
Dimensionamento de pessoal relacionado à assistência ao paciente crítico com o uso do *Nursing Activities Score* nas formas prospectiva e retrospectiva

Dimensioning of staff related to patient care using the critical Nursing Activities Score in the ways prospective and retrospective

Regiane Santos Marques¹, Sandra Salloum Zeitoun¹, Melissa Rodrigues de Lara¹, Marcia Simoni Fernandes¹

¹Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Identificar o perfil dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. Verificar se o *Nursing Activities Score* é viável no dimensionamento de pessoal. Identificar se a instabilidade do paciente crítico interfere na eficácia do *Nursing Activities Score*. **Métodos** – Pesquisa de campo, descritiva e quantitativa, realizada em um Hospital Geral, envolvendo 50 pacientes adultos, cujos dados foram coletados em dez dias de forma prospectiva e retrospectiva. **Resultados** – A aplicação do instrumento *Nursing Activities Score* prospectivo, comparando com o resultado do retrospectivo, evidenciou que não houve diferença significativa na pontuação média e que o planejamento realizado foi efetivo. As intercorrências obtidas apresentadas pelos pacientes críticos, não tiveram interferência na utilização do instrumento. **Conclusão** – O instrumento foi eficaz para projetar os cuidados de enfermagem e prestar assistência segura e com qualidade. Existe a necessidade de avaliar os processos de trabalho de cada instituição, que muitas vezes difere daquela idealizada pelo instrumento.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; *Downsizing* organizacional; Carga de trabalho; Recursos humanos de enfermagem no hospital; *Nursing Activities Score*

Abstract

Objective – To identify the profile of patients hospitalized in the Intensive Care Unit. To verify if the Nursing Activities Score is viable in the staff plan. Identify whether the instability of critically ill patients may interfere with the effectiveness of the Nursing Activities Score. **Methods** – Field research, descriptive and quantitative, held in a General Hospital, involving 50 adult patients whose data were collected in ten days. The instrument was applied prospectively and retrospectively. **Results** – The prospective application of the instrument Nursing Activities Score prospective, compared with the results of the retrospective, showed that there was no significant difference in average score, which made the planning of the workload effective. It was noted that the events obtained with the critical patient, had no interference in the use of the instrument. **Conclusion** – The instrument was effective to design nursing care and provide safe care and quality. There is a need to evaluate the work processes of each institution.

Descriptors: Intensive Care Units; Personnel downsizing; Workload; Nursing staff, hospital; Nursing Activities Score

Introdução

As primeiras idéias sobre o cuidado ao paciente crítico tiveram início em 1854, com Florence Nightingale que, durante a guerra da Criméia, constatou que a falta de higiene e as doenças matavam grande número de soldados vítimas de ferimentos¹.

Em 1914, o Dr. Walter Edward Dandy, estabeleceu um modelo inicial de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nos Estados Unidos, e conseqüentemente, vários estudos e descobertas em relação ao cuidado do paciente crítico foram desenvolvidos. No Brasil, foi na década de 70 que foram instaladas as primeiras UTI².

Hoje, a UTI, caracteriza-se como um local de grande especialização e tecnologia, para poder fornecer atendimento mais complexo e moderno, como suporte e tratamento intensivo a pacientes potencialmente graves, que necessitem de monitorização e vigilância permanente.

Atualmente, processos de atualização, transformação e modernização, vêm forçando as empresas de várias áreas a também modificarem o modo de gerir as pessoas e o trabalho. As organizações de saúde seguem essas

modificações, e notam a importância de mudar o modo tradicional de gerenciamento, onde o importante não está apenas na supervisão das ações de enfermagem e sua execução, mas também, na busca da qualidade da assistência e do modo de liderar pessoas³.

Para oferecer um trabalho com qualidade de assistência e segurança, é necessário que contenha uma equipe qualificada e também com quantitativo de pessoal adequado, onde o número de funcionários não seja insuficiente ou até mesmo com excesso, para assim⁴.

A avaliação da carga de trabalho é de extrema importância para os administradores de hospitais, pois implica em vários aspectos, como na melhora da eficiência, da distribuição e aplicação de capital e mão de obra. Uma equipe superdimensionada pode provocar alto custo, já uma equipe reduzida poderá ocasionar na queda dos índices de eficácia e qualidade da assistência, podendo prolongar sua internação e tratamento, aumentando seu custo³.

O dimensionamento de pessoal está inserido no contexto do gerenciamento, abrangendo o provimento de recursos humanos e atividade gerencial do enfermeiro⁵.

Por meio dele, o enfermeiro tem a possibilidade de realizar por meio de cálculos, baseados na avaliação clínica do paciente, a previsão de quantitativo suficiente de profissionais para realizar suas atividades.

Essa previsão de quantitativo de pessoas, planejamento e cálculo de pessoal utilizado por enfermeiros, teve início por meio do decreto nº 94.409, de 8 de junho de 1987 regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que garante privativamente ao enfermeiro a organização e direção dos serviços de enfermagem de suas atividades técnicas e auxiliares nessas instituições⁶.

A utilização adequada do dimensionamento de pessoal não garante totalidade da qualidade, mas pressupõe que essa adequação favoreça o cuidado permanente, permitindo a percepção precoce de problemas e maior agilidade no atendimento diante de intercorrências detectadas⁷.

Seu uso implica em vários aspectos. Ao obter um número insuficiente de profissionais de enfermagem, pode-se resultar em um risco maior para eventos adversos, como por exemplo, infecção relacionada à assistência à saúde, erros de medicação, aumento do risco de úlcera por pressão relacionada a ausência de mudança de decúbito, podendo assim, contribuir sobre os índices de morbidade e mortalidade dos usuários do serviço de saúde.

Essa sobrecarga de trabalho, não afeta somente o paciente, mas também ao trabalhador, aumentando a ocorrência de acidentes de trabalho, acréscimo nas taxas de absenteísmo, exaustão e insatisfação profissional, interferindo na qualidade de vida do trabalhador de enfermagem⁴.

Diante do fato de que a UTI é uma unidade designada a atender e prestar assistência ao paciente crítico nota-se que esta necessita de um método efetivo e diferenciado das outras unidades de um hospital.

Vários instrumentos voltados à medida de carga de trabalho foram criados, porém dentro de uma perspectiva abrangente, onde se incluía várias unidades hospitalares, sem direcionar-se especificamente para a UTI, uma unidade que reúne pacientes com características diferenciadas³.

A partir desta necessidade, o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) foi criado para calcular a carga de trabalho de enfermagem em UTI e quantificar a gravidade dos pacientes⁸. Seu objetivo era de quantificar as intervenções realizadas no paciente e dimensionar a equipe, calculando o tempo gasto por plantão para prestar assistência ao paciente. Porém, com o passar dos anos, percebeu-se que muitas atividades desenvolvidas pela enfermagem não eram contempladas no instrumento, como determinadas tarefas assistenciais, administrativas e suporte a família, demonstrando que ele descrevia apenas 43,3% do tempo gasto de enfermagem ao paciente crítico⁹.

Assim sendo, este índice sofreu uma ampla modificação, através do detalhamento de algumas categorias como: monitorização e controles, procedimentos de

higiene, mobilização e posicionamento do paciente, suporte e cuidado aos familiares/pacientes, tarefas administrativas e gerenciais. Após esta modificação, este instrumento foi submetido a aplicação no campo para complementação em 102 UTIs em diversos países. Após a coleta e ajustes necessários, foi realizada uma extensa análise estatística que resultou na atribuição de pesos para os vários itens. O índice foi concluído passando a ser chamado de *Nursing Activities Score* (NAS)³.

Sua pontuação total passou a representar maior quantidade de atividades na assistência direta e indireta ao paciente crítico. É um índice capaz de estimar o quantitativo de pessoal, auxiliar no cálculo orçamentário do serviço de enfermagem e justificar ao administrador hospitalar sobre a carga de trabalho, quantitativo necessário e custo/benefício. O NAS foi traduzido para o português e validado por Queijo, possibilitando sua utilização no contexto nacional^{3,9-10}.

A UTI é um setor muito dinâmico e apresenta em seu contexto pacientes instáveis, que requerem assistência imediata, como por exemplo, um paciente cardiopata que está sem queixas aparentes, e inesperadamente tem uma parada cardiorrespiratória necessitando de manobras de reanimação, tendo assim, um maior tempo despendido pela equipe.

Desse modo, em meio a um cenário de atividades complexas e inesperadas, elaborar um planejamento das atividades a serem realizadas, pode tornar-se difícil devido às peculiaridades do paciente crítico, que pode apresentar intercorrências e instabilidades a qualquer momento em detrimento do dimensionamento realizado previamente pelo enfermeiro.

Mediante o exposto, surgiu a seguinte pergunta: pode o NAS ser eficiente mesmo com a oscilação da assistência, relacionada a gravidade e instabilização encontrada no paciente crítico?

Percebeu-se, então, a importância de avaliar se a aplicabilidade do NAS está de acordo com as necessidades da UTI. Realizando um estudo mais aprofundado desta temática, colabora-se com a assistência e o dimensionamento de recursos humanos de enfermagem.

Dentro deste contexto, os objetivos deste estudo foram: identificar o perfil dos pacientes internados na UTI. Aplicar o instrumento NAS nestes pacientes a fim de verificar sua viabilidade no dimensionamento de pessoal, utilizando o NAS prospectivo e retrospectivo. Identificar se a instabilidade do paciente crítico pode interferir na eficácia do NAS.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa, desenvolvida na UTI de um Hospital Geral da rede pública da região do ABC, que atende pacientes de média e alta complexidade.

Para atender aos preceitos éticos, a coleta de dados ocorreu somente após a aprovação do Hospital a ser estudado e do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Paulista, com protocolo nº 016/11 CEP/ICS/UNIP.

Após a aquiescência do Comitê de Ética em Pesquisa, procedeu-se a coleta dos dados junto aos sujeitos mediante a assinatura do Termo de autorização para não utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme reza a resolução 196/96 do CNS, respeitando os aspectos éticos e garantindo o anonimato e sigilo das informações prestadas pelos mesmos.

O instrumento utilizado na pesquisa, foi o *Nursing Activities Score* (NAS), que é um instrumento de dimensionamento de pessoal em UTI. Ele abrange 23 procedimentos de enfermagem e terapêutico, composto por sete grandes categorias. Divide-se em categorias que possuem pontuações variadas. O escore total obtido com a pontuação do NAS representa a porcentagem do tempo gasto pela enfermagem. Assim, se o resultado da pontuação for igual a 100, significa que o paciente necessita de 100% do tempo de um profissional de enfermagem no seu cuidado direto e indireto.

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: pacientes adultos, clínicos ou cirúrgicos, internados desde o início do sorteio para participação da pesquisa.

Os dados foram coletados no mês de março de 2011 pela pesquisadora, por dez dias consecutivos e aplicada em 10 pacientes por dia, definidos de forma aleatória, através de sorteio, podendo o mesmo paciente ser sorteado mais de uma vez.

A pesquisa foi dividida entre a aplicação do NAS prospectivo e o retrospectivo, alternando os dois modos a cada dia, iniciando pelo prospectivo. Cinco dias foram para aplicar o prospectivo e cinco dias para o retrospectivo.

Para a coleta foi utilizado um instrumento contendo dados do paciente (sexo, idade e diagnóstico médico), e dados sobre o NAS. Inicialmente, foi aplicado o NAS prospectivamente, para as próximas 24 horas, para se planejar a carga horária provável para a assistência de enfermagem.

No dia seguinte, foi aplicado o mesmo instrumento do NAS, nos mesmos pacientes do dia anterior, por isso de forma retrospectiva, através de avaliação da anotação e evolução de enfermagem, das atividades que foram realizadas nas últimas 24 horas e da passagem de plantão, a fim de, posteriormente, comparar os resultados entre si, isto é, a diferença do planejamento prospectivo com o que foi encontrado retrospectivamente.

A amostra foi composta de 50 pacientes e o instrumento do NAS foi aplicado 100 vezes, 50 prospectivamente e 50 retrospectivamente.

Foi avaliado o quantitativo de pessoal existente na unidade para posteriormente compará-lo com a estimativa do NAS.

O tratamento estatístico foi realizado através da construção de tabelas de frequência e porcentagem, bem como média e desvio padrão.

Resultados

Dos 50 pacientes, 19 (38%) eram do sexo feminino e 31 (62%) do sexo masculino. A faixa etária dos pacientes variou de 19 a 91 anos, sendo que a média de idade foi de 61 anos.

Em relação ao diagnóstico de admissão na UTI as causas/doenças que prevaleceram estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição absoluta e percentual da amostra, segundo as causas de internação na UTI. São Bernardo do Campo-SP, 2011

Causas	N	%
Doenças cardiológicas	15	25
Doenças respiratórias	13	21,66
Doenças gastrintestinais	10	16,66
Doenças neurológicas	8	13,33
Neoplasias	6	10
Doenças renais	4	6,66
Outras doenças*	4	6,66
Total	60	100

* Fratura do fêmur, politrauma, hérnia inguinal/umbilical

O número total de doenças foi superior ao número de sujeitos da pesquisa devido alguns pacientes possuírem mais de uma causa de internação no momento da admissão na UTI.

Conforme descrito anteriormente, para realização deste estudo foram avaliados a aplicação do NAS prospectivo e do NAS retrospectivo, consecutivamente e individualmente. Posteriormente, foram realizadas as comparações bem como o cálculo dos resultados obtidos, evidenciando-se que não houve diferença significativa na pontuação da média, mediana e desvio padrão entre a aplicação do NAS de forma prospectiva e retrospectiva (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das médias, medianas, desvios padrão, mínimos e máximos dos escores do NAS, segundo sua aplicação prospectiva e retrospectiva. São Bernardo do Campo-SP, 2011

NAS	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Prospectivo	63,09	65,7	13,03	35,2	95,9
Retrospectivo	64,43	67,0	16,08	35,2	115,6

Foi avaliado o resultado diário da pontuação do NAS aplicado prospectiva e retrospectivamente, ou seja, a porcentagem diária de horas necessárias para a prestação da assistência de enfermagem em cada dia da pesquisa (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação da média percentil diária da aplicação do NAS de forma prospectiva e retrospectiva, seguida da diferença entre os resultados. São Bernardo do Campo-SP, 2011

Média total do NAS prospectivo diário	Média total do NAS retrospectivo diário	Diferença entre os resultados
58,7%	69,6%	+10,9%
58%	54,2%	- 3,8%
61,8%	62,2%	+ 0,4%
71,4%	70%	- 1,4%
65,5%	66%	+ 0,5%

A Tabela 3 ilustra o resultado diário da pontuação do NAS aplicado prospectivamente e retrospectivamente,

Tabela 4. Soma das pontuações do NAS, necessidade de profissionais de enfermagem segundo pontuação do NAS, número de profissionais existentes no quadro de funcionários. São Bernardo do Campo-SP, 2011

		24 horas		
	NAS	Soma do NAS	Número de profissionais segundo o NAS	Número de profissionais da UTI
Dia 1	Prospectivo	585,6	5,8	4,73
Dia 2	Retrospectivo	696,2	6,9	5,26
Dia 3	Prospectivo	580,3	5,8	4,73
Dia 4	Retrospectivo	542,2	5,4	4,73
Dia 5	Prospectivo	618,1	6,1	4,73
Dia 6	Retrospectivo	622,3	6,2	4,73
Dia 7	Prospectivo	714,6	7,1	4,73
Dia 8	Retrospectivo	700,2	7	4,47
Dia 9	Prospectivo	655,9	6,5	4,73
Dia 10	Retrospectivo	660,7	6,6	4,47
Média total		637,61	6,3	4,73
IST		-	7,2	5,43

ou seja, a porcentagem diária de horas necessárias para a prestação da assistência de enfermagem em cada dia da pesquisa.

A coluna 3 da Tabela 3 mostra a diferença dos resultados da prospectiva para a retrospectiva, o tempo que foi realmente requerido. Esta pontuação pode ser superior ou inferior da que foi estimada através da avaliação prospectiva. Nota-se que na maioria dos dias a diferença dos resultados não foi muito significativa, portanto, houve concordância nos resultados.

Nota-se que na maioria dos dias a diferença dos resultados não foi muito significativa, conforme ilustrado na última coluna, portanto, houve concordância nos resultados.

Buscou-se calcular, o número de profissionais ideal segundo NAS através da soma da pontuação diária deste índice, seguida da divisão deste valor por 100 para obter o número de profissionais segundo sua aplicação (Tabela 4).

Em relação ao número de profissionais da UTI, foi calculado o equivalente a 10 leitos apenas, que foi o número de leitos estudados.

Ao realizar a soma do escores pela aplicação do NAS, foi obtida a média aritmética simples, determinando o número médio de profissionais necessários para prestar os cuidados de enfermagem. O Índice de Segurança Técnica (IST) é um acréscimo no cálculo de dimensionamento para cobertura de ausências de profissionais. O cálculo pode ser expresso pela seguinte fórmula¹⁰.

$$PE = (NAS/100) + 15\%$$

Em que:

PE = número de profissionais de enfermagem necessários.

NAS = média da soma dos pontos do NAS.

Discussão

Nota-se que, dos 50 pacientes que compuseram a amostra, a maioria eram do sexo masculino, assemelhando-se aos resultados encontrados em diversas pesquisas realizadas em UTI⁹⁻¹⁴.

Em relação à idade, os idosos compunham a maioria

do quadro de pacientes internados, assim como em outras investigações^{3,9-12}.

Estes resultados são condizentes com as estatísticas do Ministério da Saúde, que apontam o crescimento da população idosa em todas as capitais do país¹⁵. Assim, aumenta também a ocorrência de doenças crônico-degenerativas desencadeando agravos à saúde e consequentemente a necessidade de intervenções relacionadas à internação em UTI⁹.

Esse envelhecimento populacional traz grandes desafios para a sociedade, e um deles é para a área da saúde, pois esta faixa etária necessita de muitos cuidados devido às disfunções que apresentam nos últimos anos de sua vida¹⁶.

Na medida em que se avança o número da população idosa, também aumenta a necessidade de intervenções que requerem internação na UTI, assim como maior dependência no cuidado devido a idade. A partir desta caracterização, percebe-se que a demanda de trabalho de enfermagem requerida pelos idosos é superior aos demais pacientes, assim como foi evidenciado em um trabalho que teve média elevada do NAS (72,9%) com a aplicação nos idosos¹⁴ superior a outros estudos realizados¹⁷.

As principais causas de internação na UTI estudada foram por doenças cardiológicas (25%), seguidas das doenças respiratórias (21,6%) dos casos. Este resultado foi diferente a outras pesquisas realizadas, onde os hospitais não realizam cirurgias cardíacas, uma vez que as doenças neurológicas são as principais causas de internação, seguida de doenças respiratórias, gastrointestinais e cardiológicas^{9,12}.

O NAS foi proposto originalmente para que sua aplicação fosse baseada nas informações referentes às últimas 24 horas de internação, portanto retrospectivas. Porém, falha no registro de informações, como anotações e passagem de plantão inadequada, ou impossibilidade do enfermeiro poder avaliar todas essas questões antes de aplicar o NAS e realizar o dimensionamento para o início do plantão, pode prejudicar a sua aplicação e aceitação para sua inserção no cotidiano de alguns enfermeiros que ainda não utilizam este instrumento⁹.

Por outro lado, a aplicação prospectiva, permite projetar os cuidados para as horas subsequentes do dia, a partir do estado do paciente naquele momento e das atividades de enfermagem e procedimentos médicos que estão previamente programados.

O método prospectivo estima o planejamento, mas também se baseia em dados retrospectivos, como os dados da passagem de plantão. Ao aplicá-lo desta maneira, já se sabe do diagnóstico e estado do paciente, mesmo sendo prospectivo.

Durante o estudo, ao aplicá-lo de forma retrospectiva, 24 horas após ter realizado uma estimativa do tempo que seria gasto pela enfermagem com o NAS prospectivo, foi possível avaliar que sua diferença não foi muito significativa.

A utilização dessa maneira foi feita a partir de informações coletadas por meio de prontuários do paciente, passagens de plantão e coleta de dados com funcionários sobre o paciente quando fosse necessário obter mais detalhes.

Isso permitiu que fosse feita uma avaliação da aplicação do NAS realizado no dia anterior, identificar os níveis de interferência do instrumento em relação a qualidade da assistência, assim como foi notado em um dia da pesquisa, onde houve intercorrência com um determinado paciente, aumentando o tempo despendido pela enfermagem.

Assim, foi possível perceber que este aumento da carga de trabalho pode interferir na qualidade da assistência, uma vez que se necessitou de um tempo gasto maior do que havia planejado.

Através do estudo realizado, percebeu-se que o NAS é efetivo e tem boa aplicabilidade, notado pela semelhança dos resultados obtidos com o NAS prospectivo e o retrospectivo.

Em relação à suposição que o dimensionamento de pessoal poderia sofrer interferência nos casos em que o paciente tivesse intercorrências durante o plantão, notou-se que isto é possível, conforme evidenciado na Tabela 3 (+10,9%). Esta diferença maior, ocorreu devido a intercorrências de um paciente que durante a aplicação do NAS prospectivo apresentava-se bastante estável, e que no dia seguinte com a utilização do NAS retrospectivo, apresentou modificação crítica no seu quadro clínico e grande quantidade de realização de procedimentos invasivos, aumentando o tempo gasto pela enfermagem com este paciente. Entretanto, nos demais dias, sua frequência não foi significativa, haja vista a homogeneidade nas médias totais, tanto na prospectiva quanto na retrospectiva.

Desse modo, neste dia, seria necessário um acréscimo de 10,9% no dimensionamento de enfermagem nesta UTI. Porém, percebeu-se que este foi um quadro isolado ocorrido na pesquisa.

Apesar dessas suposições, as médias obtidas entre a utilização do NAS prospectivo e retrospectivo foram muito semelhantes, notando que ambas as formas de aplicação do índice, são válidas para mensurar a carga de trabalho de enfermagem em UTI, assim como evidenciado também, em outro estudo realizado⁹.

Propõe-se que os pontos de cada atividade do NAS corresponda à porcentagem do tempo despendido nos cuidados efetuados em um período de 24 horas. Para cada 100 pontos é necessário um profissional de enfermagem por turno¹⁷.

Na UTI estudada, além dos cuidados ligados diretamente à assistência, a equipe de enfermagem também é designada a retirar materiais de estoque, levar e buscar exames laboratoriais fora da unidade sempre que necessário. A ausência de farmácia satélite obriga o deslocamento da equipe para retirar medicamentos.

Segundo as recomendações da Resolução COFEN nº 293/2004, deve-se acrescentar o IST, que não deve ser inferior a 15% do total. Este refere-se ao adicional de profissional de enfermagem para cobertura de ausências no trabalho, por benefício ou por absenteísmo¹⁸.

Os resultados revelaram que dos dias estudados, a pontuação do NAS foi superior ao número de profissionais existentes, assim como evidenciado em outra pesquisa⁶. Pressupõe-se que há necessidade de aumentar o número de profissionais para poder realizar a assistência de enfermagem de forma adequada.

Tendo a pesquisadora vivenciado a rotina do hospital estudado, observou que o plantão noturno tinha 8 funcionários a menos que o diurno. Assim sendo, o plantão do dia tinha um número de profissionais semelhante ao proposto pelo NAS, porém mesmo assim o quantitativo não estava adequado para a realização de uma assistência segura e com qualidade. Outras situações foram observadas: muitas atribuições realizadas fora da UTI eram designadas para a equipe de enfermagem, como levar exames ao laboratório e aguardar resultados; buscar materiais de almoxarifado e farmácia, entre outros.

Podem existir processos de trabalho que ocorrem de forma muito própria, com reflexo diferente na carga de trabalho, de acordo com o padrão da instituição, diferente daquela idealizada na confecção do instrumento¹¹.

Conclusão

A aplicação do NAS de forma retrospectiva, permitiu a avaliação da carga horária que tinha sido projetada no prospectivo. Sua utilização foi eficaz, evidenciado pela comparação das duas formas de aplicação, e verificado que não houve diferença significativa quando avaliado o instrumento nas duas maneiras.

O NAS apresentou bom desempenho quanto sua aplicabilidade, afirmação justificada pelo fato da semelhança dos resultados quando mensurado nas duas formas de uso.

Notou-se que o dimensionamento de pessoal pode sofrer interferência, apenas nos casos de intercorrências ocorridas com o paciente.

Foi verificado que o quantitativo de pessoal encontrado na UTI estudada, foi inferior ao proposto pelo NAS.

Constatou-se no plantão do dia que o número de profissionais foi semelhante à pontuação do NAS, porém, há necessidade de um número maior do que o

previsto, pois conforme verificado pela pesquisadora, muitas atribuições eram designadas a equipe de enfermagem, sobrecarregando o trabalho e dificultando uma assistência mais eficaz.

Desse modo, verifica-se a importância de que novos estudos sejam realizados nessa linha de raciocínio, e que estas e outras recomendações acerca do dimensionamento de pessoal sejam novamente avaliadas, para que este contexto seja inserido em todas as realidades hospitalares.

Referências

1. Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(6):723-6.
2. Cheregatti AL, Amorim CP. *Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva*. São Paulo: Martinari; 2010.
3. Queijo AF. 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]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
4. Cucolo DF, Perroca MG. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(2):175-81.
5. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto & Contexto Enferm*. 2009;18(2):258-65.
6. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 9 jun 1987 [acesso 27 ago 2010]. Disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos>
7. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de terapia intensiva para adultos. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(3):379-84.
8. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. *Crit Care Med*. 1974;2(2):57-60.
9. Ducci AJ. *Nursing Activities Score (NAS): estudo comparativo dos resultados da aplicação retrospectiva e prospectiva em Unidade de Terapia Intensiva* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
10. Queijo AF. *Estudo comparativo da carga de trabalho de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Geral e Especializadas, segundo o Nursing Activities Score (NAS)* [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.
11. Conishi RMY, Gaidzinski RR. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):346-54.
12. Gonçalves LA. *Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos no primeiro dia de internação* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
13. Silva MCM, Sousa RMC. Caracterização dos pacientes adultos e adolescentes das unidades de terapia intensiva no município de São Paulo. *Rev Paul Enferm*. 2002;21(1):50-9.
14. Dias MCCB. *Aplicação do Nursing Activities Score – NAS – como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI cirúrgica cardiológica* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
15. Ministério da Saúde (BR). *Indicadores e dados básicos do Brasil – 2009. Índice de envelhecimento* [acesso 6 jun 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm>
16. Nasri F. *O envelhecimento populacional no Brasil*. Einstein (São Paulo). 2008;6(supl.1):S4-S6.
17. Miranda DR, Risk AD, Schaufeli W. Simplified therapeutic intervention scoring system: the TISS-28 item – results from a multicenter study. *Crit Care Med*. 1996;24(1):64-73.
18. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN-293 de 21 de setembro de 2004: fixa e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e semelhantes*. São Paulo; 2004 [acesso 20 abr 2011]. Disponível em: <http://www.corensp.org.br>

Endereço para correspondência:

Regiane Santos Marques
Rua Ademar Saraiva Leão, 95 - Alvarenga
São Bernardo do Campo-SP, CEP 09853-120
Brasil

E-mail: regi.enf@hotmail.com

Recebido em 23 de julho de 2012
Aceito em 6 de fevereiro de 2013