



ORIGINAL ARTICLE

APPLICATION OF TISS-28 IN SEPTIC PATIENTS IN INTENSIVE CARE

APLICAÇÃO DO TISS-28 EM PACIENTES SÉPTICOS DE TERAPIA INTENSIVA

APLICACIÓN DE TISS-28 EN PACIENTES SÉPTICOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Fernando Ramos Gonçalves¹, Elizandra Cássia², Raquell Alves de Araújo³; Sandra de Oliveira⁴, Ana Kallynka Alencar Ferreira Sampaio⁵, Cibeles de Lima Souza Silveira⁶

ABSTRACT

Objective: to implement the TISS-28 in patients admitted with a diagnosis of sepsis and septic shock, measuring the quantity of nurses. **Method:** this is about a descriptive, prospective and quantitative study. They were included population 47 patients admitted to the ICU and a sample of 20 patients diagnosed with sepsis and septic shock. Data were collected from a form containing information TISS. Os data were analyzed in Epi-Info 3.5. This study authorized by the Ethics and Research of Hospital das Clínicas - UFPE; CAAE - 0006.0.172.104-07. **Results:** the diagnosis, there were 8 patients with sepsis (40%), 9 patients with septic shock (45%) and 3 patients (15%) with an initial diagnosis of sepsis developed septic shock. Death rate 55%. Overall average TISS score at 30 points (ranging between 15 and 45), being higher in patients who died. As the design is suggested for the 12-hour shift presence from 3 to 4 nurses. **Conclusion:** the more severe the patient, the greater number of therapeutic interventions required, consequently the higher the score, TISS. Having relationship between high values of the index with the frequency of death of patients analyzed and more time spent by nurses for their assistance. **Descriptors:** septic shock; sizing; nursing sepsis.

RESUMO

Objetivo: aplicar o TISS-28 em pacientes admitidos com diagnóstico de sepse e choque séptico, dimensionando o quantitativo de enfermeiros. **Método:** estudo descritivo, prospectivo e quantitativo. População composta por 47 pacientes admitidos na UTI e amostra de 20 pacientes com diagnóstico de sepse e choque séptico. Coleta de dados realizada por formulário contendo informações do TISS. Os dados foram analisados no Software Epi-Info 3.5. Autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas - UFPE; CAAE - 0006.0.172.104-07. **Resultados:** quanto ao diagnóstico, observou-se 8 pacientes com sepse (40%), 9 pacientes com choque séptico (45%) e 3 pacientes (15%) com diagnóstico inicial de sepse desenvolvendo choque séptico. Taxa de mortalidade 55%. Pontuação média geral no TISS de 30 pontos (variando entre 15 e 45), sendo mais elevada nos pacientes que foram a óbito. Quanto ao dimensionamento sugere-se para o turno de 12 horas a presença de 3 a 4 enfermeiros. **Conclusão:** quanto mais grave o paciente, maior número de intervenções terapêuticas necessárias; consequentemente maior o escore no TISS. Havendo relação entre valores altos do índice com a frequência de morte dos pacientes analisados e maior tempo despendido pela enfermagem para sua assistência. **Descritores:** choque séptico; dimensionamento; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: aplicar el TISS-28 en pacientes ingresados con diagnóstico de sepsis y shock séptico, que mide la cantidad de enfermeras. **Método:** Estudio descriptivo, prospectivo y cuantitativo. La población de estudio se incluyeron 47 pacientes ingresados en la UCI y una muestra de 20 pacientes con diagnóstico de sepsis y shock séptico. Se recogieron datos de un formulario que contiene la información TISS. Os datos se analizaron en Epi-Info 3.5. Autorizado por la Ética e Investigación del Hospital de Clínicas - UFPE; CAAE - 0006.0.172.104-07. **Resultados:** el diagnóstico, hubo 8 pacientes con sepsis (40%), 9 pacientes con shock séptico (45%) y 3 pacientes (15%) con un diagnóstico inicial de la sepsis presentaron shock séptico. Tasa de mortalidad del 55%. En general TISS promedio de puntuación de 30 puntos (entre 15 y 45), siendo mayor en los pacientes que fallecieron. Como el diseño se sugiere la presencia de turnos de 12 horas 3 a 4 enfermeiros. **Conclusão:** cuanto más severo sea el paciente, el mayor número de intervenciones terapéuticas necesarias, por lo tanto cuanto mayor sea la puntuación, TISS. Después de haber relación entre los valores altos del índice con la frecuencia de la muerte de los pacientes analizados y más horas por enfermeras y para su asistencia. **Descritores:** shock séptico; tamaño; sepsis de enfermería.

