UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCIANA DE FREITAS CAMPOS

Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais
de Ribeirão Preto-SP

RIBEIRÃO PRETO

2004

Lombada

Luciana de Freitas Campos

**Dimensionamento do pessoal de enfermagem nos hospitais
de Ribeirão Preto-SP**

Mestrado

EERP-USP

2004

LUCIANA DE FREITAS CAMPOS

**Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais
de Ribeirão Preto-SP**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação do Departamento de
Enfermagem Geral e Especializada -
Área Fundamental, da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, na linha de
pesquisa – Dinâmica da organização
dos serviços de saúde e de
enfermagem, para obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Profª Drª Marcia Regina Antonietto da Costa Melo

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.

Campos, Luciana de Freitas

Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2004.

94p.: il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada Área: Fundamental.

Orientador: Melo, Marcia Regina Antonietto da Costa.

1. Dimensionamento de recursos humanos. 2. Enfermagem.
3. Administração.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1 APRESENTAÇÃO.....	01
2 INTRODUÇÃO	05
3 OBJETIVOS	19
3.1 Geral	19
3.2 Específicos	19
4 METODOLOGIA	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 Local de estudo	21
4.3 Sujeitos da pesquisa	22
4.4 Técnica e instrumento de coleta de dados	22
4.4.1 Validação do instrumento de coleta de dados	23
4.5 Procedimento de coleta de dados	25
4.6 Aspectos éticos	26
4.7 Análise dos dados	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 Caracterização dos entrevistados e instituições	33
5.2 Dados obtidos nas entrevistas	36
5.2.1 Conceito de dimensionamento	37
5.2.2 Finalidade do dimensionamento	40
5.2.3 Utilização do dimensionamento	43
5.2.4 Parâmetros utilizados para o dimensionamento	48
5.2.5 Facilidades na realização do dimensionamento	57
5.2.6 Desafios para a realização do dimensionamento	63
5.2.7 Responsabilidade pelo dimensionamento	70
5.2.8 Outras considerações sobre o tema.....	72
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
8 ANEXOS	87

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciana de Freitas Campos
Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto-SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.
Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profª Drª Marcia Regina Antonietto da Costa Melo.
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.
Assinatura:_____

Profª Drª Maria Luiza Anselmi.
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.
Assinatura:_____

Prof. Dr. Arthur Velloso Antunes.
Instituição: Universidade Federal de Uberlândia.
Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

*A **Deus** e aos mentores amigos pela presença constante na minha vida.*

*A minha querida mãe **Maria Aparecida**, pelo amor e exemplo de vida,
presentes em toda minha caminhada.*

*Ao meu pai **Luciano** e a meu irmão **Alexandre** pelo carinho e estímulo
demonstrados.*

*Ao **Edney**, meu esposo, pelo amor, companheirismo, incentivo nas fases
mais difíceis e compreensão nos momentos de ausência.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Profª Drª Marcia Regina Antonietto da Costa Melo pela confiança, amizade, exemplo pessoal e profissional, dedicação e seriedade na condução desse estudo.

Foi nos bailes da vida, ou num bar em troca de pão
Que muita gente boa pôs o pé na profissão
De tocar um instrumento e de cantar
Não se importando se quem pagou quis ouvir, foi assim
Cantar era buscar o caminho que vai dar no sol
Tenho comigo as lembranças do que eu era
Para cantar nada era longe, tudo tão bom
“Té a estrada de terra na boléa de caminhão”, era assim
Com a roupa encharcada e a alma repleta de chão
Todo artista tem de ir aonde o povo está
Se foi assim, assim será
Cantando me disfarço e não me canso de viver nem de cantar

(Milton Nascimento/Composição: Desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Durante toda a trajetória para conclusão dessa investigação contei com o apoio direto e indireto de diversas pessoas, que nos menores gestos, atitudes, palavras, paciência, espera, ombro amigo colaboraram para o meu crescimento enquanto pesquisadora, profissional e acima de tudo, pessoa, em especial:

A Profª Drª Maria Luiza Anselmi, Prof. Dr. Arthur Velloso Antunes, Profª Drª Janete Rodrigues da Silva Nakao, Profª Drª Mariza Brito Borges de Souza, Profª Drª Silvana Martins Mishima; Enfª Lisandra Maria Baptista, Profª Sandra Regina da Costa Saar, Enfª Rita Márcia Rosa pelas valiosas sugestões, compartilhando suas experiências.

A amiga Enfª Profª Drª Kátia Cilene Godinho Bertoncello pelo carinho, competência, por acreditar e contribuir no meu desenvolvimento tanto profissional como pessoal.

A capacidade definitiva de um homem não está nos momentos de conforto e conveniência, mas nos períodos de desafios e controvérsias (Martin Luther King).

As minhas primas Imara Rosana de Oliveira e Nilza Alves Canguçu pelo carinho, apoio e incentivo constantes.

A amiga Aparecida de Cássia Lourenço por acreditar em meu potencial e pelo companheirismo nos momentos difíceis.

A diretoria dos hospitais pela disponibilidade e coordenadoras de enfermagem, participantes do estudo pela contribuição na construção dessa investigação.

Aos colegas de trabalho da Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO-DESCALVADO), Prof^a Ana Flora Fogaça Gobbo, Prof^a Marília Marcondes Campoamor; Prof^a Maria Amélia Tacon e Prof. Paulo Celso Telles Prado Filho pelo apoio constante, substituindo-me nas minhas ausências.

Aos colegas de trabalho do Centro de Terapia Intensiva Adulto da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto: Enf^a Ana Vera Ivo Raphael, Enf^a Berenice Aparecida Santos Zanchini, Enf^a Carmen Sandra de Paula Vieira, Enf^o Israel da Silva Reis, Enf^a Lamara Botelho Ajeje, Enf^a Lorywa Setsuko Tiagor, Enf^a Luci Elaine Gula Pereira, Enf^a Maria de Fátima Almeida Almeida Gonçalves, Enf^a Maria Fernanda Cabral Kourrouski, Enf^a Maria Verônica Guilherme Ferrareze, Enf^a Silvia Rita Botelho, Enf^a Solange Aparecida Arantes e Enf^a Viviane Ferreira pela colaboração na escala de trabalho, possibilitando o desenvolvimento desta investigação.

A Valentina Aparecida de Oliveira Matos, meu braço direito no lar; pela disponibilidade e atenção.

A Deolinda e Lourdes, da Sala de Leitura, pela prontidão e simpatia constantes no empréstimo do material bibliográfico.

Ao Dr. Carlos Gimenez Torres pela receptividade, cordialidade e incentivo durante a etapa final desse estudo.

A Sofia Tortelboom Aversari Martins e Gema Aparecida Pereira pela valiosa colaboração na tradução dos resumos e na revisão do texto.

Ao Valdomiro Roberto Secco, Mauro Sergio Secco e Renato Martins Akaboci pela prontidão e competência no apoio técnico.

Agradeço a todos de coração e que Deus possa abençoá-los como fez a mim.

Mande notícias do mundo de lá
Diz quem fica
Me dê um abraço venha me apertar
Tô chegando
Coisa que gosto é poder partir sem ter planos
Melhor ainda é poder voltar quando quero
Todos os dias é um vai-e-vem
A vida se repete na estação

Tem gente que chega pra ficar
Tem gente que vai pra nunca mais
Tem gente que vem e quer voltar
Tem gente que vai querer ficar
Tem gente que veio só olhar
Tem gente a sorrir e a chorar
E assim chegar e partir
São só dois lados da mesma viagem
O trem que chega
É o mesmo trem da partida
A hora do encontro é também despedida
A plataforma dessa estação
É a vida desse meu lugar

(Milton Nascimento/Composição Desconhecida)

RESUMO

CAMPOS, LUCIANA de FREITAS **Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto-SP**. 2004. 82f. Dissertação Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A investigação foi desenvolvida com objetivo de analisar como tem se dado o dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto-SP, tendo como sujeitos da pesquisa as coordenadoras de enfermagem de cinco desses hospitais. Para tal, realizamos este estudo exploratório-descritivo, utilizando o método da entrevista, com roteiro de questões fechadas e abertas, sendo realizada análise de conteúdo segundo Bardin (1977). Verificamos que os responsáveis pelo dimensionamento são do sexo feminino, tiveram experiências diversificadas de trabalho na profissão e atualmente ocupam o cargo mais elevado na hierarquia do serviço de enfermagem. A definição acerca do dimensionamento apreendida pelos sujeitos vem ao encontro daquelas encontradas na literatura. Quanto à finalidade do dimensionamento, há a previsão dos profissionais, garantia da operacionalização do trabalho da enfermagem, atendimento à expectativa do cliente com relação às suas necessidades, provimento dos setores de pessoal, garantia da distribuição desses na escala. A utilização do dimensionamento ocorre como justificativa para aumentar o quadro por meio de contratação. Quanto aos parâmetros do dimensionamento, ficaram evidenciados média de permanência, característica da unidade, taxa de ocupação de leitos, modelo de assistência de enfermagem, tipo de clientela, tipo de convênio,

composição da equipe de enfermagem e do setor, horas de trabalho por dia e por mês, taxa de absenteísmo, Sistema de Classificação de Pacientes. Em relação às facilidades do dimensionamento, cabe destacar a importância dada ao relacionamento com a diretoria da instituição devido à política de recursos humanos, que ao nosso ver, é fator motivador para essas coordenadoras de enfermagem realizarem a estimativa de pessoal, bem como maior envolvimento das demais enfermeiras, devido à perspectiva relacionada à melhoria da qualidade de assistência atribuída, parcialmente, ao número de pessoal de enfermagem que compõe o quadro de funcionários da instituição. Como desafios foram citados a própria política de recursos humanos, que interfere significativamente em algumas diretrizes do serviço de enfermagem, o baixo poder de decisão da enfermeira com relação a contratação de pessoal tornando a assistência prestada fragilizada e, ainda, há aqueles ligados ao cálculo propriamente dito como compreensão do processo de trabalho de enfermagem, por parte de quem contrata, e a rotatividade. O aspecto legal inerente à profissão também foi abordado. As coordenadoras de enfermagem compreendem que cabe a elas a responsabilidade legal pela estimativa de pessoal.

Descritores: dimensionamento de recursos humanos, enfermagem, administração

ABSTRACT

CAMPOS, LUCIANA de FREITAS **Dimensioning of nursing staff in Ribeirão Preto – SP hospitals**. 2004. 82p. Master's Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2004.

This research aimed to analyze how nursing staff has been dimensioned at hospitals in Ribeirão Preto-SP, Brazil. Research subjects were nursing coordinators in five of these hospitals. Hence, a qualitative descriptive study was carried out, realizing interviews by means of a script with closed and open questions and content analysis according to Bardin (1977). We observed that the persons responsible for this task are female, with diversified work experience, and currently occupy the highest level in the nursing service hierarchy. The definition of dimensioning as obtained from the subjects corresponds to those found in literature. As to the aim, the following factors stood out: previewing professionals, operational guarantee for nursing work, attending to clients' expectations in relation to their needs, fill out personnel vacancies, guarantee personnel allocation in the work scale. The usage of the nursing personnel serves as a justification to increase staff through new contracts. As to dimensioning parameters, the following factors stood out: average stay, unit characteristic, bed occupation rate, nursing care model, kind of clientele, kind of agreement, nursing team and sector composition, work hours per day and per month, absenteeism rate, Patient Classification System. With respect to dimensioning facilities, special attention must be granted to the importance the participating nursing coordinators give to the relation with the board of the institution,

due to the human resource policy. In our opinion, this factor motivates these nursing coordinators to carry out the personnel estimation, and leads towards greater commitment from other nurses, due to the perspective of improved care quality, which is partially attributed to the number of nursing staff in the institution's employee cadre. The following challenges were mentioned: the human resource policy itself, which significantly interferes in some nursing service guidelines and nurses' low level of decision-making power to decide on whether to hire staff or not, which fragilizes the delivered care and, also, the challenges posed by staff dimensioning itself, such as the contracting party's understanding of the nursing work process and rotation. The legal aspect inherent in the profession was also dealt with. Nursing managers see this estimation as their legal responsibility.

Descriptors: human resource dimensioning, nursing, administration

RESUMEN

CAMPOS, LUCIANA de FREITAS **Cálculo del personal de enfermería en hospitales de Ribeirão Preto – SP**. 2004. 82h. Dissertação (Maestría) – Escola de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

La finalidad de la investigación fue analizar como ha ocurrido el cálculo del personal de enfermería en los hospitales de Ribeirão Preto-SP, Brasil, utilizándose como sujetos las coordinadoras de enfermería en cinco de estos hospitales. Para eso, hicimos este estudio cualitativo descriptivo, utilizando el método de la entrevista con guión de cuestiones cerradas y abiertas y realizando análisis de contenido según Bardin (1977). Verificamos que los responsables por el cálculo son del género femenino, tuvieron experiencias diversificadas de trabajo en la profesión y actualmente ocupan el cargo más alto en la jerarquía del servicio de enfermería. La definición a cerca del cálculo aprehendida por los sujetos corresponde a aquellas encontradas en la literatura. Con respecto a la finalidad, obtuvimos: previsión de los profesionales; garantía de la operacionalización del trabajo de enfermería; cumplir la expectativa del cliente con respecto a sus necesidades; proveer los sectores de personal; garantizar la distribución de los profesionales en la escala. La utilización del cálculo ocurre como justificación para aumentar el cuadro mediante contractación. Con respecto al parámetro de cálculo, obtuvimos: tiempo medio de permanencia, característica de la unidad, tasa de ocupación de lechos, modelo de atención de enfermería, tipo de clientela, tipo de unión, composición del equipo de enfermería y del sector, horas de trabajo por día y por mes,

taza de ausentismo, Sistema de Clasificación de Pacientes. Con respecto a las facilidades del cálculo, debe ser realzada la importancia dada por las coordinadoras de enfermería participantes del estudio al relacionamiento con la directoria de la institución debido a la política de recursos humanos, lo que a nuestro modo de ver es un factor motivador para que estas coordinadoras de enfermería realicen la estimación de personal, y también para que las otros enfermeras se involucren más debido a la perspectiva relacionada a la mejora de la cualidad de atención, que es parcialmente atribuida al número de profesionales de Enfermería que componen el cuadro de empleados de la institución. Como desafíos fueron citados la propia política de recursos humanos, que interfiere significativamente en algunas directrices del servicio de enfermería y el bajo nivel de poder de decisión de la enfermera para decidir sobre la contratación, que fragiliza la atención prestada y, también, los desafíos relacionados al propio cálculo, tales como comprensión del proceso de trabajo de enfermería por parte del contratante y la rotatividad. También fue aproximada el aspecto legal inherente a la profesión. Las gerentes de enfermería comprenden que a ellas les cabe la responsabilidad legal por la estimación.

Descriptores: cálculo de recursos humanos, enfermería, administración

1 APRESENTAÇÃO

A primeira aproximação sobre a temática dimensionamento de pessoal de enfermagem surgiu como aluna de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, durante o estágio teórico-prático na disciplina Enfermagem Médica, quando por ocasião das avaliações era freqüente o levantamento do problema por discentes e docentes quanto ao quantitativo de pessoal de enfermagem que compunha o quadro de funcionários do setor e a implicação desse na qualidade de assistência ao cliente.

Ao realizar estágio extracurricular em hospital público, causava-me inquietação como os enfermeiros do setor atuavam na dinâmica do serviço, frente à organização do trabalho, demanda para o atendimento e o número de pessoal alocado na unidade.

No Grupo de Investigação em Recursos Humanos em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GIRHE-EERP/USP), do qual fui bolsista - Iniciação Científica - e participante, no período de 1993 a 1996, quando desenvolvemos naquele último ano, levantamento bibliográfico acerca de recursos humanos em enfermagem, onde encontramos que, num total de cento e quarenta e dois artigos, a categoria dimensionamento de pessoal apontou quatro (2,82%) estudos publicados nos cinco periódicos analisados (Campos; Mishima, 1996), o que aguçou ainda mais as minhas inquietações, como aluna e, posteriormente, profissional. Ressalto que atualmente intensificaram-se as investigações referentes a esse tema. Somando-se a

crecentes indagações sobre essa temática, em uma das atividades desenvolvidas pelo Grupo, que era a discussão de estudos sobre recursos humanos, analisamos a Resolução COFEN-189/96, despertando em mim o interesse em desenvolver pesquisa, sendo que, naquele momento, comecei a rascunhar algumas idéias sobre o dimensionamento.

Ao concluir a graduação, percebi que a jornada estava apenas começando, que necessitava estreitar laços com a realidade da prática profissional e amadurecer idéias sobre o gerenciamento do serviço de enfermagem, refletir sobre os recursos humanos e sua relação com o processo de trabalho na área, sendo uma dessas a questão do dimensionamento.

