UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Anair Lazzari Nicola

**DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ**

Ribeirão Preto
2004

Anair Lazzari Nicola

**DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor, pelo Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Dinâmica da organização
dos serviços de saúde e de enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Maria Luiza Anselmi

**Ribeirão Preto
2004**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Nicola, Anair Lazzari.

Dimensionamento de pessoal de enfermagem no Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Ribeirão Preto, 2004.

153 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Anselmi, Maria Luiza.

1. Recursos humanos de enfermagem. 2. Dimensionamento de pessoal. 3. Classificação. 4. Pacientes internados.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Anair Lazzari Nicola

Dimensionamento de pessoal de enfermagem no Hospital
Universitário do Oeste do Paraná

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Dinâmica da organização
dos serviços de saúde e de enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Anselmi

Instituição: EERP – USP Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Janete Rodrigues da Silva Nakao

Instituição: EERP – USP Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Márcia Regina Antonietto da Costa Melo

Instituição: EERP – USP Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Káthia de Carvalho Cunha

Instituição: FASM Assinatura: _____

Dr^a. Ana Laus

Instituição: HCFMRP-USP Assinatura: _____

Dedico este trabalho

**Ao Mauro, Matheus e Marina, meu
esposo e filhos, com amor, admiração e
gratidão, pelo carinho, compreensão,
ajuda e incentivo constantes ao longo
do período de elaboração deste
trabalho.**

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Anselmi, que propiciou momentos únicos de orientação, conduzindo o trabalho com sensibilidade e paciência. As suas argumentações trouxeram grandes contribuições para meu crescimento acadêmico, meu reconhecimento pelo apoio e incentivo presentes em todos os momentos, especialmente naqueles de dificuldades. Sou grata também, pela atenção com que sempre me acolheu.

À Prof^a. Dr^a. Janete Rodrigues da Silva Nakao, pela valiosa contribuição dada na qualificação e na pró-forma desta pesquisa, seu olhar atento foi de suma importância na conclusão deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Márcia Regina Antonietto da Costa Melo, pela forma afetuosa, atenciosa e estimulante com que tratou deste estudo na pró-forma, suas contribuições foram importantes para a finalização deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Káthia de Carvalho Cunha, pela atenção, afeto, respeito e incentivo sempre presentes em todos os momentos de convivência e especialmente pela presteza e competência com as quais avaliou este estudo na pró-forma.

À Dr^a. Ana Laus pelas significativas contribuições na pró-forma que auxiliaram na finalização deste estudo.

À Prof^a. Dr^a. Lisete Diniz Ribas Casagrande, pelo respeito ao meu estudo e pelas valiosas sugestões, na qualificação, que possibilitaram aprimorá-lo.

Aos pacientes e seus familiares pela participação e valiosa contribuição para a realização desta pesquisa.

À equipe de enfermagem do HUOP que de forma direta e indireta, contribuíram para a viabilização deste estudo. Sou grata pela gentileza com que sempre me receberam e facilitaram a coleta dos dados.

À Direção do Serviço de Enfermagem do HUOP, nas pessoas da Prof^ª. Ms. Elisabeth Brás e da Prof^ª. Ms. Débora Ignácio Alves, pela disponibilidade de informações e pela atenção especial durante a coleta de dados para este estudo. Aos funcionários do Setor de Recursos Humanos e do SAME do HUOP pela colaboração no fornecimento de informações e documentos.

Ao Prof. Paulo Sergio Wolf. Diretor do Campus de Cascavel (2000/2003) pelo apoio.

Aos colegas do Colegiado de Enfermagem da UNIOESTE e em especial da disciplina de Administração em Enfermagem cujo apoio proporcionou a conclusão deste trabalho.

Ao colega Prof. Dr. Ronaldo Luiz Barboza, por assumir minhas atividades de ensino nos momentos de ausência para conclusão da tese.

À Sr^a. Sonia Lemanski da Divisão de Capacitação Docente da UNIOESTE, pela solidariedade, respeito e incentivo durante essa trajetória na pós-graduação.

À colega Débora Vendrusculo Lage e sua família, pelo acolhimento carinhoso em Ribeirão Preto.

Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, pela convivência.

Aos meus familiares, pelo carinho, incentivo, disponibilidade e colaboração.

Aos colegas que conheci na pós-graduação pela amizade que ficou e pela oportunidade de trocar experiências e conhecer outras realidades.

HOMENAGEM ESPECIAL

Parece muito injusto que a morte deva ter o poder de tirar-nos alguém que amamos. E quando isso acontece, a idéia de nunca mais poder conversar, nem rir com ela ou abraçá-la pode ser muito difícil de suportar, porém, a imortalidade de que se reveste a natureza humana, faz o homem sempre presente pela cultura que transmitiu, pela amizade que conquistou e pelo exemplo que legou. É assim que Leodoro Lazzari e Elsa Netson Lazzari meus pais, Gelcy Luiz Nicola (Magri) meu sogro e a Prof^a. Dr^a. Neide Fávero uma pessoa muito especial, continuam presentes. Saudades

RESUMO

NICOLA A. L. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem no Hospital Universitário do Oeste do Paraná**. 2004. 153 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

O papel desempenhado pelos recursos humanos na produção de serviços de saúde e, particularmente, no campo da enfermagem merece atenção especial. Este estudo aborda a temática da gerência de recursos humanos tomando por referência a questão do dimensionamento de pessoal de enfermagem em um setor específico de atuação: o hospital. Trata-se de uma investigação na modalidade de estudo de caso cujo objetivo geral é dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem para unidades de internação de um hospital universitário situado em um município do oeste do estado do Paraná. A metodologia adotada é aquela proposta por Gaidzinski (1998) que contempla a identificação de determinadas variáveis, às quais correspondem instrumentos específicos de coleta de dados. Para identificação do grau de dependência do paciente em relação ao cuidado de enfermagem, utilizou-se o Sistema de Classificação de Pacientes segundo Perroca (2000); para as horas médias de assistência de enfermagem e o percentual de cada categoria profissional adotou-se como parâmetro a Resolução COFEN nº 189/96; a definição do índice de absenteísmo bem como a equação para cálculo do quadro de pessoal foram desenvolvidas segundo a metodologia preconizada por Gaidzinski (1998). As unidades de internação estudadas foram aquelas em que a clientela atendida era composta por adultos (≥ 14 anos), nas especialidades de clínica médica e clínica cirúrgica. Do total de 62 leitos ativados nas três unidades de internação estudadas, foram classificados, diariamente durante 92 dias consecutivos, 72,5% dos leitos que correspondem a 4.135 pacientes/dia. Para os demais 27,5% dos leitos, a classificação não se efetivou devido à recusa do paciente em participar do estudo e outras ocorrências. Dos pacientes classificados, 9,4% requeriam cuidados intensivos, 14,6% cuidados semi-intensivos, 45,1% cuidados intermediários e 30,9% cuidados mínimos. Para as ausências previstas, o maior índice deve-se às folgas semanais, para as ausências não previstas o índice mais elevado ocorre devido às licenças médicas. Aplicando-se a equação de dimensionamento, obteve-se um quadro projetado de 28 enfermeiros e 48 auxiliares de enfermagem. Comparando-se o quadro existente com o projetado verifica-se que para a categoria enfermeiro, o quantitativo existente corresponde a 50% daquele previsto; para a categoria de auxiliares de enfermagem há um excedente de 29,2%. Diante do quadro reduzido de enfermeiros, levanta-se a hipótese de que determinadas ações de enfermagem inerentes a esse profissional estejam sendo desenvolvidas pelo pessoal de nível médio, sem um processo de supervisão que permita o desenvolvimento de um trabalho mais articulado e integrativo, resultando em uma assistência de enfermagem de melhor qualidade. Entende-se, ainda, que a adoção, pelos enfermeiros, de um sistema de classificação de pacientes em suas respectivas unidades, permitirá ampliar o conhecimento acerca da clientela atendida, suas reais necessidades, bem como o desenvolvimento de habilidades e competências que lhe assegurem assistir e gerenciar de um modo mais seguro, inovador, autônomo e participativo.

Palavras-chave: Recursos humanos de enfermagem, Dimensionamento de pessoal, Classificação, Pacientes internados.

SUMMARY

NICOLA A. L. **Dimensioning of Nursing Personnel in the University Hospital of Western Paraná**. 2004. 153 p. Thesis (Doctoral) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

The role performed by human resources in the production of Health Services, and particularly in the Nursing field, deserves special attention. This study approaches human resources management based on the dimensioning of nursing personnel in a specific sector of activity: the hospital. It is a case study whose goal is to dimension the nursing personnel for inpatient units at a university hospital located in a city of western Paraná state. The methodology adopted is that proposed by Gaidzinski (1998), as it contemplates the identification of certain variables to which specific data collection instruments correspond. In order to identify patients' dependence in relation to nursing care, the Patient Classification System was used according to Perroca (2000); concerning the mean hours of nursing care and the percentage of each professional category, Resolution COFEN no. 189/96 was adopted as a parameter; the definition of absence rates as well as the equation used to calculate the staff were developed according to the methodology proposed by Gaidzinski (1998). The inpatient units under study were those in which the clients assisted consisted of adults (≥ 14 years old) in the specialties of medical clinic and surgical clinic. Of the total number of 62 activated beds in the three inpatient units under study, 72.5% of the beds were classified daily during a period of 92 consecutive days, which corresponds to 4.135 patients/day. As to the remaining 27.5% beds, classification was not conducted due to patients' refusal to participate in the study and to other occurrences. Of the classified patients, 9.4% required intensive care, 14.6% semi-intensive care, 45.1% intermediate care and 30.9% minimum care. Concerning predicted absences, the highest rate was due to weekly work pauses whereas for non-predicted absences, the highest rate occurred as a result of sick leaves. The application of the dimensioning equation resulted in a staff consisting of 28 nurses and 48 nursing auxiliaries. By comparing the existing staff and the projected staff, it was observed that the number of working nurses corresponded to 50% of the predicted number whereas, in relation to nursing auxiliaries, there was an excess of 29.2%. In view of the reduced number of nurses, a hypothesis was made that certain nursing actions which are inherent to that professional category are being performed by nursing auxiliaries without a supervision process that would allow for the development of more articulated and integrative work, which would, in turn, result in better quality nursing care. It is also understood that the adoption, by nurses, of a patient classification system in their respective units will bring further knowledge concerning the clients assisted, their real needs as well as the development of skills and competencies that will enable them to provide care and manage their work in a more safe, innovative, autonomous and participant fashion.

Key words: Nursing human resources, Personnel Dimensioning, Classification, inpatients.

RESUMEN

NICOLA A. L. **Cálculo del personal de enfermería en el Hospital Universitario al oeste del estado de Paraná.** 2004. 153 f. Tesis (Doctorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

El papel que desempeña recursos humanos en la participación en los servicios de salud y, especialmente en el campo de la enfermería, merece una especial atención. Este estudio abordó la temática de la administración de recursos humanos, tomando como referencia la cuestión del cálculo del personal de enfermería en un sector específico de actuación: el hospital. Se trata de una investigación donde se utilizó la modalidad de estudio de caso, cuyo principal objetivo es calcular el cuadro de personal de enfermería para las unidades de hospitalización de un hospital universitario ubicado en un municipio al oeste del estado de Paraná. La metodología adoptada fue la propuesta por Gaidzinski (1998), la cual contempla la identificación de determinadas variables, dentro de la cual como instrumentos específicos está la recopilación de datos. Para identificar el grado de dependencia del paciente en relación al cuidado de enfermería, se utilizó el Sistema de Clasificación de Pacientes de Perroca (2000); para el promedio de horas de atención de enfermería y el percentual de cada categoría profesional, se adoptó como parámetro la Resolución COFEN nº 189/96; la definición del índice de ausentismo, así como la ecuación para realizar el cálculo del cuadro de personal, se elaboraron siguiendo la metodología precognizada por Gaidzinski (1998). Las unidades de hospitalización estudiadas fueron aquellas en las cuales la población atendida estaba formada por adultos (≥ 14 años) dentro de las especialidades de clínica médica y clínica quirúrgica. Del total de 62 camas ocupadas en las tres unidades de hospitalización estudiadas, fueron clasificadas diariamente, durante 92 días consecutivos, el 72,5% de las camas, lo que corresponde a 4135 pacientes/día. Al 27,5% restante de las camas, no se le pudo realizar la clasificación debido a la negativa del paciente a participar del estudio y a otras causas. En lo que se refiere a los pacientes clasificados, un 9,4% de ellos requerían cuidados intensivos, un 14,6% cuidados semiintensivos, un 45,1% cuidados intermedios y un 30,9% cuidados mínimos. Ante las ausencias previstas se observó que el mayor índice se debía a los días de descanso semanal y ante las ausencias no previstas el índice más elevado se debía a licencias médicas. Aplicándose la ecuación de cálculo, se obtuvo un cuadro proyectado de 28 enfermeros y 48 auxiliares de enfermería. Al comparar el cuadro ya existente con el proyectado se verificó que, para la categoría enfermero, la cantidad existente correspondía a un 50% de lo previsto; siendo que para la categoría auxiliares de enfermería había un excedente de un 29,2%. Ante el reducido cuadro de enfermeros se levanta la hipótesis de que determinadas acciones de enfermería, las cuales son inherentes a ese profesional, puedan estar siendo realizadas por personal de nivel medio, sin un proceso de supervisión que permita el desarrollo de un trabajo más articulado e integral, que de, como resultado, una atención de enfermería de mejor calidad. También se llegó a la conclusión de que si los enfermeros adoptaran un sistema de clasificación de pacientes en sus

respectivas unidades, eso les permitiría ampliar el conocimiento sobre la población atendida con sus reales necesidades, así como desarrollar habilidades y competitividad, lo que les permitiría atender y administrar de un modo más seguro, innovador, autónomo y participativo.

Palabras-clave: Recursos humanos de enfermería, Cálculo de personal, Clasificación, Pacientes hospitalizados.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 -	Organograma da estrutura organizacional provisória do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel - PR, 2003.....	54
Quadro 1 -	Demonstrativo de indicadores de produção/produktividade hospitalar do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel - PR, 2003.....	58
Figura 2 -	Distribuição dos leitos/dia observados, leitos/dia vagos, leitos/dia com recusas e leitos/dia com outras ocorrências, segundo unidade de internação estudada. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel – PR.....	85
Quadro 2 -	Leitos ativados, leitos/dia ocupados, média diária de pacientes e taxa média de ocupação, segundo unidade de internação estudada. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel – PR.....	87
Figura 3 -	Média diária de leitos classificados segundo categoria de cuidado de enfermagem, segundo unidade de internação estudada. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel – PR.....	90
Figura 4 -	Distribuição percentual dos leitos classificados nas unidades de internação estudadas, segundo categoria de cuidado de enfermagem. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel – PR.....	93
Figura 5 -	Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução COFEN nº. 189/96, para a Unidade de Internação F2 . Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel - PR, 2003.....	120
Figura 6 -	Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução COFEN nº. 189/96, para a Unidade de Internação G2 . Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel - PR, 2003.....	121
Figura 7 -	Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução COFEN nº. 189/96, para a Unidade de Internação G3 . Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel - PR, 2003.....	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Leitos/dia observados, leitos/dia vagos, leitos/dia com recusas e leitos/dia com outras ocorrências durante o processo de classificação de pacientes, segundo unidade de internação estudada. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel - PR.....	84
Tabela 2 -	Número de leitos classificados e respectiva média diária segundo unidade de internação estudada e categoria de cuidado de enfermagem. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel – PR.....	89
Tabela 3 -	Distribuição percentual dos leitos classificados, segundo unidade de internação estudada e categoria de cuidado de enfermagem. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel - PR.....	92
Tabela 4 -	Efetivo médio de pessoal de enfermagem, número (em dias) e percentual de ausências não previstas (IA) na Unidade de Internação F2, segundo categoria profissional e tipo de ausência. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, outubro de 2002 a setembro de 2003. Cascavel – PR.....	98
Tabela 5 -	Efetivo médio de pessoal de enfermagem, número (em dias) e percentual de ausências não previstas (IA) na Unidade de Internação G2, segundo categoria profissional e tipo de ausência. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, outubro de 2002 a setembro de 2003. Cascavel - PR.....	106
Tabela 6-	Efetivo médio de pessoal de enfermagem, número (em dias) e percentual de ausências não previstas (IA) na Unidade de Internação G3, segundo categoria profissional e tipo de ausência. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, outubro de 2002 a setembro de 2003. Cascavel - PR.....	107
Tabela 7 -	Comparativo do percentual de ausências não previstas (IA) por licença médica e outras ausências não previstas segundo unidades de internação estudadas. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, outubro de 2002 a setembro de 2003. Cascavel - PR.....	108
Tabela 8 -	Valores (em percentual) que deverão ser acrescidos para cobertura de todas as ausências não previstas nas unidades de internação estudadas, segundo categoria profissional. Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel – PR, 2003.....	110

Tabela 9 -	Percentual de acréscimo de pessoal para cobertura das ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem nas unidades de internação estudadas, segundo categoria profissional. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, outubro de 2002 a setembro de 2003. Cascavel – PR.....	114
Tabela 10 -	Média diária de pacientes, categoria de cuidado e horas de assistência de enfermagem. Unidade F2. Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel - PR, 2003.....	116
Tabela 11 -	Quantitativo de pessoal de enfermagem projetado, segundo unidade de internação estudada e categoria profissional. Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel - PR, 2003.....	123
Tabela 12 -	Comparativo entre o quadro de pessoal de enfermagem existente com o projetado, segundo unidade de internação estudada e categoria profissional. Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel - PR, 2003.....	124

Lista de Siglas

AIH -	Autorização de Internação Hospitalar
AMS -	Assistência Médico-Sanitária
CCIH -	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CISOP -	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná
CLT -	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFEN -	Conselho Federal de Enfermagem,
CPP -	Cuidado Progressivo ao Paciente,
HRC -	Hospital Regional de Cascavel
HUOP -	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IA -	Índice de absenteísmo
IBGE -	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS -	Instituto Nacional de Seguridade Social,
IST -	Índice de Segurança Técnica
PSF -	Programa Saúde da Família,
RT -	Responsável Técnica
SCP -	Sistema de Classificação de Pacientes
SUS -	Sistema Único de Saúde
UNIOESTE -	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

Lista de Quadros e Figuras

Lista de Tabelas

Lista de Siglas

Resumo

Summary

Resumen

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	20
2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS ACERCA DO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM	27
3 OBJETIVOS	46
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	47
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	47
4.2 LOCAL DA INVESTIGAÇÃO.....	49
4.3 INSERÇÃO DA ENFERMAGEM NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ.....	62
4.4 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES - CAMPO DE ESTUDO.....	68
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	70
4.6 APLICAÇÃO DO MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM.....	71
4.6.1 Caracterização do grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem.....	71
4.6.2 Tempo de assistência de enfermagem.....	74
4.6.3 Percentual de cada categoria profissional.....	74

4.6.4	Jornada efetiva de trabalho e a produtividade de enfermagem.....	75
4.6.5	Percentual de ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem.....	76
4.6.5.1	Ausências previstas por folga semanal.....	76
4.6.5.2	Ausências previstas por feriado.....	77
4.6.5.3	Ausências previstas por férias.....	78
4.6.5.4	Ausências não previstas.....	78
4.6.6	Equação para dimensionamento de pessoal de enfermagem.....	79
5	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	81
5.1	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES.....	82
5.2	CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS PACIENTES EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	88
5.3	PERCENTUAL DE AUSÊNCIAS PREVISTAS E NÃO PREVISTAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	94
5.3.1	Ausências previstas por folga semanal.....	95
5.3.2	Ausências previstas por feriado.....	95
5.3.3	Ausências previstas por férias.....	96
5.3.4	Ausências não previstas.....	97
5.4	APLICAÇÃO DA EQUAÇÃO PARA DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM.....	115
6	COMPARAÇÃO ENTRE O QUADRO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EXISTENTE E O PROJETADO.....	123
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132
	ANEXOS.....	141

1 INTRODUÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Os recursos humanos na área da saúde representam uma questão central na organização do sistema de saúde. O papel que tais recursos desempenham na produção e utilização dos serviços de saúde merece particular atenção dos gestores públicos e dos responsáveis pela elaboração da política nacional de recursos humanos para o setor saúde.

Ao longo do tempo, os recursos humanos representaram uma área extremamente sensível e contingencial e eram percebidos como um fator de produção entre outros, e não como protagonistas do processo de produção de serviços, recebendo sempre limitada atenção dos responsáveis pela gestão dos serviços (CHIAVENATO, 1997; DUSSAULT; SOUZA, 2000).

Atualmente, apesar do reconhecimento da relevância da força de trabalho em saúde, percebem-se, ainda, desequilíbrios na distribuição dos profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde, por categoria ocupacional e por região. Segundo Dussault e Souza (2000), esses desequilíbrios representam uma utilização inadequada desses recursos que são raros e de custo elevado, bem como limitam o acesso da população aos serviços.

Ainda para esses autores, a gestão dos recursos humanos em saúde exige a observação cuidadosa das muitas peculiaridades do setor, tendo em vista que os problemas de saúde possuem caráter múltiplo e

multidimensional, variando bastante de indivíduo para indivíduo e entre os grupos populacionais. Decorrentes dessas especificidades, o trabalho nas organizações de saúde é muito variável, complexo e de difícil padronização, com atividades altamente especializadas e interdependentes e que exigem agentes preparados para as freqüentes situações de emergência.

A complexidade inerente aos serviços de saúde, em decorrência seja da crescente incorporação tecnológica seja das peculiaridades do processo de trabalho em saúde, requer um sistema de gestão capaz de maximizar a alocação e monitoramento dos recursos, compatibilizando objetivos e resultados almejados (ANSELMi, 2000). Assim, no processo de produção em saúde, os recursos humanos assumem papel relevante, uma vez que distintamente dos trabalhadores de outras áreas da produção apresentam determinadas características, entre elas: o elevado grau de autonomia, a qual permite que sejam definidas as necessidades da clientela e também como estas poderão ser satisfeitas; a presença de forte interação entre quem produz ações de saúde e o sujeito que as utiliza influi sobremaneira na eficiência e efetividade do serviço e, por conseqüência, na qualidade da atenção ofertada à clientela.

Apesar de algum progresso e modificações em determinadas posturas e filosofias, Chiavenato (1997) afirma que a administração dos recursos humanos ainda permanece inalterada em sua essência na grande maioria das instituições, sejam aquelas do setor saúde como nos demais setores produtivos. Quando surgem problemas financeiros que exigem redução de despesas, a solução mais

rápida e mediata tomada por muitos administradores é o corte na folha de pagamento com conseqüente redução do número de trabalhadores.