¹Especialista em Terapia Intensiva, Mestre, Docente da Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO, Enfermeiro Plantonista da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital da Restauração- Secretaria Estadual de Saúde, Recife (PE), Brasil. Membro do Departamento de Enfermagem da AMIB, representante da Região Nordeste. E-mail: fernandoramos30@uol.com.br; ²Enfermeiro Coordenador de Enfermagem da Terapia Intensiva do Hospital da Restauração--Secretaria Estadual de Saúde, Recife (PE), Brasil. E-mail: elizandra.cassia@hotmail.com; ³Residentes de Enfermagem em Terapia Intensiva do Hospital da Restauração-Secretaria Estadual de Saúde, Recife (PE), Brasil. E-mail: sandradeoliveira09@gmail.com; ^{4,5}Graduada em Enfermagem pela FUNESO, Olinda (PE), Brasil. ⁵Mestre pela Universidade Federal de Pernambuco, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas-Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Brasil. E-mails: sandradeoliveira09@gmail.com; cibele.souza@ufpe.br

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destina-se ao atendimento de pacientes de alto risco e deve dispor de assistência ininterrupta de médicos e de enfermagem, com equipamentos específicos e recursos humanos especializados, tornando assim viável a manutenção e a recuperação de doentes com diversos tipos de patologias e instabilidades delas decorrentes, sendo muito oneroso esse tipo de assistência para a instituição. Acompanhando a questão dos custos financeiros das UTIs, no que se refere à enfermagem, houve, a partir de então, uma busca cada vez maior pelo desenvolvimento de índices ou indicadores de gravidade do doente que classifiquem os pacientes segundo a necessidade de cuidados e assim, para uma avaliação mais precisa para as unidades.^(1,2)

A partir da década de 70, vários sistemas foram desenvolvidos para a graduação da gravidade das doenças de pacientes de UTI. Eles variam consideravelmente e têm contribuído de diferentes formas para a avaliação do prognóstico. Dentre os vários índices de previsão existentes, o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) foi criado em 1974, sofreu adaptações em 1983, revisado em 1996, quando passou a apresentar 28 itens de avaliação que resultaram na versão TISS 28.⁽¹⁾ Tabela-1. O sistema foi traduzido e validado para a língua portuguesa no ano de 2000, por Alda Ferreira Queijo, possibilitando a utilização no nosso meio.

Destinado inicialmente para avaliação da gravidade de doença, o TISS-28, veio a revelar-se fundamental na quantificação da carga de trabalho de enfermagem, sendo hoje utilizado quase exclusivamente para esse fim, tendo em vista que, o dimensionamento de pessoal de enfermagem é instrumento gerencial para a busca da qualidade da assistência, na medida em que procura adequar o quadro de pessoal disponível às necessidades da clientela e da instituição.^(2,3)

O escore total do TISS-28 varia de um mínimo de zero a um máximo de 78 pontos. Uma maior pontuação significa maior número de intervenções terapêuticas empregadas, maior gravidade do paciente e maior necessidade de trabalho de enfermagem como também dimensionar a carga de trabalho de enfermagem, uma vez que cada ponto TISS-28 consome 10,6 minutos do tempo de um enfermeiro na assistência ao doente. Assim é possível calcular o tempo gasto por enfermeiro, por plantão, para o cuidado direto: multiplica-se o valor (10,6) pelo total de pontos obtidos no escore TISS-28.⁽²⁾