Em 1997, recém-formada, iniciei minhas atividades de enfermagem em um hospital privado no interior do Estado de São Paulo. O dimensionamento do pessoal de enfermagem passou a ser uma constante no cotidiano do trabalho, ocasionando questionamentos sobre rotatividade, alocação e a desmotivação acarretada nos recursos humanos, que por sua vez influenciam a qualidade de assistência.

Em 1998, trabalhando em um hospital público, deparei-me com situação semelhante e ainda com o absenteísmo, entendido como ausência não prevista do profissional no serviço, como licenças saúde, maternidade/paternidade, casamento, nojo, acidentes, além de vagas por demissão, faltas justificadas e injustificadas, sendo essas abonadas ou não, o qual acabava comprometendo o quadro de pessoal disponível para o trabalho.

Durante reuniões com a Chefia de Enfermagem em ambas as instituições a discussão acerca dos problemas em pauta passava, basicamente,

por quatro itens: a organização do trabalho, o dimensionamento do pessoal de enfermagem, as relações interpessoais e a tomada de decisão da enfermeira frente à equipe multiprofissional.

Ainda em 1998, concluí o curso de Licenciatura em Enfermagem, na EERP-USP e, em 2000, concomitante ao trabalho desenvolvido na assistência, iniciei a carreira docente no ensino médio, ministrando uma das disciplinas voltada para área da Administração em Enfermagem.

De 2000 a 2002, ministrei aulas teóricas e teórico-práticas, como professora substituta, em Instituição de Ensino Superior Federal, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, mantendo estreita relação com a disciplina Administração.

Em 2003, fui convidada a lecionar em instituição universitária privada, nas disciplinas Pronto-Socorro e Centro de Terapia Intensiva, voltadas ao atendimento do paciente gravemente enfermo e, hoje, sou também docente das disciplinas de Gerenciamento em Enfermagem e Gerenciamento e Administração em Enfermagem. Curiosamente, tanto em sala de aula quanto em avaliação diária e final, em campo de estágio, os questionamentos acerca do quantitativo de pessoal são semelhantes aos de minha época de graduação, salvando-se os contextos pertinentes.

Atualmente, continuo desenvolvendo minhas atividades de assistência no hospital público e na docência e os quatro itens supracitados ainda permeiam as reuniões de enfermagem das quais participo.

Em minha trajetória acadêmica e profissional, as questões administrativas sempre me estimularam. Ingressei em 2002 no Programa de Pós-

graduação, nível mestrado, voltando me especificamente para o tema dimensionamento de pessoal de enfermagem, entendendo que esse é um valioso instrumento para a enfermeira enriquecer a prática da enfermagem com alguns subsídios que possa oferecer, em busca de uma organização de assistência satisfatória, que contemple as várias dimensões da profissão e, conseqüentemente, favoreça a promoção da qualidade de assistência.

2 INTRODUÇÃO

O trabalho da enfermagem é complexo e dinâmico, apresenta dimensões éticas, filosóficas, sociais, econômicas, técnicas e políticas e está inserido no contexto de uma instituição de saúde, seja pública ou privada, onde se desenvolve e se ajusta à sua política organizacional.

Para o desenvolvimento dessas atividades de enfermagem, os recursos humanos, com sua divisão técnica e social do trabalho, constituído por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros, devem estar capacitados e ter competência para desenvolvê-las, além de quantidade suficiente desses profissionais para tal.

O enfermeiro, como administrador, necessita aprofundar suas habilidades gerenciais para vislumbrar esse cenário, apreender conceitos de administração de serviços de saúde, liderança, recursos materiais e humanos, sendo que, desse último, faz parte a previsão e provisão de pessoal para o desenvolvimento das atividades legalmente previstas e que caracterizam a profissão. Concordamos com Laus (2003) quando coloca que desde o momento da institucionalização da enfermagem dentro das estruturas de saúde, em especial o enfermeiro, vem incorporando como conteúdo de seu trabalho um conjunto de ações que envolvem o planejamento, a coordenação, a supervisão e o controle do trabalho que, por existência de critérios próprios de racionalidade de execução, só tem visibilidade efetiva à medida que responde aos programas estabelecidos pela instituição. Isso nos faz refletir sobre o desenvolvimento de poder de negociação

pelo enfermeiro, uma vez que trabalha diretamente com os recursos humanos de enfermagem e em saúde, bem como tem como objetivo de seu trabalho o ser humano em uma situação especial, num dado momento da vida.

Lembramos que a política organizacional sofre constantemente, influência das transformações socioculturais, políticas e econômicas que ocorrem no país e no mundo que, por sua vez, afetam o serviço de enfermagem como, por exemplo, a questão da redução de custos que tende a recair sobre a equipe de enfermagem, ocasionando diminuição do quadro de pessoal e/ou não reposição de vagas, o que repercute na qualidade de assistência prestada. Frente a essa realidade, observamos que as instituições de saúde, no caso os hospitais, para cumprirem com seus objetivos contam, em seu quadro de funcionários, com o pessoal de enfermagem, o qual tradicionalmente perfazem o maior contingente das contratações. Os estudos de vários autores apontam essa discussão, mais especificamente Antunes e Costa (2003; 833), os quais referem que “a equipe de enfermagem é a que normalmente exige maior número de contratações, demissões, horas de treinamento e aperfeiçoamento, dentre outras despesas”.

Compartilhamos da opinião de Campedelli et al. (1987) quando afirmam que, sendo o pessoal de enfermagem o maior contingente de servidores de um hospital, representa um custo elevado e envolve processo contínuo de admissão, seleção, treinamento, aperfeiçoamento e avaliação. Por isso também possibilita, por motivos de ordem econômica, política e outros, a interferência de outros profissionais de diversas áreas na determinação da quantidade e qualidade do pessoal. Isso pode levar a riscos operacionais por programação inadequada do serviço que

podem causar prejuízos legais à instituição por inúmeros danos e falhas, que ocorrem tanto com o paciente quanto com os trabalhadores que dele cuidam.

Nesse sentido, cabe ao enfermeiro discutir e participar ativamente na definição da política de recursos humanos da instituição e estabelecer estratégias que permitam a introdução do dimensionamento de pessoal de enfermagem, proposto pelo serviço de enfermagem. É nesse momento que nos desperta o interesse em compreender como esse profissional tem atuado na previsão desse pessoal e, para tal, passamos a discutir o dimensionamento propriamente dito.

Ressaltamos que, nesta investigação, o dimensionamento de pessoal poderá ser redigido como um de seus sinônimos, já descrito por Gaidzinski (1991): cálculo de pessoal de enfermagem, estimativa de pessoal de enfermagem, dimensionamento de recursos humanos em enfermagem. Outros termos encontrados na literatura são dotação de pessoal e planejamento de pessoal de enfermagem.

Para Kurcgant et al. (1989, p.80) o dimensionamento constitui a

etapa inicial do processo de provimento de pessoal cuja finalidade é a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestadas à clientela.

Santos (1992, p.138) conceitua-o como “uma estimativa da quantidade necessária de recursos humanos, que possibilitem a adequação entre volume de trabalho (necessidade de assistência de enfermagem) e a força de trabalho (pessoal de enfermagem)”. Ainda afirma que “é mediante essa relação cliente/enfermagem, que podemos ter subsídios, para justificar um quantitativo ideal de pessoal de enfermagem necessário”.

Segundo Magalhães et al. (1995, p.5) dimensionamento é “a adequação do pessoal em termos quantitativos e qualitativos”.

Amorim et al. (1996, p.38) aponta para a finalidade do dimensionamento que “é a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para atender, direta ou indiretamente, as necessidades de assistência de enfermagem aos pacientes”.

Considerando os autores citados, apreendemos que o dimensionamento busca prever o número de pessoal, por categoria de trabalhadores, suficiente para desempenhar as atividades de enfermagem, conforme a necessidade do cliente, considerando, também, a qualidade de assistência e, posteriormente, prover as unidades com esses recursos humanos.

E, ainda, ao nosso ver, o dimensionamento constitui um dos instrumentos da administração disponibilizado para o enfermeiro, cujo conteúdo auxilia na função gerencial, tendo como finalidade prever para as unidades prestadoras de serviço de saúde, pública ou privada, o número de pessoal de enfermagem, sob o enfoque quantitativo e qualitativo, capaz de atender às necessidades de assistência da clientela.

Relembramos que todo enfermeiro, seja ele assistencial, supervisor ou diretor, traz de sua formação, além do conhecimento clínico e de saúde coletiva, um componente administrativo e cabe a ele desenvolvê-lo, adquirindo habilidades e competências para discuti-lo frente aos seus subordinados, pares e superiores hierárquicos, sejam esses da enfermagem ou profissionais de outra formação. Também há o amparo legal, pois, conforme regulamentado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Resolução COFEN-189/96, “compete ao enfermeiro

estabelecer o quadro quantiquantitativo de profissionais necessário para a prestação da assistência de enfermagem” (BRASIL, 1997).

Compartilhamos da consideração de Campedelli et al. (1987, p.199) que o dimensionamento de pessoal “além de ser da competência da enfermeira, representa uma preocupação constante para a enfermagem visto que está diretamente ligada ao produto final de seu trabalho – a qualidade de assistência prestada e a segurança do paciente”.

A discussão acerca da competência e legalidade do dimensionamento do pessoal de enfermagem nos leva a refletir sobre as possíveis articulações políticas que o enfermeiro necessita estabelecer com vistas a garantir a viabilização do processo de trabalho na enfermagem, uma vez que este profissional, na maioria das instituições, dispõe de limitado poder de decisão para efetuar novas contratações. Por isso concordamos com Laus (2003, p.11) quando afirma que

a inadequação numérica e qualitativa dos recursos humanos da enfermagem lesa a clientela no seu direito de assistência à saúde livre de riscos. Os enfermeiros precisam comprometer a administração responsável pelo provimento do quadro de pessoal de enfermagem, quanto aos riscos a que os pacientes estão expostos quando não são providos os recursos necessários, de modo que a instituição seja responsabilizada legalmente pelas eventuais falhas ocorridas na assistência.

Nesse sentido, Ribeiro (1972, p.50) já afirmava que

a previsão de pessoal para as atividades de enfermagem nos hospitais é um problema que se baseia fundamentalmente na determinação do tipo ou categoria que a instituição se dispõe a

contratar e na definição de suas funções, o que por sua vez depende da filosofia e da política de direção bem como do conceito que tem sobre enfermagem.

Segundo Gaidzinski (1991; 1994), os aspectos quantiquantitativos do pessoal de enfermagem têm requerido a atenção dos enfermeiros supervisores técnicos, em virtude das implicações que o dimensionamento inadequado desses recursos causa sobre o resultado da qualidade dos cuidados de enfermagem prestada aos clientes.

Ainda, frente a essa preocupação, Perroca (1996) destaca que a forma de organização quantiquantitativa desse pessoal reflete a filosofia do serviço de enfermagem na instituição, bem como o compromisso com a qualidade de assistência prestada ao paciente.

Ao dimensionamento do pessoal de enfermagem não se pode atribuir toda a responsabilidade pela qualidade de assistência, entretanto, quando se realiza de forma inadequada representa um dos fatores que pode comprometer o atendimento, ou seja, a assistência de enfermagem, em suas diferentes dimensões (administrativas, assistenciais e educativas).

Tratando do serviço hospitalar os profissionais de enfermagem prestam assistência a pacientes com comprometimento significativo de seu estado de saúde atendendo à sua recuperação e/ou reabilitação, em especial em situação de internação. Uma parcela significativa de clientes da rede hospitalar necessita de assistência à saúde por 24 horas sendo a equipe de enfermagem aquela que permanece ininterruptamente na instituição, por isso perfaz o maior contingente do pessoal da saúde no hospital.

Vem corroborar com essa discussão, Laus (2003) ao afirmar que a enfermagem, no hospital, assume a responsabilidade de prover cuidados contínuos aos pacientes, implementando ações complementares ao ato médico de natureza diagnóstica e terapêutica, ações que lhe são próprias como higiene, conforto, segurança e, também, ações de cunho gerencial que, alicerçadas no conhecimento científico, garantem determinados padrões de qualidade tendo-se como elemento fundamental dispor de recursos humanos qualificados e em quantidade para responder a essas finalidades.

As dificuldades para realização das atividades cotidianas, impostas pela patologia apresentada pelo cliente, naquele momento que se estabelece um desequilíbrio em seu estado de saúde, levando-o a internação, determinam o grau de dependência desse aos cuidados de enfermagem. Assim, pensar o gerenciamento de serviço de enfermagem, num contexto tão amplo, torna o dimensionamento de pessoal de enfermagem um desafio do qual procuraremos discutir neste estudo.

Encontramos na literatura, como método de dimensionamento de pessoal de enfermagem mais difundido, o Método Tradicional, proposto pela Liga Nacional de Educação em Enfermagem dos Estados Unidos da América e pela Associação Americana de Enfermeiras.

Gaidzinski (1998), em sua tese de livre-docência, contextualizou a evolução do método de dimensionamento de pessoal de enfermagem. Antes de 1939 utilizava-se o método intuitivo ou das relações de proporção, cuja aplicação consistia na execução de regra de três simples, tendo como principais variáveis a quantidade de enfermeiras e de leitos disponíveis e a proporção diária de enfermeiras por leito. Em 1939, houve a introdução da variável horas médias de

cuidado; em 1947, das variáveis relativas às ausências e em 1960, a inclusão do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP).

Destacamos que, no Brasil, o SCP foi introduzido por Ribeiro (1972) e, desde então, múltiplas investigações vêm sendo realizadas utilizando-se dessa variável. Neste contexto destacam os estudos de Kurcgant et al. (1989), Gaidzinski (1991; 1994; 1998), Gaidzinski et al. (1994), Perroca (1996), Perroca et al. (1998); Tranquítelli (1999), Fugulin (1997; 2002), Dal Ben (2000), Anselmi (2000), Alves (2002), Laus (2003).

Para Perroca e Gaidzinski (1998, p.153) o SCP “é um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerido, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem”.

Um instrumento para classificar pacientes que se tem mostrado, também, muito útil é o Therapeutic Intervencion Scoring System (TISS) que tem por princípio que quanto mais grave o paciente se encontra, independente do diagnóstico, maior o número de intervenções terapêuticas aumentando, assim, o tempo para prestar a assistência de enfermagem.

Ressaltamos, na área hospitalar, a investigação de Nunes (2000) que traduziu para o português e validou um instrumento de medição da gravidade do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o Therapeutic Intervencion Scoring System (TISS-28), pelo qual a classificação de pacientes se dá pela medida das intervenções terapêuticas realizadas sendo uma variável a ser considerada para a dotação de pessoal nesse setor.

Os estudos sobre o dimensionamento de recursos humanos na enfermagem têm se desenvolvido também fora da área hospitalar, a exemplo da investigação de Dal

Ben (2000), que modificou o Therapeutic Intervention Scoring System Intermediate (TISS-Intermediário) para atender à necessidade do enfermeiro em quantificar a assistência de enfermagem residencial do cliente, no momento da alta hospitalar, estabelecendo horas diárias da assistência domiciliar após a hospitalização.

No nosso entendimento o TISS vem despontando no cenário brasileiro como possibilidade de mensurar a carga de trabalho de enfermagem em áreas distintas, diferente do SCP até então utilizado, sendo outro instrumento gerencial para o enfermeiro realizar o dimensionamento de pessoal.

Passaremos agora a discutir algumas recomendações para realização do dimensionamento do pessoal de enfermagem, baseado nos estudos de Kurcgant et al. (1989) e Gaidzinski (1991) que consideram o reconhecimento da situação através da caracterização da instituição, do serviço de enfermagem e da clientela, do cálculo do pessoal propriamente dito e da avaliação de todo esse processo. Cada um desses itens apresenta especificidades, como indicado a seguir:

Caracterização da instituição: através do conhecimento de sua filosofia, de seus objetivos e de suas propostas assistenciais, bem como do levantamento quantiquantitativo dos recursos humanos, materiais, físicos, sociais e econômicos que interferem na dinâmica da instituição.

Caracterização do serviço de Enfermagem: pela análise da filosofia, objetivos, programas e propostas; análise da categoria de pessoal que compõe a equipe de enfermagem e seu correlacionamento como tipo, número e complexidade das atividades direta ou indiretamente ligadas à assistência (essas atividades podem ser identificadas através da observação e da entrevista, associadas quando possível à consulta das funções nos manuais administrativos do serviço de

enfermagem); análise do preparo técnico específico dos elementos da equipe de enfermagem; pela análise das horas de trabalho semanal; análise da distribuição da equipe de enfermagem nas 24h; análise da dinâmica das atividades desenvolvidas nos turnos de trabalho, análise do método (funcional, integral ou em equipe), utilizado na prestação da assistência de enfermagem; análise do percentual de ausências da equipe de enfermagem, considerando qualquer ausência do funcionário ao trabalho devido a licenças, férias e faltas; pela análise percentual mensal de ausências da unidade, calculado pela média de funcionários e análise percentual mensal de ausências do pessoal de enfermagem da instituição, obtido pela média das ausências mensais das unidades.