O autor considera que essa estratégia quase sempre se deve ao desconhecimento das especificidades do processo de trabalho, das características, das proporções e da natureza dos recursos humanos e, sobretudo, pela falta de consideração com relação à contribuição que as pessoas trazem para o crescimento e desenvolvimento organizacional.

As pessoas que trabalham nas organizações representam seu recurso crítico, sem o qual não conseguem realizar o seu trabalho e atingir os objetivos, o que é particularmente verdadeiro nas organizações de saúde, pois estas sendo altamente dependentes de tecnologia necessitam contar com recursos humanos suficientemente capacitados para operá-la (MALIK et al., 1998).

As mudanças ocorridas nas últimas décadas desencadearam para as políticas de recursos humanos em saúde um período de renovação pela efetivação do SUS, mas geraram instabilidade e tensão evidenciadas nas dificuldades enfrentadas na prática dos serviços. Essa questão tem muito a ver também com o processo da Reforma Administrativa do Estado caracterizada, principalmente, pela política de redução de recursos humanos e terceirização de unidades de serviços. A alteração nas regras de estabilidade do servidor público, nas normas de admissão e no regime jurídico único aponta para um novo pensamento sobre a administração pública, sustentado pela necessidade de contar com um quadro de pessoal ajustado permanentemente às mudanças tecnológicas, às variações do mercado e da economia e aos diversos fatores culturais de cada instância de trabalho (NOGUEIRA, 2003).

Assim as soluções para os problemas emergentes têm de ser encontradas de forma rápida e com expedientes mais criativos que os pressupostos pelas normas burocráticas do Estado. O vínculo empregatício e as formas de remuneração têm de estar ajustadas a esses requisitos. A temporalidade do contrato, a variedade da jornada de trabalho e a elevada taxa de demissão e readmissão são apresentadas como características imprescindíveis para esse ajustamento da administração pública (NOGUEIRA, 2003).

A crise no sistema de saúde brasileiro, mormente nas organizações hospitalares públicas, vem de longa data, sempre associada à conjuntura econômica do país e ao descaso dos gestores públicos em relação à administração da saúde e tornou-se ainda mais grave após a reforma do Estado, tendo em vista que esta teve como diretrizes básicas a redução de despesas, principalmente com o quantitativo de funcionários públicos, o que trouxe um efeito imediato na política de recursos humanos na saúde, gerando dificuldades assistenciais e gerenciais, pois afetou diretamente o quantitativo e o qualitativo de pessoal nas instituições (CECÍLIO, 1997).

É inegável que o setor saúde constitui um mercado expressivo de absorção de trabalhadores. No Brasil, segundo Girardi e Carvalho (2002), em dezembro de 2000, as atividades que compõem o macrossetor saúde detinham mais de 2,5 milhões de vínculos regulamentados de emprego, sendo que cerca de 70% destes situavam-se em estabelecimentos de serviços de saúde. Nesse mesmo período, 3,5% do mercado de trabalho assalariado formal em nosso país era ocupado por profissões de saúde e as ocupações relacionadas, o que correspondia a 930.189 vínculos de

emprego. Desse total de vínculos, cerca de 30,3% deles situavam-se no segmento de atividades hospitalares. Em relação à força de trabalho em enfermagem, dos 930.189 vínculos de emprego, 7,5% eram ocupados por enfermeiros e 33,8% por auxiliares de enfermagem.

Esses autores referem ainda que, em 2000, 35% dos enfermeiros e 52,2% dos auxiliares de enfermagem com vínculos de emprego assalariados formais, atuavam em estabelecimentos com regime de internação (GIRARDI; CARVALHO, 2002). Estes dados apontam, portanto, para o importante espaço que os trabalhadores de enfermagem ocupam no mercado de trabalho em saúde e, particularmente, nas instituições hospitalares.

Assim, considerando a relevante inserção dos agentes de enfermagem no mercado de trabalho hospitalar, e particularmente, a problemática referente ao quantitativo desses trabalhadores neste espaço específico da produção de ações de saúde, delimitamos como objeto de nossa investigação a questão do dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário, tendo em vista a dificuldade encontrada pela Direção do Serviço de Enfermagem para elaboração das escalas mensal de folgas e de férias e com as ausências dos membros da equipe.

Optamos por esse tema tendo em vista que durante nossa trajetória profissional, como docente de disciplinas na área de Administração Aplicada à Enfermagem, em um curso de graduação de enfermagem que utiliza o hospital universitário como campo de prática no ensino, presenciamos os enfermeiros responsáveis pela administração do serviço de enfermagem

relatando as dificuldades em negociar a contratação de um quantitativo maior de pessoal de enfermagem. Isso possibilitou diversas reflexões, dentre elas, sobre a inexistência de um respaldo científico e legal que comprove a real necessidade de recursos humanos para o serviço de enfermagem; sobre a responsabilidade e o compromisso envolvido na atividade de docência, especialmente nas questões que tratam da gestão de recursos humanos no hospital; e, ainda, sobre as possibilidades que o processo de dimensionamento, como ferramenta gerencial, oferece para os enfermeiros e acadêmicos fundamentarem suas decisões e ações visando à racionalidade e eficácia do processo de trabalho.

A inexistência de comprovação da real necessidade de recursos humanos para o serviço de enfermagem está relacionada a práticas tradicionais de gerenciamento ainda adotadas na maioria dos hospitais, onde todos os pacientes são assistidos como se demandassem indistintamente a mesma quantidade de cuidados. Sob esse ponto de vista, não se leva em conta que cada paciente se comporta subjetivamente de maneira diferente, ou seja, exige da enfermagem, uma assistência diferenciada em termos qualitativos e quantitativos, o que dificulta uma sistematização do método de trabalho da enfermagem.

A insuficiência numérica e qualitativa de recursos humanos para o serviço de enfermagem tem sido a nível nacional, questão preocupante para os enfermeiros que ocupam cargos de gerência de enfermagem, uma vez que a inadequação desses recursos, para atendimento das necessidades de assistência de enfermagem aos pacientes, compromete

seriamente a qualidade do cuidado e implica em questões legais e de saúde do trabalhador (GAIDZINSKI, 1998).

Assim, em sua prática administrativa, os enfermeiros necessitam lançar mão de instrumentos que os auxiliem a gerenciar cada unidade de internação, bem como as necessidades dos pacientes, direcionados para a melhoria da qualidade de assistência, que com a busca de estratégias possibilitem uma maior satisfação da equipe de enfermagem em seu trabalho cotidiano.

Implementar uma metodologia de dimensionamento constitui-se em um instrumento valioso na medida em que disponibiliza dados das condições do paciente os quais auxiliarão no processo decisório relacionado à alocação de recursos humanos, qualidade da assistência, monitoramento da produtividade e processo orçamentário, estabelecendo, assim, parâmetros mínimos para o estabelecimento de um quadro adequado de profissionais de enfermagem (GAIDZINSKI, 1998).

O próximo capítulo visa à elaboração de um marco teórico sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem na área hospitalar com possibilidade de se destacar conceitos e instrumentos que subsidiem a compreensão dessa temática por acadêmicos e profissionais e de subsidiá-los para decisões e ações que possam melhorar a realidade da gestão de pessoas na enfermagem com impacto positivo na qualidade da assistência prestada.

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS ACERCA DO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

O hospital, considerado como uma organização complexa, ao longo dos últimos anos, tem incorporado conhecimentos e tecnologias médicas e desenvolvido a oferta dos serviços especializados, ampliando cada vez mais a divisão do trabalho em função das habilidades técnicas oriundas das especializações e das diferentes atividades desenvolvidas. Em decorrência disso, o hospital requer uma coordenação de suas atividades, através de diferentes sistemas administrativos (GONÇALVES, 1998).

Todos os hospitais têm como finalidade básica a assistência aos doentes, e alguns, também desenvolvem o ensino e a pesquisa, porém, o objetivo principal é atender às necessidades do paciente da forma mais adequada, com relação aos cuidados e tratamento de que necessita, e cada grupo de participantes do processo, tem cada qual, seu próprio objetivo, definido pelas habilidades e pela escala de valores. Assim, ao atender os doentes, geralmente os profissionais desenvolvem suas atividades buscando uma integração harmônica e condizente com os objetivos gerais da organização a fim de que o desempenho global não seja prejudicado.

Os hospitais, a nível nacional, apesar de serem consideradas organizações modernas, ainda trazem marcas da Administração Clássica, apresentando um modelo organizacional verticalizado e burocrático, com uma extensa divisão do trabalho que mobiliza esforços de um grande número de profissionais para prestar assistência individualizada ao paciente,

sendo que cada categoria necessita de uma coordenação adequada para desenvolver suas atividades (CECILIO, 1997).

Em relação ao serviço de enfermagem, de acordo com Ferraz (1995), os enfermeiros que atuam nas organizações hospitalares ainda sofrem a influência dos princípios da Administração Clássica.

Apesar dessa influência, estudos realizados por Trevizan (1988) e Fávero (1996) mostram que a função administrativa do enfermeiro, ao longo dos anos, vem ocupando um lugar de destaque, que é evidenciado pelo fato de o enfermeiro atuar no gerenciamento de unidades e desenvolver atividades administrativas burocráticas na maioria dos hospitais, isso também ocorre devido a fatores políticos, econômicos, sociais e culturais vigentes nas instituições de saúde e na sociedade.

Em sua prática administrativa, o enfermeiro gerencia as unidades assistenciais, viabilizando, favorecendo e criando condições técnicas para que o trabalho cotidiano aconteça (ANSELM; NAKAO, 1999). Nesse sentido, o enfermeiro desempenha papel fundamental na efetivação de políticas organizacionais através da articulação e integração de suas ações.

Tomando a atividade gerencial do enfermeiro enquanto parte do processo de trabalho, Mishima (1995) afirma que a concepção de gerência não contempla apenas a dimensão técnico-administrativa, mas também a dimensão ética e política, pois implica não apenas no domínio dos conhecimentos técnico-administrativos, mas na capacidade de compreender a dinâmica das determinações sociais presentes na organização dos serviços de saúde.

Para Chiavenato (1997) e Gonçalves (1997) os sistemas gerenciais, tradicionalmente utilizados pelas organizações como referencial, vêm demonstrando muita fragilidade diante do ambiente turbulento e mutável pelo qual vêm passando as organizações. Nesse contexto, em que as mudanças ocorrem a todo o momento, a organização precisa estar alinhada em torno de estratégias claras, sustentada em um novo modelo de gestão com amplo envolvimento e participação e considerar o fluxo de conhecimentos que afeta a produção como um todo.

O momento atual exige transformação, uma nova filosofia para gerenciar, o que implica em uma grande mudança no paradigma anterior, pois é fundamental ao gerente aprender, criar e aplicar novas formas de gerenciar suas equipes e processos.

O trabalho gerencial é fundamental para o alcance dos objetivos organizacionais, na implementação de estratégias e na realização da visão de futuro da empresa, para tanto, o trabalho do gerente consiste em motivar as pessoas, utilizar plenamente a tecnologia disponível, atender às necessidades individuais do cliente e manter a qualidade e produtividade (CHIAVENATO, 2002).

Segundo Ulrich (2001) o acelerado ritmo de transformação exigido pela tecnologia, globalização, crescimento lucrativo e demandas do consumidor colocaram em evidência a competência da força de trabalho e as capacidades organizacionais, e todas essas questões resultaram, na última década, numa mobilização em torno de diversas iniciativas, como programas de melhoria de qualidade, reengenharia, melhoria de processos,

competência essencial, aprendizado, disciplina e liderança. Implícitas a essas iniciativas estão as maneiras pelas quais as organizações conseguem desenvolver suas capacidades e competências.

Algumas organizações hospitalares, dentro desse contexto, têm adotado diversas iniciativas para acompanhar as novas tendências de gestão que visam melhorar a qualidade da assistência prestada, a eficiência de seus serviços e a satisfação de seus clientes. O Ministério da Saúde tem desenvolvido ações para incentivar o aprimoramento da assistência hospitalar e a melhoria na gestão das instituições hospitalares através da implementação de programas como o de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, o de Humanização da Assistência, o de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos e o de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002).

De acordo com Gurgel Junior e Vieira (2002), a adoção dos programas de qualidade no setor da saúde está fortemente relacionada ao crescimento dos custos da assistência hospitalar e nos últimos anos, a agenda mundial de reforma do setor saúde adotou um conjunto de ações com o objetivo de reduzir os custos da assistência à saúde. Dentre as várias medidas, está a melhoria do gerenciamento das organizações de saúde através de programas de qualidade, objetivando o estabelecimento de mecanismos gerenciais e administrativos que possibilitem sua utilização de forma a obter o maior aproveitamento possível de seus recursos.

Para Mezzomo (1992), quando a preocupação pelo custo em si é excessiva, corre-se o risco de deixar de lado a qualidade que, a médio e a longo prazo, é a base do resultado, e não se pode pensar apenas no

aspecto financeiro envolvido, pois existem custos que o dinheiro não pode dimensionar, como uma morte precoce ou uma que podia ser evitada. Ele afirma ser inaceitável que um hospital reduza seus custos dispensando enfermeiros, pois isso resulta em diminuição da qualidade. Afirma ainda que reduzir custos significa evitar o não necessário, e não eliminar o essencial, o importante.

Portanto, diante de um contexto hospitalar caracterizado pela elevação dos custos, pela incorporação acelerada de novas tecnologias, pelo aumento de demanda dos serviços e recursos escassos, é necessário reconhecer a importância da dimensão econômica no gerenciamento do serviço de enfermagem e os instrumentos que podem ser utilizados para contribuir na contenção dos gastos (ANSELM, 2000).

Dentre os recursos necessários para que o processo de trabalho do sistema hospitalar possa ser executado, os recursos humanos de enfermagem compõem parcela significativa dos trabalhadores alocados nesse setor, representando um custo elevado, pois envolvem maior número de contratações, demissões, horas de treinamento, aperfeiçoamento e avaliação (CAMPEDELLI et al., 1987). Apesar dessas características, o pessoal de enfermagem prevalece como parte vital do sistema, sendo complementados pelos recursos materiais e financeiros.

Assim sendo, é necessário compreender que existem, nas organizações hospitalares, algumas especificidades de natureza econômica e organizacional que podem se colocar como possíveis obstáculos na redução de custos e, dentre eles, vamos nos aprofundar pontuando as dificuldades relacionadas ao provimento de recursos humanos para o serviço de enfermagem que tem sua produção relacionada à enorme

variabilidade de processos assistenciais, desenvolvidos por um conjunto diversificado de profissionais com diferentes níveis de escolaridade e formação. Desses aspectos, somados às características do processo de produção do trabalho de enfermagem, decorre também a dificuldade de padronização dos processos produtivos da enfermagem, bem como o contínuo avanço tecnológico na área da saúde que exige, cada vez mais, profissionais melhor preparados para atender a complexidade do tratamento.

Nas organizações hospitalares, o serviço de enfermagem desempenha papel fundamental no processo assistencial. Por esse motivo, como afirma Fugulin (2002), as chefias desses serviços devem estar instrumentalizadas para melhor gerenciar os recursos humanos sob sua responsabilidade, por se tratar de um dos itens mais significativos da eficácia, qualidade e custo hospitalar.

A qualidade deixou de ser uma opção e passou a ser uma necessidade para todas as organizações, inclusive para as organizações de saúde, pois a competitividade tornou-as dependentes de alguns fatores para sua sobrevivência como: alta qualidade, produtividade crescente, redução de custos e satisfação dos clientes (MEZOMO, 2001).

A tendência na redução dos custos e o aumento da produtividade são fenômenos mundiais e está exigindo dos profissionais envolvidos, na prestação de serviços de saúde, o uso de medidas de análise de custos adequadas à realidade atual. Porém, como afirma Anselmi (2000), a enfermagem historicamente ignorou os aspectos econômico-financeiros da assistência, mas diante das mudanças que estão ocorrendo nos sistemas de saúde, faz-se necessário que o profissional

enfermeiro busque atualização constante e participe ativamente na análise e gerenciamento dos recursos pelos quais é responsável.

Para tanto, são necessárias as ações de avaliação contínua do quantitativo e qualitativo dos recursos humanos de enfermagem em cada unidade hospitalar, onde estão alocados estes recursos e se desenvolve o processo assistencial.

Acreditamos que, ao lançar mão de instrumentos gerenciais compatíveis com as atuais exigências de gestão, os enfermeiros planejam e distribuem melhor os recursos humanos sob sua responsabilidade, dando-lhes, assim, suporte e segurança para alcançar melhores resultados na negociação do quadro de pessoal necessário para sua realidade.

O processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, enquanto instrumento gerencial deve ser utilizado para estabelecer um quadro de pessoal adequado às necessidades da clientela e às da organização, e a previsão do quantitativo de pessoal de enfermagem depende do conhecimento da carga de trabalho existente nas unidades de internação, das necessidades de assistência dos pacientes, e do padrão de cuidados definido (GAIDZINSKI, 1998).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem já foi definido como cálculo de pessoal de enfermagem, estimativa de pessoal de enfermagem, dotação de pessoal de enfermagem e planejamento de pessoal de enfermagem (Gaidzinski, 1991), porém o conceito mais utilizado na literatura brasileira foi proposto por Kurcgant; Cunha; Gaidzinski (1989) que definem dimensionamento de pessoal de enfermagem como a etapa inicial do processo de provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de

funcionários por categoria profissional, para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela.

O dimensionamento de pessoal para a área de enfermagem constitui uma atividade gerencial inerente ao trabalho do enfermeiro, sendo reconhecido pelo Conselho Federal de Enfermagem, órgão que tutela o exercício da profissão. Nos últimos anos, evidencia-se preocupação acentuada em relação a essa atividade e vários estudos têm sido desenvolvidos acerca da temática (Perroca, 1996 e 2000, Fugulin, 1997 e 2002; Pavani, 2000; Possari, 2001; Laus, 2003; Farias, 2003), os quais tomam por referência as pesquisas realizadas por GAIDZINSKI (1994,1998). Os resultados obtidos nessas investigações têm possibilitado construir um conhecimento para a profissão que permite ao enfermeiro uma atuação gerencial fundamentada.

Gaidzinski (1998) analisou a literatura sobre esse tema e contextualizou a evolução dos métodos utilizados para dimensionar pessoal de enfermagem e identificou quatro períodos, todos desenvolvidos nos Estados Unidos da América.

O método intuitivo ou das relações de proporção foi adotado, em 1939, como primeiro modelo e traduzia o período inicial da administração de pessoal. A aplicação desse método consistia na execução de uma regra de três simples, tendo como principais variáveis a quantidade de enfermeiros e de leitos disponíveis e a proporção diária de enfermeiros por leito.

Em 1939, ocorreu a introdução da variável, horas média de cuidado, como resultado dos estudos realizados no final daquela década, em 14 hospitais que apresentavam melhor padrão de assistência de enfermagem. Os pesquisadores apresentaram as horas médias de assistência de

enfermagem utilizadas no cuidado dos pacientes, nas diversas unidades de internação nas 24 horas. As horas de assistência foram calculadas a partir do quadro de pessoal dessas unidades, verificando-se, também, o percentual de trabalho atribuído a cada categoria profissional envolvida no cuidado.

A introdução das variáveis relativas às ausências ocorreu a partir de outro estudo de valores médios de horas de assistência, realizado em 1947, onde foi adotado um método aperfeiçoado de dimensionamento de pessoal de enfermagem que passou a considerar o número de horas efetivas de trabalho por ano e por trabalhador de cada categoria profissional.

Os estudos desenvolvidos até 1960 relacionaram as horas de assistência de acordo com o tipo de unidade de internação, ou estabelecendo a proporção de pessoal, segundo o número de leitos com uma média geral de horas de assistência. A partir desse período, passaram a considerar os diferentes graus de complexidade assistencial que os pacientes apresentavam, dentro de uma mesma unidade de internação, e introduziram o sistema de classificação de pacientes que foi utilizado como instrumento para estimar as necessidades diárias dos pacientes, em relação à assistência de enfermagem.

A autora conclui que a evolução dos métodos de dimensionamento de enfermagem mostra que os processos utilizados no desenvolvimento dessa atividade passaram a contemplar um maior número de variáveis, com melhor visibilidade da realidade, mas, por outro lado, com maior complexidade na aplicabilidade.

O método de dimensionamento de pessoal de enfermagem, segundo Gaidzinski (1998), é a aplicação de um processo sistemático para determinar o número e a categoria profissional requeridos para prestar cuidados de enfermagem

que garantam qualidade e segurança a um grupo de pacientes. A operacionalização do processo dá-se por meio de etapas referentes às variáveis intervenientes:

- Conhecimento das características da clientela quanto à complexidade assistencial;
- Tempo de assistência de enfermagem;
- Percentual de cada categoria profissional;
- Conhecimento do percentual de ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem;
- Jornada efetiva de trabalho.

A primeira variável diz respeito ao conhecimento e à caracterização da clientela relacionada à complexidade assistencial, em que a autora recomenda a adoção de um Sistema de Classificação de Pacientes que melhor atenda às peculiaridades da clientela.

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) começou a ser utilizado no processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, no início da década de 1960, a partir dos estudos desenvolvidos no Johns Hopkins Hospital, nos EUA (GAIDZINSKI, 1998).

A partir dessa data, naquele país, houve uma proliferação de sistemas de classificação de pacientes para identificar as necessidades de cuidado de enfermagem, propor horas de assistência de enfermagem e solucionar o problema de alocação de pessoal de enfermagem, em função das pressões econômicas, para o controle dos custos hospitalares. Assim, essas organizações utilizaram o SCP para racionalizar o trabalho, os recursos humanos e materiais, monitorar níveis de produtividade, determinar os custos

da assistência de enfermagem e garantir assistência de qualidade (PERROCA, 1996; GAIDZINSKI, 1998).

No Brasil, o primeiro autor a tratar do SCP, inicialmente denominado de Cuidado Progressivo ao Paciente, (CPP) foi Ribeiro, em 1972. Em seu estudo, definiu o Cuidado Progressivo ao Paciente como um método para instrumentalizar o dimensionamento de recursos humanos de enfermagem, como forma de assegurar uma distribuição mais eqüitativa da assistência, aumento da produtividade e eficiência hospitalar (PERROCA, 1996; GAIDZINSKI, 1998).

Com o surgimento desse sistema, em nosso país, vários autores desenvolveram estudos e experiências em diferentes instituições hospitalares, em vários estados e com diferentes enfoques, os quais passaremos a descrever.

