU, destino e readmissão nas 72 horas) dos utentes admitidos na SO do SUMC da UCR;

H3 – Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o índice de carga de trabalho de enfermagem e o nível de prioridade clínica dos utentes admitidos na SO do SUMC da UCR.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo é constituída pelos utentes admitidos na SO do SUMC da UCR, pertencente ao CHO. A amostra (n) é constituída pelos utentes admitidos no serviço durante o mês de junho de 2016 e que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos e estar internado na SO há pelo menos 24 horas.

Neste estudo utilizou-se uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, uma vez que não foi garantida a representatividade da população-alvo (Polit et al., 2004).

Segundo dados do Gabinete de Informação para a Gestão do CHO, no SUMC da UCR, o fluxo médio mensal de utentes no ano de 2015 foi de 3432, enquanto que, em média foram admitidos 150 utentes por mês na SO. O rácio enfermeiro/utente é de 1/5,5.

De acordo com os critérios de inclusão, a amostra deste estudo é constituída por 105 utentes, 60 do sexo masculino (57,10%) e 45 do sexo feminino (42,90%). A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 96 anos, com um valor médio de 69,448 anos (DP = 18,827).

2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados, dois formulários que se encontram em anexo (ver anexo I e II respetivamente) e que apresentam questões fechadas.

O formulário I intitulado “Caracterização sociodemográfica e clínica”, visou avaliar os dados sociodemográficos e clínicos, informação esta que foi colhida pelo investigador através da consulta dos registos clínicos eletrónicos (obtidos através do Programa Informático para a gestão hospitalar ALERT®). De acordo com o site do Programa ALERT®, e de uma forma célere e intuitiva, este Programa faculta (em rede) toda a informação relativa aos utentes e respetivos episódios clínicos. Permite, ainda, a gestão eficaz de todos os recursos disponíveis, evita repetições de exames clínicos e regista toda a atividade dos profissionais de saúde.

Características sociodemográficas: género (masculino/feminino) e idade (anos).

Características clínicas. Foram colhidos dados relativos ao grau de dependência aquando da entrada na SO (pontuação e respetivo grau de dependência após aplicação do Índice de Barthel), a proveniência (domicílio, referenciado do Hospital de Peniche, referenciado de outra instituição, retorno para a área de residência, referenciado de um consultório, Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), referenciado de outro serviço da UCR, lar e corredor macas do SUMC da UCR), a especialidade

(médica, cirúrgica e ortopédica), a duração do internamento na SO (em horas), o tempo de permanência no SU (em horas), o destino (domicílio, serviço de medicina, serviço de cirurgia, hospital de Peniche, hospital de Santa Maria, outro hospital, óbito, alta contra parecer médico e corredor macas do SUMC da UCR) e se houve ou não readmissão do utente nas 72 horas após a alta hospitalar.

O Índice de Barthel (Anexo III), publicado por Mahoney e Barthel em 1965, consiste num instrumento que calcula o nível de independência da pessoa relativamente à execução de dez atividades básicas de vida diária, ou seja: alimentação, higiene pessoal, controlo vesical, controlo anal, transferência (cama/cadeira ou vice-versa), mobilidade/deslocação, utilização da sanita (wc), vestir-se, banho e subir/descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). A sua avaliação pode ser através da observação direta ou dos registos clínicos. Cada atividade é constituída por níveis de dependência com uma determinada pontuação. Desta forma, na versão original do Índice de Barthel, a pontuação pode variar entre 0 e 100, em que zero corresponde à máxima dependência e 100 corresponde à independência total (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). Araújo et al. (2007) foram os responsáveis pela validação para português do referido instrumento. O Índice de Barthel apresenta um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96) e os itens da escala mostram correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$. Através da escala de Lawton e Brody, o Índice de Barthel apresenta uma correlação forte e positiva (0,84) em termos de validade (Araújo et al., 2007).

Prioridade clínica. De acordo com a Triagem de Manchester (branco, azul, verde, amarelo, laranja e vermelho).

A aplicação do formulário II, que se denomina “Avaliação da carga de trabalho de enfermagem através do TISS-28”, foi através do instrumento TISS – 28 que possui sete Intervenções Terapêuticas com itens correspondentes, isto é, “Alterações Básicas” – 7 itens; “Suporte Ventilatório” – 4 itens; “Suporte Cardiovascular” – 6 itens; “Suporte Renal” – 3 itens; “Suporte Neurológico” – 1 item; “Suporte Metabólico” – 3 itens; e “Intervenções Específicas” – 3 itens.

O TISS-28 surgiu em 1974 através de Cullen, em 1983 foi alvo de adaptações, em 1996 foi revisto e em 1997 foi validado para a língua portuguesa através de Moreno e Morais

(Júnior et al., 2012; Padilha et al., 2005; Pinto & Pires, 2009). Como referem Moreno e Morais (1997), o TISS-28 é o único instrumento de carga de trabalho de enfermagem validado de forma multicêntrica em Portugal e através da sua utilização tem-se constatado ser um bom instrumento para a gestão em enfermagem.

O TISS-28 tem como finalidade medir a gravidade do utente tendo em conta a quantidade de intervenções a que foi submetido a cada 24 horas após a sua admissão. Deste modo como referem Miranda, Rijk e Schaufeli (1996), quanto maior o número de intervenções a que o utente foi sujeito maior a gravidade do mesmo, independentemente do seu diagnóstico.

A pontuação do TISS-28 varia entre 0 e 78 valores e cada ponto equivale a 10,6 minutos do tempo de trabalho num turno de 8 horas de um enfermeiro (Pinto & Pires, 2009; Queijo & Padilha, 2009). Através da aplicação do TISS-28, Cullen et al. (1974) referem que num turno de 8 horas um enfermeiro é capaz de prestar cuidados de enfermagem a um utente com a pontuação máxima de 46 pontos.

Dependendo do total da pontuação obtida, os utentes podem ser categorizados em quatro classes (Classe I, Classe II, Classe III e Classe IV), como mencionado no subcapítulo 1,2, que representam a necessidade de vigilância e de internamento em UCI. Assim, a Classe I (até 9 pontos) indica que o utente não necessita de estar numa UCI; a Classe II (de 10 a 19 pontos) é constituída pelos utentes que têm indicação para estar numa UCI; a Classe III (de 20 a 39 pontos) corresponde ao utente com instabilidade hemodinâmica e na Classe IV (acima de 39 pontos) estão incluídos os utentes que apresentam uma grande instabilidade hemodinâmica (Tranquitelli & Padilha, 2007).

A opção pela utilização do TISS-28 deveu-se ao fato de se tratar de um instrumento prático, de fácil aplicabilidade, validado em língua portuguesa (Moreno & Morais, 1997) e, sobretudo por ser um instrumento pioneiro na mensuração da carga de trabalho de enfermagem e indiretamente, o nível de gravidade do utente em estado crítico (Queijo, 2002).

A informação colhida foi relativa às primeiras 24 horas do internamento do utente na SO. A colheita dos dados que permitiu a aplicação do TISS-28 foi, de igual forma, realizada pelo investigador através dos registos clínicos eletrónicos (ALERT®).

No final, ambos os instrumentos de colheita de dados (formulário I e II) foram emparelhados de acordo com o número do episódio.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Previamente à aplicação do método de colheita de dados e de modo a preparar o trabalho de campo, o investigador elaborou um documento de apoio sobre todos os itens do TISS-28 (Anexo IV), com vista a garantir a standardização dos critérios de avaliação.

Quando numa investigação são utilizados indivíduos como sujeitos de estudo, é necessário assegurar que os seus direitos estão protegidos. Assim sendo, os aspetos éticos são fulcrais em investigação, podendo esta ficar em causa se não existir um código de ética que indique os limites e oriente os passos da investigação.

Na presente investigação foi respeitada a confidencialidade dos dados colhidos, bem como a privacidade dos mesmos de acordo com a Declaração de Helsínquia - Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos (*World Medical Association*, 2008).

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Conselho de Administração do CHO no dia 22 de abril de 2016 e no dia 31 de maio de 2016, respetivamente (Anexo V).

2.6. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento dos dados foi realizado por computador, através dos programas *Microsoft Excel* e *Internacional Business Machines Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics), versão 23.

O tratamento de dados foi efetuado através de técnicas de estatística descritiva e técnicas de estatística inferencial.

Na estatística descritiva foram calculadas frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central (médias aritméticas); medidas de dispersão e variabilidade, tais como desvio padrão, mínimos e máximos.

Quanto à estatística inferencial, e como a amostra foi superior a 30 participantes, foram utilizados testes paramétricos para a análise inferencial dos dados, recorrendo ao fundamento do teorema do limite central (Pestana & Gageiro, 2014), nomeadamente o teste *t-Student* para amostras independentes, a Análise de Variância (ANOVA) e correlações de *Pearson*. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Relativamente ao teste de correlação de *Pearson* (r), Evans (1996) elaborou um guia que descreve a força da correlação e sugere para o valor absoluto de r :

- 0,00-0,19 – correlação "muito fraca";
- 0,20-0,39 – correlação "fraca";
- 0,40-0,59 – correlação "moderada";
- 0,60-0,79 – correlação "forte";
- 0,80-1,00 – correlação "muito forte."

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste estudo, os resultados são apresentados em quatro subcapítulos. O primeiro refere-se à caracterização da amostra, o segundo diz respeito à relação entre a carga de trabalho de enfermagem e as características sociodemográficas, o terceiro é relativo à relação entre a carga de trabalho de enfermagem e os dados clínicos e por último, o quarto capítulo mostra a relação entre a carga de trabalho de enfermagem e o nível de prioridade clínica.

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

Caracterização sociodemográfica

Como mencionado no capítulo 2.3. a amostra desta investigação é constituída por 105 utentes, dos quais 57,10% são do sexo masculino e 42,90% do sexo feminino, com uma idade média de 69,448 anos (DP = 18,827).

