

Enfermagem no transplante renal: comparação da demanda de cuidado entre escalas

Kidney transplant nursing: a comparison of care demand between scales
Enfermería en el trasplante renal: comparación de la demanda de cuidado entre turnos

Daiana Saute Kochhann¹  <https://orcid.org/0000-0002-7169-7023>

Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo¹  <https://orcid.org/0000-0002-8555-8649>

Como citar:

Kochhann DS, Figueiredo AE. Enfermagem no transplante renal: comparação da demanda de cuidado entre escalas. Acta Paul Enferm. 2020; eAPE20180220.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00220>



Descritores

Transplante renal; Dimensionamento de pessoal; Delegação de pessoal

Keywords

Kidney transplantation; Personnel downsizing; Personnel delegation

Descriptores

Trasplante de riñón; Reducción de persona; Delegación al personal

Submetido

4 de Setembro de 2018

Aceito

17 de Outubro de 2019

Autor correspondente

Daiana Saute Kochhann
E-mail: daianask@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Comparar o número de horas da demanda de cuidados de enfermagem ao paciente no pós-operatório de transplante renal, por meio dos instrumentos de Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) e do Escore de Atividade de Enfermagem (NAS).

Métodos: Estudo de Coorte Prospectivo. A população foi composta pelos pacientes submetidos ao transplante renal com doador falecido no Hospital São Lucas da PUCRS, a avaliação ocorreu de 6 a 24 horas no pós-operatório imediato, nos dias subsequentes até a alta da UTI Cirúrgica e no 15º dia pós-operatório ou no dia da alta (o que tenha ocorrido primeiro).

Resultados: Completaram o estudo 73 pacientes, a média do SCP na primeira avaliação foi de 31,6 (cuidado intermediário), já no NAS a média foi de 86,5% (cuidado intensivo). Na última avaliação a pontuação encontrada no SCP foi de 15,5 (cuidado mínimo), no NAS a mediana foi de 50,1% (cuidado semi-intensivo). Não houve diferença significativa quando comparadas as pontuações obtidas na alta da UTI cirúrgica e na alta hospitalar.

Conclusão: Os achados deste estudo sugerem que há diferença entre o número de horas da demanda de cuidados ao transplantado renal no pós-operatório quando comparados os instrumentos SCP e NAS, e isso repercute também no tipo de cuidado.

Abstract

Objective: To compare the number of hours of nursing care demand for patients in the postoperative period after kidney transplantation, using the Patient Classification System (SCP) and Nursing Activity Score (NAS) tools.

Methods: a prospective cohort study. The population consisted of patients who underwent deceased donor kidney transplantation at PUCRS São Lucas Hospital. Assessment was carried out from 6 to 24 hours in the immediate postoperative period, on the days following discharge from the Surgical ICU and on the 15th postoperative day or on the day of discharge (whichever occurred first).

Results: A total of 73 patients completed the study. The mean SCP in the first assessment was 31.6 (intermediate care), while in NAS the mean was 86.5% (intensive care). In the last assessment, the score found in the SCP was 15.5 (minimum care); In the NAS, the median was 50.1% (semi-intensive care). There were no significant differences when comparing the scores obtained at discharge from surgical ICU and discharge from hospital.

Conclusion: The findings of this study suggest that there is a difference between the number of hours of postoperative kidney transplant care demand when compared to the SCP and NAS tools, and this affects the type of care.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Comparar el número de horas de la demanda de cuidados de enfermería al paciente en posoperatorio de trasplante renal, por medio de los instrumentos de Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) y de la escala Nursing Activities Score (NAS).

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo. La población fue formada por pacientes sometidos a trasplante renal con donante fallecido en el Hospital São Lucas de la universidad PUCRS. La evaluación se llevó a cabo de 6 a 24 horas en el posoperatorio inmediato, en los días subsiguientes hasta el alta de la UCI Quirúrgica y en el 15° día del posoperatorio o el día del alta (lo que haya sucedido primero).

Resultados: El estudio lo completaron 73 pacientes, el promedio del SCP en la primera evaluación fue 31,6 (cuidado intermedio) y en el NAS el promedio fue 86,5% (cuidado intensivo). En la última evaluación, la puntuación del SCP fue 15,5 (cuidado mínimo) y en el NAS la mediana fue 50,1% (cuidado semintensivo). No hubo diferencia significativa al comparar las valoraciones obtenidas en el alta de la UCI Quirúrgica y en el alta hospitalaria.

Conclusión: Los resultados de este estudio sugieren que hay diferencia entre el número de horas de la demanda de cuidados al trasplantado renal en el posoperatorio al comparar los instrumentos SCP y NAS, y eso repercute también en el tipo de cuidado.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis causam inúmeras alterações no estilo de vida, especialmente provocadas pelas restrições decorrentes deste diagnóstico: necessidades terapêuticas, de controle clínico, bem como a possibilidade de internações hospitalares recorrentes.^(1,2) Uma dessas é a doença renal crônica (DRC), que consiste em anormalidades da estrutura e/ou função (glomerular, tubular e endócrina) dos rins, presentes por mais de três meses, com implicação para a saúde.⁽³⁻⁶⁾ Segundo o Inquérito da Sociedade Brasileira de Nefrologia sobre os pacientes com DRC em 2016, existiam no Brasil em torno de 130 mil pessoas em tratamento renal substitutivo (TRS), sendo 92% em Hemodiálise.⁽⁷⁾

Cabe à equipe assistencial oferecer as modalidades terapêuticas e ao paciente e rede de apoio realizar a escolha, exceto se houver contraindicação para alguma modalidade. Levando em consideração as mudanças na vida pessoal do indivíduo, e consequentemente os prejuízos físicos, psicológicos e no cotidiano que esta escolha irá desempenhar.⁽⁸⁾

O transplante renal é um procedimento cirúrgico que consiste na transferência do órgão saudável de um indivíduo (doador) para outro (receptor), visando restabelecer as funções perdidas ou ineficazes. É considerado atualmente a melhor opção terapêutica, tanto do ponto de vista médico quanto social e econômico. Quando comparado à hemodiálise, o transplante também melhora a sobrevida a longo prazo, além de representar uma economia em termos financeiros.⁽⁹⁾

Apesar de ser um importante recurso terapêutico, esta modalidade não significa a cura, mas sim a

possibilidade de uma nova perspectiva e retomada da qualidade de vida. É um tratamento que inclui o acompanhamento médico contínuo, rotina de realização de exames, uso de medicações imunossupressoras permanentes e importante adesão às condutas estabelecidas.⁽¹⁰⁾

Após o transplante renal, em nossa instituição, o receptor é encaminhado para uma UTI Cirúrgica, a fim de receber cuidados intensivos, porém este paciente apresenta características diferentes do perfil dos internados nesta unidade, pois, na sua grande maioria, após o procedimento cirúrgico e passado o efeito anestésico, o paciente retoma o controle fisiológico corporal e apresenta uma rápida recuperação. Talvez por este motivo exista uma subavaliação dos cuidados que devam ser levados em consideração para dimensionar a equipe de enfermagem para estes pacientes, agregada a uma falta de referencial teórico que justifique tal dimensionamento.

Cabe ressaltar que aproximadamente 25% dos receptores de doador falecido não terão função inicial do enxerto e, consequentemente, necessidade de realizar diálise temporária, de 20% a 60% irão apresentar um ou mais episódios de rejeição aguda e dependerão de um protocolo de imunossupressão e cerca de 5% podem desenvolver alguma complicação técnica ou necessidade de reintervenção cirúrgica.⁽¹¹⁾ A tendência é que estas intercorrências ocorram na UTI Cirúrgica, e uma rápida ação pode determinar ou modificar a sobrevida do enxerto e do paciente. Por isso, uma avaliação criteriosa e um cuidado direcionado exclusivamente a este receptor podem impactar positivamente nos resultados.

A gestão dos cuidados aos pacientes e o dimensionamento de pessoal para o atendimento destes é

função primordial do enfermeiro, seja na unidade de internação ou em unidades de maior complexidade. Atentando a isto, há critérios que devem ser rigorosamente analisados. Atualmente, existe uma variedade de escalas que podem ser utilizadas para auxiliar no gerenciamento da unidade e do cuidado, avaliando desde o grau de dependência dos pacientes, a gravidade e horas de cuidados que estes demandam à equipe.

Dentre os vários escores existentes para classificar os pacientes, o TISS, conhecido pelo seu acrônimo do inglês TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*,⁽¹²⁾ foi atualizado em 1983,⁽¹³⁾ e reestruturado em 1996, passando a ser constituído por 28 itens de intervenções e denominado TISS-28, onde cada ponto equivale a 10,6 minutos do tempo despendido para o cuidado.^(14,15) Fundamenta-se no pressuposto de que, independente do diagnóstico, quanto mais procedimentos forem necessários, maior a gravidade da doença e conseqüentemente maior será o tempo de cuidado prestado pela enfermagem.⁽¹⁶⁾ Esse instrumento foi traduzido e validado no Brasil em 2000.⁽¹⁷⁾ Porém, ainda não contemplava uma série de atividades realizadas pela enfermagem. Buscando o seu aprimoramento, passou novamente por uma reestruturação em 2001 e, apesar de reduzir o número de itens de 28 para 23, passou a abranger um maior conjunto de atividades de enfermagem, sendo também atribuídos pesos para estes itens. Este novo índice foi chamado de *Nursing Activities Score* (NAS).⁽¹⁸⁾

O NAS possui as mesmas categorias de intervenção terapêuticas que o TISS-28, porém agregou na categoria “atividades básicas” outras atividades de enfermagem, o que expressa a grande mudança de avaliação deste instrumento, pois considera não somente as tarefas assistenciais, mas também as gerenciais e apoio ao familiar do paciente crítico.

Este instrumento possui itens de pontuação mínima que variam de 1,2% a 32%, e cada ponto equivale a 14,4 minutos que, convertidos, representam o quanto em porcentagem de tempo foi gasto pelo enfermeiro na assistência praticada direta e indiretamente ao paciente em um turno, variando de zero até 176,8%, contemplando 80,8% das atividades de enfermagem.^(19,20) É considerado o melhor

instrumento para quantificar a real carga de trabalho, auxiliando nas melhorias das atividades desenvolvidas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e no dimensionamento da equipe.⁽²¹⁾

Outro instrumento muito utilizado é o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), que foi construído e validado em 1998 por Perroca e Gaidzinski. Esta escala visa categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidados de enfermagem requerida, ou seja, baseada no grau de dependência do paciente e necessidade de cuidados, o que, de maneira geral, reflete a complexidade do cuidado requerido.⁽²²⁾ A pontuação obtida é dividida em quatro categorias (classes) e correspondem ao tipo de cuidado.

O Conselho Federal de Enfermagem,⁽²³⁾ através da Resolução 543/2017, orienta sobre o dimensionamento do quadro de profissionais, levando em consideração as características do serviço de saúde, do serviço de enfermagem e do paciente. Nessa avaliação o grau de dependência deve ser analisado segundo o SCP.

Existe uma série de escores e avaliações para auxiliar no dimensionamento da equipe de enfermagem e, assim, zelar por um atendimento de qualidade, eficiente e eficaz e que represente um custo viável para as instituições. O enfermeiro tem função primordial na escolha do método de avaliação, na sua execução, na busca e análise dos resultados decorrentes.

Portanto, o objetivo deste estudo foi o de comparar o número de horas da demanda de cuidados de enfermagem ao paciente no pós-operatório de transplante renal, por meio dos instrumentos de Sistema de Classificação de Paciente (SCP) e o Escore de Atividade de Enfermagem (NAS).

Métodos

Este é um estudo observacional de Coorte Prospectivo. A amostra foi composta pelos pacientes submetidos ao transplante renal com doador falecido em um hospital de Porto Alegre, entre outubro de 2016 a agosto de 2017, maiores de 18 anos. Foram excluídos do estudo os pacientes que não completaram o protocolo da pesquisa por óbito

dentro do período avaliado, os que permaneceram na UTI Cirúrgica por sete dias ou mais no pós-operatório e os que retornaram à Unidade de Terapia Intensiva no período avaliado.

A coleta de dados se realizou através do preenchimento do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)⁽²²⁾ e do Escore de Atividade de Enfermagem (NAS) (19). Os primeiros pacientes incluídos no estudo foram avaliados simultaneamente pela pesquisadora responsável e pela enfermeira da UTI cirúrgica e os resultados foram comparados para a calibragem do investigador. Os escores referentes aos instrumentos SCP e NAS foram coletados simultaneamente em cinco momentos diferentes: no dia (D) 1, a primeira avaliação ocorreu de 6 a 24 horas após a chegada do receptor à UTI Cirúrgica, e assim as avaliações posteriores nos dias subsequentes foram denominadas de D2, D3 e D4, o máximo de avaliações realizadas nesta unidade ocorrendo até o D4. As avaliações dos dois instrumentos, constantes no D5 são referentes ao dia da alta ou à aplicação do instrumento do 15º dia após o transplante, com o paciente ainda na unidade de internação.

Para ambos os escores a pontuação foi convertida para horas de demanda de cuidado, e assim classificada conforme o tempo de assistência preconizado pelo COFEN, para poder igualar os tipos de cuidados e fazer uma análise comparativa entre os dois instrumentos.

Este estudo foi aprovado de Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob o Parecer 1.768.453. Por apresentar apenas dados que são coletados de maneira obrigatória para a avaliação diária do paciente, não envolvendo nenhum risco e/ou dano, bem como desconforto do participante, o pesquisador comprometeu-se a manter o sigilo com os dados coletados do prontuário (Termo de Utilização de Dados).

Os resultados foram organizados sob a forma de estatística descritiva, com as estimativas das medidas de tendência central e de variabilidade, com o estudo da simetria pelo teste de Kolmogorov Smirnov. Sobre as variáveis categóricas, a apresentação ocorreu através das distribuições absoluta e relativa.

Na comparação sobre as variáveis contínuas entre as avaliações D1 e D5 (alta), empregaram-se

os testes t-Student, para dados pareados. Quando a comparação ocorreu sobre as variáveis categóricas, foram utilizados os testes de Friedman e de McNemar Browker.

A relação de linearidade da Alta UTI Cirúrgica e Alta Hospitalar em comparação aos dias de alta ocorreu pela análise de correlação de Kruskal-Wallis.

Os dados foram analisados no programa Statistical Package for Social Sciences, versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2010) para Windows, e para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5%.

Resultados

Foram avaliados inicialmente 75 pacientes, porém dois receptores foram excluídos do estudo, já que precisaram retornar à UTI durante o período avaliado. Houve predomínio do sexo masculino, 59% (n=47), a idade mínima foi de 18 anos e a máxima, de 84 anos, com média de idade de 49 (+ 15 anos). Com relação ao tempo em TRS, a mediana foi de 26 meses (mínimo de 3 meses e máximo de 240 meses) e o tempo em lista de espera, de 18 meses (mínimo de 1 mês e máximo de 144 meses). O método dialítico predominante com 88% (n=64) foi a hemodiálise. A tabela 1 apresenta os valores dos dois escores nos diferentes dias de avaliação.

A tabela 2 apresenta os dados referentes ao Escore de Atividade de Enfermagem relativos à primeira avaliação (UTI cirúrgica) e à última avaliação (alta hospitalar).

Os dados referentes ao Sistema de Classificação de Pacientes relativos à primeira avaliação (UTI cirúrgica) e à última avaliação (alta hospitalar) estão apresentados na tabela 3.

A avaliação inicial foi realizada com média de 13,4 (\pm 4,9) horas, sendo a pontuação média do NAS de 86,5%, que equivale a 20 horas e 46 min., este tempo definido como tipo de cuidado intensivo. Dos 73 pacientes avaliados, os seguintes itens tiveram pontuação (100%): Investigações laboratoriais; Medicamentos; Cuidados com drenos; Tratamento para melhora da função pulmonar (prescrição e checagem da realização de fisioterapia

Tabela 1. Medidas descritivas para os instrumentos NAS e SCP nos diferentes dias de avaliação durante a internação na UTI Cirúrgica

Instrumentos e variáveis	Dias de Avaliação											
	D1 (n=73)			D2(n=20)			D3(n=7)			D4(n=3)		
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana
Escore de Atividade de Enfermagem												
Pontuação (%)	86,5	7,4	82,8	61,7	21,1	58,2	56,3	16,2	55,4	52,0	26,3	46,0
Conversão (min.)	1245,8	107,2	1192,3	889,1	303,3	838,1	811,1	233,2	797,8	748,8	379,0	662,4
Tempo (h)	20:46	1:47	19:52	14:49	5:03	13:58	13:31	3:53	13:18	12:28	6:19	11:02
Tipo de cuidados												
Semi- intensivos				20,0% (n=4)			14,3% (n=1)			33,3% (n=1)		
Intensivos	100,0% (n=73)			80,0% (n=16)			85,7% (n=6)			66,7% (n=2)		
Sistema de Classificação de Pacientes												
Pontuação	31,6	3,8	31,0	27,1	5,1	25,0	26,0	5,4	25,0	22,3	2,3	21,0
Tipo de cuidados												
Mínimos	2,7% (n=2)			60,0% (n=12)			71,4% (n=5)			100,0% (n=3)		
Intermediários	92,0% (n=67)			40,0% (n=8)			28,6% (n=2)					
Semi- intensivos	5,3% (n=4)											

Tabela 2. Medidas descritivas para o instrumento Escore de Atividade de Enfermagem no D1 e D5 (alta hospitalar) do receptor

Variáveis	Dias de Avaliação						
	D1 (n=73)			D5 (n=73)			p-value
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	
Pontuação (%)	86,5	7,4	82,8	45,0	10,4	50,1	<0,001§
Conversão (min.)	1245,8	107,2	1192,3	647,5	149,2	721,4	<0,001§
Tempo (h)	20:46	1:47	19:52	10:48	2:29	12:01	<0,001§
Tipo de cuidados							
Intermediários				16,4% (n=12)			0,109 π
Semi-intensivos				83,6% (n=61)			
Intensivos	100,0% (n=73)						

§: Teste t-Student para dados pareados; π: Teste de McNemar Browkwe

Tabela 3. Medidas descritivas para o instrumento Sistema de Classificação de Pacientes no D1 e D5 (alta hospitalar) do receptor

Variáveis	Dias de Avaliação						
	D1 (n=73)			D5 (n=73)			p-value
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	
Pontuação	31,6	3,8	31,0	15,5	1,8	15,0	<0,001§
Tipo de cuidados							
Mínimos	2,7% (n=2)			98,6% (n=72)			<0,001 π
Intermediários	92,0% (n=67)			1,4% (n=1)			
Semi-intensivos	5,3% (n=4)						

§: Teste t-Student para dados pareados; π: Teste de McNemar Browkwe

respiratória); e Medida quantitativa do débito urinário, que são itens que possuem pontuação única. Estes também tiveram pontuação máxima no item de Monitorização e controle, pois foi necessária dentro do período pós-operatório imediato observação por 4 horas ou mais, por razões de segurança. Em contrapartida, obtiveram pontuação mínima nos itens de Suporte e cuidados aos familiares e tarefas administrativas e gerenciais, visto que estas atividades são desempenhadas como rotina, mas não demandam um tempo maior que duas horas dentro do período avaliado.

Em relação aos procedimentos de higiene, dez pacientes (14%) demandaram mais que duas horas neste cuidado dentro do período avaliado, os demais 63 (86%) alcançaram pontuação mínima, pois necessitaram apenas da realização da troca do curativo, da roupa de cama e de higiene corporal, não tendo sido observada pontuação máxima neste item. Quanto à mobilização e posicionamento, oito receptores (11%) necessitaram do auxílio de dois profissionais para este cuidado; para um paciente (1,3%) foi preciso três ou mais profissionais na realização desta tarefa, os demais

64 receptores (87,7%) apresentaram pontuação mínima. Todos os receptores (100%) já não necessitavam de suporte respiratório por tubo endotraqueal, porém 16 deles (22%) ainda utilizavam oxigênio suplementar (óculos nasal). Sobre a necessidade de droga vasoativa, oito pacientes (8,2%) faziam uso desta medicação durante as primeiras 24 horas, dois transplantados (2,7%) precisaram de reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos e um receptor (1,3%) necessitou de reanimação cardiopulmonar. Sobre a realização de alguma técnica dialítica, 26 avaliados (36%) pontuaram neste item e 42 pacientes (57%) necessitaram realizar algum procedimento diagnóstico fora da UTI cirúrgica.

Em relação ao SCP, na avaliação inicial a média de pontuação obtida foi de 31,7, que equivale à média de cuidados de 6 horas, sendo definido como cuidado intermediário. Como este escore leva em consideração a gravidade do paciente, as pontuações foram muito variáveis em cada item e para cada paciente. Porém, destacam-se três itens que obtiveram pontuação máxima: controle de sinais vitais em intervalos menores do que duas horas; assistência efetiva da enfermagem para o cuidado corporal e medidas de conforto devido à restrição no leito; e manipulação e controle da sonda vesical de demora (SVD).

Dos pacientes que completaram o estudo, 58 (79%) tiveram alta hospitalar antes do décimo quinto dia, com mediana de pontuação do NAS de 50,1%, equivalente a 12 horas e 1 min. de demanda de cuidados (cuidado semi-intensivo), maior pontuação obtida do que a dos pacientes que foram avaliados no décimo quinto dia, mas que continuaram internados (NAS = 22,9% equivalente a 5 horas e 30 min.– cuidado intermediário).

Considerando o SCP, a média de pontuação no dia da alta foi de 15,5, ou seja, uma demanda de cuidados de até 4 horas e equivalente ao cuidado mínimo. Não houve diferença na pontuação obtida, levando em consideração os dias decorridos até a alta hospitalar. Os avaliados obtiveram pontuação mínima nos itens, exceto em relação à Integridade cutâneo-mucosa (média de 3,1), visto que todos os pacientes possuíam incisão cirúrgica.

Discussão

O perfil de pacientes estudados é similar ao perfil dos transplantados renais no Brasil, segundo a literatura. Em sua maioria eram receptores do sexo masculino, visto também que esta é uma característica predominante nos portadores de DRC, com faixa etária equivalente à encontrada no estudo.^(10,24)

Em relação ao tempo decorrido do ingresso em lista de espera até a realização do transplante, a média foi de 1,6 anos. Sabe-se que este tempo é variável e dependente de diversos fatores, mas o tempo encontrado neste estudo foi menor do que o descrito na literatura. Segundo Machado, Cherchiglia e Acurcio^(25, 26), em uma análise realizada em Belo Horizonte nos anos de 2000 a 2005, a média foi de 2,2 anos.

Estatísticas a respeito de modalidades de TRS no Brasil mostram que 91% dos pacientes realizam hemodiálise.⁽²⁷⁾ Em outra análise sobre o perfil epidemiológico destes pacientes, Cherchiglia e outros encontram dado similar, sendo a DP o método dialítico de 11% da população brasileira, o que está em concordância com o cenário mundial.⁽²⁵⁾ Segundo Sesso et al. (2017),⁽⁷⁾ no Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica em 2016, 92% dos pacientes realizavam hemodiálise e apenas 8%, diálise peritoneal.

Não encontramos na literatura um estudo realizado exclusivamente na avaliação do pós-operatório do transplante renal, em decorrência deste fato as análises foram feitas levando em consideração pesquisas com pacientes admitidos e internados na UTI. Vale destacar que, por ser um escore de avaliação desta unidade, também a avaliação feita na unidade de internação serve como base de investigação e proposta de futura atenção a este indicador, visto que também não há na literatura estudos a respeito da utilização deste escore nestas unidades.

Na avaliação inicial dos receptores, a pontuação obtida pelo NAS foi 86,5%, e este dado é diferente dos encontrados na literatura. De acordo com uma pesquisa realizada por Nogueira et al. (2013), a média encontrada na admissão na UTI foi de 61,9% e na saída, de 52,8%, e nesta pesquisa avaliamos a pontuação no momento da alta hospitalar, que condiz com este valor.⁽²⁸⁾

Passando para uma próxima análise realizada em uma UTI, Gonçalves e outros⁽²⁹⁾ (2006) também encontraram valor similar ao descrito anteriormente, com uma média de 66,5%, e a maior pontuação encontrada de 75% esteve no grupo de pacientes que foi a óbito durante a pesquisa. Este dado foi similar ao encontrado por Leite, Silva e Padilha,⁽³⁰⁾ onde a média da pontuação alcançada em uma UTI foi de 68,1%. É válido ressaltar que os itens pontuados nessa pesquisa foram semelhantes aos também elencados no presente estudo. Em outra análise, Feitosa, Leite e Silva⁽³¹⁾ encontraram média de 67,3% para uma unidade com o mesmo perfil das descritas anteriormente.

Estes dados nos levam a refletir que o transplantado renal possui um perfil diferenciado dos demais pacientes da UTI, mas ele demanda uma carga maior de trabalho que se não for avaliada corretamente, pode rapidamente levar a uma evolução desfavorável. Comparados a pacientes considerados de alta dependência em uma enfermaria específica, os transplantados renais apresentaram uma pontuação similar, porém no momento da alta hospitalar, dado que condiz com este trabalho, segundo Lima, Tsukamoto e Fugulin⁽³²⁾ a pontuação média foi de 51,47% para os avaliados.

Como este instrumento foi validado para avaliação dos cuidados de enfermagem para pacientes internados em UTI ou unidades de alta dependência, não existem estudos avaliando as pontuações obtidas na unidade de internação. Pela literatura, foi possível compreender que pacientes no pós-operatório de transplante renal demandam uma carga alta de trabalho e cuidado que este vem sendo subdimensionada nas unidades avaliadas.

Em relação à avaliação inicial do SCP, o tipo de cuidado intermediário prevaleceu na população estudada, e este dado é semelhante ao encontrado em uma análise feita em unidade especializada em transplante de fígado.⁽³³⁾ Uma dificuldade encontrada para a discussão deste instrumento neste estudo está no fato de que a literatura aponta para vários estudos que utilizam o SCP, mas com vistas à gestão e dimensionamento de pessoal, já que este é o escore recomendado pelo COFEN para distribuição da equipe de enfermagem, e até mesmo como modelo para a

construção de outros instrumentos. Uma análise com a pontuação no momento da alta não foi possível.

Também não foi possível identificar uma correlação referente à pontuação obtida na alta da UTI cirúrgica com o tempo de internação e a pontuação obtida na alta hospitalar, nos dois instrumentos, já que a correlação não foi significativa.

Conclusão

Os achados deste estudo sugerem que há diferença entre o número de horas da demanda de cuidados ao transplantado renal no pós-operatório quando comparados os instrumentos SCP e NAS, e isso repercute também no tipo de cuidado. Sugere que há uma subavaliação no instrumento do SCP, visto que o tempo despendido é muito menor ao encontrado no NAS. Não houve correlação referente ao escore obtido nos dois instrumentos na alta da UTI cirúrgica com o tempo de internação hospitalar e conseqüentemente à alta. É importante que novos estudos sejam realizados para determinar uma assistência efetiva e de qualidade, visando à segurança, ao bem-estar, reduzindo os dias de internação, e ao sucesso deste tratamento.

Colaborações

Kochhann DS, Figueiredo AE declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Siviero PCL, Machado CJ, Cherchiglia ML. Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte. *Cad Saúde Colet* (Rio J). 2014;22(1):75-85.
2. Oliveira FC, Alves MD, Bezerra AP. Co-morbidades e mortalidade de pacientes com doença renal: atendimento terceirizado de nefrologia. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(Especial-Nefrologia):476-80.
3. Romão Jr JE. Doença renal crônica: definição epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol*. 2004;26(3 Supl. 1):1-3.

4. Kusumota L, Rodrigues RA, Marques S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(3):525-32.
5. Kirsztajn GM, Filho NS, Draibe SA, Netto MV, Thomé FS, Souza E, et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. *J Bras Nefrol*. 2014;36(1):63-73.
6. Andrassy KM, Lameire N, Eckardt K, Kasiske B, Wheeler D, Levin A, et al. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*. 2013;3(1):5-14.
7. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. *J Bras Nefrol*. 2017;39(3):261-6.
8. Orlandi FS, Pepino BG, Pavarini SC, Dos Santos DA, de Mendiondo MS. Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4):900-5.
9. Sallénave M, Françaoso M, Gusukuma L, Pestana J. Transplantar ou não transplantar. In: Pestana JO, Freitas TV, Silva Junior HT. *Transplante renal: manual prático*. São Paulo: Livraria Balieiro; 2014. p.3-15.
10. Silva J, Fialho A, Borges M, Silva L. Perfil epidemiológico dos pacientes transplantados renais em hospital universitário e o conhecimento sobre uso de drogas imunossupressoras. *JBT: J Bras Transpl*. 2011;14(1):1449-94.
11. Bruno RM, Meinerz G, Ely I, Athayde TR. Evolução clínica do transplante renal. In: Garcia CD, Pereira JD, Garcia V, editores. *Doação e transplante de órgãos e tecidos*. São Paulo: Segmento Farma; 2015. p. 287-323.
12. 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.
13. Keene AR, Cullen DJ. Therapeutic intervention scoring system: update 1983. *Crit Care Med*. 1983;11(1):1-3.
14. Miranda DR, de Rijk A, Schaufeli W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items—results from a multicenter study. *Crit Care Med*. 1996;24(1):64-73.
15. Ducci AJ, Padilha KG, Telles SC, Gutierrez BA. Gravidade de pacientes e demanda de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: análise evolutiva segundo o TISS-28. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2004;16(1):22-7.
16. Galbiatti Parminondi Elias AC, Tiemi M, Queiroz Cardoso LT, Grion CM. Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(3):324-9.
17. Nunes B. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade em UTI: TISS-28-Therapeutic Intervention Scoring System [tese]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2000.
18. Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Lapichino G; TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. *Nursing Activities Score*. *Crit Care Med*. 2003;31(2):374-82.
19. Queijo AF, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Spe):1018-25.
20. 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) [tese]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2002.
21. Catalan VM, Silveira DT, Neutzling AL, Martinato LH, Borges GC. Sistema NAS: Nursing Activities Score em tecnologia móvel. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1419-26.
22. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(2):153-68.
23. Brasil. Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 543/2017. [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2017. [citado 2019 Out 19]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
24. Medina-Pestana JO, Galante NZ, Tedesco-Silva Júnior H, Harada KM, Garcia VD, Abbud-Filho M, et al. O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica. *J Bras Nefrol*. 2011;33(4):472-84.
25. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DA, Andrade EI, Acúrcio FA, Caiáffa WT, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):639-49.
26. Machado EL, Cherchiglia ML, Acúrcio FA. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte (MG, Brasil), 2000-2005. *Cien Saude Colet*. 2011;16(3):1981-92.
27. Lugon JR. Doença renal crônica no Brasil: um problema de saúde pública. *Braz J Nephrol*. 2009;31 (Suppl 1):2-5.
28. de Souza Nogueira L, Koike KM, Sardinha DS, Padilha KG, de Sousa RM. Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(3):225-32.
29. Gonçalves LA, Garcia PC, Toffoleto MC, Telles SC, Padilha KG. Necessidades de cuidados de enfermagem em terapia intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Rev Bras Enferm*. 2006;59(1):56-60.
30. Leite IR, Silva GR, Padilha KG. Silva GR, Padilha KG. Nursing Activities Score e demanda de trabalho de enfermagem em terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):837-43.
31. Feitosa MC, Leite IR, da Silva GR. Demanda de intervenções de enfermagem a pacientes sob cuidados intensivos: nas-Nursing Activities Score. *Esc Anna Nery*. 2012;16(4):682-8.
32. Lima MK, Tsukamoto R, Fugulin FM. Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes de alta dependência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):638-46.
33. Tanos MA, Massarollo MC, Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(4):376-82.