Alcalá et al. (1982) propuseram o dimensionamento da equipe de enfermagem através do conceito de Cuidado Progressivo ao Paciente (CPP) para determinar a complexidade assistencial e as horas de enfermagem, após classificar os pacientes, adultos e infantis, em quatro níveis de cuidados: intensivo, semi-intensivo, intermediário e mínimo. O estudo foi desenvolvido em instituições hospitalares, públicas e privadas do estado de São Paulo e foram considerados o tipo de clientela e a intensidade de atenção necessária aos pacientes de acordo com a faixa etária.

Campedelli et al. (1987) desenvolveram o estudo em um hospital universitário para dimensionar o pessoal de enfermagem nas Unidades de Pediatria e Clínica Médica, aplicaram o CPP e as horas de assistência de enfermagem propostas por Alcalá et al. (1982), acrescentando um

percentual de cobertura de ausências identificadas na instituição pesquisada. Concluíram que a utilização desses critérios tornou o resultado do cálculo de pessoal mais próximo da realidade da instituição.

Fugulin et al. (1994) implantaram um SCP na Clínica Médica de um hospital universitário e demonstraram que a implantação do sistema promoveu o decréscimo na média de permanência dos pacientes internados, melhoria dos padrões de qualidade assistencial e utilização de forma racional dos recursos humanos e materiais. Cabe salientar que o resultado desse estudo trouxe contribuições relevantes para o dimensionamento de recursos humanos de enfermagem. Baseado nos resultados dessa pesquisa, o Conselho Federal de Enfermagem em 1996, através da Resolução COFEN nº 189/96, estabeleceu em âmbito nacional os parâmetros para dimensionamento do quantitativo mínimo das diferentes categorias profissionais de enfermagem para as instituições hospitalares do país (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1997).

O estudo de Fugulin (1997), realizado na Clínica Médica de um hospital universitário, utilizou o SCP já implantado na unidade e identificou as horas de assistência de enfermagem requeridas pelos pacientes, segundo o grau de dependência, e comparou-as com as horas preconizadas pela Resolução COFEN nº 189/96.

Gaidzinski (1998) propôs um método de dimensionamento de pessoal de enfermagem que possibilita a identificação e análise das variáveis que interferem na carga de trabalho da equipe de enfermagem. Para sua aplicação e desenvolvimento, o método proposto indica a necessidade de conhecer e

identificar as variáveis intervenientes no processo, dentre elas o perfil da clientela quanto à complexidade assistencial através de um sistema de classificação de pacientes que melhor atenda às especificidades da clientela; o percentual de ausências previstas e não previstas, jornada efetiva de trabalho.

Perroca (1996; 2000) construiu e validou um instrumento de classificação de pacientes através do sistema de avaliação de indicadores críticos, baseado nas necessidades individuais de cuidado de enfermagem.

Com o objetivo de instrumentalizar as enfermeiras-chefes das Unidades de Internação de um hospital universitário, Fugulin (2002) aplicou o método proposto por Gaidzinski (1998) para dimensionar e avaliar o quantitativo de pessoal de enfermagem existente nas referidas unidades.

Laus (2003) realizou o estudo nas Unidades de Clínica Médica e Cirúrgica de adultos em um hospital universitário na cidade de Ribeirão Preto-SP. Analisou o dimensionamento do pessoal de enfermagem, utilizando o método proposto por Gaidzinski (1998) e aplicou o SCP proposto por PERROCA (2000).

Farias (2003) realizou um estudo no Pronto-Socorro de um hospital de cardiologia e utilizou a carga de trabalho da equipe de enfermagem ao propor parâmetros para dimensionar o pessoal de enfermagem para a unidade.

Outras experiências relacionadas ao desenvolvimento e utilização do sistema de classificação de pacientes foram apresentadas por autores como Ramos et al. (1994) que utilizaram o SCP e desenvolveram um sistema específico para um hospital privado na cidade de São Paulo-SP; Romero et al. (1994) propuseram um instrumento específico para classificar os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, também na cidade de

São Paulo; Dias et al. (1996) construíram um instrumento de classificação de pacientes com o objetivo de gerenciar a distribuição do pessoal de enfermagem em cada turno de trabalho, nas diferentes unidades de internação de um hospital privado na cidade de Porto Alegre-RS; Martins e Haddad (2000) desenvolveram e implantaram um SCP específico para classificar os pacientes internados num hospital universitário na cidade de Londrina-PR; Dal Ben (2000) propôs um instrumento de classificação para dimensionar as horas diárias de assistência de enfermagem para atendimento domiciliar; Martins (1997) construiu um SCP para classificar as necessidades assistenciais de pacientes psiquiátricos.

Portanto, o SCP vem se constituindo em um importante instrumento na prática gerencial do enfermeiro à medida que proporciona informações para o processo de tomada de decisão quanto à necessidade e alocação de recursos humanos, à monitoração da carga de trabalho e aos custos da assistência de enfermagem.

Para Anselmi (2000), os sistemas de classificação de pacientes são utilizados para caracterizar as exigências assistenciais dos pacientes e subsidiam o processo de dimensionamento da quantidade de trabalho da enfermagem que se caracteriza em um instrumento que auxilia na determinação dos custos de enfermagem à medida que fornece informações detalhadas e confiáveis sobre as necessidades de assistência de enfermagem sob forma de horas que podem ser convertidas em custos de pessoal.

Esses autores, dentre outros, apresentaram contribuições significativas através de propostas de parâmetros para lotação de pessoal

nas diferentes unidades de internação, os pacientes foram organizados em categorias de acordo com sua complexidade assistencial e criaram-se indicadores específicos para cada contexto estudado.

Diante da inexistência de regulamentação de parâmetros oficiais para dimensionar as necessidades de pessoal de enfermagem nas instituições hospitalares, o COFEN, em março de 1996, publicou a Resolução COFEN nº 189/96 que estabeleceu parâmetros para o quantitativo mínimo de pessoal de enfermagem, nas diferentes categorias profissionais e recomendou ao enfermeiro embasar suas necessidades de pessoal no sistema de classificação de paciente, nas características da instituição e do serviço de enfermagem (COFEN, 1997). Assim sendo, a necessidade de pessoal de enfermagem deve atender às peculiaridades de cada instituição.

Considerando os enfoques dos diversos autores dentre os modelos disponíveis na literatura, Perroca, em 1996, construiu um instrumento baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem. Na elaboração do instrumento optou por uma estrutura mediada na avaliação de indicadores baseados na teoria das Necessidades Humanas Básicas preconizadas por HORTA (1979).

O instrumento utiliza treze indicadores críticos que abrangem a dimensão biológica e psicossocial do cuidado. Cada um desses indicadores aponta a intensidade crescente de complexidade assistencial. A terminologia indicadores críticos foi adotada para indicar as necessidades de cuidado de enfermagem no paciente, que, quando associadas entre si, identificam a categoria de cuidado a que ele pertence (PERROCA, 1996).

O paciente é classificado em todos os indicadores em um dos cinco níveis, na opção que melhor descreva a sua situação clínica, e os valores obtidos individualmente, em cada indicador, são somados e o total obtido indica uma classe ou categoria de cuidado a que este paciente pertence, como: cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos (PERROCA, 1996).

Essa autora, dando continuidade ao estudo do instrumento de classificação de pacientes, demonstrou seu grau de confiabilidade e validade, possibilitando, assim, a utilização do mesmo, na prática gerencial do enfermeiro, como instrumento norteador das necessidades de cuidado do paciente, bem como da carga de trabalho da equipe de enfermagem (PERROCA, 2000).

A segunda variável utiliza como referência a Resolução COFEN nº 189/96, na qual, as horas de assistência de enfermagem já estão definidas e são utilizadas em cada realidade encontrada. Para o tempo de assistência de enfermagem faz-se necessário considerar o sistema de gestão da organização, as diretrizes administrativas, a organização dos serviços profissionais que prestam assistência direta ao paciente e a complexidade dos serviços, que configuram o modelo e a filosofia assistencial e institucional.

A terceira variável, percentual de cada categoria, é um dado já estabelecido e de acordo com Gaidzinski (1998), varia segundo o significado atribuído à assistência de enfermagem, com a disponibilidade do mercado de trabalho, e ainda respeitando o que preconizam a Resolução COFEN nº 189/96 e a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.

Como quarta variável, a aplicação de um método de dimensionamento de pessoal deve contemplar também a identificação e análise das ausências dos trabalhadores na instituição, as quais podem ser previstas como férias, folgas semanais, feriados e aquelas consideradas não previstas, por exemplo, faltas justificadas e injustificadas, licenças (médica, maternidade, paternidade, nojo, gala etc...), suspensões. O conhecimento dessa variável, que se expressa no percentual de ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem, irá determinar a quantidade de trabalhadores que deve ser acrescentada ao número total de funcionários de cada categoria profissional obtido com a aplicação da equação de dimensionamento e possibilitar assim a cobertura das ausências, que é denominada na literatura de Índice de Segurança Técnica (COFEN, 1997).

Na jornada efetiva de trabalho, como quinta e última variável, considera-se o tempo diário de trabalho da equipe de enfermagem, determinado pela instituição, e utiliza-se um índice de produtividade já estabelecido.

A partir da identificação das diferentes variáveis descritas, a autora indica a aplicação da equação para dimensionar o pessoal de enfermagem, a qual possibilita estimar o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem necessário para cada unidade.

A competência para o dimensionamento de pessoal de enfermagem é dos enfermeiros que atuam diretamente na assistência. São eles que, identificando e avaliando continuamente os recursos existentes, frente às necessidades dos pacientes, poderão elaborar propostas adequadas a essa assistência (BRASIL, 1986).

Porém, o que temos presenciado no dia-a-dia do hospital corrobora a afirmação de Ferraz (1995), quando diz que a enfermeira tem aceitado de maneira acrítica ser administradora do impossível na unidade de internação, tentando fazer escalas de pessoal adequadas, sem dispor de um conhecimento prévio acerca de qual seria efetivamente o número suficiente de funcionários. Essa atuação demanda grande investimento profissional, sem a obtenção de resultados significativos para o cuidado de enfermagem.

Gaidzinski e Kurcgant (1998) também referem que os enfermeiros demonstram uma atitude ingênua, quando assumem o compromisso total da assistência, como se fossem os únicos responsáveis pela qualidade dos serviços prestados, aceitando muitas vezes, trabalhar em condições nas quais, nem sempre são ouvidos. Destacam, ainda, que é preciso que os enfermeiros, capacitados ética e politicamente, explicitem as condições de assistência, fazendo com que os responsáveis pela aprovação do quadro de pessoal de enfermagem da instituição, assumam a responsabilidade, no que se refere aos riscos a que os pacientes estão expostos, quando não são providos os recursos necessários para a prestação de uma assistência segura ao paciente.

Nossa atuação como docente tem possibilitado o contato com a realidade de trabalho da enfermagem no hospital, permitindo-nos evidenciar a precariedade das condições de trabalho e os problemas relacionados às deficiências de recursos, em particular os humanos. Identificamos, porém, uma preocupação da direção e dos demais enfermeiros com a qualidade da assistência que busca introduzir novos programas, métodos e técnicas de

trabalho e planeja iniciar as mudanças, através da implementação de uma metodologia de assistência de enfermagem fundamentada em teorias de enfermagem. Porém, o desenvolvimento dessa proposta esbarra na argumentação da maioria dos enfermeiros que apontam como dificuldade o reduzido número de profissionais que compõem o quadro de pessoal da instituição, inviabilizando assim o êxito da mesma.

Assim, diante das considerações apresentadas e as implicações no resultado da assistência de enfermagem prestada, delineamos algumas questões norteadoras para o presente estudo: quais as características da clientela atendida nas unidades de internação de clínica médica e cirúrgica, segundo o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem? Qual o quadro de profissionais de enfermagem necessário para assistir os pacientes internados nas diferentes categorias de cuidado?

Dessa forma, como afirmamos anteriormente, as argumentações relativas à necessidade de recursos humanos, apresentadas pelos enfermeiros, baseiam-se na subjetividade desses profissionais e carecem, portanto de fundamentação teórico-metodológica. A aplicação de uma metodologia de dimensionamento de pessoal de enfermagem contribuirá para minimizar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros no gerenciamento dos recursos humanos de enfermagem.

A seguir, para responder às questões norteadoras formuladas, estabelecemos os objetivos do estudo.

3 OBJETIVOS

GERAL

Dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem para unidades de internação de adultos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), Cascavel - PR.

ESPECÍFICOS

- Classificar e caracterizar o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem dos pacientes adultos internados em unidades de clínica médica e clínica cirúrgica do hospital estudado, aplicando o Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Perroca (2000).
- Aplicar o método de dimensionamento de pessoal de enfermagem proposto por Gaidzinski (1998), para as unidades de internação estudadas.
- Confrontar o quadro de pessoal existente com o quadro projetado por categoria profissional nas unidades de estudo.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A metodologia, como caminho do pensamento e prática exercida na abordagem da realidade, contempla concepções teóricas, técnicas e criatividade. As concepções teóricas sempre existirão, consciente ou inconscientemente, explícitas ou não, decorrendo delas a intencionalidade própria a quem se apropria de algum objeto de estudo a fim de explorá-lo, e a criatividade traduz-se em características enriquecedoras e atraentes do estudo (MINAYO, 1998).

A especificação do objeto de estudo e sua operacionalização são indissociáveis do campo da análise empírica e de seus modos de investigação, pois eles constituem os meios de abordagem da realidade e fixam o quadro instrumental da apreensão dos dados e devem, portanto, concordar com as técnicas de sua coleta (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1977).

Assim, ao refletirmos sobre a natureza e especificidade do nosso objeto de estudo e para o alcance dos objetivos propostos, optamos pelo desenvolvimento de um estudo de caso.

O estudo de caso permite uma caracterização abrangente dos dados e o estudo aprofundado de uma unidade em sua complexidade e em seu dinamismo próprio, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão ou proposta de uma ação transformadora (LUDKE; ANDRÉ, 1986; CHIZZOTTI, 2000).

Para Gil (1996), o estudo de caso pode ser caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de alguns objetos de maneira que permite um amplo e detalhado conhecimento e o pesquisador volta-se para a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o na sua totalidade.

Embora seja freqüentemente denominado de natureza qualitativa, na coleta e no tratamento dos dados, o estudo de caso, pode também centralizar-se em certas propriedades específicas, de suas relações e de suas variações, e recorrer a métodos quantitativos, pois ele pode se basear em múltiplas variáveis intervenientes durante o período da investigação (BRUYNE, HERMAN e SCHOUTHEETE, 1977).

Triviños (1995) coloca que toda pesquisa pode ser, ao mesmo tempo, quantitativa e qualitativa e que o investigador deve aproveitar os dados estatísticos considerados, como elementos auxiliares fundamentais para o pesquisador, a fim de desenvolver uma interpretação mais ampla, na relação que existe, entre os fenômenos estatisticamente significativos.

De acordo com Ludke e André (1986), o estudo de caso é o estudo de um caso bem delimitado, pode ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem interesse singular e se constitui numa unidade dentro de um sistema mais amplo e o interesse incide naquilo que ele tem de único e de particular.

Assim sendo, ao tomar como objeto de estudo o dimensionamento de pessoal de enfermagem em um determinado hospital universitário, levando em conta suas características e particularidades, a presente investigação pode ser considerada um caso bem delimitado, pois possibilita

compreender a amplitude de seu contexto e sua complexidade e também por ser um fenômeno contemporâneo permite uma concepção crítica da realidade estudada.

Segundo Gil (1991), o estudo de caso caracteriza-se por grande flexibilidade no planejamento de uma pesquisa, e assim torna impossível estabelecer um roteiro rígido que determine com precisão, como esta deverá ser desenvolvida. Porém, ele sugere quatro fases para o desenvolvimento do estudo de caso. A primeira fase consiste em delimitar o local em que será desenvolvido o estudo, esta fase, segundo o autor, não constitui tarefa simples, pois não existem limites concretos na definição de qualquer processo ou objeto, bem como determinar a quantidade de informações necessárias. A segunda fase é a coleta de dados que é feita mediante a utilização, geralmente, de mais de um procedimento. A terceira fase constitui a análise e interpretação dos dados e é caracterizada pela apresentação e análise dos dados coletados e a quarta fase consiste na redação do relatório. Esta fase, segundo o autor, cabe ao pesquisador determinar o que deve ou não ser incluído, porém recomenda que sejam observados os requisitos básicos na elaboração de um relatório de pesquisa.

4.2 LOCAL DA INVESTIGAÇÃO

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), localizado na cidade de Cascavel - PR. O HUOP é um

órgão suplementar da UNIOESTE e tem por finalidade promover o ensino, a pesquisa e a assistência.

A cidade de Cascavel, com uma população estimada para 2004 de 272.243 habitantes¹, localiza-se na região oeste do estado, distante 520 km da capital – Curitiba. O sistema de saúde do município está inserido na Gestão Plena da Atenção Básica. Contava com 28 unidades básicas de saúde, sendo cinco na zona rural e 23 na zona urbana. Havia dez equipes do Programa Saúde da Família (PSF), sendo duas na zona urbana e oito na zona rural. Uma unidade municipal de Pronto-Atendimento Continuado, um Centro Regional de Especialidades que atendia ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), seis hospitais, sendo cinco privados e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e um público estadual que pertence à UNIOESTE, além de várias clínicas privadas das mais diversas especialidades.

A idéia inicial da criação e fundação do hospital veio com a construção da Usina de Itaipu e tinha como objetivo atender os funcionários e a população da área de abrangência da usina.

A construção do hospital teve início em meados de 1970, foi interrompida durante muitos anos, em virtude da construção de outra unidade hospitalar na cidade de Foz do Iguaçu, cidade-sede da usina e o hospital só foi inaugurado em 1989. Sua conclusão só se concretizou em função da mobilização da comunidade que reivindicou o término do projeto

¹ Fonte: IBGE, 2004.

original do hospital, uma vez que as regiões oeste e sudoeste do estado não possuíam nenhum hospital público.

O projeto de reativação do hospital foi retomado em 1987. A obra, de abrangência regional, sob a responsabilidade do Governo do Estado foi concluída para atender a população das regiões oeste e sudoeste do Paraná e servir de campo de pesquisa, ensino e formação de recursos humanos. Assim, o hospital foi entregue à comunidade em 1989, como Hospital Regional de Cascavel (HRC) vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, atuando nas especialidades básicas de clínica médica geral, cirurgia geral e ortopedia, obstetrícia e pediatria.

O HRC apresentava estrutura organizacional verticalizada² constituída pela Direção Geral com uma assessoria; Direção Administrativa e Clínica, ambas subordinadas à Direção Geral e, hierarquicamente, a essas direções estavam subordinados os demais serviços denominados de Seções de Serviços, sendo: Seção de Serviços Médicos, Seção de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Seção de Enfermagem, subordinados à Direção Clínica. Ao Diretor Administrativo ficavam subordinadas a Seção Administrativa, Seção de Materiais, Seção de Apoio Administrativo e a Seção de Serviços Contábeis e Financeiros.

Até 1995 o HRC foi utilizado como campo de ensino quase que exclusivamente pelo Curso de Enfermagem da UNIOESTE e pelos diversos cursos de Auxiliar de Enfermagem que se desenvolviam na cidade. A partir dessa data, foram criados os cursos de Farmácia, Fisioterapia, Medicina e

² Fonte: Estatuto do Hospital Regional de Cascavel – Cascavel-PR, 1995.

Odontologia, no *Campus* de Cascavel da UNIOESTE. Estes cursos também passaram a desenvolver suas atividades práticas de ensino no HRC através de convênios assinados entre a Universidade e a Secretaria de Saúde do Estado. Desde então houve forte mobilização da comunidade acadêmica reivindicando a transformação do HRC em hospital universitário. Essa reivindicação só foi atendida pelo Governo do Estado em março de 2001, que através do Decreto nº 3567 constituiu o HRC em Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). Nesse mesmo ato, o governo transferiu para a UNIOESTE a responsabilidade de administrar o hospital, porém continuou respondendo pelo provimento de recursos financeiros.

Nesse decreto o Governo do Estado transferiu para a UNIOESTE todo o patrimônio do HRC, remanejou o orçamento e criou um quadro de postos de trabalho equivalentes às funções referentes ao cargo de Agente Universitário, da carreira do Pessoal Técnico-Administrativo das Instituições Estaduais de Ensino Superior do Paraná, para atender ao HUOP e autorizou a UNIOESTE a executar o processo de concurso público, para o preenchimento do quadro bem como determinou a instituição da Comissão de Transição e Acompanhamento, com representantes das Instituições, para a implementação do processo de transformação do hospital. Assim a universidade passou a administrar o hospital, sem, contudo receber verbas adicionais que possibilitassem novos investimentos e, principalmente, para o custeio dos atendimentos.

Cabe ressaltar que o decreto de transformação do HRC em Hospital Universitário foi publicado em março de 2001, porém até outubro de 2003,

a situação em termos de estrutura organizacional e regimental permanecia na forma transitória.

A proposta de alteração na estrutura organizacional (Figura 1) evidencia a permanência do sistema tradicional de administração representado em um organograma verticalizado, com linhas de mando hierarquizadas e centralizadas nos cargos de direção, esse sistema dificulta a comunicação e conseqüentemente aumenta os conflitos (CECILIO, 1997).

Fonte: Resolução nº. 051/2003-COU – UNIOESTE, 2003.

Figura 1 - Organograma da estrutura organizacional provisória do HUOP. Cascavel - PR, 2003.

Para Malik et al. (1998), a centralização já foi sinônimo, durante determinados períodos, de atraso gerencial e político, de obscurantismo e de autoritarismo, e, em outras instâncias, já foi considerada como possibilidade única de se obter sucesso e racionalidade política e administrativa. Hoje em dia, diante de tantas mudanças, as organizações trabalham com outros conceitos, por meio dos quais transferem autoridade decisória a outros membros da equipe, porém, a autora coloca que para ocorrer de fato essa modalidade gerencial é necessária uma mudança cultural na área pública em geral e na saúde, em particular.

Segundo McLagan e Nel (2000), o exercício autoritário do poder está realizando a sua própria extinção e, que a participação é a grande tendência no exercício da autoridade, pois os sistemas autoritários são cada vez menos capazes de aproveitar a motivação e o comprometimento dos funcionários, uma vez que são menos sensíveis e respondem menos ao ambiente em constante transformação. Em síntese, tais sistemas não são flexíveis o suficiente para redirecionar as energias da organização de forma rápida na resolução dos problemas do cotidiano.