As 28 variáveis são analisadas diariamente, permitindo a obtenção de um perfil evolutivo do paciente, por meio da pontuação e da classificação da gravidade. Não é usado para prognosticar sobrevida, mas pode auxiliar na avaliação evolutiva da piora clínica do paciente. Tem-se observado, na prática clínica diária, a associação entre o óbito e a pontuação elevada do escore TISS.⁽¹⁾

No rol das patologias que mais demandam atenção de enfermagem, a sepse, e em especial o choque séptico tem se tornado o principal desafio no tratamento de pacientes gravemente enfermos. Em primeiro lugar, pelo número de casos (400.000 novos casos/ano, 17% dos leitos de UTIs). Em segundo lugar, por apresentar elevadas taxas de mortalidade (cerca de 40%). E em terceiro lugar, os custos associados ao seu tratamento têm levado clínicos e administradores a reverem seus conceitos de custo-benefício de cada intervenção neste grupo de pacientes. Estima-se que cerca de 17 bilhões de reais sejam gastos por ano nos tratamento destes pacientes.⁽⁴⁾

Diante do exposto, observa-se a necessidade de estudos que contemplem a utilização desses índices de gravidade para cada vez melhor assistir o paciente. Desta forma, a pesquisa objetiva aplica o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) numa UTI Geral Adulto com o objetivo de avaliar especificamente os pacientes com sepse e choque séptico. Configurando-se de grande importância para o paciente e para a instituição por se tratar de um sistema que classifica a gravidade do paciente quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem. Possibilitou traçar o perfil, avaliar a gravidade e o grau de dependência destes pacientes, identificar a frequência das intervenções terapêuticas que compõem o TISS-28 e, através dele apresentar o número de horas de enfermagem dedicadas aos cuidados com os mesmos contribuindo assim, com o serviço.

MÉTODO

O estudo foi do tipo descritivo exploratório, prospectivo com abordagem quantitativa. Realizado na Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco na cidade do Recife. A população do estudo foi constituída de 47 pacientes admitidos na UTI Geral do Hospital das Clínicas na Universidade Federal de Pernambuco. A amostra foi composta por 20 pacientes, entre homens e mulheres, admitidos nesta UTI entre os dias 12 de julho e 20 de setembro de 2007 cujo diagnóstico principal configura-se como sepse

e choque séptico. A coleta de dados foi realizada com a aplicação diária de um instrumento, contendo campos específicos como os dados de identificação do paciente, as informações referentes à internação na UTI e o destino do mesmo (alta/óbito/transferência/diagnóstico superado); e através da representação completa dos itens do TISS-28, com os respectivos espaços para o registro da pontuação correspondente (Tabela-I). O instrumento foi aplicado, a partir da observação diária e direta do paciente, das evoluções médicas e de enfermagem, e dos procedimentos terapêuticos e de monitorização, referentes às 24 horas do dia anterior. Essa aplicação foi realizada desde a admissão até a saída do paciente da UTI. Depois de preenchido, o instrumento foi analisado sendo calculada a pontuação diária do escore TISS - 28 e multiplicando-se por 10,6 a fim de se obter a carga de trabalho de

enfermagem em minutos que posteriormente foi transformada em horas, além de verificar quais procedimentos terapêuticos foram mais frequentes. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFPE atende plenamente o que preconiza a resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Protocolo do SISNEP= CAAE - 0006.0.172.104-07.

