mt 381

P

MARLENE TRIGO

DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DOS SERVIÇOS DE
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA DE HOSPITAIS GERAIS NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à
Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo,
Departamento de Nutrição,
para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.

Orientador:

Prof. Dr. Maria José Roncada

São Paulo
1985

DEDICATÓRIA

À minha mãe

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a inestimável colaboração prestada por todos, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Especialmente expressamos nossos agradecimentos aos professores:

Prof. Dr. Maria José Roncada

Prof. Dr. Sophia Cornbluth Szarfarc

Prof. Dr. Donald Wilson

RESUMO

Visando preencher lacuna sobre informações referentes ao pessoal necessário aos Serviços de Nutrição e Dietética (SND) de hospitais nacionais, propusemo-nos a realizar este trabalho, onde estudamos o dimensionamento de pessoal em SND de 49 hospitais gerais de grande porte e de capacidade extra (hospitais com mais de 150 leitos), localizados no Município de São Paulo. Para isso, valemo-nos de indicadores específicos que utilizam a produtividade do serviço como um dos elementos fundamentais para determinar o número de funcionários necessários ao SND. Os resultados do Indicador de Pessoal Total (I.P.T.) foram estudados por meio de um índice de adequação, cujos valores foram classificados em quatro níveis: "deficiente" ($\leq 50\%$); "baixo" (51 a 89%); "adequado" (90 a 110%) e "excessivo" ($> 110\%$). Estabelecemos comparações entre os SND dos hospitais estudados, segundo o nível de adequação, o número de leitos e a finalidade da entidade mantenedora, verificando também a influência de alguns fatores intervenientes. Dentre as conclusões finais, destacamos que cerca da quinta parte (10) dos hospitais estudados apresentaram número de funcionários do SND no nível "adequado"; 5 hospitais (10,2%) no nível "deficiente"; 26 hospitais (53,1%) no nível "baixo" e 8 hospitais (16,3%) no nível "excessivo".

SUMMARY

In order to fill a gap regarding information on personnel necessary for Nutrition and Dietetics Services of Brazilian hospitals, the present study was carried out. In this study dimensioning of personnel involved on Nutrition and Dietetics Services of forty nine general hospitals of large and extra-large capacity (over 150 beds), located in the city of São Paulo, Brazil, was carried out. Specific indicators, that include service productivity as one of the fundamental elements to determine the number of necessary employees were used. The results of the Total Personnel Indicator were studied using an adequacy index. The values of the adequacy index were classified as follows: deficient ($\leq 50\%$); low (51% to 89%); adequate (90% to 110%) and excessive ($> 110\%$). The Nutrition and Dietetics Services of the studied hospitals were compared considering adequacy level, number of beds and the finality of the maintaining institution, taking into account the influence of some intervening factors. We were able to conclude that one fifth of the hospitals studied employed an adequate number of employees; five hospitals were on the deficient; twenty six hospitals were on level low and eight hospitals on excessive levels.

RESUMO

SUMMARY

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	6
3. MATERIAL E MÉTODOS	7
3.1. UNIVERSO DE ESTUDO	7
3.2. COLETA DE DADOS	9
3.3. INSTRUMENTOS DA AVALIAÇÃO	10
3.4. ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO DO PESSOAL DO SND.....	11
3.5. FATORES INTERVENIENTES	12
4. ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS ESTUDADOS	19
4.1. NÚMERO DE LEITOS E FINALIDADE DA ENTIDADE MANTENEDORA	19
4.2. PESSOAL DOS HOSPITAIS	21
4.3. PESSOAL DOS SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	23
5. RESULTADOS E COMENTÁRIOS	28
5.1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	28
5.1.1. INDICADOR DE PESSOAL FIXO	28
5.1.2. INDICADOR DE PERÍODOS DE DESCANSO	36
5.1.3. INDICADOR DE PESSOAL SUBSTITUTO	38
5.1.4. INDICADOR DE ABSENTEISMO DIÁRIO	40
5.1.5. INDICADOR DO PESSOAL TOTAL	42
5.2. ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO DO PESSOAL DO SND	44
5.3. FATORES INTERVENIENTES	48
5.3.1. DIRETOS	50
5.3.1.1. TAXA DE OCUPAÇÃO.....	50
5.3.1.2. CATEGORIA DO PACIENTE INTERNADO....	53

5.3.1.3. TIPOS DE CARDÁPIO	55
5.3.1.4. SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DAS REFEI- ÇÕES E HIGIENIZAÇÃO DOS UTENSÍLIOS...	58
5.3.2. INDIRETOS.....	60
5.3.2.1. PLANTA FÍSICA	60
5.3.2.2. EQUIPAMENTOS	66
5.3.2.3. QUALIDADE DO PESSOAL	72
6. CONCLUSÕES	81
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
8. ANEXOS	87

1. INTRODUÇÃO

Os hospitais são instituições complexas dos serviços de saúde. O investimento de capital inicial é elevado e os custos ano a ano vão alcançando proporções cada vez maiores.²⁶ Grande parte desses gastos são destinados ao pessoal, quer na forma de salários, quer na de obrigações trabalhistas. Procurando proporcionar aos pacientes atendimento de boa qualidade, os hospitais preocupam-se em dispor seus recursos humanos com maior eficiência e economia.⁴¹ No entanto, com o crescente aumento desses custos e decrescente disponibilidade de funcionários qualificados e eficientes, os administradores têm enfrentado a necessidade de diminuir os custos com a produção, a fim de equilibrar seus orçamentos.⁴¹ Dentro desse contexto, o Serviço de Nutrição e Dietética (SND) assume grande importância, já que é responsável por parcela considerável dos gastos do orçamento hospitalar.^{5,8,9,27}

É desnecessário enfatizar a importância de um Serviço de Nutrição e Dietética numa instituição, pois é inegável a contribuição à saúde de uma dieta equilibrada, com apresentação adequada e boa qualidade e organoléptica. Quando esse Serviço está implantado numa instituição hospitalar avulta sua importância de vez que a dieta é um dos fatores primordiais na recuperação da saúde dos pacientes.

Vários autores têm se preocupado em definir os objetivos dos Serviços de Nutrição e Dietética. Assim, para West, o objetivo do SND é elaborar e servir os melhores alimentos possíveis dentro de seus recursos financeiros.⁵⁰

Segundo os participantes dos Grupos de Trabalho das diversas áreas, reunidos para padronizar os processos de avaliação de SNDs¹⁷, é: elaborar e fornecer dieta que seja a

um só tempo balanceada (aqui definida como aquela que é suficiente, completa, harmônica e adequada às características e hábitos alimentares dos usuários), segura do ponto de vista de higiene e que se ajuste aos limites financeiros da instituição.

Já Cavalcanti define como: "contribuir para a melhoria das condições de saúde dos grupos populacionais a que se destinam, através de uma alimentação correta".¹⁰

Como vemos, todos esses objetivos guardam semelhança de propósitos: oferecer a melhor qualidade da dieta, ao menor custo possível. O responsável por esses Serviços deve verificar periodicamente se esses objetivos estão sendo alcançados e em que grau o estão.^{10, 17, 50} Isso é conseguido através de uma atividade usualmente desenvolvida na administração científica: a avaliação.

A avaliação, como um meio para determinar se os objetivos foram alcançados, deve ser uma atividade contínua e^{17, 50} parte integrante das funções da administração.

No passado era difícil mensurar a produtividade em uma organização que produzia um serviço e não um produto, mas, com a aplicação de técnicas de engenharia industrial no campo hospitalar, tornou-se possível a avaliação do tempo do trabalho. Em sistemas alimentares, a taxa de produtividade definida como sendo o tempo gasto por refeição servida^{24, 44}, tornou-se, assim, passível de quantificação.

Para mensurar a medida do trabalho foram adotados vários métodos: amostra do trabalho ("work sampling"), simplificação do trabalho ("work simplification") e tempo gasto por refeição servida. Os dois primeiros métodos utilizam a técnica do tempo e movimento muito empregada na área de engenharia

industrial, além da análise do trabalho ("job analysis"). Esses trabalhos, realizados nos Estados Unidos, visavam uma melhor utilização da mão de obra, com uma redistribuição dos recursos materiais e humanos.^{19,37,39,40,51,52,53} Já os trabalhos sobre a produtividade em SND (tempo gasto por refeição servida) utilizavam o número total de refeições e o número de homens/hora, visando uma padronização na determinação do pessoal necessário a um SND.^{4,13,18,46} Foi nessa época (década de 60) que se determinou um tempo padrão de 15 minutos por refeição servida¹³, que perdura até hoje.

Os resultados dessas pesquisas demonstraram que programas de medidas do trabalho causam sempre um impacto positivo dentro da organização.^{12,14,21} Outros trabalhos, com metodologia semelhante, serviram para a determinação do número de funcionários para os Serviços de Nutrição e Dietética.^{6,38,43} Alguns autores mencionaram mesmo, uma redução do custo da produtividade com a diminuição do número de funcionários.^{12,21}

Com o advento do computador e com técnicas operacionais de pesquisas, os Serviços de Nutrição e Dietética aperfeiçoaram os métodos empregados pela engenharia industrial, criando medidas padrão de tempo do trabalho e volume de produção. Adotando novos métodos (Master Standart Data Quality Food Production Code) e propondo parâmetros, a produtividade desses serviços pode ser comparada àquela da indústria de manufaturados.^{7,20,48,49,54} O objetivo é sempre o mesmo: o aumento da produtividade com uma melhor distribuição dos recursos para uma efetiva diminuição do custo do trabalho.

Essas medidas de trabalho, juntamente com outras medidas de pessoal e desempenho da organização, constituem um sistema de administração para avaliar e controlar o uso dos

recursos.

Quanto mais complexo for um Serviço de Nutrição e Dietética, mais difícil é a obtenção de meios de avaliação satisfatórios, necessitando de um eficiente sistema para obter, resumir e analisar as informações necessárias para esse fim.³⁶

Nos Serviços de Nutrição e Dietética são inúmeros os instrumentos de registro que podem ser usados para a avaliação;¹ no entanto, raramente são utilizados para tal, e, quando isso é feito, o é de maneira intermitente e não uniforme. Geralmente, nota-se falta de interesse em avaliar o Serviço, talvez devido aos próprios objetivos, pouco quantificáveis, e, portanto, difíceis de operacionalizar.

Diante de tal problemática, vários Grupos Técnicos, coordenados pelo Departamento de Nutrição da Faculdade de Saú de Pública da Universidade de São Paulo, reunidos em 1976 em Mesa Redonda¹⁶ propuseram modelos de avaliação em Serviços de Nutrição e Alimentação.

Um dos principais objetivos seria chamar a atenção dos profissionais responsáveis por esses Serviços, para a im-portância da avaliação como um meio de verificar se os objetivos estavam sendo atingidos. Estavam sendo dados, entre nós, os primeiros passos em direção à formulação de normas e pa-drões em Serviços de Nutrição, reunindo nutricionistas de di-versas áreas, procurando, através de metodologia científica, uma melhor racionalização da mão-de-obra e, como consequência, maior eficiência do Serviço. Estes modelos utilizavam uma sê-rie de instrumentos de registro, como fichas, mapas de contro-le e estatísticas de serviço para operacionalização de indicadores que permitiam avaliar os Serviços de forma racional e objetiva.

Retomando o trabalho anterior, os Grupos Técnicos reuniram-se novamente em 1982, sob coordenação do mesmo Departamento, procurando avaliar os modelos propostos em 1976. Baseados na aplicação daqueles indicadores por algumas instituições, alguns foram reformulados, assim como outros foram criados, atendendo à demanda do momento. Esses indicadores referem-se, na área hospitalar, a diversos setores, tais como: pessoal; previsão de gêneros; recebimento, estocagem e saída de material; produção; distribuição e custos.

Nas pesquisas bibliográficas empreendidas sobre trabalhos dessa natureza em nosso meio, encontramos apenas sugestões para o uso de alguns indicadores.^{1, 2} Por esse motivo, visando preencher uma lacuna sobre informações referentes ao pessoal necessário ao SND, propusemo-nos a realizar este trabalho, onde estudaremos os SND, no que se refere ao dimensionamento de pessoal, utilizando indicadores específicos propostos pelo Grupo Hospitalar daquela Reunião.¹⁷ Estamos colaborando para a aplicação dessa metodologia de avaliação que utiliza métodos científicos, valendo-se da produtividade como um dos elementos fundamentais para dimensionar o pessoal.

2. OBJETIVOS

2.1. Avaliar o dimensionamento de pessoal em SND de hospitais gerais de grande porte e capacidade extra no Município de São Paulo, utilizando indicadores específicos.

2.2. Comparar os SND das instituições hospitalares estudadas quanto ao índice de adequação do Indicador de Pessoal Total (I.P.T.), segundo a finalidade das entidades mantenedoras e o número de leitos.

2.3. Verificar a influência de fatores intervenientes no índice de adequação do I.P.T., segundo a finalidade das entidades mantenedoras e o número de leitos.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. UNIVERSO DE ESTUDO

No Município de São Paulo estavam registrados na Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo*, 178 hospitais em funcionamento, em 19 de dezembro de 1981. Destes, 119 eram hospitais gerais e 59 hospitais especializados. Entende-se por:

a) Hospital Geral, aquele destinado a atender pacientes de doenças de várias especialidades médicas (Ministério da Saúde).³¹

Segundo a mesma fonte,³¹ podemos acrescentar:

b) Hospital Estatal ou Paraestatal: é o que integra o patrimônio da União, Estado, Distrito Federal e Municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações, instituídas pelo Poder Público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado).

c) Hospital Privado ou Particular: é o hospital que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituído pelo Poder Público.

d) Hospital Beneficente: é o que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, instituído e mantido por contribuições e doações particulares, destinado a prestação de serviços a seus associados e respectivos dependentes, cujos atos de constituição especifiquem sua clientela, que não remunere os membros da diretoria, que aplique integralmente seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objeti

* Secretaria de Saúde de Estado. CAH, Departamento de Técnica Hospitalar, Divisão de Fiscalização, Serviço de Registro e Cadastro.

vos sociais e cujos bens, no caso de sua extinção, revertam em proveito de outras instituições do mesmo gênero ou ao Poder Público.

e) Hospital Filantrópico: é o que integra patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente e seus ambulatorios, reservando leitos, de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito e organizado e mantido pela comunidade e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesa de administração e manutenção.

Procurando adequar nosso trabalho à terminologia utilizada no cadastro daquela Coordenadoria de Assistência Hospitalar, classificamos os hospitais segundo a finalidade de entidade mantenedora em: governamentais (hospital estatal ou paraestatal); com finalidade lucrativa (hospital privado ou particular); sem finalidade lucrativa (hospital privado ou particular, filantrópico e beneficente). Para facilidade de exposição designaremos, os hospitais com finalidade lucrativa - lucrativos (L), e aqueles sem finalidade lucrativa - não lucrativos (NL); assim como, para os governamentais usaremos a sigra - G.

Quanto ao número de leitos, os hospitais classificam-se em:³¹

- a) Hospital de pequeno porte - com capacidade até 50 leitos.
- b) Hospital de médio porte - de 51 a 150 leitos.
- c) Hospital de grande porte - de 151 a 500 leitos.
- d) Hospital de capacidade extra - acima de 500 leitos.

Dos 119 hospitais gerais cadastrados na Coordenadora, 13 eram de pequeno porte, 48 de médio porte, 50 de grande porte e 8 de capacidade extra.

Optamos por estudar a totalidade dos hospitais de grande porte e capacidade extra.

Os hospitais de grande porte foram subdivididos em três grupos: Grupo I, aqueles de 151 - 249 leitos; Grupo II, de 250 - 349 leitos; e Grupo III, de 350 - 500 leitos. Chamaremos os hospitais de capacidade extra, de Grupo IV.

Dos 58 hospitais que atenderam às características fixadas, foram estudados 49 (84,4%); 3 hospitais recusaram-se a fornecer informações, 1 estava em fase de implantação, 3 em reforma e 2 eram hospitais militares, que não puderam ser visitados.

Para evitar tendenciosidade dos resultados, procuramos não coletar dados referentes a meses destinados a férias escolares ou feriados prolongados (quando geralmente há redução de pessoal que nem sempre é substituído). Assim, estabelecemos que os dados a serem colhidos seriam referentes ao mês de março de 1983, ano em que realizamos a parte prática deste trabalho.

3.2. COLETA DE DADOS

Para coleta dos dados utilizamos um formulário (Anexo 1) dividido em três partes: identificação do hospital, identificação do Serviço de Nutrição e Dietética e Instrumentos de Avaliação (os indicadores de dimensionamento).

O formulário foi preenchido pela autora, após ter sido pré-testado.

A coleta de dados foi realizada tanto no SND (utilizando os registros diários) como na Administração do hospital (utilizando dados referentes ao pessoal e estatísticas do movimento de pacientes). Foram entrevistados os chefes dos serviços.

3.3. INSTRUMENTOS DA AVALIAÇÃO

3.3.1. INDICADORES DE DIMENSIONAMENTO

- Indicador de Pessoal Fixo (I.P.F.)¹⁷

$$I.P.F. = \frac{\text{Número de refeições servidas} \times 15 \text{ minutos}}{\text{Jornada de Trabalho} \times 60 \text{ minutos}}$$

onde:

- . número de refeições servidas = somatória dos desjejuns, almoços, merendas, jantares e refeições noturnas (média diária total, do mês em questão).
- . 15 minutos = tempo médio gasto por refeição servida (produção, distribuição de uma refeição e higienização).
- . jornada de trabalho = número de horas diárias normais de trabalho. Este indicador visa avaliar o número de funcionários necessários para o preparo, distribuição e higienização de um dia de trabalho, sem considerar o pessoal substituto de férias e folgas. Estão excluídos o pessoal do Lactário e da confecção de lanches extras.

- Indicador de Períodos de Descanso (I.P.D.)

$$I.P.D. = \frac{\text{dias do ano} - \text{períodos de descanso}}{\text{período de descanso}}^{16}$$

onde:

- . período de descanso = somatória dos dias de férias e folgas do funcionário (número que varia em função do regime de trabalho: 48, 44 ou 40 h de trabalho semanal).

Este indicador visa avaliar o número máximo de períodos de descanso dos funcionários em férias e folgas que um substituto pode cobrir.

- Indicador de Pessoal Substituto (I.P.S.)¹⁷

$$\text{I.P.S.} = \frac{\text{I.P.F.}}{\text{I.P.D.}}$$

Este indicador permite obter o pessoal substituto necessário para cobrir férias e folgas do pessoal fixo.

- Indicador de Absenteísmo Diário (I.A.D.)¹⁷

$$\text{I.A.D.} = \frac{\text{média diária de funcionários ausentes} \times 100}{\text{número de pessoal fixo (I.P.F.)}}$$

Este indicador visa avaliar a porcentagem de ausência diária do pessoal fixo por licenças e faltas.

- Indicador de Pessoal Total (I.P.T.)¹⁷

$$\text{I.P.T.} = \text{I.P.F.} + \text{I.P.S.} + (\text{I.A.D. de I.P.F.})$$

Este indicador visa avaliar o número total de funcionários necessários ao Serviço de Nutrição e Dietética (SND).

3.4. ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO DO PESSOAL DO SND

O índice de adequação (I.A.) pode ser representado pela fórmula:

$$\text{I.A.} = \frac{(\text{Ex} - \text{Es})}{\text{Es}} \times 100\% \quad , \text{ onde:}$$

Ex = número de funcionários existente no SND

Es = número de funcionários esperados (I.P.T.)

Ao criarmos o índice de adequação pretendemos que

ele fosse usado como uma medida que permitisse verificar se o número de funcionários existentes no SND é menor, igual ou maior do que o Indicador de Pessoal Total (I.P.T.). Para analisar nossos dados, consideramos como adequado um valor de 100%, com uma margem de $\pm 10\%$. Portanto, níveis entre 90 e 110% serão considerados adequados. Os valores acima de 110% serão considerados inadequados, assim como aqueles abaixo de 90%, que subdividimos em duas outras categorias: $\leq 50\%$ e de 51 a 89% de adequação. Para facilidade de exposição, achamos interessante adotar a seguinte nomenclatura:

$\leq$	de 50%	deficiente
51	- 89%	baixo
90	- 110%	adequado
>	110%	excessivo

3.5. FATORES INTERVENIENTES

Fatores Intervenientes são aqueles que podem influenciar os resultados. Podem ser diretos e indiretos.

a) Fatores diretos:

Os fatores diretos são aqueles que podem interferir diretamente no número total de funcionários existentes no serviço. São eles:

- . Taxa de ocupação hospitalar: calculada utilizando-se a seguinte fórmula:³¹

$$\text{Taxa de Ocupação} = \frac{\text{nº de pacientes/dia em determinado período} \times 100}{\text{nº de leitos/dia no mesmo período}}$$

- . Categoria do paciente:

Segundo o Ministério da Saúde,³¹ os pacientes podem pertencer a uma das seguintes categorias:

- não contribuintes: é aquele que não retribui com qualquer pagamento à assistência médico-hospitalar recebida;
- contribuinte ou pagante: é aquele que retribui com pagamento total ou parcial, direta ou indiretamente, a assistência médico-hospitalar recebida;
- paciente de convênio, de contrato ou segurado: é o paciente contribuinte, que paga indiretamente, de forma total ou parcial, a assistência médico-hospitalar recebida.

. Tipos de Cardápio

Adotamos os critérios apontados por Passos,³³ segundo os quais poderão existir: cardápio popular, médio, liberal ou de luxo. O cardápio popular consta de preparações simples, não exigindo muito tempo do pessoal de preparo. O cardápio médio reúne preparações mais elaboradas, necessitando um pessoal mais treinado e maior tempo gasto no seu preparo. Já o cardápio liberal ou de luxo consta de várias preparações, pois vai depender da escolha do paciente, muito embora alguns hospitais apresentem algumas sugestões do cardápio do dia. Necessitam, portanto, de pessoal capacitado e bem treinado.

. Sistema de distribuição de refeições e higienização dos utensílios:

Existem dois sistemas de distribuição das refeições: o centralizado e o descentralizado. No primeiro, as refeições são porcionadas e acondicionadas em pratos térmicos ou recipientes próprios e as bandejas identificadas ainda no SND no setor de distribuição. O sistema descentralizado utiliza carros térmicos para a retirada das refeições do SND, para

posterior distribuição nas unidades de internação.⁵⁰ Existe ainda a combinação dos dois sistemas anteriores, com a denominação de sistema misto de distribuição, que utiliza para as dietas modificadas o sistema centralizado e para a dieta normal o sistema descentralizado.³³

Os sistemas de higienização dos utensílios são também essencialmente dois: o centralizado, onde os utensílios das unidades de internação são reunidos em uma copa central no SND, e o descentralizado, onde são lavados nas copas das unidades de internação.³³

b) Fatores Intervenientes Indiretos:

Estes fatores, que indiretamente podem interferir no número de pessoal existente, dependem principalmente, da qualidade do serviço: qualidade da planta física, equipamentos e pessoal, para cuja avaliação cotejamos os valores existentes com os parâmetros recomendados por órgãos oficiais (na ausência destes, com os existentes, não oficiais). Chamaremos os valores existentes de REAL e os valores dos parâmetros e recomendações de IDEAL.

. Planta Física:

A área física destinada ao SND foi mensurada pela planta, utilizando-se escalímetro de precisão, na própria instituição ou naquela arquivada na Coordenadoria de Assistência Hospitalar. Utilizamos como padrão para área física aquele proposto pelo Ministério da Saúde³¹ para o SND, refeitório, copa da unidade de internação e secretaria. Para a despesa, utilizamos o Código de Edificação de Obras* da Prefeitura Municipal de São Paulo. Os padrões são os seguintes:

* Código de Edificação de Obras. Lei Municipal nº 8266, de 20/06/1975, do Município de São Paulo.

SND (inclusive despensa, secretaria (exclusive refeitório e copa da unidade de internação): 1 m^2 por leito.³¹

Despensa: área mínima 20 m^2 ^{*}

Refeitório: 1 m^2 por comensal³¹ por turno.¹¹

Para o cálculo do comensal por turno, optamos pelo número ideal de comensal; para isso, partimos do número total de funcionários do hospital com jornada de trabalho de 8 horas ou mais; considerando que 60% deles trabalham no período da manhã.³³ Dividimos em quatro turnos, nos hospitais dos Grupos I, II, III e em cinco turnos, nos hospitais do Grupo IV (com duração de 30 minutos cada turno).

Secretaria: 8 m^2 ^{31**}

Copa da unidade de internação: 8 m^2 ^{31***} *

. Equipamentos:

Seguimos as recomendações do Ministério da Saúde³⁰ porém, como este se refere a hospitais de até 150 leitos, tivemos que adequá-lo para os hospitais com maior capacidade. Isto foi feito, utilizando recomendações, além das anteriores, constantes no RECLAR²⁹ e em Passos.³³

* No Código de Edificações de Obras não consta a especificação do número de leitos do hospital.

** Por não estar discriminada a área deste elemento, valemo-nos do valor recomendado para a sala de encarregada do lactário do hospital até 150 leitos.

*** Para hospitais de até 150 leitos.

Para o cálculo do número de equipamentos e de sua capacidade, utilizamos, além do número médio de refeições por dia em cada grupo de hospitais, o número médio de dietas normais e o número médio de dietas modificadas, considerando um sistema de distribuição de refeições descentralizado.

Após exame do memorial descritivo (quando disponível), verificamos os equipamentos existentes e considerados apenas aqueles em funcionamento.

As recomendações que usamos neste trabalho são:

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Balança de carga (kg) ³³	1(200)	1(300)	1(300)	1(500)
Balança de mesa (kg) ^{29,30}	1(20)	1(25)	2 $\begin{cases} 1(25) \\ 1(5) \end{cases}$	2 $\begin{cases} 1(30) \\ 1(5) \end{cases}$
Carro de plataforma (kg) ³³	1(250)	1(250)	2(300)	3(500)
Câmara Frigorífica (m ³) ^{29,30}	3(27,6)	3(30,0)	4(50,0)	4(70,0)
Congelador (m ³) ³⁰ *	1(0,8)	1(1,5)	-	-
Descascador de tubérculos (ud) ³⁰	1	1	1	2
Picador (maquina universal) (ud) ³³	-	1	1	1
Moedor de carne (ud) ³³	1	1	1	1
Fogão a gás (domest.) (queimad.) ³³	1(4)	-	-	-
Fogão a gás (industrial) (queimad.) ³⁰	1(8)	2 $\begin{cases} 1(8) \\ 1(6) \end{cases}$	2(8)	3(8)
Forno elétrico industrial (câmara) ³⁰	1(1)	1(3)	1(3)	2(3)
Caldeirão vapor/gás (l) ³⁰	3 $\begin{cases} 1(200) \\ 2(100) \end{cases}$	4 $\begin{cases} 2(200) \\ 2(100) \end{cases}$	4(200)	7 $\begin{cases} 5(500) \\ 2(300) \end{cases}$
Conj. painéis basculantes (l) ³⁰	1(100)	1(100)	1(150)	2(100)
Bifeteira (ud)** ³⁰	-	-	1	1
Fritadeira elétrica (ud)*** ³⁰	-	2	2	2
Banho-Maria (ud) ³⁰	1	1	2	2
Cortador de frios (ud) ³⁰	1	1	1	1
Batedeira elétrica industrial (l) ³⁰	1(10)	1(20)	1(40)	2 $\begin{cases} 1(50) \\ 1(20) \end{cases}$
Liquidificador industrial (l) ³⁰	1(6)	1(15)	1(15)	2(15)
Liquidificador doméstico (l) ³³	2(1,5)	3(1,5)	3(1,5)	4(1,5)
Extrator de sucos (ud) ³⁰	1	1	1	1
Cafeteira industrial (litro) ³⁰	1(30)	1(30)	1(50)	1(100)
Carro térmico (ud) ^{29,30}	2	4	10	25

(continua)

(cont.)	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Carro de prateleira (ud) ³⁰	2	4	10	30
Balcão térmico (3,6 x 0,6) (ud) ²⁹	1	1	1	1
Triturador de resíduos (ud) ³³	1	1	2	2
Maquina de lavar louça (ud) ³⁰	1	1	1	1
Nº médio diário de refeições	773	1119	1850	4038
Nº médio diário de dieta normal	503	728	1291	2668
Nº médio diário de dieta modificada	270	391	559	1370

* Congelador passa a ser solicitado como câmara frigorífica nos Grupos III e IV.

** Bifeteira é solicitada acoplada ao fogão industrial nos Grupos I e II.

*** Fritadeira é solicitada acoplada ao fogão industrial no Grupo I.

. Qualidade do Pessoal

Utilizando a Classificação Brasileira de Ocupações,³² reunimos as ocupações existentes no SND.

Em alguns hospitais, principalmente federais e municipais, algumas ocupações tinham denominações diferentes das constantes na Classificação. Por isso, verificamos a equivalência de funções para reunir então as várias ocupações dos SND.

Não há parâmetros oficiais determinando as ocupações ideais para o SND. Daí estabelecemos, dentro das funções que são desenvolvidas, as ocupações necessárias nas instituições hospitalares estudadas. São elas:

Nutricionista na chefia, nutricionista, técnico em nutrição, escriturário, despenseiro, cozinheiro encarregado, cozinheiro, auxiliar de cozinheiro (ajudante de cozinha), auxiliar de cozinha, servente de cozinha (serviçal) e copeira (atendente de nutrição).

Na apuração de nossos dados no que se refere às ocupações, partimos do número ideal (I.P.T.) de funcionários para cada SND (já incluídos os substitutos de férias e folgas) e fizemos uma distribuição percentual, segundo Mezomo²⁸, nos diversos setores de atividade do SND, conforme as ocupações pertinentes a esses setores, assim:

Administração: 15% (pessoal técnico — nutricionista e técnico em nutrição — e escriturário).

Armazenamento/recebimento: 8% (escriturário e despenseiro).

Pré-preparo de carnes e vegetais: 11% (auxiliar de cozinha).

Preparo: 20% (cozinheiro encarregado, cozinheiro, auxiliar de cozinheiro).

Distribuição (desjejum, merenda, lanches, refeitório): 12% (auxiliar de cozinha).

Distribuição nas unidades de internação: 20% (copeiras).

Lavagem de louça, faxina: 8% (servente de cozinha).

Serviço noturno: 6% (cozinheiro, auxiliar de cozinha).

O cotejamento do IDEAL com o REAL foi feito através de percentuais correspondentes a cada um.

4. ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS ESTUDADOS

4.1. NÚMERO DE LEITOS E FINALIDADE DA ENTIDADE MANTENEDORA

Estudamos os hospitais gerais com 151 e mais leitos pois, segundo PASSOS,³³ o SND aumenta em complexidade na mesma proporção em que aumenta o número de leitos; o planejamento, funcionamento e a administração desses serviços diferem quanto aos recursos humanos e materiais.

Encontramos, entre os 49 hospitais estudados, 8 hospitais governamentais (16,3%), 20 hospitais lucrativos (40,9%) e 21 hospitais não lucrativos (42,8%) (TABELA 1). Segundo a classificação por número de leitos, 22 deles são do Grupo I, 13 hospitais são do Grupo II, 7 hospitais são do Grupo III e 7 pertencem ao Grupo IV. A maioria dos hospitais encontram-se nos grupos I e II.

Quanto aos hospitais governamentais, 2 deles são federais, 2 são autarquias estaduais e 4 são municipais. Entre os hospitais não lucrativos, 6 são beneficentes e 15 são filantrópicos.

Queremos registrar que, desde a Tabela 1 até a última, os números escritos em algarismos romanos referem-se aos Grupos constituídos segundo o número de leitos dos hospitais estudados, para evitar repetições desnecessárias.

TABELA 1 - Hospitais gerais estudados, pertencentes ao Município de São Paulo, segundo a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos. São Paulo, março de 1983.

FINALIDADE	NÚMERO DE LEITOS								T O T A L	
	I		II		III		IV			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Governamentais	2	9,1 (25,0)	1	7,8 (12,5)	3	42,9 (37,5)	2	28,6 (25,0)	8	16,3 (100,0)
Lucrativos	12	54,5 (60,0)	6	46,1 (30,0)	1	14,2 (5,0)	1	14,3 (5,0)	20	40,9 (100,0)
Não Lucrativos	8	36,4 (38,1)	6	46,1 (28,6)	3	42,9 (14,3)	4	57,1 (19,0)	21	42,8 (100,0)
TOTAL	22	100,0	13	100,0	7	100,0	7	100,0	49	100,0

* Os números entre parênteses referem-se ao percentual de hospitais em relação às finalidades.

4.2. PESSOAL DOS HOSPITAIS

Na Tabela 2 são apresentados o número médio total de funcionários dos hospitais e o número médio do pessoal estagiário (internos, residentes e outros).

TABELA 2 - Número médio de funcionários dos hospitais e nº médio de pessoal estagiário, segundo a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos.
São Paulo, março de 1983.

CATEGORIA DO PESSOAL		FINALIDADE											
		GOVERNAMENTAIS				LUCRATIVOS				NAO LUCRATIVOS			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
		(2)*	(1)	(3)	(2)	(12)	(6)	(1)	(1)	(8)	(6)	(3)	(4)
Funcionários do Hospital	$\bar{X}$	1026	1300	1596	4137	318	511	684	395	316	500	686	1809
	MIN	937	-	802	3500	216	360	-	-	140	381	526	1386
	MAX	1115	-	2000	4775	710	700	-	-	455	597	706	2000
Pessoal Estagiário	$\bar{X}$	58	8	72	287	4	2	-	-	12	10	5	52
	MIN	5	-	22	200	-	-	-	-	-	-	-	-
	MAX	111	-	143	375	25	5	-	-	75	50	9	130

* Os algarismos arábicos entre parênteses referem-se ao número de hospitais em cada Grupo.

Analisando a Tabela 2 podemos dizer que as instituições governamentais estão com número maior de funcionários em relação aos hospitais lucrativos e não lucrativos. Os hospitais não lucrativos possuem um número superior de funcionários em relação aos hospitais lucrativos e guardam uma certa proporção com o aumento de leitos dos hospitais.

Quanto ao número do pessoal estagiário, notamos que os hospitais governamentais também possuem um maior número, vindo a seguir os hospitais não lucrativos e os hospitais lucrativos, sendo que alguns não têm este tipo de pessoal.

No Anexo II estão relacionados todos os hospitais, onde poderão ser verificados o número total de funcionários de cada instituição e o número de pessoal estagiário, quando existente. Ainda em relação ao número de funcionários dos hospitais, calculamos a relação funcionário por leito hospitalar.

Para alguns autores,^{1, 2} um hospital geral necessita uma relação de 2,5 a 4 empregados por leito. Não existem, porém, padrões oficiais, e não há padrões fixos quanto a esse parâmetro, que poderá variar, principalmente de acordo com o tipo de assistência médico-hospitalar. (Tabela 3).

TABELA 3 - Distribuição dos hospitais segundo o número de funcionários/leito, a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos. São Paulo, março de 1983.

NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS/ LEITO	FINALIDADE											
	GOVERNAMENTAIS				LUCRATIVOS				NÃO LUCRATIVOS			
	I (2)*	II (1)	III (3)	IV (2)	I (12)	II (6)	III (1)	IV (1)	I (8)	II (6)	III (3)	IV (4)
< 2,5	-	-	1	-	11	5	1	1	6	6	3	2
2,5 - 4	-	-	-	2	1	1	-	-	2	-	-	2
> 4	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Os algarismos arábicos entre parênteses referem-se ao número de hospitais em cada grupo.

Distribuindo os hospitais estudados segundo essas características (Tabela 3), verificamos que entre os hospitais governamentais, 5 estão acima, 2 dentro e 1 abaixo das recomendações. O mesmo não ocorreu com os hospitais lucrativos, pois de 20 hospitais, só 2 estão dentro da recomendação; quanto aos hos

pitais não lucrativos (21), apenas 4 estão dentro do preconizado.

O Anexo II detalha a distribuição dos hospitais, permitindo uma melhor visualização do conjunto.

4.3. PESSOAL DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Dois elementos que podem melhor caracterizar o SND são o número e as categorias de ocupações existentes; além disso, o tipo de chefia e o número do pessoal técnico existente, assim como sua categoria, são fundamentais para um hospital geral, pelo fato deste atender pacientes com afecções mais variadas, que necessitam de um grande número de dietas modificadas.

Um dos padrões propostos para avaliar o número de funcionários do SND é um percentual de 10 a 15% do número dos funcionários do hospital.^{1, 2, 33} Podemos observar, na Tabela 4, que essa recomendação não é seguida pelos hospitais governamentais, pois de 8 hospitais, somente 1 está dentro dessa recomendação. O mesmo acontece com os hospitais lucrativos, pois, de 20 hospitais, só 2 estão dentro do padrão; no entanto, devemos ressaltar que 5 hospitais estão com valores ao redor de 9%. Os hospitais não lucrativos apresentam-se em situação não muito diferente: encontramos, de 21 hospitais, 6 dentro do padrão proposto e, acima de 9%, 4 hospitais. O Anexo II detalha os resultados encontrados em cada hospital.

TABELA 4 - Distribuição dos hospitais segundo o percentual do pessoal do SND em relação ao pessoal do hospital, finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos dos hospitais. São Paulo, março de 1983.

PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO PESSOAL HOSPITALAR	FINALIDADE											
	GOVERNAMENTAIS				LUCRATIVOS				NÃO LUCRATIVOS			
	I (2)*	II (1)	III (3)	IV (2)	I (12)	II (6)	III (1)	IV (1)	I (8)	II (6)	III (3)	IV (4)
< 10	2	1	2	2	10	6	1	1	4	4	3	4
10 — 15	-	-	1	-	2	-	-	-	4	2	-	-
> 15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Os algarismos arábicos entre parênteses referem-se ao número de hospitais em cada grupo.

Quanto às ocupações, o pessoal existente nos SND, apresenta-se distribuído nas seguintes categorias: nutricionista, técnico em nutrição, escriturário, despenseiro, cozinheiro, ajudante de cozinha, auxiliar de cozinha, serviçal (servente), atendente de nutrição, copeira e garçom.

Pela Tabela 5 pode-se observar a categoria da chefia dos SND. Todos os hospitais governamentais apresentam pelo menos um nutricionista na chefia. Já os hospitais lucrativos e não lucrativos, embora tendo nutricionistas na chefia, também utilizam o técnico em nutrição, principalmente nos hospitais menores, assim como leigos.

Na Tabela 6 encontra-se a distribuição do número médio de funcionários do SND.

Podemos observar a nítida diferença existente entre os hospitais governamentais e os demais, pois enquanto aqueles têm em seus quadros técnicos apenas nutricionistas, estes os

utilizam em pequena escala, valendo-se também dos técnicos em nutrição. Há casos de hospitais não governamentais onde os nutricionistas desempenham várias funções, além da chefia. A tabela 5 destaca essas considerações.

Os escriturários também são vistos em maior número nos hospitais governamentais, assim como os despenseiros. É nítida também a diferença entre os hospitais governamentais e os lucrativos e não lucrativos quanto ao pessoal do preparo e distribuição dos alimentos. Assim, cozinheiros e auxiliares de cozinha encontram-se em número superior nos hospitais governamentais (a exceção aparece entre os ajudantes de cozinha). (Tabela 6).

TABELA 5 - Distribuição das categorias das chefias dos SND dos hospitais estudados, segundo a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos. São Paulo, março de 1983.

CATEGORIA DA CHEFIA	FINALIDADE											
	GOVERNAMENTAIS				LUCRATIVOS				NÃO LUCRATIVOS			
	I (2)*	II (1)	III (3)	IV (2)	I (12)	II (6)	III (1)	IV (1)	I (8)	II (6)	III (3)	IV (4)
Nutricionista	2	2	4	4	7	3	1	1	4	5	2	5
Téc.Nutrição	-	-	-	-	3	2	-	-	1	-	1	-
Leigo	-	-	-	-	2	1	-	-	3	1	-	-

* Os algarismos arábicos entre parênteses referem-se ao número de hospitais em cada grupo.

TABELA 6 - Número médio de funcionários do SND (exclusive a Chefia), segundo a categoria da ocupação, a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos dos hospitais. São Paulo, março de 1983.

CATEGORIA DA OCUPAÇÃO	FINALIDADE											
	GOVERNAMENTAIS				LUCRATIVOS				NÃO LUCRATIVOS			
	I (2)*	II (1)	III (3)	IV (2)	I (12)	II (6)	III (1)	IV (1)	I (8)	II (6)	III (3)	IV (4)
Nutricionista	4,0	3,0	4,0	19,0	0,1	0,3	-	-	0,6	0,7	-	4,0
Tec.Nutrição	-	-	-	-	0,4	0,2	-	-	0,4	1,3	0,7	4,0
Escriturário	5,0	3,0	8,0	13,0	3,0	1,0	1,0	2,0	0,2	1,0	1,3	3,0
Despenseiro	1,5	1,0	1,0	3,0	0,4	0,5	-	1,0	0,4	1,2	0,3	0,7
Cozinheiro	7,5	6,0	8,0	24,5	2,8	2,2	3,0	1,0	2,5	3,2	2,7	5,5
Ajud.Cozinha	-	-	-	3,5	1,7	1,2	13,0	2,0	3,1	8,8	3,3	5,2
Aux.Cozinha	7,0	8,0	13,6	17,5	4,1	5,0	-	1,0	4,4	3,2	6,0	6,2
Serviçal	11,0	26,0	10,3	1,0	1,9	3,3	-	7,0	2,4	-	14,7	20,7
Atend.Nutr.	-	-	-	63,0	-	-	-	-	-	-	-	5,9
Copeira	31,0	2,0	43,7	43,0	13,2	16,2	24,0	14,0	16,8	29,5	9,3	53,7
Garçom	-	-	-	-	-	1,0	-	-	0,4	1,0	-	-

* Os algarismos arábicos entre parênteses referem-se ao número de hospitais em cada grupo.

Os hospitais governamentais mantêm ainda uma superioridade no número de serviçais, atendentes de nutrição e copeiras que são usados indistintamente na cozinha e na unidade de internação. Garçons são utilizados apenas por alguns hospitais lucrativos e não lucrativos.

Do Anexo III constam as distribuições de todo o pessoal (técnico ou não).

Achamos importante destacar que o número de nutricionistas e dos técnicos em nutrição varia conforme a finalidade

de dos hospitais que os utilizam. Enquanto os hospitais governamentais concentram maior número de nutricionistas (73), os hospitais não lucrativos têm 41 desses profissionais e os lucrativos têm apenas 15, o que corresponde às médias de 9,1, 1,9 e 0,75 nutricionistas por hospital, respectivamente. Enquanto os técnicos em nutrição são pouco utilizados pelos hospitais governamentais (1), os lucrativos e os não lucrativos os utilizam em maior escala (13 e 31, respectivamente). Cumpre-nos esclarecer que não existe o cargo de técnico em nutrição (denominação mais recente), nem de dietistas (denominação mais antiga) nos hospitais governamentais, quer sejam federais, estaduais ou municipais.

5. RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Estudamos os Serviços de Nutrição e Dietética (SND) de 49 hospitais gerais no Município de São Paulo, procurando verificar a adequação do número de funcionários existentes em cada um deles, segundo os indicadores de dimensionamento de pessoal já citados.

5.1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

5.1.1. INDICADOR DE PESSOAL FIXO (I.P.F.)

Este indicador utiliza o número de refeições diárias servidas, a jornada de trabalho dos funcionários e o tempo médio dispendido por refeição servida (15 minutos).¹⁷ O valor encontrado refere-se a todo o pessoal do SND (técnico e não técnico), não incluindo o pessoal substituto.

Pela Tabela 7 observamos que os dois hospitais governamentais de tamanho extra, têm o I.P.F. com valores bastante superiores ao único hospital lucrativo dessa capacidade e a 3 dos 4 hospitais não lucrativos. Não observamos diferenças acentuadas entre os valores de I.P.F. dos hospitais dos outros grupos.

TABELA 7 - Valores do Indicador de Pessoal Fixo (I.P.F.) nos hospitais estudados, segundo a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos. São Paulo, março de 1983.

Nº. DE LEITOS	FINALIDADE	I.P.F.
I	G	33,5
	G	24,6
	L	18,1
	L	15,4
	L	17,9
	L	19,9
	L	43,3
	L	25,0
	L	39,3
	L	17,0
	L	21,9
	L	18,3
	L	18,6
	L	15,5
	NL	19,9
	NL	24,8
	NL	21,3
	NL	20,9
	NL	25,0
	NL	24,6
	NL	11,4
II	NL	16,3
	G	27,6
	L	16,8
	L	23,5
	L	33,4
	L	26,8
	L	25,0
	L	43,1
	NL	35,8
	NL	43,0
	NL	44,5
III	NL	37,7
	NL	39,7
	NL	35,6
	G	51,8
	G	35,7
	G	64,2
	L	53,9
IV	NL	26,3
	NL	63,8
	NL	40,9
	G	147,5
	G	259,9
	L	71,0
	NL	170,5
	NL	35,6
	NL	105,3
	NL	75,6

Para melhor se avaliar os resultados encontrados, utilizando esse indicador, achamos interessante estudar os três fatores componentes, que são:

a) Número de refeições servidas

A produção diária de refeições (desjejum, almoço, merenda, jantar e refeição noturna) é, sem dúvida, um dos fatores que mais influem no resultado desse indicador.¹⁷ Pela Tabela 8, podemos observar as médias do movimento diário de refeições, dos hospitais estudados.

Nos dois hospitais governamentais de capacidade extra, onde o valor do I.P.F. foi superior ao dos demais, verificamos que sua própria natureza justifica uma produção elevada de refeições (média de 6.518). Ambos são Hospitais de Ensino que recebem um grande número de estagiários, internos e residentes que tomam lá mais de uma refeição ao dia (12,4% da média diária servida); além disso, esses hospitais atendem um número considerável de pacientes externos, que às vezes lá recebem refeições (um deles também atende a uma creche).

Os hospitais lucrativos e não lucrativos de tamanho extra, embora apresentando um dimensionamento do I.P.F. inferior aos governamentais (com exceção de um), têm certas peculiaridades: o único hospital lucrativo dessa dimensão serve 95,9% de suas refeições para pacientes e somente 3,9% aos funcionários e "outros" (principalmente acompanhantes); e o percentual de 58% de refeições servidas a "outros" que se observa entre os hospitais não lucrativos origina-se principalmente do fato de um deles ser também um Hospital de Ensino.

Analisando ainda a Tabela 8, podemos notar que a maioria dos demais hospitais lucrativos e os não lucrativos

TABELA 8 - Médias e percentuais dos movimentos diários de refeições dos hospitais estudados, segundo os destinatários, a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos. São Paulo, março de 1983.

DESTINATÁRIOS DAS REFEIÇÕES	F I N A L I D A D E											
	GOVERNAMENTAIS				LUCRATIVOS				NÃO LUCRATIVOS			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	(2)*	(1)	(3)	(2)	(12)	(6)	(1)	(1)	(8)	(6)	(3)	(4)
PACIENTES	632 (56,2)**	464 (35,0)	1365 (56,2)	4029 (61,8)	585 (73,9)	812 (86,1)	1322 (76,6)	2180 (95,9)	472 (71,9)	839 (66,6)	718 (54,6)	2402 (74,1)
FUNCIONÁRIOS	359 (31,9)	787 (59,3)	896 (36,9)	1684 (25,8)	199 (25,1)	125 (13,2)	394 (22,8)	90 (3,9)	177 (26,9)	393 (31,2)	577 (43,9)	649 (20,1)
OUTROS***	134 (11,9)	76 (5,7)	168 (6,9)	805 (12,4)	8 (1,0)	7 (0,7)	10 (0,6)	5 (0,2)	8 (1,2)	28 (2,2)	19 (1,5)	188 (5,8)
MÉDIA GERAL	1125	1327	2429	6518	792	944	1726	2275	657	1260	1314	3239

* Os algarismos arábicos entre parênteses, no cabeçalho, referem-se ao número de hospital em cada grupo.

** Os algarismos arábicos entre parênteses, no corpo da tabela, referem-se aos percentuais obtidos em relação à média geral.

*** Outros são os acompanhantes de pacientes, estagiários, internos, residentes, pacientes externos e creche.

TABELA 9 - Médias diárias e percentuais das dietas destinadas a pacientes dos hospitais estudados, segundo a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos. São Paulo, março de 1983.

DIETAS PARA PACIENTES	F I N A L I D A D E											
	GOVERNAMENTAIS				LUCRATIVOS				NÃO LUCRATIVOS			
	I (2)*	II (1)	III (3)	IV (2)	I (12)	II (6)	III (1)	IV (1)	I (8)	II (6)	III (3)	IV (4)
NORMAIS	318 (50,3)**	288 (62,0)	667 (48,9)	1735 (43,1)	311 (53,2)	427 (52,6)	715 (54,1)	1658 (76,1)	220 (46,6)	407 (48,5)	313 (43,6)	1282 (53,4)
MODIFICADAS	314 (49,7)	176 (38,0)	698 (51,1)	2294 (56,9)	274 (46,8)	385 (47,4)	607 (45,9)	522 (23,9)	252 (53,4)	432 (51,5)	405 (56,4)	1120 (46,6)
MÉDIA GERAL	632	464	1365	4029	585	812	1322	2180	472	839	718	2402

* Os algarismos arábicos entre parênteses, no cabeçalho, referem-se ao número de hospitais em cada grupo.

** Os algarismos arábicos entre parênteses, no corpo da tabela, referem-se aos percentuais obtidos em relação à média geral.

também têm sua produção voltada para o paciente (principalmente os lucrativos). O mesmo não ocorre com a maior parte dos hospitais governamentais. Uma explicação para esse fato poderia ser uma proporção menor de dietas modificadas que aqueles hospitais servem. Com os dados colhidos, construímos então a Tabela 9, verificando-se que as dietas modificadas são mais empregadas nos hospitais governamentais (com exceção de um) e nos não lucrativos. Sabe-se que para a preparação de dietas modificadas há necessidade de uma mão-de-obra qualificada, especialmente de nutricionistas, que não é encontrada na maioria dos hospitais lucrativos (Ver Anexo III e Tabelas 5 e 6).

Não houve diferenças acentuadas na proporção das dietas modificadas, entre os hospitais de menor e maior capacidade de leitos.

No Anexo IV podem ser vistos a produção diária de cada hospital.

b) Jornada de Trabalho

Dos 49 hospitais estudados, 38 têm regime de trabalho de 8 horas diárias, sendo 35 hospitais particulares (16 lucrativos e 19 não lucrativos) e 3 governamentais; 10 trabalhavam em regime de 12 horas diárias dos quais 5 particulares (4 lucrativos e um não lucrativo) e 5 governamentais. Um hospital não lucrativo trabalhava em regime de 6 horas diárias.

Para demonstrar a influência da jornada de trabalho no cálculo do I.P.F., vamos tomar dois exemplos, ao acaso, retirados do Anexo IV. Lá encontraremos um hospital com uma produção diária de 1711 refeições e com jornada de traba

lho de 12 horas (ante-penúltimo hospital do Anexo IV); encontraremos, também, um hospital produzindo 1726 refeições diárias e com jornada de trabalho de 8 horas (o único hospital lucrativo do Grupo III). O valor do I.P.F. é 35,6 para o primeiro e 53,9 para o segundo. Isso salienta a importância da jornada diária no dimensionamento de pessoal.

No Anexo IV poderá ser verificada a duração do trabalho diário e semanal de cada hospital.

c) Tempo médio gasto por refeição servida (15 minutos)

Um dos modelos de avaliação em Serviços de Nutrição e Dietética do qual nos valem para a utilização dos indicadores estudados¹⁷ refere que o tempo médio de 15 minutos, gasto na produção e distribuição de uma refeição, inclusive trabalho nas copas (unidade de internação), foi adotado por ser de uso universal. Interessamo-nos, então, pela origem, entre nós, desse valor adotado e, devido a escassez de bibliografia sobre o assunto, consultamos a esse respeito vários profissionais atuantes na área. Obtivemos, então, uma informação de que o assunto foi aqui debatido pela primeira vez durante o II Congresso de Nutricionistas, ocorrido em São Paulo, em 1960*. O tempo então referido foi de 15 minutos, baseado em trabalhos realizados em hospitais americanos na década de 60.^{4, 13, 18, 46} A preocupação na época era a padronização dos serviços de nutrição. Em alguns trabalhos os autores realizaram a pesquisa "in loco", mas, na maioria, eram enviados questionários aos Departamentos de Dietética

* Comunicação pessoal da Nutricionista Olga Laskani.

dos hospitais para serem preenchidos e posteriormente devolvidos.

Dados coletados em 10 hospitais em Wisconsin por Tuthill e Donaldson⁴⁶ referentes às tarefas específicas realizadas nos diferentes setores dos Departamentos de Dietética apontaram um resultado médio para o tempo por refeição de 13,31 minutos.

Bakken e Northrop⁴ estudando 13 hospitais encontraram um tempo médio de trabalho total de 16,38 minutos.

Posteriormente, Halter e Donaldson,¹⁸ estudando o mesmo assunto em 175 hospitais da região nordeste americana, encontraram um tempo médio por refeição servida de 14,9 minutos, considerando o tempo de trabalho total (incluindo aqui o pessoal profissional, não profissional e de escritório) e 17,1 minutos como tempo de trabalho direto (incluindo apenas o pessoal não profissional diretamente envolvido com a produção, preparo e distribuição de alimentos).

Donaldson,¹³ ainda pesquisando a utilização eficiente do tempo de serviço no Departamento de Dietética, estudou a informação proveniente de 225 hospitais representando todas as regiões dos Estados Unidos e com uma boa distribuição no que se referia aos tamanhos das instituições. O tempo médio obtido para o tempo de trabalho direto foi de 14,0 minutos, enquanto para o trabalho total foi de 16,3 minutos.

Apesar dos questionamentos surgidos por ocasião do II Congresso de Nutricionistas em virtude das diferenças existentes na época entre os Serviços de Dietética de nossos hospitais com aqueles hospitais americanos, foi adotado, então, o tempo médio de 15 minutos, que até hoje é utilizado entre nós. Entretanto, esse tempo poderá variar de acordo com vá-

rios fatores, como: planta física, quantidade e qualidade das instalações, equipamentos e utensílios, tipos de cardápio, qualidade do pessoal auxiliar, sistemas de distribuição das refeições e de higienização de utensílios,¹⁷ fatores esses que serão destacados oportunamente.

5.1.2. INDICADOR DE PERÍODOS DE DESCANSO (I.P.D.)

Para a construção deste indicador, o conhecimento da duração do trabalho semanal é fundamental, pois, segundo esta, variará o I.P.D. Para a semana de 48 horas, existe uma folga semanal, enquanto para 40 horas semanais há duas folgas, quando a jornada diária de trabalho é de 8 horas.

Na operacionalização deste indicador são computados os dias de folga, considerando a jornada de trabalho diário, e a duração do trabalho semanal, o período de férias dos funcionários, os dias de feriados oficiais e os facultativos.

Nos nossos resultados observamos variações importantes (Tabela 10): encontramos 35 hospitais com I.P.D. de 3,24 (16 lucrativos, 18 não lucrativos e 1 governamental), todos com duração de trabalho semanal de 48 horas e jornada de trabalho de 8 horas. Com um I.P.D. de 0,87 encontramos 5 hospitais (4 lucrativos e 1 não lucrativo) com duração de trabalho semanal de 48 horas e jornada diária de 12 horas. Um I.P.D. de 2,38 é de um hospital não lucrativo, com duração de trabalho semanal de 44 horas e diária de 8 horas. Um valor de 2,07 do I.P.D. pertence a um hospital não lucrativo com 42 horas de trabalho semanal e 6 horas diárias durante 5 dias e 1 plantão de 12 horas no final de semana. Nos hospitais governamentais, os valores do I.P.D. foram de 0,68 (5 hospitais, com 12 horas diárias) e 1,68 (2 hospitais com 8 horas diárias),

TABELA 10 - Valores encontrados para o Indicador de Períodos de Descanso (I.P.D.) nos hospitais estudados, segundo a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos. São Paulo, março de 1983.

Nº DE LEITOS	FINALIDADE	I.P.D.
I	G	1,68
	G	0,68
	L	3,24
	L	3,24
	L	3,24
	L	0,87
	L	3,24
	L	3,24
	L	3,24
	L	3,24
	L	3,24
	L	3,24
	L	0,87
	L	0,87
	NL	3,24
	NL	3,24
	NL	3,24
	NL	3,24
	NL	3,24
	NL	3,24
II	G	0,68
	L	0,87
	L	3,24
	L	3,24
	L	3,24
	L	3,24
	L	3,24
	NL	3,24
	NL	3,24
	NL	3,24
III	G	0,68
	G	0,68
	G	0,68
	L	3,24
	NL	3,24
	NL	2,07
IV	NL	3,24
	G	1,68
	G	3,24
	L	3,24
	NL	3,24
	NL	0,87
	NL	2,38
	NL	3,24

todos com 40 horas semanais.

Os hospitais com 12 horas diárias acumulam as folgas, pois todos trabalham 12 por 36 (trabalham 12 horas e folgam 24 horas); pela Legislação Trabalhista deveriam trabalhar 8 horas diárias, acrescidas de 2 horas extras,¹¹ não devendo exceder 10 horas diárias de trabalho.

A distribuição dos hospitais pela duração semanal do trabalho e jornada diária, constam do Anexo IV.

5.1.3. INDICADOR DE PESSOAL SUBSTITUTO (I.P.S.)

Este indicador se vale dos indicadores anteriores (I.P.F. e I.P.D.); portanto, fatores que influenciam o valor daqueles, interferirão, conseqüentemente, nos resultados (uma produção elevada do serviço, por exemplo, interferirá no valor do I.P.F.).

Valores de I.P.D. mais elevados dão I.P.S. mais baixo. Assim, os hospitais com I.P.D. de 3,24 necessitam menos funcionários do que aqueles com I.P.D. de 0,87 (ambos com 48 horas semanais). O mesmo podemos dizer dos hospitais governamentais com valores de I.P.D. de 1,68 e 0,68: os primeiros apresentaram uma menor necessidade de funcionários do que os segundos.

Na Tabela 11 podemos verificar que os hospitais do Grupo I apresentaram para o I.P.S., um valor máximo de 36,1 e um valor mínimo de 3,5; no Grupo II o valor máximo foi de 40,6 e o valor mínimo de 7,2; no Grupo III o valor máximo foi de 94,4 e o mínimo de 8,1; no Grupo IV o valor máximo foi de 87,8 e o valor mínimo de 21,9 funcionários.

TABELA 11 - Valores encontrados para o Indicador de Pessoal Substituto (I.P.S.) nos hospitais estudados, segundo a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos. São Paulo, março de 1983.

Nº DE LEITOS	FINALIDADE	I.P.S.
I	G	19,9
	G	36,1
	L	5,6
	L	4,8
	L	5,5
	L	22,9
	L	13,4
	L	7,7
	L	12,1
	L	5,2
	L	6,7
	L	5,7
	L	21,4
	L	17,8
	NL	6,1
	NL	7,6
	NL	6,6
	NL	6,5
	NL	7,7
	NL	7,6
	NL	3,5
	NL	5,0
II	G	40,6
	L	19,3
	L	7,2
	L	10,3
	L	8,3
	L	7,7
	L	13,3
	NL	11,0
	NL	13,3
	NL	13,7
	NL	11,6
	NL	12,3
III	NL	10,9
	G	76,2
	G	52,5
	G	94,4
	L	16,6
	NL	8,1
IV	NL	30,8
	NL	12,6
	G	87,8
	G	80,2
	L	21,9
	NL	52,6
	NL	40,9
	NL	44,2
	NL	23,3

5.1.4. INDICADOR DE ABSENTEISMO DIÁRIO (I.A.D.)

O absenteísmo pode ser considerado como um grave problema dentro de uma organização quando se torna crônico porque reduz a eficiência da produtividade do serviço.

É importante salientar que o absenteísmo não ocorre apenas por motivos de saúde (licença médica, licença por gestação, acidentes de trabalho, etc.). Por isso compete à chefia do SND identificar as causas e os elementos envolvidos para, posteriormente, desenvolver medidas educativas,^{22,23,45} quando pertinentes.

Podemos observar na Tabela 12 que as maiores porcentagens de absenteísmo foram encontradas em 2 hospitais governamentais (um do Grupo II, com valor de 25,0% e outro do Grupo IV, com valor de 23,0%), e em 1 hospital lucrativo (Grupo II, com valor de 28,1%); foram encontrados, ainda, 9 hospitais (2 governamentais, 2 lucrativos e 5 não lucrativos) com valores de I.A.D. superiores a 10,0%. Por outro lado, houve ausência de absenteísmo em 2 hospitais, o que não significa serem eles melhores que os demais quanto a essa característica, uma vez que esse estudo se refere a um período de apenas 31 dias no ano.

Há autores que, no cálculo do dimensionamento de pessoal não levam em consideração o absenteísmo na instituição, atendo-se somente ao cálculo do pessoal fixo, de férias e folgas.^{1, 28, 33} É evidente que o ideal seria não existir absenteísmo crônico nos serviços. Para evitar que isso ocorra, é importante haver treinamento-em-serviço, despertando o interesse do funcionário, fazendo-o compreender a importância da tarefa que lhe cabe, estimulando sua responsabili-

TABELA 12 - Valores encontrados para o Indicador de Absenteísmo Diário (I.A.D.) nos hospitais estudados, segundo a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos. São Paulo, março de 1983.

Nº DE LEITOS	FINALIDADE	I.A.D. (%)
I	G	12,0
	G	9,3
	L	6,6
	L	16,4
	L	0,4
	L	14,0
	L	1,2
	L	1,0
	L	1,3
	L	7,2
	L	5,5
	L	5,3
	L	1,6
	L	0,6
	NL	—
	NL	6,4
	NL	6,3
	NL	18,6
	NL	4,0
	NL	2,1
II	NL	17,0
	NL	8,3
	G	25,0
	L	5,5
	L	1,7
	L	4,8
	L	5,4
	L	28,1
	L	1,1
	NL	5,6
	NL	1,5
	NL	8,9
	NL	4,5
	NL	3,3
III	NL	4,3
	G	4,2
	G	12,3
	G	9,3
	L	4,4
	NL	14,0
	NL	1,1
	NL	19,3
IV	G	23,0
	G	1,8
	L	—
	NL	2,0
	NL	11,2
	NL	4,1
	NL	5,5

dade frente à Instituição, beneficiando o próprio hospital à medida em que melhora seu padrão de eficiência.⁵⁰

5.1.5. INDICADOR DE PESSOAL TOTAL (I.P.T.)

Este indicador é calculado com base nos anteriores, servindo como parâmetro no cálculo do pessoal necessário para o SND. Os resultados encontram-se na Tabela 13 (ao lado dos indicadores precedentes, para facilitar comparações que se fizerem necessárias). O número de leitos parece não ser mesmo um bom indicador de pessoal total. Assim, vejamos pela Tabela 13 os dados referentes a dois hospitais similares quanto ao número de leitos (ambos com 250 leitos): o quinto (L) e o décimo (NL) do Grupo II. Embora, como já dissemos, o número de leitos seja o mesmo (Anexo II), isso não significa a mesma necessidade de funcionários; no primeiro hospital, o número médio de refeições foi de 857 e no segundo, de 1425 refeições (Anexo IV); os I.P.F. (Tabela 13) foram de 26,8 e 44,5 funcionários, respectivamente e o I.P.T. teve valores de 36,5 e 62,2, respectivamente. Esses resultados vêm ao encontro da opinião de Donaldson¹³ que achava não ser o número de leitos uma base "confiável para o cálculo de pessoal e que pareceria mais razoável considerar o número de refeições servidas diariamente, além de outros serviços fornecidos pelo departamento dietético".

Analisando ainda a Tabela 13, com todos os indicadores, veremos que, sem dúvida, o I.P.F. é um indicador de grande peso, pois utiliza fatores muito importantes na sua construção: a produção diária de refeições, a jornada de trabalho e o tempo gasto por refeição servida; porém, não se pode deixar de acrescentar o pessoal substituto.

TABELA 13 - Valores dos Indicadores de Dimensionamento de Pessoal (I.P.F., I.P.D., I.P.S., I.A.D.) e o Indicador de Pessoal Total (I.P.T.) dos hospitais estudados, segundo a finalidade da entidade mantenedora e o número de leitos. São Paulo, março de 1983.

Nº DE LEITOS	FINALIDADE	INDICADORES DE DIMENSIONAMENTO				
		I.P.F.	I.P.D.	I.P.S.	I.A.D.(%)	I.P.T.
I	G	33,5	1,68	19,9	12,0	57,4
	G	24,6	0,68	36,1	9,3	63,0
	L	18,1	3,24	5,6	6,6	24,9
	L	15,4	3,24	4,8	16,4	22,7
	L	17,9	3,24	5,5	0,4	23,5
	L	19,9	0,87	22,9	14,0	45,6
	L	43,3	3,24	13,4	1,2	57,2
	L	25,0	3,24	7,7	1,0	33,0
	L	39,3	3,24	12,1	1,3	51,9
	L	17,0	3,24	5,2	7,2	23,4
	L	21,9	3,24	6,7	5,5	29,8
	L	18,3	3,24	5,7	5,3	25,0
	L	18,6	0,87	21,4	1,6	40,2
	L	15,5	0,87	17,8	0,6	33,4
	NL	19,9	3,24	6,1	-	26,0
	NL	24,8	3,24	7,6	6,4	34,0
	NL	21,3	3,24	6,6	6,3	29,2
	NL	20,9	3,24	6,5	18,6	31,3
	NL	25,0	3,24	7,7	4,0	33,7
	NL	24,6	3,24	7,6	2,1	32,6
II	NL	11,4	3,24	3,5	17,0	16,9
	NL	16,3	3,24	5,0	8,3	22,6
	G	27,6	0,68	40,6	25,0	77,2
	L	16,8	0,87	19,3	5,5	37,0
	L	23,5	3,24	7,2	1,7	31,1
	L	33,4	3,24	10,3	4,8	45,3
	L	26,8	3,24	8,3	5,4	36,5
	L	25,0	3,24	7,7	28,1	39,7
	L	43,1	3,24	13,3	1,1	56,9
	NL	35,8	3,24	11,0	5,6	48,8
	NL	43,0	3,24	13,3	1,5	56,8
	NL	44,5	3,24	13,7	8,9	62,2
III	NL	37,7	3,24	11,6	4,5	51,0
	NL	39,7	3,24	12,3	3,3	53,3
	NL	35,6	3,24	10,9	4,3	48,0
	G	51,8	0,68	76,2	4,2	130,2
	G	35,7	0,68	52,5	12,3	92,6
	G	64,2	0,68	94,4	9,3	164,5
	L	53,9	3,24	16,6	4,4	72,8
IV	NL	26,3	3,24	8,1	14,0	38,1
	NL	63,8	2,07	30,8	1,1	95,4
	NL	40,9	3,24	12,6	19,3	61,4
	G	147,5	1,68	87,8	23,0	269,2
	G	259,9	3,24	80,2	1,8	344,9
	L	71,0	3,24	21,9	-	93,0
	NL	170,5	3,24	52,6	2,0	226,5
	NL	35,6	0,87	40,9	11,2	80,5
	NL	105,3	2,38	44,2	4,1	153,8
	NL	75,6	3,24	23,3	5,5	103,0

A importância do I.P.T. é incontestável na avaliação do número total de funcionários dos SND.

5.2. ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO DO PESSOAL DO SND

A partir do Indicador de Pessoal Total (I.P.T.) calculamos a adequação do SND de cada hospital estudado em relação ao número de funcionários existentes em cada serviço (valor real). Na Tabela 14 podemos observar os índices de adequação dos vários hospitais, comparando o número existente (Ex) de funcionários dos SND e o número esperado (Es) — obtido do I.P.T. — em relação a 100, expresso da seguinte forma:

$$I.A. = \left(\frac{Ex}{Es} \times 100 \right) \%$$

Estabelecendo que consideraríamos adequados aqueles hospitais com valores variando de 90 a 110% ($\pm 10\%$ de diferença do valor ideal) onde teríamos um número adequado de funcionários para realizar o preparo, distribuição e higienização dos utensílios, os valores abaixo de 90% poderiam indicar um número insuficiente de funcionários para realizar tais tarefas e aqueles superiores a 110% um excesso de pessoal, indicando, talvez, ociosidade do serviço.

Os índices de adequação encontrados foram muito variados, indo de 28% até 223%.

Dentro do intervalo considerado adequado (Tabela 14), encontramos 10 hospitais, sendo 4 do Grupo I (1 G, 1 L e 2 NL), 3 do Grupo II (1 L e 2 NL), 1 do Grupo III (NL) e 2 não lucrativos entre os hospitais de capacidade extra. Os demais hospitais distribuíram-se, 8 acima de 110% e os 31 restantes, abaixo de 90%.

TABELA 14 - Pessoal existente, pessoal esperado (obtido do I.P.T.) e o índice de adequação do pessoal do SND nos hospitais estudados, segundo a finalidade da entidade mantenedora e o nº de leitos.S.Paulo, março de 1983

Nº DE LEITOS	FINALIDADE	PESSOAL		ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO (%)
		Existente	Esperado (I.P.T.)	
I	G	69,0	57,4	120
	G	65,0	63,0	103
	L	33,0	24,9	132
	L	15,0	22,7	66
	L	12,0	23,5	51
	L	21,0	45,6	46
	L	47,0	57,2	82
	L	13,0	33,0	39
	L	38,0	51,9	73
	L	32,0	23,4	137
	L	21,0	29,8	70
	L	23,0	25,0	92
	L	29,0	40,2	72
	L	27,0	33,4	81
	NL	21,0	26,0	81
	NL	44,0	34,0	129
	NL	65,0	29,2	223
	NL	37,0	31,3	118
	NL	31,0	33,7	92
	NL	30,0	32,6	92
	NL	14,0	16,9	83
II	NL	16,0	22,6	71
	G	49,0	77,2	63
	L	49,0	37,0	132
	L	23,0	31,1	74
	L	50,0	45,3	110
	L	27,0	36,5	74
	L	27,0	39,7	68
	L	16,0	56,9	28
	NL	89,0	48,8	182
	NL	46,0	56,8	81
	NL	57,0	62,2	92
	NL	54,0	51,0	106
III	NL	38,0	53,3	72
	NL	26,0	48,0	54
	G	89,0	130,2	68
	G	77,0	92,6	83
	G	101,0	164,5	61
	L	42,0	72,8	58
	NL	32,0	38,1	84
IV	NL	31,0	95,4	33
	NL	55,0	61,4	90
	G	196,0	269,2	72
	G	181,0	344,9	52
	L	29,0	93,0	31
	NL	141,0	226,5	62
	NL	75,0	80,5	93
	NL	139,0	153,8	90
	NL	83,0	103,0	80

Ainda analisando a Tabela 14, verificamos, que os 8 hospitais com valores acima de 110% pertencem somente aos Grupos I e II; no Grupo I (1 G, 2 L e 3 NL), os valores variaram de 118 a 223%, enquanto no Grupo II (2 NL), os valores foram de 132 a 182%. Quanto àqueles com índices de adequação abaixo de 90%, encontramos 12 nos hospitais no Grupo I (9 L e 3 NL), com valores entre 39 e 83%; 8 no Grupo II (1 G, 4 L e 3 NL), com valores entre 28 e 81%; 6 no Grupo III (3 G, 1 L e 2 NL), com valores de 33 a 84% e 5 no Grupo IV (2 G, 1 L e 2 NL) com valores de 31 a 80%.

Para melhor caracterizar os índices de adequação, nós os dividimos em níveis, que classificamos como:

$\leq$	50%	-	deficiente
51 -	89%	-	baixo
90 -	110%	-	adequado
>	110%	-	excessivo

Na Tabela 15 podemos observar que 5 hospitais (10,2%) encontram-se no nível "deficiente" ($\leq$ 50% da necessidade de funcionários), isto é, o pessoal existente no SND não chegou sequer à metade do pessoal esperado (I.P.T.). No nível de adequação "baixo" (de 51 a 89%), estão 26 hospitais (53,1%); portanto, a maioria dos hospitais estudados está com falta regular de pessoal em seus SND. Quanto ao nível de 90 - 110% (considerado "adequado"), encontramos apenas 10 hospitais (20,4%). Portanto, somente cerca da quinta parte dos hospitais de grande porte e de tamanho extra estudados, que se situam entre os de maior demanda na Capital, é que se enquadra no nível "adequado". Os 8 hospitais restantes, representando 16,3%, situam-se no nível acima de 110% de adequação.

TABELA 15 - Níveis de adequação referentes ao pessoal dos SND nos hospitais estudados, segundo o número de leitos e a finalidade da entidade mantenedora. São Paulo, março de 1983.

Nº DE LEITOS	FINALI- DADE	NÍVEIS DE ADEQUAÇÃO				T O T A L	
		Deficiente	Baixo	Adequado	Excessivo	Nº	%
I	G	-	-	1	1	2	4,1
	L	2	7	1	2	12	24,6
	NL	-	3	2	3	8	16,4
II	G	-	1	-	-	1	2,0
	L	1	3	1	1	6	12,2
	NL	-	3	2	1	6	12,2
III	G	-	3	-	-	3	6,1
	L	-	1	-	-	1	2,0
	NL	1	1	1	-	3	6,1
IV	G	-	2	-	-	2	4,1
	L	1	-	-	-	1	2,0
	NL	-	2	2	-	4	8,2
TOTAL		5	26	10	8	49	100,0
		(10,2)*	(53,1)	(20,4)	(16,3)	(100,0)	

* Os números entre parênteses referem-se ao percentual obtido em relação ao nº de hospitais estudados.

Pela Figura 1 podemos visualizar os hospitais adequados e os não adequados no que se refere ao pessoal do SND. Observamos que todos os hospitais com pessoal em excesso (acima de 110%) e grande parte dos hospitais com pessoal adequado (7 hospitais) pertencem aos Grupos I e II (número de leitos inferior a 350). Já os hospitais com nível "baixo" (51 - 89%) e nível "deficiente" ($\geq 50\%$) distribuíram-se pelos hospitais pertencentes aos quatro grupos.

Analisando os níveis de adequação em relação às entidades mantenedoras, notamos que os hospitais não lucrativos concentraram a maior parte dos hospitais com níveis "adequado", bem como aqueles com níveis considerados "excessivo". Quanto aos hospitais governamentais, 1 está no nível "adequado", 1 no "excessivo" e os 6 restantes enquadrando-se no nível "baixo". Dos 5 hospitais com níveis "deficiente", 4 são hospitais lucrativos. Isso sugere que os hospitais lucrativos estão mais voltados a outros setores que não o SND, uma vez que estes trabalham com um número reduzido de pessoal. Talvez fosse oportuno propor futuras investigações sobre a qualidade dos serviços oferecidos pelos SND.

5.3. FATORES INTERVENIENTES

Levando-se em consideração que apenas o número de funcionários do SND não é o único fator que pode influenciar a qualidade dos serviços prestados, procuramos identificar, nos hospitais estudados, outros fatores que poderiam justificar os resultados encontrados.

Os fatores apontados pelo Grupo de Trabalho¹⁷ da área hospitalar referem-se à planta física, equipamentos, qualidade do pessoal auxiliar, tipos de cardápio, sistema de

distribuição das refeições e sistema de higienização. Outros autores já haviam alertado para o mesmo problema; além de mencionarem esses mesmos fatores, advertiram que outros também poderiam influenciar, tais como: taxa de ocupação hospitalar, porcentagem de dietas modificadas, treinamento em serviço, jornada de trabalho e o tipo de serviço oferecido.^{13,18,46}

Esses fatores, que chamaremos de intervenientes, podem ser diretos e indiretos. Os primeiros, quando influem diretamente no número de pessoal necessário ao SND e os indiretos, quando dependem, principalmente, da qualidade do serviço.

Os fatores intervenientes diretos considerados foram: taxa de ocupação hospitalar, categoria do paciente internado, tipos de cardápio, sistema de distribuição das refeições e sistema de higienização dos utensílios.

Os fatores intervenientes estudados foram planta física, equipamentos e qualidade do pessoal.

5.3.1. FATORES INTERVENIENTES DIRETOS

5.3.1.1. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

A taxa de ocupação poderia ser um dos fatores que alguns autores creem interferir no número dos funcionários do SND.^{18,46} Apesar das flutuações que ocorrem na taxa de ocupação, os hospitais mantêm seu quadro de pessoal completo. Segundo Halter¹⁸, o tempo de serviço dos funcionários é usado mais eficientemente quando a taxa de ocupação é de 85% ou mais.

Na Tabela 16 podemos observar que a taxa de ocupação variou de 65 a 93% nos hospitais governamentais; de 60 a

94% nos hospitais lucrativos e de 60 a 99% nos hospitais não lucrativos. Calculamos os valores médios da taxa e encontramos para os hospitais governamentais, lucrativos e não lucrativos, respectivamente, 81%, 78% e 74%. Não é supérfluo lembrar que nossos dados referem-se ao período de um mês.

Analizando os hospitais quanto ao nível de adequação, encontramos nos hospitais "adequado" (90-110%) taxas de ocupação que variaram de 66% a 92%, sendo 2 no intervalo de 60% a 69%, 4 na de 70% a 79%, 2 na de 80% a 89% e 2 na de 90% a 100%. No grupo de hospitais com nível de adequação "deficiente" (abaixo de 50%), encontramos, paradoxalmente, as maiores taxas de ocupação hospitalar, que variaram de 80 a 99%, (1 hospital com valor de 80% e os demais acima de 90%). Os hospitais com nível "excessivo" (acima de 110%) apresentaram valores que variaram de 60% a 94%, sendo a maioria encontrada no intervalo de 70% a 79%. Os hospitais com nível "baixo" (de 51 - 89%) apresentaram-se assim distribuídos: 9 no intervalo de 60 a 69% da taxa de ocupação, 7 no de 70 a 79%, 5 no intervalo de 80% a 89% e 5 na de 90 a 100%.

Naqueles hospitais com índices de adequação de 132, 137 e 223%, foram encontradas taxas de ocupação ao redor de 70%, enquanto nos hospitais com índices de adequação ao redor de 30% (28, 31 e 33%) foram encontradas as maiores taxas de ocupação (91, 99 e 80%). Dos dados, observa-se não ter havido relação entre a taxa de ocupação e o número de pessoal existente nos SND.

TABELA 16 - Taxa de ocupação hospitalar, distribuição percentual da categoria do paciente nos hospitais estudados, segundo o número de leitos, a finalidade da entidade mantenedora e o índice de adequação. São Paulo, março de 1983.

Nº DE LEITOS	FINALIDADE	ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO (%)	TAXA DE OCUPAÇÃO (%)	CATEGORIA DO PACIENTE (%)			
				NAD. CONTR.	CONTRIB.	CONVENIOS	CONVEN. INAMPs
I	G	120	75	100	-	-	-
	G	103	80	100	-	-	-
	L	132	70	-	20	40	40
	L	66	80	-	8	8	84
	L	51	75	-	2	8	90
	L	46	94	-	7	20	73
	L	82	77	-	2	8	90
	L	39	90	-	2	-	98
	L	73	85	-	5	-	95
	L	137	70	-	10	30	60
	L	70	80	-	2	-	98
	L	92	80	-	9	21	70
	L	72	67	-	3	97	-
	L	81	77	-	15	15	70
	NL	81	60	10	5	15	70
	NL	129	66	2	18	73	7
	NL	223	70	-	23	72	5
	NL	118	60	-	5	5	90
	NL	92	90	-	2	8	90
	NL	92	69	-	8	22	70
	NL	83	60	29	-	34	37
	NL	71	67	-	5	25	70
II	G	63	80	100	-	-	-
	L	132	70	-	15	60	25
	L	74	60	-	7	-	93
	L	110	70	-	10	90	-
	L	74	90	-	8	42	50
	L	68	65	-	1	14	85
	L	28	91	-	10	10	80
	NL	182	94	10	10	80	-
	NL	81	85	10	15	25	50
	NL	92	95	-	20	80	-
	NL	106	73	-	25	25	50
	NL	72	60	-	5	25	70
	NL	54	79	-	1	37	62
III	G	68	90	100	-	-	-
	G	83	65	100	-	-	-
	G	61	93	100	-	-	-
	L	58	90	-	4	17	79
	NL	84	70	20	10	10	60
	NL	33	99	16	-	-	84
	NL	90	66	100	-	-	-
	NL	73	92	28	-	-	72
IV	G	52	75	98	-	-	2
	L	31	80	-	18	-	82
	NL	62	65	-	5	20	75
	NL	93	73	-	-	-	100
	NL	90	78	24	6	10	60
	NL	80	77	-	8	9	83

5.3.1.2. CATEGORIA DO PACIENTE INTERNADO

Segundo Passos,³³ o tipo de serviço oferecido pelo SND variará de acordo com o paciente atendido, preconizando serviços diferenciados para pacientes contribuintes, menos diferenciados para convênios diversos e paciente de convênio com Instituições de Previdência Social, (atualmente Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS) e um serviço mais simples para pacientes não contribuintes.

Em 5 hospitais estudados 4 governamentais e 1 não lucrativo, consideramos seus pacientes como não contribuintes, muito embora eles paguem indiretamente a assistência médico-hospitalar recebida: 2 deles são do INAMPS, 2 atendem a funcionários públicos (1 estadual e 1 municipal) e o último presta assistência aos policiais da reserva da Polícia Militar do Estado de São Paulo.

Procuramos verificar se as diferentes proporções dos vários tipos de pacientes internados atendidos pelos hospitais não contribuintes, contribuintes, convênios diversos, convênios INAMPS) fariam com que os SND fossem adequados ou não em pessoal. Observamos, ainda à Tabela 16, que a maioria dos hospitais governamentais atenderam 100% de pacientes não contribuintes; os hospitais lucrativos atenderam de 1 a 20 % de pacientes contribuintes, de 0 a 98% de pacientes dos convênios do INAMPS e pelos outros convênios atenderam de 0 a 97%. Os hospitais não lucrativos atenderam de 0 a 29% os não contribuintes (com exceção de um hospital que atende somente militares reformados de 0 a 25% os pacientes contribuintes, de 0 a 80% os pacientes oriundos de convênios diversos e os convênios com o INAMPS de 0 a 100%

Analisando os hospitais segundo o nível de adequação, vamos encontrar no nível "adequado", um percentual dos pacientes contribuintes de 0 a 25%, dos convênios diversos de 8 a 90% e dos convênios com o INAMPS uma variação de 50 a 100%, enquanto 2 hospitais atenderam 100% de pacientes não contribuintes (1 governamental e 1 não lucrativo). Com nível "deficiente" encontramos 16% de pacientes não contribuintes em 1 hospital, de 2 a 18% de pacientes contribuintes, de 10 a 20% oriundos de convênios diversos e do convênio com o INAMPS de 73 a 84%. Nos hospitais com nível "excessivo" encontramos três hospitais com pacientes não contribuintes: 2 não lucrativos (com 2 e 10%) e 1 governamental (100%); o percentual de pacientes contribuintes variou de 5 a 23%, o de pacientes com convênios diversos, de 30 a 80% e os dos convênios com o INAMPS, de 0 a 90%. Os hospitais com nível "baixo" apresentaram pacientes não contribuintes numa proporção de 90 a 100% nos hospitais governamentais e de 0 a 29% nos hospitais não lucrativos; a proporção dos contribuintes variou de 1 a 18% e a dos pacientes de convênios diversos, de 0 a 97% (hospitais lucrativos) e de 9 a 37% nos hospitais não lucrativos; quanto aos conveniados com o INAMPS, a proporção variou de 0 a 98%.

Podemos notar que na maioria daqueles hospitais onde o nível de adequação é superior a 110%, o atendimento é feito principalmente para pacientes contribuintes e pacientes conveniados com instituições outras que não o INAMPS. O inverso ocorre naqueles hospitais onde o nível de adequação do pessoal do SND é considerado "deficiente", ou seja, onde a maioria dos pacientes pertence ao convênio com o INAMPS. Queremos acrescentar que, na época da coleta de dados, observamos em hospitais que atendiam clientela em proporção supe-

rior a 60% de filiados ao INAMPS, que eram servidas a estes apenas 3 refeições diárias, enquanto aos pacientes contribuintes, 5 refeições ao dia. Talvez por esse motivo, o número de funcionários dos SND seja inferior ao que calculamos.

5.3.1.3. TIPOS DE CARDÁPIO

O cardápio determina o tipo de alimento a ser preparado, o equipamento e o pessoal necessário para sua confecção. Uma diversificação nos tipos de cardápio trará a necessidade de maior número de pessoal, equipamentos mais sofisticados, maior quantidade e variedade de alimentos.⁵⁰

Os cardápios deverão ser planejados dentro das normas nutricionais, adequando-os às necessidades dos indivíduos, aos seus hábitos alimentares e às suas condições de saúde. Também tem que se levar em conta os recursos financeiros disponíveis em cada instituição e o estilo do serviço.^{33,50}

À Tabela 17 podemos observar que os cardápios mais usados para a dieta normal eram do tipo popular. Dos 49 hospitais estudados, 33 serviços (67,3%) o utilizaram (7 G, 15 L e 11 NL), enquanto 9 (18,4%) utilizaram o tipo médio (1 G, 4 L e 4 NL); 5 hospitais (10,2%) utilizaram os três tipos de cardápio, simultaneamente (4 G e 1 L) e 2 (4,1%) utilizaram apenas o tipo luxo ou liberal (ambos NL).

Analisando os hospitais quanto ao índice de adequação do pessoal do SND, encontramos nos hospitais de nível "adequado" uma predominância dos cardápios do tipo popular, pois dos 10 hospitais, 7 usaram o popular, 1 o médio, 1 o liberal e 1 fornecia os três tipos de cardápio. Nos hospitais com nível "deficiente", todos usavam o tipo popular. Nesses hospitais com nível "excessivo", 3 forneciam os três ti-

pos de cardápio, 2 forneciam o tipo médio, 2 o tipo popular e 1 o tipo liberal. Nos hospitais com nível "baixo", 19 forneciam o cardápio popular, 6 o médio e 1 os três tipos.

Pelos resultados, podemos dizer que o tipo de cardápio representa um fator importante para o cálculo do pessoal necessário para o SND; quanto mais diversificado for, maior a necessidade de pessoal adequado para as várias preparações. PASSOS³³ dá exemplos de algumas preparações nos diversos cardápios a serem utilizados na dieta normal (já que as dietas modificadas requerem um planejamento à parte) e, segundo a Autora, um hospital, mesmo de grande porte, poderá ter condições de realizar um planejamento dos três tipos de cardápio ao dia e oferecer, assim, um serviço mais requintado.

Os hospitais com níveis "excessivos" foram aqueles que apresentaram maior variação nos tipos de cardápio, sendo o tipo popular encontrado em apenas 2 deles. É interessante notar que são todos hospitais dos Grupos I e II, portanto, hospitais de menor capacidade de leitos. Encontramos em apenas 1 hospital do Grupo IV, a utilização dos três tipos de cardápio. Além disso, nos hospitais de nível "adequado" foi onde encontramos o outro cardápio do tipo liberal e 1 fornecendo os três tipos de cardápio, o que vem reforçar que, para a utilização de vários tipos de cardápio ao dia, necessita-se de um número de funcionários adequado à diversificação na produção.

TABELA 17 - Tipos de cardápio, sistema de distribuição das refeições e o sistema de higienização dos utensílios nos hospitais estudados, segundo o número de leitos, a finalidade da entidade mantenedora e o índice de adequação. São Paulo, março de 1983.

Nº DE LEITOS	FINALIDADE	ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO (%)	TIPOS DE CARDÁPIO				SISTEMA DISTRIBUIÇÃO			SISTEMA HIGIENIZAÇÃO	
			POPULAR	MÉDIO	LIBERAL/LUXO	OS TRÊS	CENTRALIZADO	DESCENTR.	MISTO	CENTRALIZADO	DESCENTR.
I	G	120	X	-	-	-	X	-	-	-	X
	G	103	X	-	-	-	-	-	X	-	X
	L	132	X	-	-	-	X	-	-	-	X
	L	66	X	-	-	-	-	-	X	-	X
	L	51	-	X	-	-	X	-	-	-	X
	L	46	X	-	-	-	-	-	X	X	-
	L	82	X	-	-	-	-	X	-	-	X
	L	39	X	-	-	-	X	-	-	-	X
	L	73	X	-	-	-	-	X	-	-	X
	L	137	-	X	-	-	-	-	X	-	X
	L	70	X	-	-	-	-	-	X	X	-
	L	92	X	-	-	-	-	X	-	-	X
	L	72	-	X	-	-	-	-	X	-	X
	L	81	X	-	-	-	-	-	X	-	X
	NL	81	X	-	-	-	X	-	-	X	-
	NL	129	-	-	X	-	X	-	-	X	-
	NL	223	-	-	-	X	-	X	-	-	X
	NL	118	-	X	-	-	-	X	-	X	-
	NL	92	X	-	-	-	X	-	-	X	-
	NL	92	X	-	-	-	-	-	X	-	X
	NL	83	X	-	-	-	-	X	-	-	X
	NL	71	X	-	-	-	-	X	-	-	X
II	G	63	X	-	-	-	-	X	-	-	X
	L	132	-	-	-	X	X	-	-	-	X
	L	74	X	-	-	-	-	X	-	-	X
	L	110	-	X	-	-	X	-	-	-	X
	L	74	X	-	-	-	X	-	-	-	X
	L	68	X	-	-	-	-	X	-	-	X
	L	28	X	-	-	-	-	-	X	-	X
	NL	182	-	-	-	X	X	-	-	X	-
	NL	81	-	X	-	-	-	-	X	-	X
	NL	92	-	-	X	-	-	-	X	-	X
	NL	106	X	-	-	-	-	-	X	X	-
	NL	72	-	X	-	-	-	-	X	X	-
	NL	54	-	-	-	X	-	-	X	X	-
III	G	68	X	-	-	-	X	-	-	-	X
	G	83	X	-	-	-	-	X	-	-	X
	G	61	X	-	-	-	-	-	X	-	X
	L	58	X	-	-	-	-	-	X	-	X
	NL	84	X	-	-	-	X	-	-	-	X
	NL	33	X	-	-	-	-	-	X	X	-
IV	NL	90	X	-	-	-	-	X	-	X	-
	G	72	X	-	-	-	-	-	X	X	-
	G	52	-	X	-	-	-	X	-	-	X
	L	31	X	-	-	-	-	X	-	X	-
	NL	62	X	-	-	-	-	-	X	-	X
	NL	93	X	-	-	-	-	X	-	-	X
	NL	90	-	-	-	X	-	X	-	-	X
	NL	80	-	X	-	-	-	-	X	-	X
T O T A L			33	9	2	5	13	15	21	14	35

5.3.1.4. SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DAS REFEIÇÕES E SISTEMA DE HIGIENIZAÇÃO

Um bom sistema de distribuição é aquele que permite que o alimento preparado chegue ao seu destino no menor tempo possível, apresentando-se tal qual saiu do setor de preparo. A maioria dos serviços procura sempre a melhor maneira de preservar a qualidade do produto final (supondo-se, claro, ter usado matéria prima de boa qualidade). Cada qual procura adaptar seus equipamentos às necessidades do serviço, quer se utilizando de carros térmicos de prateleiras, carros térmicos com recipientes (cada qual para 50 porções), pratos térmicos (baixelas) ou pratos descartáveis; o objetivo é sempre o mesmo: oferecer ao paciente um alimento com características que o tornem aceitável e que preencha sua finalidade.

Essencialmente, existem dois sistemas de distribuição de refeições: o centralizado e o descentralizado. Enquanto o primeiro requer maior supervisão do nutricionista no setor de preparo - distribuição, o descentralizado requer maior supervisão na unidade de internação.⁵⁰

O sistema de distribuição descentralizado seria mais eficiente, segundo Passos,³³ se pudesse contar com um nutricionista na supervisão das unidades de internação (copas); quando isso não for possível, o problema pode ser solucionado com um sistema de distribuição misto, onde as dietas modificadas vêm prontas e identificadas do setor de cozinha dietética (sistema centralizado) e a dieta normal vem no carro térmico (sistema descentralizado), sendo o porcionamento feito nas unidades de internação (copa).

O sistema de higienização dos utensílios, segundo Passos³³, segue o mesmo sistema de distribuição das refeições. Para a Autora, no sistema centralizado de distribuição não

existem copas nas unidades de internação, necessitando, portanto, que a lavagem dos utensílios se dê em uma copa central, geralmente anexada ao refeitório no próprio SND; a execução da lavagem caberá a funcionários do setor de lavagem de louça. No sistema descentralizado de distribuição, as copeiras lavarão os utensílios nas copas das unidades de internação.

À Tabela 17 podemos observar que o sistema misto de distribuição foi o mais utilizado pelos hospitais estudados pois, dos 49, 21 (42,9%) o empregavam; 15 (30,6%) utilizavam o sistema descentralizado e 13 (26,5%) o centralizado. O sistema de higienização dos utensílios descentralizado foi o mais utilizado pois, dos 49 hospitais, 35 (71,5%) o utilizavam e 14 (28,5%) utilizavam o centralizado.

Analisando o sistema de distribuição dos hospitais segundo o índice de adequação do pessoal do SND, verificamos que dos 10 hospitais com nível "adequado" 4 utilizavam o sistema misto, 4 o sistema descentralizado e 2 o sistema centralizado. Quanto à higienização nesses 10 hospitais, verificamos que o sistema descentralizado foi usado por 8 hospitais (inclusive um que usava sistema centralizado de distribuição). Nos 5 hospitais com nível "deficiente" encontramos 1 com sistema centralizado de distribuição, 1 com descentralizado e os demais com sistema misto. Quanto à higienização dos utensílios, 3 deles utilizavam o sistema centralizado e 2 o descentralizado. O único hospital que utilizava o sistema centralizado de distribuição, também usava o centralizado para higienização dos utensílios. Nos 8 hospitais com nível "excessivo", 5 utilizavam o sistema centralizado de distribuição dos alimentos, 2 o sistema descentralizado e 1 o sistema misto. Quanto à higienização, 3 hospitais usavam o sistema centralizado e 5 o descentralizado. Quanto aos 26 hospitais

com nível "baixo", 13 utilizavam o sistema misto, 8 utilizavam o sistema descentralizado e 5 o sistema centralizado. Quanto à higienização, o sistema mais utilizado foi o descentralizado (21 hospitais). Dos 5 hospitais que utilizavam o sistema centralizado de distribuição, apenas um utilizou o sistema centralizado de higienização; os demais utilizavam o sistema descentralizado.

Portanto, nem todos os hospitais que empregavam o sistema centralizado de distribuição, usavam o sistema centralizado de higienização; o inverso também se verificou. Os hospitais que utilizavam sistema centralizado para distribuição e higienização eram dos Grupos I e II e só um deles tinha nível de adequação de pessoal classificado como "excessivo".

5.3.2. FATORES INTERVENIENTES INDIRETOS

5.3.2.1. PLANTA FÍSICA

Segundo alguns autores,^{25,50} a área física teria que ser planejada levando-se em consideração: o número de refeições servidas, o tipo de serviço, a quantidade e o tipo de equipamentos, o número de pessoal a ser requisitado, o espaço para o armazenamento dos alimentos e uma área suficiente para o preparo e distribuição dos alimentos.

A área física teria que ser suficiente para propiciar um bom fluxograma do serviço, sem haver estrangulamento em algum setor, proporcionando escoamento rápido do alimento preparado.

Sabemos dos problemas que muitos hospitais enfrentam no momento, pois foram construídos em épocas onde não ha

via padrões e normas oficiais de construção para a área física do SND. Procuramos, então, cotejar os valores encontrados nos hospitais estudados com os padrões existentes.

. SND

Verificamos (Tabela 18) que, quanto ao elemento SND, 21 hospitais (42,8%) estão dentro do padrão recomendado e 28 (57,1%) fora; desses 21 hospitais, 10 são do Grupo I, 5 do Grupo II, 4 do Grupo III e 2 do Grupo IV. Em relação à finalidade da entidade mantenedora, 7 são governamentais, 3 lucrativos e 11 não lucrativos.

Analisando os hospitais segundo o índice de adequação, vamos encontrar, dos 10 hospitais "adequado", apenas a metade dentro do padrão recomendado. Quanto aos 5 hospitais com níveis "deficiente", só um alcançou esse padrão. Nos 8 hospitais com níveis "excessivo", 6 estão dentro do padrão recomendado. Dos 26 hospitais com níveis "baixo", apenas 9 estão dentro do padrão recomendado.

Notamos uma grande diversidade entre as metragens dos SND, não só entre os hospitais pertencentes ao mesmo grupo, como também entre as diferentes entidades mantenedoras dentro do mesmo grupo, talvez pela dificuldade de padronização e determinação de padrões mínimos que havia por ocasião de suas construções. O padrão de $1m^2$ por leito foi ultrapassado pela maioria dos hospitais governamentais.

. Despesa

Utilizamos a única recomendação oficial publicada, $20 m^2$ * para todos os grupos estudados. Consideramos a área física da despesa e não computamos a área física do depósito, existente em muitos SND.

* Código de Edificação de Obras. Lei Municipal nº 8266, de 20/06/1972, do Município de São Paulo.

TABELA 18 - Comparação entre os elementos da planta física e os padrões recomendados* nos hospitais estudados, segundo o número de leitos, a finalidade da entidade mantenedora e o índice de adequação. São Paulo, março de 1983.

Nº DE LEITOS	FINALIDADE	ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO (%)	ELEMENTOS DA PLANTA FÍSICA (ÁREA FÍSICA M ²)				
			SND	DESPENSA	REFEITÓRIO	SECRETARIA	COPA/U.I.**
			REAL	REAL	REAL	REAL	REAL
I	G	120	450	42	88	18	15
	G	103	292	23	56	28	14
	L	132	217	8	58	6	9
	L	66	64	10	43	4	4
	L	51	100	18	66	22	13
	L	46	187	9	33	8	9
	L	82	91	12	24	14	11
	L	39	116	6	67	10	14
	L	73	119	7	67	9	20
	L	137	176	21	35	4	15
	L	70	127	32	37	13	-
	L	92	90	20	105	8	8
	L	72	357	20	47	12	19
	L	81	82	6	71	-	8
	NL	81	270	31	132	8	6
	NL	129	348	24	135	28	16
	NL	223	438	45	108	10	11
	NL	118	442	35	60	11	18
	NL	92	120	-	82	-	13
	NL	92	444	24	96	16	20
	NL	83	175	7	72	7	14
	NL	71	86	15	-	7	17
II	G	63	210	23	87	16	7
	L	132	283	29	90	20	8
	L	74	120	12	16	-	10
	L	110	271	47	85	24	12
	L	74	236	35	69	5	10
	L	68	133	5	64	2	6
	L	28	121	32	58	13	11
	NL	182	511	19	86	13	12
	NL	81	174	14	31	16	15
	NL	92	385	52	130	17	7
	NL	106	288	54	120	6	20
	NL	72	129	7	70	7	9
	NL	54	570	40	240	17	12
III	G	68	642	25	220	86	11
	G	83	473	20	103	46	6
	G	61	630	22	565	45	22
	L	58	98	16	55	-	4
	NL	84	183	22	144	7	8
	NL	33	358	20	42	7	12
	NL	90	746	24	203	25	21
IV	G	72	1675	20	297	167	15
	G	52	2219	82	451	133	25
	L	31	161	36	202	7	15
	NL	62	864	54	365	53	18
	NL	93	398	20	80	23	21
	NL	90	770	103	255	40	26
	NL	80	531	36	320	24	30
TOTAL	DENTRO DO PADRÃO	Nº	21	32	26	32	41
		%	(42,0)	(65,3)	(53,1)	(65,3)	(83,7)
	ABAIXO DO PADRÃO	Nº	28	17	23	17	8
		%	(57,1)	(34,7)	(46,9)	(34,7)	(16,3)

* Padrão recomendado descrito na metodologia.

. valor real abaixo do padrão recomendado.

** U.I. = Unidade de Internação.

Dos 32 hospitais (65,3%) (Tabela 18) dentro do padrão recomendado, 11 são do Grupo I, 8 do Grupo II, 6 do Grupo III e 7 do Grupo IV. Considerando a finalidade da entidade mantenedora, encontramos 8 hospitais governamentais, 9 lucrativos e 15 não lucrativos.

Segundo o índice de adequação, vamos encontrar nos 10 hospitais "adequado", 9 dentro do padrão recomendado. Dos 5 hospitais com nível "deficiente", 3 atingiram o padrão recomendado. Nos 8 hospitais com nível "excessivo", 6 alcançaram o padrão. Nos 26 hospitais com nível "baixo", encontramos 14 dentro do padrão. Houve uma grande variedade nas metragens, desde aqueles que não atingiram o padrão até aqueles que o ultrapassaram em 5 vezes seu valor. Cremos que esse padrão talvez seja insuficiente para hospitais com mais de 350 leitos, porque não atende a necessidade de espaço adequado para o armazenamento dos alimentos.

. Refeitório

No elemento refeitório surgiram dúvidas quanto à metragem recomendada pela Ministério da Saúde,³¹ , pois se fôssemos aplicá-la na íntegra, não encontraríamos nenhum Serviço de Nutrição e Dietética dentro desse padrão. Pensando assim, adotamos o critério de $1m^2$ por comensal e por turno, que é o preconizado na CLT.¹¹

À Tabela 18 podemos observar que 26 hospitais (53,1%) estudados alcançaram o padrão recomendado e 23 (46,9%) não o atingiram. Desses 26, 15 são do Grupo I, 5 do Grupo II, 3 do Grupo III e 3 do Grupo IV. Quanto à finalidade da entidade mantenedora, 1 é governamental, 10 são lucrativos e 15 não lucrativos.

Analisando hospitais quanto ao índice de adequação, encontramos nos 10 hospitais "adequado", 6 que alcançaram o padrão; dos 5 hospitais com nível "deficiente", 2 alcançaram o padrão; nos 8 hospitais com nível "excessivo", 4 atingiram o padrão. Dos 26 hospitais com nível "baixo", encontramos 14 dentro do padrão.

Apesar de adotarmos para o elemento refeitório o sistema por turnos,¹¹ muitos hospitais não atingiram esse padrão (7 G, 10 L e 6 NL), e 1 deles não tinha sequer esse elemento. Pela CLT* é obrigatória a existência de refeitório em todo estabelecimento onde trabalhem mais de 300 funcionários, para seu conforto na hora das refeições.

. Secretaria

Não existe nenhuma recomendação oficial para secretaria. Utilizamos a metragem de 8 m^2 ³¹ (para encarregada do Lactário) que é insuficiente; no entanto, poderá caracterizar os hospitais que possuem esse elemento.

À Tabela 18 podemos verificar que 32 hospitais (65,3%) alcançaram o padrão e 17 (34,7%) não o atingiram; desses 32 hospitais, 15 são do Grupo I, 8 do Grupo II, 3 do Grupo III e 6 do Grupo IV. Segundo a entidade mantenedora, 8 deles são governamentais, 11 lucrativos e 13 não lucrativos.

Analisando os hospitais quanto ao índice de adequação, vamos encontrar 7 hospitais dentro dos padrões recomendados, dos 10 hospitais considerados "adequado". Nos hospitais com nível "deficiente", 3 alcançaram o padrão. Dos 8 hospitais com nível "excessivo", 6 alcançaram o padrão recomendado. E dos hospitais com nível "baixo", encontramos 16.

* Portaria nº 13, de 6 de junho de 1972. Dispõe sobre a instalação de refeitórios. (D.O.U. 7/7/1972).

Apesar do padrão ser destinado a hospitais com até 150 leitos, 17 hospitais não o atingiram. Observamos que os hospitais governamentais acima de 350 leitos foram os que apresentaram a maior área física para esse elemento.

. Copa (unidade de internação)

Pelo Ministério da Saúde³¹ a área destinada à copa específica que se destina a hospitais de até 150 leitos e o Código de Obras da Prefeitura de São Paulo*, embora adotando a mesma metragem nem se refere à capacidade de leitos do hospital.

Embora alguns autores, como PASSOS³³ considerem que no sistema de distribuição centralizado não haveria necessidade de existência de copas nas unidades de internação, encontramos na maioria dos hospitais com serviço centralizado, copas nas unidades de internação.

Observamos à Tabela 18 que 41 hospitais (83,6%) alcançaram o padrão recomendado, enquanto 8 (16,3%) não o atingiram. Desses 41 hospitais, 19 são do Grupo I, 10 do Grupo II, 5 do Grupo III e 7 do Grupo IV. Quanto à finalidade da entidade mantenedora, esses hospitais estão assim distribuídos: 6 G, 16 L e 19 NL.

Analisando os hospitais quanto ao índice de adequação, encontramos, dos 10 hospitais com nível "adequado", 9 hospitais dentro dos padrões recomendados. Nos 5 hospitais com nível "deficiente", todos apresentaram-se dentro do padrão; o mesmo ocorreu com todos os hospitais com nível "excessivo". Dos 26 hospitais com nível "baixo", encontramos 19 hospitais dentro das recomendações.

* Código de Edificações de Obras: Lei Municipal nº 8266, de 20 de junho de 1975.

Embora a área física possa não influenciar a qualidade do serviço, ela é de extrema importância para possibilitar um bom fluxograma, ocasionando bom rendimento do trabalho. Pelo que vimos, os elementos SND e refeitório foram os que tiveram maior proporção de casos fora dos padrões, mesmo entre os hospitais com níveis de pessoal "adequado" e "excesivo".

5.3.2.2. EQUIPAMENTOS

Este trabalho não tem a intenção de generalizar a quantidade e o tipo de equipamentos necessários para o Serviço de Nutrição e Dietética, mas sim observar se eles têm alguma influência no cálculo do dimensionamento de pessoal.

As necessidades de equipamentos irão variar com os tipos de cardápio a serem servidos, a forma como os alimentos serão preparados, o número e o tipo de comensais, o estilo do serviço, o número de horas/homem disponíveis e os recursos financeiros que dispõem as instituições.^{25,50}

Para verificar esse elemento da qualidade do serviço, valemo-nos de padrões oficiais³⁰ e aqueles não oficiais^{29,33} que podem ser considerados apenas recomendações. Há equipamentos que podem ser classificados como básicos, que deverão estar presentes em todos os serviços, havendo apenas variação no número e na capacidade dos mesmos, na dependência do porte dos hospitais.

Na Tabela 19 poderemos observar que os equipamentos mais freqüentes encontrados nos hospitais estudados foram: extrator de sucos (91,8%) — 4 serviços não o possuíam; cortador de frios (81,6%) — 9 serviços não o possuíam; descascador de tubérculos (81,6%) — 6 não os têm no serviço e 3

TABELA 19 - Comparação dos equipamentos existentes com as recomendações* nos hospitais estudados, segundo a entidade mantenedora, o número de leitos e o índice de adequação.
São Paulo, março de 1983.

Nº DE LEITOS	FIMA-LIDA-DE	ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO (%)	BALANÇA DE CARGA	BALANÇA DE MESA	BALÇO DE PLATAFORMA	CÂMARA FRIGORÍFICA	CONGELADOR**	DESCASCADOR DE TUBÉRCULOS	PICADOR** (MAQ. UNIVERSAL)	MOEDOR DE CARNE (INDUSTRIAL)	FOGÃO A GÁS (DOMESTICO)**	FOGÃO A GÁS (INDUSTRIAL)	FORNO ELÉTRICO	CADEIRAO GAS/VAPOR	CONJUNTO (PANELAS) BASCULANTE
			REAL (kg)	REAL (kg)	REAL (kg)	REAL (m³)	REAL (m³)	REAL (ud)	REAL (ud)	REAL (ud)	REAL (queim)	REAL (queim)	REAL (câmara)	REAL (litro)	REAL (litro)
I	G	120	1(200)	2(10)	2(250)	3(43)	-	1	-	-	-	2(10)	1(9)	5(200)	1(100)
	G	103	1(500)	2(25)	2(250)	3(25)	1(0,7)	1	-	1	-	2(8)	-	4(200)	2(100)
	L	132	1(500)	1(50)	2(250)	2(28)	-	1	-	-	-	2(7)	-	-	1(120)
	L	66	1(100)	1(15)	1(250)	2(22)	-	1	-	1	1(4)	1(8)	-	-	-
	L	51	-	1(30)	-	2(23)	-	1	-	-	-	1(12)	-	-	-
	L	46	1(200)	1(20)	-	1(5)	1(0,8)	1	-	-	-	2(8)	-	-	-
	L	87	1(200)	1(15)	-	1(9)	-	1	-	1	-	2(8)	-	-	-
	L	39	1(100)	-	1(250)	-	1(3,3)	1	-	1	-	1(8)	-	3(100)	-
	L	73	1(200)	2(10)	-	2(18)	-	1	-	1	-	2(7)	1(2)	3(250)	-
	L	137	1(200)	1(20)	1(250)	2(24)	1(0,8)	-	-	1	-	2(7)	-	2(100)	1(130)
	L	70	1(200)	1(15)	-	-	1(0,7)	-	-	-	1(6)	-	-	-	-
	L	92	-	2(30)	-	2(6)	-	1	-	-	-	1(8)	-	2(100)	1(80)
	L	72	-	1(20)	1(250)	-	1(0,7)	1	-	-	-	1(8)	-	2(250)	-
	L	81	1(200)	1(10)	-	-	-	-	-	1	-	2(9)	-	-	-
	NL	81	-	-	-	2(20)	-	1	-	1	-	1(6)	2(4)	2(100)	-
	NL	129	1(100)	2(7)	-	3(31)	1(0,8)	1	-	-	-	4(7)	-	-	-
	NL	223	1(200)	1(5)	1(250)	2(26)	-	1	-	-	-	3(6)	1(2)	3(200)	1(110)
	NL	118	1(100)	1(20)	2(250)	3(42)	-	1	-	1	-	3(4)	-	3(200)	1(140)
	NL	92	-	1(50)	-	1(8)	1(0,8)	1	-	1	-	2(8)	-	-	-
	NL	92	1(500)	1(10)	1(250)	2(14)	-	1	-	1	-	2(5)	-	-	1(140)
	NL	83	1(200)	1(30)	-	2(25)	1(0,8)	-	-	1	-	2(5)	-	-	-
	NL	71	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2(6)	-	2(100)	1(120)
II	G	63	1(300)	3(60)	1(250)	3(33)	1(0,8)	2	1	-	-	2(8)	1(3)	2(200)	1(100)
	L	132	2(400)	2(5)	-	3(20)	1(0,8)	2	1	-	-	1(8)	1(2)	3(100)	1(100)
	L	74	-	1(15)	-	-	1(0,8)	1	1	-	-	2(8)	-	-	-
	L	110	1(500)	1(90)	1(250)	4(22)	2(1,5)	1	-	-	-	2(9)	1(4)	4(200)	1(40)
	L	74	1(200)	-	1(250)	-	1(0,8)	1	1	1	-	2(9)	-	2(200)	-
	L	68	1(200)	1(25)	1(200)	2(10)	-	-	-	-	-	1(10)	-	1(100)	-
	L	28	-	1(100)	1(250)	2(10)	-	-	-	1	-	2(5)	1(3)	-	-
	NL	182	1(500)	2(40)	3(200)	4(76)	-	1	-	1	-	2(9)	1(3)	4(250)	2(100)
	NL	81	1(200)	1(30)	1(200)	2(31)	-	1	-	1	-	1(10)	-	4(100)	1(130)
	NL	92	1(200)	-	1(500)	3(10)	3(2,4)	1	1	-	-	2(6)	1(3)	2(200)	1(130)
	NL	106	1(200)	1(10)	-	2(26)	-	2	1	-	-	2(8)	1(3)	4(100)	1(110)
	NL	72	1(100)	1(20)	1(300)	2(34)	-	1	-	1	-	3(7)	-	1(50)	-
	NL	54	1(300)	1(10)	-	2(42)	-	1	-	-	-	3(9)	1(2)	-	-
III	G	68	2(300)	3(25)	-	3(47)	-	2	1	1	-	2(8)	2(3)	6(200)	2(200)
	G	83	2(200)	3(20)	2(300)	3(44)	-	2	1	-	-	2(8)	1(3)	4(100)	1(160)
	G	61	2(500)	1(5)	6(250)	6(76)	-	2	-	1	-	2(8)	2(3)	5(400)	1(200)
	L	58	-	1(30)	-	2(13)	-	1	-	-	-	2(8)	-	3(300)	-
	NL	84	1(500)	1(20)	-	2(33)	-	1	-	-	-	3(6)	-	2(100)	2(200)
	NL	33	1(200)	1(20)	-	3(21)	-	1	1	1	-	1(5)	-	2(100)	1(60)
IV	NL	90	1(300)	3(10)	2(500)	4(52)	-	1	-	-	-	2(8)	4(3)	5(300)	2(130)
	G	73	4(500)	4(130)	7(1500)	3(55)	-	3	1	2	-	6(18)	1(2)	7(600)	4(100)
	G	52	3(500)	3(30)	9(3500)	7(199)	-	1	-	-	-	2(5)	3(3)	9(400)	5(130)
	L	31	2(300)	1(25)	1(300)	2(50)	-	1	-	1	-	2(4)	1(3)	5(250)	1(70)
	NL	62	3(250)	3(5)	3(200)	3(95)	-	3	1	2	-	6(28)	3(2)	9(500)	1(110)
	NL	93	2(300)	1(20)	2(250)	3(19)	-	1	1	1	-	3(6)	2(2)	3(100)	1(130)
	NL	90	1(500)	5(130)	2(250)	3(49)	-	3	1	1	-	2(7)	2(3)	8(500)	2(160)
	NL	90	1(200)	1(25)	2(200)	4(45)	-	2	1	1	-	3(8)	-	5(300)	1(140)
	NL	90	1(200)	1(25)	2(200)	4(45)	-	2	1	1	-	3(8)	-	5(300)	1(140)
TOTAL DENTRO DA RECOMENDAÇÃO			Nº 24 (49,0)	21 (42,9)	21 (42,9)	9 (18,4)	8 (22,8)	40 (81,6)	14 (51,9)	27 (55,1)	49 (80)	37 (75,5)	17 (34,7)	17 (34,7)	23 (46,9)
ABAIXO DA RECOMENDAÇÃO			Nº 25 (51,0)	28 (57,1)	28 (57,1)	40 (81,6)	27 (77,2)	9 (18,4)	13 (48,1)	22 (44,9)	21 (91,8)	12 (24,5)	32 (65,3)	32 (65,3)	26 (53,1)

* Recomendação descrita na metodologia

** Congelador, picador, fogão doméstico, descritos na metodologia

. Valor real abaixo da recomendação ou não existência do equipamento.

(Continua)

TABELA 19 (Continuação)

Nº DE LEITOS	FINALI- DADE	ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO (%)	BIFETEIRA**	FRITADEIRA** ELÉTRICA	BARHO-MARIA	CORTADOR DE FRIGOS	BATEDEIRA ELÉTRICA	LIQUIDIFICADOR INDUSTRIAL	LIQUIDIFICADOR DOMESTICO	EXTRATOR DE SUCOS	CAFETEIRA	CARRO TÉRMICO	CARRO FRATELEIRA	BALCÃO TÉRMICO	TRITURADOR DE RESÍDUOS	MÁQUINA DE LAVAR LOUÇA	
			REAL (ud)	REAL (ud)	REAL (ud)	REAL (ud)	REAL(ud)	REAL (ud)	REAL (ud)	REAL (ud)	REAL (ud)	REAL (litro)	REAL (ud)	REAL (ud)	REAL(ud)	REAL (ud)	REAL (ud)
I	G	120			-	1	1(20)	1(6)	2(1,5)	2	2 1(30) 1(50)	5	12	1	1	1	
	G	103			2	1	1(30)	2(6)	-	1	1(50)	7	10	1	-	1	
	L	132			1	1	-	1(6)	-	1	-	4	9	1	-	-	
	L	66			-	1	-	1(6)	1(1,5)	1	-	2	3	1	-	-	
	L	51			-	-	-	1(8)	-	1	-	4	1	1	-	-	
	L	46			-	1	-	-	1(1,5)	1	-	4	4	1	-	1	
	L	82			-	-	-	2(6)	-	1	-	4	4	-	-	-	
	L	39			-	-	-	1(6)	-	1	-	2	3	1	-	-	
	L	73			-	1	1(20)	1(6)	1(1,5)	1	-	4	9	1	-	-	
	L	137			1	1	1(20)	1(6)	-	2	-	2	4	1	-	1	
	L	70			-	-	1(20)	1(6)	-	1	1(30)	4	3	-	-	-	
	L	92			1	1	-	3(15)	1(1,5)	1	-	1	2	1	-	-	
	L	72			-	1	-	1(15)	-	1	1(50)	2	2	-	-	1	
	L	81			-	1	-	1(12)	-	1	-	3	3	1	-	-	
	NL	81			-	1	1(15)	1(6)	1(1,5)	1	1(30)	-	6	1	1	1	
	NL	129			-	1	2(20)	3(6)	3(1,5)	1	-	10	5	1	1	1	
	NL	223			1	1	1(20)	1(6)	-	2	1(50)	5	2	1	2	1	
	NL	118			1	-	-	1(6)	2(1,5)	1	-	8	-	-	-	-	
	NL	92			-	1	-	-	2(1,5)	1	-	2	-	-	-	-	
	NL	92			1	1	1(20)	-	1(1,5)	1	1(50)	2	2	-	-	1	
	NL	83			-	1	-	1(6)	-	1	1(30)	2	2	1	-	-	
	NL	71			1	-	1(20)	-	1(1,5)	-	-	3	2	-	-	-	
II	G	63		2	-	1	1(20)	2(6)	1(1,5)	2	-	3	3	1	-	1	
	L	132		2	8	1	1(40)	1(6)	3(1,5)	2	1(30)	10	5	1	2	-	
	L	74		-	-	1	-	1(6)	-	1	1(30)	7	-	-	-	-	
	L	110		-	-	1	1(20)	1(6)	2(1,5)	1	1(50)	11	3	1	4	1	
	L	74		1	2	-	1(20)	1(6)	1(1,5)	1	-	7	2	1	-	-	
	L	68		-	1	1	1(20)	1(6)	1(1,5)	-	-	3	5	1	-	-	
	L	28		-	2	-	-	1(6)	1(1,5)	-	-	2	2	1	-	-	
	NL	182		1	-	1	1(20)	3(15)	6(1,5)	1	-	10	7	-	-	1	
	NL	81		-	-	1	-	1(20)	-	1	1(50)	3	8	1	1	1	
	NL	92		1	2	1	1(20)	2(6)	1(1,5)	2	1(50)	6	8	1	-	1	
	NL	106		2	1	1	1(20)	1(10)	1(1,5)	3	1(30)	7	5	1	6	1	
	NL	72		1	1	1	1(20)	1(6)	-	1	-	3	5	1	-	-	
	NL	54		-	-	1	1(20)	1(6)	1(1,5)	1	-	4	4	-	-	-	
III	G	68		-	-	1	1(40)	2(20)	1(1,5)	2	-	13	17	1	-	1	
	G	83		-	1	-	1(20)	3(10)	-	-	1(50)	9	12	1	-	1	
	G	61		-	-	2	1(40)	1(6)	3(1,5)	1	2 1(50) 1(30)	9	8	2	-	2	
	L	58		-	-	-	1(20)	-	1(1,5)	1	2 1(50) 1(30)	4	6	1	-	-	
	NL	84		-	-	-	1(20)	1(6)	1(1,5)	1	-	2	5	1	-	1	
	NL	33		-	-	1	1(20)	1(6)	2(1,5)	1	1(100)	5	5	1	-	1	
	NL	90		-	-	1	2(20)	1(6)	3(1,5)	2	2 1(100) 1(30)	14	15	1	-	1	
IV	G	73		1	2	1	1(40)	3(15)	2(1,5)	1	1(50)	19	39	1	1	1	
	G	52		-	4	1	1(40)	1(10)	1(1,5)	1	1(50)	38	43	1	-	1	
	L	31		-	-	1	-	1(6)	-	1	1(100)	9	9	-	-	1	
	NL	62	1	2	2	1	4 1(40) 3(20)	-	3(1,5)	3	2(100)	28	60	1	-	1	
	NL	93		1	-	1	1(50)	1(6)	-	1	2 1(100) 1(50)	13	7	1	1	1	
	NL	90		1	2	1	2(20)	1(20)	5(1,5)	2	2 1(100) 1(50)	24	2	1	1	1	
	NL	80	1	2	-	1	1(40)	3(6)	3(1,5)	1	3(100)	8	28	-	-	-	
TOTAL	DENTRO DA RECOMENDAÇÃO		Nº X	2 (14,3)	11 (40,7)	21 (42,9)	40 (81,6)	23 (46,9)	23 (46,9)	9 (18,4)	45 (91,8)	24 (49,0)	32 (65,3)	33 (67,4)	37 (75,5)	8 (16,3)	27 (55,1)
	ABAIXO DA RECOMENDAÇÃO		Nº X	12 (85,7)	16 (59,3)	28 (57,1)	9 (18,4)	26 (53,1)	26 (53,1)	40 (81,6)	4 (8,2)	25 (51,0)	17 (34,7)	16 (32,6)	12 (24,5)	41 (83,7)	22 (44,9)

* Recomendação descrita na metodologia

** Bifeteira, fritadeira, descritos na metodologia

. Valor real abaixo da recomendação ou não existência do equipamento.

não atingiram a recomendação; fogão a gás industrial (75,5%) — 12 serviços não alcançaram a recomendação; balcão térmico (cafeteria) — (75,5%) — 12 serviços não o têm; carro de prateleira (67,3%) — 3 serviços não o têm e 13 não alcançaram a recomendação; carro térmico (65,0%) — 1 serviço não o tem e 16 não atingiram a recomendação; liquidificador industrial (46,9%) — 5 serviço não o têm e 21 não alcançaram a recomendação; cafeteira (49,0%) — 23 serviços não a têm e 3 não atingiram a recomendação; balança de carga (49,0%) — 9 serviços não a têm e 16 não alcançaram a recomendação; liquidificador doméstico (46,9%) — 5 não o têm e 21 não alcançaram a recomendação.

Os equipamentos menos freqüentes dentro dessas recomendações foram: bifeteira (14,3%), triturador de lixo (16,3%), liquidificador doméstico (18,4%), câmara frigorífica (18,4%), congelador (22,8%), caldeirão a vapor/gás (34,7%).

Observamos uma variação entre alguns equipamentos existentes, segundo a capacidade dos hospitais; enquanto os hospitais do Grupo I foram os que mais se destacaram pela ausência de equipamento, os hospitais do Grupo IV, embora tivessem o equipamento, o tinham em número insuficiente. Os equipamentos em questão foram: balança de carga, carro de plataforma, câmara frigorífica, congelador, forno elétrico, caldeirão a vapor/gás e conjunto de painéis basculantes.

Analisando os hospitais quanto ao índice de adequação, vamos encontrar nos hospitais de nível "adequado" uma freqüência semelhante àquela acima citada. (Tabela 19). Os equipamentos são: extrator de sucos, cortador de frios, descascador de tubérculos, fogão a gás industrial, cafeteira, carro térmico, balcão térmico, panela basculante, batedeira elétrica, máquina de lavar louça, carro de prateleira, moe-

dor de carne e balança de mesa. Foram encontrados, em média, 14 equipamentos mais freqüentes (dentro das recomendações). Aqueles que menos atingiram as recomendações foram, também, os mesmos já mencionados anteriormente, principalmente câmaras frigoríficas (dos 10 hospitais "adequado", somente 2 alcançaram a recomendação); caldeirão a vapor/gás: dos 10 hospitais, só 4 atingiram a recomendação; triturador de lixo: 3 alcançaram a recomendação, 1 não a alcançou, e em 6 hospitais não havia o equipamento; liquidificador industrial: dos 10 hospitais, só 2 estavam dentro da recomendação; forno elétrico: 4 estavam dentro da recomendação, 1 não a alcançou e 5 não contavam com o equipamento; bifeteira: em nenhum serviço foi encontrado; fritadeira: somente 2 alcançaram a recomendação, 4 não e 4 não a possuíam. Nos 5 hospitais com nível "deficiente", foram encontrados, em média, 8 equipamentos mais freqüentes (dentro das recomendações). São eles: extrator de sucos, moedor de carne, balcão térmico, máquina de lavar louça, corretador de frios, fogão industrial, liquidificador industrial e carro térmico. Os equipamentos que menos atingiram a recomendação, foram os seguintes: câmara frigorífica: 1 serviço não tem esse equipamento e 4 deles ficaram abaixo da recomendação; caldeirão a vapor/gás: 2 serviços não têm e 3 não alcançaram a recomendação; panela basculante: 3 serviços não contam com o equipamento e 2 não atingiram a recomendação; liquidificador doméstico: 2 serviços não têm e 3 não alcançaram a recomendação; bifeteira e fritadeira: nenhum serviço conta com esses equipamentos. Nos hospitais com nível "excessivo" foram encontrados, em média, 16 equipamentos mais freqüentes (dentro das recomendações); são eles: extrator de sucos, carro térmico, panela basculante, fogão industrial, descascador de tubérculos, liquidificador industrial, balcão tér

mico, batedeira elétrica, balança de plataforma, banho-maria, máquina de lavar louça, liquidificador doméstico, triturador de lixo, caldeirão a vapor/gás, câmara frigorífica e balança de mesa. Os equipamentos menos frequentes dentro das recomendações foram: moedor de carne: 5 hospitais não o possuem; forno elétrico: 1 não alcançou a recomendação e 4 não possuem o equipamento; cafeteira: idem. Os hospitais com nível "baixo" apresentaram, em média, 10 equipamentos mais frequentes; são eles: extrator de sucos, descascador de tubérculos, cortador de frios, balcão térmico, fogão industrial, moedor de carne, carro de prateleira, carro térmico, balança de carga, liquidificador industrial e cafeteira. Entre os equipamentos ausentes no serviço ou aqueles que não alcançaram a recomendação, encontramos: triturador de lixo: 24 serviços não o possuem (dos 26 hospitais, 2 alcançaram a recomendação); liquidificador doméstico: 10 serviços não o possuem e 16 não alcançaram a recomendação; câmara frigorífica: 6 serviços não contam com esse equipamento e 17 não alcançaram a recomendação; fritadeira: 11 serviços não a têm (exceção ao Grupo I, pois está acoplado ao fogão) e 8 não alcançaram a recomendação; bifeteira: 9 serviços não a possuem (exceção aos Grupos I e II, pois já estão acoplados ao fogão); somente 2 hospitais do Grupo IV alcançaram a recomendação.

Todos os hospitais, com exceção daqueles com nível "excessivo" mostraram-se fora das recomendações para alguns equipamentos considerados importantes, destinados ao armazenamento dos gêneros perecíveis (câmara frigorífica e congelador) e ao preparo dos alimentos (caldeirão a vapor/gás, panela basculante e forno elétrico). O mesmo não ocorreu com equipamentos destinados ao pré-preparo dos alimentos (descascador de tubérculos, moedor de carne, liquidificador, extra-

tor de sucos, cortador de frios) e à distribuição dos alimentos (balcão térmico e carro térmico).

É interessante observar que os equipamentos balcão térmico (cafeteria) e carro térmico, constantes no RECLAR, pelo qual o INAMPS credencia os hospitais para convênio, são mais freqüentes em alguns hospitais, em detrimento de equipamentos usados na cocção (caldeirão a vapor/gás e panela basculante). Encontramos 14 hospitais sem caldeirão a vapor/gás (8 contavam com balcão térmico no refeitório); de 20 hospitais sem panelas basculantes, 14 tinham balcão térmico. Parece que o problema não é a falta de combustível, uma vez que o balcão também utiliza o mesmo tipo de combustível do panelão e das panelas basculantes. A solução talvez resida numa maior racionalização por ocasião da aquisição dos equipamentos.

Os hospitais com nível "excessivo" apresentaram uma média mais alta de equipamentos indispensáveis ao armazenamento, preparo e distribuição dos alimentos e também equipamentos mais importantes dentro do SND, o que não encontramos, por exemplo, nos hospitais de nível "adequado" e de nível "deficiente". Considerando os hospitais quanto à finalidade da entidade mantenedora, não houve diferenças acentuadas entre eles, apesar dos lucrativos apresentarem maior ausência de equipamentos indispensáveis.

5.3.2.3. QUALIDADE DO PESSOAL

Qualidade, segundo uma definição de FERREIRA,¹⁵ significa "a propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-los das outras e que lhes determina a natureza". De acordo com essa definição, a qualidade do pessoal seria determinada pelas diversas categorias existentes em uma instituição.

A qualificação do pessoal, no entanto, vai além: "é o cabedal de conhecimentos ou atributos que habilitam alguém ao desempenho de uma função".¹⁵ Segundo essa definição, na qualificação existem certos requisitos essenciais que se exigem do candidato àquela função e que são elaborados pela própria instituição, em decorrência de seus objetivos e necessidades.³⁵

Geralmente não há uma distinção nítida entre esses dois termos, pois muitas vezes são usados indistintamente para designar a qualidade do pessoal. No entanto, eles são diferentes: enquanto o primeiro determina a natureza da função, o segundo apresenta os atributos necessários para que o indivíduo possa exercê-la. A qualidade de pessoal seria dada pela diversificação na categoria das ocupações existentes e a qualificação do pessoal seria uma exigência para se obter o funcionário ideal, principalmente através de títulos (habilitação formal).

À Tabela 20 podemos observar que todos os SND tiveram número adequado de copeiras (100%). Dos 44 SND com cozinheiros, somente 21 (42,9%) apresentaram-se dentro do recomendado; destes, pelo menos 18 (36,7%) SND tinham um cozinheiro encarregado. Nutricionista na chefia foi encontrado dentro da recomendação, em 35 hospitais (71,4%), enquanto nutricionista em função técnica foi encontrada em 20 SND, mas somente 2 alcançaram a recomendação. O técnico em nutrição foi encontrado em 22 SND mas, dentro da recomendação enquadraram-se 17 (34,7%). A ocupação de escriturário foi verificada em 30 SND, mas apenas 15 (30,6%) deles alcançaram a recomendação. Auxiliar de cozinheiro foi encontrado em 22 SND, mas somente 14 (28,6%) alcançaram a recomendação. A ocupação de auxiliar de cozinha foi encontrada em 31 SND, mas somente

TABELA 20 - Comparação da qualidade do pessoal existente com a recomendação* nos hospitais estudados, segundo a finalidade da entidade mantenedora, o número de leitos e o índice de adequação.
São Paulo, março de 1983.

Nº DE LEITOS	FINALIDADE	ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO (X)	NUTRIÇ. CREPE (X)	NUTRICION. (X)	TEC. NUTRIÇÃO (X)	ESCRITUR. (X)	DESPENSEIRO (X)	COZINHEIRO ENCARGADO (X)	COZINHEIRO (X)	AUX. DE COZINHEIRO (X)	AUX. DE COZINHA (X)	SERVENTE DE COZINHA (X)	COPEIRA (X)
I	G	120	1	7	-	6	1	1	11	-	20	23	30
	G	103	1	4	-	9	3	-	9	-	-	41	32
	L	132	3	3	-	-	-	3	6	-	9	15	61
	L	66	7	-	-	7	-	-	7	26	-	-	53
	L	51	8	-	-	-	-	-	17	-	17	-	58
	L	46	-	-	5	-	-	-	9	-	29	-	57
	L	82	-	-	-	2	4	-	6	-	17	27	44
	L	39	8	-	8	-	-	-	16	-	23	-	45
	L	73	-	-	3	-	-	-	5	3	31	-	58
	L	137	3	-	3	-	3	-	6	-	12	9	64
	L	70	5	-	-	-	-	5	9	-	28	-	53
	L	92	-	-	4	4	-	-	9	9	22	-	52
	L	72	3	-	7	-	3	3	13	27	-	3	41
	L	81	-	-	-	-	4	4	23	23	-	-	46
	NL	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65	35
	NL	129	-	-	7	2	2	2	9	7	-	7	65
	NL	223	1	6	1	1	3	1	3	26	13	-	45
	NL	118	3	3	-	-	-	-	5	5	30	3	51
	NL	92	-	-	-	-	-	-	13	12	-	10	64
	NL	92	-	-	-	-	-	-	-	-	45	-	55
	NL	83	7	-	-	-	-	7	14	-	-	36	36
	NL	71	6	-	-	-	-	-	25	-	19	-	50
II	G	63	2	8	-	6	2	-	12	-	16	12	42
	L	132	2	-	4	4	2	-	4	-	39	-	45
	L	74	-	-	4	4	-	-	9	-	-	22	61
	L	110	2	4	4	2	-	2	2	-	20	-	64
	L	74	-	-	4	-	4	4	7	22	-	-	59
	L	68	-	-	-	4	-	4	-	-	11	4	77
	L	28	6	-	-	6	6	6	12	6	-	6	52
	NL	182	1	1	4	1	2	1	1	27	4	-	58
	NL	81	2	2	-	-	2	-	4	27	-	6	57
	NL	92	2	2	4	9	-	2	11	-	22	11	37
	NL	106	2	2	-	-	5	-	5	23	7	-	56
	NL	72	-	-	3	-	3	-	8	-	3	40	43
	NL	54	4	-	4	4	-	-	11	23	-	-	54
III	G	68	1	7	-	8	-	-	5	-	28	10	41
	G	83	2	6	-	6	1	-	11	-	20	24	30
	G	61	1	1	-	12	2	-	10	-	-	41	33
	L	58	2	-	-	2	-	2	5	31	-	-	58
	NL	84	3	-	3	3	-	-	12	28	-	-	51
	NL	33	3	-	-	6	-	3	-	3	48	-	37
	NL	90	-	-	4	2	2	2	5	-	5	44	36
IV	G	72	2	11	-	6	4	-	12	-	-	24	40
	G	52	1	8	1	2	3	-	14	4	19	-	48
	L	31	3	-	-	7	3	-	3	7	3	32	42
	NL	62	1	6	-	3	-	-	3	3	8	16	60
	NL	93	1	4	4	4	3	-	-	-	5	32	47
	NL	90	1	3	6	1	-	1	7	-	-	25	56
	NL	80	1	1	6	1	1	-	7	19	11	1	52
DENTRO DA RECOMENDAÇÃO		Nº	35	2	17	15	-	18	21	14	8	21	49
TOTAL		X (71,4)		(4,1)	(34,7)	(30,6)	(0)	(36,7)	(42,9)	(28,6)	(16,3)	(42,9)	(100,0)
FORA DA RECOMENDAÇÃO		Nº	14	47	32	34	49	31	28	35	41	28	-
		X (28,6)		(95,9)	(65,3)	(69,4)	(100,0)	(63,3)	(57,1)	(71,4)	(83,7)	(57,1)	(0)

Obs.: * Recomendação descrita na Metodologia.
Valor real abaixo da recomendação ou não existência da ocupação.

8 alcançaram a recomendação. Despenseiro foi encontrado em 24 SND, todos fora da recomendação. Dos 28 SND que contam com a ocupação de servente, 21 deles alcançaram a recomendação.

Quanto ao número de leitos, observamos que na maioria dos hospitais dos Grupos I e II, havia a ausência de nutricionistas na chefia e em função técnica, e escriturários. Nos hospitais dos Grupos III e IV essas ocupações eram sempre exercidas, mas fora das recomendações. Encontramos 6 hospitais (dos Grupos I e II) com ausência total de pessoal técnico (nutricionista e o técnico em nutrição), ficando o SND sob a direção de leigos.

Analisando os hospitais quanto ao índice de adequação, verificamos que os hospitais com nível "adequado" apresentaram insuficiência quanto à qualidade de pessoal (Tabela 20). Dos 10 hospitais, 4 não contavam com nutricionista quer na chefia quer em função técnica; em 2 desses hospitais havia falta também do técnico em nutrição. Dos 8 hospitais com escriturário, 4 estavam dentro da recomendação. Quanto ao despenseiro, 4 SND contavam com ele, mas nenhum alcançou a recomendação. Cozinheiro encarregado foi encontrado em 4 serviços, todos dentro da recomendação. Pessoal do preparo dos alimentos: 8 serviços possuíam cozinheiro, a metade dentro da recomendação; o auxiliar de cozinheiro foi encontrado em apenas 13 serviços e o auxiliar de cozinha em 7. Servente de cozinha e copeira, principalmente esta última, foram as ocupações encontradas em todos os SND (serventes em menor proporção). Nos hospitais com nível "deficiente" constatamos que as ocupações ou não existiam ou não foram alcançadas as recomendações, principalmente no que se refere às ocupações técnicas de nutricionista e do técnico em nutrição. Dos 5 hospitais, 4 têm nutricionista na chefia e nenhum tem nutricionista em função

técnica. Escriturários foram encontrados só em 3 serviços, todos dentro da recomendação. Despenseiros foram encontrados em 2 hospitais, fora da recomendação. As ocupações de cozinheiro encarregado, cozinheiro, auxiliar de cozinheiro e auxiliar de cozinha, não apresentaram diferenças em relação ao grupo anterior; dessas 4 ocupações, a de cozinheiro é a mais frequente em todos os serviços (4), embora não atingindo a recomendação em 2 deles. Dois serviços tinham servente de cozinha, só 1 dentro da recomendação. Copeira foi a única ocupação constante em todos os serviços (100,0%), sempre dentro da recomendação. Nos 8 hospitais com nível "excessivo", a chefia foi ocupada por nutricionistas em todos eles (com exceção de um). Nutricionista (função técnica), técnico em nutrição e escriturário estiveram ausentes em 3 serviços. Encontramos despenseiro em 2 hospitais, ambos não alcançando a recomendação. Das ocupações da área de preparo a mais frequente foi a de cozinheiro, embora só 2 hospitais tenham alcançado a recomendação. Cozinheiro encarregado, auxiliar de cozinheiro e auxiliar de cozinha, estiveram ausentes em 3, 4 e 1 serviço, respectivamente; mesmo assim, o cozinheiro encarregado foi o mais encontrado dentro da recomendação. Servente de cozinha presente em 5 serviços. Copeira foi a única ocupação presente, dentro da recomendação, em todos os hospitais. Nos 26 hospitais com nível "baixo" a qualidade de pessoal não foi diferente dos anteriores. Para as ocupações técnicas, encontramos nutricionista na chefia em 18 hospitais, todos dentro da recomendação; os 8 hospitais restantes não contavam com o profissional nessa ocupação. Dos 26 hospitais, 9 tinham nutricionista em função técnica, mas dentro da recomendação, somente 2 deles; quanto ao técnico em nutrição, escriturário e despenseiro, 16, 10 e 13 serviços, respectivamente, não con

tavam com ninguém nessas ocupações. Das ocupações do setor de preparo, o cozinheiro foi o mais freqüentemente encontrado: 12 serviços não alcançaram a recomendação e 2 serviços não contavam com ele, no caso de cozinheiro encarregado, auxiliar de cozinheiro e auxiliar de cozinha, 18, 13 e 10 serviços, respectivamente, não tinham essas ocupações. Servente de cozinha estava presente em 15 serviços. Como no grupo anterior, copeira esteve presente dentro das recomendações nos 26 hospitais.

Em resumo, a maioria dos hospitais não alcançou as recomendações. Aqueles com nível "adequado" mostraram-se com pessoal insuficiente, principalmente nas ocupações técnicas além de outras não técnicas, como despenseiro, auxiliar de cozinheiro e auxiliar de cozinha. Notamos que quase todos os hospitais com nível "deficiente" estavam com quase todas as ocupações abaixo das recomendações; no entanto, cozinheiro, copeira e nutricionista na chefia, estavam presentes em todos eles (com exceção de um, que não tem nutricionista). Nos hospitais com nível "excessivo" houve ausência de algumas ocupações (despenseiro, escriturário, servente), mas nas ocupações técnicas (nutricionista e técnico em nutrição) e outras não técnicas (cozinheiro encarregado, auxiliar de cozinheiro, auxiliar de cozinha), foi encontrado um maior número do que nos demais hospitais. Os hospitais com nível "baixo" não estiveram muito diferentes dos anteriores; no entanto, nutricionista na chefia, quase todos possuíam; cozinheiro, servente e copeira, foram as ocupações mais freqüentes.

Pelo que vimos, não houve variação muito grande quanto à qualidade de pessoal entre os hospitais classificados nos 4 níveis. Mesmo os hospitais com nível "excessivo" de pessoal que possuíam nutricionista na chefia e cozinheiro dentro da recomendação, não contavam com pessoal técnico em nú-

mero suficiente. Parece que a adequação no I.P.T. nem sempre vem acompanhada da qualidade do pessoal.

O profissional nutricionista, parte integrante da equipe de saúde, desempenhando papel fundamental na recuperação dos pacientes, foi encontrado, de maneira geral, em todos os hospitais governamentais, em menor escala nos não lucrativos e em pequeno número nos lucrativos (na chefia e/ou em função técnica).

Pupo e col.³⁴ em trabalho realizado em hospitais que prestavam assistência médica geral e especializada, no Estado de São Paulo, constataram nos 191 hospitais de todos os tamanhos da Região da Grande São Paulo, que só 38 tinham nutricionistas, sendo assim distribuídos: 7 hospitais filantrópicos, 17 lucrativos e 14 governamentais; o número desses profissionais foi, respectivamente, 13, 19 e 80. Isso mostra a insuficiência de nutricionistas e, embora passados 11 anos, (1972-1983) parece que a situação não se modificou.

É imprescindível que a direção dos Serviços de Nutrição e Dietética esteja sempre a cargo de um nutricionista, que poderá ser auxiliado por profissional também qualificado (o técnico em nutrição) para supervisionar o pessoal não técnico.

Os Conselhos Regionais de Nutricionistas (CRN), talvez pudessem requerer que todos os hospitais, independente do número de leitos, tivessem nutricionistas na chefia dos SND.

Outro profissional que poderia ser melhor aproveitado em nossos hospitais seria o técnico em nutrição, que po

deria atuar na área de produção liberando o nutricionista para outras atividades que requerem mais sua participação, como o estudo de caso , orientação dietética a paciente e educação nutricional a este e familiares. Geralmente, os hospitais governamentais que utilizam o nutricionista em seus SND não utilizam o técnico em nutrição, talvez por desconhecer suas possibilidades. Como bem disse Soto⁴² "pelo fato das funções desenvolvidas pelo nutricionista e técnico em nutrição serem pouco conhecidas e, na maioria das vezes confundidas, torna-se necessário que as atividades do nutricionista, profissional de nível superior, e do técnico em nutrição, profissional de nível médio, sejam esclarecidas e divulgadas aos setores públicos e privados, de forma que as Instituições possam utilizar seus serviços, com maior economia, vantagens e benefícios".

Em 1972, Passos³³ já alertava para a dificuldade de se trabalhar com pessoal não preparado, cuja experiência era adquirida no dia-a-dia. Por exemplo, a copeira hospitalar é treinada em serviço; o cozinheiro de hospital não tem cursos de preparação específicos, como ocorre na área industrial e de hotelaria. É necessário pensar na formação do pessoal não técnico, para que possa cumprir, com eficiência, seus deveres e responsabilidades perante o SND e, principalmente, perante o paciente.

Seria interessante pensar na participação das escolas técnicas e, principalmente, das escolas de nível superior (utilizando os alunos) na capacitação do pessoal auxiliar. Enquanto isso não se der e os cursos não forem iniciados por escolas profissionais, as próprias associações de classe poderiam assumi-los temporariamente, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos, onde várias associações trabalham

nessa linha,^{3,47} colaborando na formação do pessoal auxiliar ne
cessário ao mercado de trabalho, assim como criando normas
para a descrição de cargos e a qualificação dos indivíduos
que deverão ocupá-los. Isso obriga o mercado de trabalho
a exigir a qualificação no momento da admissão do funcioná-
rio.

6. CONCLUSÕES

Utilizando indicadores específicos para avaliar o dimensionamento de pessoal de Serviços de Nutrição e Dietética de 49 hospitais gerais de grande porte e de capacidade extra no município de São Paulo, chegamos às seguintes conclusões:

. Encontramos 10 hospitais (20,4%) com número de funcionários do SND no nível considerado "adequado"; 5 hospitais (10,2%) no nível "deficiente"; 26 hospitais (53,1%) no nível "baixo" e 8 hospitais (16,3%) no nível "excessivo".

. Dos hospitais com níveis de adequação além do considerado "adequado" (> 110%), todos (8) pertenciam aos Grupos I e II; quanto à finalidade, 4 eram não lucrativos, 3 lucrativos e 1 era governamental.

. Os 10 hospitais considerados "adequado" estão distribuídos nos quatro grupos, sendo 7 nos Grupos I e II; quanto à finalidade, 7 eram não lucrativos, 2 lucrativos e 1 governamental.

. Os 26 hospitais com nível "baixo" também estão distribuídos nos quatro grupos. A maioria dos hospitais governamentais (6) estão nesse nível, assim como pouco mais da metade dos lucrativos (11) e 9 dos não lucrativos.

. Dos 5 hospitais com nível "deficiente" distribuídos pelos quatro grupos, 4 eram lucrativos e 1 não lucrativo.

. Não houve relação entre a taxa de ocupação e o número de pessoal existente nos SND.

. A maioria dos hospitais com nível de adequação de pessoal "superior" a 110% atendia proporção mais elevada de pacientes contribuintes e pacientes conveniados com ou-

tras instituições que não o INAMPS.

. Os tipos de cardápio com maior variação, que exigem na sua elaboração mais funcionários, foram mais encontrados nos serviços com níveis "adequado" e "excessivo" (principalmente neste).

. O sistema misto de distribuição das refeições foi utilizado em 42,9% dos hospitais estudados, tendo sido o mais adotado naqueles serviços com nível de adequação de pessoal "deficiente", "baixo" e "adequado"; no nível "excessivo" predominou o sistema centralizado.

. Quanto ao sistema de higienização dos utensílios, apenas nos serviços com nível de pessoal "deficiente" predominou o sistema centralizado.

. Os hospitais que utilizaram sistema centralizado para distribuição e para higienização eram dos Grupos I e II.

. A maioria dos hospitais que alcançaram os padrões e recomendações para planta física, equipamentos e qualidade do pessoal foram aqueles com nível de adequação de pessoal "excessivo".

. Embora os hospitais lucrativos tenham apresentado maior ausência de equipamentos indispensáveis ao bom funcionamento dos SND, não houve diferenças acentuadas entre aqueles e os não lucrativos e governamentais.

. Nem sempre a adequação do I.P.T. (ou mesmo o excesso) vem acompanhada da qualidade do pessoal do SND.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMORIM, B.R. Práticas de controle em serviços de nutrição. Recife, 1972. (mimeografado).
2. ATÁLA, A. Cálculo de pessoal para serviços paramédicos de um hospital geral de 300 leitos. Rev. paul. Hosp., 26: 244-256, 1978.
3. AUGSPURGER, J.A. Vocational opportunities for food service personnel. J. Amer. Diet. Ass., 47:44-47, 1965.
4. BAKKEN, E.L. & NORTHROP, M.W. Labor in the dietary department. J. Amer. diet. Ass., 32:953-958, 1956.
5. BARQUIM, M. Dirección de hospitales: organización de atención médica. 3ª ed., México, Ed. Interamericana, 1972.
6. BARTSCHT, K.G. Man-minute computations form the basis for new staffing methodology. Hospitals, 40: 62-66, 1966.
7. BEACH, B.L. & OSTENCO, G.L. Entrée serving times. J. Amer. diet. Ass., 54:290-296, 1969.
8. BURGOS, L.G. et al. El departamento de alimentacion de um hospital general. Tecn. Hosp., 28:83-86, 1971.
9. CARVALHO, L.F. Considerações do administrador no planejamento de Serviço de Nutrição e Dietética. Rev. paul. Hosp., 8: 18-20, 1960.
10. CAVALCANTI, M.L. e Col. Sugestões para avaliação dos serviços de alimentação em instituições. Bol. inf. ABIA/SAPRO, 23: 40-44, 1976.
11. CONSOLIDAÇÃO das leis do trabalho. 6ª ed.. São Paulo, Edições LTR, 1976. p. 22-24; p. 305-306.
12. DICKIE, R. & GORMICAN, A. Food service and dietetics. Hospitals, 42:61-66, 1968.
13. DONALDSON, B. Labor hours in the dietary department. J. Amer. diet. Ass., 33:1239-1243, 1957.
14. DONALDSON, B. The future in food administration. J. Amer. diet. Ass., 46:357-360, 1965.
15. FERREIRA, A.B. H. Novo Dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1975.

16. GRUPO de trabalho da área hospitalar. In: MESA REDONDA SOBRE FORMULAÇÃO E PADRONIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO EM DIFERENTES ENTIDADES, São Paulo, 1976. São Paulo, ABIA/SAPRO, 1976. p. 30-49.
17. GRUPO de trabalho da área hospitalar. In: GANDRA, Y.R., Coord. Avaliação de serviços de nutrição e alimentação. São Paulo, Sarvier, 1983, p. 39-74.
18. HALTER, E. & DONALDSON, B. Labor in the dietary department. Hospitals in the East North Central Region. J. Amer. diet. Ass., 33:583-587, 1957.
19. HARRINGTON, M.M. Work simplification at work. J. Amer. diet. Ass., 29:796-798, 1953.
20. HO, A.K. Activity sampling in two nursing home foodservice systems. J. Amer. diet. Ass., 73: 647-653, 1978.
21. HUBBARD, R.M. Hospital food service adapts to systems approach and industrial methods. Hospitals, 44: 87-92, 1970.
22. IACOBELL, F. Inservice education program stresses administrative skills. Hospitals, 41:59-62, 1967.
23. KARKECK, J.M. et al. A training program to meet affirmative action goals in a dietary department. J. Amer. diet. Ass., 71:46-48, 1977.
24. KENT, W.J. & OSTENSO, G.L. Productivity relationships of hospital dietary departments. J. Amer. diet. Ass., 47: 104-109, 1965.
25. KOTSCHEVAR, L.H. & TERRELL, M.F. Food service planning: layout and equipment. 4^a ed., New York, John Willey, 1967.
26. LLEWELYN DAVIES, R. & MACAULAY, H.N.C. Planificación y administración de hospitales. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1969. (OPAS - Publ. Cient., 191).
27. MCCARTHY, E.F. Food service and dietetics. J. Amer. diet. Ass., 43:101-104, 1969.
28. MEZOMO, I.F.B. O serviço de nutrição: administração e organização. São Paulo, CEDAS, 1983.
29. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Modelos: formulários de classificação hospitalar: relatório de

classificação hospitalar (RECLAR), comprovante de classificação hospitalar. Rio de Janeiro, 1974.

30. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hospital geral de pequeno porte e médio porte, equipamento e material. 2^a ed., Brasília, 1979.
31. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. 2^a ed. Brasília, 1982.
32. MINISTÉRIO DO TRABALHO. Classificação brasileira de ocupações. Brasília, 1982.
33. PASSOS, C.M. Organização de cozinhas hospitalares. São Paulo, Associação Paulista de Hospitais, 1972.
34. PUPO, Y.K.A. e Col. Nutricionistas e técnico em nutrição nos hospitais do Estado de São Paulo. Rev. paul. Hosp., 20:4-12, 1972.
35. RIBEIRO, A.B.C. Administração de pessoal nos hospitais. 2^a ed. São Paulo, LRT/Fename, 1977.
36. ROSS, A. Evaluating dietary department management. Hospitals, 42:109-114, 1968.
37. ROSS, L. Work simplification makes food service easy, fast and economical. Hospitals, 42:124-127, 1968.
38. ROTHENBUHLER, E.F. & BARTSCHT, K.G. Determining dietary staff in hospitals: methodology. J. Amer. diet. Ass., 47:25-27, 1965.
39. SANFORD, J. & CUTLAR, K. Work sampling of activities of food service managers. J. Amer. diet. Ass., 44:182-185, 1964.
40. SCHELL, M.L. Work sampling: a approach to a problem. J. Amer. diet. Ass., 41:456-458, 1962.
41. SCHULZ, R. & JOHNSON, A.C. Administração de hospitais. São Paulo, Pioneira, 1979.
42. SOTO, S.M. Clínica de nutrição em ambulatório de hospital de ensino. São Paulo, 1980. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública USP).
43. STAMM, E.K. Guidelines for determining staffing needs in hospitals and nursing home food service. Hospitals, 43:60, 1969.

44. STUMPT, G.L. & DONALDSON, B. Better management by control of direct expenses. J. Amer. diet. Ass., 33:117-122, 1957.
45. TAYLOR, W.C. Absenteeism in health care food service. J. Amer. diet. Ass., 79:699-701, 1981.
46. TUTHILL, B.H. & DONALDSON, B. Labor in the dietary department. J. Amer. diet. Ass., 32:541-545, 1956.
47. UNITED STATES. Department of Labor. Job descriptions and organizational analysis for hospitals and related health services. Rev. ed. Washington, D.C., 1970.
48. WALDVOGEL, C.F. Quantity food production labor time. J. Amer. diet. Ass., 70:172-177, 1977.
49. WALDVOGEL, C.F. Labor time per portion and volume in food service. J. Amer. diet. Ass., 70:178-180, 1977.
50. WEST, B.B. et al. Food service in institutions. 4^a ed. New York, John Wiley, 1966.
51. WILSON, M. Determining work loads by random ratiodelay sampling. J. Amer. diet. Ass., 32:719-723, 1956.
52. WISE, B.T. & DONALDSON, B. Work sampling the dietary department. J. Amer. diet. Ass., 39:327-332, 1961.
53. WRIGHT, M.J. Work simplification in the dietary department. J. Amer. diet. Ass., 29:790-796, 1953.
54. ZEMEL, P.C. & MATTHEWS, M.E. Determining labor production time for roast entrées in hospital food service. J. Amer. diet. Ass., 81:709-714, 1982.

8. ANEXOS

ANEXO 1

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DO
SND DE HOSPITAIS GERAIS

Nº _____

Data: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

1.1. NOME _____

1.2. ENDEREÇO _____ FONE _____

1.3. FINALIDADE DA ENTIDADE MANTENEDORA _____

- GOVERNAMENTAL

. FEDERAL ____ ESTADUAL ____ MUNICIPAL ____ OUTRO ____

- PARTICULAR COM FINS LUCRATIVOS ____

- PARTICULAR SEM FINS LUCRATIVOS ____

1.4. NÚMERO DE LEITOS _____ TAXA DE OCUPAÇÃO _____

PACIENTES-DIA NO PERÍODO CONSIDERADO X 100NÚMERO DE LEITOS-DIA, NO MESMO PERÍODO

1.5. NÚMERO TOTAL DE FUNCIONÁRIOS _____

1.6. OS FUNCIONÁRIOS TOMAM REFEIÇÕES NO HOSPITAL?

SIM ____ NÃO ____ CASO SIM, QUANTOS? _____

1.7. O HOSPITAL TEM PESSOAL ESTAGIÁRIO?

INTERNOS: SIM ____ NÃO ____ CASO SIM, QUANTOS? _____

RESIDENTES: SIM ____ NÃO ____ CASO SIM, QUANTOS? _____

OUTROS: SIM ____ NÃO ____ CASO SIM, QUANTOS? _____

1.8. O PESSOAL ESTAGIÁRIO TOMA REFEIÇÕES NO HOSPITAL?

SIM ____ NÃO ____ CASO SIM, QUANTAS REFEIÇÕES? _____

1.9. O HOSPITAL ATENDE A PACIENTES INTERNADOS EM QUE PROPORÇÃO?

NÃO CONTRIBUINTES _____ CONTRIBUINTES _____

CONVÊNIOS DIVERSOS _____ CONVÊNIO INAMPS _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)

2.1. O SND ESTÁ SUBORDINADO:

DIRETOR TÉCNICO ____ ADMINISTRADOR ____ OUTRA CHEFIA ____

2.1.1. CHEFIA DO SND

NUTRICIONISTA ____ TÉCNICO EM NUTRIÇÃO ____ OUTRO ____

2.4. PLANTA FÍSICA

- . LOCALIZAÇÃO _____ ANOS DE FUNCIONAMENTO _____
- . ÁREA TOTAL DO SND _____ PÉ DIREITO _____
- . ÁREAS ESPECÍFICAS:
 - RECEPÇÃO DE GÊNEROS _____ DESPENSA _____
 - FRIGORÍFICOS: CARNES: _____ VEGETAIS: _____ OVOS/LATICÍNICOS _____
 - PRÉ-PREPARO VEGETAIS _____ PRÉ-PREPARO CARNES _____
 - PREPARO MASSAS E SOBREMESAS _____ PREP.DESJEJUM E MERENDA _____
 - PREPARO COZINHA GERAL _____ PREPARO COZINHA DIETÉTICA _____
 - DISTRIB.DE REF.CENTRALIZADA _____ DESCENTRALIZADA _____
 - COPA DE LAVAGEM CENTRALIZADA _____ DESCENTRALIZADA _____
 - REFETÓRIO DE FUNCIONÁRIOS _____ PACIENTES _____
 - ESCRITÓRIO NUTRICIONISTA _____ SECRETARIA _____
 - COPA DE UNIDADE DE INTERNAÇÃO _____
 - MATERIAL DE LIMPEXA _____ LAVAGEM DE CARROS _____
 - GUARDA DE LIXO: REFRIGERADO _____ NÃO REFRIGERADO _____

2.5. EQUIPAMENTOS

- . BALANÇAS: PLATAFORMA N° _____ CAPACIDADE _____
DE MESA N° _____ CAPACIDADE _____
- . CARRO: TIPO PLATAFORMA N° _____ CAPACIDADE _____
- . REFRIGERADOR TIPO: DOMÉSTICO N° _____ CAPACIDADE _____
COMERCIAL N° _____ CAPACIDADE _____
- . CONGELADOR: N° _____ CAPACIDADE _____
- . DESCASCADOR DE TUBÉRCULOS: N° _____
- . PICADOR DE CARNE, VEGETAL, QUEIJO: N° _____ CAPACIDADE _____
- . AMACIADOR DE BIFE: N° _____
- . MOEDOR DE CARNE: N° _____
- . FOGÃO ELÉTRICO: DOMÉSTICO N° _____ CAPACIDADE _____
INDUSTRIAL N° _____ CAPACIDADE _____
- . FOGÃO GÁS DOMÉSTICO N° _____ CAPACIDADE _____
INDUSTRIAL N° _____ CAPACIDADE _____
- . FORNO ELÉTRICO: DOMÉSTICO N° _____ CAPACIDADE _____
INDUSTRIAL N° _____ CAPACIDADE _____
- . FRITADEIRA ELÉTRICA N° _____ BIFETEIRA N° _____
- . CALDEIRÕES/PANELÃO: VAPOR/PRESSÃO _____ CAPACIDADE _____
- . BANHO-MARIA: ELÉTRICO N° _____
VAPOR N° _____
- . BATERIA DE PANEAS BASCULANTES: VAPOR N° _____ CAPACIDADE _____
- . COIFAS E APARELHOS DE EXAUSTÃO N° _____
- . CORTADOR DE FRIOS N° _____
- . BATEDEIRA: INDUSTRIAL N° _____ CAPACIDADE _____
DOMÉSTICA N° _____ CAPACIDADE _____

- . LIQUIDIFICAR: INDUSTRIAL Nº _____ CAPACIDADE _____
DOMÉSTICO Nº _____ CAPACIDADE _____
- . EXTRATOR DE SUCOS Nº _____
- . CAFETEIRA: INDUSTRIAL Nº _____ CAPACIDADE _____
TIPO BAR Nº _____ CAPACIDADE _____
- . CARRO TÉRMICO Nº _____ CAPACIDADE _____
- . CARRO DE PRATELEIRA Nº _____
- . ESTEIRA ROLANTE Nº _____
- . BALCÃO TÉRMICO (CAFETERIA) Nº _____
- . TRITURADOR DE RESÍDUOS (LIXO) Nº _____
- . MÁQUINA DE LAVAR LOUÇA Nº _____

2.6. MOVIMENTO DE REFEIÇÕES

- 2.6.1. Nº TOTAL DE REFEIÇÕES SERVIDAS POR DIA _____
(média mensal)
- 2.6.2. Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS A PACIENTES _____
(média mensal)
- 2.6.3. Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS A OUTROS _____
(média mensal)
- 2.6.4. Nº DE DIETAS MODIFICADAS SERVIDAS P/PACIENTES _____
(média mensal)

3. OPERACIONALIZAÇÃO DOS INDICADORES DE DIMENSIONAMENTO

. INDICADOR DE PESSOAL FÍSICO (I.P.F.)

- 3.1. I.P.F. $\frac{\text{Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS X 15 MINUTOS}}{\text{JORNADA DE TRABALHO X 60 MINUTOS}}$

$$\text{I.P.F.} = \frac{\text{Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS X 15 MINUTOS}}{\text{JORNADA DE TRABALHO X 60 MINUTOS}}$$

- 3.2. I.P.D. = $\frac{\text{DIAS DO ANO} - \text{DIAS DE DESCANSO}}{\text{DIAS DE DESCANSO}}$

- . DIAS DE FÉRIAS _____
- . FERIADOS OFICIAIS NO ANO _____
- . FERIADOS FACULTATIVOS _____
- . REGIME DE TRABALHO SEMANAL _____
- . FOLGAS SEMANAIS _____
- . I.P.D. = _____

3.3. INDICADOR DE PESSOAL SUBSTITUTO (I.P.S.)

$$\text{I.P.S.} = \frac{\text{I.P.F.}}{\text{I.P.D.}}$$

$$\text{I.P.S.} = \frac{\text{I.P.F.}}{\text{I.P.D.}}$$

3.4. INDICADOR DE ABSENTEISMO DIÁRIO (I.A.D.)

$$I.A.D. = \frac{\text{MÉDIA DIÁRIA DE FUNCIONÁRIOS AUSENTES} \times 100}{\text{NÚMERO DE PESSOAL FIXO (I.P.F.)}}$$

- . FALTAS DIÁRIAS _____
- . LICENÇAS-DOENÇA _____
- . LICENÇAS-MATERNIDADE _____
- . ACIDENTE DO TRABALHO _____

$$I.A.D. = \text{-----}$$

3.5. INDICADOR DE PESSOAL TOTAL (I.P.T.)

$$I.P.T. = I.P.F. + I.P.S. + (I.A.D. \text{ de } I.P.F.)$$

$$I.P.T. = \text{-----}$$

ANEXO II - Distribuição dos hospitais, segundo a finalidade da entidade mantenedora, o número de leitos, o número de funcionários do hospital, número de pessoal estagiário, funcionário/leito hospitalar, nº de funcionários do SND e o percentual de funcionários do SND em relação ao total de funcionários do hospital. São Paulo, março de 1983.

Nº DE LEITOS	FINALIDADE	NUMERO DE FUNC./HOSP.	NÚMERO DE FUNC./LEITO	Nº PESSOAL ESTAGIÁRIO	Nº FUNC. DO SND	% FUNC. SND
200 I	G	1115	5,6	5	70	6,2
213 I	G	937	4,4	111	66	6,9
245 I	L	247	1,0	-	33	13,4
176 I	L	216	1,2	-	15	6,9
170 I	L	235	1,4	1	12	5,0
180 I	L	357	2,0	-	21	5,9
235 I	L	710	3,0	20	47	6,6
155 I	L	250	1,6	-	13	5,2
200 I	L	400	2,0	25	38	9,5
200 I	L	307	1,5	-	32	10,4
187 I	L	234	1,2	-	21	9,0
168 I	L	238	1,4	-	23	9,7
195 I	L	322	1,6	5	30	9,0
181 I	L	300	1,6	-	27	9,0
182 I	NL	140	0,8	-	21	15,0
151 I	NL	455	3,0	-	44	9,7
168 I	NL	453	2,7	1	65	14,3
240 I	NL	293	1,2	5	37	12,6
186 I	NL	230	1,2	-	31	13,5
214 I	NL	385	1,8	14	30	7,8
165 I	NL	275	1,7	75	14	5,1
151 I	NL	300	2,0	-	16	5,3
256 II	G	1300	5,0	8	51	3,8
250 II	L	700	2,8	5	50	7,0
276 II	L	460	1,7	-	23	5,0
330 II	L	660	2,0	-	51	7,6
250 II	L	360	1,4	5	27	7,5
276 II	L	437	1,6	-	28	6,2
347 II	L	450	1,3	-	16	3,5
250 II	NL	597	2,4	-	89	14,9
290 II	NL	488	1,7	2	46	9,4
250 II	NL	595	2,4	50	52	9,6
287 II	NL	537	1,9	-	54	10,0
300 II	NL	400	1,3	5	38	9,5
291 II	NL	381	1,3	2	26	6,8
390 III	G	2000	5,1	22	90	4,4
430 III	G	1987	4,6	50	79	3,9
363 III	G	802	2,2	143	101	12,6
350 III	L	684	1,9	-	42	6,1
410 III	NL	526	1,3	9	32	6,1
421 III	NL	706	1,7	7	31	4,4
484 III	NL	827	1,7	-	55	6,6
1055 IV	G	3500	3,3	200	201	5,6
1142 IV	G	4775	3,9	375	180	3,8
550 IV	L	395	0,7	-	29	7,3
1260 IV	NL	2000	1,6	60	142	7,1
550 IV	NL	1500	2,7	130	75	5,0
934 IV	NL	2352	2,5	19	141	5,9
732 IV	NL	1386	1,9	-	83	6,0

ANEXO III - Distribuição dos hospitais segundo a finalidade da entidade mantenedora, o número de leitos, número de funcionários por categoria da ocupação nos SND estudados. São Paulo, março de 1983.

HOSPITAIS		CHEFIA			NUTRICIONISTA		TEC. NUTRIÇÃO		ESCRITURÁRIO			DESPEN- SEIRO	COZI- NHEIRO	AJUD. COZ.	AUX. COZ.	SERVIÇAL		ATEND. NUTRIÇÃO		COPEIRA		GARÇOM		Nº TOTAL
Nº DE LEITOS	TIPO- LADA- DE	NUTRI- CIO- TA	TEC. DE NUTRI- ÇÃO	LEI- GO	COZINHA	U.I.*	COZINHA	U.I.*	ADM.	COZINHA	U.I.*					COZINHA	U.I.*	COZINHA	U.I.*	COZINHA	U.I.*	COZINHA	U.I.*	
I	G	1	-	-	3	2	-	-	2	2	-	1	9	-	14	16	-	-	-	20	-	-	-	70
	L	1	-	-	1	2	-	-	4	2	-	2	6	-	-	6	-	-	21	21	-	-	-	66
	L	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	3	-	3	-	-	-	5	20	-	-	-	33
	L	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	4	-	-	-	-	-	8	-	-	-	15
	L	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	7	-	-	-	12
	L	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	6	-	-	-	-	12	-	-	-	21
	L	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2	3	-	8	-	-	-	12	20	-	-	-	47
	L	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	1	12	-	-	-	-	6	-	-	-	13
	L	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	3	-	-	-	-	22	-	-	-	38
	L	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	4	3	20	-	-	-	-	-	-	32
	L	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	21
	L	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	-	-	1	-	-	-	11	-	-	-	23
	L	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	5	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	30
	L	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	7	6	-	-	-	-	-	12	-	-	-	27
	NL	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	7	-	-	-	21
	NL	-	1	-	-	-	-	2	1	-	-	1	5	3	-	-	-	-	3	26	-	2	-	44
	NL	1	-	-	1	3	-	1	1	-	-	2	3	16	8	-	-	-	-	28	-	1	-	65
	NL	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	2	11	1	-	-	-	19	-	-	-	37
	NL	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	-	-	-	-	3	19	-	-	-	31
	NL	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	16	-	-	-	30
	NL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	5	-	-	-	5	-	-	-	14
	NL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	3	-	-	-	-	8	-	-	-	16
II	G	2	-	-	2	1	-	-	1	2	-	1	6	-	8	20	6	-	-	2	-	-	-	51
	L	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	2	-	17	-	-	-	-	20	-	3	-	50
	L	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	5	14	-	-	-	-	-	-	23
	L	1	-	-	1	1	1	1	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	33	-	-	-	51
	L	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	6	-	-	-	-	-	16	-	-	-	27
	L	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	3	1	-	-	-	20	-	1	-	28
	L	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	3	1	-	-	-	-	1	8	-	-	-	16
	NL	1	-	-	1	-	1	3	1	-	-	2	2	23	4	-	-	-	-	51	-	-	-	89
	NL	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2	12	-	-	-	-	3	26	-	-	-	46
	NL	1	-	-	-	1	1	1	4	-	-	-	6	-	10	-	-	-	5	17	6	-	-	52
III	NL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	12	4	-	-	-	-	30	-	-	-	54
	NL	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	3	-	1	-	-	-	15	16	-	-	-	38
	G	1	-	-	3	3	-	-	3	2	2	-	5	-	25	9	-	-	-	14	-	-	-	26
	G	2	-	-	2	3	-	-	2	3	-	1	9	-	16	15	2	-	-	37	-	-	-	90
	G	1	-	-	1	-	-	-	3	3	6	2	10	-	-	-	5	-	-	21	-	-	-	79
	L	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	13	-	-	-	-	-	24	-	-	-	42
	NL	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	4	9	-	-	-	-	-	16	-	-	-	32
	NL	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	15	-	-	-	-	-	12	-	-	-	31
IV	NL	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	1	4	-	3	24	20	-	-	-	-	-	-	55
	G	4	-	-	6	16	-	-	7	9	6	-	24	-	-	1	-	47	81	-	-	-	-	201
	L	1	-	-	3	12	1	-	1	3	-	6	25	7	35	-	-	-	-	86	-	-	-	180
	L	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	2	1	7	-	-	-	2	12	-	-	29
	NL	1	-	-	1	7	-	-	2	3	-	-	5	5	12	12	-	-	-	9	85	-	-	142
	NL	1	-	-	1	2	1	2	2	-	1	2	-	-	4	17	18	7	17	-	-	-	-	75
	NL	2	-	-	2	2	2	6	1	1	-	-	11	-	-	36	-	-	-	78	-	-	-	141
	NL	1	-	-	1	-	-	5	1	-	-	1	6	16	9	-	-	-	1	42	-	-	-	83
TOTAL		41	7	7	29	59	11	27	48	34	16	36	215	159	275	192	85	54	98	125	1005	6	9	2538

* U.I. = Unidade de Internação

Nota: Os auxiliares operacionais de serviços diversos nível A, dos hospitais federais foram aqui classificados como servçais; os de nível B como copeiros; os de nível C como cozinheiros e despenseiros; os agentes administrativos, como escriturários. Os registrantes dos hospitais municipais foram classificados como escriturários e os armazenadores, como despenseiros.

ANEXO IV - Distribuição dos hospitais segundo a finalidade da entidade mantenedora, o número de leitos, a produção diária e a duração do trabalho. São Paulo, março de 1983

Nº DE LEITOS	FINALIDADE	NÚMERO MÉDIO DE REFEIÇÕES DIÁRIAS				Nº MÉDIO DIÁRIO DIETAS P/ PACIENTES		DURAÇÃO DO TRABALHO	
		TOTAL	DESTINATÁRIO DAS REFEIÇÕES			MODIFICADA	NORMAL	DIÁRIO (h)	SEMANAL (h)
			PACIENTES	FUNCIONÁRIOS	OUTROS				
I	G	1071	397	494	180	195	202	8	40
	G	1179	867	224	88	434	433	12	40
	L	578	399	175	4	279	120	8	48
	L	493	320	173	-	206	114	8	48
	L	573	422	145	6	250	172	8	48
	L	954	811	129	14	454	357	12	48
	L	1386	948	422	16	465	483	8	48
	L	801	785	16	-	281	504	8	48
	L	1257	1093	152	12	437	656	8	48
	L	544	490	49	5	254	236	8	48
	L	700	536	164	-	214	322	8	48
	L	587	467	120	-	240	227	8	48
	L	892	306	573	13	143	163	12	48
	L	743	448	272	23	67	381	12	48
	NL	638	425	213	-	290	135	8	48
	NL	793	334	440	19	160	174	8	48
	NL	682	404	248	30	248	156	8	48
	NL	671	610	61	-	508	102	8	48
	NL	800	600	190	10	188	412	8	48
	NL	786	576	204	6	192	384	8	48
	NL	364	320	44	-	160	160	8	48
	NL	523	506	17	-	267	239	8	48
II	G	1327	464	787	76	176	288	12	40
	L	809	582	227	-	200	382	12	48
	L	752	707	39	6	442	265	8	48
	L	1068	797	256	15	376	421	8	48
	L	857	674	160	23	238	436	8	48
	L	799	746	53	-	446	300	8	48
	L	1378	1364	14	-	606	758	8	48
	NL	1145	630	508	7	336	294	8	48
	NL	1375	1067	255	53	528	539	8	48
	NL	1425	675	690	60	475	200	8	48
	NL	1206	737	456	13	375	362	8	48
	NL	1272	930	330	12	450	480	8	48
	NL	1139	997	120	22	431	566	8	48
III	G	2489	1300	1083	106	750	550	12	40
	G	1714	1140	467	107	468	672	12	40
	G	3083	1655	1138	290	876	779	12	40
	L	1726	1322	394	10	607	715	8	48
	NL	843	301	519	23	74	227	8	48
	NL	1787	870	915	2	552	318	6	42
	NL	1311	981	297	33	588	393	8	48
IV	G	4719	3651	369	699	2046	1605	8	40
	G	8318	4406	3000	912	2542	1864	8	48
	L	2275	2180	90	5	522	1658	8	48
	NL	5456	3792	1424	240	2084	1708	8	48
	NL	1711	1430	93	188	667	763	12	48
	NL	3369	2657	534	178	1038	1619	8	44
	NL	2420	1729	545	146	691	1038	8	48