Para Gonçalves (1998), o modelo de gestão clássico, não tem respondido adequadamente às necessidades das empresas em função da velocidade das transformações e do crescente avanço tecnológico. Esse cenário tem atingido também as organizações de saúde, mais especificamente os hospitais, já que congregam desde tecnologias simples até métodos complexos de diagnóstico e tratamento. Isso tem determinado a necessidade de implementação de um sistema de gestão que possibilite

decisões rápidas, eficientes e eficazes, e respondam às mudanças presentes dentro e fora dessas organizações, tendo em vista o desenvolvimento de processos assistenciais desencadeados pela utilização de diferentes tecnologias.

Ferraz (2002), ao analisar o sistema administrativo de um hospital, com centralização do poder e de decisão, coloca que a concentração do poder em um pequeno grupo administrativo torna a estrutura onipotente, com tendência a querer tomar conta de tudo, dominar e controlar os menores detalhes. Essa forma de administrar paralisa a criatividade nos microespaços hospitalares, onde acontece a produção dos serviços. Aponta, ainda, a autora, que esse sistema administrativo tem se mostrado incapaz para gerenciar a vida organizacional hospitalar. Assim sendo, é necessário desenvolver um pensamento administrativo atual ancorado na participação e que se proponha a reinterpretar os poderes hierárquicos instituídos.

Para McLagan e Nel (2000), existem várias razões pelas quais o movimento em direção à participação está se acelerando, dentre elas destacamos as informações e a globalização. As informações estão cada vez mais disponíveis em tempo real e em formatos que as tornam facilmente utilizáveis. Até recentemente, eram necessárias as pessoas especificamente designadas para sintetizar, interpretar e formatar as informações para os usuários. A hierarquia tinha esse papel nas organizações. Atualmente as pessoas obtêm a informação diretamente sem a necessidade de intermediários e o advento da globalização acelerou o movimento em direção à participação, tendo em vista que as fronteiras

dentro das organizações estão perdendo a sua delimitação à medida que funções e níveis, clientes e fornecedores percebem que devem derrubar os obstáculos que os separam. Assim os novos relacionamentos dependem da participação efetiva e da queda rápida do autoritarismo.

O HUOP integra o Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado, através de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares à população e serve de suporte acadêmico às atividades de ensino, pesquisa e extensão da UNIOESTE e demais escolas que tenham relação com as ciências da saúde.

O hospital de médio porte, considerado de referência para as regiões oeste e sudoeste do Estado do Paraná. A área de influência do hospital abrangia 94 municípios, com uma população estimada em 1.878.972 habitantes³.

O HUOP, na ocasião do estudo, apresentava capacidade física para 220 leitos e a ativação dos leitos ocorria em função da demanda de pacientes, da disponibilidade de profissionais, dos investimentos realizados em infraestrutura e da aquisição de materiais de consumo. Assim, a oferta de leitos para internação é variável. No período de março a junho de 2003, existiam 135 leitos em funcionamento e no período de julho a dezembro desse mesmo ano, estavam funcionando 165 leitos. Portanto, em 2003, a média de leitos ativos foi de 150.

Era considerado hospital referência de média complexidade nas ações ambulatoriais atendendo nas especialidades de ortopedia, ginecologia,

³ Fonte: Secretaria da Saúde do Paraná, março de 2004.

oftalmologia, otorrinolaringologia e oncologia; e referência terciária nos serviços de alta complexidade em neurocirurgia (11 leitos), cirurgia ortopédica (11 leitos), UTI neonatal (06 leitos), gestação de alto risco (11 leitos) e UTI geral (09 leitos). Para melhor entendimento da realidade do hospital estudado, apresentamos no Quadro 1, alguns indicadores de produção/produktividade no ano de 2003.

Nº médio de leitos ativos	150
Nº de internações	11.538
Nº de altas	10.433
Nº de óbitos	530
Nº total de atendimentos ambulatoriais	39.859
Média de pacientes-dia	144,12
Taxa de rotatividade (%)	73,08
Média de permanência (dias)	4,59
Índice de intervalo de substituição (dias)	4,63
Taxa de ocupação de leitos (%)	88,90
Taxa de mortalidade hospitalar (%)	4,16

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística – HUOP.

Quadro 1 - Demonstrativo de indicadores de produção/produktividade hospitalar do HUOP, no ano de 2003. Cascavel – PR.

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do

desempenho de uma determinada organização ou do sistema de saúde. São usados para quantificar e avaliar os resultados das ações e permitem estabelecer conclusões objetivas sobre o alcance dos objetivos e metas estabelecidas (BRASIL, 2002).

Para avaliar o desempenho de hospitais e para medir a intensidade de utilização de leitos têm sido utilizados três indicadores clássicos: taxa de rotatividade dos leitos, que representa o número médio de internações por leito em um determinado período; taxa de ocupação dos leitos que reflete a percentagem de leitos ocupados e prazo médio de permanência, este representa o número médio de dias que os pacientes ficam internados num hospital (ZUCCHI; BITTAR; HADDAD, 1998; MARINHO; MORENO; CAVALINI, 2001).

A qualificação dos hospitais com base nesses indicadores deve ser precedida de análises cuidadosas e de precauções indispensáveis. Marinho, Moreno e Cavalini (2001) colocam que, em princípio, no que se refere à taxa de ocupação e à taxa de rotatividade, maiores valores desses indicadores referenciam melhores desempenhos dos hospitais. Maiores taxas de ocupação indicariam menor ociosidade dos leitos e, portanto, maior eficiência. Entretanto, essa conclusão, para ser aceita, precisaria ser relacionada ao perfil dos custos e da qualidade dos serviços hospitalares. Afirmam ainda, os autores, que não se deve deixar de observar que taxas muito alta de ocupação podem indicar alta prevalência de morbididades ou baixa resolutividade. Altas taxas de rotatividade podem significar número elevado de reinternações, e dependendo do grau de complexidade da

instituição e do tipo de diagnóstico subjacente podem significar, também, internações desnecessárias.

O tempo médio de permanência em dias é um indicador também bastante complexo e, como os outros dois precedentes, não pode ser analisado isoladamente do contexto integral do sistema de atenção e cuidados à saúde. Caso a permanência média dos pacientes seja muito baixa isso pode representar apenas que as altas são precoces, óbitos prematuros ou óbitos inevitáveis que demandariam internações em organizações especiais. Por outro lado, uma permanência elevada pode significar a baixa capacidade de resolução dos casos atendidos (MARINHO; MORENO; CAVALINI, 2001).

Para Bittar (1996), o tempo médio de permanência varia com o diagnóstico, a idade, o sexo, a tecnologia utilizada no diagnóstico e tratamento e a distância do domicílio ao hospital.

Ao considerar que os serviços hospitalares eficientes possuem tempos médios de permanência reduzidos, Marinho et al. (2003) colocam que é necessário considerar que este indicador apresenta dependência da composição populacional, visto que populações com maiores percentuais de idosos tendem a apresentar serviços hospitalares com tempos de permanência maiores, face à gravidade e complexidade dos problemas de saúde em pessoas com idade mais elevada. Dessa forma, a análise desse indicador requer que se considere a distribuição segundo a faixa etária dos pacientes internados.

Comparações entre os padrões dos indicadores nas diferentes regiões podem revelar aspectos importantes do sistema hospitalar, pois, estão sujeitos à influência de comportamentos estratégicos dos hospitais no que se refere ao

retorno econômico de suas atividades, resultado do efeito das fontes de receitas e dos custos operacionais (MARINHO; MORENO; CAVALINI, 2001).

Para Zucchi, Bittar e Haddad (1998), os estudos de produtividade, para serem completos, devem ser sempre acompanhados de avaliações setoriais para que as conclusões sejam efetivas, pois diante da diversidade de variáveis que atuam sobre as estruturas, sobre os processos e sobre os resultados das unidades hospitalares, é difícil estabelecer um índice global de produtividade para um hospital, tendo em vista que cada setor tem sua especificidade. Assim sendo, a produtividade deve ser analisada por partes, em relação aos diferentes setores do hospital.

As fontes de receitas do HUOP eram basicamente os recursos provenientes da Secretaria de Estado da Saúde, da Secretaria de Estado da Ciência e Tecnologia que repassava os recursos através da UNIOESTE e do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), órgão co-gestor, que repassava os recursos do pagamento por produção dos serviços ambulatoriais, de internação (AIH) e de alta complexidade do SUS.

Em relação aos recursos humanos, o HUOP contava em outubro de 2003 com um quadro total de 639 funcionários, distribuídos em 58 funções de nível superior (sendo três assistentes sociais, 31 enfermeiros, um engenheiro eletricista, dois farmacêutico-bioquímicos, dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, 14 médicos, dois nutricionistas e dois psicólogos), 241 funções de nível médio que pertenciam ao quadro de auxiliar e técnico de enfermagem e 340 funções de nível médio, distribuídas nos demais setores do hospital.

4.3 INSERÇÃO DA ENFERMAGEM NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

A administração desenvolvida pelo Serviço de Enfermagem do HUOP estava pautada nos princípios do modelo de Gerência Clássica adotado no hospital como um todo. Esse estilo de gestão apresenta características marcantes de centralização do poder, hierarquia rígida, fluxo de comunicação verticalizado e impessoalidade nas relações, entre outras.

A estrutura do Serviço de Enfermagem era composta pela Direção de Enfermagem e pelos demais profissionais, entre eles, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

A direção de enfermagem respondia por todas as atividades técnicas e administrativas da enfermagem desenvolvidas no hospital e como Responsável Técnica (RT) perante o Conselho Regional de Enfermagem. Cabe ressaltar que a profissional que ocupava o cargo de diretora vivenciava uma situação conflitante em relação aos problemas cotidianos, pois, era a responsável técnica e administrativa, mas na prática, não tinha autonomia suficiente para decidir sobre grande parte das questões relacionadas ao processo de trabalho da enfermagem, uma vez que o processo decisório estava centralizado no diretor-geral do hospital, o que interferia constante e diretamente na organização do trabalho e consequentemente em prejuízo na assistência prestada aos clientes.

Aos enfermeiros competia supervisionar as unidades de trabalho sob sua responsabilidade, orientando e educando o pessoal de sua equipe, objetivando melhorar o processo de trabalho. Respondiam pelas atividades da unidade, pela assistência aos pacientes e pelo pessoal da unidade, perante a direção de enfermagem e a direção-geral.

A estrutura do Serviço de Enfermagem evidenciava uma comunicação verticalizada e formal. Na maioria das vezes, a comunicação processava-se de forma descendente, ou seja, as ordens partiam da direção-geral diretamente para os funcionários das unidades. Já no sentido ascendente, as informações passavam por todos os níveis hierárquicos, ocasionando demora e distorções nas informações, e muitas vezes não havia retorno para os problemas encaminhados.

Aliado às questões acima, relacionadas à estrutura do Serviço de Enfermagem, o gerenciamento da assistência de enfermagem estava voltado para o controle das tarefas. O controle das atividades de enfermagem era realizado pelos enfermeiros responsáveis pelas unidades de internação, que se preocupavam com o cumprimento das tarefas, envolviam-se pouco com os problemas da equipe, que geralmente era encaminhado para a direção de enfermagem.

Segundo Ferraz (1995), a lógica do controle é vista como uma característica marcante no tipo de gerência adotada no HUOP, tornando-se uma necessidade absoluta para esta forma de administração, pois, o gerente, de certa forma, impõe aos trabalhadores uma maneira rigorosa de

executar o trabalho, centralizando suas ações na supervisão e controle das atividades desenvolvidas.

Em relação aos recursos humanos, o Serviço de Enfermagem contava em outubro de 2003, com um quadro total de 272 funcionários, o que representava 42,56% do total de funcionários do hospital.

Do total de 31 enfermeiros somente 27 atuavam diretamente na assistência, tendo em vista que uma enfermeira estava cedida para o Banco de Leite Humano que funcionava junto ao hospital; uma era responsável pela Comissão de Controle de Infecção hospitalar (CCIH); uma era responsável pelos Serviços de Apoio e outra enfermeira, mesmo não estando representada no organograma, atuava como assessora da Direção de Enfermagem. Assim sendo, o Serviço de Enfermagem contava efetivamente com 27 enfermeiros para as unidades de internação, o que representava 9,92% do total de funcionários de enfermagem.

A equipe de enfermagem era composta ainda por 25 técnicos de enfermagem e 216 auxiliares de enfermagem os quais representavam respectivamente, 9,19% e 79,41% do quadro total de enfermagem.

Do total de funcionários que pertenciam ao Serviço de Enfermagem, 96% (261) eram do sexo feminino e 4% (11) eram do sexo masculino, deste total, cinco eram enfermeiros e seis eram auxiliares de enfermagem.

Os problemas do serviço de enfermagem do HUOP evidenciavam-se também, quando se analisa as diferentes formas de contrato de trabalho. Conviviam, no mesmo local de trabalho, funcionários de várias instituições da administração pública. Os funcionários estatutários pertenciam ao

Instituto de Saúde do Paraná, órgão vinculado à Secretaria de Saúde. Os trabalhadores contratados pela UNIOESTE pertenciam ao quadro de empregos públicos equivalentes às funções referentes ao cargo de Agente Universitário, da carreira do Pessoal Técnico-Administrativo das Instituições Estaduais de Ensino Superior do Paraná. A contratação ocorria por concurso público e a fonte de direitos e obrigações decorre de um contrato adequado às normas da CLT. Existiam também trabalhadores contratados pelo CISOP como um órgão co-gestor, e trabalhadores cedidos de outras instituições que tinham parceria de trabalho com o hospital. Esses trabalhadores conviviam no mesmo local de trabalho com direitos e deveres diferenciados, recebiam salários, vantagens e benefícios diferenciados. A grande maioria tinha duplo vínculo empregatício. Essa situação gerava conflitos, desmotivação e descompromisso com o serviço, colaborava também com a precarização do trabalho, e ainda influenciava diretamente na organização do trabalho, na saúde do trabalhador e na qualidade da assistência.

Visando a minimizar os transtornos do processo de transição e a integração entre o hospital e a universidade, desde a transformação do HRC em universitário, o Curso de Enfermagem da UNIOESTE e o Serviço de Enfermagem do HUOP desenvolviam parceria através de uma proposta de gestão colegiada de trabalho. Ficou definido entre os dois setores, que nesse processo, a Chefia/Direção do Serviço de Enfermagem deveria ser eleita entre os docentes do Colegiado do Curso de Enfermagem e os enfermeiros do HUOP. Essa decisão foi aceita pelas instâncias superiores tanto da universidade como do hospital, e assim, no período de 2001 a

2003, o cargo foi ocupado por uma docente do Colegiado do Curso de Enfermagem da UNIOESTE.

A assistência de enfermagem era desenvolvida com ênfase na realização das tarefas e procedimentos técnicos específicos e recebiam prioridade a execução das prescrições médicas e os cuidados rotineiros, como higiene, alimentação, curativos, preparo para exames e cirurgias. Geralmente, a distribuição de tarefas não envolvia e nem considerava a condição do paciente, nem a capacidade ou experiência do profissional que realizava o procedimento. Em função das condições de trabalho em cada unidade, percebia-se uma preocupação dos funcionários em concluir todas as tarefas designadas dentro do período de trabalho.

Observamos que, de uma maneira geral, a prática da enfermagem ainda sofre forte influência do modelo funcional, centrada basicamente nas tarefas (KRON; GRAY, 1989; FÁVERO, 1996). Esse modelo pode ser eficiente em fazer com que todo o trabalho seja realizado, principalmente quando há redução de pessoal, porém fica evidente que os pacientes não ficam satisfeitos com o atendimento, pois não ocorre uma comunicação efetiva que assegure a continuidade da assistência.

Ferraz (2000) coloca que a organização e a produção de serviços na maioria dos hospitais estão fundamentados no modelo de racionalização do trabalho, fruto da Revolução Industrial e Científica, e o enfermeiro também formado nesta mesma lógica, na sua prática cotidiana de gerenciar as unidades de internação hospitalar, cumpre e faz cumprir as normas e rotinas cristalizadas ao longo do tempo. Porém, esse modelo já não responde às

necessidades de assistência quando pensamos num gerenciamento que privilegie as necessidades do paciente internado, assim, diante da complexidade do indivíduo doente, faz-se necessário qualificar o atendimento à saúde, através de ações que contemple a atenção integral do paciente. No HUOP, já existiam propostas elaboradas pelos enfermeiros da instituição, de implementação da assistência de enfermagem fundamentada em teorias de enfermagem. Acreditamos que como conseqüências dessas mudanças surgirão diferentes formas de organização do trabalho.

Considerando que no HUOP o número de leitos ativados era variável, para este estudo tomamos por referência o período de março a junho de 2003, momento em que a investigação foi desenvolvida. Nessa ocasião, o hospital contava com 135 leitos distribuídos em três pavimentos nas seguintes unidades de internação: G1 - Alojamento Conjunto Pediátrico com 28 leitos; G2 - Clínica e Cirurgia Geral com 30 leitos; G3 - Clínica Médico-Cirúrgica de Ortopedia com 11 leitos e a Clínica Médico-Cirúrgica de Neurologia com 11 leitos; F2 - Clínica Médica Geral com dez leitos; F3 - Clínica Obstétrica com Alojamento Conjunto com 28 leitos; UTI geral com nove leitos; UTI neonatal com quatro leitos; Berçário com quatro leitos; Centro Cirúrgico com cinco salas de cirurgia. Contava ainda com leitos de observação e tratamento não estatísticos destinados ao Pronto-Socorro com 15 leitos/dia; Hospital-dia para pacientes portadores de HIV com cinco leitos; Centro Obstétrico com seis leitos.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES - CAMPO DE ESTUDO

O critério adotado para seleção das unidades de internação estudadas foi aquele em que a clientela atendida era composta por adultos (≥ 14 anos), nas especialidades de clínica médica e clínica cirúrgica. Tal escolha deveu-se ao fato de que para a variável, classificação de pacientes segundo nível de dependência de enfermagem, que compõe o método de dimensionamento de pessoal de enfermagem adotado nesta pesquisa, não encontramos instrumentos devidamente testados e validados em clientela infantil, que pudessem ser aplicados em nossa realidade.

Assim, as unidades de internação pesquisadas foram:

A **Unidade F2** que atendia adultos com patologias clínicas de diversas especialidades. Localizava-se em um dos blocos do segundo pavimento do hospital, composta por dez leitos, distribuídos em cinco enfermarias, com no máximo três leitos, e eram organizadas por sexo de acordo com a necessidade. Quanto à equipe de enfermagem, cabe ressaltar que, durante o período estudado (outubro/2002 a setembro/2003), os enfermeiros escalados como responsáveis pela unidade, no período diurno (manhã e tarde), geralmente respondiam pela coordenação e supervisão de outra unidade de internação. No período noturno, somente três enfermeiros ficavam responsáveis por todo o hospital, ou seja, cada enfermeiro respondia, em média, por até quatro unidades, assim, não encontramos enfermeiros alocados especificamente para esta unidade.

A unidade contava com uma média de 14 auxiliares de enfermagem distribuídos por turnos como segue: quatro no período matutino, quatro no período vespertino e dois em cada período noturno. Ressaltamos que o HUOP tinha cinco turnos de funcionamento com horário de 6 horas para o período diurno (manhã e tarde) e o horário noturno era desenvolvido em jornadas de trabalho de 12x60 horas, totalizando 36 horas semanais.

A **Unidade G2**, localizada em um dos blocos do segundo pavimento do hospital, era composta por 30 leitos, distribuídos em 12 enfermarias de no máximo três leitos cada e separadas por sexo, sendo seis leitos destinados a adultos com patologias clínicas de diversas especialidades, três leitos destinados para ginecologia, dois leitos para urologia e 19 leitos destinados para cirurgia geral. A equipe de enfermagem estava constituída por dois enfermeiros e 25 auxiliares de enfermagem, em média. Na escala de trabalho, a equipe constava de: um enfermeiro no turno matutino; um enfermeiro no turno vespertino, sendo que esses profissionais respondiam concomitantemente por outras unidades de internação. Para cobertura de folgas, faltas, férias e licenças desses enfermeiros, colegas de outros setores respondiam pela unidade através da supervisão à distância. Quanto aos auxiliares de enfermagem, a distribuição por turnos ocorria como segue: sete no período matutino, seis no período vespertino e quatro em cada período noturno.

A **Unidade G3**, localizada em um dos blocos de terceiro pavimento do hospital era composta por 22 leitos distribuídos em 12 enfermarias de no máximo três leitos e organizava a quantidade de leitos por enfermaria de

acordo com as necessidades de isolamento e por sexo. Do total de leitos, 11 eram destinados à Clínica Médico-Cirúrgica de Ortopedia e 11 leitos eram destinados à Clínica Médico-Cirúrgica de Neurologia. A equipe de enfermagem estava constituída por dois enfermeiros e por 22 auxiliares de enfermagem, em média, com a seguinte distribuição na escala mensal: um enfermeiro no turno matutino; um enfermeiro no turno vespertino. Ressaltamos também que os enfermeiros do período diurno, geralmente ficavam responsáveis por outra unidade. Assim como na Unidade G2, a cobertura das ausências era realizada na mesma modalidade, qual seja supervisão à distância por enfermeiros de outras unidades. Os auxiliares de enfermagem estavam distribuídos por turnos como segue: sete no período matutino, seis no período vespertino e três em cada período noturno.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos para o desenvolvimento deste estudo, como primeira conduta, solicitamos autorização à Direção-geral e à Direção do Serviço de Enfermagem do HUOP para realizarmos a pesquisa. Após aprovação, o Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIOESTE, a fim de cumprirmos as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo recebido aprovação (ANEXO A).

4.6 APLICAÇÃO DO MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

O método de dimensionamento utilizado neste estudo obedece à proposta de Gaidzinski (1998).

Antes de iniciarmos o desenvolvimento do projeto, este foi apresentado à equipe de enfermeiros do HUOP, quando foram esclarecidos os objetivos, a estratégia de desenvolvimento e o prazo estabelecido para sua realização, solicitamos também a colaboração dos enfermeiros, das três unidades selecionadas para o estudo, na aplicação do instrumento para a caracterização da clientela. Mesmo definindo a proposta como muito importante, os profissionais consideraram que seria mais uma atividade adicionada àquelas que executavam diariamente, assim sendo, todo o processo de coleta de dados foi realizado pela pesquisadora, em diferentes etapas conforme descrito a seguir.