Caracterização da clientela: através do conhecimento epidemiológico da população pertencente à área de atuação da instituição de saúde e através da classificação do paciente, segundo as necessidades de cuidado (direto ou indireto) prestado pela equipe de enfermagem. Frente as diversas formas utilizadas para classificar pacientes, aquelas fundamentadas no Cuidado Progressivo ao Paciente (CPP) tem sido a mais utilizada, compreendendo os cuidados intensivo, intermediário ou semi-intensivo, prolongados, mínimos, ambulatoriais e domiciliares (GAIDZINSKI, 1991).

Ressaltamos que o CPP consiste em uma forma de distribuição de pacientes na unidade do hospital, posterior a classificação dos pacientes. Alves *et al.* (1988) entende por CPP “a concentração variável de recursos humanos e materiais em torno das necessidades do cliente, visando uma assistência integral e humanizada”.

Gaidzinski (1991) explicita como o dimensionamento utiliza-se do SCP, descrevendo-o da seguinte forma: tempo médio dispendido pela equipe de enfermagem segundo a classificação do tipo de cuidado para cada paciente,

mediante o registro de todo o tempo gasto pelos elementos de enfermagem que prestam assistência direta ou indireta aos pacientes. Também há como recurso a determinação da média de ocupação de leitos na unidade, por meio da distribuição mensal do número de leitos ocupados, segundo a classificação adotada. No caso de atendimento ambulatorial, deverá ser feito um levantamento mensal do número de atendimentos (GAIDZINSKI, 1991).

Ainda discorrendo sobre a caracterização da clientela, Santos (1993, p.35) afirma que “o número de clientes corresponde ao número de pacientes classificados pelo nível de atenção ou grau de dependência. O nível de atenção pode oscilar muito, de acordo com o estado do paciente e as características do hospital”.

Cálculo do dimensionamento: considera-se os valores médios dos parâmetros obtidos anteriormente e então, procede o cálculo da força média de trabalho de enfermagem necessária para quantidade de horas ocupadas para cada tipo de cuidado; número médio de clientes classificados dentro do mesmo tipo de cuidado; tempo médio despendido pelos elementos da equipe de enfermagem nas 24h; dias trabalhados na unidade durante sete dias; número de horas mensais preestabelecidas pela instituição; distribuição do pessoal de enfermagem por categoria requerida na unidade e distribuição do pessoal de enfermagem por turnos considerando a dinâmica da unidade. (GAIDZINSKI, 1991).

Cabe aqui ressaltar que os estudos que vêm discutindo o cálculo de pessoal buscam adaptar esses elementos acima citados, lembrando que até 1996 não havia normatização legal para esses aspectos. Nesse sentido, em 1996, o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução COFEN 189/96, vem contribuir significativamente, estabelecendo parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de

Profissionais de Enfermagem, baseando-se em características relativas à instituição/empresa, ao serviço de enfermagem e à clientela.

Nessa mesma resolução, os aspectos institucionais a serem considerados são: “missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p.178)”.

Ainda, no que se refere ao serviço de enfermagem, recomendam atentar quanto à “fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86; Decreto nº 94.406/87)” e ao “Código de Ética dos Profissionais e as Resoluções COFEN e Decisões dos CORENs (BRASIL, 1997, p.178)”.

A Resolução COFEN 189/96 também ressalta os aspectos técnico-administrativos inerentes ao serviço de enfermagem: “dinâmica das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial, modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; nível de formação dos profissionais; padrões de desempenho dos profissionais; Índice de Segurança Técnica (IST) não inferior a 30%; índice da proporção de profissionais de enfermagem de nível superior e de nível médio e indicadores de avaliação da qualidade da assistência, com vista à adequação quantitativa do quadro de profissionais de enfermagem (BRASIL, 1997, p.178)”.

Quanto à clientela, a referida Resolução aponta que sejam consideradas a realidade sociocultural e econômica e referenda o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), desenvolvido por Fugulin et al. (1994) (BRASIL, 1997).

Nessa mesma Resolução, em seu artigo terceiro, recomenda que o referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, com seus diferentes níveis de formação, inclua os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, para as 24 horas de cada Unidade de Serviço, considerando o SCP, as horas de assistência de enfermagem e a proporção funcionário/leito (BRASIL, 1997).

O estabelecimento desses parâmetros pelo COFEN, aplicados a todas as instituições de saúde do Brasil, vem subsidiar os enfermeiros para o dimensionamento do pessoal de enfermagem e oferece respaldo legal para as argumentações acerca do quantiquantitativo dos recursos humanos da enfermagem frente à cúpula administrativa dos serviços de saúde.

Atentamos quanto à questão dos 30% de Índice de Segurança Técnico (IST), adotado, pois, apesar de ser um percentual de ausência de recursos humanos de enfermagem devido a licença, férias e faltas, acreditamos na necessidade de um estudo acerca da taxa de absenteísmo de cada instituição de saúde e que essas adotem aquela que expresse a sua realidade, existindo estudos científicos acerca desse tema que possam subsidiá-las.

A **avaliação** de todo esse processo faz-se necessária e deve ser contínua, por ser o dimensionamento de recursos humanos dinâmico, complexo e sofrer interferência dos fatores já discutidos.

Ressaltamos que, da observação empírica da prática da enfermagem, alguns itens que podem ser facilitadores para o dimensionamento, relacionados à organização do serviço e necessidade da clientela, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem, devidamente documentada e a distribuição do

paciente segundo o Cuidado Progressivo, não parecem bem definidos ou mesmo não têm sido operacionalizados.

Frente a essas discussões, buscamos caracterizar como se dá o dimensionamento do pessoal de enfermagem na realidade vivenciada pelos responsáveis por essa estimativa nos hospitais de Ribeirão Preto-SP, procurando conhecer o conceito de dimensionamento do pessoal de enfermagem, seus determinantes, as facilidades e desafios para realizá-lo.

3 OBJETIVO

3.1 GERAL

Analisar como tem se dado o dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto-SP.

3.2 ESPECÍFICO

Conceituar dimensionamento de pessoal de enfermagem, segundo o entendimento dos profissionais que o realizam.

Conhecer os parâmetros que têm sido utilizados para o dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Identificar quais facilidades e desafios os enfermeiros têm tido para dimensionar o pessoal de enfermagem.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Buscando atender os objetivos propostos e desenvolver o tema em estudo, realizamos investigação de natureza exploratório-descritiva, utilizando a abordagem de pesquisa qualitativa.

Para Cervo et al. (2002), o estudo de natureza descritiva visa a busca do conhecimento de inúmeras situações e relações que ocorrem na vida sociopolítica-econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto no indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades, descrevendo suas características, propriedades ou relações existentes.

O conceito de abordagem qualitativa pode ser apresentado por algumas características básicas que a configuram, sendo que a fonte direta de dados é o ambiente natural, tendo no investigador o seu principal instrumento; os pesquisadores interessam-se mais pelo processo do que pelos resultados ou produtos; ela é descritiva; a análise dos dados coletados é indutiva e o significado que o participante da pesquisa atribui ao que está sendo estudado é de vital importância (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Concordamos com LoBiondo-Wood e Haber (2001) quando colocam, na abordagem qualitativa, que o indivíduo é único, complexo e as experiências

vivenciadas por ele são singulares e contextualizadas por seu cotidiano, formando sua percepção do mundo. Assim, acreditamos que o profissional que dimensiona o pessoal de enfermagem na rede hospitalar vivencia esse fenômeno e então, optamos pela abordagem qualitativa para expressar o apreendido pela descrição subjetiva individual desse.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Ribeirão Preto, interior paulista, situada no nordeste do estado, a 313 Km da capital. Localiza-se em um entroncamento rodoviário que possibilita acesso fácil para diferentes regiões do estado e do país. Destaca-se também sua localização próxima dos principais pólos econômicos do interior do estado e do Triângulo Mineiro. Possui população estimada em 504.923 habitantes (<http://ribeiraopreto.sp.gov.br>). É referência em serviços especializados de saúde no estado, no país e nos países vizinhos e atende grande volume de clientes que requerem atendimento de alta complexidade.

Conta com seis instituições de ensino superior das quais quatro oferecem cursos na área da saúde e com ampla rede prestadora de serviços de saúde pública e privada. A rede básica é composta por vinte e quatro Unidades Básicas de Saúde e cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde e por nove hospitais gerais de médio e grande portes, pertencentes ao nível secundário e terciário de hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destes nove hospitais, apenas cinco foram incluídos no estudo, uma vez que três recusaram formalmente e um dos hospitais não atendeu ao pedido de autorização para realização da pesquisa.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram as enfermeiras responsáveis pelo dimensionamento de pessoal de enfermagem de cinco hospitais do município de Ribeirão Preto-SP, que concordaram em participar do estudo.

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista conduzida por um roteiro (ANEXO B) contendo duas questões estruturadas, voltadas para caracterização do respondente e do hospital, e oito questões semi-estruturadas, norteadoras do estudo, buscando-se manter seqüência lógica e ordenada, visando contemplar os objetivos da pesquisa.

Optamos pela entrevista devido à sua característica de interação pesquisador-pesquisado, economia de tempo, por permitir o aprofundamento dos tópicos levantados e pela possibilidade das questões serem refeitas em caso de dúvidas, sendo reformuladas, não interferindo nos objetivos da investigação.

Segundo Cassiani (1987), a entrevista utiliza roteiro que contém uma lista de tópicos a serem seguidos, permitindo flexibilidade apreciável quanto à maneira, ordem e linguagem obedecidas pelo entrevistador ao propor as questões.

Para Lüdke e André (1986, p.34) a entrevista *estruturada* ou padronizada “é usada quando se visa a obtenção de resultados uniformes entre os entrevistados, permitindo assim uma comparação imediata, em geral mediante tratados estatísticos”, enquanto a entrevista *semi-estruturada* ou não padronizada “...desenrola-se a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistado faça as necessárias adaptações”.

Ressaltamos que a forma de registro das informações utilizadas neste estudo foi a gravação, devido à possibilidade de registrar a fala do entrevistado imediatamente, enquanto o entrevistador pode se ater às expressões não-verbais e ir tomando notas, sendo essa uma forma de registro de informações complementar.

4.4.1 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi submetido à validação onde foram testadas a clareza, a objetividade, a validade, a fidedignidade e a coerência das questões contidas no roteiro de entrevista.

Assim, um grupo de juízes, composto por três docentes da área de Administração em Enfermagem e três enfermeiros com experiência em gerência

de serviço de enfermagem, validou o instrumento, com base no conceito proposto por Cassiani (1987) acerca de validação de conteúdo e validação aparente.

Na validação de conteúdo de um instrumento de coleta de dados, um grupo de juízes julga se o conjunto dos itens é abrangente e representativo do conteúdo em foco e se o conteúdo de cada item se relaciona com o problema e objetivos da investigação a serem medidos. O objetivo é verificar se existe consenso entre esses juízes quanto à retirada, acréscimo ou modificação de itens (CASSIANI, 1987).

Williamson (1981) *apud* Cassiani (1987) refere que a validade aparente

também é uma forma subjetiva de validar o instrumento e consiste no julgamento de um grupo de peritos ou um painel de juízes quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento. Também julgam se o instrumento como um todo aparenta ser uma medida adequada daquilo que se pretende medir.

Em bibliografia mais recente acerca da validação de conteúdo e validação aparente (ou de rosto), o conceito proposto por Lo-Biondo-Wood e Haber (2001) vem fortalecer e manter atual as definições acima. Dessa forma, verifica-se que a validade de conteúdo representa o domínio de um dado construto onde o conjunto fornece a estrutura e a base para formulação de questões que representarão adequadamente o conteúdo. Ainda, de acordo com os autores, a preocupação é se a ferramenta de medição e as questões que ela contém são representativas do domínio do conteúdo que o investigador pretende medir.

A validade aparente é uma forma subjetiva de validar o instrumento, verificando se esse dá a aparência de medir o conceito. Pede-se para os juízes

lerem o instrumento e avaliarem o conteúdo em termos de se esse parece refletir o conceito que se pretende medir, determinando a legibilidade e clareza do conteúdo (LO-BIONDO-WOOD; HABER; 2001).

Após as apreciações e devoluções dos roteiros pelos juízes supracitados, foram processados os ajustes que se fizeram necessários, tornando-o apto a ser utilizado.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeiramente, solicitamos autorização dos Administradores dos Hospitais Gerais de Ribeirão Preto, num total de nove hospitais, e respectivas Coordenadoras de Enfermagem. Destas nove, três recusaram formalmente, uma não nos respondeu mesmo após vários contatos telefônicos e cinco concordaram em participar da investigação, devolvendo o ofício deferido. Então, enviamos este aceite formal, em anexo ao projeto, para o Comitê de Ética e Pesquisa da EERP-USP, sendo este aprovado.

Em seguida, entramos em contato com as Coordenadoras de Enfermagem dos hospitais em estudo, via telefone, e agendamos as entrevistas.

No momento da entrevista, as coordenadoras foram lembradas dos objetivos do estudo, sendo apresentado e realizada a leitura em conjunto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde, após concordância e assinatura do mesmo, iniciamos a entrevista, obedecendo a sequência do roteiro, com o auxílio de

gravador, e realizamos algumas anotações que pudessem complementar o que estava sendo dito. Segundo Lüdke e André (1986, p.36),

há toda uma gama de gestos, expressões, entonações, sinais não-verbais, hesitações, alterações de ritmo, enfim, toda uma comunicação não-verbal cuja captação é muito importante para a compreensão e a validação do que foi efetivamente dito.

O tempo de duração da entrevista variou de 45 a 50 minutos, sendo que todas foram realizadas na Sala da Coordenadora de Enfermagem. Apenas uma Coordenadora precisou remarcar a data devido a intercorrência em plantão e problemas administrativos internos.

As entrevistas fluíram naturalmente e foram transcritas no mesmo dia da coleta dos dados para que houvesse maior aproveitamento das informações armazenadas na memória do entrevistador.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigação foi desenvolvida de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde.

Encaminhamos ofício aos Hospitais em estudo (ANEXO A), solicitando autorização para a realização da pesquisa, e após submetemos o projeto de

pesquisa à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP sendo aprovado, conforme Of. CEP-EERP/USP- 047/2003.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Buscando contemplar a proposta desta investigação, adotamos a forma descritiva para apresentação dos relatos dos participantes, acerca do dimensionamento de recursos humanos na enfermagem, e optamos pela análise de conteúdo proposta por Bardin (1977, p.38) que a define como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Esse autor propõe que a análise ocorra em três momentos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

A fase **pré-análise** reporta-se a um período de intuições cujo objetivo é tornar operacional e sistematizar as idéias iniciais, levando a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Trata-se de estabelecer um programa que permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise e esse também deve ser preciso. Para o autor, nessa fase, ocorre a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, à formulação das hipóteses e

dos objetivos e à elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final, não necessariamente obedecendo essa ordem (BARDIN, 1977).

Quanto à **exploração do material**, refere ser a fase que consiste em operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (Bardin, 1977). Destacamos ainda, que a codificação corresponde à transformação dos dados brutos do texto que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o pesquisador acerca das características do texto, que podem servir de índice (BARDIN, 1977).

Em relação ao **tratamento dos resultados, inferência e a interpretação**, o autor considera o momento em que os resultados brutos são tratados de maneira a tornarem significativos e válidos.

Para ele, o pesquisador, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Os resultados obtidos, a confrontação sistemática do material e o tipo de inferências alcançadas podem servir de base a uma outra análise disposta em torno de novas dimensões teóricas, ou praticada graças a técnicas diferentes (BARDIN, 1977).

Procedemos à organização e análise dos dados e, neste estudo, as categorias foram agrupadas seguindo o tema das questões das entrevistas. Desse modo, transcrevemos as respostas obtidas por meio da entrevista na íntegra, respeitando a terminologia utilizada pelos sujeitos da pesquisa, conforme familiarização com essas respostas obtidas e utilizando de repetidas leituras do conteúdo buscamos apreender os seus significados.

Determinamos e selecionamos as descrições significativas, procurando manter ou abstrair a essência do que foi dito pelos participantes desta investigação.