Caracterização clínica e do nível de prioridade clínica

Quanto às características clínicas (tabela 3), de salientar que 61,90% da amostra foi triada de laranja (muito urgente).

Verifica-se que a proveniência da grande maioria dos utentes admitidos na SO é do domicílio (44,80%) ou trazidos pela VMER (12,40%).

Quanto à especialidade, 87,60% dos utentes admitidos na SO necessitaram de cuidados do foro médico e apenas 12,40% do foro cirúrgico.

No que concerne ao destino dos utentes após a sua permanência no SU, apurou-se que 38,10% dos utentes foram para o domicílio e 41% para serviços de internamento da UCR (36,20% em Medicina e 4,80% em Cirurgia). A readmissão até às 72 horas ocorreu apenas 4 vezes, ou seja, 3,80%.

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo as características clínicas (proveniência, especialidade, destino e readmissão nas 72 horas) e o nível de prioridade clínica

	n	%
Prioridade clínica		
Branco	12	11,40
Verde	1	1,00
Amarelo	27	25,70
Laranja	65	61,90
Proveniência		
Domicílio	47	44,80
Referenciado do Hospital de Peniche	4	3,80
Referenciado de outra instituição	8	7,60
Retorno para área de residência	7	6,70
Referenciado de consultório	3	2,90
VMER	13	12,40
Referenciado de outro serviço UCR	1	1,00
Lar	10	9,50
Corredor macas – SUMC CR	12	11,40
Especialidade		
Médica	92	87,60
Cirúrgica	13	12,40
Destino		
Domicílio	40	38,10
Serviço de Medicina	38	36,20
Serviço de Cirurgia	5	4,80
Hospital de Peniche	3	2,90
Hospital de Santa Maria	2	1,90
Outro hospital	3	2,90
Óbito	5	4,80
Alta contra parecer médico	2	1,90
Corredor macas – SUMC-CR	7	6,70
Readmissão nas 72 horas		
Sim	4	3,80
Não	101	96,20

No que diz respeito aos restantes dados clínicos analisados (tabela 4), o grau de dependência médio (Índice de Barthel) foi de 37,524 (DP = 32,494), que corresponde ao grau de “dependente grave”, a média da duração do internamento na SO foi de 57,061 horas (DP = 35,908) e o tempo de permanência do utente no SU foi em média de 69,934 horas (DP = 42,231).

Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto às características clínicas grau de dependência, tempo de permanência no SU, duração do internamento na SO

	Mín	Máx	M	DP
Índice de Barthel	0,000	100,000	37,524	32,494
Duração Internamento no SO (horas)	24,250	232,420	57,061	35,908
Tempo Permanência no SU (horas)	24,680	280,630	69,934	42,231

No que concerne à avaliação da carga de trabalho de enfermagem (TISS-28), é possível analisar a distribuição da amostra na tabela 5. Uma vez que durante a colheita de dados não houve nenhuma atividade relacionada com a intervenção “Suporte Neurológico”, a mesma não será considerada na análise dos dados.

Constata-se que a pontuação média da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO é de 12,780 pontos (DP = 6,259), isto é, 135,468 minutos, pois como foi referido no capítulo 2.4., cada ponto do TISS-28 equivale a 10,6 minutos do tempo de trabalho num turno de 8 horas (Pinto & Pires, 2009; Queijo & Padilha, 2009).

A categoria do TISS-28 que implica maior carga de trabalho de enfermagem é a “Atividades Básicas”, com uma média de 6,086 pontos (DP = 2,546) que corresponde a 64,512 minutos e o “Suporte Neurológico” foi a única categoria que não despendeu horas de cuidados de enfermagem.

Tabela 5 – Distribuição da amostra quanto à carga de trabalho de enfermagem

Carga de trabalho de enfermagem	Mín	Máx	M	DP	M (minutos)
Atividades básicas	3,000	14,000	6,086	2,546	64,512
Suporte Ventilatório	0,000	6,000	2,229	2,053	23,627
Suporte Cardiovascular	0,000	5,000	0,300	0,885	3,180
Suporte Renal	0,000	5,000	2,248	1,970	23,829
Suporte Neurológico	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Suporte Metabólico	0,000	4,000	0,300	0,829	3,180
Intervenções Específicas	0,000	8,000	1,800	2,768	19,080
Total da TISS-28	3,000	35,000	12,780	6,259	135,468

No que diz respeito aos 28 itens do instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem (tabela 6), verificou-se que as atividades básicas mais realizadas na SO foram: “Medicações EV múltiplas” (98,10%) e “Laboratório” (92,40%), ou seja,

intervenções de enfermagem interdependentes. Por outro lado, existem diversas atividades que não foram executadas como: cuidados com vias aéreas artificiais, medicação vasoativa múltipla, catéter arterial periférico, monitorização do átrio esquerdo, ressuscitação cardiopulmonar, técnicas de hemofiltração, medida de pressão intracraniana, nutrição parenteral total e intervenções específicas múltiplas na UCI.

Tabela 6 – Distribuição da amostra quanto aos 28 itens do TISS-28

Itens da TISS-28	n	%
Atividades Básicas		
1 - Monitorização padrão	10	9,50
2 - Laboratório	97	92,40
3 - Medicação única	2	1,90
4 - Medicamentos EV múltiplas	103	98,10
5 - Troca de curativos de rotina	60	57,10
6 - Trocas frequentes de curativos	5	4,80
7 - Cuidados com drenos	38	36,20
Suporte Ventilatório		
8 - Ventilação mecânica	17	16,20
9 - Suporte ventilatório suplementar	46	43,90
10 - Cuidados com vias aéreas artificiais	0	0,00
11 - Tratamento para melhoria da função pulmonar	56	53,30
Suporte Cardiovascular		
12 - Medicação vasoativa única	2	1,90
13 - Medicação vasoativa múltipla	0	0,00
14 - Reposição de grandes perdas volémicas	3	2,90
15 - Catéter arterial periférico	0	0,00
16 - Monitorização do átrio esquerdo	0	0,00
17 - Via venosa central	2	1,90
18 - Ressuscitação cardiopulmonar	0	0,00
Suporte Renal		
19 - Técnicas de hemofiltração	0	0,00
20 - Medida quantitativa do débito urinário	43	41,00
21 - Diurese ativa	50	47,60
Suporte Neurológico		
22 - Medida de pressão intracraniana	0	0,00
Suporte Metabólico		
23 - Tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada	4	3,80
24 - Nutrição parenteral total EV	0	0,00
25 - Nutrição enteral	3	2,90
Intervenções Específicas		
26 - Intervenção específica única na UCI	8	7,60
27 - Intervenções específicas múltiplas na UCI	0	0,00
28 - Intervenções específicas fora da UCI	33	31,40

3.2. RELAÇÃO ENTRE A CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

De forma a analisar a relação entre a carga de trabalho de enfermagem e as variáveis referentes às características sociodemográficas, foram aplicados o teste t de *Student* para avaliar a influência do género, e a correlação de *Pearson* para a avaliar a influência da idade.

Através da análise da tabela 7 (teste t de *Student*), pode-se aferir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o **género** masculino e o feminino quanto às dimensões da carga de trabalho de enfermagem ($p > 0,05$).

Tabela 7 – Estatísticas relativas à relação entre a carga de trabalho de enfermagem e o género dos utentes (teste t de *Student*)

Carga de trabalho de enfermagem		M	DP	t	p
Atividades Básicas					
	Feminino	5,889	2,479	-0,684	0,495
	Masculino	6,233	2,606		
Suporte Ventilatório					
	Feminino	2,133	2,149	-0,410	0,683
	Masculino	2,300	1,994		
Suporte Cardiovascular					
	Feminino	0,156	0,737	-0,540	0,591
	Masculino	0,250	0,985		
Suporte Renal					
	Feminino	1,933	1,900	-1,423	0,158
	Masculino	2,483	2,004		
Suporte Metabólico					
	Feminino	0,267	1,009	0,610	0,543
	Masculino	0,167	0,668		
Intervenções Específicas					
	Feminino	1,511	2,437	-0,953	0,343
	Masculino	2,017	2,994		
Total da TISS-28					
	Feminino	11,890	5,552	-1,269	0,207
	Masculino	13,450	6,708		

No que se refere à relação entre a carga de trabalho de enfermagem e a **idade** dos utentes (tabela 8), verifica-se a existência de uma correlação fraca, positiva e

estatisticamente significativa ($r = 0,219$; $p < 0,05$). Ou seja, à medida que a idade aumenta, há uma tendência para a carga de trabalho de enfermagem também aumentar.

Em suma, no que se refere à relação entre a carga de trabalho de enfermagem e as características sociodemográficas (**H1**), esta hipótese foi apenas parcialmente confirmada, uma vez que só se encontrou uma correlação estatisticamente significativa com a idade.

3.3. RELAÇÃO ENTRE A CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

No que concerne à relação entre a carga de trabalho de enfermagem e as variáveis referentes aos dados clínicos, para avaliar a influência do grau de dependência, a duração do internamento na SO e o tempo de internamento no SU foi empregue a correlação de *Pearson*. Quanto à relação entre a carga de trabalho de enfermagem e o destino, a ANOVA foi o teste estatístico utilizado.

Relativamente à correlação entre a carga de trabalho de enfermagem e o **grau de dependência** dos utentes (índice de Barthel), verifica-se a existência de uma correlação fraca, negativa e estatisticamente significativa ($r = - 0,374$; $p < 0,01$). Ou seja, quanto menor o Índice de Barthel (mais dependente é o utente), maior a carga de trabalho de enfermagem.

No que concerne à correlação entre a **duração do internamento na SO** e a carga de trabalho de enfermagem, constata-se que quanto maior for a duração do internamento, maior será a carga de trabalho de enfermagem ($r = 0,095$; $p < 0,05$), sendo esta uma correlação positiva muito fraca, mas estatisticamente significativa.