RESULTADOS

De acordo com o diagnóstico, foram 8 pacientes com sepse (40%), 9 pacientes com choque séptico (45%) e 3 pacientes (15%) que tiveram diagnóstico inicial de sepse desenvolvendo o choque séptico posteriormente. Observa-se que é progressivo o índice de mortalidade quando o diagnóstico passa de sepse para choque séptico. Dos 11 pacientes que foram a óbito 4 ou 36% foi por sepse e 7 ou 64% por choque séptico. (FIG. 1)

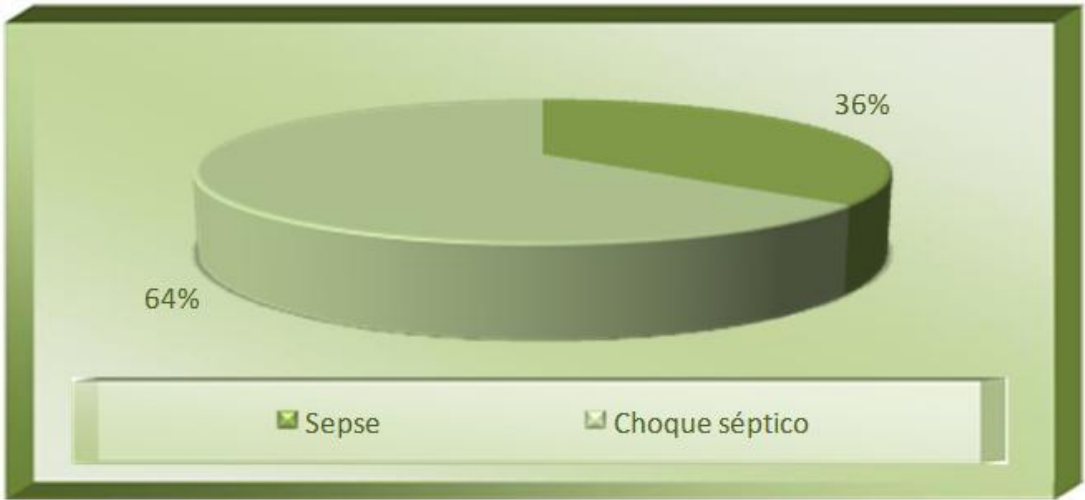


Figura 1. Frequência relativa. Mortalidade. UTI/HC-UFPE, 2007.

Com base nas intervenções terapêuticas do TISS-28 (Tabela II) obtivemos em relação às atividades básicas, todos os pacientes (100%) pontuados no item de monitoração padrão; exame laboratorial; utilização de medicações endovenosas múltiplas e realização ou troca de curativos de rotina e/ou recebeu cuidados para prevenção de úlceras de decúbito.

Quanto ao suporte respiratório, observou-se que a maior parte dos pacientes (95%) internados na UTI durante o período de coleta necessitou de ventilação mecânica em algum momento do internamento e que esta, na maioria das vezes do tipo invasiva; como também este mesmo número de pacientes apresentavam vias aéreas artificiais e realizaram fisioterapia respiratória.

O suporte cardiovascular é de grande importância nos pacientes internados na UTI,

pois se destacou a presença de via venosa central (100%), o uso de droga vasoativa única (85%) e a reposição de perdas volêmicas (70%).

Quanto ao suporte renal; 11 (55%) pacientes se submeteram à hemodiálise. Percebeu-se que dos 20 pacientes, 17 realizaram medida quantitativa do débito urinário (85%) .

No suporte neurológico apenas 1 paciente (5%) possuía cateter para aferição da pressão intracraniana.

Em relação ao suporte metabólico, a maioria dos pacientes (80%) recebeu nutrição enteral, isso se deve ao fato dos mesmos encontrar-se entubados e adaptados a assistência ventilatória mecânica não tendo condições de se alimentarem por via oral.

Tabela 1. Protocolo de Avaliação TISS-28 de Miranda *et al* (1996).