4.6.1 **Caracterização do grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem**

Para a caracterização da clientela foi aplicado diariamente, no turno vespertino, durante o período de 11 de março a 09 de junho de 2003, o instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca, em 2000, adaptado para a aplicação diária (ANEXO B). Para atender à determinação do Comitê de Ética, antes de iniciarmos a avaliação do paciente e após

nossa apresentação, explicávamos sobre nosso projeto, os objetivos e a estratégia da coleta de dados e solicitávamos sua colaboração. Após esses esclarecimentos, quando manifestavam interesse, o paciente ou seu responsável, liam e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (ANEXO C). Diante da aceitação, dávamos prosseguimento à coleta de dados, preenchendo o formulário específico de classificação do paciente.

O instrumento de classificação de pacientes (ANEXO D), proposto por Perroca (2000) está baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem e possui uma estrutura mediada pela avaliação de indicadores fundamentados nas Necessidades Humanas Básicas preconizadas por Horta (1979).

O instrumento utiliza 13 indicadores críticos que abrange a dimensão biológica e psicossocial do cuidado. Os indicadores críticos considerados para compor o instrumento são: Estado Mental e Nível de Consciência; Oxigenação; Sinais Vitais; Nutrição e Hidratação; Motilidade; Locomoção; Cuidado Corporal; Eliminações; Terapêutica; Educação à Saúde; Comportamento; Comunicação e Integridade Cutâneo-Mucosa. Cada um desses indicadores possui gradação de 1 a 5 pontos, objetivando demonstrar a intensidade crescente da complexidade assistencial, de forma que o valor 1 corresponde ao menor nível de assistência de enfermagem e o valor 5 corresponde ao nível máximo de complexidade assistencial, também considerado como grau de dependência ao cuidado de enfermagem.

A terminologia - indicadores críticos - foi adotada, segundo a autora, para indicar as necessidades de cuidado de enfermagem no paciente que, quando associadas entre si, identificam a categoria de cuidado a que ele pertence.

O paciente era classificado em todos os indicadores em um dos cinco níveis (ANEXO E), na opção que melhor descrevesse a sua situação. Os valores obtidos individualmente, em cada indicador, eram então somados obtendo-se um *escore* indicativo de uma classe ou categoria de cuidado:

- **Cuidados mínimos:** 13 a 26 pontos. Cuidados a pacientes estáveis sob ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficiente quanto às necessidades humanas básicas;

- **Cuidados intermediários:** 27 a 39 pontos. Cuidados a pacientes estáveis sob ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

- **Cuidados semi-intensivos:** 40 a 52 pontos. Cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

- **Cuidados intensivos:** 53 a 65 pontos. Cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem permanente e especializada.

Essa fase da pesquisa permitiu identificar a média diária de pacientes internados nas unidades estudadas, segundo os diferentes níveis de

cuidado demandado à enfermagem, que por sua vez requerem tempos diversificados de assistência.

4.6.2 Tempo de assistência de enfermagem

O tempo de assistência de enfermagem desenvolvido em cada unidade, tomou como referência as horas estabelecidas na Resolução COFEN nº 189/96. Para efeito de cálculo, foram consideradas como horas de assistência de enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,0 horas, por cliente, na assistência mínima ou auto-cuidado;
- 4,9 horas, por cliente, na assistência intermediária;
- 8,5 horas, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 15,4 horas, por cliente, na assistência intensiva.

4.6.3 Percentual de cada categoria profissional

A distribuição percentual, do total de profissionais de enfermagem, obedeceu às proporções definidas na Resolução COFEN nº 189/96, como segue:

1. Para assistência mínima e intermediária, 27% de Enfermeiros (mínimo de seis) e 73% de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem.
2. Para assistência semi-intensiva, 40% de Enfermeiros e 60% de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem.
3. Para assistência intensiva, 55,6% de Enfermeiros e 44,4% de Técnicos e/ ou Auxiliares de Enfermagem.

4.6.4 Jornada efetiva de trabalho e a produtividade de enfermagem

Para identificar essa variável, que expressa a produtividade do pessoal de enfermagem, foi considerado o tempo da jornada de trabalho diário estabelecido no HUOP, qual seja, 6 horas para os turnos diurnos e 12 horas para o turno noturno. Sobre esses valores aplicou-se o percentual de produtividade de 85%, segundo proposta de Gaidzinski (1998) que toma por referência os critérios para avaliação da produtividade no trabalho, preconizados por Biseng (1996). Segundo esse autor, produtividade < 60% é considerada insatisfatória; > 60% e < 75%, satisfatória; > 75% e < 85% excelente e acima de 85% torna-se suspeita porque dificilmente pode ser alcançada. Assim, a produtividade pode ser avaliada pela equação abaixo:

$$t_{efetivo} = t_k \cdot p_k$$

onde:

t = jornada de trabalho;

p = tempo produtivo;

k = categoria profissional.

4.6.5 Percentual de ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem

As informações relativas a esse item foram coletadas através das escalas mensais de trabalho no setor de recursos humanos da instituição no período de novembro de 2002 a outubro de 2003, uma vez que, para se estabelecer a média de ausências de um grupo de trabalhadores, a literatura preconiza que os dados sejam coletados ao longo de um ano. Foram consideradas como ausências previstas as folgas semanais, feriados e férias; como ausências não previstas têm-se as faltas não justificadas, os afastamentos pelos diferentes tipos de licenças: médica, maternidade, prêmio, acidente de trabalho e outras licenças como casamento, nojo, paternidade entre outras. Cabe destacar que o sistema de informações vigente na instituição acerca do controle de frequência dos trabalhadores, com exceção da licença maternidade, registra todos os afastamentos por problemas de saúde (INSS, acidente de trabalho etc.) em um único tipo de ausência não prevista, a licença médica.

Os índices referentes a cada tipo de ausência foram calculados a partir das equações apresentadas por Gaidzinski (1998).

4.6.5.1 Ausências previstas por folga semanal

O percentual de ausências por folgas, correspondentes ao descanso semanal remunerado é calculado por meio da equação:

$$E\% = \left(\frac{e}{d - e} \right) \cdot 100$$

onde:

e = número de dias de folga por semana, resultante da carga horária semanal de trabalho adotada na instituição.

d = número de dias em que a unidade trabalha na semana.

4.6.5.2 Ausências previstas por feriado

Nos serviços de enfermagem ininterruptos, todo o quadro de pessoal tem direito a tantos dias de folgas quanto forem os feriados não coincidentes com os domingos. O número de folgas varia, de acordo com o ano.

Dessa maneira, podemos calcular os valores percentuais dos acréscimos devidos aos dias feriados pela seguinte equação:

$$F\% = \left(\frac{f}{D - f} \right) \cdot 100$$

onde:

f = número de dias de feriados não coincidentes com o domingo, observados pela instituição.

D = dias do ano.

4.6.5.3 Ausências previstas por férias

O valor máximo, conforme a legislação é de 30 dias, por ano e por trabalhador. A aplicação da equação, apresentada a seguir, possibilita a identificação do percentual desse tipo de ausências:

$$V\% = \left(\frac{v}{D - v} \right) \cdot 100$$

onde

v = número de dias de férias anuais.

D = dias do ano.

4.6.5.4 Ausências não previstas

O percentual de ausências não previstas, resultantes da soma de diversas ausências já relatadas, cujos valores podem diferir de uma categoria profissional para outra é obtido por meio da equação:

$$A_k \% = \left(\frac{ak}{D - ak} \right) \cdot 100$$

onde:

k = índice que indica a categoria profissional

a_k = média anual dos dias de ausências não previstas de uma categoria profissional k .

D = dias do ano.

4.6.6 Equação para dimensionamento de pessoal de enfermagem

Após o levantamento das variáveis citadas nas etapas de desenvolvimento deste estudo foi aplicado o cálculo de pessoal de enfermagem para definir o quadro de pessoal necessário para atender a clientela da instituição através da seguinte equação:

$$Q = \sum_k \cdot \frac{\sum_j \frac{P_{kj}}{100} \cdot (n_j \cdot h_j)}{t_k \cdot p_k} \cdot \left[\left(1 + \frac{e}{d - e} \right) \cdot \left(1 + \frac{v_k}{D - v_k} \right) \cdot \left(1 + \frac{f}{D - f} \right) \cdot \left(1 + \frac{a_k}{D - a_k} \right) \right]$$

onde:

Q = quantidade total de pessoal de enfermagem.

P_k = proporção percentual da categoria k , de acordo com o tipo de cuidado j .

k = categoria profissional.

n_j = quantidade média diária de pacientes que necessitam do tipo de cuidado j .

j = tipo de cuidado requerido pelo paciente (mínimo, intermediário, semi-intensivo, intensivo).

h_j = horas de assistência de enfermagem por paciente que necessita do cuidado j .

t = tempo diário de trabalho de cada profissional.

p = produtividade (tempo diário de trabalho dedicado ao cuidado ao paciente).

e = número de folgas semanais, resultante da carga semanal de trabalho determinada pela instituição, que necessitam de cobertura.

f = número de dias de feriados, não coincidentes com o domingo.

v_k = média dos dias de férias anuais da categoria profissional k .

a_k = número médio de dias de ausências não previstas para categoria k .

d = dias de funcionamento da unidade.

D = dias de trabalho no ano.

Com base na equação acima, elaboramos o quadro de pessoal projetado para as unidades de internação estudadas e comparamos com aquele existente.

Para organização e armazenamento dos dados coletados, utilizamos o Programa de Banco de Dados formato Excel. Após obtenção de autorização junto a Fugulin (2002), procedemos ao cálculo das ausências e do dimensionamento propriamente dito utilizando um modelo de planilhas eletrônicas aplicadas pela referida autora em sua tese de doutoramento.

Para concluir, foi elaborado o comparativo do quadro de pessoal de enfermagem existente, por categoria profissional de cada unidade segundo os parâmetros estabelecidos neste estudo.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Antes de iniciarmos a apresentação dos resultados consideramos importante ressaltar algumas especificidades acerca das cinco etapas e as respectivas variáveis que compõem o método de dimensionamento de pessoal de enfermagem. Na aplicação da metodologia de dimensionamento adotada, somente em duas etapas são coletados dados para as variáveis intervenientes no processo (caracterização do grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem e a identificação do percentual de ausências dos profissionais de enfermagem). As variáveis, tempo de assistência de enfermagem e determinação do percentual de cada categoria profissional têm como referência as horas e as proporções estabelecidas na Resolução COFEN nº. 189/96 e para a variável, jornada efetiva de trabalho, aplica-se um percentual de produtividade também já estabelecido. Assim sendo, a apresentação dos resultados não segue as mesmas etapas definidas na trajetória metodológica deste estudo. Inicia-se pela caracterização do grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem seguida da identificação do percentual de ausências dos profissionais de enfermagem e finaliza com a aplicação da equação para dimensionamento de pessoal de enfermagem.

5.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

Em relação à apresentação dos resultados desta etapa, consideramos fundamental discorrer acerca do processo de classificação de pacientes, uma vez que dele derivam informações importantes para o desenvolvimento da metodologia de dimensionamento adotada.

No período em que efetuamos a coleta de dados, como já explicitado anteriormente, existiam 135 leitos ativos no hospital. Face à ausência de metodologia apropriada para classificar a clientela infantil e da obstetrícia (incluindo alojamento conjunto), adotamos como critério de inclusão no estudo aquelas unidades que internavam pacientes adultos e que corresponderam às unidades de clínica médica e clínica cirúrgica. Assim, foram investigadas as unidades denominadas F2 - Clínica Médica Geral com dez leitos; G2 - Clínica Médica Geral e Cirurgia Geral com 30 leitos e G3 - Clínica Médico-Cirúrgica de Ortopedia com 11 leitos e Clínica Médico-Cirúrgica de Neurologia com 11 leitos, totalizando 62 leitos que, na ocasião, representavam 46% do total de leitos ativados.

Segundo a literatura, a classificação de pacientes deve ser realizada por um período mínimo de três meses, diariamente e sempre no mesmo horário (Gaidzinski, 1998; Fugulin, 2002). O processo em si consiste em uma avaliação do paciente que contemple as diferentes necessidades de cuidado de enfermagem, verificadas nesse estudo pelo instrumento desenvolvido por Perroca (2000) através de 13 indicadores. Para atender

as normas do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIOESTE, no momento da classificação dos pacientes, solicitamos a cada um deles a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o cumprimento dessa norma, não foi possível classificar todos os pacientes que se encontravam no leito na hora da avaliação, tendo em vista que vários deles recusaram-se a participar do estudo. Além disso, não foi possível efetuar a classificação quando o leito, no momento da avaliação, encontrava-se vago; quando o paciente por qualquer razão estava ausente (por exemplo, realizando exames/procedimentos diagnósticos e terapêuticos; cirurgias); e ainda, quando o paciente era menor de idade. Os dados apresentados na Tabela 1 sintetizam os aspectos descritos acima.

A etapa de classificação de pacientes ocorreu nos meses de março a junho de 2003, totalizando 92 dias de observação. Nesse período, diariamente, a partir das 13:30 horas iniciávamos a avaliação dos pacientes pela unidade F2, em seguida a unidade G2 e por fim a unidade G3.

Pela Tabela 1, verifica-se que ao final do período de observação, do total de 100% de leitos/dia (5.704) que se esperava classificar, somente em 72,5% (4.135) deles foi possível efetivar esse processo. Para os demais leitos/dia, 22,1% estavam vagos no momento da avaliação; em 3% encontramos recusa por parte do paciente e em 2,4% outras ocorrências, portanto para 27,5% de leitos/dia a classificação não foi realizada. Dessa forma o resultado final do dimensionamento de pessoal de enfermagem

para as unidades estudadas, é correspondente a 72,5% da clientela internada nas unidades onde o estudo foi realizado.

Tabela 1 - Leitos/dia observados, leitos/dia vagos, leitos/dia com recusas e leitos/dia com outras ocorrências* durante o processo de classificação de pacientes, segundo unidade de internação estudada. Hospital Universitário do Oeste do Paraná-PR, março a junho de 2003. Cascavel - PR.

LEITOS	UNIDADE							
	F2		G2		G3		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leitos observados	801	87,1	2.045	74,1	1.289	63,7	4.135	72,5
Leitos vagos	116	12,6	537	19,5	611	30,2	1.264	22,1
Recusas	0	0	101	3,6	68	3,4	169	3,0
Outras ocorrências	3	0,3	77	2,8	56	2,8	136	2,4
Total	920	100	2.760	100	2.024	100	5.704	100

Inclui os leitos em que os pacientes estavam ausentes no momento da observação devido à: realização de exames/procedimentos diagnósticos e terapêuticos; procedimentos cirúrgicos; ou ainda por tratar-se de menor de idade.

Pela **Figura 2** visualizam-se os dados apresentados acima.

Figura 2 - Distribuição dos leitos/dia observados, leitos/dia vagos, leitos/dia com recusas e leitos/dia com outras ocorrências, segundo unidade de internação estudada. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel - PR.

Analisando separadamente cada unidade estudada, identificamos que o maior percentual de leitos/dia vagos encontra-se na G3, 30,2%, seguido da G2 com 19,5% e por fim F2 com 12,6%. Quanto às recusas dos pacientes em participar da classificação, estas ocorreram na G2 (3,6%) e na G3 (3,4%). Particularmente para essas duas unidades cabe salientar que as recusas aconteceram de forma mais acentuada no início da coleta de dados, e à medida que a classificação foi sendo realizada, observamos maior adesão dos pacientes. Tal fato permite pressupor que se o período de coleta de dados fosse ampliado seria possível classificar todos os pacientes internados nas unidades.

Os pacientes ausentes da enfermaria no momento da avaliação diária, em particular, aqueles que se encontravam no centro cirúrgico, não foram classificados. Tal situação traz sérias implicações no cálculo de pessoal já que ao concluir a intervenção cirúrgica, dada a inexistência de um serviço de recuperação pós-anestésica no hospital, esse paciente retorna à enfermaria, demandando cuidados de enfermagem pertinentes ao nível intensivo com elevado grau de dependência. Isso aponta que em termos de metodologia, a classificação dos pacientes deveria ser realizada a cada turno, evitando assim interferências nos resultados.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito aos procedimentos de diálise e hemodiálise, bem como alguns exames que necessitam de equipamentos mais sofisticados e por isso eram realizados fora do hospital. Nesse caso, o paciente era sempre acompanhado por um profissional de enfermagem, geralmente um auxiliar de enfermagem, que permanecia fora da unidade pelo mesmo tempo do paciente. Quando retornava à unidade, dependendo do procedimento realizado, exigia da enfermagem uma assistência diferenciada.

Com base nas informações expostas na Tabela 1, verificamos a taxa de ocupação de leitos nessas unidades no Quadro 2, um indicador de produção/produtividade que permite avaliar o desempenho dos hospitais e medir a intensidade de utilização de leitos.

Unidade de Internação	(a) Leitos ativados	(b)* Leitos/dia ocupados	(c)** Média diária pacientes/dia	(d)*** Taxa média de ocupação
	N	N	N	%
F2	10	804	8,7	87
G2	30	2.223	24,2	80,6
G3	22	1.413	15,4	70
Total	62	4.440	48,3	77,9

*(b) Corresponde ao somatório de todos os leitos em que havia paciente internado, independente da sua ausência ou da recusa para participação no momento da classificação.

** (b) / 92 dias.

*** (c) / (a) x 100.

Quadro 2 - Leitos ativados, leitos/dia ocupados, média diária de pacientes e taxa média de ocupação, segundo unidade de internação estudada. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel - PR.

Estudo desenvolvido por Marinho, Moreno e Cavalini (2001), em âmbito nacional, na rede hospitalar do SUS, encontrou taxa de ocupação em torno de 46%, considerada muito baixa. No HUOP, a taxa geral de ocupação de leitos no ano de 2003 foi de 88,9%, sendo que nas unidades de internação F2 e G2, para o período de março a junho desse mesmo ano, esse indicador apresenta valores de 87% e 80,6%, respectivamente; e, na G3, de 70%. Portanto, esses resultados, quando comparados à taxa média de ocupação nacional, mostram que as unidades estudadas apresentam valores elevados de ocupação de leitos. Segundo esses autores, a qualificação dos hospitais com base em indicadores de produção/produktividade deve ser precedida de análises cuidadosas e de

precauções indispensáveis. No que se refere à taxa de ocupação, maiores valores referenciam melhores desempenhos dos hospitais, evidenciado através de menor ociosidade dos leitos e, portanto, maior eficiência. Entretanto, essa conclusão, para ser aceita, precisaria ser relacionada ao perfil dos custos e da qualidade dos serviços hospitalares. Afirmam, ainda, que não se deve deixar de observar que taxas muito altas de ocupação podem indicar alta prevalência de morbididades ou baixa resolatividade.

No estudo de dimensionamento de pessoal, a taxa de ocupação de leitos representa importante informação desde que seja analisada tomando por referência os resultados obtidos na classificação dos pacientes.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS PACIENTES EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A primeira etapa do processo de dimensionamento de pessoal diz respeito à classificação da clientela internada sob o ponto de vista de necessidades de cuidado de enfermagem. Utilizando o instrumento proposto por Perroca (2000), procedemos diariamente, à classificação dos pacientes internados nas unidades selecionadas, segundo a categoria de cuidado, que traduz a complexidade assistencial relacionada à enfermagem.

Os resultados expostos na Tabela 2 referem-se ao número de leitos efetivamente classificados e à média diária segundo categoria de cuidado.

Tabela 2 - Número de leitos classificados e respectiva média diária* segundo unidade de internação estudada e categoria de cuidado de enfermagem. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel - PR.

Unidade de Internação	Categoria de Cuidado de Enfermagem									
	Intensivo		Semi-Intensivo		Intermediário		Mínimo		Total	
	Nº	Média diária	Nº	Média diária	Nº	Média diária	Nº	Média diária	Nº	Média diária
F2	176	1,9	124	1,3	299	3,25	202	2,2	801	8,7
G2	56	0,6	227	2,5	993	10,8	769	8,4	2.045	22,2
G3	156	1,7	254	2,8	572	6,2	307	3,3	1.289	14
Total	388	4,2	605	6,6	1.864	20,3	1.278	13,9	4.135	44,9

* N° de dias de observação = 92

Nas três unidades estudadas, verificamos maior concentração de pacientes em cuidado intermediário, seguido do cuidado mínimo.

Ao longo de 92 dias de observação, particularmente nas unidades F2 e G3, havia diariamente pelo menos um paciente em cuidado intensivo, que dadas as suas características clínicas acabam exigindo da equipe de enfermagem atenção permanente, intervenções mais complexas e, portanto, demandando maior carga de trabalho.

Nas unidades G2 e G3, identificamos um quantitativo diário em torno de 2 a 3 leitos ocupados por pacientes em cuidado semi-intensivo; os quais também requerem uma carga de trabalho expressiva da enfermagem.

Na **Figura 3** abaixo visualiza-se a média de leitos classificados segundo a categoria de cuidado de enfermagem.

Figura 3 - Média diária de leitos classificados segundo categoria de cuidado de enfermagem, segundo unidade de internação estudada. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel - PR.

A presença de pacientes classificados nessas duas categorias de cuidado (intensivo e semi-intensivo), em unidades de clínica médica e/ ou cirúrgica justifica-se em função da ausência, no hospital estudado, do serviço de recuperação pós-anestésica no centro cirúrgico. Assim, muitos pacientes chegam geralmente às unidades ainda sob efeito anestésico e requerem intensa vigilância bem como assistência total, dado o grau de dependência que apresentam em relação à enfermagem, destacando-se

principalmente os pacientes de ortopedia que permanecem imobilizados no leito, e totalmente dependentes da enfermagem; os pacientes de neurologia, grupo este composto quase que totalmente por pacientes jovens com seqüelas de politraumatismos e, ainda, os pacientes idosos com seqüelas de acidentes vasculares.

Cabe ressaltar que, nessas duas unidades (F2 e G3), é constante a presença de familiares junto aos pacientes graves e isso tem influenciado no tempo de assistência e na organização do trabalho de enfermagem. Observamos durante a coleta dos dados que esses familiares, mesmo não dispendo de preparo adequado para prestar cuidado, têm assumido muitas funções que são específicas da enfermagem. Presenciamos, em alguns casos que procedimentos relacionados à higiene, à alimentação e até à terapêutica e ao conforto, muitas vezes eram executados somente pelo familiar do paciente. Observamos, ainda, que o comportamento do familiar em assumir funções específicas da enfermagem tem sido aceito e visto com bons olhos pela equipe de enfermagem, pois isso tem aliviado a sobrecarga de trabalho, porém, há necessidade de se avaliar profundamente essa nova relação entre paciente-família-equipe de enfermagem, de modo que essa atuação familiar seja supervisionada e acompanhada sistematicamente pela enfermagem, a fim de evitar possíveis riscos e danos aos pacientes.