Através da análise da tabela 8, pode ainda verificar-se que existe uma correlação positiva muito fraca, mas estatisticamente significativa entre o **tempo de permanência dos utentes no SU** e a carga de trabalho de enfermagem ($r = 0,037$; $p < 0,05$).

Salvaguarda-se que a variável “**Readmissão nas 72 horas**” não foi testada, uma vez que o número de utentes readmitidos foi inferior a 5.

Tabela 8 – Estatísticas relativas à relação entre carga de trabalho de enfermagem com a idade, grau de dependência, duração do internamento na SO e tempo de permanência no SU (correlação de *Pearson*)

	AB	SV	SC	SR	SM	IE	Total TISS-28
Idade	0,241*	0,326**	-0,048	0,352**	-0,221*	-0,138	0,219*
Índice de Barthel	-0,378**	-0,386**	0,065	-0,388**	0,055	0,027	-0,374**
Duração internamento SO	0,140	-0,059	0,362**	0,007	-0,064	0,028	0,095
Tempo permanência SU	0,070	-0,020	0,275**	0,001	-0,065	-0,036	0,037

AB – Atividades Básicas; SV – Suporte Ventilatório; SC – Suporte Cardiovascular; SR – Suporte Renal; SM – Suporte Metabólico; IE – Intervenções Específicas.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

Para se testar a relação entre a carga de trabalho de enfermagem e o **destino** dos utentes após alta, recorreu-se à ANOVA, categorizando as opções de destino com $n < 5$ (tabela 9). Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias de destino, quanto à carga de trabalho de enfermagem total ($F = 1,356$; $p = 0,248$). De salientar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os destinos, quanto ao índice “Intervenções Específicas” ($F = 2,324$; $p = 0,049$). Recorrendo ao teste de *Bonferroni* verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,046$) entre os destinos Cirurgia ($M = 15,800$ e $DP = 6,301$) e corredor macas ($M = 13,286$ e $DP = 2,138$).

Face ao exposto, no que se refere à relação entre a carga de trabalho de enfermagem e as características clínicas (**H2**), esta hipótese foi parcialmente confirmada, tendo-se verificado uma correlação estatisticamente significativa com o grau de dependência, duração de internamento na SO e tempo de permanência no SU. Quanto ao destino dos utentes não se confirmou haver correlação com a carga de trabalho de enfermagem.

3.4. RELAÇÃO ENTRE A CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E O NÍVEL DE PRIORIDADE CLÍNICA

Para se testar a relação entre a carga de trabalho de enfermagem e o **nível de prioridade clínica (Triagem de Manchester)** dos utentes, também se recorreu ao teste ANOVA.

De acordo com os resultados obtidos (tabela 9), não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de prioridade clínica quanto à carga de trabalho de enfermagem total ($F = 0,566$; $p = 0,570$), nem em nenhuma das suas dimensões ($p > 0,05$).

Ressalva-se que o nível de prioridade “Verde” não foi testado, uma vez que só se obteve um utente admitido na SO com essa prioridade.

Por último, no que diz respeito à relação entre a carga de trabalho de enfermagem e o nível de prioridade clínica (**H3**), não se constatou a existência de correlação estatística entre as referidas variáveis.

Tabela 9 – Estatísticas relativas à relação entre carga de trabalho de enfermagem com o destino e o nível de prioridade clínica (ANOVA)

	Atividades Básicas			Suporte Ventilatório			Suporte Cardiovascular			Suporte Renal			Suporte Metabólico			Intervenções Específicas			Total da TISS-28		
	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p	M (DP)	F	p
Destino																					
Domicílio (N = 40)	5,500 (2,025)	1,014	0,414	1,875 (2,002)	1,632	0,159	0,200 (0,883)	1,486	0,201	1,950 (1,867)	1,507	0,195	0,250 (0,927)	0,300	0,912	1,525 (2,582)	2,324	0,049	11,300 (5,055)	1,356	0,248
Medicina (N=38)	6,737 (3,261)			2,737 (2,379)			0,211 (0,935)			2,474 (2,153)			0,211 (0,905)			2,000 (2,731)			14,368 (8,132)		
Cirurgia (N=5)	6,600 (1,949)			1,600 (1,140)			1,200 (1,789)			1,200 (1,095)			0,400 (0,894)			4,800 (4,382)			15,800 (6,301)		
Óbito (N=5)	5,600 (1,817)			1,800 (1,304)			0,000 (0,000)			1,600 (2,302)			0,400 (0,894)			1,000 (2,236)			10,400 (3,507)		
Corredor Macas (N= 7)	6,143 (1,773)			3,429 (1,134)			0,000 (0,000)			3,714 (1,254)			0,000 (0,000)			0,000 (0,000)			13,286 (2,138)		
Outros Hospitais (N=8)	5,750 (2,252)			1,375 (1,408)			0,000 (0,000)			2,000 (1,852)			0,000 (0,000)			2,875 (3,227)			12,000 (3,742)		
Prioridade clínica																					
Branco (N=12)	6,917 (2,678)	1,377	0,257	1,833 (1,467)	1,992	0,142	0,417 (1,443)	0,658	0,520	2,583 (1,379)	0,286	0,752	0,167 (0,577)	0,582	0,561	2,583 (3,343)	2,003	0,140	14,500 (8,230)	0,566	0,570
Amarelo (N=27)	6,481 (2,806)			1,667 (1,961)			0,296 (1,068)			2,074 (1,999)			0,074 (0,385)			2,481 (3,191)			13,074 (6,294)		
Laranja (N=65)	5,800 (2,399)			2,538 (2,158)			0,138 (0,659)			2,292 (2,059)			0,277 (0,992)			1,400 (2,423)			12,446 (5,874)		

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Finalizada a análise dos resultados obtidos, procede-se à sua discussão, tendo por base o enquadramento teórico prévio. Neste capítulo, também serão abordadas as contribuições do estudo empírico e as limitações da investigação realizada.

Caracterização geral da amostra

Neste estudo, 57,10% dos utentes analisados eram do sexo masculino e com idade acima dos 69 anos. Estudos relacionados com a caracterização da população que recorre ao SU em hospitais portugueses demonstraram que a prevalência do género é o feminino e a idade média respetivamente é de 52,3 e 57 anos (Justo, 2015; Santos, Freitas & Martins, 2014).

A maioria dos utentes admitidos na SO foram triados de laranja (61,90%), o que implica maior probabilidade de permanecerem internados durante mais tempo, terão maior probabilidade do seu desfecho ser o óbito e conseqüentemente, requererão mais cuidados de saúde, constituindo um dado importante para a avaliação da necessidade de recursos (GPT, 2010; Martins et al., 2009; Souza et al., 2015; Storm-Versloot et al., 2011; Wulp et al., 2009).

O Grau de “dependente grave” (≥ 20 e ≤ 40 pontos) foi a classificação mais obtida através da aplicação do Índice de Barthel à amostra desta investigação. Num estudo realizado num SU de um Hospital Brasileiro, na área de observação de utentes adultos, a maioria dos utentes foram classificados com o grau de dependência denominado “cuidados mínimos”, que corresponde ao grau de “autónomo” no Índice de Barthel (Rossetti et al., 2013).

Visto que o grau de dependência está estritamente relacionado com a carga de trabalho de enfermagem (Santos & Tomás, 2013), a sua avaliação é fundamental para a gestão dos cuidados. O estudo de Lima (2010) corrobora a citação anterior e refere que tal como o índice da carga de trabalho de enfermagem, a avaliação do grau de dependência

é de extrema importância pois de acordo com estudos recentes é um fator que está diretamente relacionado com o cálculo da dotação de enfermeiros.

Verificou-se que os utentes permaneceram internados na SO, em média, 57,061 horas (DP = 35,908), isto é, cerca de dois dias. Contudo, apesar do valor mínimo de internamento na SO ter sido de 24,250 horas (cerca de 1 dia), o valor máximo foi de 232,420 horas (cerca de 10 dias). Desta forma, pode-se inferir que, por vezes não foram cumpridas as indicações propostas pelo Ministério da Saúde (2007) no documento “Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência”, onde preconizam que o máximo de tempo de permanência na SO deve ser de 24 a 48 horas.

Na amostra estudada, o tempo de permanência no SU foi em média 69, 934 horas (DP = 42,231), ou seja, aproximadamente 3 dias. Este tempo é inferior ao do estudo de Guedes et al. (2015), onde os utentes triados com um nível de prioridade muito urgente (laranja) permaneceram internados no SU pelo menos cinco dias. Todavia, o desvio padrão obtido foi elevado, sinalizando a elevada dispersão dos resultados. Um trabalho semelhante desenvolvido por Machado (2008) também revelou que os utentes com prioridades clínicas mais elevadas careceram de mais tempo de internamento.

Outro dado é o fato de 38,10% dos utentes terem alta do SU para o domicílio, o que revela que uma percentagem considerável de utentes cumpre o internamento e recuperação exclusivamente no SU. Uma das hipóteses que pode justificar esse resultado é encontrada no estudo de Machado (2008, p. 40) quando menciona que “O serviço de urgência tem, por vezes, uma população exagerada de doentes em trânsito, exatamente porque a sua vaga de internamento não está disponível.” Se há necessidade de internar os utentes que se encontram no SU e ao mesmo tempo, por exemplo, há utentes a serem admitidos devido a cirurgias programadas, como afirma Machado (2008, p. 40) “alguém terá de ceder”.

Nesta investigação, apenas se apurou quatro casos de readmissão até às 72 horas, o que pode ser considerado um bom indicador do funcionamento do SU, pois segundo Campos (2014), no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a taxa de readmissões não programadas às 72 horas dos utentes com alta do SU, é um dos indicadores de monitorização do desempenho do sistema de emergência a todos os níveis. O número diminuto de readmissões é um dado relevante uma vez que representa que os utentes

apresentaram melhoria do seu estado clínico após a alta. Este fenómeno pode ser justificado por um adequado tratamento, por não ter havido deterioração da situação clínica ou por não ter ocorrido complicações inerentes ao(s) problema(s) inicial(is) (Machado, 2008).