Intervenções terapêuticas	Pontuação	
Atividades básicas	Valor referência	Pontos obtidos
Monitorização padrão. Sinais Vitais, registros e cálculo regular e registro do balanço hídrico.	5	
Laboratório. Investigações bioquímicas e microbiológicas.	1	
Medicação única. Endovenosa, intramuscular, subcutânea e/ou oral/SNG.	2	
Medicações endovenosas múltiplas. Mais que uma droga.	3	
Troca de curativos de rotina. Cuidado e prevenção de úlceras de decúbito/troca diária de curativo	1	
Trocas frequentes de curativos. Troca frequente de curativo (pelo menos uma vez por turno de enfermagem) e/ou cuidados com feridas extensas.	1	
Cuidados com drenos. Todos (exceto SNG)	3	
Suporte ventilatório		
Ventilação mecânica. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem PEEP. Com ou sem relaxantes musculares. Respiração espontânea com PEEP.	5	
Suporte ventilatório suplementar. Respiração espontânea através do tubo endotraqueal sem PEEP; O2 suplementar por qualquer método exceto aplicação de parâmetros de ventilação mecânica	2	
Cuidados com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou traqueostomia.	1	
Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia de inalação, aspiração endotraqueal.	1	
Suporte cardiovascular		
Medicação vasoativa única. Qualquer droga vasoativa.	3	
Medicação vasoativa múltipla. Mais de uma droga vasoativa independente do tipo e da dose.	4	
Reposição de grandes perdas volêmicas.administração de volum > 3l/m²/dia, independente do tipo.	4	
Cateter arterial periférico	5	
Monitorização do átrio esquerdo. Cateter de artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	8	
Via venosa central	2	
Ressuscitação cardiopulmonar (PCR nas últimas 24 horas)	3	
Suporte renal		
Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas	3	
Medida quantitativa do débito urinário (ex.SVD)	2	
Diurese ativa (ex. furosemida >0,5mg/Kg/dia)	3	
Suporte neurológico		
Medida da pressão intracraniana	4	
Suporte metabólico		
Tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada	4	
Nutrição Parenteral Total endovenosa	3	
Nutrição enteral (ex. SNG) ou outra via (ex. jejunostomia)	2	
Intervenções específicas		
Intervenção específica única na UTI. Intubação naso ou orotraqueal, introdução de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência nas últimas 24 horas, lavagem gástrica. Não estão incluídas intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições do paciente tais como RX, ECG, ecografias, curativos, introdução de cateter venoso central.	3	
Intervenções específicas múltiplas na UTI. Mais que uma conforme descritas acima.	5	
Intervenções específicas fora da UTI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	5	
TOTAL		

Obs: Critérios de exclusão são aplicados em quatro condições: medicação endovenosa múltipla exclui medicação endovenosa única, ventilação mecânica exclui suporte ventilatório suplementar, medicação vasoativas múltipla exclui medicação vasoativas única, intervenções específicas múltiplas na UTI exclui intervenção específica na UTI.

Observa-se a partir da Tabela II que todos os pacientes avaliados desenvolveram o quadro séptico no hospital e o período de internação na UTI (mediana, valor máximo e mínimo) foi de 8 (1-19) dias e no hospital de 22(mediana, valor máximo e mínimo) (6-61) dias. Percebe-se a partir da tabela que a

idade foi mais elevada para o grupo não-sobrevivente comparado ao sobrevivente. A pontuação média geral no TISS-28 foi de 30 pontos (variando entre 15 e 45), sendo mais elevada também nos pacientes que foram a óbito.

Tabela 2. Distribuição de acordo com os dados biológicos, relacionados à internação e a pontuação no TISS-28. UTI/HC-UFPE, 2007. *Pacientes que tiveram o diagnóstico de sepse ou choque séptico superado e que foram transferidos ou não da UTI.