A distribuição, em termos percentuais, dos leitos classificados segundo cada categoria de cuidado está apresentada na Tabela 3. Esses resultados apontam que nas três unidades há um maior percentual de

pacientes em cuidado intermediário, seguido do cuidado mínimo. Porém, chama atenção, sobretudo nas unidades F2 e G3, um quantitativo expressivo de pacientes tanto no cuidado intensivo bem como no semi-intensivo. A presença diária de pacientes classificados nessas duas categorias de cuidado, sem dúvida, traz implicações importantes na demanda de assistência de enfermagem e, por consequência, no quadro de pessoal necessário para o desenvolvimento adequado das ações de enfermagem.

Tabela 3 - Distribuição percentual dos leitos classificados, segundo unidade de internação estudada e categoria de cuidado de enfermagem. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel - PR.

Unidade de Internação	Categoria de Cuidado de Enfermagem				
	Intensivo	Semi-intensivo	Intermediário	Mínimo	Total
	%	%	%	%	%
F2	21,9	15,6	37,3	25,2	100
G2	2,7	11,1	48,6	37,6	100
G3	12,1	19,5	44,5	23,9	100
Total	9,4	14,6	45,1	30,9	100

Na **Figura 4** apresenta-se graficamente a distribuição em percentual dos leitos classificados segundo a categoria de cuidado.

Figura 4 - Distribuição percentual dos leitos classificados nas unidades de internação estudadas, segundo categoria de cuidado de enfermagem. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, março a junho de 2003. Cascavel - PR.

O estudo realizado por Fugulin (2002), em um hospital universitário, encontrou na clínica médica, de acordo com a complexidade assistencial, maior número de pacientes classificados como cuidado mínimo, seguidos por pacientes classificados em alta dependência de enfermagem e cuidado intermediário e na unidade de clínica cirúrgica, o maior número de pacientes internados foram classificados como cuidado mínimo, seguidos das categorias, cuidado intermediário e alta dependência de enfermagem.

Laus (2003) também desenvolveu estudo num hospital universitário e encontrou em clínica médica, de acordo com a complexidade assistencial, maior número de pacientes classificados como cuidado mínimo (70,3%),

seguidos por cuidados intermediários (18,3%), cuidado semi-intensivo (9,1%) e cuidado intensivo (2,3%). Na clínica cirúrgica, encontrou 67% dos pacientes classificados como cuidado mínimo, 28,17% em cuidado intermediário, 3,8% em cuidado semi-intensivo e 0,6% em cuidado intensivo.

Ao compararmos os resultados de nosso estudo, em termos percentuais de acordo com a complexidade assistencial, com os estudos desenvolvidos por Fugulin (2002) e Laus (2003), devemos considerar que a complexidade dos serviços, a tecnologia existente no hospital, os recursos materiais e financeiros, bem como o perfil da clientela, são alguns fatores importantes que influenciam e interferem no resultado e, sem dúvida, trazem implicações na demanda de assistência de enfermagem e, por consequência, no quadro de pessoal necessário para o desenvolvimento adequado do cuidado.

5.3 PERCENTUAL DE AUSÊNCIAS PREVISTAS E NÃO PREVISTAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A segunda etapa desenvolvida para o dimensionamento constituiu-se do levantamento das ausências dos trabalhadores, no período de outubro de 2002 a setembro de 2003. Consideramos como ausências previstas os dias relativos às folgas semanais (descanso remunerado semanal e feriados não coincidentes com o domingo) e as férias.

5.3.1 Ausências previstas por folga semanal

A carga horária de trabalho semanal do pessoal de enfermagem no hospital era de 36 horas, distribuídas em plantões de 6 horas diárias, com uma folga semanal, para o período diurno. Para o período noturno, os plantões eram de 12 horas diárias de trabalho com 60 horas de descanso, essa modalidade de trabalho não dá direito a folgas semanais.

Assim, aplicando a equação para determinar o percentual desse tipo de ausência e substituindo os termos, temos:

$$E \% = \left(\frac{e}{D - e} \right) \cdot 100$$

$$E \% = \left(\frac{1}{7 - 1} \right) \cdot 100$$

$$E\% = 16\%$$

Isso significa que é necessário acrescentar ao dimensionamento de pessoal o percentual de 16%, para a cobertura dos dias correspondentes às folgas semanais.

5.3.2 Ausências previstas por feriado

Os feriados são previstos em lei e, portanto, os funcionários têm direito a folgas equivalentes ao número de feriados não coincidentes com o

domingo. Gaidzinski (1998) recomenda para essa variável que se adote um valor médio e o desvio-padrão, na seguinte conformidade: 12,8 +/- 0,98 dias.

No período em que efetuamos o levantamento das ausências (outubro/2002 a setembro/2003), identificamos que existiram 12 dias de feriados não coincidentes com os domingos na instituição. Para cálculo do percentual desse tipo de ausência, aplicou-se a equação:

$$F \% = \left(\frac{f}{D - f} \right) \cdot 100$$

$$F \% = \left(\frac{12}{365 - 12} \right) \cdot 100$$

$$F\%=3,4\%$$

Assim, o acréscimo percentual de pessoal para cobrir as folgas correspondentes aos feriados é de 3,4%.

5.3.3 Ausências previstas por férias

O valor máximo de férias prevista na legislação é de 30 dias, por ano e por trabalhador. Este é o valor considerado neste estudo para todo o pessoal de enfermagem. A aplicação da equação, apresentada a seguir, possibilita a identificação do percentual desse tipo de ausências:

$$V \% = \left(\frac{v}{D - v} \right) \cdot 100$$

$$V \% = \left(\frac{30}{365 - 30} \right) \cdot 100$$

$$V\%= 9\%$$

Esse valor indica a necessidade de 9% a mais de pessoal de enfermagem para a cobertura dos dias de férias a que cada funcionário tem direito.

5.3.4 Ausências não previstas

A ocorrência desse tipo de ausência não pode ser prevista de forma antecipada, ou seja, é aleatória. Portanto, a quantidade de ausências dessa natureza varia a depender do trabalhador e da unidade de internação em que atua, requerendo a utilização de formulários apropriados para levantamento da informação.

Por meio de consulta às escalas mensais de trabalho das três unidades, procedemos inicialmente à identificação do quantitativo médio de trabalhadores, no período, por categoria profissional e a média anual, em dias, de cada tipo de ausência não prevista.

Ressaltamos que, nas unidades estudadas, não existe a categoria profissional de técnico de enfermagem. Os resultados obtidos nesse

levantamento serão apresentados inicialmente detalhando para cada unidade estudada e categoria profissional os diferentes tipos de ausências, em percentual, em seguida uma síntese dessas ausências nas três unidades.

Na Tabela 4, estão expostos os resultados relativos à unidade F2. A partir da equação proposta por Gaidzinski (1998), desenvolvemos o cálculo para obtenção do percentual de cobertura das ausências não previstas, também denominado de Índice de Absenteísmo (IA).

Tabela 4 - Efetivo médio de pessoal de enfermagem, número (em dias) e percentual de ausências não previstas (IA) na Unidade de Internação F2, segundo categoria profissional e tipo de ausência. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, outubro de 2002 a setembro de 2003. Cascavel - PR.

Categoria Profissional	Efetivo médio	Ausências não previstas							
		Faltas		Licença médica		Licença-Maternidade		Total	
		Nº	IA	Nº	IA	Nº	IA	Nº	IA
Enfermeiro	3,8	11	0,8	113	8,9	0	0	124	9,7
Auxiliar de Enfermagem	15,25	47	0,85	171	3,2	120	2,2	338	6,2
Total	19,05	58	0,8	284	4,3	120	1,8	462	6,9

Observamos que, na Unidade F2, o índice mais expressivo de ausências não previstas está relacionado à licença médica nas duas categorias profissionais sendo que os enfermeiros tiveram maior percentual. Considerando que o efetivo médio para essa categoria é de

aproximadamente quatro, as ausências não previstas desse grupo podem estar afetando a organização do trabalho de enfermagem nessa unidade.

A seguir, passamos a exemplificar o cálculo dos diferentes tipos de ausências tomando como referência a unidade F2.

Para a categoria enfermeiro:

a) Percentual de cobertura relativo às faltas:

$$Aenf \% = \left(\frac{\sum aenf}{D - \sum aenf} \right) \cdot 100$$

onde:

a_{enf} = somatório do número médio de todos os tipos de ausências não previstas, categoria enfermeiro.

D = dias do ano.

-Total de dias de faltas sem justificativa = 11

- Quantidade média de enfermeiros no período = 3,8

$$Aenf = \left(\frac{11}{3,8} \right)$$

$$Aenf = 2,89 \text{ dias/enfermeiro}$$

Assim, cada enfermeiro da Unidade F2 teve, em média, 2,89 dias de faltas não previstas e sem justificativa.

Substituindo esse valor na equação para determinar o percentual de

pessoal necessário para a cobertura desse tipo de ausência obtivemos:

$$Aenf = \left(\frac{2,89}{365 - 2,89} \right) \cdot 100$$

$$Aenf\% = 0,8\%$$

Dessa forma, verificamos que para a Unidade F2 seria necessário acrescentar 0,8% de enfermeiros para a cobertura das faltas sem justificativa.

b) Percentual de cobertura relativo à licença médica:

- Total de dias de licença médica = 113

$$Aenf = \left(\frac{113}{3,8} \right)$$

$$Aenf = 29,74 \text{ dias/enfermeiro}$$

Assim, cada enfermeiro da Unidade F2 teve, em média, 29,74 dias de ausências não previstas por licença médica.

Substituindo esse valor na equação para determinar o percentual de pessoal necessário para a cobertura desse tipo de ausência obtivemos:

$$Aenf \% = \left(\frac{29,74}{365 - 29,74} \right) \cdot 100$$

$$Aenf\% = 8,9\%$$

Dessa forma, verificamos que para a Unidade F2 seria necessário acrescentar 8,9% de enfermeiros para a cobertura das ausências não previstas por licença médica.

Ainda para essa categoria profissional efetuando o cálculo do percentual de cobertura para o total de ausências não previstas temos:

- Total de dias de ausências não previstas = 124
- Quantidade média de enfermeiros no período = 3,8

$$Aenf = \left(\frac{124}{3,8} \right)$$

$$Aenf = 32,63 \text{ dias/enfermeiro}$$

$$Aenf \% = \left(\frac{32,63}{365 - 32,63} \right) \cdot 100$$

Percentual de cobertura para enfermeiros = 9,7%

Para a categoria auxiliar de enfermagem:

c) Percentual de cobertura relativo às faltas sem justificativa

- Total de dias de ausências = 47

- Quantidade média de auxiliar de enfermagem no período = 15,25

$$A_{aux} = \left(\frac{47}{15,25} \right)$$

$$A_{aux} = 3,08 \text{ dias/ auxiliar enfermagem}$$

Assim, cada auxiliar de enfermagem da Unidade F2 teve, em média, 3,08 dias de ausências não previstas em virtude de faltas injustificadas.

Substituindo esse valor na equação para determinar o percentual de pessoal necessário para a cobertura desse tipo de ausência obtivemos:

$$A_{aux} \% = \left(\frac{3,08}{365 - 3,08} \right) \cdot 100$$

$$A_{aux}\% = 0,85\%$$

Dessa forma, verificamos que para a Unidade F2 haveria necessidade de acrescentar 0,85% da categoria auxiliar de enfermagem para a cobertura das faltas.

d) Percentual de cobertura para licença médica

- Total de dias de ausências = 171

$$A_{aux} = \left(\frac{171}{15,25} \right)$$

$$A_{aux} = 11,21 \text{ dias/auxiliar enfermagem}$$

Assim, cada auxiliar de enfermagem da Unidade F2 teve, em média, 11,21 dias de ausências não previstas por licença médica.

Substituindo esse valor na equação para determinar o percentual de pessoal necessário para a cobertura desse tipo de ausência temos:

$$A_{aux} \% = \left(\frac{11,21}{365 - 11,21} \right) \cdot 100$$

$$A_{aux}\% = 3,2\%$$

Dessa forma, verificamos que para a Unidade F2 seria necessário acrescentar 3,2% da categoria auxiliar de enfermagem para a cobertura das ausências não previstas por licença médica.

e) Percentual de cobertura para licença-maternidade:

- Total de dias de ausência = 120

$$A_{aux} = \left(\frac{120}{15,25} \right)$$

$$A_{aux} = 7,87 \text{ dias/auxiliar enfermagem}$$

Assim, cada auxiliar de enfermagem da Unidade F2 teve, em média, 7,87 dias de ausências não previstas por licença-maternidade.

Substituindo esse valor na equação para determinar o percentual de pessoal necessário para a cobertura desse tipo de ausência obtivemos:

$$A_{aux} \% = \left(\frac{7,87}{365 - 7,87} \right) \cdot 100$$

$$A_{aux}\% = 2,2\%$$

Dessa forma, verificamos que para a Unidade F2 é necessário acrescentar 2,2% da categoria auxiliar de enfermagem para a cobertura das ausências não previstas por licença-maternidade.

Calculando o percentual geral para cobertura de todas as ausências não previstas de auxiliar de enfermagem temos:

- Total de dias de ausências = 338
- Quantidade média de auxiliar de enfermagem no período = 15,25

$$A_{aux} = \left(\frac{338}{3,8} \right)$$

$$A_{aux} = 22,16 \text{ dias/auxiliar de enfermagem}$$

$$A_{aux} \% = \left(\frac{22,16}{365 - 22,16} \right) \cdot 100$$

Percentual de cobertura para auxiliar de enfermagem = 6,2%

De forma semelhante verificamos para as unidades G2 e G3 o percentual de cobertura para as ausências não previstas. Esses dados encontram-se dispostos nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5 - Efetivo médio de pessoal de enfermagem, número (em dias) e percentual de ausências não previstas (IA) na Unidade de Internação G2, segundo categoria profissional e tipo de ausência. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, outubro de 2002 a setembro de 2003. Cascavel - PR.

Categoria profissional	Efetivo médio	Ausências não previstas							
		Faltas		Licença médica		Licença-maternidade		Total	
		N	IA	N	IA	N	IA	N	IA
Enfermeiro	4,8	08	0,46	125	7,68	0	0	133	8,14
Auxiliar de enfermagem	24,0	23	0,26	686	8,50	232	2,72	941	11,48
Total	28,8	31	0,30	811	8,40	232	2,30	1.074	11,0

Na Unidade G2, o maior índice de ausências não previstas correspondeu à licença médica e a categoria auxiliar de enfermagem apresentou o maior índice.

Tabela 6 - Efetivo médio de pessoal de enfermagem, número (em dias) e percentual de ausências não previstas (IA) na Unidade de Internação G3, segundo categoria profissional e tipo de ausência. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, outubro de 2002 a setembro de 2003. Cascavel - PR.

Categoria profissional	Efetivo médio	Ausências não previstas							
		Faltas		Licença médica		Licença-maternidade		Total	
		Nº	IA	Nº	IA	Nº	IA	Nº	IA
Enfermeiro	4,8	11	0,63	104	6,31	0	0	115	6,94
Auxiliar de enfermagem	22,42	18	0,22	492	6,40	120	1,49	630	8,11
Total	27,22	29	0,30	596	6,40	120	1,22	745	7,92

Na Unidade G3, o maior índice de ausências não previstas está representado pela licença médica e com um percentual praticamente semelhante nas duas categorias profissionais.

A unidade de internação F2 responde pelo maior percentual de ausências não previstas na categoria profissional enfermeiro e as unidades G2 e G3 respondem pelo maior percentual de ausências na categoria profissional auxiliar de enfermagem.

Na Tabela 7, buscamos evidenciar a predominância das ausências por licença médica comparando-a com os demais tipos de ausências não previstas.

Tabela 7 - Comparativo do percentual de ausências não previstas (IA) por licença médica e outras ausências não previstas segundo unidades de internação estudadas. Hospital Universitário do Oeste do Paraná, outubro de 2002 a setembro de 2003. Cascavel - PR.

Unidade de internação	Licença médica	Outras ausências não previstas	Total
	IA (%)	IA (%)	IA (%)
F2	4,3	2,63	6,9
G2	8,4	2,57	11
G3	6,4	1,52	7,92
Total	6,6	2,2	9,1

Ressaltamos que em função do sistema de informação existente na instituição, no qual todas as ausências por motivo de saúde são registradas como licença médica, não especificando, portanto, as licenças por acidente de trabalho ou afastamentos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), os dados relativos às ausências não previstas contemplam apenas três tipos de ausências quais sejam: faltas, licença médica e licença-maternidade. Os resultados encontrados apontam que o maior percentual de ausências corresponde à licença médica, tanto para a categoria profissional de enfermeiro como a de auxiliar de enfermagem.

Estudos realizados em diferentes instituições hospitalares indicam que a licença relacionada a problemas de saúde constitui-se na principal causa de ausências não previstas da equipe de enfermagem (ALVES, 1996; SILVA,

1999; PAVANI, 2000; FUGULIN, 2002; LAUS, 2003).

No estudo de Fugulin (2002), realizado em um hospital-escola, o índice médio de absenteísmo geral (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) foi de 5,87%; Laus (2003) também em um hospital de ensino obteve, para essas mesmas categorias de trabalhadores, IA médio geral de 5,5%, sendo que especificamente para enfermeiros, o IA foi de 5,1% e para técnicos e auxiliares de enfermagem, de 5,6%; Farias (2003) identificou, em um Pronto-Socorro de hospital público, IA de 1,67% para enfermeiros e de 4,33% para auxiliares de enfermagem. Comparados aos resultados obtidos nos referidos estudos, observa-se que o IA encontrado para as três unidades estudadas do HUOP mostra-se superior, sendo de 8,23% para enfermeiro e de 9,27% para auxiliares de enfermagem, com um IA médio geral de 9,1%.

Na Tabela 8, sintetizamos os valores percentuais gerais de acréscimo necessário para cobertura das ausências não previstas de cada categoria profissional em cada unidade de estudo.

Tabela 8 - Valores (em percentual) que deverão ser acrescidos para cobertura de todas as ausências não previstas nas unidades de internação estudadas, segundo categoria profissional. Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel – PR, 2003.

Unidade de internação	Categoria Profissional		Total
	Enfermeiro (%)	Auxiliar de Enfermagem (%)	
F2	9,70	6,25	6,9
G2	8,14	11,48	11
G3	6,94	8,11	7,92
Total	8,23	9,27	9,1

Para Chiavenato (1997), as faltas ou ausências dos empregados ao trabalho, também denominadas de absenteísmo, estão relacionadas com causas como: a doença efetivamente comprovada, a doença não comprovada, razões diversas de caráter familiar, atrasos involuntários, faltas voluntárias por motivos pessoais, dificuldades e problemas financeiros, problemas de transporte, baixa motivação para trabalhar, supervisão precária da chefia e as políticas inadequadas da organização.

Pitta (2003), ao estudar as relações entre o processo de trabalho de enfermagem e o sofrimento psíquico de um hospital, evidenciou que a natureza do trabalho, ao lidar com dor, sofrimento e morte, as tarefas repetitivas com distribuição inadequada e as longas jornadas diárias de trabalho são alguns dos fatores que influenciam a produção de sintomas

psíquicos e essas condições podem potencializar a ação de fatores que danificam a integridade física do trabalhador.

Chiavenato (1997) coloca que as causas do absenteísmo são complexas e nem sempre estão no próprio funcionário, mas na organização, representadas pela supervisão deficiente, nas tarefas, na falta de motivação e estímulo, nas condições desagradáveis de trabalho, na precária integração do empregado à organização e nos impactos psicológicos de uma direção deficiente.

Acreditamos que o absenteísmo no HUOP pode estar fortemente relacionado a sentimentos de insatisfação com o ambiente e condições de trabalho. Durante o período de coleta dos dados, presenciamos várias manifestações de insatisfação vinculadas, principalmente, em relação ao número de funcionários. Os enfermeiros no período diurno, geralmente, são responsáveis por mais de uma unidade de internação e, no período noturno, são escalados apenas três enfermeiros, e estes assumem a supervisão de todo o hospital. Não existe substituição dos funcionários que estão de folga ou que faltam e isso gera sobrecarga de trabalho para os demais profissionais que permanecem no trabalho.

Outra forma de insatisfação manifestada pelos funcionários está relacionada à ausência de qualquer benefício social, além daqueles exigidos pela legislação trabalhista e previdenciária como: férias, 13º salário, adicional por trabalho noturno, adicional por trabalho insalubre, aposentadoria, auxílio-doença, salário-família e salário-maternidade.

A principal queixa está na ausência de um plano de assistência médico-hospitalar diferenciado, este benefício, daria ao funcionário e sua família algum

grau de segurança em casos de imprevistos de doença ou emergências.

Assim, de uma maneira geral, observamos que quase todos os profissionais da equipe de enfermagem parecem estar cansados, desmotivados e descontentes com a situação de uma forma geral vivenciada no hospital.

Salientamos que, para tecer considerações sobre os índices de absenteísmo apresentados, consideramos necessário a realização de estudos que possam identificar suas causas e sua relação com as condições de trabalho. A identificação dos tipos de ausências e sua repercussão na produtividade devem servir de suporte para ações voltadas para a melhoria das condições de trabalho e que visem à redução do percentual de ausências. As ações devem estar voltadas para as causas do absenteísmo e não sobre seus efeitos.

Nascimento (2003) coloca que para um serviço de saúde intervir no absenteísmo, deve, num primeiro momento, conhecer sua dimensão quantitativa e numa segunda etapa identificar as causas que envolvem múltiplas dimensões como: as relações interpessoais e de interação no grupo de trabalho e os aspectos socioeconômicos no desempenho profissional.

Assim, diante dos resultados encontrados, relacionados às ausências previstas e não previstas, calculamos o percentual total de acréscimo de pessoal, denominado de Índice de Segurança Técnico (IST), para cobertura dessas ausências, para cada unidade estudada.