Aos serviços de cuidados intermédios está associado o excesso de carga de trabalho de enfermagem, constituindo um dos problemas que pode prejudicar a qualidade dos cuidados prestados (Godinho, 2012).

Na presente investigação, constatou-se que a pontuação média da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO foi de 12,780 pontos (DP = 6,529), ou seja, de acordo com as classes de Cullen, a maioria dos utentes tinha indicação para estarem numa UCI pois estão englobados na Classe II (de 10 a 19 pontos) (Tranquilli & Padilha, 2007).

Segundo a informação de Queijo e Padilha (2009) em que cada ponto do TISS-28 corresponde a 10,6 minutos do tempo de trabalho de um enfermeiro num turno de trabalho de 8 horas, verifica-se que um enfermeiro despende cerca de 135,468 minutos (12,780 pontos x 10,6 minutos) com um utente (cerca de 2,258 horas).

Tendo em conta que em média o rácio enfermeiro/utente na SO do SUMC da UCR é de 1/5,5, concluiu-se que num turno de 8 horas, um enfermeiro despende 745,074 minutos (cerca de 12,418 horas). Salienta-se, que uma equipa multidimensionada gera custos elevados, enquanto que, uma equipa reduzida determina uma queda na eficiência dos cuidados, prolonga o tempo de internamento, aumenta a mortalidade/morbilidade e os custos inerentes ao tratamento dos utentes (Gonçalves & Padilha, 2007).

No decorrer do trabalho de campo verificaram-se diversas situações que permitem supor que o valor real da carga de trabalho de enfermagem poderá estar subestimado.

A primeira diz respeito ao fato de nenhuma intervenção do TISS-28 contabilizar o tempo gasto com técnicas de enfermagem como a inserção de sonda nasogástrica ou de sonda vesical.

O suporte à família ou cuidador, também não está contemplado em nenhuma das intervenções do TISS-28. Esta lacuna já foi criticada por alguns autores, como por

Ferreira et al. (2014). Maestri, Nascimento, Bertoncello e Martins (2012) reforça a pertinência do suporte à família quando refere que a mesma sente necessidade de atenção de um profissional de saúde, de modo a possuir informações sobre o estado da pessoa em situação crítica, intercorrências e evolução.

Outra situação que não se encontra abrangida em nenhum item, são os contatos telefónicos efetuados com a família ou cuidador (como por exemplo a solicitar medicação específica do utente).

O TISS-28 também não abarca atividades relacionadas com utentes em isolamento nem com utentes agitados.

Este instrumento de mensuração da carga de trabalho de enfermagem não contabiliza ainda intervenções relacionadas com os cuidados de higiene. Um estudo realizado numa UCI cujo objetivo era analisar o tempo das atividades de enfermagem concluiu que o procedimento relacionado com os cuidados de higiene foi o que implicou mais dispêndio de tempo por parte dos enfermeiros, quando comparado com outras atividades de baixa complexidade (Tranquetelli & Ciampone, 2007).

O tempo para a realização dos registos de enfermagem não está incluído no TISS-28. Ressalva-se que este acontecimento não se verifica no instrumento NAS onde já estão contempladas as tarefas administrativas e gerenciais. De acordo com Lima (2010) os registos de enfermagem são imprescindíveis e devem ser atualizados a todo o instante consoante sejam realizadas novas intervenções ou caso o estado do utente se altere.

A comunicação estabelecida com outros elementos da equipa de saúde no sentido de esclarecer ou alertar para algum aspeto relacionado com o utente (por exemplo, com o médico responsável pelo utente), de igual forma não está incluída em nenhum item do TISS-28 e também é fundamental para assegurar cuidados com melhores resultados (Lima, 2010).

Os aspetos supramencionados vão de encontro com a literatura já explanada neste trabalho, sendo referido que o TISS-28 abrange apenas cerca de 43,3% das atividades de enfermagem, enquanto que o NAS engloba 80,8% das atividades, proporcionando uma mensuração da carga de trabalho de enfermagem de uma forma mais sensível (Gonçalves & Padilha, 2007 e Queijo & Padilha, 2009). Deste modo, considera-se

pertinente que após a validação do NAS para Português, os serviços de saúde optem por o pôr em prática.

A categoria “Atividades Básicas” foi a que implicou maior carga de trabalho de enfermagem, correspondendo a 1,075 horas por dia. Das atividades básicas mais desenvolvidas pela equipa de enfermagem, destacou-se a administração de diversos medicamentos endovenosos e a realização de colheita de espécimes para análise, o que revela um predomínio de intervenções interdependentes do enfermeiro em prole de atividades autónomas. Este achado pode ser fundamentado pelo fato de em situações de emergência os cuidados de enfermagem serem efetuados de forma interdependente, ou seja, os enfermeiros atuam em complementaridade de funções com outros profissionais de saúde (Deodato, 2008).

No que diz respeito às intervenções que não foram realizadas durante a colheita de dados, particularmente, “catéter arterial periférico”, “monitorização do átrio esquerdo”, “técnicas de hemofiltração” e “medida de pressão intracraniana”, deve-se ao fato de não estarem criadas condições, quer em termos de recursos materiais quer relativamente ao apoio de especialidades como medicina intensiva e neurocirurgia no SUMC da UCR.

Das sete categorias do TISS-28, a única que não despendeu horas de cuidados de enfermagem foi a categoria “Suporte Neurológico”, o que se pode justificar pelo fato de no trabalho de campo se ter verificado que quando os utentes necessitam de cuidados do foro neurológico ou neurocirúrgico são transferidos para o Hospital de Santa Maria.

Relação entre a carga de trabalho de enfermagem e as características sociodemográficas

A correlação estatisticamente significativa existente entre a carga de trabalho de enfermagem e a idade, indica que com o aumento da idade está implícito uma maior carga de trabalho de enfermagem. Os resultados obtidos neste trabalho aproximam-se do estudo elaborado por Kiekkas et al. (2007) onde constataram que utentes com idade avançada pressupõem um aumento do número de doenças associadas que podem acarretar instabilidade hemodinâmica, logo necessidade de maior controle e vigilância. Relativamente a outras pesquisas efetuadas, por um lado, Guedes (2014) e Sousa et al. (2008) revelaram que o fator idade está diretamente relacionado com a elevada carga de

trabalho, pois à medida que a idade aumenta a pontuação do TISS-28 também aumenta e, previsivelmente, a gravidade clínica. Por outro lado, os estudos de Coelho et al. (2011) e Gonçalves e Padilha (2007) mencionam que a variável idade não é preditiva da carga de trabalho de enfermagem.

O mesmo não se verificou com o género, uma vez que não se confirmou existir uma relação estatisticamente significativa com a carga de trabalho. Ainda no que concerne ao género, apenas os resultados obtidos no estudo de Coelho et al. (2011) foram semelhantes aos desta investigação.

Relação entre a carga de trabalho de enfermagem e as características clínicas

A relação entre o grau de dependência e a carga de trabalho de enfermagem foi uma das condições testadas e apontou a existência de uma correlação estatisticamente significativa e negativa, ou seja, quanto mais dependente é o utente maior a carga de trabalho. Concluiu-se assim que o grau de dependência mostrou ser preditor da carga de trabalho de enfermagem. Este dado é corroborado pelo estudo elaborado por Gonçalves e Padilha (2007), pois detetaram que o grau de dependência do utente crítico também é considerado um fator preditivo da carga de trabalho de enfermagem. Para Carayon e Gurses (2005) quando um utente em situação crítica apresenta confusão ou agitação psicomotora, automaticamente aumenta o seu grau de dependência e conseqüentemente requer maior carga de trabalho de enfermagem.

A correlação positiva muito fraca mas estatisticamente significativa relativamente à duração do internamento na SO e ao tempo de permanência no SU com a carga de trabalho de enfermagem parece ir no sentido inverso ao estudo de Gonçalves e Padilha (2007). Os referidos autores apuraram que apenas os utentes que permaneceram internados no SU mais de seis dias apresentam uma elevada carga de trabalho de enfermagem nas primeiras 24 horas de internamento.

No que diz respeito à relação entre a carga de trabalho de enfermagem e a variável “destino” a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis não confirmou os dados do estudo de Gonçalves e Padilha (2007) que constatou que os utentes que evoluíram para óbito envolveram maior carga de trabalho de enfermagem.

Salienta-se que a revisão integrativa da literatura efetuada durante esta dissertação de mestrado revelou a inexistência de estudos que relacionam a carga de trabalho de enfermagem com determinadas características como as sociodemográficas e as clínicas em SU. Porém, em UCI gerais e de trauma, encontram-se alguns estudos que relacionam as variáveis descritas. No caso do trabalho de Coelho et al. (2011), relacionaram com a idade, o gênero, o tempo de internamento, o destino, o tipo de internamento, a procedência e a gravidade (através do SAPS II). Goulart, Aoki, Vegian e Guirardello (2014) compararam a carga de trabalho de enfermagem (através do NAS) com as variáveis sexo, diagnóstico, procedência, tratamento e condições de alta. No estudo de Padilha et al. (2007) a carga de trabalho de enfermagem foi relacionada com o sexo, a idade, a procedência, o tipo de tratamento, os motivos do internamento, a condição de saída, o tempo de permanência no serviço e a gravidade (através do SAPS II).