Motivo da interrupção da coleta de dados					
	Óbitos		Outro*		Geral
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
Pacientes (N)	6	5	5	4	20 (100%)
(%)	(30%)	(25%)	(25%)	(20%)	
Média de dias internação	14 dias (7 - 23)	21 dias (11 - 47)	19 dias (4 - 52)	42 dias (26 - 61)	22 dias (4 - 61)
Média de dias na UTI	8 dias (3 - 14)	9 dias (4 - 16)	8 dias (3 - 14)	13 dias (5 - 24)	8 dias (3 - 24)
Faixa etária média	53 anos (39 a 68)	57 anos (34 a 73)	54 anos (17 a 77)	42 anos (19 a 69)	51 anos (17 a 77)
Pontuação tiss média	31 (26 a 40)	31 (27 a 37)	25 (20 a 29)	32 (29 a 36)	30 (20 a 40)

Na tabela III é mostrado o número de horas do enfermeiro que são consumidas pelo paciente durante um plantão. De acordo com a pontuação no TISS-28 obtida para um paciente menos crítico com uma média de 20 pontos (variando de 15 a 26) são necessárias 3,5 horas por cliente, então um enfermeiro pode dedicar seu tempo a 3,4 pacientes assim considerados. Já os pacientes que foram a óbito, considerados mais graves obtiveram uma pontuação média de 31(com variação entre 26 a 40 pontos) irão consumir cada um 5,5 horas do enfermeiro podendo este assistir no máximo 2,2 pacientes em um turno de 12

horas. Assim, observa-se que os pacientes que foram a óbito apresentaram uma pontuação no TISS- 28 maior que os pacientes que receberam alta da UTI, conseqüentemente, foi destinado a estes pacientes, um maior tempo de cuidados de enfermagem, uma vez que, cada ponto do TISS corresponde a 10, 6 minutos do tempo da enfermagem na assistência ao doente. Considerando esses valores, que a UTI do Hospital das Clínicas possui 8 leitos e que o estudo foi feito com pacientes sépticos, sugere-se que para um turno de 12 horas seja necessária a presença de 3 a 4 enfermeiros.

Tabela 3. Estimativa da carga de trabalho de enfermagem de acordo com a pontuação no TISS-28 dos pacientes que tiveram o diagnóstico de sepse ou choque séptico superado e foram transferidos da UTI, dos que permaneceram na UTI e dos pacientes que foram a óbito. UTI/HC-UFPE, 2007. *Pontuação média, # Horas dedicadas a um pacientes por plantão.

	Pontuação TISS*	Carga de trabalho de enfermagem#
Transferência	20	3,5
Diagnóstico superado	29	5,1
Óbito	31	5,5

DISCUSSÃO

Obtivemos um maior número de pacientes com o diagnóstico de choque séptico em torno de 64%.O choque séptico representa hoje o primeiro lugar entre os grandes desafios em terapia intensiva, são em números (400.000 novos casos/ano, 17% dos leitos de UTIs). Em segundo lugar, apresentam elevadas taxas de mortalidade (cerca de 40%).⁴

Dos 11 pacientes que foram a óbito 4 ou 36% foi por sepse e 7 ou 64% por choque séptico. Estudos mostram que a taxa de mortalidade aumenta progressivamente à medida que o diagnóstico migrava de SIRS, pra sepse, sepse grave e choque séptico (24,3% para 34,7%, 47,3% e 52,2%,

respectivamente),⁴⁻⁶ corroborando com os nossos resultados.

Com base nas intervenções terapêuticas do TISS-28 na UTI o doente independente do seu nível de gravidade, é rotineiramente monitorizado concordando com a literatura que afirma que os testes laboratoriais e diagnósticos são instrumentos para que se obtenham informações adicionais sobre o paciente. Assim também a utilização de múltiplas drogas endovenosas é característica ao tratamento intensivo tendo a enfermagem, um papel fundamental nessa terapêutica.⁷

Nos pacientes acamados normalmente existem umas séries de necessidades humanas básicas as quais exigem a assistência de enfermagem a fim de satisfazê-los, e uma série de cuidados objetivando evitar

complicações.⁽⁸⁾ A terapêutica na UTI leva os pacientes a serem submetidos às restrições motoras, em função das acomodações e aparelhagens instaladas para monitorização destes indivíduos.⁹ Sendo relevante à troca de curativos diários e prevenção de iatrogenias

Quanto ao suporte respiratório a manutenção de uma via aérea pérvia, o aumento da ventilação e obtenção de oxigenação adequada no paciente com choque séptico geralmente exige intubação endotraqueal e ventilação mecânica.¹⁰ A ventilação mecânica é um dos principais recursos de suporte à vida utilizados em Unidade de Terapia Intensiva.¹¹

Ao suporte cardiovascular é importante enfatizar que nenhum dos pacientes estudados recebeu monitoração do átrio esquerdo. Isso se deve ao fato deste procedimento não ser realizado na UTI campo de estudo. Os cateteres venosos centrais são utilizados para infusão de medicações e soluções endovenosas em pacientes com limitação de acesso venoso periférico, ou ainda para infusão de nutrição parenteral, drogas vasoativas e acesso para hemodiálise.⁶ A equipe de enfermagem é quem manipula e administra tais drogas e, também, observa as respostas hemodinâmicas dos pacientes submetidos a esta terapia.¹¹

Quanto ao suporte renal é rotina em nosso serviço o balanço hídrico dos pacientes ser realizado de quatro em quatro horas. A diurese é um dado importantíssimo para se mensurar as perdas e ganhos no paciente grave.⁶ A hemofiltração apresenta-se hoje como um dos procedimentos de escolha para o tratamento de pacientes com insuficiência renal aguda e/ou crônica agudizada internados em UTIs.⁶ A insuficiência renal aguda (IRA) é um evento clínico bastante comum afetando de 10 a 30% dos pacientes internados em UTIs.⁶

A utilização do cateter intracraniano como suporte neurológico fornecer informações importantes que precedem o aparecimento de sinais e sintomas de descompensação neurológica e permitir um tratamento mais precoce e eficaz, a monitoração da pressão intracraniana na UTI do estudo é raramente utilizada.¹²

Quanto ao suporte metabólico encontra-se em congruência com a literatura que afirma que os pacientes gravemente enfermos são amplamente dependentes de nutrientes exógenos para suporte metabólico a órgãos vitais.¹³ No choque séptico as reservas nutricionais são esgotadas e o paciente necessitará de nutrição suplementar (geralmente nutrição parenteral total) para evitar desnutrição e otimizar a função

celular.¹⁰

Nota-se que 50% dos pacientes do estudo foram submetidos à intervenção específica única na UTI. Talvez pelo fato do avanço tecnológico ter proporcionado a realização de diversos procedimentos a beira do leito e também pela decisão de transportar um paciente dentro de um hospital se basear na avaliação dos riscos e benefícios associados ao transporte. Além do mais, pacientes graves quando transportados, apresentam maior morbidade e mortalidade.⁶ Em contrapartida, um número considerável de pacientes (40%) submeteu-se a intervenções específicas fora da UTI e destes, metade foi a óbito.

O número de horas do enfermeiro que são consumidas pelo paciente durante um plantão está relacionada a gravidade do doente e terapia intensiva. Com isso evidencia-se que, quanto mais grave for o paciente, maior o número de intervenções terapêuticas necessárias para o tratamento e, consequentemente, maior tempo despendido pela enfermagem para sua assistência.⁽¹⁾ Vale ressaltar que a utilização do TISS-28 como uma ferramenta que quantifica a carga de trabalho de enfermagem possibilita à instituição hospitalar avaliar a adequação do número de profissionais de enfermagem em UTI's. Esta avaliação justifica-se pelo fato de, na maioria das vezes, o quantitativo de enfermeiros ser insuficiente para promover o adequado planejamento assistencial, melhores condições de trabalho e consequentemente a implementação do Processo de Enfermagem que permite à essa categoria profissional o desenvolvimento de uma prática reflexiva sobre as ações assistenciais realizadas.¹⁴

CONCLUSÃO

A utilização de instrumentos de medida de trabalho de enfermagem no contexto das UTIs brasileiras tem sido muitas vezes dificultada, não só pelo fato de muitos índices serem originários de outras culturas, como também pela falta sistemática de registros de enfermagem, que inviabilizam a sua aplicação prática. Por outro lado, a desmotivação dos profissionais para registrar informações adicionais e quadros de pessoal subdimensionados, que acarretam sobrecarga de trabalho, são também fatores contribuintes.

Verificou-se que a classificação diária dos pacientes forneceu informações acerca do perfil assistencial podendo subsidiar o planejamento e a implementação de programas assistenciais que melhor atendam às necessidades desses pacientes.

O TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) permite verificar que, quanto mais

grave for o paciente, maior o número de intervenções terapêuticas necessárias e maior o escore no TISS-28 havendo desta forma, relação entre valores altos do índice com a frequência de morte dos pacientes analisados. Consequentemente, maior será o tempo despendido pela enfermagem para sua assistência. Assim, sugere-se que instrumentos desse tipo sejam testados e validados no contexto das Unidades de Terapia Intensiva do HC-UFPE.

A implantação do referido instrumento necessita de algumas avaliações para que possa se mostrar viável e eficiente, sendo necessário treinamento sistematizado dos profissionais de enfermagem para que estes conheçam as diretrizes da aplicação do TISS-28, implantação do instrumento em estudo na unidade, e ainda, realizar um estudo correlacionando as horas de enfermagem encontradas no escore TISS e o dimensionamento de pessoal preconizado pela OMS.

REFERÊNCIAS

1. Parminondi EACG, Matsuo T, Queiroz CLT, Carvalho GCM. Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2006 June [cited 2010 Sep 27] ; 14(3): 324-329. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300004&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692006000300004..
2. 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 (N.A.S.) 95f. Dissertação. Escola de Enfermagem, São Paulo, 2002.
3. Baltazar P. TISS 28, 2000. Disponível em: www.spci.pt/cimc2000/mesas/mr3/baltazar/tiss28.htm
4. Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB; Sepse; Latin América Sepsis Institute, 2006/2007.
5. Consenso brasileiro de sepse. [homepage na internet] Disponível em: <http://www.einstein.br/sepse/html/consenso.htm>
6. Knobel E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo, Atheneu; 2006.
7. Banton J, Brady C, O'kelley S.D. Terapia intravenosa. Rio de Janeiro: guanabara Koogan; 2005.
8. Lopes CLR. Percepção dos pacientes sem capacidade para autocuidar-se, sobre a

operacionalização do banho no leito. Revista Bras Enf, Brasília, 1996; 49 (2).

9. Reis EK, Costa GV, Cruz I. Como eu cuido de mobilidade física prejudicada em UTI: Estudo de caso. 2008. Disponível em: <http://enfermagemintensiva.blogspot.com/2008/08/mobilidade-fisica-prejudicada.html>
10. Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
11. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005
12. Dienpenbrock, N. H. Cuidados intensivos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
13. Barreto SSM, Vieira SRR, Pinheiro CTS (organizadores). Rotinas em terapia intensiva. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
14. Santos DS, Chianca TCM, Werli A. Estudo de revisão sistemática sobre o sistema de pontuação de intervenções terapêuticas – 28. Rev enferm UFPE on line. 2010 Abr/Jun; 4(2):413-19 [acesso em 2010 26 Mar]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/17/17>.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2010/04/13
Last received: 2010/06/28
Accepted: 2010/07/01
Publishing: 2010/10/01

Address for correspondence

Raquell Alves de Araújo
Rua João Lira, 143, Ap. 141
CEP: 50050-550 — Boa Vista, Recife,
Pernambuco, Brasil