Exemplificando, para a categoria enfermeiro, na Unidade F2 temos:

$$(1 + ISTenf) = \left(1 + \frac{e}{D-e}\right) \cdot \left(1 + \frac{f}{D-f}\right) \cdot \left(1 + \frac{v}{D-v}\right) \cdot \left(1 + \frac{a}{D-a}\right)$$

$$(1 + ISTenf) = \left(1 + \frac{1}{7-1}\right) \cdot \left(1 + \frac{12}{365-12}\right) \cdot \left(1 + \frac{30}{365-30}\right) \cdot \left(1 + \frac{3263}{365-3263}\right)$$

$$(1 + ISTenf) = (1,16) \cdot (1,03) \cdot (1,09) \cdot (1,10) = 1,43$$

$$IST_{enf} \% = [(1 + IST_{enf}) - 1] \cdot 100 = 43 \%$$

Para a categoria auxiliar de enfermagem, da mesma unidade, seguindo o mesmo processo temos:

$$(1 + ISTenf) = \left(1 + \frac{e}{D-e}\right) \cdot \left(1 + \frac{f}{D-f}\right) \cdot \left(1 + \frac{v}{D-v}\right) \cdot \left(1 + \frac{a}{D-a}\right)$$

$$(1 + ISTenf) = \left(1 + \frac{1}{7-1}\right) \cdot \left(1 + \frac{12}{365-12}\right) \cdot \left(1 + \frac{30}{365-30}\right) \cdot \left(1 + \frac{2215}{365-2215}\right)$$

$$(1 + ISTenf) = (1,16) \cdot (1,03) \cdot (1,09) \cdot (1,06) = 1,38$$

$$IST_{enf} \% = [(1 + IST_{enf}) - 1] \cdot 100 = 38 \%$$

Assim, seguindo o mesmo raciocínio, para as demais unidades estudadas encontramos os resultados apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - Percentual de acréscimo de pessoal para cobertura das ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem nas unidades de internação estudadas, segundo categoria profissional. Hospital Universitário do Oeste Paraná, outubro de 2002 a setembro de 2003. Cascavel - PR.

Unidade de internação	Categoria Profissional	
	Enfermeiro (%)	Auxiliar de enfermagem (%)
F2	43	38
G2	40	46
G3	39	40

Os resultados encontrados demonstram que o maior índice necessário para cobertura das ausências recai sobre os dias de folgas semanais (16%), seguido pelas férias (9%) e pelas ausências não previstas com uma média de 8,62%. Esses resultados confirmam a argumentação de Gaidzinski (1998) de que o maior percentual de ausências está relacionado aos dias de folgas e férias.

Ressaltamos que a utilização desse método possibilita a cada serviço conhecer seus próprios índices de cobertura para cada tipo de ausência.

5.4 APLICAÇÃO DA EQUAÇÃO PARA DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

Após o levantamento e análise das variáveis que compõem o método de dimensionamento de pessoal de enfermagem (Gaidzinski, 1998), procedemos o cálculo para as três unidades estudadas no HUOP, aplicando a equação de acordo com os parâmetros estabelecidos.

Para facilitar a realização dos cálculos, foram utilizados recursos de informática em forma de planilhas eletrônicas e seus resultados estão representados nas figuras 5, 6 e 7.

Para facilitar a compreensão dos cálculos efetuados nessa etapa do processo de dimensionamento, descrevemos a operacionalização dos cálculos, tomando como exemplo a Unidade F2.

Na Tabela 10, apresentamos a distribuição média diária de pacientes segundo a categoria de cuidados já apresentados anteriormente (Tabela 2) e as horas de assistência de enfermagem nas 24 horas, segundo a Resolução COFEN nº. 198/96.

Tabela 10 - Média diária de pacientes, categoria de cuidado e horas de assistência de enfermagem. Unidade de Internação F2. Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel – PR, 2003.

Categoria de cuidado	Média diária pacientes	Horas de assistência enfermagem nas 24 h segundo Resolução COFEN 189/96
Intensivo	1,9	15,4
Semi-intensivo	1,3	8,5
Intermediário	3,25	4,9
Mínimo	2,2	3,0

A proporção de cada categoria profissional adotada para cuidado intensivo foi 55,6% de enfermeiros e 44,4% de auxiliares de enfermagem; para cuidado semi-intensivo foi 40% de enfermeiros e 60% de auxiliares de enfermagem e para o cuidado intermediário e mínimo foram 27% de enfermeiros e 73% de auxiliares de enfermagem.

Foi considerada a carga horária de 6 horas diárias, com 85% desse tempo efetivamente utilizado na assistência ao paciente (tempo produtivo).

Assim, substituindo os termos da equação temos:

Quantitativo de enfermeiros

Categoria de cuidado intensivo (J_1)

$$q_{enf} = \frac{\frac{P_{enf}}{100} \cdot (n_{j1} \cdot h_{j1})}{t_k \cdot p_k}$$

$$q_{enf} = \frac{\frac{55,6}{100} \cdot (1,9 \cdot 15,4)}{6 \cdot 0,85} = \frac{16,27}{5,1} = 3,19 \text{ enfermeiros}$$

Categoria cuidado semi-intensivo (J_2)

$$q_{enf} = \frac{\frac{P_{enf}}{100} \cdot (n_{j2} \cdot h_{j2})}{t_k \cdot p_k}$$

$$q_{enf} = \frac{\frac{40}{100} \cdot (1,3 \cdot 8,5)}{6 \cdot 0,85} = \frac{4,42}{5,1} = 0,86 \text{ enfermeiro}$$

Categoria cuidado intermediário (J₃)

$$q_{enf} = \frac{\frac{27}{100} \cdot (3,25 \cdot 4,9)}{6 \cdot 0,85} = \frac{4,3}{5,1} = 8,4 \text{ enfermeiros}$$

Categoria cuidado mínimo (J₄)

$$q_{enf} = \frac{\frac{27}{100} \cdot (2,2 \cdot 3,0)}{6 \cdot 0,85} = \frac{1,8}{5,1} = 0,35 \text{ enfermeiro}$$

Assim, o quantitativo de enfermeiros para a F2 seria de 5,24 (3,19 + 0,84 + 0,86 + 0,35) e considerando o percentual de acréscimo para cobertura das ausências previstas e não previstas, temos:

$$5,24 \cdot 1,43 = 7,49 \cong 8 \text{ enfermeiros}$$

Quantitativo de auxiliares de enfermagem

Categoria cuidado intensivo

$$q_{aux} = \frac{\frac{44,4}{100} \cdot (1,9 \times 15,4)}{6 \cdot 0,85} = \frac{13}{5,1} = 2,52 \text{ auxiliares}$$

Categoria cuidado semi-intensivo

$$q_{aux} = \frac{\frac{60}{100} \cdot (1,3 \times 8,5)}{6 \cdot 0,85} = \frac{6,3}{5,1} = 1,3 \text{ auxiliar}$$

Categoria cuidado intermediário

$$q_{aux} = \frac{\frac{73}{100} \cdot (3,25 \times 4,9)}{6 \cdot 0,85} = \frac{11,6}{5,1} = 2,28 \text{ auxiliares}$$

Categoria cuidado mínimo

$$q_{aux} = \frac{\frac{73}{100} \cdot (2,2 \times 3,0)}{6 \cdot 0,85} = \frac{4,8}{5,1} = 0,94 \text{ auxiliar}$$

Assim, o quantitativo de auxiliares de enfermagem para a F2 seria de 7,04 e considerando o percentual de acréscimo para cobertura das ausências previstas e não previstas, temos:

$$7,04 \cdot 1,38 = 9,71 \cong 10 \text{ auxiliares de enfermagem}$$

As figuras apresentadas a seguir demonstram os resultados encontrados para as demais unidades.

TIPO DE CUIDADO	QUANTIDADE MÉDIA DE PACIENTES	TEMPO MÉDIO DIÁRIO DE CUIDADO	CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO	PARTICIPAÇÃO NO TEMPO DE CUIDADO (COFEN)		CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO POR CATEGORIA PROFISSIONAL	
				Pk (%)		Ckj = (Pk/100).(nj.hj)	
J	Nj	hj (horas)	(nj.hj)	Enfermeira	Aux./Téc.	Enfermeira	Aux./Téc.
INTENSIVO	2,0	15,4	30,03	55,6	44,4	16,7	13,3
SEMI-INTENSIVO	1,4	8,5	11,73	40	60	4,7	7,0
INTERMEDIÁRIO	3,3	4,9	16,3	27	73	4,4	11,9
MÍNIMO	2,2	3	6,7	27	73	1,8	4,9
SOMA	8,9	-	64,7	-	-	27,6	37,2
AUSÊNCIAS	DIAS DE AUSÊNCIA NO ANO POR CATEGORIA PROFISSIONAL		DIAS DE REFERÊNCIA NO ANO	AUSÊNCIA POR CATEGORIA PROFISSIONAL		ACRÉSCIMO DEVIDO ÀS AUSÊNCIAS	
	(dias/ano)			Sk (%)		(1+Sk/100)	
	Enfermeira	Aux./Téc.	D (dias/ano)	Enfermeira	Aux./Téc.	Enfermeira	Aux./Téc.
FOLGA SEMANAL (e)	52	52	365	16,6	16,6	1,17	1,17
FERIADOS (f)	12	12	365	3,4	3,4	1,03	1,03
FÉRIAS ANUAIS (v)	30	30	365	9,0	9,0	1,09	1,09
ABSENTEÍSMO (a)	32,63	22,16	365	9,8	6,5	1,10	1,06
ÍNDICE TOTAL						1,44	1,40
CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DA CARGA DIÁRIA DE TRABALHO	JORNADA DIÁRIA DE TRABALHO	PRODUTIVIDADE	QUADRO DE PESSOAL EM ATIVIDADE	PESSOAL PARA COBERTURA	QUADRO TOTAL	
						Qk = qk.P(1+S/100)	
K	S Ck	tk (horas)	rk (%)	qk=SCk/(t.r)	Aus = Qk - qk	CALCULADO	AJUSTADO
ENFERMEIRA	27,6	6	85	5,4	2,4	7,8	8
AUXILIAR	37,2	6	85	7,3	2,9	10,2	10
SOMA	64,7	-	-	12,7	5,3	18,0	18

Figura 5 - Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução COFEN nº 189/96, para a Unidade de Internação **F2**, Hospital Universitário Oeste Paraná. Cascavel – PR, 2003.

TIPO DE CUIDADO	QUANTIDADE MÉDIA DE PACIENTES	TEMPO MÉDIO DIÁRIO DE CUIDADO	CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO	PARTICIPAÇÃO NO TEMPO DE CUIDADO (COFEN)		CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO POR CATEGORIA PROFISSIONAL	
				Pk (%)		Ckj = (Pk/100).(nj.hj)	
J	Nj	hj (horas)	(nj.hj)	Enfermeira	Aux./Téc.	Enfermeira	Aux./Téc.
INTENSIVO	0,6	15,4	9,548	55,6	44,4	5,3	4,2
SEMI-INTENSIVO	2,5	8,5	21,42	40	60	8,6	12,9
INTERMEDIÁRIO	11,0	4,9	54,0	27	73	14,6	39,5
MÍNIMO	8,5	3	25,6	27	73	6,9	18,7
SOMA	22,7	-	110,6	-	-	35,4	75,2
AUSÊNCIAS	DIAS DE AUSÊNCIA NO ANO POR CATEGORIA PROFISSIONAL		DIAS DE REFERÊNCIA NO ANO	AUSÊNCIA POR CATEGORIA PROFISSIONAL		ACRÉSCIMO DEVIDO ÀS AUSÊNCIAS	
	(dias/ano)			Sk (%)		(1+Sk/100)	
	Enfermeira	Auxiliar	D (dias/ano)	Enfermeira	Aux./Téc.	Enfermeira	Aux./Téc.
FOLGA SEMANAL (e)	52	52	365	16,6	16,6	1,17	1,17
FERIADOS (f)	12	12	365	3,4	3,4	1,03	1,03
FÉRIAS ANUAIS (v)	30	30	365	9,0	9,0	1,09	1,09
ABSENTEÍSMO (a)	27,71	39,2	365	8,2	12,0	1,08	1,12
ÍNDICE TOTAL						1,42	1,47
CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DA CARGA DIÁRIA DE TRABALHO	JORNADA DIÁRIA DE TRABALHO	PRODUTIVIDADE	QUADRO DE PESSOAL EM ATIVIDADE	PESSOAL PARA COBERTURA	QUADRO TOTAL	
						Qk = qk.P(1+S/100)	
K	S Ck	tk (horas)	rk (%)	qk=SCk/(t.r)	Aus = Qk - qk	CALCULADO	AJUSTADO
ENFERMEIRA	35,4	6	85	6,9	2,9	9,9	10
AUXILIAR	75,2	6	85	14,8	7,0	21,7	22
SOMA	110,6	-	-	21,7	9,9	31,6	32

Figura 6 - Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução COFEN nº 189/96, para a Unidade de Internação **G2**, Hospital Universitário Oeste Paraná. Cascavel – PR, 2003.

TIPO DE CUIDADO	QUANTIDADE MÉDIA DE PACIENTES	TEMPO MÉDIO DIÁRIO DE CUIDADO	CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO	PARTICIPAÇÃO NO TEMPO DE CUIDADO (COFEN)		CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO POR CATEGORIA PROFISSIONAL	
				Pk (%)		Ckj = (Pk/100).(nj.hj)	
J	Nj	hj (horas)	(nj.hj)	Enfermeira	Aux./Téc.	Enfermeira	Aux./Téc.
INTENSIVO	1,7	15,4	26,642	55,6	44,4	14,8	11,8
SEMI-INTENSIVO	2,8	8,5	23,97	40	60	9,6	14,4
INTERMEDIÁRIO	6,4	4,9	31,1	27	73	8,4	22,7
MÍNIMO	3,4	3	10,2	27	73	2,8	7,5
SOMA	14,3	-	92,0	-	-	35,6	56,4
AUSÊNCIAS	DIAS DE AUSÊNCIA NO ANO POR CATEGORIA PROFISSIONAL		DIAS DE REFERÊNCIA NO ANO	AUSÊNCIA POR CATEGORIA PROFISSIONAL		ACRÉSCIMO DEVIDO ÀS AUSÊNCIAS	
	(dias/ano)			Sk (%)		(1+Sk/100)	
	Enfermeira	Auxiliar	D (dias/ano)	Enfermeira	Aux./Téc.	Enfermeira	Aux./Téc.
FOLGA SEMANAL (e)	52	52	365	16,6	16,6	1,17	1,17
FERIADOS (f)	12	12	365	3,4	3,4	1,03	1,03
FÉRIAS ANUAIS (v)	30	30	365	9,0	9,0	1,09	1,09
ABSENTEÍSMO (a)	23,96	28,1	365	7,0	8,3	1,07	1,08
ÍNDICE TOTAL						1,41	1,42
CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DA CARGA DIÁRIA DE TRABALHO	JORNADA DIÁRIA DE TRABALHO	PRODUTIVIDADE	QUADRO DE PESSOAL EM ATIVIDADE	PESSOAL PARA COBERTURA	QUADRO TOTAL	
						Qk = qk.P(1+S/100)	
K	S Ck	tk (horas)	rk (%)	qk=SCk/(t.r)	Aus = Qk - qk	CALCULADO	AJUSTADO
ENFERMEIRA	35,6	6	85	7,0	2,8	9,8	10
AUXILIAR	56,4	6	85	11,1	4,7	15,7	16
SOMA	92,0	-	-	18,0	7,5	25,5	26

Figura 7 - Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução COFEN nº 189/96, para a Unidade de Internação **G3**. Hospital Universitário Oeste Paraná. Cascavel – PR, 2003.

6 COMPARAÇÃO ENTRE O QUADRO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EXISTENTE E O PROJETADO

O resultado final obtido com a aplicação da metodologia de dimensionamento proposta por Gaidzinski (1998) acerca do quadro de pessoal de enfermagem necessário às unidades de internação estudadas encontra-se exposto na Tabela 11.

Tabela 11 - Quantitativo de pessoal de enfermagem projetado, segundo unidade de internação estudada e categoria profissional. Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel – PR, 2003.

Unidade Internação	Categoria profissional					
	Enfermeiro		Auxiliar de enfermagem		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
F2	8	44,4	10	55,6	18	100
G2	10	31,3	22	68,7	32	100
G3	10	38,5	16	61,5	26	100
Total	28	36,8	48	63,2	76	100

Com base nos resultados apresentados na tabela acima, comparamos o quadro de pessoal existente com o projetado, conforme exposto na Tabela 12.

Tabela 12 - Comparativo entre o quadro de pessoal de enfermagem existente com o projetado, segundo unidade de internação estudada e categoria profissional. Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel – PR, 2003.

Unidade internação	Categoria profissional				Total	
	Enfermeiro		Auxiliar de enfermagem			
	Existente*	Projetado	Existente*	Projetado	Existente*	Projetado
F2	4	8	15	10	19	18
G2	5	10	24	22	29	32
G3	5	10	22	16	27	26
Total	14	28	61	48	75	76

* Quadro existente ajustado

Na avaliação do quadro comparativo da Tabela 12, verificamos que o quantitativo de pessoal de enfermagem existente nas três unidades estudadas, praticamente não corresponde, em termos de categoria profissional, ao quantitativo projetado, segundo o método utilizado (Gaidizinski, 1998) e as horas médias de assistência preconizadas pela Resolução COFEN nº 189/96.

No que se refere à categoria enfermeiro, o quadro existente corresponde a 50% do quantitativo projetado. Cabe ressaltar que no período de estudo (outubro/2002 a setembro/2003) existiam na instituição 27 enfermeiros para atender à totalidade de leitos ativados (em média 150). Segundo os resultados desta investigação seriam necessários para atuar nas três unidades pesquisadas (62 leitos) um quantitativo de 28

enfermeiros. Diante de tais dados, tornam-se evidentes algumas dificuldades enfrentadas pela gerência do serviço de enfermagem, entre elas: a elaboração das escalas de trabalho que permitam alocar enfermeiros em número suficiente para todas as unidades de internação, com a respectiva cobertura das ausências; o desenvolvimento de uma supervisão adequada; a minimização da sobrecarga de trabalho à equipe de enfermagem. Tais aspectos apontam para a premência na redefinição do quadro de enfermeiros que, sem dúvida, criará possibilidades para reorganização do trabalho com vistas a assegurar qualidade à assistência de enfermagem ofertada na instituição.

Em relação ao quadro de auxiliares de enfermagem, os resultados indicam que há um quantitativo excedente de trabalhadores. Na Unidade F2, o quadro existente supera em 50% aquele projetado; na Unidade G2, em 9,09% e na Unidade G3, em 37,5%.

Esses dados, sobre o quadro de auxiliares de enfermagem, sugerem a possibilidade de ser realizada uma redistribuição do quantitativo desses profissionais entre as demais unidades do hospital visando ao melhor aproveitamento dos recursos humanos existentes na instituição. Entretanto, antes de pensar na redistribuição, há necessidade de se considerar alguns fatores que interferiram no processo de coleta de dados e conseqüentemente no dimensionamento de pessoal para as unidades estudadas como segue.

Conforme já destacado anteriormente não foi possível realizar a classificação segundo categoria de cuidado de enfermagem para a

totalidade de leitos ativados (62). A exigência em se obter o Termo de Consentimento para cada paciente a ser classificado implicou em recusas. Entretanto, observou-se que ao longo do período de coleta de dados, o número de pacientes que se negava a participar do estudo diminuiu, evidenciando que em estudos dessa natureza haveria necessidade de se ampliar o tempo para realização da classificação dos pacientes. Outros fatores também contribuíram para perdas, como ausência do paciente no leito, por motivos vários, no momento em que o pesquisador efetuava a classificação. Assim, essa etapa da metodologia de dimensionamento efetivou-se em apenas 72,5% dos leitos e, portanto, o quantitativo de pessoal de enfermagem projetado permite atender a aproximadamente 45 leitos ativados, nas três unidades.

Sob o ponto de vista de necessidades de cuidado de enfermagem, verificou-se que havia diariamente, em média 4,2 pacientes em cuidado intensivo e 6,6 pacientes em cuidado semi-intensivo. As características clínicas desses pacientes demandam atenção permanente e intervenções mais complexas que resultam numa maior carga de trabalho para o profissional enfermeiro, pois a Resolução COFEN nº 189/96 estabelece a distribuição percentual de 55,6% de enfermeiros para a assistência intensiva e 40% para a assistência semi-intensiva.

Há que se considerar ainda que o hospital não oferece o serviço de recuperação pós-anestésica no centro cirúrgico e, assim, os pacientes chegam às unidades ainda sob efeito anestésico apresentando maior dependência em relação ao cuidado de enfermagem.

Assistir cotidianamente pacientes com elevado grau de dependência em unidades de internação que não são adequadas para esse tipo de atendimento pode implicar em sobrecarga de trabalho à equipe, transtornos na distribuição das atividades e, nesse sentido, provocar aumento no índice de absenteísmo por licença médica. Também há que se considerar que as taxas médias de ocupação de leitos, nas três unidades são elevadas, 87% na F2, 80,6%, na G2 e 70% na G3, conforme exposto no Quadro 2, fato este que aponta para uma demanda expressiva de trabalho nesses locais.

Além de todos esses fatores relacionados à estrutura e à organização dos serviços, é necessário levar em conta que o hospital é campo de ensino integrado à assistência, para todos os alunos da área da saúde, sejam aqueles dos cursos universitários, incluindo-se graduação e residência médica, como aqueles do ensino médio, e ainda desenvolve atividades de pesquisa e extensão. Tais características implicam em um conjunto de ações que acabam gerando um volume de trabalho que, por consequência, demanda um maior quantitativo de trabalhadores.

Assim sendo, considera-se fundamental proceder previamente a uma análise cuidadosa acerca das características da instituição quais sejam: suas finalidades e objetivos, estrutura organizacional, planta física, tecnologia e, ainda, a organização dos processos de trabalho, uma vez que esses elementos interferem diretamente nos resultados de um processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao aplicar um método de dimensionamento de pessoal de enfermagem, buscou evidenciar a importância desse processo como um instrumento gerencial que possibilita aos enfermeiros avaliar, planejar e distribuir o quantitativo necessário de recursos humanos em unidade de internação. Durante a operacionalização do método, foi possível compreender a dinâmica do hospital e mais especificamente das unidades de internação estudadas.

Embora se considere a metodologia de dimensionamento utilizada nesta pesquisa extremamente valiosa para a gerência dos serviços de enfermagem, alguns aspectos, vivenciados ao longo de sua aplicação, merecem ser destacados com vistas a aprimorá-la, entre eles: a necessidade de se ampliar para além dos três meses, conforme preconizado por Gaidzinski (1998), o tempo de classificação dos pacientes, bem como desenvolver essa etapa do método em todos os turnos de trabalho da instituição. Estas mudanças permitirão incluir um maior número de pacientes no estudo de modo a contemplar a totalidade de leitos observados e também caracterizar melhor o grau de dependência da clientela em relação ao cuidado de enfermagem, que a depender das condições clínicas dos pacientes internados e da dinâmica de organização do trabalho vigente, pode sofrer modificações de um momento para outro.