Ao reler as categorizações com rigor, procuramos identificar proposições que permitissem generalizações, identificando, também, divergências e convergências que pudessem existir.

Da reflexão exaustiva do material tratado, foram surgindo inferências e suas variáveis, formando a construção do conhecimento desejada neste estudo, sem a pretensão, no entanto, de esgotá-lo, mas, sim, torná-lo apto para esta e outras discussões acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS E INSTITUIÇÕES

Passaremos agora a apresentar os dados coletados, obedecendo a mesma seqüência do roteiro de entrevistas. Cabe aqui esclarecer que as instituições serão tratadas por letras A, B, C, D e E, tendo sido entrevistadas as respectivas coordenadoras do serviço de enfermagem, cuja identificação se dará por E-1, E-2, E-3, E-4 e E-5, garantido assim o anonimato dos sujeitos.

Cabe esclarecer que, ao enviarmos o ofício de solicitação de autorização para realização da pesquisa para os administradores dos hospitais e para as coordenadoras do serviço de enfermagem dessas instituições, solicitando agendamento de entrevista com o/a responsável pelo dimensionamento do pessoal de enfermagem, a resposta obtida é de que era a coordenadora de enfermagem.

A primeira parte constitui-se da caracterização dos sujeitos da pesquisa e da instituição, com respostas às questões abertas e fechadas sobre idade, sexo, formação profissional, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na função atual, jornada de trabalho, experiência anterior e classificação do hospital, conforme apresentado a seguir.

Tabela 1- Caracterização dos participantes da pesquisa e da instituição, segundo idade, sexo, formação profissional, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na função atual, jornada de trabalho, experiência anterior e classificação do hospital. Ribeirão Preto-SP, 2003.

CATEGORIAS	N
Idade (anos)	
33-----40	02
41-----47	03
Sexo	
Feminino	05
Tempo de formado (anos)	
09-----19	03
20-----27	02
Formação profissional	
Especialização	03
Mestrado	00
Doutorado	02
Licenciatura	02
Tempo de trabalho nesta instituição (anos)	
02	02
07	01
08	01
26	01
Tempo na função atual (anos)	
01	01
02	02
06	02
Jornada de trabalho (horas semanais)	
40	05
Experiência anterior na enfermagem	
Assistência	03
Supervisão	05
Docência	01
Educação continuada	01
Gerente de Enfermagem	03
Gerente Operacional	01
Classificação do hospital	
Privado	04
Público	01

Frente aos dados apresentados, encontramos que a totalidade das entrevistadas é do sexo feminino (100%) e a idade variou de 33 a 47 anos.

No que se refere ao tempo de formado, observamos que compreende o período de 09 a 27 anos. Pode-se inferir que essas profissionais vêm vivenciando mudanças ocorridas no setor saúde, na enfermagem e têm adquirido experiência ao longo dos anos para gerenciar o serviço de enfermagem.

Ainda, no que se refere à formação profissional das cinco coordenadoras de enfermagem, três são especialistas, duas são possuidoras do título de doutor e quando indagadas sobre outros cursos, duas cursaram licenciatura em enfermagem. Diante do exposto, podemos apreender que há preocupação por parte das diretoras de enfermagem entrevistadas em capacitar-se por meio de cursos de pós-graduação, seja *strictu* ou *latu sensu*, buscando atualizar-se por meio de formação específica, favorecendo a utilização de pesquisa voltada ao cotidiano do processo de trabalho da enfermagem.

Ressaltamos o fato que, a partir da década de 80, há aumento de produções científicas na enfermagem, talvez resultante da implementação de cursos de pós-graduação. Esse item relacionado à pós-graduação, associado à questão do tempo de formação, vem reforçar a idéia acerca de conhecimentos e habilidades adquiridos para o desenvolvimento da função gerencial do enfermeiro. A pós-graduação é importante devido à possibilidade de utilização e transformação da prática, vindo a contribuir para o reconhecimento da enfermagem como profissão, no entanto, observamos que não é um pré-requisito para ocupação do cargo de coordenadora de enfermagem.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição encontramos desde mais de um ano, especificamente 1 ano e meio, a 26 anos. No que tange ao tempo na função atual, variou de menos que um ano (3 meses) a 6 anos.

Todas as coordenadoras têm jornada de trabalho de 40 horas semanais, correspondente à carga horária máxima permitida pela lei trabalhista brasileira, distribuídas em 8 horas diárias.

As coordenadoras, na sua totalidade, relatam experiência anterior de trabalho e diversificadas, tanto na assistência quanto na administração, sendo que uma delas também no ensino.

Em relação à classificação dos hospitais, segundo a entidade mantenedora, quatro correspondem a instituições privadas e uma pública. Quanto ao porte, quatro são de médio porte, por comportarem entre 51 a 150 leitos e um de grande porte – acima de 500 leitos (BITTAR, 1996).

No que se refere a equipe de enfermagem ela é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e em algumas instituições pelo atendente.

Todos os hospitais pesquisados possuem enfermeiros, assim distribuídos: 23 na instituição A, 15 na B, 270 na C, 17 na D e 09 na E.

Quando analisamos a categoria de nível médio, temos que, nas Instituições A, C e D, as coordenadoras referiram possuir técnicos e auxiliares de enfermagem alocados nesses serviços, sendo o número de contratação de técnicos menor e a alocação desses direcionada para áreas específicas. Não souberam precisar especificamente o número exato de auxiliares e técnicos, mas informaram possuir, no total, 105, 1480 e 146 desses profissionais, respectivamente.

A coordenadora da instituição B referiu possuir 53 técnicos e 96 auxiliares de enfermagem em seu quadro de pessoal de nível médio e, também, que a predominância na lotação das áreas fechadas é de técnicos.

O hospital E conta, na sua totalidade, com 64 técnicos de enfermagem no quadro de funcionários, fazendo-nos refletir acerca da capacitação profissional e o espaço no mercado de trabalho conquistado por essa categoria.

Encontramos, também, que as Instituições B e C possuem atendentes de enfermagem, desenvolvendo atividades conforme previsto pela Resolução COFEN -185 e Resolução COFEN – 186 (BRASIL, 1997).

5.2 DADOS OBTIDOS NAS ENTREVISTAS

Apresentaremos a seguir os resultados obtidos a partir da coleta de dados, das oito questões semi-estruturadas norteadoras desta investigação, acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto-SP, segundo o entendimento das coordenadoras, e obedecerão à mesma seqüência em que essas questões foram formuladas no questionário e também na mesma ordem de exposição dos objetivos específicos, mencionando em correspondência a estes, as diversas percepções e ações dos enfermeiros, conforme os tópicos a seguir:

5.2.1 Conceito de dimensionamento

5.2.2 Finalidade do dimensionamento

5.2.3 Utilização do dimensionamento

5.2.4 Parâmetros utilizados para o dimensionamento

5.2.5 Facilidades na realização do dimensionamento

5.2.6 Desafios na realização do dimensionamento

5.2.7 A responsabilidade pelo dimensionamento

5.2.8 Outras considerações sobre o tema

5.2.1 CONCEITO DE DIMENSIONAMENTO

A palavra dimensionamento, por si só, traz idéia de cálculo, quantidade, número e que esse pode ser pré-estabelecido, ou seja, previsto. Logo, podemos pensar na previsão da quantidade de algo, que, neste estudo se trata dos recursos humanos de enfermagem.

Em relação à categoria conceito de dimensionamento, evidenciamos consenso entre as entrevistadas quanto a essa idéia de quantidade e/ou número que a palavra imprime, podendo ser constatado nas falas a seguir.

“É a adequação do número de trabalhadores de acordo com as necessidades da instituição. Dimensionar é você conseguir determinar um número que seja adequado às suas necessidades (E-1)”.

“Entendo que seja a quantidade de profissionais que tenho dentro do meu quadro certo e distribuído de uma forma. Para cada setor uma quantidade, no caso se é por número de paciente, se é por complexidade de caso. Dos casos que tem de internação (E-2)”.

“É uma metodologia utilizada, baseada em parâmetros comprovados cientificamente para estabelecer um quantitativo de pessoal necessário para o exercício das atividades de enfermagem naquela unidade, obedecendo às características tanto da clientela quanto à especificidade da própria unidade. Esse dimensionamento é extremamente flexível de acordo com a própria instituição onde vai ser aplicado (E-3)”.

“É a adequação do número de pessoas trabalhando naquele setor, naquela instituição dentro da necessidade que exige a atividade (E-4)”.

“O meu conceito é você ter um número de funcionários capacitados para atender aquele cliente, não é somente um número calculado por leito, por cuidados. Eu acho que acima de tudo ele tem que ser capacitado e dar conta daquilo que você pretende que ele faça... número de funcionários capacitados para atender aquele cliente... (E-5)”.

Apreendemos dessas manifestações que o dimensionamento significa a quantidade adequada de pessoal para realização das atividades de enfermagem do hospital por número de pacientes e complexidade de assistência em um determinado setor de uma instituição. Traz a idéia de flexibilidade conferida à estimativa pelo termo adequação.

Estendendo o conceito para uma contextualização na área da enfermagem, as coordenadoras referem-se às características do trabalho, o que permite inferir que há um caráter dinâmico e complexo envolvido nesse cálculo, uma vez que, mesmo dentro da própria instituição, cada setor tem suas particularidades.

Ainda o dimensionamento também pode ser concebido sob um enfoque qualitativo, o que transcende o aspecto meramente matemático, destacado por uma coordenadora. Destaca-se, também, a importância de sistematização para o cálculo e da flexibilidade que esse quantitativo deve apresentar. Esse pensamento reforça a preocupação com a previsão de pessoal baseada em literatura e que vem fortalecer as discussões para sua provisão.

Deste modo, apreendemos que as manifestações do que seja dimensionamento foram consensuais, enquanto expressão de quantidade, de número, e que esse conceito se amplia diante da contextualização, onde cada coordenadora visualiza esse cálculo. Assim, acreditamos que desse entendimento desencadeia-se a operacionalização do

dimensionamento que representará o número de pessoal pertinente para realização das atividades de enfermagem, de cada instituição, representativo para atender às expectativas dos clientes e dos profissionais inseridos nesse serviço.

Essas considerações vêm ao encontro do conceito, averiguado na literatura, destacando-se estudiosos como Kurcgant et al. (1989, p.80), que o define como a “etapa inicial do processo de provimento de pessoal cuja finalidade é a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestadas à clientela”.

Por sua vez, Santos (1992, p.138) conceitua-o como “uma estimativa da quantidade necessária de recursos humanos, que possibilitem a adequação entre volume de trabalho (necessidade de assistência de enfermagem) e a força de trabalho (pessoal de enfermagem)”. Ainda afirma que “é mediante essa relação cliente/enfermagem, que podemos ter subsídios, para justificar um quantitativo ideal de pessoal de enfermagem necessário”, conceito esse reafirmado por Magalhães et al. (1995) e Amorim et al. (1996).

Considerando os autores citados, apreendemos que o dimensionamento busca prever o número de pessoal por categoria de enfermagem suficiente para desempenhar as atividades da profissão, conforme a necessidade do cliente. Pôde-se notar que, as coordenadoras de enfermagem entrevistadas consolidaram esse entendimento.

5.2.2 FINALIDADE DO DIMENSIONAMENTO

Procuramos levantar junto às coordenadoras com qual finalidade realizavam o dimensionamento. Entendemos que se realiza o cálculo para previsão de recursos humanos de enfermagem necessários para suprir a demanda de atendimento e conseqüente execução do processo de trabalho, dentro de suas múltiplas dimensões profissionais.

Assim, compartilhamos da definição de Kurcgant et al. (1989, p.80) e Amorim et al. (1996, p.38) de que a finalidade do dimensionamento “... é a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestadas à clientela”.

Observamos que esse aspecto pode ser referido à execução do trabalho de enfermagem propriamente dito, representada pela filosofia do serviço de enfermagem de cada instituição.

“Para atingir os objetivos, finalidades do serviço de enfermagem de acordo com o regimento preestabelecido neste serviço, ou seja, ‘prestar assistência de enfermagem aos clientes em atendimento diagnóstico e terapêutico, internado ou em regime ambulatorial, fornecendo atendimento ético e seguro, visando restauração, manutenção, promoção da saúde buscando melhoria dos padrões de qualidade da assistência’. Então para eu conseguir atingir essas finalidades uma das coisas que eu preciso é um dimensionamento adequado de acordo com o meu quadro. Quer dizer para eu fazer uma assistência de enfermagem com qualidade eu preciso ter um dimensionamento adequado. Basicamente acho que a finalidade maior do dimensionamento é esse, atender as necessidades do cliente (E-1)”.

Outro aspecto que nos chamou a atenção sobre a finalidade do dimensionamento reporta-se à expectativa do cliente com relação às suas necessidades, conforme manifestado pela opinião a seguir.

“Busco dimensionar para estabelecer parâmetros de assistência. Acredito que quando a gente faz um cálculo de pessoal, um provimento

de pessoal, nosso primeiro objetivo é garantir segurança para o doente, um sistema de vigilância que seja capaz de atender à solicitação mínima que o paciente demanda, não somente uma demanda de ordem física mas também emocional. É compartilhar, é questão da identificação do profissional com o paciente, são muitas coisas que você tem que levar em conta quando pensa sobre isso (E-3)”.

Então, apreendemos que para esta gerente, a finalidade do dimensionamento consiste em estabelecer parâmetros de assistência de enfermagem ou, ainda garantir um sistema de vigilância que seja capaz de atender às solicitações mínimas de demanda física e psíquica do paciente. Ainda discorrendo sobre essa finalidade ficou evidenciado que atender as necessidades do cliente inicia-se com a provisão de recursos humanos de enfermagem.

A finalidade do dimensionamento ainda foi expressa como provimento dos recursos humanos de enfermagem para os setores.

“Prover os setores de atendimento da mão-de-obra necessária para prestar assistência com qualidade (E-4)”.

Salientamos que a fase de previsão precede a provisão do pessoal de enfermagem, ou seja, determinar um número de pessoal para um setor precede a contratação e distribuição desse quantitativo aos setores afins.

Foi referido também não utilização do dimensionamento, percebendo-se uma certa confusão entre dimensionamento e distribuição de pessoal (escala).

“Não utilizo muito o dimensionamento. Eu consigo ver melhor o dimensionamento quando está na escala, essa coisa de folga, de férias, acho que eu consigo ter uma visão global. Eu não consigo falar assim cinco aqui na clínica vai dar certo (E-5)”.

“Aqui na Instituição é um caso meio à parte dos outros porque a gente desenvolve as atividades com uma escala bem apertada de funcionário, então não dá para trabalhar muito com dimensionamento propriamente dito. Funcionário no quadro para eles sempre é pouco e você nunca consegue atingir uma escala embora eu tenha certeza que minha escala não é suficiente (E-2)”.

Os relatos apontam que a finalidade de previsão do pessoal de enfermagem, atribuída ao dimensionamento, está implícita e foi colocada de forma distinta, destacando-se as expressões mais utilizadas: *“... para atingir os objetivos e finalidades do serviço de enfermagem... / atender a solicitação mínima de demanda... / ... prover os setores de atendimento da mão-de-obra necessária”*.

Diante do exposto, podemos inferir que não existe consenso das entrevistadas quanto à finalidade do dimensionamento. Percebe-se falta de clareza do que é dimensionamento, havendo confusão desse com distribuição de pessoal. Duas coordenadoras enfatizam a provisão como finalidade do dimensionamento, o que vem ao encontro da concepção de Kurcgant et al. (1989, p.80) e Amorim et al. (1996, p.38) acerca desta categorização.

5.2.3 UTILIZAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO

Os resultados que iremos discutir abordam se o coordenador utiliza o dimensionamento de pessoal em sua prática e de que maneira. Entendemos que o uso desse está relacionado a um instrumento gerencial para o enfermeiro negociar o aumento do quadro de pessoal, com vistas a adequação do quantitativo à realidade vivenciada,

garantindo-se padrão de assistência mínimo aceitável para manter a qualidade do atendimento ao cliente e a satisfação dos membros da equipe de enfermagem.

Isso é reforçado pela ênfase dada de que a utilização do dimensionamento se dá mesmo como justificativa para aumentar o quadro de pessoal de enfermagem por meio de contratação, conforme exemplificado abaixo.

“Utilizo muito porque trabalho com indicadores de qualidade, de produção. Então tenho bastante noção do que cada área produz por funcionário... Na verdade, utilizo muito o dimensionamento sempre que vou pedir um aumento de quadro ou que vou analisar um quadro, interligo isso a questão da produção, da produtividade, do tipo de paciente que atendo. Não me amarro muito em fórmula, sei que tem aquelas fórmulas que são previstas. Mas na verdade também acabo amarrando isso à realidade de cada setor. A gente não trabalha aleatoriamente quando pede pessoal ou quando analisa nosso número de pessoal, a gente procura se embasar muito na nossa produção, no tipo de cliente que a gente atende para estar trabalhando com dimensionamento (E-1)”.

“Ao longo dos anos, utilizamos sempre um caráter empírico de dimensionamento, muito mais baseado na nossa experiência de necessidade, em nenhum momento levando em conta a questão da característica da clientela atendida em termos de demanda de horas de assistência de enfermagem. Isso foi adotado porque ao longo dos anos a gente tinha muita necessidade de provar que precisava de um determinado quantitativo e, mesmo assim, mesmo você demonstrando baseado na sua experiência esse quantitativo sempre era subdimensionado diante do nosso desejo em termos desse referencial. E era muito difícil para a gente dizer porque precisava de 10 e que 5 não era suficiente. Então adotamos como critério, pelo menos nos últimos 10 anos, um cálculo sobre o quantitativo por plantão (E-3)”.

“Utilizo para tudo... Em todo o meu dia-a-dia, em todos os setores, a avaliação é constante... Tenho uma distribuição de funções diárias, por plantão, que se tiver na rotina durante todo mês uma pessoa a menos, num mês que vou estar concedendo mais férias ou num dia que tenho mais folga, vou ter um prejuízo no resultado da produção final do trabalho. Utilizo (o dimensionamento) no meu dia-a-dia, em todos os setores, a avaliação é constante. A gente vai reivindicar, por exemplo, fiz um trabalho que foi aprovado agora para necessidade de enfermeira e de auxiliares. Levantei durante 6 meses, apresentei os relatórios de movimento, internação, pacientes/dia, com as características

particulares, por exemplo, UTI, não posso só considerar pacientes/dia, tenho que ver quantas salas na UTI foram abertas... Você tem que avaliar inúmeras variáveis, então todas elas compõem um estudo que leva a uma reivindicação de aumento de quadro (E-4)”.

Apreendemos que o uso do dimensionamento pode colaborar na argumentação para aumento do quadro de pessoal, conferindo credibilidade na negociação para contratação, instrumentalizando o enfermeiro nessa função administrativa.

Podemos inferir que o dimensionamento ainda é usado para ajustar o número de funcionários, para estabelecer rotina de trabalho de acordo com esse quantitativo e para garantir produtividade.

Outro aspecto observado refere-se à utilização de relatório de internação, movimento, paciente/dia como argumento para contratação, dados esses que compõem a estimativa de pessoal.

“Para dimensionar o pessoal da central de material a gente teve que usar a nossa realidade e os dados históricos para estar fazendo esse dimensionamento (E-1)”.

Santos (1992) recomenda que, para dimensionar os recursos humanos de enfermagem, se faça um estudo preliminar, a fim de diagnosticar as peculiaridades de cada serviço, realizando a caracterização da instituição, do serviço e da clientela. Gaidzinski (1998) entende que a operacionalização desse processo de previsão requer a aplicação de um método que possibilite o inter-relacionamento e a mensuração das variáveis que interferem na carga de trabalho. Ressaltamos que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 1996, estabelece parâmetros mínimos para essa estimativa, por meio da Resolução COFEN 189/96 (BRASIL, 1997).

Com relação ao cálculo propriamente dito, não percebemos proximidade das coordenadoras com ele, parecendo haver certa resistência, mesmo que verbalizem os parâmetros norteadores dos métodos de dimensionamento. Essa situação pode ser apreendida através das falas a seguir.

“Não utilizo o dimensionamento. Vou fazendo assim, às vezes o enfermeiro que é responsável por aquele setor fala, por exemplo, tenho um setor com 28 pacientes de clínica cirúrgica, quer dizer pré e pós-operatório, durante o dia tem um quadro bom desse setor, chega à noite meu quadro hiperapertado só que aí a gente está vendo que de manhã e à tarde o serviço vai certinho e chega a noite é quando tem aqueles probleminhas... Assim tanto o enfermeiro como eu, vimos que tinha necessidade de ter pelo menos três em cada plantão noturno. Nós avaliamos a qualidade do atendimento prestado. Mas não é assim por conta de fazer cálculos e tudo o mais não. Remanejei... a gente tira do dia porque tem mais enfermeiros, então tira de um cantinho e junta com outro para conseguir deixar 3 e 3, mas não consegui aumentar ainda não (E-2)”.

É possível perceber a não utilização do dimensionamento, mas o direciona para remanejamento do pessoal, ou seja, rotatividade interna. A expressão abaixo também retrata o não uso da estimativa e demonstra preocupação em procurar manter a escala de distribuição diária.

“Eu não utilizo o dimensionamento. Vou mais pelo lado ágil do funcionário, conto com a experiência, comprometimento do funcionário com o cliente... No hospital também é um problema porque não tem uma curva constante de internação... Tenho que estar preparada para os picos... Só que você vai me falar assim, se você sabe que seu pico é toda quinta-feira, porque você dá folga de quinta? Mas não sei se é de quinta, não é toda quinta... Agora tem semanas que os funcionários ficam lá no posto sentados, cortando algodão, limpando gaveta e papeleta... E tem dia que chego aqui, vou embora tem 10 clientes internados no hospital todo e chego pela manhã é uma nova surpresa para mim, sempre... Como é que vou contratar um funcionário? E não posso ficar com um quadro lotado, mas também não é enxuto. Sabe, estou contratando mais um para o noturno. Aí vai sair um de férias dessas escalas... mas como é que vou fazer? Só vou ficar com 3 na

clínica para cobrir, acho que vou contratar um folguista. Então aqui não tem uma coisa constante, é muito pico. Não consigo fazer o dimensionamento (E-5)".

As coordenadoras que referem o uso do dimensionamento apontam os aspectos voltados aos parâmetros da estimativa de pessoal, sua relação com a dinâmica de trabalho da enfermagem e da instituição. Já aquelas que afirmam não utilizá-lo enfatizam a preocupação com a distribuição de escala mensal, diária e de férias.

Frente a essa realidade, concordamos com Gaidizinski (1998) quando refere que a previsão quantiquantitativa dos recursos humanos é um processo que depende do conhecimento da carga de trabalho existente nos setores e esse depende das necessidades dos pacientes, bem como do padrão de cuidado pretendido.

5.2.4 PARÂMETROS UTILIZADOS PARA O DIMENSIONAMENTO

Tendo como ponto de partida o entendimento de que a prestação de serviço da enfermagem se faz na esfera individual e coletiva, durante o atendimento hospitalar, que seu objeto de trabalho é o ser humano e a sua relação se dá no âmbito filosófico, ético, político, social, técnico, econômico e espiritual para se estabelecer uma assistência eficaz e efetiva há necessidade de se determinar, de fato, o quantitativo adequado desses recursos humanos como processo inicial do provimento de pessoal, procurando garantir os padrões mínimos de assistência.

A vivência na assistência, docência e a própria literatura sobre o tema em investigação têm demonstrado o desafio que é a realização do dimensionamento do

peçoal de enfermagem devido à árdua tarefa de clarifica-lo, por esse apresentar característica complexa, mutável e dinâmica, sendo assim flexível e ímpar para cada setor dentro da própria instituição.

Os resultados que serão discutidos tratam dos parâmetros de dimensionamento de peçoal apresentados pelas coordenadoras de enfermagem por meio das manifestações abaixo.

“Levo em consideração a produção do setor, o tipo de paciente que ele atende, a média de permanência desses, além do tipo, da complexidade do paciente, as questões, por exemplo, se tenho setor onde não tenho acompanhantes, vou ter que dimensionar meu quadro diferente de um setor onde possuo, esse tipo de coisa levo em consideração também porque um paciente sem acompanhante muitas vezes demanda um pouco mais da enfermagem. Basicamente é a produção, o tipo de unidade, é a planta física da unidade também a gente tem que levar em consideração, tipo de atividade que é desenvolvida ali (E-1).”

Os primeiros parâmetros destacados foram à produção do setor, o tipo de cliente atendido/complexidade, média de permanência, presença ou não de acompanhante, tipo de atividade desenvolvida, tipo de unidade e planta física.

“Levo em consideração o número de clientes internados na ala, complexidade dos casos que internam, por exemplo, no térreo a gente tem uma unidade como se fosse semi-intensiva. São pacientes traqueostomizados, extremamente dependentes, então eu levo em consideração paciente, setores de convênio, você acaba às vezes precisando ter mais gente porque neste setor tem o cliente e o acompanhante dele, então você tem duas pessoas que geralmente não ajudam, mas cobram muito da gente. Se tenho escriturária no setor, dá para manter um quadro um pouquinho menor porque algumas das funções da enfermagem acabam passando para escriturária. Acho que é isso mesmo, a qualidade de pacientes, a complexidade dos casos que estão internados, o CTI, por exemplo, tem que deixar 1 funcionário para cada 2 leitos pelo menos. Nunca fiz cálculo de dimensionamento. Numa ocasião, ainda na outra diretoria, pediram para gente estar fazendo cálculos mesmo. Para estar calculando o número de funcionários, mas tinha alguns dados que eu não tinha, como índice de absenteísmo. Aqui

no hospital o índice de absenteísmo ele sai geral, não é específico. A parte de informática aqui do hospital está ainda engatinhando. Então quando foi para estar usando essas fórmulas, não conseguia porque faltavam dados para estar fazendo. Foi uma única vez que eu tentei fazer, aí não consegui (E-2).“

A taxa de ocupação de leitos, o grau de complexidade de assistência ao cliente, o tipo de internação (SUS ou convênios), taxa de absenteísmo e a presença de escriturária como elemento integrante da equipe de enfermagem também foram citados como parâmetros utilizados para o dimensionamento. Cabe ressaltar que a escriturária executa função de agente administrativo, com atividades ligadas ao secretariado então, preocupamos nessa situação, quando a coordenadora coloca que algumas funções da enfermagem são delegadas para essa profissional. O nosso entendimento, baseado na experiência pessoal e profissional, é que a presença da escriturária no setor é muito importante, pois executa algumas atividades burocráticas da instituição das quais, na sua ausência, acaba sendo assumida, geralmente, pelo enfermeiro, fazendo com que essa se afaste do cuidado direto ao paciente e não cabe ao primeiro realizar funções de enfermagem.

Em busca dessa adequação, destacamos a questão operacional do cálculo propriamente dito, onde a coordenadora abaixo se reporta a ele expondo os limites e possibilidades acerca do dimensionamento.

“Até então fazia uma somatória no horário da manhã, eu preciso de um ou dois enfermeiros, aí nós multiplicamos pelo total de horas do dia, no caso 6 horas, vezes os 30 dias, aí eu tenho o total de horas, faço isso no horário da tarde e no horário noturno chego ao valor de horas, divido por uma média de carga horária do mês, isso me chegaria a um número de enfermeiros. Jogávamos em torno de 20% como taxa de cobertura, de absenteísmo, essa era a metodologia que estava sendo utilizada até então. E isso é o que nós pretendemos lançar como proposta de modificação, utilizando dados de cálculo de absenteísmo que levantei na instituição, usar o sistema de classificação de pacientes para calcular a média diária de pacientes naquela unidade. Existe toda uma

discussão sobre taxa de ocupação da unidade porque algumas delas têm uma característica muito peculiar, principalmente as cirúrgicas em que pode não ter o paciente num determinado plantão, mas você tem nos outros (E-3)”.

É possível identificar enquanto parâmetros de dimensionamento as horas trabalhadas por dia e por mês, taxa de absenteísmo (20%), priorizando o índice de Segurança Técnica da Instituição, modelo de assistência de enfermagem, Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), cálculo da média diária de pacientes naquela unidade (de cada cuidado) de assistência de enfermagem – taxa de ocupação. Ficou evidenciada a importância do mapeamento nos três períodos (manhã, tarde e noite) para calcular as horas de enfermagem.

Ainda concordamos que peculiaridades dos setores e, conseqüentemente, o atendimento ao doente é um fator interveniente na estimativa dos recursos humanos. A questão de especificidade do setor e individualização do cuidado também foram abordadas.

“Cada setor tem as suas peculiaridades. No centro cirúrgico, tenho que considerar o movimento cirúrgico não o número de procedimentos, mas o horário que acontece e o tempo de duração de cada procedimento também variam de acordo com a equipe que está operando. Não adianta um falar assim: olha, todo dia às 6 horas tenho que abrir 6 salas e aí eu posso pôr 6 funcionárias às 18 horas e mais 6 a seguir, nem sempre porque se determinada equipe não tem a seguir porque ela vai permanecer um tempo maior, então quando eu verifico o número de procedimentos, não pode ser uma coisa seca, um número só, porque, tem que ser a duração do procedimento, o horário, o período em que ele acontece para dimensionar. Na UTI, por exemplo, tem essa característica de você ter que pesar o paciente, preparar material para algum procedimento, exige uma funcionária só pra isso então, tudo é de acordo com a característica de cada setor, são variáveis inúmeras dentro de cada setor (E-4)”.

Exemplificando essa questão de dinâmica de trabalho da enfermagem, Mattia (1998) realizou investigação acerca do dimensionamento do pessoal no centro

cirúrgico, objetivando a identificação do tempo de uso da Sala Operatória (SO), segundo o movimento anual de cirurgias, calculando a capacidade anual de horas de enfermagem do setor, identificando as horas de assistência por categoria profissional e associou a capacidade de horas de enfermagem anual e por categoria com o tempo de utilização da unidade.

Destacamos outros parâmetros apontados a serem considerados no dimensionamento, como: clientela, quantidade de cuidados que esse exige, finalidade/especificidade/especialidade da Instituição, dinâmica do serviço hospitalar e o custo, apreendidos do relato que se segue.

“A clientela é idosa. Os cuidados que eu tenho que ter com esses pacientes requer muito mais do funcionário, assim, se eu tenho 10 internados, 8 são banho de leito, 2 eu posso levariam para o chuveiro. Peculiaridades do hospital, levariam em conta isso. Levo muito em conta também as reclamações de pacientes... tentei fazer, nós sentamos junto com um enfermeiro que é professor. Vamos tentar fazer, para eu apresentar a proposta para a diretoria, a gente está com muito ou pouco... pelas contas do que eu deveria ter, pelo número disso (mostra o papel com o cálculo), e calculamos o cuidado, número de hora trabalhada, fizemos tudo o que estava aqui na fórmula, aí fui tentar montar uma escala com esse número de funcionários. Não consegui, você não consegue montar... O paciente chegou para internar, vamos supor que é um idoso, uma Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica que vai ficar na clínica, a enfermeira determina que ele vai ficar mais perto do posto, eu tenho 2 quartos de frente para o posto de enfermagem, então os pacientes que requerem mais atenção ficam nesses quartos, mas isso vai depender, como aqui é um hospital privado, do plano dele, às vezes ele não quer ficar naquele quarto, a família não quer que ele fique naquele quarto, aquele quarto é um quarto mais simples e ele tem direito a um apartamento, então a família quer que ele fique lá na ponta, porque os apartamentos são na ponta do corredor, muito longe do posto, são quartos com ar condicionado, quarto mais diferenciado então é difícil para a enfermeira, tem família que entende, até prefere ficar perto da gente (E-5)”.

Outro aspecto que merece atenção está relacionado à questão do tipo de internação – convênio, particular ou SUS. Considerando a hotelaria hospitalar,

entendemos que há diferença no atendimento ao cliente quanto à acomodação, porém, fica a dúvida, quanto à questão operacional da assistência e relacionado ao quantitativo de pessoal, se de fato existe diferença uma vez que o padrão mínimo de assistência ao cliente deve ser garantido e atualmente é inevitável a adequação dos serviços de saúde não só ao código de ética profissional como aos direitos do consumidor dos serviços de saúde, necessitando reestruturação e previsão de um acompanhante frente às situações diversas.

Neste momento faremos um parêntese para ilustrar esse nosso entendimento por meio da reflexão de Gaidzinski (1998) quando refere ser o dimensionamento um assunto complexo por encontrar-se dentro de uma área de conflito de interesses entre custo-benefício, pessoal-institucional, capital-trabalho e técnico-ético, uma vez que essa abordagem, mesmo na dimensão técnica, pode contribuir para essa polêmica julgando-a necessária. Compartilhamos da opinião da autora devido às mudanças constantes e rápidas que vêm ocorrendo no setor saúde e a necessidade de adequação consciente do enfermeiro em sua função gerencial.

Em síntese, o que apreendemos do que as gerentes de enfermagem percebem como parâmetros de dimensionamento, de acordo com a realidade vivenciada por elas e que nos forneceram elementos para discussão desta categorização, são: *média de permanência, características da unidade, taxa de ocupação de leitos, modelo de assistência de enfermagem, tipo de clientela* (patologia, complexidade no atendimento), *tipo de convênio, composição da equipe de enfermagem e do setor, horas trabalhadas por dia e por mês, taxa de absenteísmo ou IST e Sistema de Classificação de Pacientes*.

Inferimos que as coordenadoras têm buscado soluções operacionais, práticas e rápidas para manutenção, equilíbrio do quadro de pessoal, porém não tem se utilizado dos parâmetros preconizados na literatura, os quais poderíamos sustentar de

forma mais efetiva o processo de gerenciamento de recursos humanos, entre eles: o reconhecimento da situação, cálculo de pessoal, distribuição de pessoal e avaliação.

Entendemos que a complexidade na elaboração do dimensionamento de pessoal, tornando-o, por vezes, difícil, desgastante e demorado em um primeiro momento pode parecer desmotivador, mas quando bem feito, trabalha aspectos relacionados à organização do serviço e, como é flexível devido aos seus parâmetros, pode ser adaptado ou sofrer adequações mediante avaliação contínua.

5.2.5 FACILIDADES NA REALIZAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO

Entendemos que o dimensionamento de pessoal de enfermagem é complexo e dinâmico e que depende de múltiplos mecanismos para que possa contemplar sua previsão e também a provisão do pessoal necessário para realizar o atendimento de enfermagem. Portanto, devemos considerar que cada gerente de enfermagem, estando envolvida com as particularidades de suas respectivas instituições, busca encontrar facilidades para realização do cálculo de pessoal, como discutiremos a seguir.

Pudemos apreender em algumas argumentações que se seguem a necessidade de um vínculo fortalecido com a administração do hospital para que o dimensionamento do pessoal de enfermagem se efetive e que há uma expectativa de que um cálculo pertinente favoreça o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, visando padrões/critérios de qualidade dessa assistência.

“Tenho um bom respaldo da diretoria do hospital em relação ao dimensionamento. Normalmente todos os meus pedidos são aceitos porque procuro me embasar na realidade que estou vivendo... Não fujo às normas pré-estabelecidas, por exemplo, pela literatura, mas procuro adequar isso à realidade que eu tenho na instituição. Também uma outra coisa que eu utilizo é a comparação com outras instituições, a gente troca dados com os hospitais do Controle de Qualidade de Atendimento Médico-hospitalar (CQH) e com hospitais do Sistema Integrado de Padronização da Gestão Hospitalar (SIPAGE), que são conglomerados de hospitais que trocam dados, o SIPAGE são hospitais do Sul, os CQH são 80 ou 100 hospitais de São Paulo e que trocam dados sobre o dimensionamento. Acho que isso é um facilitador. Tenho o apoio dessa diretoria porque já trabalhei em outras instituições e posso dizer o tanto que isso é complicado. Basicamente porque aprendi um pouco a mostrar a questão das necessidades voltadas para a nossa realidade e não porque o livro tal está dizendo isso (E-1)”.

“Minha facilidade é que a diretoria está muito próxima de mim, tenho uma abertura muito grande. Quando vim para cá pensei que minha sala fosse lá dentro junto com a sala das enfermeiras, e não, a filosofia, porque nós éramos uma multinacional, a enfermeira integrada junto com a diretoria porque nada melhor de que a enfermeira para estar falando os problemas que acontece lá dentro. Então fica aqui na diretoria o diretor técnico, o administrativo, eu e mais o nosso gerente. Então somos nós 4, as reuniões sempre são feitas com 4 (E-5)”.

Ainda destacamos a necessidade da busca de informações por meio de intercâmbio com outras instituições para direcionar o dimensionamento, trocando experiências. Ao nosso ver, esse fato é um facilitador por fornecer elementos passíveis de comparação e que são baseados em experiências da prática profissional, enriquecendo a análise da estimativa de pessoal, sendo mais um dado para subsidiar as discussões sobre o tema. Também destacamos a importância da experiência profissional como fator de amadurecimento para embasar essa análise.

Chamou-nos a atenção o aparecimento da questão do espaço físico enquanto facilitador do dimensionamento, uma vez que aparece como demonstração de poder, o que, a princípio, nos sugeriu estar ligado à questão da tomada de decisão. Porém, o que apreendemos foi que a coordenadora de enfermagem continua tendo

restrições quanto à autonomia da contratação, necessitando exercer a negociação efetiva para conseguir um aumento em seu quadro de pessoal.

Há ainda relatos de muitos profissionais que têm a preocupação com a obtenção, manutenção e atualização de seus dados bem como seu armazenamento seguro, favorecendo o desenvolvimento do trabalho de forma ágil e segura, e, para isso, utilizam-se dos recursos oferecidos pela informática e, ao nosso ver, esse recurso pode e deve estar disponível na própria instituição. Com relação às considerações ora apresentadas, Gaidizinski (1998) discorre que os modelos de dimensionamento propostos, evidenciam a necessidade de utilização dos recursos da informática, com desenvolvimento de um programa computacional, permitindo à enfermeira dispor de informações, quantitativas, eficazes para um adequado planejamento do quadro de pessoal e conseqüente avaliação, agilizando o processo de tomada de decisão, com a economia de custos, tempo e energia. Ainda afirma que o computador na área da saúde é um instrumento indispensável como recurso de alta resolutividade e como meio integrativo dos processos de trabalho. Esse entendimento pode ser ilustrado nas manifestações a seguir.

“A informática acaba nos ajudando bastante. Quando a gente precisa de informações de 6 meses, de um ano, para fazer um estudo em cima do que você vem vivenciando, com dados mais concretos, a gente recorre à informática (E-4)”.

Há também dificuldades para realizar o dimensionamento. Dentre os problemas destacados estão a própria política de recursos humanos, que interfere significativamente em algumas diretrizes do serviço de enfermagem. Por sua vez, podemos constatar essa realidade por meio das expressões abaixo.

“Não encontro facilidades para dimensionar, o hospital passou a ser hospital-escola com o mesmo número de funcionários para atender a demanda crescente de pacientes cada vez mais graves. A administração não fala em contração. A chefia de enfermagem não tem um dimensionamento estipulado para o hospital pautado em referencial teórico (científico). A reforma (planta física), em alguns setores, melhorou o atendimento (cuidados) de enfermagem, mas não aumentou o quadro de recursos humanos. Setores fechados, no caso Unidade de Terapia Intensiva (UTI), foi autorizado contratação devido interesse da Instituição em credenciá-la como nível dois (E-2)”.

“Facilidades? Nenhuma. Mesmo que fizesse um demonstrativo baseado apenas na questão de horas, a nossa jornada de trabalho também é um fator complicador, você precisa de muita gente para cobertura. A questão de cobertura de folga e férias é o que mais compromete a questão do absenteísmo, não são as ausências não previstas, isso já está demonstrado. Então facilidades a gente não tem, até porque mesmo que consiga fazer um dimensionamento correto não tem a reposição dentro dessa proposta que você consegue estabelecer porque esbarra até num limite de contratação, no problema de quadro de pessoal do hospital. A contratação é autorizada por administração externa que fixa o número X de funções então não posso aumentar o número pré-estabelecido, mesmo que consiga identificar a necessidade de um número maior de enfermeiros, isso dependeria. Tem um trabalho político por trás. Precisa haver uma modificação do decreto da administração externa solicitando alteração da ampliação dessa função (E-3)”.

Tranquitelli (1999) salienta que o investimento nestes recursos gera custos com retorno a médio e longo prazos, que os envolvidos com a definição dessa política devem ter visão estratégica e prospectiva de modo a considerar o investimento na qualificação da força de trabalho como um retorno não imediato à organização.

As colocações apontadas nesta categoria nos remete a pensar que a enfermeira pode estabelecer e sugerir quantos funcionários vai precisar, solicitando a quantidade adequada/suficiente para realização dos cuidados de enfermagem a ser contratada, porém não é essa profissional quem de fato tem autonomia para decidir o seu provimento. A esse respeito, Magalhães *et al.* (1995) afirmam que existe restrição da autonomia do serviço de

enfermagem para decidir sobre o dimensionamento de seus recursos humanos, uma vez que esse faz parte do planejamento da assistência de enfermagem.

Uma vez que à enfermeira tem limitação quanto a decidir sobre a contratação, a responsabilidade legal a ela conferida, quanto ao nível de assistência prestado, torna-se fragilizada, pois a inadequação quantitativa no quadro de pessoal implica em sobrecarga de trabalho para a equipe e, conseqüentemente, expõe esses trabalhadores a cometer erros, podendo ocorrer prejuízos à saúde do cliente e trabalhador e comprometimento jurídico do profissional e da instituição.

Vem corroborar com esse nosso entendimento os estudos de vários autores, mais especificamente de Gaidzinski (1998), quando refere que as enfermeiras ético-politicamente capacitadas precisam explicitar as reais condições de assistência, compromissando os responsáveis pela aprovação do quadro de recursos humanos da enfermagem da organização, relacionado aos riscos a que os pacientes estão expostos quando não providos dos recursos necessários para a prestação dos cuidados seguros ao paciente, e de Laus (2003) quando afirma que a inadequação numérica e qualitativa desses recursos lesa a clientela no seu direito de assistência à saúde, livre de riscos, e que os enfermeiros precisam comprometer a administração responsável pelo provimento desse quadro de pessoal, de modo que a instituição seja responsabilizada legalmente pelas eventuais falhas ocorridas na assistência.

A restrição da autonomia frente ao dimensionamento aqui levantado é uma dificuldade para a enfermeira, e na categorização a seguir, trataremos dos desafios encontrados pelos sujeitos para dimensionar o pessoal de enfermagem.

5.2.6 DESAFIOS PARA REALIZAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO

Um dos objetivos deste estudo foi conhecer junto às coordenadoras quais as dificuldades que vêm enfrentando para a realização do dimensionamento. Esse questionamento surgiu do nosso entendimento acerca da individualidade e interesses diversos que coexistem no universo de cada instituição. Aspectos como a carga horária diária e mensal, classificação do hospital e número de leitos, características do paciente, fonte mantenedora, taxa de absenteísmo, rotatividade, filosofia do serviço de enfermagem podem tornar-se desafio na realização do cálculo, bem como a questão da autonomia da enfermeira frente às contratações.

Ressaltamos que esses desafios podem surgir não só das variáveis implicadas diretamente ao cálculo, mas que também sofrem influências sóciopolíticas, econômicas e culturais. Desta forma é possível identificar o que acabamos de mencionar, com a citação seguinte.

“Para mim o desafio do dimensionamento consiste na articulação política junto à administração externa. A carga horária reduzida dificulta a implementação de programas/projetos, uma vez que tem pouco enfermeiro com essa carga horária para administrá-los (E-3)”.

Observamos que nas manifestações acerca dos desafios do dimensionamento, há referência à questão do custo e ainda, às situações de instabilidade frente à previsão que se faz.

“É você estar conseguindo realmente acertar de acordo com a tua realidade. Muitas vezes você se engana, acha que porque uma

unidade trabalha com pacientes de longa permanência então era preciso mais pessoal de enfermagem e na verdade não era só isso que eu deveria levar em conta, eu deveria ter levado em conta outras coisas e daí erro no dimensionamento. O desafio é exatamente esse, conseguir uma fórmula de como chegar a um dimensionamento adequado. Segundo desafio é a questão dos custos, onde quarenta por cento da receita dos hospitais pelo menos dos privados, os públicos nem sei como estão, isso é ligada ao quadro de pessoal, então a gente tem um grande desafio que é a questão custo. É a questão de você muitas vezes não conseguir por falta de receita mesmo da instituição. Acho que isso é um grande desafio também. Primeiro é saber, é chegar a um dimensionamento adequado para tua instituição, não é fácil. As realidades são muito diferentes, tem coisas que são extremamente subjetivas na hora de você analisar um dimensionamento até da própria característica do teu cliente e tem toda uma questão de dificuldade financeira para você estar contratando (E-1)".

Percebemos que os desafios por ela citados estão em como chegar a um dimensionamento adequado, que retrate de fato a realidade da instituição devido a situações muito subjetivas a serem analisadas, e também o fator financeiro é uma preocupação constante no trabalho do enfermeiro, influenciando de forma significativa o direcionamento do processo do trabalho da enfermagem e, conseqüentemente, da qualidade do serviço prestado, à questão dos custos relacionados com a gestão de recursos humanos e dificuldades de gerenciamento financeiro.

Cabe ressaltar que os parâmetros que envolvem o dimensionamento são complexos, mas propiciam a sua utilização de acordo com cada realidade, sendo o seu estudo trabalhoso e o fator custo apresenta-se como variável significativa por possibilitar a contratação, o que em nossa realidade também é um desafio que se faz presente. No entanto, salientamos que esses desafios, em determinados momentos, podem até desanimar o enfermeiro, porém não devem servir de justificativa para a não tentativa.

Dentre os problemas enfrentados nas instituições de saúde, destacados na literatura por Gaidzinski (1998), que vem ilustrar os achados encontrados nos relatos

das coordenadoras destacam-se: má alocação dos recursos, desigualdade nas condições de acesso, ineficiência dos serviços e custos crescentes, afirmando que a busca por essa adequação dos recursos alocados na empresa hospitalar constitui-se num fator crucial para sua sobrevivência.

“Às vezes você vê a necessidade de estar aumentando esse quadro, só que também vê a condição existente no hospital. O SUS paga uma taxa terrível porque nós somos um hospital de nível secundário e então a tabela é mais baixa ainda. Aí o que eu vou exigir que aumente o meu quadro se o hospital não está dando conta de cobrir a folha de pagamento desse quadro que tem... a administração da Instituição, em relação à enfermagem, tem bastante consciência de que não dá para diminuir o quadro sem afetar a qualidade... Às vezes quando eles falam, ah mas não dá pra tirar? Não dá para não repor? Eu pego e coloco, olha gente eu posso até tentar, só que aí vocês não podem me cobrar qualidade, que com certeza vai ter reclamação, não adianta. Acho que tem tido um compromisso da administração de estar melhorando só que a gente tem consciência também de que a coisa não está fácil para melhorar de uma hora para outra... (E-2)”.

Chama-nos a atenção, ao abordar a questão dos desafios do dimensionamento, aspectos relacionados à negociação que vão além da apresentação de dados quantitativos, como a produtividade, estrutura organizacional, sistema de informação, bem como os custos. Também destacamos a importância do entendimento dos envolvidos nesse processo de estabelecer o número adequado de pessoal até a efetiva contratação quanto ao trabalho produzido pela enfermagem, constituindo um passo significativo na valoração da presença desses profissionais no serviço. A esse respeito, Laus (2003), ao realizar estudo de campo acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem, depreende, dentre outras considerações, que o provimento de pessoal transcende a dimensão técnico-científica, inserindo-se também na dimensão política do gerenciamento de recursos humanos, que requer capacidade de articulação,

sensibilização, coalizões e negociação de projetos, mesmo quando se está embasado cientificamente. Concordamos com essa autora, quando nos faz refletir sobre a necessidade do enfermeiro desenvolver habilidades gerenciais e promover continuamente sua capacitação na área. As manifestações abaixo também refletem esses desafios.

“Os desafios de dimensionamento estão na demora para obtenção de informações e elaboração de um projeto que embase o dimensionamento, a falta de noção e sensibilidade acerca da profissão enfermagem por parte de quem aprova a contratação, pois prioriza (direciona) a tomada de decisão baseada nos encargos financeiros e também o custo na contratação de recursos humanos (E-4)”.

“A gente tem procurado dar um caráter menos empírico na hora que você faz essa discussão. É muito difícil você sensibilizar profissionais, principalmente quem não tem a vivência do cotidiano do paciente. Você sensibiliza para determinadas coisas, principalmente para você dar um cuidado para ele da maneira como você gostaria de ser cuidado... O dia que nós conseguirmos fazer isso com todo o nosso pessoal a gente tem uma cara da enfermagem diferente. E não é só uma questão de quantitativo para poder fazer isso (E-3)”.

Além do aspecto de esclarecimento do profissional que contrata e da necessidade de um serviço de enfermagem com um quantitativo adequado para garantir eficiência e eficácia ao cuidado prestado, o enfermeiro preocupa-se com o âmbito legal que envolve o processo de trabalho na área. Espera-se que um dimensionamento adequado seja capaz de garantir o atendimento das necessidades humanas básicas, desde o paciente auto-suficiente até o gravemente enfermo, sendo atendido prontamente.

Um outro desafio que emerge como um aspecto forte à questão de reposição de vagas. Ao nosso ver, o estabelecimento do quantitativo de pessoal para o setor requer um diagnóstico situacional que, dentre outros aspectos, aborda a filosofia do serviço de enfermagem e, conseqüentemente, as características do processo de trabalho, uma vez que

a reposição não acompanhada por análise criteriosa pode comprometer a assistência de enfermagem e ser um fator contribuinte para manutenção do *status quo*.

“ Aqui, hoje, só trabalho com reposição. Não trabalho com aumento de quadro. Reposição é automática, saiu o funcionário, já preencho a ficha, no mesmo dia a administradora assina e já passo para os recursos humanos para estar entrando no processo de seleção. O que, às vezes, é difícil são esses aumentos de quadro, que nem estou vendo que no segundo andar eu precisaria ter mais um, só que tem umas coisas assim, se tem que ter a hora de você estar solicitando (E-2)”.

Esses relatos reforçam nosso pensamento de que o dimensionamento depende não só do saber específico de enfermagem como profissão, havendo necessidade do enfermeiro estar, adequadamente, informado sobre os rumos da política do país e, em especial, da política de saúde. Ao nosso ver, esses conhecimentos favorecem o enfermeiro na articulação do plano de estimativa de pessoal por ele elaborado e sua negociação com a diretoria.

Corroboramos com Campedelli (1987) quando diz que a preocupação com a qualidade de assistência requer da enfermeira conhecimento específico, habilidade na sua condução e segurança na justificativa de suas propostas.

5.2.7 A RESPONSABILIDADE PELO DIMENSIONAMENTO

O Conselho Regional de Enfermagem (COREN), em 1996, estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde. Nessa resolução considera que compete ao enfermeiro

estabelecê-los (BRASIL, 1997). Sendo esse um órgão fiscalizador da prática profissional, fornece ao enfermeiro subsídio teórico para operacionalizar a estimativa para que possa garantir o mínimo de funcionários para exercer a profissão nesses serviços. A normatização respalda o enfermeiro para argumentar a respeito desse quantitativo juntamente com seus pares e outros profissionais da equipe multidisciplinar, incluindo a diretoria.

Quanto à responsabilidade pelo dimensionamento do pessoal de enfermagem, apreendemos, das manifestações, que ele é de competência do profissional enfermeiro, primeiramente das coordenadoras, com envolvimento gradativo dos enfermeiros assistenciais, chefes e supervisores.

“Quem define sou eu, a diretoria de enfermagem... Nós somos uma diretoria. Vou falar que precisa de 10 auxiliares e ouço que vamos tentar com 09, esse tipo de coisa, mais na verdade quem dá o primeiro número sou eu. Faço o levantamento e quando eu vou definir essa unidade vou buscar lá na literatura, quantos cuidados, quantas horas de enfermagem. Aí aplico a fórmula e vou lá conversar com a enfermeira daquela unidade, vamos ver como é que vai ser, que tipo de doente. E daí levo o dimensionamento numa reunião de diretoria (E-1)”.

“Eu acho que é da coordenadora de enfermagem, no caso sou eu que tenho feito isso, é lógico, junto com o enfermeiro chefe ou enfermeiro coordenador do setor. Ele vem, passa e aí levamos à administração que no caso autoriza ou não (E-2)”.

“É da diretora de enfermagem. Até então era da diretora e da assistente de diretora. Logicamente a discussão vinha sempre por parte da diretora da unidade. Esta vinha e dizia que entendia que a necessidade para aquela área era tanto. Era feita uma discussão com a diretora de divisão, com a assistente responsável pela área de recursos humanos, inicialmente era da diretora da área, sempre referendada pela diretora para depois fazer o encaminhamento ao nível da administração. Isso nós estamos mantendo aqui, nós estamos reformulando nossa estrutura. Estou sem assistente por enquanto. Nesse momento está sendo entre a diretora da unidade e eu (E-3)”.

“Na área operacional, que é a minha área, enfermagem, nutrição e lavanderia sou eu, lógico que compartilhando a responsabilidade com o gerente administrativo e diretor clínico. Na área administrativa, basicamente é assim, nunca vem, por exemplo, um diretor falando que tem muita ou pouca gente em tal lugar, sempre sou eu que percebo isso, detecto, levo proposta. É uma coisa assim de trabalho em equipe mas a gente é quem encaminha as reivindicações. As enfermeiras trazem mais essa questão do dimensionamento pela necessidade, muito mais pela carência do que pelo interesse em dimensionar. Acaba tendo esse envolvimento sim, mas não com esse enfoque teórico, bem no dia-a-dia, bem prático mesmo (E-4)”.

Essas informações nos remetem para o fato de que os enfermeiros estão atentos quanto à sua responsabilidade legal frente às normatizações da legislação que rege a enfermagem e tem se aproximado dessas questões.

Uma situação isolada foi a fala de uma diretora que assumiu inteiramente essa responsabilidade, assim expressada:

“É somente minha (E-5)”.

Diante do exposto nessa categorização, fica evidente o aspecto de internalização dessa atividade pelo enfermeiro, profissional este que detém o conhecimento do processo de trabalho da enfermagem e que, ao nosso ver, é de fato quem deve responder legalmente por essa assistência.

5.2.8 OUTRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA

Ao introduzirmos esta questão ao roteiro de entrevistas, buscamos possibilitar à entrevistada expressar tópicos sobre o dimensionamento que não tivessem sido abordados ainda e que entendesse como importante e necessários para discussão.

São feitas alusões e reforçadas as características de cada instituição como individualização do método de dimensionamento, abordando as questões dos custos, mercado de trabalho, objetivo da enfermagem e das atribuições do enfermeiro ou pessoal de enfermagem. Chama-nos a atenção para a necessidade do envolvimento do profissional com a instituição como elemento chave para a elaboração do dimensionamento de recursos humanos de enfermagem.

“Hoje, o dimensionamento está muito ligado às características de cada serviço, isso é muito importante. Você pode até fazer *marketing*, analisar outras instituições, mas tem que olhar muito para dentro da sua instituição para conseguir fazer um dimensionamento adequado. Se você só se espelha porque o Einsten tem não sei quantos enfermeiros por leito, você não olha bem para sua instituição, você não consegue. Não estou falando só de custo não, de necessidade mesmo, método de trabalho, objetivo da enfermagem, de atribuições de enfermeiro ou do pessoal de enfermagem dentro da instituição. Na verdade a pessoa tem que estar muito ligada à instituição, individualização mesmo daquela instituição, das necessidades daquela enfermagem na hora de determinar o dimensionamento de pessoal e analisar isso (E-1)”.

Acreditamos que essas reflexões devam ser feitas como processo inicial da previsão de pessoal, traçando diretrizes para execução do planejamento do dimensionamento mais próximo à realidade vivenciada.

Ainda essa questão de dedicação/envolvimento com a instituição nos permitiu apreender que apesar da estimativa de pessoal trazer a idéia de quantidade, de cálculo matemático, aspectos relacionados à forma como se dá o trabalho na enfermagem influenciam significativamente a análise da coordenadora, impossibilitando dissociação

do aspecto qualitativo, existindo preocupação em atender as necessidades do cliente. Entendemos que essa constatação reforça o pensamento de finalidade do dimensionamento.

“Também entender como é que insere o pessoal na atividade, como é que distribui a atividade dentro desse contexto de cuidado de vinte e quatro horas, se a gente se organiza de maneira a não fazer coisas como repetitivas, você modifica também a tendência que a gente tem de coisas, isso, é do plantão da manhã ou do plantão da noite. Os cuidados estão aí o tempo todo, porque não pulverizar. E isso é uma discussão que estou começando a fazer no hospital, alguns lugares já têm sido trabalhados as questões dos banhos dos pacientes no horário noturno, posso te falar o CTI adulto e pediátrico já estão fazendo isso, tipo início do plantão noturno e a experiência tem sido maravilhosa, o paciente dorme, tem um sono tranquilo assim pelo menos até três, quatro horas da manhã (E-3)”.

É esperado que, como resultado desse envolvimento, ocorra nova maneira de conceber o trabalho da enfermagem, um “reolhar” sua prática, para as normas e rotinas muitas vezes rigidamente concebidas e que reproduzem uma assistência desprovida de reflexão. Nesse sentido, concordamos com a consideração de Peduzzi et al. (2002, p.393) quando dizem que “o objeto de trabalho é o aspecto específico, recortado da realidade sobre o qual incide a atividade do trabalho, não existe enquanto objeto de intervenção em si, mas é recortado por um “olhar” que contém um projeto, uma finalidade.” Isso nos faz refletir acerca da possibilidade de mudanças na concepção do trabalho da enfermagem, onde acreditamos que essa possa ocorrer com um enfoque de gestão flexível.

Quando pensamos em transformação um ponto que merece ser enfatizado é a questão da formação do enfermeiro.

“É uma questão que agora está um pouco na linha de discussão, que a gente tem se atentado. Nunca pretendi trabalhar com isso, não era meu

foco de atenção, e quando comecei a estudar sobre isso, vi que mundo é esse que a gente tem tão pouco domínio. Quando a gente fala que o enfermeiro precisa se instrumentalizar para poder fazer uma discussão sobre essa necessidade de pessoal de uma forma incisiva, consistente, não é uma coisa fácil e a gente tem que criar mecanismos para que cada unidade seja capaz de dizer quanto precisa, baseada não no que eu acho, mas no tipo de paciente, tempo que permanece ali. A minha experiência com relação a dimensionamento é de que nós temos que ensinar os nossos enfermeiros a fazerem, a olharem isso de uma forma muito mais séria, não simplesmente achar que é uma questão de dois mais dois e então fazer o cálculo de pessoal, não é só soma (E-3)".

"Quando me formei, éramos muito mal preparados para enfrentar isso. Diziam que até era melhor a formação, mas a gente não tinha preparo nenhum para elaborar uma escala, distribuir uma escala. Tinha a teoria, que todo mundo tem, tinha que estudar as fórmulas para fazer na prova, tudo direitinho, mas na prática sai muito despreparada para o campo e nessa área, em especial, tive que aprender sozinha, tudo que tentei fazer baseado em algum modelo foi buscando em bibliografia, tentando. Não dá certo? Vamos tentando de outra maneira. A gente acaba aprendendo deste modo, pela vivência mesmo, agora posso dizer que estou quase chegando perto, nestes vinte e dois anos de profissão. Hoje é muito fácil entender o dimensionamento. Lógico que vou precisar de todas as informações. Não existe uma referência que assegure que buscando ali vá ter um quadro bem dimensionado (E-4)".

Na grade curricular do curso de graduação há a disciplina administração aplicada à enfermagem e um dos assuntos estudados reporta-se ao dimensionamento de recursos humanos nessa área. Acreditamos ser o primeiro contato, já na graduação, com a temática e da nossa experiência pessoal e profissional, podemos dizer que é de difícil compreensão para aquele que ainda não está inserido no mercado de trabalho, porém, a aproximação com o tema permite a sua reflexão e apresenta referencial teórico a ser vislumbrado em oportunidade futura. A prática profissional e o tempo de experiência são fatores a serem considerados quando se pensa em cálculo de pessoal.

Nesse aspecto, a experiência profissional vem contribuir com a capacitação do enfermeiro em suas habilidades teórico-práticas e, em especial, no desenvolvimento das habilidades administrativas, pois é por meio delas que se possibilita a

operacionalização das ações, visando gestão mais flexível. Relembramos que o dimensionamento é um conhecimento que se desenvolve na função administrativa do enfermeiro, por isso concordamos que devam usufruir do conhecimento dos mais experientes com vistas a enriquecer a sua prática.

Retomando a questão da estimativa de pessoal como processo inicial de provisão de pessoal e sendo de competência administrativa e legal da enfermeira, remete-nos a pensar no processo que ocorre para contratação, que passa desde o diagnóstico situacional ao cálculo propriamente dito, até à efetiva contratação.

Uma diretora ao tecer considerações acerca do dimensionamento reportou-se à questão do provimento de pessoal, discutindo questões de recrutamento e seleção, reportando à formação enquanto qualidade do ensino que afeta a qualificação da mão-de-obra.

“Encontrei pouco funcionário comprometido em Ribeirão Preto. O funcionário de cidade maior está mais voltado para os direitos dele, faz questão daqueles quinze minutos contados do café, não quer saber se o cliente está morrendo ali, se todo urinado, se tem que tomar banho, ele vai e não posso falar nada. Está faltando mais humanidade nas pessoas, trabalhar por prazer, não só pelo dinheiro. Sai daqui e vai direto para outro emprego ou vem de outro serviço para cá, estando cansado ou aqui ou lá. É a vida do dia-a-dia, faz com que a gente faça essas coisas. Mas a gente pode contar com muita gente também, não posso generalizar. Quando vou contratar, os próprios colegas já indicam: tenho certeza que você vai gostar dele, não finge que faz; porque aquele que finge que faz é o pior de todos, subo lá finge que está fazendo, saio, ele some (E-5)”.

Depreendemos, ainda, situações que caracterizam o trabalho da enfermagem como: a má remuneração, jornada dupla, sobrecarga de trabalho e que constituem fatores intervenientes na qualidade de vida da qual, ao nosso ver, está inserida a qualidade de vida no trabalho. Por sua vez, Campedelli (1987) afirma que a qualidade

da assistência que se pretende prestar é diretamente dependente da qualificação profissional e ocupacional dos funcionários.

Ao realizarmos a análise das considerações acerca do dimensionamento de pessoal, surpreendeu-nos que as discussões giraram em torno dos múltiplos elementos que caracterizam o gerenciamento e, conseqüentemente, a organização do serviço de enfermagem, dando a entender que a estimativa de recursos humanos tem relação com a organização de serviço.

Na busca de melhoria da assistência, alguns administradores procuram promover condições de trabalho satisfatórias por meio de reforma, atuando no recurso físico disponível. A preocupação com a hotelaria hospitalar faz-se necessária e importante na busca de qualidade no atendimento de saúde ao paciente e favorece o bom andamento do trabalho.

“A reforma (planta física), em alguns setores, melhorou o atendimento (cuidados) de enfermagem, mas não aumentou o quadro de recursos humanos (E-2)”.

Essa situação preocupa-nos uma vez que observamos da nossa experiência profissional e pessoal que, às vezes, essas medidas se constituem em atos paliativos que não visam mexer na essência da prestação dos cuidados e, ao nosso ver, o indivíduo fragilizado por seu estado de saúde necessita também de aspectos voltados à humanização da assistência e, para isso; o componente de relacionamento interpessoal cabe às pessoas envolvidas no seu atendimento.

“Passo visita e, às vezes, o paciente reclama para mim, ah mais hoje não tinha nem enfermeiro para vir aqui, apertei a campainha. Vou

cobrar deles: mas não dá, a gente está em dois aqui no posto e estou na medicação, o outro nos cuidados, ele está dentro do quarto (E-5)”.

“... Acho que envolve não só um problema da enfermagem, o cuidado do paciente aqui dentro não é só problema da enfermagem, do médico que atende, o médico também tem uma intervenção extremamente pontual, ele vai lá ele olha faz a consulta prescreve e até logo, fica por conta do plantonista que muitas vezes nem sabe quem é esse paciente, vai lá para intervir por conta de uma febre, por conta de uma náusea/vômito, uma alteração de PA, mas ele também não tem a dimensão desse paciente na totalidade quem dá essa informação é a enfermagem (E-3)”.

Em relação à humanização da assistência, Novaes; Bork e knobel (2002), desenvolvendo considerações acerca desse tema em unidade de terapia intensiva (UTI), apresentam como aspectos a serem considerados o cuidado do paciente e familiar, atenção ao profissional de saúde e o ambiente físico. Ainda, frente a essa situação, Lerch (1983) considera que essa não pode ser confundida com a simples adoção de medidas com finalidade específica de resolver problemas específicos de administração hospitalar. Concordamos com as colocações e as estendemos para os demais setores do hospital. Acreditamos que essa é uma concepção de assistência a ser incorporada por todos os profissionais de saúde e, em especial, pela equipe de enfermagem. A questão da humanização implica em entender o ser humano também por um enfoque espiritual. Assim, corroboramos que a humanização é uma abordagem na assistência que também requer pensar em quantitativo de pessoal.

Apreendemos das colocações das coordenadoras de enfermagem que os fatores que intervêm na organização do serviço de saúde perpassam pelo dimensionamento de pessoal, a lotação desse, o conhecimento do funcionamento da instituição, bem como pelo domínio de mudanças previstas que possam ocorrer nesse

serviço, dando a entender que o enfermeiro às vezes se perde frente aos problemas enfrentados em seu cotidiano.

Frente ao exposto até o momento, inferimos que os parâmetros do dimensionamento dos recursos na enfermagem são de fato dinâmicos e complexos e que além de nortear a previsão e provisão da pessoal, repercutem na realidade vivenciada pela própria instituição como tipo de tecnologia, modelo de gestão, relacionamento interpessoal. Assim, faz-se necessário que o enfermeiro, ao realizar essa estimativa, reflita sobre os aspectos intervenientes na prática, procurando embasar-se na sua realidade e na literatura existente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo originou-se a partir da necessidade de analisar como tem se dado o dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto-SP.

Encontramos que as gerentes responsáveis pelo dimensionamento dos recursos humanos da enfermagem são todas do sexo feminino, coordenadoras do serviço e têm experiência anterior de trabalho na área de ensino, pesquisa, assistência e/ou administração. Quanto à questão da formação, observamos a tendência à procura de pós-graduação, seja *stritu* e/ou *latu sensu*, caracterizando preocupação e busca por conhecimentos científicos mais aprofundados e que vêm enriquecer a prática profissional.

Constatamos que as entrevistadas conseguem ter um conceito geral acerca do dimensionamento, porém não utilizam um referencial teórico voltado diretamente ao cálculo de pessoal, às vezes buscando essa informação na normatização do COREN, sobre o assunto. A pesquisa nos permite definir o dimensionamento dos recursos humanos na enfermagem como a previsão do número de pessoal por categoria de enfermagem suficiente para desempenhar as atividades da profissão, conforme a necessidade do cliente. Essa definição vem ao encontro daquelas evidenciadas na literatura.

Quanto à finalidade dessa estimativa, além da previsão dos profissionais, para as coordenadoras, tem-se a garantia da operacionalização do trabalho da enfermagem; atender a expectativa do cliente com relação às suas necessidades; prover os setores de pessoal da área, garantir a distribuição destes na escala de funcionários.

Encontramos que a utilização do dimensionamento ocorre como justificativa para aumentar o quadro por meio de contratação. Ainda é usado para ajustar o número de funcionários para estabelecer rotina de trabalho, de acordo com esse quantitativo. As coordenadoras que enfatizam não utilizá-lo expressam preocupação com a distribuição de escala mensal, diária e de férias.

Em relação aos parâmetros do dimensionamento, ficaram evidenciados média de permanência, características da unidade, taxa de ocupação de leitos, modelo de assistência de enfermagem, tipo de clientela, tipo de convênio, composição da equipe de enfermagem e do setor, horas trabalhadas por dia e por mês, taxa de absenteísmo e Sistema de Classificação de Pacientes. As coordenadoras têm buscado soluções dinâmicas, operacionais, práticas e rápidas para a manutenção do equilíbrio do quadro de pessoal, porém não realizam o dimensionamento conforme preconizado na literatura, podendo comprometer a sustentação de forma mais efetiva do processo de gerenciamento de recursos humanos.

Quanto às facilidades do dimensionamento cabe destacar a importância dada pelas coordenadoras de enfermagem, sujeitos do estudo, ao relacionamento com a diretoria da instituição devido à política de recursos humanos, que, ao nosso ver, é um fator motivador para que elas realizem a estimativa de pessoal, bem como maior envolvimento das demais enfermeiras devido à perspectiva relacionada à melhoria da qualidade de assistência atribuída, parcialmente, ao número de pessoal de Enfermagem que compõe o quadro de funcionários da instituição. Como desafios foram citados a própria política de recursos humanos, que interfere significativamente em algumas diretrizes do serviço de enfermagem e o baixo poder na tomada de decisão da

enfermeira sobre a contratação, uma vez que a responsabilidade legal a ela conferida quanto ao nível de assistência prestado, torna-se fragilizada.

Ainda, frente aos desafios da estimativa de pessoal, encontramos a própria compreensão de parâmetros voltados diretamente para o dimensionamento, destacando-se questões acerca de custos relacionados com a gestão de recursos humanos e dificuldades de gerenciamento financeiro da instituição. Há aqueles ligados ao cálculo propriamente dito, compreensão do processo de trabalho de enfermagem por parte de quem contrata, rotatividade. O aspecto legal inerente à profissão também foi abordado. Ressaltamos que todos esses fatos constituem desafios para previsão e provisão de pessoal de enfermagem.

No que tange à responsabilidade pelo dimensionamento dos recursos humanos de enfermagem, constatamos entendimento e consenso entre as coordenadoras de enfermagem, do papel delas nessa atividade administrativa, uma vez que o atribuíram para si, que ocupam cargo hierárquico mais elevado da nossa profissão. Isso nos reporta ao aspecto privativo dessa atividade do enfermeiro.

Outro ponto que merece atenção, quanto ao fato de todas as coordenadoras ocuparem esse cargo, é o aspecto administrativo hierárquico conferido ao dimensionamento, existindo um gradativo despertar e envolvimento dos demais enfermeiros.

Para viabilizar os aspectos descritos, de acordo com os dados encontrados, os enfermeiros devem dotar-se de instrumentos administrativos coerentes às exigências da filosofia da instituição que influenciam significativamente o modelo de gestão do serviço de enfermagem, buscando, por meio do desenvolvimento de habilidades gerenciais e estudos científicos, apresentarem para a diretoria do hospital uma proposta de dimensionamento de pessoal que

contemple a eficácia, eficiência e economicidade na organização desse serviço. Enfatizamos a posição de articulador de ações da enfermagem ocupada pelo enfermeiro devido às atribuições conferidas a esse profissional pela própria característica do processo de trabalho inerente à profissão.

Este estudo nos permite afirmar que o enfermeiro apresenta limitações quanto a sua instrumentalização do dimensionamento de pessoal de enfermagem, sabe das suas necessidades, porém não tem conseguido aplicar e desenvolver esse instrumental que lhe permita adequar o seu quantitativo de recursos humanos. Apreendemos que esse profissional tem relacionamento direto com a diretoria, porém tem baixo poder de decisão para contratação.

Salientamos que o processo de trabalho na enfermagem é dinâmico, sofre interferências de fatores externos e internos, fazendo com que as situações descritas possam ter sofrido alterações da data da coleta até o presente momento. Lembramos, ainda, que por este ser um estudo exploratório, não permite conclusão.

Por sua vez, o desenvolvimento desta investigação nos proporcionou adquirir e ampliar novos conhecimentos acerca desta temática, minimizando as inquietações apresentadas no início do estudo referentes à organização do trabalho frente ao quantitativo de pessoal existente no serviço, onde pudemos apreender que são situações da prática compartilhadas por profissionais enfermeiros em diferentes espaços hospitalares e que podem, e devem, ser trabalhadas.

Esperamos contribuir para que os enfermeiros ampliem discussões sobre o dimensionamento de recursos humanos de enfermagem, utilizando-se desse conhecimento para enriquecimento de sua prática, levando-os à possibilidade de previsão de pessoal condizente à sua realidade.

9.BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

MALERBO; MARIA BERNADETE; NILZA TERESA ROTTER PELÁ Apresentação escrita de trabalhos científicos. Ribeirão Preto: **Holos**, 2003, 110p.

UNIVERSIDADE DE SÃO DE PAULO. SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS. GRUPO DiTESES. **Diretrizes para apresentação de teses e dissertações da USP:** documento eletrônico e impresso. FUNARO,V.M.B.O, coord. [et.al]. São Paulo: SIBI/USP, 2003, 100p.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, N.R.C. **Sistema de classificação de pacientes (SCP): aplicação do instrumento de Perroca (2000) em hospital geral.** 2002. 92f. Dissertação Mestrado-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ALVES, S.M. et al. **Enfermagem:** contribuição para um cálculo de recursos humanos na área. Rio de Janeiro, Coordenadoria de Comunicação Social do INAMPS, 1988.

AMORIM, C.V.T. et al. Dimensionamento quantitativo e qualitativo dos recursos humanos da unidade Feminina do Hospital Universitário Regional do Paraná. **Rev. Divulgação**, n.15, p.38-42, 1996.

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

ANTUNES, A.V.; COSTA, M.N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev.Latino-am Enfermagem**, v.11, n.6, p.832-9, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, Ltda. 1977. 225p.

BITTAR, O.J.N.V. **Hospital:** qualidade e produtividade. São Paulo. SARVIER, 1996. 137p.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Características da investigação qualitativa. In: Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto. **Porto Editora**, p.47-51, 1994.

BRASIL. Leis etc. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.** In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Documentos Básicos de Enfermagem. Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo, 1997. p.36-41. (a)

BRASIL. Leis etc. Decreto nº 94.406/97 de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.** In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Documentos Básicos de Enfermagem. Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo, 1997. p. 43-50. (b)

CAMPEDELLI, M.C. et al. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.21, n.1, p.3-15, 1987.

CAMPOS, L. de F.; MISHIMA, S.M. Recursos humanos em enfermagem: análise da produção teórica-1984 a 1994, 1996. 18p. */mimeografado/*

CASSIANI, S.H. de B. **A coleta de dados na pesquisa em Enfermagem.** Estratégias, validade e confiabilidade. 1987. 156f. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. Metodologia científica. 5ª edição. **Prentice Hall**, 2002, p.242.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM Resolução COFEn-185. **Dispõe sobre a Autorização para a execução de tarefas elementares de Enfermagem pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei e estabelece critérios para esta finalidade.** In: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Documentos básicos de enfermagem. Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo, 1997. p.170-172.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM Resolução COFEn-186. **Dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de Enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei.** In: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Documentos básicos de enfermagem. Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo, 1997. p.173-174.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM Resolução COFEn-189. **Estabelece parâmetros para Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde.** In: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Documentos básicos de enfermagem. Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo, 1997. p.177-184.

DAL BEN, L.W. **Instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial.** 2000. 91f. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FUGULIN, F.M.T. et al. Implantação do Sistema de Classificação de Pacientes na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista Med. HU-USP**, v.4, n.1/2, p.63-68, 1994.

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

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

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento do pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, p.91-94, 1991.

GAIDZINSKI, R.R. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática.** 1994. 258f. Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GAIDZINSKI, R.R. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem em instituições hospitalares.** 1998. 118f. Tese de Livre-docência-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

KURCGANT, P. et al. Subsídios para 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 da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP**. 212f. 2003. Ribeirão Preto. Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LERCH, E. Humanização no hospital. **Enfoque**. v.11, n.1, 1983, p.7-11.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: _____ **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Guanabara Koogan, 2001. p.186-199.

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

MAGALHÃES, A.M.M. et al. Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.16, n.1/2, p.5-16, 1995.

MATTIA, A.L. de **Dimensionamento do pessoal de enfermagem em centro cirúrgico**. 1998. 92f. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NOVAES, M. A.F.P; BORK, A.M.G.T.; KNOBEL, E. **Humanização dos centros de terapia intensiva**. 10p. 1997 /mimeografado/

NUNES, B **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade na UTI: TISS-28 Therapeutic Intervention Scoring System**. 2000. 91f. Dissertação Mestrado-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PERROCA, M.G. **Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento**. 1996. 99f. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.32, n.2, p.153-68, 1998.

RIBEIRO, C.M. **Sistema de classificação de pacientes como subsídio para provimento de pessoal de enfermagem**. São Paulo, 1972. 98f. Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

RODRIGUES FILHO, J. Sistema de classificação de pacientes-Parte I: dimensionamento de pessoal de Enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.26, n.3, p.395-404, 1992.

SANTOS, S.R. dos Cálculo de pessoal de enfermagem: estudo de dois métodos. **Rev. Esc.Enfermagem USP**, São Paulo, v.26, n.2, p.137-54, 1992.

SANTOS, S.R. dos Cálculo de pessoal de enfermagem: estudo exploratório. **Ciência Cultura e Saúde**, v.12, p.33-39, jan.1990/junho1993.

TRANQUITELLI, A.M. **Estudo prospectivo para determinação do número de horas de cuidados diretos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva geral**.1999. 85f. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Uol. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 2004.

7. Anexos

ANEXO A – Solicitação de autorização para realização do estudo no hospital

Ribeirão Preto, 03 de dezembro de 2002

Ilmo (a) Sr.(a)

Diretor(a)
Hospital

Prezado (a) Sr.(a),

enquanto aluna regularmente matriculada no Programa de Mestrado – Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo vimos, por meio deste solicitar a Vossa Senhoria autorização para desenvolver, junto a esta instituição, nosso projeto de pesquisa intitulado “Critérios de dimensionamento de pessoal de enfermagem utilizados nos hospitais de Ribeirão Preto-SP”, cujos objetivos são: conceituar dimensionamento de pessoal de enfermagem segundo o entendimento dos profissionais que o realizam, conhecer os critérios que têm sido utilizados para o dimensionamento de pessoal de enfermagem e identificar quais as facilidades e dificuldades que têm tido para adequar o quantitativo de pessoal.

O período selecionado para coleta de dados é de maio de 2003. Será realizado agendamento para aplicação do questionário, contendo questões fechadas e abertas, acerca da temática pesquisada. A partir das informações obtidas será realizada a análise do conteúdo.

Com este estudo pretendemos fornecer aos responsáveis pelo dimensionamento de pessoal de enfermagem da rede hospitalar subsídios para a previsão de recursos humanos em enfermagem, tendo por parâmetro a realidade apreendida das respostas dos questionários. Neste sentido, esperamos contar com sua colaboração e apoio para o desenvolvimento da pesquisa.

Certa de contar com sua atenção, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

LUCIANA DE FREITAS CAMPOS
PESQUISADORA

ANEXO B – Roteiro para entrevista**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

Data: _____ Início da entrevista: _____ Término da entrevista: _____

A. Identificação do respondente

- 1) Idade: _____ 2) Sexo: () Masculino () Feminino
- 3) Formação profissional
() Graduação _____	Ano de conclusão _____
() Residência _____	Ano de conclusão _____
() Especialização _____	Ano de conclusão _____
() Mestrado _____	Ano de conclusão _____
() Doutorado _____	Ano de conclusão _____
(....) Outros _____	Ano de conclusão _____
- 4) Tempo de trabalho nesta instituição (anos) _____
- 5) Função exercida atualmente _____
- 6) Tempo na função atual (anos) _____
- 7) Jornada de trabalho _____ nº de horas (semanal e/ou diária) _____
- 8) Experiência anterior de trabalho () sim () não
- Local _____ Tempo de trabalho _____
- Função exercida _____

B. Características da instituição

- 1) () Pública () Privada
- 2) Nº total de leitos _____
- 3) Nº total de enfermeiros _____
- 4) Nº total de técnicos de enfermagem _____
- 5) Nº total de auxiliares de enfermagem _____
- 6) Há atendentes de enfermagem atuando nesta instituição?
- () sim () não Quantos? _____

C. Questões acerca do dimensionamento

1. O que você entende por dimensionamento de pessoal de enfermagem?
2. Para qual finalidade você utiliza o dimensionamento de pessoal de enfermagem?
3. Em sua prática você se utiliza do dimensionamento de pessoal? De que maneira?
4. O que você deve levar em consideração para calcular o quadro de pessoal? Explique.
5. Quais as facilidades que você têm tido para dimensionar o pessoal de enfermagem?
6. Qual tem sido os desafios na realização do dimensionamento de pessoal?
7. Nesta Instituição quem tem a responsabilidade pelo dimensionamento de pessoal de enfermagem?
8. Outras considerações sobre o tema

Muito obrigada pela colaboração.

Luciana de Freitas Campos
Pesquisadora

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da pesquisa: “Parâmetros do dimensionamento de pessoal de enfermagem utilizados nos hospitais do município de Ribeirão Preto-SP”.

Pesquisador responsável: Luciana de Freitas Campos.

Descrição do esclarecimento acerca da pesquisa ao participante: sou aluna de pós-graduação, nível mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, sob orientação da Profª Drª Marcia Regina Antonietto da Costa Melo e estou realizando uma pesquisa acerca do dimensionamento de recursos humanos em Enfermagem, cujos objetivos são: *analisar como tem se dado o dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto, conceituar dimensionamento de pessoal de enfermagem, segundo o entendimento dos profissionais que o realiza, conhecer os parâmetros que têm sido utilizados para o dimensionamento de pessoal de enfermagem, identificar quais facilidades e os desafios que os enfermeiros têm tido para dimensionar o pessoal de enfermagem.* Assim, este estudo busca subsídios, a partir da realidade encontrada e confrontada com a literatura, que permitam discutir os parâmetros de dimensionamento de pessoal de enfermagem, utilizados no cotidiano dos hospitais do município de Ribeirão Preto-SP, e que possam contribuir com os enfermeiros no gerenciamento destes recursos humanos. Será realizada uma entrevista com o auxílio de gravador.

Eu, _____,

RG _____, abaixo-assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados,

- ✓ a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionamentos com a pesquisa;
- ✓ a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu trabalho;
- ✓ a segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com minha privacidade,
- ✓ que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Concordo em participar.

Ribeirão Preto, de _____ de 2003

Assinatura do participante

Luciana de Freitas Campos
Pesquisadora