Relação entre a carga de trabalho de enfermagem e o nível de prioridade clínica

Relacionando os diferentes níveis de prioridade clínica com a carga de trabalho de enfermagem, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas. Este resultado não vai de encontro aos dados alcançados nas investigações de Júnior et al. (2012) e Guedes et al. (2015), que concluíram que o PTM era um bom preditor da carga de trabalho de enfermagem. O fato do estudo de Júnior et al. (2012) tratar-se de um estudo de coorte prospectivo e analítico com uma amostra de 300 utentes e de no estudo de Guedes et al. (2015) terem utilizado o método observacional prospectivo com 577 utentes pode ser a razão para as diferentes conclusões.

Após a análise e discussão dos resultados, há determinadas limitações relacionadas com a investigação que devem ser tidas em conta de modo a precaver a sua interpretação e generalização.

Entre as limitações, destaca-se o fato da amostra ter sido não probabilística e por conveniência, isto é, não é possível generalizar os resultados com precisão estatística uma vez que os utentes não foram selecionados através de critérios estatísticos.

Uma outra fragilidade desta investigação prende-se com a colheita de dados ter sido efetuada através dos registos de enfermagem no programa ALERT®, e algumas atividades podem ter sido realizadas e não registadas, portanto, subestimadas.

Durante o trabalho de campo, verificou-se que alguns utentes admitidos na SO, por um período inferior a 24 horas, implicaram uma elevada carga de trabalho de enfermagem, contudo o resultado foi o óbito dos mesmos ou o transporte para outros Hospitais de referência (Hospital de Santa Maria, Pulido Valente, Santa Cruz, entre outros), considerando-se, assim, mais um dado limitador.

Outro ponto limitador depreende-se com o NAS ainda não estar validado em Portugal, pois, como referem Gonçalves e Padilha (2007), este instrumento de mensuração da carga de trabalho de enfermagem revela cerca de duas vezes mais o tempo utilizado pelos enfermeiros aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, comparativamente ao TISS-28.

CONCLUSÃO

Empiricamente, nos SU, os enfermeiros são sujeitos a uma sobrecarga de cuidados que, usualmente, não é fundamentada com dados concretos. Uma prática baseada na evidência é de extrema importância para justificar determinadas decisões da prática clínica, procurando a excelência do cuidar. Neste capítulo serão explanadas as principais conclusões deste estudo, bem como as suas implicações para a prática e para a investigação.

Ao longo do desenvolvimento do enquadramento teórico, realizado através da pesquisa bibliográfica e de uma revisão integrativa da literatura, foi notório a escassez de estudos que relacionam o PTM com a carga de trabalho de enfermagem. Face aos resultados obtidos este terá sido o primeiro estudo português que visou avaliar a análise preditiva entre o PTM e a carga de trabalho de enfermagem num SU.

Através da revisão bibliográfica, constatou-se a existência de diversos fatores que estão associados ao aumento da carga de trabalho de enfermagem, como a idade (Sousa et al., 2008), o tempo de internamento (Coelho et al., 2011; Gonçalves & Padilha, 2007), o destino (apenas em caso de óbito) (Gonçalves & Padilha, 2007), o tipo de internamento (apenas o cirúrgico) (Inoue et al., 2011; Sousa et al., 2008), o grau de dependência (Gonçalves & Padilha, 2007) e a gravidade clínica avaliada através do SAPS II (Coelho et al., 2011; Sousa et al., 2008).

O presente estudo decorreu na SO do SUMC da UCR, incluindo a avaliação da carga de trabalho de enfermagem através do TISS-28 junto de uma amostra de 105 utentes.

A mensuração da carga de trabalho de enfermagem nas primeiras 24 horas após a admissão do utente na SO foi de 12,780 pontos (DP = 6,259), que corresponde a cerca de 2,258 horas/turno por utente. Dado o rácio enfermeiro/utente existente na SO do SUMC da UCR ser de 1/5,5, obtém-se uma elevada carga de trabalho de enfermagem que pode colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados (Gonçalves & Padilha, 2007). Segundo a OE (2014, p. 5) a “dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices

de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização.”

Durante a elaboração desta investigação concluiu-se que à medida que a idade aumenta, a carga de trabalho também aumenta. O mesmo se verifica em relação ao grau de dependência, isto é, quanto mais dependente é o utente, maior a carga de trabalho de enfermagem. A duração do internamento na SO e o tempo de permanência no SU também implicam maior carga de trabalho. Contrariamente, a variável género e o destino não revelaram ser fatores preditivos da carga de trabalho de enfermagem.

Na presente investigação, o PTM não mostrou ser um bom preditor da carga de trabalho de enfermagem, uma vez que utentes classificados pelo PTM nas categorias de maior gravidade clínica não foram os que originaram maior dispêndio de horas de cuidados de enfermagem.

Uma das principais dificuldades sentida na realização deste estudo relaciona-se com a escassez de investigação científica sobre a avaliação da carga de trabalho de enfermagem em contextos de SU, contrastando com a diversidade de estudos efetuados em UCI.

A colheita dos dados pelo próprio investigador, através da consulta dos registos clínicos eletrónicos, foi um processo moroso e cansativo, agudizado pelo fato de alguma informação não estar claramente referenciada no processo clínico. Por exemplo, a inexistência de um item no ALERT® que mostre que o utente realizou uma tomografia axial computadorizada forçou o investigador a ler todos os registos de enfermagem e médicos, inerentes às primeiras 24 horas de estadia do utente na SO, de modo a confirmar se o item “Intervenção Específica fora da UCI” deveria ou não ser contabilizado.

Contribuições do estudo empírico

Após a realização desta investigação, é importante referir que torna-se imprescindível a utilização de um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na SO do SUMC da UCR, pois a existência de índices que avaliem a carga de trabalho de

enfermagem e as respetivas intervenções realizadas, será um contributo crucial para a atual prática clínica, sobretudo no que diz respeito à gestão de recursos materiais e humanos, promovendo assim, a qualidade assistencial (Calvo, 2011; Direção-Geral da Saúde, 2003; Júnior et al., 2012).

Ainda no âmbito da gestão, Godinho (2012) acrescenta que os instrumentos de medição de carga de trabalho em enfermagem são fundamentais porque permitem a previsão da necessidade de recursos humanos de enfermagem, a redução da taxa de erros de procedimentos de enfermagem, a melhoria da gestão dos recursos hospitalares, a melhoria da qualidade do serviço ao consumidor e melhores cuidados de enfermagem prestados aos utentes.

Implicações para a prática

Face aos resultados obtidos nesta investigação é possível apontar algumas sugestões para a prática clínica.

A avaliação diária do TISS-28, e não apenas nas primeiras 24 horas, seria importante para obtermos o perfil evolutivo do utente, pois como refere Calvo (2011), o intuito da aplicação do TISS-28 não é fazer prognósticos, mas pode ser uma ferramenta essencial na análise evolutiva do agravamento do estado da pessoa em situação crítica.

A aplicação de um instrumento que avalie o grau de dependência dos utentes admitidos na SO do SUMC da UCR também poderá ser uma mais valia, pois como foi confirmado no presente estudo, o grau de dependência é um fator preditor da carga de trabalho de enfermagem.

A colheita dos dados efetuada através da observação dos registos de enfermagem na plataforma ALERT®, permitiu a consideração de algumas sugestões para a equipa de enfermagem, tais como potenciar funcionalidades que já estão incluídas no programa informático, tais como a realização de “Registos Hídricos” (balanço hídrico, registo de diurese, registo de drenagens) e o recurso aos “Instrumentos de avaliação” (que inclui o Índice de Barthel).

Implicações para a investigação

Visto que os trabalhos de investigação são processos contínuos, onde podem surgir novos resultados, novas ideias e novas questões que poderão suscitar interesse, sugere-se a validação para português europeu do instrumento de mensuração da carga de trabalho de enfermagem NAS bem como a replicação deste estudo através da aplicação do NAS em detrimento do TISS-28, face à sua maior sensibilidade na mensuração das atividades de enfermagem (Queijo & Padilha, 2009).

Também seria pertinente a concretização de estudos que relacionem a carga de trabalho de enfermagem com as características sociodemográficas, clínicas e com o PTM em outros SU do país, sobretudo nas Salas de Observações e nas Unidades de Decisão Clínica.

Em suma, dado o cariz complexo do cuidar a pessoa em situação crítica num SU, mais especificamente na SO, torna-se perentório avaliar a gravidade dos utentes e a carga de trabalho de enfermagem inerente, criando, assim, novas técnicas de gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care: A thinking-in-action approach*. 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company, 576p.
- Calvo, V. M. C. (2011). Relatório de estágio. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras - Pólo de Viseu.
- Campos, L. (2014). Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência. In Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 15 de setembro de 2016 em http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%A4ncia_e_Urg%C3%A4ncia.pdf.
- Carayon, P. & Gurses, A. P. (2005). A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. *Intensive Critical Care Nurs.*, 21 (5), 284-301.
- Chambel, É. M. G. M. (2012). *Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Coelho, F. U. A., Queijo, A. F., Andolhe, R., Gonçalves, L. A., & Padilha, K. G. (2011). Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de cardiologia e fatores clínicos associados. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20 (4), 735-41.
- Cullen, D. J., Civetta, J. M., Briggs, B. A., & Ferrara, L. C. (1974). Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. *Critical care medicine*, 2 (2), 57-60.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*, Edições Almedina, Coimbra.
- Despacho nº 19124/2005 de 2 de setembro. Diário da República, 2.ª série — N.º 169. Ministério da Saúde.
- Despacho nº 5414/2008 de 28 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série — N.º 42. Ministério da Saúde.
- Despacho Normativo nº 11/2002 de 6 de março. Diário da República, 1ª série – B – N.º 55. Ministério da Saúde.

- Direção de Serviços e Planeamento (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção de Serviços e Planeamento (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2007). Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência. 3ª Rev. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Evans, J. D. (1996). Straightforward statistics for the behavioral sciences. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Feitosa, M. C., Soares, L. S., Beleza, C. M. F., da Silva, G. R. F., & Leite, I. R. L. (2014). Uso de Escalas / testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. SANARE - Revista de Políticas Públicas, 13 (2), 92-97.
- Ferreira, P. C., Machado, R. C., Vítor, A. F., Lira, A. L. B. D. C., & Martins, Q. C. S. (2014). Dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: evidências sobre o Nursing Activities Score. Rev. RENE, 15 (5), 888-897.
- Fortin, M. -F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (1ª edição) (N. Salgueiro Trad.) Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. -F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2009). A investigação científica. In M. -F. Fortin, O Processo de Investigação - da concepção à realização (5ª edição) (pp. 15 - 24). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. -F., & Ducharme, F. (2009). Os estudos de tipo correlacional. In M. -F. Fortin, O Processo de Investigação - da concepção à realização (5ª edição) (pp. 171 - 182). Loures: Lusociência.
- Garcia, P. C., Gonçalves, L. A., Ducci, A. J., Toffoleto, M. C., Ribeiro, S. C., & Padilha, K. G. (2005). Intervenções terapêuticas em unidade de terapia intensiva: análise segundo o Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). Rev. bras. enferm, 58 (2), 194-199.
- Girardello, D., Nicola, A. & Fernandes, L. (2013). Assistência de enfermagem: horas requeridas para o cuidado do paciente crítico. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene, 14 (6), p. 1084-91.
- Godinho, E. (2012). Identificação e análise do rácio enfermeiro/doente em serviços de cuidados intermédios. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa.
- Gonçales, P. C., Júnior, D. P., Salgado, P. O., & Chianca, T. C. M. (2015). Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a Emergency Hospital. Investigación y Educación en Enfermería, 33(3), 424-431.

- Gonçalves, L. & Padilha, K. (2007). Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, 41(4), p. 645-52.
- Goulart, L. L., Aoki, R. N., Vegian, C. F. L., & Guirardello, E. B. (2014). Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16 (2), 346-51.
- Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010). Sistema Manchester de Classificação de Risco. Classificação de risco na urgência e emergência. 1. ed. Brasil.
- Grupo Português de Triagem (2010). Triagem no Serviço de Urgência: Protocolo de Triagem de Manchester - Manual do Formando (2.^a Edição). Amadora: Grupo Português de Triagem.
- Guedes, H. (2014). Valor de predição do protocolo Manchester em um hospital do Vale do Jequitinhonha. Dissertação de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, Brasil.
- Guedes, H. M., Almeida, Á. G. P., Ferreira, F. D. O., Vieira Júnior, G., & Chianca, T. C. M. (2014). Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 37-44.
- Guedes, H., Martins, J. & Chianca, T. (2015). Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (1), p. 45-51.
- Inoue, K. C., Kuroda, C. M., & Matsuda, L. M. (2011). Nursing activities scores (NAS): carga de trabalho de enfermagem em uti e fatores associados. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10 (1), 134-140.
- Júnior, D., Salgado, P., & Chianca, T. (2012). Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (6), p. 1041-1047.
- Justo, A. R. M. (2015). Caracterização e análise das admissões hospitalares na urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE: um estudo com os utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Kiekkas, P., Brokalaki, H., Manolis, E., Samios, A., Skartsani, C. & Baltopoulos, G. (2007). Patient severity as an indicator of nursing workload in the intensive care unit. *Nurs Critical Care*, 12 (1): 34-41.
- Lima, L. B. D. (2010). Nursing activities score para avaliação da carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

- Machado, H. (2008). Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Maestri, E., do Nascimento, E. R. P., Bertencello, K. C. G., & Martins, J. J. (2012). Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 20 (1), 73-78.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Martins, H. M. G., Cuña, L. D. C. D., & Freitas, P. (2009). Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emergency Medicine Journal*, 26 (3), 183-186.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, Vol. 12, N.º 2, p. 62-66.
- Massa, E. R., Bolívar, L. J. P., Melgar, C. P., & Duque, C. A. P. (2011). Relación entre la carga laboral de enfermería y la gravedad del paciente en unidades de cuidado intensivo de adultos. *Aquichan*, 11 (2), 173-186.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17 (4), 758-764.
- Miranda, D. R., de Rijk, A., & Schaufeli, W. (1996). Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items--results from a multicenter study. *Critical care medicine*, 24 (1), 64-73.
- Moreira, C. T. P. (2010). Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade? Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências - Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto.
- Moreno, R., & Morais, P. (1997). Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. *Intensive care medicine*, 23 (6), p. 640-644;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C., Kimura, M., Miyadahira, A. M. K., da Cruz, D. A. L. M., de Fátima Vattimo, M., ... & Mayor, E. R. C. (2007). Nursing workload in intensive care units: a study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). *Intensive and Critical Care Nursing*, 23 (3), 162-169.

- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C., Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. A. L. M., Vattimo, M. F. F., Kimura, M., ... & Ducci, A., J. (2005). Therapeutic intervention scoring system – 28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (2): 229-33.
- Paixão, T. C. R., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Okuno, M. F. P., & Batista, R. E. A. (2015). Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um hospital-escola. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (3), 481-487.
- Parenti, N., Reggiani, M. L. B., Iannone, P., Percudani, D., & Dowding, D. (2014). A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *International journal of nursing studies*, 51 (7), 1062-1069.
- Perroca, M. G., & Gaidzinski, R. R. (1998). Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32 (2), 153-168.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS (6.ª Edição)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pinto, T., & Pires, M. (2009). TISS-28 e a sua capacidade prognóstica. *Rev Port Med Int*, 16 (2), 11-14.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Queijo, A. & Padilha, K. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (spe), p. 1018-1025.
- Queijo, A. F. (2002). 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). Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Rossetti, A. C., Gaidzinski, R. R., & Fugulin, F. M. T. (2013). Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (spe), 225-232.
- Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. G. (2014). Manchester Triage System version II and resource utilisation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31 (2), 148-152.
- Santos, A., Peixoto, C., & Tomás, A. (2013). Tradução, adaptação e validação da escala Jones dependency tool. *Enfermagem*, 22-28.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*, nº 16, 3-13.
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 6ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- Silva, A. M. F. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina do Porto, Porto.
- Soares, M. L. (2012). *O Therapeutic Scoring System 28, A Importância do seu Registo numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia - Universidade do Porto, Porto.
- Soares, R., Ascari, T. M. & Ascari, R. A. (2013). Classificação de risco: implantação do sistema de Manchester em uma unidade de Pronto Atendimento. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, Vol. 3., n. 1, 11-15.
- Sousa, C. R., Gonçalves, L. A., Toffoleto, M. C., Leão, K., & Padilha, K. G. (2008). Preditores da demanda de trabalho de enfermagem para idosos internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (2), 218-223.
- Souza, C. C., Araújo, F. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (1), 144-151.
- Souza, C. C., Toledo, A. D., Tadeu, L. F. R., & Chianca, T. C. M. (2011). Classificação de risco em pronto-socorro: Concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (1), 26-33.
- Storm-Versloot, M. N., Ubbink, D. T., Kappelhof, J., & Luitse, J. S. (2011). Comparison of an informally structured triage system, the emergency severity index, and the manchester triage system to distinguish patient priority in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 18 (8), 822-829.
- Teixeira, J. (s.d.). *Emergência Médica, Evolução do Conceito e da Organização*. In Ponce, P. & Teixeira, J. (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. (pp. 1 – 3). Lisboa: Lidel.
- Tranquietelli, A. M. & Ciampone, M. H. T. (2007). Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (3), 371-7.
- Tranquietelli, A. M., & Padilha, K. G. (2007). Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (1), 141-146.
- Vaz, C. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta – Lisboa, Portugal.

- Vincent, J. L., & Moreno, R. (2010). Clinical review: scoring systems in the critically ill. *Critical care*, 14(2), 1.
- World Medical Association (2008). WMA Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects (59th WMA General Assembly, Seoul, Korea). Acedido em 1 de setembro de 2016 em <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.
- Wulp, I. V., Schrijvers, A. J. P., & Van Stel, H. F. (2009). Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emergency medicine journal*, 26 (7), 506-509.

ANEXOS

ANEXO I

Formulário I - Caracterização sociodemográfica e clínica

FORMULÁRIO I - Caracterização sociodemográfica e clínica

Nº do episódio: _____

1. Género:

1.1. Feminino

1.2. Masculino

2. Idade: _____

3. Índice de Barthel: _____ (pontuação total)

3.1. Autónomo

3.2. Dependente Leve

3.3. Dependente Moderado

3.4. Dependente Grave

3.5. Dependente Total

4. Prioridade clínica:

4.1. <input type="checkbox"/> Branco	4.4. <input type="checkbox"/> Amarelo
4.2. <input type="checkbox"/> Azul	4.5. <input type="checkbox"/> Laranja
4.3. <input type="checkbox"/> Verde	4.6. <input type="checkbox"/> Vermelho

5. Proveniência:

5.1. <input type="checkbox"/> Domicílio/Exterior	5.5. <input type="checkbox"/> Referenciado de um consultório
5.2. <input type="checkbox"/> Referenciado do Hospital de Peniche	5.6. <input type="checkbox"/> Trazido pela VMER
5.3. <input type="checkbox"/> Referenciado de outra instituição de saúde	5.7. <input type="checkbox"/> Referenciado de outro serviço da UCR
5.4. <input type="checkbox"/> Retorno para área de residência	5.8. <input type="checkbox"/> Lar
5.9. <input type="checkbox"/> Corredor macas SUMC UCR	5.10. <input type="checkbox"/> Outro

6. Especialidade:

6.1. Médica

6.2. Cirúrgica

6.3. Ortopédica

7. Duração do internamento na SO: _____ (minutos)

8. Tempo de permanência no Serviço de Urgência: _____ (minutos)

9. Destino:

9.1. <input type="checkbox"/> Domicílio	9.6. <input type="checkbox"/> Hospital de Santa Maria
9.2. <input type="checkbox"/> Serviço de Medicina	9.7. <input type="checkbox"/> Outro Hospital
9.3. <input type="checkbox"/> Bloco Operatório	9.8. <input type="checkbox"/> Morgue
9.4. <input type="checkbox"/> Serviço de Cirurgia	9.9. <input type="checkbox"/> Alta contra parecer médico
9.5. <input type="checkbox"/> Hospital de Peniche	9.10. <input type="checkbox"/> Corredor macas SUMC UCR

10. Readmissão nas 72 horas:

10.1. Sim

10.2. Não

ANEXO II

Formulário II - Avaliação da carga de trabalho de enfermagem através do TISS-28

FORMULÁRIO II - Avaliação da carga de trabalho de enfermagem através do

TISS-28

Nº do episódio: _____

Atividades Básicas		
1. Monitorização padrão. Sinais Vitais horários, registos e cálculo do balanço hídrico.	5	
2. Laboratório. Investigações, bioquímicas e microbiológicas.	1	
3. Medicação única. Endovenosa, intramuscular, subcutânea, e/ou oral /SNG.	2	
4. Medicamentos endovenosos múltiplos. Mais que uma droga.	3	
5. Troca de curativos de rotina. Cuidado e prevenção de úlceras de decúbito / troca diária de curativo.	1	
6. Trocas frequentes de curativos. Troca frequente de curativo (pelo menos uma vez por turno de enfermagem) e/ou cuidados com feridas extensas.	1	
7. Cuidados com drenos. Todos (exceto SNG).	3	
Suporte Ventilatório		
8. Ventilação mecânica. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem PEEP, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com PEEP.	5	
9. Suporte ventilatório suplementar. Respiração espontânea através do tubo endotraqueal sem PEEP; O ₂ suplementar por qualquer método, exceto aplicação de parâmetros de ventilação mecânica.	2	
10. Cuidados com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou traqueostomia.	1	
11. Tratamento para melhoria da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia de inalação, aspiração endotraqueal.	1	
Suporte Cardiovascular		
12. Medicação vasoativa única. Qualquer droga vasoativa.	3	
13. Medicação vasoativa múltipla. Mais que uma droga vasoativa independente do tipo e dose.	4	
14. Reposição de grandes perdas volémicas. Administração de volume > 4,5 litros/dia, independente do tipo de fluido administrado.	4	
15. Catéter arterial periférico.	5	
16. Monitorização do átrio esquerdo. Catéter de artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	8	
17. Via venosa central.	2	
18. Ressuscitação cardiopulmonar (PCR nas últimas 24 horas).	3	
Suporte Renal		
19. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	3	
20. Medida quantitativa do débito urinário, com ou sem algum tipo de cateter urinário.	2	
21. Diurese ativa (ex: furosemida > 0,5 mg/kg/dia).	3	
Suporte Neurológico		
22. Medida de pressão intracraniana.	4	
Suporte Metabólico		
23. Tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada.	4	
24. Nutrição parenteral Total endovenosa.	3	
25. Nutrição enteral (ex. SNG) ou outra via como por ex. jejunostomia.	2	
Intervenções específicas		
26. Intervenção específica única na UCI. Intubação naso ou orotraqueal, colocação de pacemaker, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência nas últimas 24h, lavagem gástrica: não estão incluídas intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições do paciente, tais como radiografias, ecografias, ECG, curativos, introdução de cateter venoso central.	3	

27. Intervenções específicas múltiplas na UCI. Mais que uma conforme descritas acima.	5	
28. Intervenções específicas fora da UCI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	5	
TOTAL		
Existem actividades que se excluem mutuamente: “medicação E.V. múltipla” / “medicação E.V. única”; “ventilação mecânica” / “suporte ventilatório suplementar”; “medicação vasoactiva múltipla” / “medicação vasoactiva simples”; “intervenções específicas múltiplas” / “intervenção específica única na UCI		

Fonte: Adaptado de Padilha et al. (2005).

ANEXO III

Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL	Data ___/___/___
Alimentação <ul style="list-style-type: none"> • Independente • Necessita de ajuda ou dieta modificada • Totalmente dependente 	10 5 0
Higiene Pessoal (Barbear-se/Pentear-se/Maquilhar-se/Lavar os dentes) <ul style="list-style-type: none"> • Independente • Necessita de ajuda 	5 0
Controlo Vesical <ul style="list-style-type: none"> • Contínente • Acidental Ocasional • Incontínente (ou algaliado) 	10 5 0
Controlo Anal <ul style="list-style-type: none"> • Contínente • Acidente Ocasional • Incontínente (ou necessita de clister) 	10 5 0
Transferência (cama/cadeira ou vice-versa) <ul style="list-style-type: none"> • Independente • Alguma ajuda (verbal ou física) • Muita ajuda (pode manter-se sentado) • Totalmente dependente, incapaz de manter a postura sentado 	15 10 5 0
Mobilidade/Deslocação <ul style="list-style-type: none"> • Independente (pode usar ajuda técnica) • Ajuda de uma pessoa (verbal ou física) • Independente em cadeira de rodas • Imóvel 	15 10 5 0
Utilização da sanita (WC) <ul style="list-style-type: none"> • Independente (sentar, levantar, vestir, puxar autoclismo) • Necessita de alguma ajuda • Totalmente dependente 	10 5 0
Vestir-se <ul style="list-style-type: none"> • Independente (incluindo botões, atacadores) • Necessita de ajuda • Totalmente dependente 	10 5 0
Banho <ul style="list-style-type: none"> • Independente • Necessita de ajuda 	5 0
Subir/Descer Escadas <ul style="list-style-type: none"> • Independente • Necessita de ajuda (verbal, física ou ajudas técnicas) • Incapaz 	10 5 0
TOTAL (0 a 100 pontos)	
Autónomo – 100 pontos Dependente Leve - > 60 pontos Dependente Moderado - > 40 e ≤ 60 pontos Dependente Grave - ≥ 20 e ≤ 40 pontos Dependente Total - < 20 pontos	

Fonte: Adaptado de Mahoney & Barthel (1965).

ANEXO IV

Documento de apoio sobre os itens do TISS-28

DOCUMENTO DE APOIO SOBRE OS ITENS DO TISS-28

Actividades básicas

1. Monitorização padrão. Controle rígido de sinais vitais, e balanço hídrico.

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

2. Laboratório e culturas de rotina.

Aplica-se à pessoa submetida a qualquer exame bioquímico ou microbiológico, independentemente da quantidade, realizados em laboratório ou à beira do leito.

3. Medicação única endovenosa. Medicação intramuscular, subcutânea, e/ou oral.

Inclui a pessoa que recebeu uma ou mais drogas por via IM, SC, PO ou uma única droga endovenosa. Considere a quantidade de drogas e não a frequência de administração. Não se aplica como droga EV o soro de manutenção.

4. Medicação endovenosa múltipla ou simples por bomba/seringa de infusão.

Inclui a pessoa que recebeu duas ou mais drogas por via endovenosa ou uma em perfusão contínua. Considere a quantidade de drogas e não a frequência de administração. Não se aplica como droga EV o soro de manutenção.

5. Troca de roupa de rotina. Mudanças de decúbito.

Aplica-se à pessoa em que apenas houve as trocas de roupa protocoladas, ou fez mudanças de decúbito.

6. Trocas frequentes de roupa. Cuidados com pensos cirúrgicos.

Aplica-se à pessoa em que houve troca de roupa frequente, pelo menos uma vez por turno, ou a quem foram prestados cuidados a feridas cirúrgicas.

7. Cuidados com drenagens.

Aplica-se à pessoa que esteja com qualquer sistema de drenagem instalado. Inclui sonda vesical e exclui sonda nasogástrica (SNG).

Suporte ventilatório

8. Ventilação mecânica. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória positiva final, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com pressão expiratória positiva final.

Aplica-se à pessoa em uso de aparelho de ventilação mecânica de modo contínuo ou intermitente, em qualquer modalidade, com ou sem tubo endotraqueal.

9. Suporte ventilatório suplementar. Respiração espontânea através do tubo endotraqueal, sem pressão expiratória positiva final; oxigênio suplementar por qualquer método, exceto aplicação de parâmetros de ventilação mecânica.

Aplica-se à pessoa em respiração espontânea, com ou sem traqueotomia ou tubo endotraqueal, que tenha recebido oxigênio suplementar por qualquer método, excetuando-se aqueles métodos que dependem de aparelho de ventilação. Nestes casos o paciente pontua no item anterior.

10. Cuidados com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou traqueotomia.

Aplica-se à pessoa com tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueotomia.

11. Fisioterapia respiratória, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.

Aplica-se à pessoa que tenha recebido qualquer tratamento para a melhoria da função pulmonar, realizado com qualquer frequência. Inclui exercícios respiratórios com aparelho.

Suporte cardiovascular

12. Medicação vasoativa única.

Aplica-se à pessoa que tenha recebido somente uma droga vasoativa, independentemente do tipo e da dose (noradrenalina, dopamina, dobutamina).

13. Medicação vasoativa múltipla.

Aplica-se à pessoa que tenha recebido duas ou mais drogas vasoativas, independentemente do tipo e da dose (noradrenalina, dopamina, dobutamina).

14. Reposição endovenosa de grandes perdas da volêmia. Administração de volume > 4.5 litros/dia, independentemente do tipo de fluido administrado.

Aplica-se à pessoa que tenha recebido quantidade superior a 4.5 litros de solução por dia, independentemente do tipo de fluido administrado.

15. Linha arterial.

Aplica-se à pessoa que tenha usado um ou mais cateteres em artéria periférica.

16. Monitorização do débito cardíaco.

Aplica-se à pessoa que tenha usado cateter na artéria pulmonar (Swan-Ganz).

17. Uso de cateter venoso central.

Aplica-se à pessoa com um ou mais cateteres em veia venosa central, excluindo cateter Swan-Ganz.

18. Ressuscitação cardiorrespiratória nas últimas vinte e quatro (24) horas (exclui soco precordial).

Aplica-se à pessoa que tenha tido paragem cardiorrespiratória e recebido medidas de reanimação, excluindo soco precordial simples.

Suporte renal

19. Técnicas de hemofiltração. Técnicas de diálise.

Aplica-se à pessoa que tenha recebido qualquer tipo de procedimento dialítico, intermitente ou contínuo.

20. Monitorização do débito urinário.

Aplica-se à pessoa com controlo de diurese, com ou sem cateter urinário.

21. Diurese ativa.

Aplica-se à pessoa que tenha recebido qualquer droga para estimular a produção de urina (furosemida, manitol, aldactone, etc.).

Suporte neurológico

22. Medição da pressão intracraniana.

Aplica-se à pessoa que mantém artefactos para monitorização da PIC.

Suporte metabólico

23. Tratamento medicamentoso da acidose/alcalose metabólica complicada.

Aplica-se à pessoa que recebeu droga específica para a correção da acidose ou alcalose metabólica, excluindo-se a reposição volêmica para corrigir alcalose.

24. NPT – Nutrição parenteral total.

Aplica-se à pessoa que recebeu infusão venosa central ou periférica de substâncias com a finalidade de suprir as necessidades nutricionais.

25. Nutrição enteral através da sonda nasogástrica ou outra via enteral.

Aplica-se à pessoa que recebeu substâncias com a finalidade de suprir as necessidades nutricionais, através de sonda, por qualquer via do trato gastrointestinal.

Intervenções específicas

26. Intervenção específica única na UCI. Entubação naso/orotraqueal ou traqueostomia, introdução de pacemaker, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência nas últimas 24 horas, lavagem gástrica, realização de pensos de feridas extensas, colocação de CVC e DIC, outros procedimentos cirúrgicos: não estão incluídas intervenções de rotina sem consequências diretas para a condição clínica da pessoa, tais como radiografias, electrocardiograma, pensos simples, introdução de cateter venoso ou arterial.

Aplica-se à pessoa submetida a uma única intervenção diagnóstica ou terapêutica, dentre as listadas, realizada na UCI.

27. Intervenções específicas múltiplas na UCI. Mais do que uma conforme descritas acima.

Aplica-se à pessoa submetida a duas ou mais intervenções diagnósticas ou terapêuticas, dentre as listadas, realizadas dentro da UCI.

28. Intervenções específicas fora da UCI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.

Aplica-se à pessoa submetida a uma ou mais intervenções diagnósticas ou terapêuticas realizadas fora da UCI.

ANEXO V

Pedido de autorização, autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Oeste e parecer da Comissão de Ética

Leiria, 19 de fevereiro de 2016

Exma. Sr.^a Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar do Oeste,
Doutora Ana Paula de Jesus Harfouche

ASSUNTO: Pedido de Autorização para aplicação de Questionário e Formulário no âmbito da Dissertação de Mestrado

Eu, Ana Luísa Aveiro Castro Morins, Enfermeira e Aluna de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para aplicação de um questionário e de um formulário desenvolvidos no âmbito da Dissertação de Mestrado.

Este Trabalho de Investigação, realizado com a Orientação do Professor Pedro Sousa, intitulado “Validade preditiva do Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) na avaliação da carga de trabalho de enfermagem” nos utentes admitidos na Sala de Observações (SO) do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) da Unidade de Caldas da Rainha (UCR), e tem como objetivos principais:

- Avaliar as características sociodemográficas (idade, género, grau de dependência e proveniência) dos utentes admitidos na SO;
- Identificar o nível de prioridade clínica dos utentes admitidos na SO;
- Caracterizar a amostra quanto à evolução clínica durante o período de internamento no SUMC (tempo de permanência, destino e readmissão nas 72 horas);
- Avaliar o índice da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO;
- Relacionar o índice da carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na SO com as características sociodemográficas (faixa etária, género, grau de dependência e proveniência), com a sua evolução clínica durante o período de

internamento no SUMC (tempo de permanência, destino e readmissão nas 72 horas) e com o seu nível de prioridade clínica.

O Trabalho de Investigação será desenvolvido através de dois Instrumentos de colheita de dados, um formulário e um questionário. Os dados do formulário serão colhidos pelo investigador através dos registos clínicos eletrónicos. O questionário será a aplicação do instrumento *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) – 28 e preconiza-se que seja preenchido pelos enfermeiros que estarão na prestação direta de cuidados ao utente na SO.

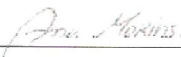
Declaro que a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos serão garantidos, sendo que no final do Trabalho de Investigação os Instrumentos de colheita de dados serão destruídos. Caso seja do vosso interesse, os resultados deste Estudo serão disponibilizados ao Centro Hospitalar do Oeste.

Envio em anexo o Protocolo de Investigação Científica (Anexo I) e Instrumentos de colheita de dados (Anexo II).

Aguardando a vossa confirmação, desde já agradeço a disponibilidade e colaboração.

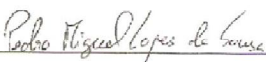
Com os meus melhores cumprimentos pessoais,

A Aluna Ana Morins,



(contato telefónico: 964341081; endereço eletrónico: ana_castro83@hotmail.com)

O Orientador Pedro Sousa,



(contato telefónico: 244845300; endereço eletrónico: pedro.sousa@ipleiria.pt)

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DO OESTE

Projecto: Validade preditiva do protocolo de Triagem de Manchester (PTM) na avaliação da carga de trabalho de enfermagem

Nome da requerente: Ana Luísa Castro Morins, estudante do 2º Ano do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Orientador: Professor Doutor Pedro Sousa

População alvo: Utentes admitidos na Sala de Observação do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SMUC) da Unidade de Caldas da Rainha do Centro Hospitalar do Oeste (CHO)

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar do Oeste analisou o estudo observacional acima referido, com carácter local/institucional exclusivamente destinado a avaliar o índice de carga de trabalho de enfermagem dos utentes admitidos na Sala de Observação e relacionando-o com as características sociodemográficas dos mesmos e da evolução clínica durante a permanência no SUMC com o nível de prioridade clínica.

A CES do CHO reconhece o interesse do estudo proposto já que o mesmo poderá concorrer para uma melhoria organizacional do SMUC/SO e, conseqüentemente, para melhorar a qualidade assistencial na área dos cuidados de enfermagem.

Foram analisados o questionário e o formulário para a recolha de dados sociodemográficos. O seu preenchimento deve ser anonimizado e garantir as mais rigorosas medidas de forma a preservar a confidencialidade e a privacidade dos utentes alvo do estudo e respeitar os demais princípios éticos aplicáveis a este tipo de estudo envolvendo dados clínicos de utentes.

Todos os dados recolhidos, a partir de registos clínicos electrónicos, serão exclusivamente utilizados para a realização do estudo proposto.

Deverá ser submetido à CES, para posterior envio aos Órgãos de Gestão/Direcção do CHO, relatório final contendo um resumo dos resultados obtidos e as conclusões do estudo. Este relatório deve ser acompanhado de todos os instrumentos utilizados (questionários e formulários) a fim de serem obrigatoriamente destruídos.

Nas condições supra referidas a CES do CHO nada tem a opor à realização do estudo de acordo com o protocolo de investigação científica proposto.

À consideração do Exm^o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Oeste.

Caldas da Rainha, 22 de abril de 2016

Pel' A Comissão de Ética

RE: Pedido para aplicação de Questionário para Trabalho de Investigação

Secretariado CA- CHOeste

ter 31-05-2016 10:10

Para: Carina Isabel Carreira Marques <carina.marques@ipleiria.pt>;

Cc: ana_castro83@hotmail.com <ana_castro83@hotmail.com>;

1 anexo (241 KB)

Parecer_Aplicação de questionário_ESS-IPL_Aluna Ana Luísa Morins.pdf;

Exm^a Senhora

Dr^a Carina Marques

Na sequência do email infra, encarrega-me a Senhora Enfermeira Diretora, En^h Lurdes Ponciano de informar V. Ex^a que está autorizada a aplicação do questionário aos utentes na sala de observações (SO) do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade de Caldas da Rainha, desde que efetuada de acordo com o parecer da Comissão de Ética deste Centro Hospitalar, em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

Lucilia Pereira

Coordenadora do Secretariado do Conselho de Administração



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Centro Hospitalar do Oeste (Unidades de Caldas da Rainha | Peniche | Torres Vedras)

Rua Diário de Notícias, 2500-176 Caldas da Rainha | Portugal

Tlm: 967638850 | Tlf: 262 830 304 | Fax: 262 880 579

www.choeste.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

De: Carina Isabel Carreira Marques [<mailto:carina.marques@ipleiria.pt>]

Enviada: segunda-feira, 22 de Fevereiro de 2016 18:33

Para: Secretariado CA- CHOeste

Assunto: Pedido para aplicação de Questionário para Trabalho de Investigação

Importância: Alta

Exma. Senhora Presidente do Conselho de Administração
Do Centro Hospitalar do Oeste,

Sobre o assunto em epígrafe, encarrega-me a Senhora Diretora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Professora Doutora Maria Clarisse Louro, de enviar o nosso ofício SAI-IPL/2016/2258 a solicitar autorização para aplicação de questionário e formulário no âmbito da dissertação de mestrado.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos,

Cordiais Cumprimentos,

Carina Marques
Gabinete de Organização Pedagógica
Bolsa de Emprego
Rede IPLeia@lumni
Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Leiria
Campus 2 – Momo do Lena
Apartado 4137 - 2411-901 Leiria
☎ (+351) 244 845 300
☎ Fax (+351) 244 845 309
☎ (interno) 210233

[<http://www.esslei.iplleiria.pt/>]/www.esslei.iplleiria.pt esslei@iplleiria.pt



42