A aplicação das diferentes variáveis que compõem o método permitiu maior aproximação e conhecimento do cotidiano de trabalho de cada

unidade e melhor compreensão dos processos gerencial e assistencial. A classificação diária dos pacientes forneceu informações sobre o perfil assistencial e a carga de trabalho existente em cada unidade de internação; também possibilitou a observação do cuidado prestado que, em muitas ocasiões, centrava-se mais nas tarefas a serem cumpridas que no atendimento à necessidade, propriamente dita, do paciente. O Sistema de Classificação de Pacientes evidenciou ainda a presença de pacientes nas quatro categorias de cuidado o que assinala para diversidade e complexidade de assistência de enfermagem nas unidades de internação estudadas.

A análise do número de pacientes classificados como cuidado intensivo e semi-intensivo aponta para a necessidade de rever a distribuição dos leitos da Unidade de Terapia Intensiva, no sentido de adequá-los à demanda de pacientes, ou adequar as unidades com recursos suficientes para atender essa clientela.

O levantamento do percentual de ausências não previstas da equipe de enfermagem identificou a licença por problemas de saúde, como o principal motivo. Isso indica a possibilidade de estar ocorrendo sobrecarga de trabalho, bem como deficiência na assistência, em decorrência do número reduzido de enfermeiros.

A análise dos dados sobre absenteísmo indica a necessidade de serem realizadas avaliações sistemáticas das ausências não previstas da equipe de enfermagem, bem como, da carga de trabalho em cada unidade de internação, as quais subsidiarão o planejamento de recursos humanos para

a enfermagem e possibilitarão melhorar as condições ambientais de trabalho, de modo a se refletir satisfatoriamente na assistência prestada.

O quadro de pessoal projetado, de acordo com o modelo de dimensionamento desenvolvido neste estudo, aponta para um *déficit* no quantitativo de enfermeiros, uma vez que do total previsto (28), as três unidades de estudo contam apenas com 14 enfermeiros, ou seja, 50%; já em relação aos auxiliares o quantitativo existente (61) supera aquele projetado (48). Particularmente em relação a essa categoria de trabalhador é possível levantar a hipótese de que determinadas ações de enfermagem em pacientes de maior complexidade e gravidade que deveriam ser avaliadas e executadas pelo enfermeiro, segundo a Lei do Exercício Profissional (Brasil, 1986), dada a carência desse profissional, estão sendo desenvolvidas pelo pessoal de nível médio.

Os resultados desta investigação contribuem para a reflexão acerca do processo de trabalho desenvolvido pelos enfermeiros na instituição, nas dimensões gerencial e assistencial. O número insuficiente de enfermeiros tem levado estes profissionais a desdobrarem-se para atender, ao mesmo tempo, várias unidades e desenvolverem múltiplas funções. Esta forma de organização e distribuição do trabalho, a nosso ver, impõe ao enfermeiro dificuldades e restrições no sentido de estabelecer vínculos mais consistentes seja com a clientela e, sobretudo, com o grupo de trabalho das unidades de internação, o que possibilitaria o desenvolvimento de um trabalho mais articulado e integrativo, resultando em uma assistência de enfermagem de melhor qualidade.

Espera-se ao finalizar este estudo que os resultados encontrados possam subsidiar e instrumentalizar a Direção do Serviço de Enfermagem no processo de planejamento, programação e gestão do pessoal de enfermagem. Particularmente, face à sua posição na nova estrutura organizacional como unidade diretamente subordinada à Direção-geral e, em mesmo nível hierárquico, das demais diretorias, espera-se que esta pesquisa possibilite à Enfermagem ampliar seu espaço de autonomia e constitua-se material para sustentação de processos de negociação nos aspectos relativos à reavaliação e à readequação do quadro de pessoal de enfermagem da instituição.

Para os enfermeiros, entendemos que a adoção de um sistema de classificação de pacientes em suas respectivas unidades lhes permitirá ampliar o conhecimento acerca da clientela atendida, suas reais necessidades, bem como o desenvolvimento de habilidades e competências que possibilitem realizar processos assistenciais e gerenciais mais seguros, inovadores, autônomos e participativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALÁ, M. U. et al. **Cálculo de pessoal de enfermagem**: estudo preliminar para o estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência. São Paulo: Secretaria de Higiene e Saúde, 1982.

ALVES, M. **As causas do absenteísmo na enfermagem**: uma dimensão do sofrimento no trabalho. 1996. 175 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ANSELMÍ, M. L. **Quadro de referência para elaboração do orçamento de enfermagem em instituições hospitalares**. 2000. 134 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

ANSELMÍ, M. L.; NAKAO, J. R. S. A enfermagem no processo de gestão econômica dos serviços de saúde: limites e possibilidades. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 52, n. 2, p. 223-232, abr./jun. 1999.

BITTAR, O. J. N. V. **Hospital**: qualidade e produtividade. São Paulo: Sarvier, 1996. 151 p.

BISENG W. **Administração financeira em engenharia clínica**. São Paulo; 1996/ Workshop/.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em <<http://www.portalcofen.org.br>>. Acesso em: 12 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Vocabulário da saúde em qualidade e melhoria da gestão**. Brasília, 2002. 98 p.

BRUYNE, P. de; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. de **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977, 252p.

CAMPEDELLI, M. C. et al. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. **Rev. Esc. Enferm. da USP**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 3-5, 1987.

CECILIO, L C de O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Rev. Adm. Pub.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, maio/jun 1997.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997. 643 p.

_____. As quatro chaves da função gerencial. Disponível em: <<http://www.chiavenato.com/artigos>>. Acesso em: 08 set. 2002.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 164 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 189 de 25 de março de 1996. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo: 1997. p. 177-80.

DAL BEN, L. W. **Instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial**. 2000. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.

DIAS, C. N. et al. Informática no dimensionamento da equipe de enfermagem. In: **Anais do 5º Encontro de Enfermagem e Tecnologia – ENFTEC**, 1996, São Paulo. p. 125-29.

DUSSAULT G; SOUZA LE. Gestão de recursos humanos em saúde. In: Workshop: **Mapeamento de Projetos de Pesquisa e Intervenção sobre Recursos Humanos em Saúde, no âmbito Nacional**. São Paulo. 2000. Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP e Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

FARIAS F.A.C. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem para pronto socorro especializado em afecções cardiovasculares**. 2003. 257p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FÁVERO, N. **O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado**. 92 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1996.

FERRAZ, C.A. **A transfiguração da administração em enfermagem - da gerência científica à gerência sensível**. 1995. 148 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1995.

_____. As dimensões do cuidado de enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v. 13. Número Especial. Parte I, p. 91-97, 2000.

_____. **Ensaio sobre reforma político-administrativa hospitalar: análise sociológica da transição de modelos de gestão**. 2002. 157 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

FUGULIN, F.M.T. et al Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da USP. **Rev. Méd. HU-USP**, São Paulo, v.4, n.1/2, p. 63-8, 1994.

FUGULIN, F.M.T. **Sistema de classificação de pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem**. 1997. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

_____. **Dimensionamento de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino**. 2002. 189 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem In: KURCGANT, P. (Coord.) **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 91-96.

_____. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciaram esta prática**. 1994. 258 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

_____. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares**. 1998. 119 f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiras. **Nursing**, São Paulo, v. 1, n.2, p.28-34, 1998.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991. 159 p.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI B.; FARIA R.; VIANA ALD. (Orgs.) **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp; IE, 2002.

GONÇALVES, E.L. (coord.) **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983. 587 p.

GONÇALVES, E.L. Os novos desafios da empresa do futuro. **RAE**, São Paulo, v.37, n.3, p. 10-19, 1997.

_____. Estrutura organizacional no hospital moderno. **RAE**, São Paulo, v.38, n.1, p. 80-90, 1998.

GURGEL JUNIOR, G.D.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciên. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**. 6. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989. 302 p.

KURCGANT, P.; CUNHA, K. C.; GAIDZINSKI, R. R. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. **Enfoque**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 79-81, 1989.

LAUS, A. M. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem para unidades de internação médicas e cirúrgicas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP**. 2003. 212 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MALIK, A M. et al. **Gestão de recursos humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

MARINHO, A. et al. Os determinantes dos investimentos em capital fixo no sistema hospitalar brasileiro: um guia metodológico integrado com bases de dados e fontes de informações. IPEA. Texto para discussão nº 972. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 28 nov. 2003.

MARINHO, A; MORENO, A B; CAVALINI, L T. Avaliação descritiva da rede hospitalar do sistema único de saúde (SUS). IPEA. Texto para discussão nº 848. 2001. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 28 nov. 2003.

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

MARTINS, P.A.S.F. **Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica**. 1997. 93 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

MCLAGAN, P. A.; NEL, C. **A nova era da participação**: o desafio de emocionar e envolver pessoas. Rio de Janeiro: Campus, 2000. 316 p.

MEZZOMO, J. C. Em busca da qualidade nos serviços. **Hospital- Adm. Saúde**, São Paulo, vol. 16, n 2, março/abril, 1992.

_____. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Manole, 2001. 389 p.

MINAYO, M. C. S **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 269 p.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355P. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

NASCIMENTO, G. M. do **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma Unidade Básica e Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto- SP**. 2003. 143 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NOGUEIRA, R.P. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 ago. 2003.

PAVANI, L. M. D. **Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca em um hospital universitário especializado em cardiologia.** 2000. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PERROCA, M.G. **Sistema de classificação de pacientes: validação clínica de um instrumento.** 1996. 93 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

_____. **Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: validação clínica.** 2000. 156 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício.** 5. ed. São Paulo: Annablume, 2003. 198 p.

POSSARI J.F. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência, segundo o porte cirúrgico.** 2001. 140p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

RAMOS, M. L. T. et al. Sistema de classificação de pacientes por grau de dependência do cuidado de enfermagem. In: **Anais do 4º Encontro de Enfermagem e Tecnologia - ENFTEC.** São Paulo, 1994. p. 128-41

ROMERO, E. A. et al Proposta de instrumento de classificação dos cuidados de enfermagem quanto ao grau de dependência. In: **Anais do 4º Encontro de Enfermagem e Tecnologia - ENFTEC.** São Paulo, 1994. p. 482-88.

SILVA, D. M. P. P. **O adoecer dos trabalhadores de enfermagem: estudo dos problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo – doença em um hospital universitário.** 1999. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

TREVIZAN, M.A. **Enfermagem hospitalar: administração & burocracia.** Brasília: Universidade de Brasília, 1988. 142 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1995. 175 p.

ULRICH, D. **Os campeões de recursos humanos: inovando para obter os melhores resultados.** 6. ed. São Paulo: Futura, 2001. 340 p.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N.V.; HADDAD, N. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Pan. Am. Salud Pub./ Pan Am J Public Health**, v. 4, n.5, p. 311-316, 1998.

ANEXO A

ANEXO B

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DIÁRIO DE DADOS

Data:..... Unidade:.....

Nome:.....

Quarto:.....Leito:.....

INDICADORES	ESCORE
1 - Estado Mental e Nível de Consciência	
2 – Oxigenação	
3 - Sinais Vitais	
4 - Nutrição e Hidratação	
5 – Motilidade	
6 – Locomoção	
7 - Cuidado Corporal	
8 – Eliminações	
9 – Terapêuticas	
10 - Educação à Saúde	
11 – Comportamento	
12 - Comunicação	
13 - Integridade Cutâneo-mucosa	
TOTAL DA PONTUAÇÃO	
Classificação:	
Enfermeiro:	

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Utilização de um sistema de classificação de pacientes para o dimensionamento da equipe de enfermagem de um Hospital Universitário.

Aluna Pesquisadora: Anair Lazzari Nicola

Orientadora: Dr^a. Maria Luiza Anselmi

Eu, _____ após receber todos os esclarecimentos necessários, concordo em participar deste projeto de pesquisa, que tem por objetivos caracterizar o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem dos pacientes atendidos em todas as unidades de internação do HUOP segundo o Sistema de Classificação de Pacientes; dimensionar a carga de trabalho de enfermagem e o percentual de cada categoria profissional necessária para cada unidade pesquisada; dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem para as unidades estudadas; confrontar a grade de pessoal existente com o proposto por categoria profissional nas unidades estudadas. Autorizo a utilização dos dados informados por mim, para a realização do estudo. Tenho conhecimento do seu caráter científico, sendo minha participação voluntária. Estou ciente de que as informações serão tratadas de forma sigilosa e de que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo, caso me recuse a participar, ou me decida a qualquer momento, a desistir de participar.

Data:

Assinatura do Paciente ou Responsável:

ANEXO D

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES (Perroca, 2000).

1 - Estado Mental e Nível de Consciência (habilidade em manter a percepção e as atividades cognitivas):

- 1- Acordado; interpretação precisa de ambiente e tempo; executa, sempre, corretamente, ordens verbalizadas; preservação de memória.
- 2- Acordado; interpretação precisa de ambiente e tempo; segue instruções corretamente apenas algumas vezes; dificuldade de memória.
- 3- Acordado; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em alguns momentos; dificilmente segue instruções corretamente; dificuldade aumentada de memória.
- 4- Acordado; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em todos os momentos; não segue instruções corretamente; perda de memória.
- 5- Desacordado; ausência de resposta verbal e manutenção de respostas a estímulos dolorosos ou ausência de respostas verbais e motoras,

2 - Oxigenação (aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo, com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos):

- 1- Não requer oxigenioterapia.
- 2- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio sem necessidade de desobstrução de vias aéreas.

- 3- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio com necessidade de desobstrução de vias aéreas.
- 4- Requer uso de oxigênio por traqueostomia ou tubo oro traqueal.
- 5- Requer ventilação mecânica.

3 - Sinais Vitais (necessidade de observação e de controle dos parâmetros vitais: temperatura corporal, pulso, padrão respiratória, saturação de oxigênio e pressão arterial, arterial média e venosa central):

- 1- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 6 a 8 horas.
- 2- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 4 horas.
- 3- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 2 horas
- 4- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas.
- 5- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas e controle de pressão arterial média e/ou pressão venosa central e/ou saturação de oxigênio.

4 - Nutrição e Hidratação (habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender as necessidades metabólicas, por si mesmo, com auxílio de acompanhantes ou da equipe de enfermagem ou por meio de sondas e cateteres):

- 1- Auto-suficiente.
- 2- Requer encorajamento e supervisão da enfermagem na nutrição e hidratação oral.
- 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na nutrição e hidratação oral.

- 4- Requer auxílio da enfermagem na nutrição e hidratação e/ou assistência de enfermagem na alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma.
- 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para manipulação de cateteres periféricos ou centrais para nutrição e hidratação.

5 - Motilidade (capacidade de movimentar os segmentos corporais de forma independente, com o auxílio do acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos):

- 1- Auto-suficiente
- 2- Requer estímulo e supervisão de enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais.
- 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na movimentação de um ou mais segmentos corporais.
- 4- Requer auxílio da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais.
- 5- Requer assistência efetiva de enfermagem para movimentação de qualquer segmento corporal devido à presença de aparelho gessado, tração, fixador externos e outros, ou por déficit motor.

6 - Locomoção (habilidade para movimentar-se dentro do ambiente físico por si só, com auxílio de acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos):

- 1- Auto-suficiente.

- 2- Requer encorajamento e supervisão de enfermagem para a deambulação.
- 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores).
- 4- Requer o auxílio da enfermagem no uso de artefatos para a deambulação.
- 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para locomoção devido restrição no leito.

7 - Cuidado Corporal (capacidade para realizar por si mesmo ou com auxílio de outros, atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se):

- 1- Auto-suficiente.
- 2- Requer supervisão de enfermagem na realização do cuidado corporal e conforto.
- 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.
- 4- Requer auxílio da enfermagem na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.
- 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para o cuidado corporal e medidas de conforto devido à restrição no leito.

8 - Eliminações (habilidade em manter diversas formas de eliminações sozinho, com o auxílio do acompanhante ou da enfermagem ou por drenos e estomas):

- 1- Auto-suficiente.
- 2- Requer supervisão e controle pela enfermagem nas eliminações.
- 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para o uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros, e controle pela enfermagem das eliminações.
- 4- Requer auxílio e controle pela enfermagem no uso de comadres, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros.
- 5- Requer assistência efetiva de enfermagem para manipulação e controle de cateteres, drenos, dispositivos para incontinência urinária ou estomas.

9 - Terapêutica (utilização dos diversos agentes terapêuticos e medicamentos prescritos):

- 1- requer medicação via oral de rotina ou intra-dérmica, subcutânea ou intramuscular.
- 2- Requer medicação endovenosa contínua e/ou através de sonda nasogástrica, nasoenteral ou estoma.
- 3- Requer medicação endovenosa intermitente com manutenção de cateter.
- 4- Requer uso de sangue e derivados ou expansores plasmáticos ou agentes citostáticos.
- 5- Requer uso de drogas vasoativas ou outra que exigem maiores cuidados na administração.

10 - Educação à Saúde (habilidade do paciente/família em receber e aceitar orientações sobre autocuidado):

- 1- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre autocuidado com pronta compreensão e aceitação das informações recebidas.
- 2- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre autocuidado com dificuldades de compreensão, mas com pronta aceitação das informações recebidas.
- 3- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre autocuidado com pronta compreensão, mas certa resistência às informações recebidas.
- 4- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre autocuidado com pronta compreensão, mas elevada resistência às informações recebidas.
- 5- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre autocuidado com pronta compreensão, mas sem aceitação das informações recebidas; ou não é possível realizar orientações de enfermagem.

11 - Comportamento (sentimentos, pensamentos e condutas do paciente com relação a sua doença, gerados em sua interação com o processo de hospitalização, a equipe de saúde e/ou família):

Para preencher o indicador abaixo observe as conceituações:

- **ANSIEDADE** - "vago sentimento de catástrofe iminente, apreensão ou sensação de pavor" (Taylor, 1992).
- **SINTOMAS DE ANSIEDADE** - alteração da respiração, tremores, sudorese, taquicardia, náusea, vômito, vertigem, anorexia, diarreia, inquietação, perturbação do sono, medo excessivo ou irracional, sensações de falta de ar ou sufocamento, parestesias, tensão muscular (DSM-IV, 1995).

- **RETRAIMENTO SOCIAL** - tendência ocasional para evitar contato social: funcionamento social diminuído.
- **IRRITABILIDADE** - "irritação: estado relativamente moderado de cólera, expressando-se, sobretudo em formas verbais" (Cabral; Nick, 1979). Exemplo: exasperação, exaltação.
- **RETRAIMENTO SOCIAL AUMENTADO** - tendência freqüente para evitar contatos sociais.
- **APATIA** - "aparente insensibilidade a tudo o que provoca habitualmente no individuo um sentimento ou uma emoção" (Fillioud et al, 1981), indiferentes. Exemplo: não manifestação de amor, ódio, alegria, tristeza, medo, raiva.
- **PASSIVIDADE**- "é uma predisposição para o sofrer sem iniciativa ou esforço todas as influencias exteriores" (Fillioud et al, 1981). Exemplo: não reação diante de procedimentos de enfermagem, condutas médicas, hospitalização.
- **DESESPERANÇA**- "estado subjetivo em que o individuo vê escolhas pessoais disponíveis limitadas, ou sem alternativas, está incapaz de mobilizar energia em seu próprio favor" (NANDA, 1986). Exemplo: ausência ou diminuição de expectativas, projetos e planos de vida.
- **IMPOTÊNCIA PSÍQUICA** - "percepção de que uma pessoa tem de que o que ela pode fazer não altera significativamente, um resultado" (NANDA, 1982). Exemplo: demonstração de incapacidade para desempenhar atividades cotidianas ("não sei", "não vou conseguir", "não posso").

- **AMBIVALÊNCIA DE SENTIMENTOS** - "coexistência de dois impulsos, desejos, atitudes ou emoções opostas dirigidas para a mesma pessoa, o mesmo objeto ou o mesmo objetivo..." (Dicionário Médico Blakiston, 1982). Exemplo: afirmação/negação, aceitação/negação, amor/ódio, alegria/tristeza.

- **ISOLAMENTO SOCIAL** - "privação de contatos sociais..." (Cabral; Nick, 1979).

- 1- Calmo, tranqüilo; preocupações cotidianas.
- 2- Alguns sintomas de ansiedade (até três) ou queixas e solicitações contínuas ou retraimento social.
- 3- Irritabilidade excessiva ou retraimento social aumentado ou apatia ou passividade ou queixas excessivas.
- 4- Sentimentos de desesperança ou impotência psíquica ou ambivalência de sentimentos ou acentuada diminuição do interesse por atividades ou aumento da freqüência dos sintomas de ansiedade (mais de três sintomas).
- 5- Comportamento destrutivo dirigido a si mesmo e aos outros ou recusa de cuidados de atenção à saúde ou verbalizações hostis e ameaçadoras ou completo isolamento social; ou não é possível observar comportamento.

12 - Comunicação (habilidade em usar ou entender a linguagem verbal ou não verbal na interação humana):

- 1- Comunicativo, expressa idéias com clareza e lógica.

- 2- Dificuldades em se expressar por diferenças sócio-culturais, verbalização inapropriada.
- 3- Recusa-se a falar; choroso; comunicação não verbal.
- 4- Dificuldade de se comunicar por distúrbios de linguagem (afasia, disfasia, disartria) ou sensibilidade dolosa ao falar ou por barreira física (traqueostomia, entubação) ou deficiência física ou mental.
- 5- Inapto para comunicar necessidades.

13 - Integridade Cutâneo-mucosa (manutenção da pele e mucosas sem danificação ou destruição):

- 1- Pele íntegra e sem alteração de cor em todas as áreas do corpo.
- 2- Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia ou outros) em uma ou mais áreas do corpo sem solução de continuidade.
- 3- Alteração da pele em uma ou mais áreas do corpo sem presença de exsudato purulento.
- 4- Alteração da pele em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, sem exposição de tecido muscular e/ou ósseo; ausência de áreas de necrose.
- 5- Alteração da pele em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, exposição de tecido muscular e/ou ósseo; presença de áreas de necrose.

ANEXO E

AVALIAÇÃO DO TIPO DE CUIDADO:

- **Cuidados Mínimos:** 13 a 26 pontos

Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto as necessidade humanas básicas;

- **Cuidados Intermediários:** 27 a 39 pontos.

Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

- **Cuidados Semi-Intensivos:** 40 a 52 pontos.

Cuidados a pacientes crônicos, estável sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

- **Cuidados Intensivos:** 53 a 65 pontos.

Cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram a assistência de enfermagem permanente e especializada.

Total da pontuação:

Classificação:

Enfermeiro: