



ObservaRHSP

Observatório de Recursos Humanos
em Saúde de São Paulo



Parâmetros para o Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Hospitais Gerais

Coordenador:
Arnaldo Sala

Pesquisadores:

Adriana Rosa Linhares Carro
Aniara Nascimento Corrêa Araújo
Cecil Coelho Junior
Paulo Henrique D'angelo Seixas
Sayuri Tanaka Maeda



www.observarhsp.org.br

**PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E
DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM
HOSPITAIS GERAIS**

**CECIL COELHO JÚNIOR &
SAYURI TANAKA MAEDA**

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
São Paulo – SP
2006

Apresentação Institucional

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo através do Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde e do Ministério da Saúde tem a satisfação de trazer ao público o texto “Parâmetros para o Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Hospitais Gerais”. O desenvolvimento destes Parâmetros tem como pano de fundo a história da incorporação da assistência médica e em particular da assistência hospitalar na SES-SP e na redefinição do seu papel no sistema de saúde.

Como apontam os autores, a oferta da assistência hospitalar pela SES-SP intensifica-se da metade para o final da década de 80, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em São Paulo, quando a Secretaria passa a ser responsável pelo gerenciamento de três grandes hospitais gerais, dois infantis e uma maternidade, do extinto INAMPS, que se agregaram a uma rede que além de alguns hospitais gerais já contava com hospitais especializados em psiquiatria, tuberculose, hanseníase, em transição para serviços gerais. A partir daquele momento, a ampliação da rede hospitalar estadual se intensificou como resultante de movimentos sucessivos que incluíram a desapropriação e incorporação como serviços próprios de hospitais privados, a construção de hospitais gerais modernos com financiamento internacional, desenhados para servir a um sistema regionalizado e hierarquizado e, nos últimos dez anos, a construção com recursos próprios do Estado, de vinte hospitais gerais que passaram a ser gerenciados por Organizações Sociais de Saúde. Neste período a Secretaria deixou de ser responsável direta pela atenção básica, em decorrência do processo de municipalização, mantendo, entretanto, a responsabilidade sobre parte significativa da assistência de média e alta complexidade, além da função de agente regulador e promotor da equidade do SUS no âmbito estadual.

Esse processo levou a SES-SP a desenvolver sua capacidade de gestão voltada para uma vasta e complexa rede hospitalar, que atualmente conta com quarenta hospitais sob administração direta e outros vinte que funcionam como Organizações Sociais de Saúde, além de uma rede de ambulatórios de especialidade, laboratórios, farmácias e hemonúcleos. Em termos de recursos humanos, dos cerca de 70.000 servidores ativos da SES, aproximadamente 47.000 estão nos serviços de atenção direta à população. As novas funções desenvolvidas pela SES-SP provocaram diversas reestruturações que culminaram, no início de 2005, com a criação da Coordenadoria de Serviços da Saúde, responsável pela gestão dessa rede de serviços.

Todos esses aspectos tornam evidente a necessidade de um planejamento adequado de pessoal, previsto na própria legislação onde consta um estímulo adicional para o adequado dimensionamento quantitativo e qualitativo da força de trabalho. As Leis Complementares 674 de 08/04/92 e 712 de 12/04/93 estabeleceram uma importante inovação na gestão de pessoal ao definirem que os serviços que contassem com padrão de lotação, aprovado pela Casa Civil e chancelado por decreto do Governador, poderiam passar a realizar seus concursos tanto para contratos emergenciais como para efetivos, sem necessidade prévia de autorização. Em outras palavras o padrão de lotação significa a autorização para reposição automática de pessoal, constituindo-se na âncora para todo o sistema de seleção, contratação e movimentação de pessoal na SES-SP.

Desse modo, um elemento passou a ser fundamental para operar este sistema: a definição de parâmetros a serem adotados nas diferentes realidades hospitalares para a instituição dos padrões de lotação iniciais bem como para a sua atualização e validação frente a novas demandas decorrentes da incorporação de novas tecnologias e formas de organização do trabalho. Parâmetros e padrões que possibilitam, inclusive, o cálculo de custo de pessoal nos contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde.

Diferentes metodologias foram utilizadas para o desenvolvimento e adoção destes parâmetros. A medição in loco da carga de trabalho nas diferentes atividades nos

momentos iniciais, passando pela revisão e incorporação da legislação de pessoal no setor público, pela incorporação das normas e diretrizes do MS relacionados a serviços específicos, pela recuperação de parâmetros internacionais e principalmente por críticas e adaptações decorrentes de sua utilização em situações concretas.

O potencial de aplicação ou adaptação em outras realidades institucionais justifica a divulgação mais ampla dessa metodologia desenvolvida pela SES/SP. Não se pretende que a proposta contida nessa publicação seja definitiva: novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho, novas legislações trabalhistas, novos papéis a ser executados pelos hospitais dentro do sistema demandarão ajustes e adoção de outros critérios. É importante ressaltar também que este instrumento não determina ou estabelece a necessidade das diferentes especialidades médicas dentro do hospital para fazer frente à regionalização/hierarquização do sistema; mas uma vez definida essa necessidade, estabelece parâmetros para sua utilização. Não é, portanto, um instrumento de planejamento regional de saúde, mas pode contribuir significativamente para a sua realização. É apenas um guia para orientar a ação gerencial da unidade hospitalar e não uma norma acabada e imutável.

A presente publicação é também um reconhecimento público da SES-SP ao trabalho e à dedicação dos autores ao longo de vários anos. Especialmente por se tratar de uma contribuição intelectual que se constitui em domínio público, tanto no que se refere a sua aplicação como a sua revisão ou adaptação em diferentes contextos.

Nesse sentido, espera-se que a proposta funcione também como uma espécie de *software* livre onde cada um que o utilize agregue sugestões e adaptações que incrementem a sua aplicabilidade. Por isso se justifica sua disponibilidade por intermédio da Rede de Observatórios de Recursos Humanos, na expectativa do desenvolvimento de uma inteligência coletiva sobre esse tema que é, na realidade, um problema recorrente no cotidiano do dirigente hospitalar. Certamente a revisão e reconstrução contínua dessa tecnologia e sua efetiva utilização contribuirão em

muito para a qualificação dos serviços públicos de saúde não apenas no Estado de São Paulo, mas em outras unidades da federação e ainda em outros países que integram essa rede de cooperação técnica apoiada pela Organização Pan-Americana da Saúde.

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Coordenador de Recursos Humanos da SES-SP

José Paranaguá de Santana

Gerente da Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos da
OPAS no Brasil.

APRESENTAÇÃO

Este estudo tomou rumo à publicação pela solicitação originada da Estação Observatório de Recursos Humanos de São Paulo, que compõe a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil, rede esta regulamentada pelo Ministério da Saúde e que conta com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde.

No final da década de 80 do século XX, os autores iniciaram o desafio de escrever um trabalho que a princípio intitulava-se “Parâmetros para o Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais”, de âmbito público, dentro do qual explicava aspectos pertinentes ao planejamento e dimensionamento de recursos humanos para determinadas áreas e setores hospitalares.

Estes escritos iniciais, mesmo antes da publicação, despertaram enorme interesse, sendo inclusive utilizados por dirigentes de hospitais públicos e universitários, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e em Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde.

Uma das razões que impulsionou sua sistematização deveu-se ao fato da promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, alterando as distribuições de competências entre governo federal, estados e municípios. Sob o impacto da política de descentralização, uma das medidas para o enfrentamento na Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo foi a criação do Grupo Gerente de Hospitais (GGH) para coordenar a política de reorientação dos hospitais próprios, ativação dos novos e outros. Buscou por meio desta, organizar as estruturas hospitalares regionais e distritais, no âmbito de estado. Uma das incumbências era desenvolver ferramentas para o diagnóstico situacional, no qual o roteiro para avaliação da força de

trabalho era fundamental, uma vez que a relação quantitativo de pessoal e a produção de resultados era um dos focos de discussão desse Grupo.

Ao redigir este manual, defrontamo-nos com alguns problemas conceituais e estruturais. Como padronizar a nomenclatura das diversas categorias profissionais da área da saúde? Qual o índice de absenteísmo previsível, uma vez que os hospitais mantêm suas atividades, nas 24 horas do dia, em seus 365 dias do ano? Como mensurar a hora-assistencial adequada no contexto de cada situação institucional, face às diversas categorias profissionais?

As respostas para estas questões surgiram no decorrer do desenvolvimento desse trabalho, pela atuação em campo, em momentos de decisão conjunta com os atores envolvidos na prática, favorecendo as discussões do próprio processo de trabalho e das necessidades locais e, finalmente, dos resultados obtidos.

Optamos por adotar a nomenclatura existente no serviço público (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), criar instrumentos capazes de inferir e mensurar as horas-assistenciais necessárias por categoria funcional e estudar tecnicamente as ausências legais permitidas por lei, quantificando-as, até o surgimento de um índice, denominado *índice de segurança técnica*.

Ao longo desses anos, as versões preliminares, foram freqüentemente revistas pela incorporação advinda de críticas e sugestões daqueles que fizeram uso.

Sentimo-nos imensamente gratos pelos comentários e sugestões de todos aqueles que, de uma forma ou outra, utilizaram os manuscritos iniciais no

planejamento, avaliação e definição do quadro de pessoal de suas instituições.

O resultado final deste trabalho culminou com a presente publicação na qual procuramos apresentar os objetivos, a metodologia e as técnicas utilizadas para a definição de um quadro de pessoal voltado aos interesses da instituição.

Os autores

AGRADECIMENTOS

Ao tornar público este estudo, manifestamos nossos agradecimentos aos colaboradores que participaram diretamente das acirradas discussões ocorridas durante todo o processo de elaboração dos parâmetros apresentados, assim como das sugestões e críticas relacionadas à construção do instrumento, quando de sua aplicação e utilização por parte dos interessados. Nossos especiais agradecimentos a:

Ana Maria Malik

Cláudio Molina Martines

Edson Possebom da Silva

Elisa Nobuco Toda

Gonzalo Vecina Neto

José Cândido de Souza Dias

Maria D´Innocenzo

Messias Liguori Padrão

Roberto de Queiróz Padilha

Shahbaz Fatheazam

Silvio Luiz Rodrigues de Almeida

Valdir Tadini

Valéria Nascimento Crespo

Nossos agradecimentos aos participantes do grupo de trabalho criado em 2000 pela Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde.

Sérgio Domingos Pittelli

Volnei Gonçalves Pedrosa

Carmen Aparecida Scagliooni Carnin

Benedito de Paula Santos Cursino

Carolina Rosa Pedro de Barros

Hitomi Hayashida

Maria Aparecida Novaes

Sílvia Cristina Bucci

Ana Teresa Alabe

Samira Safsof

Maria de Fátima Ribeiro Dias

SIGLAS UTILIZADAS

ACD:	Atendente de Consultório Dentário
ADI:	Auxiliar de Desenvolvimento Infantil
AIDS:	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
AIH:	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA:	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC:	Autorização de Procedimento de Alto Custo e Complexidade
APM:	Associação Paulista de Medicina
BEC:	Bolsa Eletrônica de Compras
CAPD:	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
CCI:	Centro de Convivência Infantil
CFM:	Conselho Federal de Medicina
CLF:	Consolidação das Leis do Funcionalismo
CLT:	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASS:	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CQH:	Controle de Qualidade Hospitalar
CREMESP:	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRH:	Coordenadoria de Recursos Humanos
CSI:	Coordenadoria de Saúde do Interior
CSRMGSP:	Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana e da Grande São Paulo
CT:	Tomografia Computadorizada
CVS:	Centro de Vigilância Sanitária
DIR:	Diretoria Regional de Saúde
DPA:	Diálise Peritoneal Ambulatorial Automatizada
DPI:	Diálise Peritoneal Intermitente
DOE:	Diário Oficial do Estado
DOU:	Diário Oficial da União
ECG:	Eletrocardiografia
EEG:	Eletroencefalografia
EMG:	Eletro miografia
ENMG:	Eletroneuromiografia
FAA:	Ficha de Atendimento Ambulatorial
FGV/SP:	Fundação Getúlio Vargas/ São Paulo
GGH:	Grupo Gerente de Hospitais
GM/MS:	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
HCFMUNESP:	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de São Paulo
HD:	Hemodiálise

IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS:	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IST:	Índice de Segurança Técnico
LBA:	Legião Brasileira de Assistência
LECO:	Litotripsia Extra Copórea
MI:	Moléstia Infectocontagiosa
MS/SAS:	Ministério da Saúde/ Secretaria de Ações da Saúde
MS/SNAS:	Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Ações da Saúde
NR:	Norma Regulamentadora
PROAHSA:	Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde
MS:	Ministério da Saúde
MT:	Ministério do Trabalho
PS:	Pronto Socorro
QT:	Quimioterapia
RDC:	Resolução da Diretoria Colegiada
RH:	Recursos Humanos
RNM:	Ressonância Nuclear Magnética
RPA:	Recuperação Pós-Anestésica
RT:	Radioterapia
RX:	Raio X
SADT:	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAME:	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SESMT:	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SES/SP:	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIA:	Sistema de Informação Ambulatorial
SN:	Sistema de Plantões Noturno
SND:	Serviço de Nutrição e Dietética
SSMT:	Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho
SUDS:	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
UTI:	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: CONSIDERAÇÕES INICIAIS..... 2

1.	INTRODUÇÃO	2
2.	NOVOS PARADIGMAS NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	6
3.	ABORDAGEM HISTÓRICA.....	8
4.	ESTRUTURA DO TRABALHO	11
5.	OBJETIVOS	13
5.1	Objetivos Gerais	13
5.2	Objetivos Específicos	14

CAPÍTULO II: ABORDAGEM METODOLÓGICA..... 16

1.	CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO	17
2.	FATORES DETERMINANTES À CONCEPÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL.....	18
2.1	Política de Saúde	19
2.2	Política de Pessoal	19
2.3	Porte do Hospital e Grau de Complexidade.....	20
2.4	Variáveis Gerais e Específicas de Planejamento	21
2.4.1	Variáveis operacionais gerais	21
2.4.2	Variáveis específicas	21
2.4.2.a	Área Ambulatorial	22
2.4.2.b	Área de Urgência / Emergência.....	23
2.4.2.c	Área Hospitalar.....	24
2.4.2.d	Área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.....	25
2.4.2.e	Área de Apoio Técnico.....	26
2.4.2.f	Área Administrativa	26
3.	CONCEITOS UTILIZADOS NO PLANEJAMENTO	26
3.1	Conceitos Gerais.....	27
3.2	Conceitos Específicos.....	30

CAPÍTULO III: ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA.....39

1.	INDICADORES PARA A DETERMINAÇÃO DA HORA REAL TRABALHADA	39
2.	HORAS - REAIS TRABALHADAS	40
3.	TAXA DE ABSENTEÍSMO.....	41
3.1	Taxa de absenteísmo por faltas.....	42
3.2	Taxa de absenteísmo por licença-maternidade	43
3.3	Taxa de Absenteísmo por férias e feriados.....	44
3.4	Taxa de absenteísmo para educação continuada.....	44
4.	DETERMINAÇÃO DO ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA.....	45

CAPÍTULO IV: PARÂMETROS ESPECÍFICOS.....48

1.	ÁREA ASSISTENCIAL	50
1.1	Corpo clínico	50
1.1.1	Ambulatório.....	51
1.1.2	Pronto - Socorro.....	51
1.1.3	Unidades de internação.....	53
1.1.3.1	Enfermaria.....	53
1.1.3.2	U.T.I.....	55
1.1.4	Serviço de anestesiologia.....	56
1.2	Corpo de enfermagem.....	58
1.2.1	Unidade de Internação	63
1.2.2	Pronto Socorro.....	64
1.2.3	Ambulatório.....	65
1.2.4	Centro Obstétrico.....	66
1.2.5	Centro Cirúrgico.....	66
1.3	Equipe multiprofissional de saúde mental	67
1.3.1	Unidade de internação de saúde mental.....	67
1.3.2	Hospital-dia de saúde mental.....	68
1.3.3	Ambulatório de saúde mental	68
1.4	Equipe multiprofissional de reabilitação	69
1.5	Equipe multiprofissional para hospital-dia de Aids.....	70

1.6	Equipe multiprofissional para internação domiciliar.....	70
2.	ÁREA DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	71
2.1	Unidade de diagnóstico por imagem	72
2.1.1	RX/Ultra-Som/Mamografia/CT/RM.....	72
2.1.2	Endoscopia Digestiva	73
2.1.3	Doppler Vascular	74
2.1.4	Ecocardiografia.....	74
2.2	Unidade de Patologia Clínica	74
2.3	Unidade de Anatomia Patológica	75
2.4	Unidade de Medicina Física	76
2.5	Unidade de Métodos Gráficos	76
2.5.1	Eletrocardiografia – ECG	76
2.5.2	Eletroencefalografia – EEG.....	77
2.5.3	Eletroneuromiografia – ENMG	77
2.5.4	Provas de função pulmonar.....	78
2.5.5	Polissonografia	78
2.5.6	Potencial evocado.....	78
2.5.7	Urodinâmica	79
2.5.8	Phmetria esofágica.....	79
2.5.9	Manometria esofágica.....	79
2.6	Unidades de Hemoterapia.....	79
2.6.1	Agência transfusional	80
2.6.2	Banco de sangue	80
2.6.3	Hemocentro	81
2.7	Banco de leite	84
2.8	Unidade de terapia renal substitutiva.....	84
2.8.1	Hemodiálise.....	85
2.8.2	DP I.....	85
2.8.3	CAPD	85
2.8.4	DPA	86
2.9	Litotripsia extracorpórea.....	86
2.10	Unidade odontológica.....	86
2.11	Quimioterapia	87
2.12	Radioterapia.....	88
3.	ÁREA DE APOIO TÉCNICO.....	88
3.1	Serviço social e psicologia hospitalar.....	88
3.2	Serviço de arquivo médico/recepção/registo geral.....	89

3.3	Serviço de farmácia	90
3.4	Serviço de nutrição e dietética	92
3.4.1	Serviço próprio	92
3.4.2	Serviço terceirizado	93
3.4.3	Nutrição clínica	93
3.5	Central de esterilização de materiais.....	94
3.6	Serviço de controle de infecção hospitalar	94
3.7	Serviços especializados em engenharia de segurança e medicina do trabalho – SESMT	94
4.	ÁREA ADMINISTRATIVA.....	95
4.1	Finanças	95
4.2	Compras.....	96
4.3	Faturamento	97
4.4	Almoxarifado/control de estoque/distribuição.....	97
4.5	Comunicação e protocolo	98
4.6	Zeladoria.....	98
4.7	Velório.....	98
4.8	Transportes	99
4.9	Manutenção de equipamentos.....	100
4.10	Manutenção predial	100
4.11	Patrimônio	101
4.12	Higiene hospitalar.....	101
4.13	Lavanderia / rouparia e costura.....	103
4.13.1	Lavanderia	103
4.13.2	Rouparia / costura.....	104
5.	ÁREA DE GERENCIAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	104
5.1	Frequência / assentamento / cadastro.....	104
5.2	Administração e expediente de pessoal	105
5.3	Recrutamento e seleção	105
5.4	Treinamento e desenvolvimento.....	105
5.5	Centro de convivência infantil.....	105

6.	ÁREA DE APOIO CIENTÍFICO E FORMATIVO	106
6.1	Biblioteca.....	107
6.2	Centro de Estudos.....	107
7.	ÁREA DE APOIO ADMINISTRATIVO	107
7.1	Diretoria do Hospital	108
7.2	Diretoria Clínica	108
7.3	Diretoria de Enfermagem	108
7.4	Diretoria de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.....	108
7.5	Diretoria Administrativa	108
7.6	Diretoria de Recursos Humanos	108

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 110

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 116

WEBGRAFIA..... 128

ANEXOS 135

OS AUTORES 154

RESUMO

PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM HOSPITAIS GERAIS

Introdução: O trabalho sintetiza as diretrizes gerais a serem aplicadas no processo de dimensionamento de pessoal, envolvendo os setores típicos, para o funcionamento de um hospital geral, público, no contexto do Sistema Único de Saúde /São Paulo. **Objetivos:** sistematizar a metodologia de dimensionamento de pessoal em hospitais gerais; estabelecer indicadores gerais e específicos para o processamento de dimensionamento de pessoal; criar referenciais técnicos para aqueles que pretendem iniciar as atividades e ou avaliação do quadro de pessoal; contribuir com a organização no momento do planejamento e definição do perfil quantitativo e qualitativo de pessoal. **Metodologia:** o perfil institucional foi tomado como questão principal, adjacente ao estudo das necessidades de saúde da população onde o hospital se insere. Além de salientar, a função tecnológica de referência e contra-referência, no que se refere à integralidade do Sistema de Saúde. Inicialmente, o estudo congregava 15 instituições da Região Metropolitana de São Paulo, das quais cinco eram novas na região, do Estado, três ex - INAMPS (federais), dois que se encontravam sob intervenção estadual e outros cinco que estavam em projeto de recuperação da capacidade instalada. No período, entre 1988 e 2001, intervalo no qual, definiu principais indicadores, abrangendo os 45 hospitais do Estado, além de, um universitário e alguns da esfera municipal. Abordou-se a dimensão política como aspecto obrigatório e foi considerada fundamental para o exame competência técnica da instituição, consoante ao perfil de morbi-mortalidade da população. A segunda etapa metodológica constituiu-se da exploração dos fatores que determinam o modelo assistencial relativos à política de saúde, de pessoal, variáveis gerais e específicas para o planejamento da força de trabalho, quais sejam: ambulatorio, setor de urgência e emergência, internação, apoio diagnóstico, apoio técnico e área administrativa. O hospital caracteriza-se pelo funcionamento ininterrupto, propôs-se projeção do índice de segurança técnica, com o objetivo de preencher as necessidades decorrentes de férias, folgas e outras ausências previstas e não previstas. O ensaio do dimensionamento de pessoal tomou como base as áreas assistenciais, apoio diagnóstico e terapêutico, apoio técnico, administrativa, gerenciamento de recursos humanos e apoio administrativo. **Conclusão:** os indicadores gerais encontrados que podem servir de referência para diversas instituições foram: funcionário / leito: 4,2; pessoal de enfermagem / leito: 1,8; enfermeira / leito: 0,4. A composição geral do quadro de pessoal, como valores médios, foram de: enfermagem 44%, apoio e diagnóstico 20%, apoio técnico 21% e área administrativa 15%. Um estudo detalhado sobre o contexto e a observância de indicadores gerais quanto à demanda de necessidades são definidores críticos, que antecedem à avaliação do quadro ou da etapa de dimensionamento de pessoal.

Palavras-chave: Administração de recursos humanos em hospitais; força de trabalho; gerência.

ABSTRACT

PARAMETERS FOR PLANNING AND DIMENSIONING STAFF AT A GENERAL HOSPITAL

Introduction: this work synthesizes the guidelines to be applied in the process of dimensioning labor force involving typical sectors and public hospitals to work together with the Healthcare System- Sistema Único de Saúde/ São Paulo. **Objectives:** to systematize the methodology for dimensioning human resources in a public hospital; to establish general and specific indicators in the process of dimensioning labor forces; to create technical referentials for institutions in a process of planning personal ; to contribute planning as well as a quantitative and qualitative profile of the organization. **Methodology:** the main aspect considered has been the institutional profile of health care needs in the area within reach of the hospital: reference and cross-reference are also an outstanding factor for the fully integrated Healthcare System. This study considered 15 institutions in the Metropolitan area of São Paulo. Between 1988 and 2001 the main guide-lines for 45 State Hospitals and several teaching hospitals were established. There has been a fundamental approach to analyse the competence of the institution regarding the morbidity – mortalities profile of the population. Since the institution non-stop a projection of an index ensuring technical security has been proposed, in over to cover for vacations, days-off and other planned or unplanned absences. A test of the staff size has been done, based on data related support, as well as other areas.

Keywords: Human resources administration in hospitals; labor force; management.

RESUMEN

PARÁMETROS PARA PLANIFICAR Y DIMENSIONAR LA FUERZA DE TRABAJO EN HOSPITALES

Introducción: Este trabajo sintetiza las directrices generales que serán aplicadas en el proceso de dimensión de la fuerza de trabajo, que involucra los sectores típicos, para el funcionamiento de hospitales públicos, en el contexto del Sistema Único de Saúde / São Paulo. **Objetivos:** Sistematizar la metodología para dimensionar la fuerza de trabajo en hospitales; establecer indicadores generales y específicos para el proceso de dimensionar la fuerza de trabajo; crear referenciales técnicos para entidades que están en el proceso de planificación para iniciar sus actividades como una institución nueva y para aquellas que ya están en funcionamiento; contribuir con la organización en el momento de planificar y definir el número de personal necesario. **Metodología:** el perfil institucional fue tomado como tema principal, adyacente al estudio de las necesidades de salud de la población del área de abragencia del hospital. También se resalta la complementariedad entre la referencia y la contrarreferencia como estrategia para lograr la integralidad del sistema de atención de salud. Inicialmente, este estudio congregaba 15 instituciones de la Región Metropolitana de São Paulo, de los cuales 5 eran nuevos en esta región, tres ex – INAMPS (del gobierno central), dos que estaban siendo intervenidos por la Secretaria de Salud del Estado de São Paulo y otros cinco que estaban en proyecto de recuperación de la capacidad instalada. El periodo comprendido entre 1988 y 2001 fue crucial, por que en este intervalo se establecieron los principales indicadores, siendo que posteriormente éstos fueron adaptados. Al terminar este periodo, el estudio abarcó 45 hospitales del Estado de São Paulo, incluyendo un Hospital Universitario y algunos de la esfera municipal. Se abordó la dimensión política como aspecto obligatorio, y se consideró los aspectos fundamentales para el examen de competencia técnica de la institución, de acuerdo con el perfil de morbimortalidad de la población. La segunda etapa metodológica comprendió el estudio de los factores que determinan el modelo asistencial relativos a la política de salud, de personal, variables generales y específicas para la planificación de personal, según las áreas específicas de asistencia, las cuales son: ambulatorio, sector de urgencias y emergencias, hospitalización, apoyo de diagnóstico, apoyo técnico y área administrativa. Por la naturaleza de la institución, con funcionamiento de 24 horas, hay proyección del índice de seguridad técnica, con el objetivo de completar el cuadro de personal necesario para cubrir las vacaciones, días libres y otras ausencias previstas y no previstas. El ensayo para dimensionar el personal tuvo como base las áreas asistenciales, apoyo de diagnóstico y terapéutico, apoyo técnico, administrativo, gestión de recursos humanos y apoyo administrativo. **Conclusión:** los indicadores generales encontrados que pueden servir de referencia para diferentes instituciones fueron: trabajadores / cama: 4,2; personal de enfermería / cama 1,8; enfermera / cama: 0,4. La composición general del cuadro de personal tuvo una media de valores de: personal de enfermería 44%, apoyo y diagnóstico 20%, apoyo técnico 21% y área administrativa 15%. Un estudio detallado sobre el contexto y la observación de indicadores generales referente a la demanda de necesidades son críticos en la definición de la fuerza de trabajo, que anteceden a la evaluación del cuadro o de la etapa para dimensionar el personal.

Palabras clave: Administración de Personal en Hospitales, Fuerza de Trabajo, gerencia.

CAPÍTULO I: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. INTRODUÇÃO

2. NOVOS PARADIGMAS NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

3. HISTÓRICO

4. ESTRUTURA DO TRABALHO

5. OBJETIVOS

CAPÍTULO I: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. INTRODUÇÃO

O lançamento deste documento, fruto do trabalho desenvolvido pelos técnicos da Secretaria de Estado da Saúde, busca de maneira sintética e sistematizada, orientar e facilitar as tarefas dos administradores dos serviços de saúde, autoridades municipais e demais responsáveis pelo planejamento na área de recursos humanos, tendo como objetivo uma contínua melhora da qualidade no setor.

A escassez de um texto que aborde, de forma ampla, a questão do planejamento global e o dimensionamento da força de trabalho na esfera hospitalar, levaram os autores à redação deste documento, através do qual se pretende tratá-lo de modo objetivo e organizado.

As revisões posteriores foram realizadas com a participação de um maior número de representantes dessas instituições. Foram criadas oportunidades de compartilhar as experiências acumuladas, tanto do grupo de coordenação como das bases da rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado e do Município de São Paulo ⁽²⁻⁹⁾. Realizaram-se reuniões setoriais com as diversas diretorias e chefias de hospitais, propiciando discussões dos pontos problemáticos. Foram consideradas, além de públicos, alguns hospitais privados, como também emergiram outras áreas de necessidade, a exemplo da saúde mental.

Como trabalho de campo para a definição da hora-assistencial por paciente e demais parâmetros para o dimensionamento da força de trabalho, foram utilizados os serviços médicos assistenciais, de enfermagem, de apoio diagnóstico e terapêutico e administrativos de 14 hospitais públicos do Estado de São Paulo, no ano de 1988.

A realidade prática desses hospitais serviu de baliza para definição da hora-assistencial por paciente, além dos serviços médico - assistenciais, de enfermagem, de apoio diagnóstico e terapêutico e administrativo de 14 hospitais públicos do Estado de São Paulo, no ano de 1988.

O setor de enfermagem, é uma área que necessita de um grande contingente de profissionais, pela natureza do trabalho. Foi alvo de calorosas discussões, pois sempre representou expressão quantitativa de pessoal considerável, fonte geradora de trabalho, assim como de custos na produção. Nesta edição contém a proposta de enfermagem, desenvolvida na época e na atualidade, Kurcgant, Gaidzinski e Fugulin são líderes, pesquisadoras de enfermagem que inovaram à tratativa em questão. Com certeza, as obras publicadas por estas autoras trarão aos leitores, a acurácia e a complexidade que envolve o cálculo de pessoal ⁽¹⁰⁾, apontando assim, caminhos alternativos àqueles que desejarem aplicar outra metodologia.

Os responsáveis pelo gerenciamento das Unidades Hospitalares, especialmente as de âmbito público, encontrarão diretrizes no processo de definição de um quadro de pessoal e sugestões de como defini-lo, fazendo incorporar as peculiaridades institucionais. Isto porque os gestores deverão orientar-se pelos eixos estratégicos (características da clientela atendida, política institucional de recursos humanos, modelo de gestão, clima organizacional e mobilidade de recursos financeiros), pois estes incidem na determinação da força de trabalho necessária, enquanto o projeto se desenvolve.

O resultado final da versão dos parâmetros para o dimensionamento de pessoal em hospitais gerais, foi elaborado por meio de estudo dos 14 hospitais integrantes do Projeto H ⁽¹¹⁾, quando, então, os autores divulgaram a primeira versão do trabalho, em 1988.

A abordagem apresentada pelos autores concentra-se basicamente em três aspectos:

- **Primeiro:** na busca da qualidade, conforme os ensinamentos propostos por Deming⁽¹²⁾;
- **Segundo:** na compreensão e aplicação de informações. Estes métodos vêm da lógica clássica que caracteriza os postulados de Deming⁽¹²⁾.
- **Terceiro:** na formação e manutenção de grupos de planejamento e gerenciamento das ações e na medida do possível envolver o pessoal da linha operacional nas discussões para formulação e avaliação dos planos.

No setor público, existe uma similaridade no modelo de gestão e homogeneidade no processo produtivo, assim foi idealizada a construção de matrizes⁽²⁾ para cada clínica e unidades de apoio, sobretudo para o corpo de enfermagem. Essas matrizes se constituíram-se na distribuição dos elementos da equipe por categorias e por turnos, cobrindo as 24 horas de atenção de enfermagem.

A área de apoio técnico foi projetada sob a perspectiva de gestão que exige que seja eficiente e viável economicamente; ao passo que a área administrativa destacou-se pela valorização e administração da força de trabalho, área vital à instituição produtora de serviços, vinculando esta com a direção de hospital; pois da política de recursos humanos decorre a capacidade de administrar o conjunto de respostas aos problemas e necessidades de saúde, gerindo a razão da própria existência.

Além da experiência acumulada com a rede hospitalar da SES-Secretaria de Estado da Saúde, foram consideradas também outras, como as de alguns hospitais privados, além da área de saúde mental, em especial, os hospitais públicos municipais da cidade de São Paulo.

A grande receptividade que este trabalho teve por parte dos dirigentes do Sistema de Saúde, visando à redefinição do quadro de pessoal de 43 hospitais públicos do Estado de São Paulo, em 1993, reforçou a expectativa

dos autores, de que o presente documento desempenharia satisfatoriamente a função de apoio e orientação à definição de recursos humanos em unidades gestoras de atenção hospitalar e suas extensões.

Convém salientar que este documento vem sendo sistematicamente revisto e ampliado com as sugestões e críticas propostas pelos gestores de diversos setores, como também com as recomendações técnicas advindas de Portarias Ministeriais e Resoluções da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo⁽¹³⁾.

As recomendações e proposições aqui apresentadas poderão ser utilizadas como subsídios à elaboração e dimensionamento do pessoal da área hospitalar, principalmente ao de setor público, adaptadas às condições locais. Os dirigentes devem dominar certas técnicas de planejamento e organização que lhes permitam traduzir e disciplinar seu trabalho gerencial, garantindo maior eficiência e produtividade.

Assim, as explanações aqui mencionadas, quando mecanicamente aplicadas não levarão a resultados satisfatórios. Destaca-se a importância do modelo de gestão que concorre à administração de recursos tecnológicos de natureza e complexidade distintas na geração de ações de serviços de saúde (Malik) ao cuidar da vida holística da instituição com suas interfaces internas.

Alguns comentários, sugestões e análises específicas foram acrescentadas, sobretudo na área assistencial, visando a atender as peculiaridades dos modelos assistenciais adotados e as políticas de recursos humanos existentes em cada instituição.

Longe da idéia de haver produzido um texto definitivo e irretocável, os autores têm total consciência do fato da existência de lacunas e imperfeições do documento. Desta forma esperam de todos aqueles que vierem a conhecê-lo e testá-lo que façam as indispensáveis críticas, de modo que o presente documento possa ser permanentemente atualizado e aperfeiçoado.

2. NOVOS PARADIGMAS NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Nas duas últimas décadas do século XX, mudanças significativas na ordem econômica mundial propiciaram o surgimento e a incorporação de novos conceitos organizacionais e gerenciais que acarretaram em mudanças no perfil e, conseqüentemente, na gestão das organizações, afetando a vida dos profissionais que atuam nestas instituições⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

As organizações que pretendem se manter no mercado de produção de bens e serviços, encontram-se diante de novos conceitos, processos e resultados e, assim, vêm-se obrigados a refletir sobre suas estruturas organizacionais e seu “modus operandi”, buscando realinharem-se com esses paradigmas de gestão. No mundo globalizado encontra-se diante de novos conceitos, processos e resultados com os quais as organizações que pretendem se manter no mercado de produção de bens ou serviços vêm-se obrigadas .

A globalização da economia trouxe uma série de novos paradigmas com conseqüências e implicações à sociedade, às empresas e aos indivíduos. Não só o perfil dos novos empregos, a cultura organizacional, especialmente na gestão de recursos humanos, incluindo o relacionamento dos consumidores com os produtos ou serviços consumidos e a conduta ética da sociedade em si, serão as determinantes deste processo.

Em palestra proferida no Seminário de Gestão Hospitalar e Qualidade em Saúde, realizado no Hospital Albert Einstein, Costa cita que as mudanças na gestão dos recursos humanos nos últimos dez anos foram significativas, visto que nas décadas de 1970 e 1980 as formas de trabalho e emprego tinham como cultura organizacional o foco na organização.

As áreas de apoio dessas organizações eram pesadas e centralizadas, havia um baixo índice de incorporação tecnológica, o perfil do profissional a ser contratado estava voltado ao especialista. O local de trabalho caracterizava-se por ser intramuros, ou seja, dentro da instituição. A forma de remuneração estava focada no salário fixo e benefícios; a chefia era

centralizada. Havia o reforço no individual e as estratégias de remuneração não previam a participação nos resultados ⁽¹⁶⁾.

Em contrapartida, nos anos 1990 as mudanças ocorridas na gestão de recursos humanos propiciaram mudanças na cultura organizacional, assim os clientes internos e externos passaram a ser o foco da instituição. Havia uma tendência à terceirização e à descentralização das áreas de apoio das organizações; existia um forte índice de automação, proveniente da incorporação tecnológica. O generalista talentoso e multifuncional passara a ocupar o lugar do especialista, era a visão do macro sobrepondo-se à visão do micro. O teletrabalho era uma característica cada vez mais presente; a remuneração variável era a tônica do mercado de trabalho. O processo participativo e democrático, com enfoque no trabalho em equipe, era o novo determinante da cultura organizacional e a participação nos resultados auferidos pela organização era a marca das estratégias da remuneração variável ⁽¹⁶⁾.

No contexto do processo de mudanças na gestão de recursos humanos, o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho assumiam um papel fundamental dentro das instituições; pois, mediante a proposta de objetivos e metas num criterioso processo interno de planejamento, buscava-se adequar as necessidades da instituição à nova realidade conjuntural.

O planejamento de investimentos em capital humano visa que as instituições atinjam níveis satisfatórios de desempenho e resultados, tornando-as competitivas em sua excelência e qualidade; atendendo não só suas próprias necessidades, como as de seus clientes internos e externos e, principalmente, ao bem-estar e auto-estima dos profissionais que compõem o quadro funcional dessas instituições. Desta forma, as organizações estarão aptas a enfrentar os desafios e implicações provocadas pela globalização.

Tal discurso, radicalmente contrária ao que acontece no interior dos serviços públicos sob o compasso de direitos administrativos, o ano de 1997 foi o marco para introduzir mecanismos de mercado na gestão da

saúde, transferindo a responsabilidade de gestão aos entes privados, denominados Organizações Sociais. Nos últimos anos, os novos hospitais de estado, são seletivamente, a eles outorgados a tarefa de administração, como parceiros do ente público.

3. ABORDAGEM HISTÓRICA

O início do desenvolvimento deste trabalho, no fim da década de 80, coincidiu com a turbulência de mudanças políticas, sociais e econômicas que marcaram o Brasil e o Estado de São Paulo, em função da alteração do papel do Estado, em consequência a reforma administrativa no setor de saúde e dos respectivos impactos nas esferas governamentais.

Em 1986, a Seguridade Social, o novo texto Constitucional de 1988, a Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 com a Lei Complementar nº 8.142/90 e a Constituição do Estado de São Paulo, de 1989 imprimiram um novo rumo às ações e atividades assistenciais, fomentando o desenvolvimento de estratégias orientadas para a prevalência da universalidade de acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

A elaboração do trabalho de dimensionamento da força de trabalho para a rede hospitalar, começou a ser discutida de forma mais estruturada a partir de 1988, com a conformação do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde ⁽²⁰⁾ - no Estado de São Paulo, dentro da nova dimensão operativa da Secretaria de Estado da Saúde. Nesse período, os cinco hospitais, do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) passaram a integrar a rede hospitalar própria do Estado. Os hospitais recém integrados (Hospital Heliópolis, Hospital Ipiranga, Hospital Brigadeiro, Hospital Infantil Darcy Vargas e Maternidade Leonor Mendes de Barros) possuíam quadros de lotação de pessoal com os mais diversos regimes jurídicos e jornadas contratuais. Havia funcionários federais, estaduais, municipais, ex-Legião Brasileira de

Assistência (LBA), Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou seja, celetistas, e os estatutários (CLF), numa mesma instituição; criando dificuldades gerenciais aos administradores no momento da definição e reposição de sua força de trabalho.

Esses hospitais trabalhavam a questão da força de trabalho de forma isolada, sem critério técnico, dentro da lógica da instituição, fugindo da nova proposta operativa que a Secretaria de Estado da Saúde buscava atingir.

A partir do SUS, os autores passaram a estudar o problema de forma a criar uma unidade lógica de conceitos homogêneos e visão do conjunto institucional público, num contexto sistêmico de saúde. A formalização de tal proposta diz respeito ao desenho do modelo assistencial e operacional, a estrutura organizacional e aos equipamentos de infra-estrutura técnico-administrativa, resultando na definição de alguns parâmetros que balizassem o dimensionamento da força de trabalho para esses hospitais, respeitando os pressupostos do SUS⁽³⁻⁴⁾.

O primeiro embrião do trabalho atendeu às expectativas dos gestores do sistema público de saúde, sendo que, na época, outros nove hospitais passaram a compor o universo estudado. Dentro desta amostragem, cinco novos hospitais públicos estavam sendo disponibilizados à população, como parte da implantação e consolidação do SUS no Estado de São Paulo, sendo: Hospital Vila Nova Cachoeirinha, Hospital Vila Penteado, Hospital Geral de Taipas, Hospital Geral de São Mateus e Hospital Geral de Guaianazes. Mais outros quatro hospitais que se encontravam sob processo de intervenção do Estado passaram a integrar a rede hospitalar própria: Hospital de Ferraz de Vasconcelos, Hospital Regional de Osasco, Hospital Regional Zona Sul e Maternidade Interlagos. Estes hospitais, dentro da nova lógica operativa da Secretaria de Estado da Saúde, necessitavam enquadrar-se ao modelo gerencial do Estado que enfatizava a otimização na gestão de recursos com foco nos resultados.

É oportuno salientar que, nesse período, para os cinco novos hospitais que estavam sendo implementados, era obrigatório apresentar uma projeção

orçamentária mensal, motivada pelo alto custo dos serviços hospitalares, em cuja composição de gastos, a categoria de *peçoal*, ganhava relevo mesmo com os baixos salários vigentes à época.

Com esta ampliação do universo, para 14 hospitais, os autores passaram a estudar mais detalhadamente o problema, investigando e produzindo conhecimento na área de recursos humanos.

A partir de 1993, a Secretaria de Estado da Saúde conduziu a revisão do padrão de lotação ⁽¹³⁾ de seus 43 hospitais próprios. Novamente, sob a assessoria dos autores, houve tal revisão do quantitativo da força de trabalho necessário para esses hospitais. O resultado deste novo redimensionamento subsidiou os autores a fazer a primeira revisão do documento ⁽⁸⁾.

Em 1999, a Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, atendendo a crescente demanda dos diretores das unidades hospitalares próprias do Estado, liderou outro processo de revisão dos quadros de pessoal. Pois, a implantação do SUS era uma realidade e essas unidades hospitalares haviam passado por processos internos de incorporação tecnológica, por mudanças de seus perfis assistenciais, por modernizações gerenciais e organizacionais e pela implantação dos programas de qualidade na assistência médico - hospitalar, tendo como base a Acreditação Hospitalar ⁽²⁾.

O trabalho de revisão tomou como referência o documento Parâmetros para o Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais. Para tanto, a Coordenadoria de Recursos Humanos criou um Grupo de Trabalho, cujos autores, com alguns representantes de hospitais, técnicos da CRH e das Coordenações de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo (CSRMGSP) e do Interior (CSI) ⁽¹¹⁾, promoveram uma ampla discussão e revisão do documento, incorporando sugestões advindas dos participantes de campo e do Grupo de Trabalho, das Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde e das Portarias Ministeriais de caráter normativo, a respeito da força de trabalho.

A síntese do documento foi apresentada em evento promovido por órgãos públicos envolvendo a esfera federal, o que ampliou a divulgação da matéria, a exemplo de encontro promovido pela Câmara Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)⁽⁹⁾.

O presente documento foi revisto progressivamente, à medida que a realidade prática impunha novas condições políticas, organizacionais e, sobretudo na produção de conhecimentos. Serviram-nos como molas propulsoras que necessariamente requeriam análises adicionais; o desenvolvimento de uma visão sistêmica onde o hospital faz parte de uma rede, além de funcionar com uma estrutura leve; a valorização dos profissionais de ponta; a incorporação contínua de tecnologias e o permanente investimento em pessoal especializado.

Para finalizar este capítulo, vale ressaltar que durante o período de 15 anos, diversas transformações ocorreram no macrossistema, como já foi abordado. Nesse cenário, outras realidades foram reconhecidas, sejam advindas de corporações profissionais de saúde, ou de esferas político-governamentais que modificaram suas normas, diante dos quais derivavam ações regulatórias que influenciaram, em grande medida, no processo de trabalho.

4. ESTRUTURA DO TRABALHO

Um dos problemas que em muito tem preocupado os administradores hospitalares é, sem dúvida, o da fixação da força de trabalho que irá compor o quadro de pessoal da instituição. Na realidade, o planejamento e a organização de uma unidade médico-hospitalar é sempre uma tarefa difícil para a equipe de administradores. O hospital é uma organização complexa, de alto custo, cujo conjunto do processo produtivo é influenciado pelo modelo gerencial e pela capacidade política em conduzir a questão da força de trabalho.

Com o intuito de propiciar maior facilidade e agilidade, por parte do administrador, no momento do dimensionamento do quadro de pessoal, os autores apresentam este trabalho com a intenção de ser uma publicação norteadora às ações de planejamento e fixação do quantitativo de pessoal às unidades hospitalares. Antes, faz-se necessário levar em consideração que se trata de sugestão, apresentada, tomando-se por base estudos e experiências vivenciadas na área pelos técnicos da Secretaria de Estado da Saúde ⁽²¹⁻³¹⁾, também a análise de recursos humanos em saúde no SUS publicada em 1998 ⁽³²⁻³³⁾ por Malik.

Os parâmetros aqui apresentados poderão ser alterados e adaptados às condições específicas de cada lugar, considerando-se as situações locais e regionais. Assim sendo, é possível que unidades do mesmo porte venham a apresentar pequenas diferenças em seu quantitativo, porque serão adequadas aos perfis da clientela assistida e, sem dúvida, aos modelos de gestão.

Com o objetivo de sistematizar a apresentação metodológica, os autores subdividiram este trabalho em quatro etapas:

A primeira, focaliza os fatores determinantes referentes à concepção do modelo assistencial, como: política de saúde, política de pessoal, porte do hospital e grau de complexidade, variáveis gerais e específicas. O conhecimento de tais fatores será de grande valia como subsídio à elaboração do quadro geral de pessoal ⁽²⁹⁾.

A segunda, é relativa à abordagem metodológica desenvolvida para determinação do Índice de Segurança Técnica. O conhecimento da taxa de absenteísmo determinará o índice de segurança técnica, que aplicada ao dimensionamento realizado, proporcionará o preenchimento do quantitativo planejado para atender as necessidades do hospital.

A terceira, trata da fixação dos parâmetros específicos para determinação do dimensionamento do quadro de pessoal que está detalhado na seção adiante, subdividida em sete itens: área assistencial, área de apoio diagnóstico e terapêutico, área de apoio técnico, área administrativa, área

de gerenciamento de recursos humanos, área de apoio científico e formativo e área de apoio administrativo.

E, por fim, a quarta e última parte que busca consolidar as informações apresentadas em tópicos de conclusões e considerações finais.

5. OBJETIVOS

O dimensionamento da força de trabalho de uma organização médico-hospitalar, de modo geral é uma tarefa árdua e conflitiva para quem a executa. Normalmente a tendência lógica do administrador é a de determinar os quantitativos baseados na simples consulta aos respectivos chefes dos diversos setores do hospital, sem que houvesse a necessária discussão e reflexão do processo interno de trabalho e suas reais necessidades.

Matus ⁽³⁴⁾ refere que a reflexão imediatista, tecnocrática e parcial não é o planejamento, e tampouco é a reflexão que se isola da ação e torna-se uma mera pesquisa sobre o futuro.

Desta forma, este trabalho tem como objetivos:

5.1 Objetivos Gerais

Orientar os administradores de serviços públicos de saúde no momento do planejamento e dimensionamento da força de trabalho no âmbito hospitalar.

Promover a contínua discussão e revisão no processo de dimensionamento de pessoal hospitalar de âmbito público, com vista a maior integração e eficiência na produção de serviços.

5.2 Objetivos Específicos

Contribuir no processo de planejamento, organização e definição do quantitativo de pessoal necessário em hospitais gerais;

Sistematizar a metodologia de dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais;

Estabelecer indicadores gerais e específicos para o dimensionamento da força de trabalho;

Criar referenciais técnicos para fins de proposição e ou avaliação da força de trabalho no âmbito hospitalar público.

CAPÍTULO II: ABORDAGEM METODOLÓGICA

- 1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO**
- 2. FATORES DETERMINANTES Á CONCEPÇÃO DO MODELO ASSISTÊNCIAL**
- 3. CONCEITOS UTILIZADOS NO PLANEJAMENTO**

CAPÍTULO II: ABORDAGEM METODOLÓGICA

Neste capítulo, são abordados, aspectos relativos ao contexto onde cada instituição se insere, pois delas decorreram as matrizes que auxiliaram na delimitação de fatores estratégicos que regulam o ambiente interno dos hospitais.

A metodologia utilizada na concepção desse trabalho baseou - se na consulta à literatura existente sobre o estudo da força de trabalho para o adequado funcionamento dos diversos setores do hospital; em portarias ministeriais e resoluções normativas das Secretarias de Estado e Municipal de Saúde; na experiência dos técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que atuavam na área de gerência de serviços de saúde; e em especial, nas discussões técnicas realizadas com os gestores de serviços (diretores de hospitais e serviços de saúde, próprios da SES/SP).

Diversas fontes foram consultadas, assim como obras publicados por autores que se empenharam na investigação de processo de trabalho e ensino da administração hospitalar e sistemas de saúde. Publicações da Organização Mundial de Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde, do Ministério da Saúde, das Secretarias de Estado e Municipal de Saúde, do Programa Avançado de Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde da FGV-SP e de alguns Conselhos e Sociedades de classe que também contribuíram e subsidiaram os autores na criação e estabelecimento de indicadores propostos.

As portarias ministeriais e resoluções normativas das Secretarias de Estado e Municipal de Saúde, publicadas à época, que regulam as atividades de determinados serviços médico-hospitalares e incluem a questão do quantitativo mínimo de número de pessoas para o adequado funcionamento desses serviços, também, foram utilizadas para a concepção dos indicadores.

A experiência dos técnicos da SES/SP e dos autores desse trabalho, convergiram para a aglutinação das informações existentes, com o objetivo de estabelecer critérios para a elaboração dos indicadores de RH, desenvolvendo uma sistemática que buscasse mensurar a hora-assistencial, necessária para os cuidados de enfermagem, pelo processo de cronometragem, pelo tipo de leito hospitalar existente e por procedimentos realizados.

Após a elaboração da primeira versão do trabalho, os autores promoveram discussões técnicas com os gestores de serviços. Testaram-se os parâmetros propostos, expondo-os às críticas, com o objetivo de corrigi-los e torná-los válidos e aceitos.

1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO

Os textos tradicionais sobre planejamento definem que planejar é decidir antecipadamente o que fazer como fazer, quando e quem deve fazer.

Segundo Matus, “planejador” é um técnico a serviço de uma força social, e a função de planejar consiste em dominar a técnica de fazer planos – técnica simples em seus princípios básicos, mas complexa na aplicação ⁽³⁴⁾.

O planejamento é um processo intelectual, não redutível a uma teoria bem estruturada, que se pressupõem uma abordagem técnica estratificada e que requer experiência, perseverança e capacidade de aprendizagem na prática ⁽³⁾.

O processo de planejamento inicia-se com o diagnóstico da situação a qual se pretende intervir. O planejador diagnostica a realidade, identificando os problemas para posterior atuação. Trata-se, portanto, de uma tarefa complexa, não somente pelo universo de variáveis que condicionarão ao êxito desejado, mas, porque tais variáveis são difíceis de imaginar, enumerar e mensurar. Observa-se que o planejamento em si não é outra coisa senão tentar submeter à vontade do planejador o desencadeamento

dos acontecimentos cotidianos, que determinarão uma direção para a mudança desejada da organização⁽³⁴⁾.

O conhecimento prévio de um conjunto de informações sobre: políticas de saúde; legislação específica da área de saúde; informações sócioeconômicas e demográficas; estudos epidemiológicos com a definição de perfil de morbi-mortalidade; demanda de serviços, como: número de consultas ambulatoriais atendimentos de urgência / emergência, número de internações, número de exames laboratoriais e diagnósticos por imagem, transfusões sanguíneas e de hemoderivados, pacientes em atendimento hemodialítico, pacientes em quimio e radioterapia, número de refeições servidas, quilos de roupas lavadas e outros; incorporação tecnológica; política de recursos humanos, como: categorias profissionais existentes, jornada contratual, benefícios e plano de cargos e carreira; estrutura física; o modelo assistencial e organizacional; subsidiará o planejador no momento da determinação da força de trabalho necessária para a instituição, ou seja, no dimensionamento do quantitativo de pessoal.

2. FATORES DETERMINANTES À CONCEPÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

Considerando o hospital como uma organização inserida no contexto de um Sistema de Saúde, a fim de garantir essa integração aos outros elementos do sistema social, alguns fatores são determinantes na concepção do modelo, que deve também ser considerado para o dimensionamento de um quadro de pessoal.

Estes fatores são:

2.1 Política de Saúde

Entende-se como Política de Saúde ⁽³⁵⁾, as regras estabelecidas para governar funções e assegurar que elas sejam desempenhadas de acordo com os objetivos desejados pela organização. Assim sendo, considera-se como parte integrante desta Política de Saúde:

Perfis epidemiológicos da população que demanda as necessidades de saúde;

Necessidade de cobertura populacional à área médico-hospitalar;

Proposta de modelo gestão e de assistência da instituição;

Sistema de referência e contra-referência, aliado ao grau de integração com outros serviços médico-assistenciais;

Definição de prioridades na destinação de recursos;

Tecnologia incorporada em diversos setores para o desenvolvimento da assistência.

Tamanho do hospital (distribuição, disposição de área física, capacidade leitos, capacidade instalada para atendimento ambulatorial e de pronto-socorro);

Tipo de pacientes assistidos: grau de dependência;

Média de permanência e distribuição desses pacientes por setores;

Outros indicadores disponíveis de abrangência regional e distrital.

2.2 Política de Pessoal

Por política de pessoal entende-se um conjunto de ações que orientam um processo de decisão, assegurando que sejam desempenhadas de acordo com o objetivo traçado pela instituição, balizando-se nos seguintes aspectos ^(27,35).

Estrutura, organização e gestão dos serviços;
Método e organização do trabalho;
Plano de cargos e salários, benefícios legais;
Valorização e promoção de pessoal;
Política Salarial e qualificação da força de trabalho;
Extensão da semana de trabalho;
Sistema de revezamento dos turnos de enfermagem

2.3 Porte do Hospital e Grau de Complexidade

Entende-se como porte hospitalar, a capacidade planejada de leitos, obedecendo à seguinte classificação ⁽³⁶⁻³⁸⁾:

Pequeno porte	20 a 49 leitos
Médio porte	50 a 149 leitos
Grande porte	150 a 299 leitos
Porte especial	300 ou mais leitos

Entende-se por complexidade o grau de incorporação tecnológica efetuado pela instituição, aliado à existência de profissionais especializados que detêm conhecimentos específicos e aos insumos diferenciados para essas ações ⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

Outros fatores aliados à capacidade física planejada comporão a definição do modelo assistencial, tais como: inserção do serviço no sistema de saúde, programas de gerenciamento da qualidade da assistência a ser prestada e benchmarking.

2.4 Variáveis Gerais e Específicas de Planejamento

Para efeito de planejamento da força de trabalho de uma unidade médico-hospitalar, foram consideradas as seguintes variáveis:

2.4.1 Variáveis operacionais gerais

Dias do ano.....	365 dias
Número de semanas/ano.....	52 semanas
Dias úteis do ano.....	225 dias
Feriados do ano.....	16 dias
Sábados/Domingos do ano.....	102 dias
Férias.....	22 dias úteis
Faltas ²	10 dias úteis
Horas contratuais semanais.....	40 horas
Horas médico contratuais semanais.....	20 horas
Taxa de natalidade.....	2,1 %
População a ser assistida.....	Estimativa IBGE

2.4.2 Variáveis específicas

A elaboração dos parâmetros de exames subsidiários aos diagnósticos, consultas médicas e de outras categorias profissionais, médias de senescência e outros foram baseados em documentos e em consultas a especialistas das áreas de diagnósticos por imagem, patologia clínica e anatomia patológica^(8-9,40-41).

É prudente realizar levantamento e análise regional das informações, dada a heterogeneidade de perfis demográficos, epidemiológicos, constituição da rede de serviços e série de outras questões que implicam na leitura da realidade local.

Alguns parâmetros de cobertura assistencial são decorrentes da Portaria MS/GM 1.101/02⁽⁴²⁾, abaixo apresentados:

2.4.2.a Área Ambulatorial

- Considerar o número de consultórios ambulatoriais^(6-7,38), o número de turnos de funcionamento, a função do serviço ambulatorial (pacientes oriundos do próprio hospital ou não) e a integração no sistema de referência / contra-referência.

Consulta médica: duas a três consultas por habitante- ano;

Atendimento odontológico: 0,5 a dois atendimentos por habitante - ano

Radiodiagnostico: 5% a 8 % do total de consultas

Ultra-sonografia: 1% a 1.5% do total de consultas

Patologia clinica: 30% a 50 % do total de consultas

Medicina nuclear in vivo: 0,14% do total de consultas

Anatomia patológica: 2.36% do total de consultas

Hemodinâmica: 0.03% do total de consultas

Terapia Renal Substitutiva: 0.65 a 2.09% do total de consultas

Radioterapia: 1.07 a 1.37% do total de consultas

Quimioterapia: 0.07 a 0.27% do total de consultas

Ressonância nuclear magnética: 0.04% do total de consultas

Tomografia computadorizada: 0,2% do total de consultas

Hemoterapia: 4% do total de consultas

Fisioterapia: 8% a 9% do total de consultas

Radiologia intervencionista: 0,01% do total de consultas

ECG: 60% das consultas cardiológicas

Ecocardiograma: 13% das consultas cardiológicas

Consultas de cardiologia: 2,1% do total de consultas

EEG: 33% das consultas neurológicas

Consultas neurológicas: 1,2% do total de consultas

EMG: 1,08% do total de consultas neurológicas

- Atendimento de serviço social: três atendimentos por hora

Consulta de enfermagem: três consultas por hora

- Consulta de fisioterapeuta: 4,4 atendimentos por hora

Consulta medica: quatro consultas por hora

Consulta medica de especialidade: três consultas por hora

Consulta de nutricionista: três consultas por hora

Consulta odontológica: três consultas por hora

- Consulta de psicologia: três consultas por hora

Consulta psiquiátrica: três consultas por hora

Consulta de terapia ocupacional: duas consultas por hora

2.4.2.b Área de Urgência / Emergência

- Consulta médica de emergência / habitante: 15% das consultas estimadas na população;
- 25 exames de patologia clínica para cada 100 consultas de urgência ou emergência;
- Cinco exames radiológicos para cada 100 consultas de urgência ou emergência;
- Hora-médica assistencial por atendimento de urgência ou emergência: 0,5 hora⁽⁴²⁻⁴³⁾

2.4.2.c Área Hospitalar

Para planejar o dimensionamento de pessoal em enfermarias, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e serviços de apoio técnico, deve-se considerar ^(6-7,38):

- A estimativa do número de internações / mês: a disponibilidade de leitos por especialidade, o número de salas cirúrgicas e de partos, número de leitos de pré -parto, de RPA, de UTI, de alojamento conjunto e berçário, e os equipamentos médico- hospitalares instalados.
- A necessidade de internações: 7% a 9% da população geral por ano, distribuída por clínicas, de acordo com a Portaria GM-MS 1101/02 ⁽⁴²⁾

Clínica Médica.....	33% do total de internações
Clínica Cirúrgica.....	20% do total de internações
Clínica Pediátrica.....	15% do total de internações
Clínica Obstétrica.....	20.25% do total de internações
Cuidados Prolongados.....	0.8% do total de internações
Reabilitação.....	1.08% do total de internações
Tisiologia.....	0.13% do total de internações
Clínica Psiquiátrica Hospital Geral.....	3.5% do total de internações
Psiquiatria Hospital – Dia.....	0.50% do total de internações

- O tempo médio de permanência por clínica, de acordo com a Portaria GM-MS 1102/02 ⁽⁴²⁾:

Clínica Médica.....	5,2 dias
Clínica Cirúrgica.....	4,8 dias
Clínica Pediátrica.....	6,0 dias
Clínica Obstétrica.....	3,0 dias
Cuidados Prolongados.....	45 dias
Reabilitação.....	28 dias
Tisiologia.....	25 dias
Clínica Psiquiátrica Hospital Geral.....	28 dias
Clinica Psiquiátrica Hospital Psiquiátrico.....	40 dias
Psiquiatria Hospital – Dia.....	35 dias

- A taxa de ocupação hospitalar: 90%, conforme análise do Grupo de Assessoria Hospitalar da SES / SP.

2.4.2.d Área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Para se estimar o número médio de exames laboratoriais e radiológicos por paciente, é preciso considerar os parâmetros constantes da Portaria GM / MS 1.101/02 ⁽⁴²⁾.

Para exames laboratoriais, estima-se:

1. Ambulatório:

- 30% das consultas ambulatoriais geram exames laboratoriais
- 65 exames laboratoriais /100 consultas de clinica medica
- 30 exames laboratoriais /100 consultas de pediatria
- 25 exames laboratoriais /100 consultas de ginecologia
- 200 exames laboratoriais /100 consultas de obstetrícia
- 35 exames laboratoriais /100 consultas de clinica cirúrgica
- 12 exames laboratoriais /100 consultas de traumato-ortopedia
- 70 exames laboratoriais /100 consultas de oncologia

2. Pronto - Socorro:

- 40% dos atendimentos de PS geram exames laboratoriais
- 25 exames laboratoriais / 100 atendimentos de urgência/emergência

3. Enfermaria

- 100% das internações geram exames laboratoriais
- sete exames laboratoriais / paciente internado

Para exames radiológicos estima-se⁽⁴⁴⁾:

- 15 exames radiológicos /100 consultas de clinica medica
- 02 exames radiológicos /100 consultas de pediatria
- 05 exames radiológicos /100 consultas de ginecologia
- 02 exames radiológicos /100 consultas de obstetrícia
- 08 exames radiológicos /100 consultas de clinica cirúrgica
- 30 exames radiológicos /100 consultas de traumato-ortopedia
- 15 exames radiológicos /100 consultas de oncologia
- 05 exames radiológicos /100 consultas de urgência /emergência

2.4.2.e Área de Apoio Técnico

- Estimativa do número de refeições servidas / dia: cinco refeições / paciente / dia⁽⁴⁵⁾.
- Estimativa da produção média de refeições / funcionário / dia: 35 refeições por funcionário / dia⁽⁴⁵⁾.

2.4.2.f Área Administrativa

- Estimativa do consumo médio de roupa / leito / dia: 10 kg / leito / dia.
- Estimativa da produção da lavanderia / funcionário / dia: 60 kg / funcionário por dia.
- Estimativa da produção do serviço de higienização hospitalar / funcionário / dia: 300m² / funcionário / dia.
- Estimativa da produção da Central de Materiais Esterilizados / funcionário por dia: 50 pacotes / funcionário / dia⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾.

3. CONCEITOS UTILIZADOS NO PLANEJAMENTO

Com o objetivo de uniformizar os termos utilizados neste trabalho são apresentados conceitos e definições terminológicas das áreas de assistência médico-hospitalar, apoio técnico e administrativo. Conceitos estes extraídos de portarias, resoluções e publicações oficiais do Ministério da Saúde⁽³⁸⁾ e da Secretaria de Estado da Saúde, assim como também da literatura técnica em geral.

3.1 Conceitos Gerais

- **Alojamento conjunto:** é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, até a alta, Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação ao binômio mãe e filho sobre a saúde ^(38,48).
- **Assistência ambulatorial:** modalidade de atuação realizada pelo pessoal de saúde a clientes no ambulatório, em regime de não internação ⁽⁴⁰⁾.
- **Assistência domiciliar:** modalidade de atuação realizada pelo pessoal de saúde no domicílio do cliente ⁽⁴⁰⁾.
- **Assistência de enfermagem:** modalidade de atuação realizada pela equipe de enfermagem na promoção, prevenção, proteção, recuperação e na reabilitação dos pacientes ^(38,40).
- **Assistência hospitalar:** modalidade de atuação realizada pelo pessoal de saúde a clientes do hospital em regime de internação ^(38,40).
- **Assistência médica:** modalidade de atuação realizada pelo médico na promoção e proteção de saúde e na recuperação e reabilitação de clientes ⁽³⁸⁾.
- **Assistência odontológica:** modalidade de atuação realizada pela equipe de odontologia na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação de clientes ⁽³⁸⁾.
- **Atendimento de emergência:** conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata, por apresentarem risco de vida ⁽⁴³⁾.
- **Atendimento de urgência:** conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata ⁽⁴³⁾.

- **Benchmarking:** é um processo contínuo e sistemático para avaliar produtos, serviços e processos de trabalho de organizações, com a finalidade da melhoria organizacional ⁽⁴⁹⁾.
- **Berço:** cama destinada ao recém-nascido sadio, nascido no hospital. Os berços destinados aos recém-nascidos doentes, prematuros, crianças doentes e recém-nascidos admitidos para tratamento são considerados leitos infantis ⁽³⁸⁾.
- **Capacidade hospitalar:** Número máximo de leitos que comporte o estabelecimento, respeitada a legislação em vigor ⁽³⁸⁾.
- **Capacidade operacional:** número de leitos efetivamente funcionantes no hospital, respeitada a legislação em vigor sobre as dimensões físicas, de acordo com a natureza da assistência ^(38,50).
- **Consulta:** modalidade de assistência na qual os elementos da equipe de saúde de nível superior interagem com o usuário para fins de exame e diagnóstico, tratamento e orientação ⁽³⁸⁾.
- **Contra-referência:** ato formal de encaminhamento de um cliente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência do cliente deverá sempre ser acompanhada de informações necessárias a seu seguimento no local de origem ⁽³⁸⁻³⁹⁾.
- **Desinfecção:** destruição de agentes infecciosos situados fora do organismo, mediante a aplicação direta de meios físicos ou químicos ⁽³⁸⁾.
- **Especialidades médicas básicas:** clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e toco ginecologia ⁽³⁸⁾.
- **Estabelecimento de saúde:** nome genérico dado a qualquer local destinado à prestação de assistência sanitária à população em regime de internação ou não, qualquer que seja o nível de complexidade.
- **Esterilização:** destruição ou eliminação total de todos os microorganismos na forma vegetativa ou esporulada ⁽³⁸⁾.

- **Hospital:** estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, a uma determinada clientela, ou não internação, no caso de ambulatório, hospital-dia e outros serviços ⁽³⁸⁾.
- **Hospital-dia:** é um sistema assistencial intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral ⁽³⁸⁾.
- **Hospital geral:** hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes e clientes, nas especialidades básicas ⁽³⁸⁾.
- **Internação:** admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou superior a 24 horas ⁽³⁸⁾.
- **Isolamento:** segregação de pessoas infectadas, durante o período de transmissibilidade da doença, em lugar e condições que evitem a transmissão do agente infeccioso aos suscetíveis ⁽³⁸⁾.
- **Leito-dia:** unidade de medida que representa a disponibilidade de leito hospitalar, num dia hospitalar ⁽³⁸⁾.
- **Leito especializado:** leito hospitalar destinado a acomodar pacientes em determinada especialidade médica ⁽³⁸⁾.
- **Leito hospitalar:** leito destinado à internação de um doente ou cliente no hospital ⁽³⁸⁾.
- **Paciente-dia:** unidade de mensuração da assistência prestada em um dia hospitalar a pacientes internados ⁽³⁸⁾.
- **Paciente internado:** paciente que, admitido no hospital, passa a ocupar um leito, por um período superior a 24 horas ⁽³⁸⁾.
- **Parto Humanizado:** projeto da Secretaria de Estado da Saúde que visa a contribuir para a melhoria da qualidade na assistência ao nascimento e parto pelo meio da inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto ⁽⁵¹⁾.

- **Pessoal de nível elementar:** elemento da equipe de saúde, alfabetizado, com nível de escolaridade inferior ou igual à 4.^a série do 1.^o grau, especificamente treinado ⁽³⁸⁾.
- **Pessoal de nível médio auxiliar:** elemento da equipe de saúde, com nível de escolaridade igual à 8.^a série do 1.^o grau, com treinamento ou profissionalização específica ⁽³⁸⁾.
- **Pessoal de nível médio técnico:** elemento da equipe de saúde, com nível de escolaridade igual ao 2.^o grau completo, com profissionalização específica ⁽³⁸⁾.
- **Referência:** ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após, a constatação de insuficiência de capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos ⁽³⁸⁾.
- **Regionalização:** diretriz que objetiva a racionalização da prestação de serviços através da descentralização na tomada de decisões e a hierarquização das ações por níveis de complexidade da atenção ⁽³⁸⁾.

3.2 Conceitos Específicos

- **Administração:** unidade destinada ao desenvolvimento das atividades administrativas do estabelecimento de saúde.
- **Aférese:** tipo de transfusão onde há a separação e a remoção da porção do sangue do paciente que contém um componente supostamente patogênico ⁽⁵²⁻⁵³⁾.
- **Agência transfusional:** elemento destinado a receber e armazenar o sangue processado pronto para aplicação ⁽⁵²⁻⁵³⁾.
- **Almoxarifado:** unidade destinada à recepção, guarda, controle e distribuição do material necessário ao funcionamento do estabelecimento de saúde ⁽³⁸⁾.

- **Ambulatório:** unidade destinada à prestação de assistência em regime de não internação ⁽³⁸⁾.
- **Anatomia patológica:** unidade destinada a realizar exames citológicos e estudos macro e/ou microscópicos de peças anatômicas retiradas cirurgicamente de doentes ou de cadáveres, para fins de diagnóstico ⁽³⁸⁾.
- **Apoio científico e formativo:** local destinado a estudos e leituras, com infra-estrutura de biblioteca e centro de estudos.
- **Arquivo médico e estatístico:** unidade destinada à identificação, seleção, controle, guarda, conservação e processamento das informações de todos os dados clínicos e sociais do cliente ambulatorial ou internado. Compreende o registro geral, o arquivo médico e a estatística ⁽⁵⁴⁾.
- **AIH - Autorização de Internação Hospitalar:** guia de internação hospitalar, emitida pelo gestor do sistema de saúde ou pelo prestador de serviço, conveniado ou contratado pelo SUS, referente à cobrança das despesas ocorridas.
- **APAC – Autorização de Procedimentos de Alto Custo:** guia de autorização para realização de procedimentos de alto custo e complexidade, emitida pelo gestor do sistema de saúde ou pelo prestador de serviço, conveniado ou contratado pelo SUS, referente à cobrança dos procedimentos realizados.
- **Benefícios:** atividade administrativa do setor de recursos humanos com atribuições de conferir e administrar os benefícios legais a que os funcionários têm direito, e outros que a instituição venha a oferecer ⁽²⁶⁻²⁹⁾. Outro entendimento, na ótica do funcionário é um conjunto de proteção social, ou seja, condição decorrente de direito trabalhista.
- **Berçário:** unidade destinada a alojar recém-nascido ⁽³⁸⁾.
- **Centro cirúrgico:** unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata ⁽³⁷⁻⁸⁾.

- **Centro de convivência infantil:** unidade destinada a alojar filhos de funcionárias do estabelecimento de saúde, conforme a legislação em vigor ⁽⁵⁵⁾.
- **Central de esterilização de materiais:** unidade destinada à recepção do material utilizado no expurgo, encadeando-o ao ciclo de preparo, esterilização por meio de método adequado, guarda e distribuição do material para as unidades do estabelecimento de saúde ^(38,40,50).
- **Centro obstétrico:** unidade destinada à higienização, trabalho de parto, parto e os primeiros cuidados com os recém-nascidos ^(38,40,50).
- **Compras e controle de estoque:** unidade administrativa destinada às atividades de compras de materiais, medicamentos, gêneros e equipamentos do estabelecimento de saúde, como também todo o controle do estoque armazenado (entrada e saída de itens).
- **Comunicação e protocolo:** unidade destinada ao desenvolvimento das atividades de recebimento, registro, protocolo e encaminhamento de correspondências e documentos internos e externos ao estabelecimento de saúde, como também toda comunicação telefônica do estabelecimento.
- **Consultório:** elemento destinado à realização de consultas ⁽³⁸⁾.
- **CAPD:** diálise peritoneal ambulatorial contínua, procedimento dialítico realizado em pacientes renais crônicos, que exige assistência médica e de enfermagem especializadas ⁽⁵⁶⁾.
- **Diagnósticos por imagem:** unidade onde se concentram equipamentos e se realizam atividades concernentes a diagnósticos por meio de imagens, como: RX, Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética, Ultra-som, Mamografia e outros ⁽⁴⁴⁾.
- **DPA:** diálise peritoneal ambulatorial automatizada, procedimento dialítico realizado em pacientes renais crônicos, pelo uso de equipamento específico e que exige assistência médica e de enfermagem especializadas ⁽⁵⁶⁾.

- **DPI:** diálise peritoneal intermitente, procedimento dialítico realizado em pacientes renais crônicos que exige assistência médica e de enfermagem especializadas ⁽⁵⁶⁾.
- **Emergência:** unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato ^(38,42-3).
- **Enfermaria:** elemento destinado à internação de clientes, com capacidade de três a seis leitos ⁽³⁸⁾.
- **Farmácia:** unidade destinada a programar, receber, estocar, controlar, preparar e distribuir medicamentos, e/ou manipular fórmulas magistrais e oficinais ⁽³⁸⁻⁵⁷⁾.
- **FAA – ficha de atendimento ambulatorial:** guia de atendimento ambulatorial, emitida pelo gestor do sistema de saúde ou pelo prestador de serviço, conveniado ou contratado pelo SUS, referente à cobrança da consulta e/ou procedimento realizado.
- **Finanças:** unidade administrativa relativa à parte financeira e contábil do estabelecimento de saúde.
- **Frequência, assentamento e cadastro:** conjunto de atividades administrativas do setor de gerenciamento de recursos humanos que tem como atribuições o controle da frequência dos funcionários do estabelecimento de saúde; o registro e atualização em prontuário da vida funcional do funcionário e a manutenção atualizada da ficha cadastral.
- **Gerenciamento de recursos humanos:** unidade administrativa destinada às atividades inerentes ao Departamento de Pessoal da instituição, como: Recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento de pessoal, benefícios, controle de frequência, assentamentos e cadastro ^(29,32-3,47,58-9).
- **Hemocentro:** unidade hemoterápica, preferencialmente instalada no município de referência de uma macrorregião, que desenvolve todas as atividades de hemoterapia ⁽⁵²⁻³⁾.

- **Hemodiálise:** procedimento dialítico realizado em pacientes renais crônicos ou não, que exijam assistência médica e de enfermagem especializada, assim como equipamentos específicos ^(53,56).
- **Hemoterapia:** unidade destinada à colheita, armazenamento, distribuição e aplicação de sangue e seus derivados ⁽⁵³⁾.
- **Higiene hospitalar:** unidade destinada à realização de todo processo de limpeza e higienização das áreas do estabelecimento de saúde ⁽⁴⁶⁻⁷⁾.
- **Hora-assistencial:** unidade de medida relativa ao tempo médio estimado na realização de um procedimento assistencial, médico e outros profissionais, dispensado ao paciente ^(8-9,11).
- **Hora-técnica:** unidade de medida relativa ao tempo médio estimado na realização de um procedimento técnico, não assistencial ^(8-9,11).
- **Unidade de Internação:** unidade destinada à acomodação e assistência do cliente internado ⁽³⁸⁾.
- **Isolamento:** unidade dotada de barreira contra contaminação, destinada a internar suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.
- **Isolamento reverso:** unidade dotada de barreira contra contaminação, destinada à proteção de doentes altamente suscetíveis, os imunodeprimidos e os queimados ^(38,40).
- **Lactário:** unidade com áreas restritas, destinadas à limpeza, esterilização, preparo e guarda de mamadeiras, basicamente, de fórmulas lácteas ^(38,40).
- **Lavanderia:** unidade destinada à recepção, pré-lavagem, lavagem, centrifugação, secagem, calandragem, guarda, confecção, reparos e distribuição de roupa hospitalar ^(36,46).
- **LECO:** litotripsia extracorpórea é um procedimento médico destinado à fragmentação de cálculos renais por ondas de choque.

- **Medicina física:** unidade destinada ao emprego de agentes físicos para fins de diagnóstico (eletrodiagnóstico), tratamento e reabilitação, por meio de eletroterapia, termoterapia, hidroterapia, massoterapia e mecanoterapia ^(38,60-1).
- **Medico diarista:** entende - se como profissional médico que cumpre sua jornada semanal de trabalho em forma de atuação diária, responsável pela atenção horizontal ao paciente.
- **Medico plantonista:** entende-se como profissional médico que cumpre sua jornada semanal de trabalho em forma de plantões (diurnos ou noturnos), oferecendo atenção vertical ao paciente.
- **Métodos gráficos:** unidade onde se concentram equipamentos e se realizam atividades concernentes a diagnósticos por meios gráficos, como: ECG, EEG e eletroneuromiografia ⁽³⁸⁾.
- **Necrotério:** elemento destinado à guarda e conservação do cadáver até a realização da necropsia ⁽³⁸⁾.
- **Patologia clínica:** unidade destinada à realização de análises clínicas necessárias ao diagnóstico e à orientação terapêutica dos clientes ⁽³⁸⁾.
- **Pediatria:** unidade destinada à assistência sanitária de clientes com até 14 anos, em regime de internação ⁽³⁸⁾.
- **Posto de enfermagem:** unidade destinada à enfermagem para a execução de atividades técnicas específicas e administrativas ^(38,40).
- **Pronto atendimento:** conjunto de elementos destinados a atender urgências dentro do horário de serviço do estabelecimento de saúde ⁽³⁸⁾.
- **Pronto Socorro:** estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe de leitos de observação ⁽³⁸⁾.
- **Prontuário médico:** é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde ^(38,54).

- **Quarto:** elemento destinado à internação de clientes, com capacidade de um a dois leitos ⁽³⁸⁾.
- **Recrutamento e seleção:** atividade administrativa, do setor de recursos humanos, voltada ao processo de recrutamento de pessoal por meio de confecção e publicação de editais para provimento de vagas e seleção de pessoal com aplicação de provas e/ou outros métodos seletivos ^(32-3,58-9).
- **Sala de cirurgia:** elemento destinado à realização de intervenções cirúrgicas ⁽³⁸⁾.
- **Sala de parto:** elemento destinado ao atendimento ao parto por via vaginal ^(38,51).
- **Sala de pré-parto:** elemento destinado a acomodar a parturiente durante a fase inicial do trabalho de parto ^(38,51).
- **Sala de observação do pronto socorro:** elemento destinado a acomodar pacientes assistidos na unidade de emergência ⁽³⁸⁾.
- **Sala de recuperação pós-anestésica:** elemento destinado à prestação de cuidados pós-anestésicos e/ou pós-operatórios imediatos, a pacientes egressos das salas cirúrgicas ⁽³⁸⁾.
- **Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico:** unidade onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação do diagnóstico e complementam o tratamento e a reabilitação de doentes ⁽³⁸⁾.
- **Serviços gerais:** unidade que supre o estabelecimento de saúde, no setor de manutenção, transporte, zeladoria, almoxarifado e todo material necessário ao funcionamento da instituição ^(11,38).
- **Serviço de manutenção:** unidade destinada à manutenção de instalações, materiais e equipamentos necessários ao funcionamento do estabelecimento de saúde ^(11,38).
- **Serviço de nutrição e dietética:** unidade destinada ao planejamento e organização da produção das refeições (pré-preparo, preparo, cocção e distribuição de dietas e refeições aos pacientes do estabelecimento de

saúde ⁽⁴⁵⁾, além de gerenciar compra e armazenamento de gêneros alimentícios.

- **Serviço social e psicologia:** unidade destinada a prestar assistência social e psicológica aos clientes do estabelecimento de saúde.
- **Serviço de anestesiologia:** unidade destinada à prática anestésica onde a assistência médica é especializada, além de equipamentos, materiais e medicamentos específicos.
- **Transportes:** unidade administrativa destinada a suprir, por meio de locomoção por veículos administrativos e ambulâncias, a condução de funcionários, transporte de documentos, cargas e pacientes do estabelecimento de saúde.
- **Treinamento e desenvolvimento:** Atividade administrativa do setor de recursos humanos com atribuições de envolver responsáveis de diversos setores, com a finalidade de promover treinamentos aos funcionários ingressantes no serviço ou não; reciclagem de pessoal em geral; cursos, palestras e atividades afins ^(32-3,46-7).
- **Unidade:** conjunto de elementos funcionalmente agrupados, onde são executadas atividades afins ⁽³⁸⁾.
- **Unidade de terapia intensiva:** unidade destinada a acomodar doentes graves que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptos, além de equipamento e pessoal especializado ^(38,62-6).
- **Unidade de terapia renal substitutiva:** unidade destinada a acompanhar e tratar doentes renais crônicos e/ou agudos através de procedimento dialíticos como: Hemodiálise, CAPD, DPA ou DPI, e que exijam assistência médica e de enfermagem especializadas, além de equipamento específico ⁽⁵⁶⁾.
- **Velório:** elemento destinado à permanência do cadáver enquanto velado pela família ⁽³⁸⁾.
- **Zeladoria:** unidade destinada à recepção, vigilância, guarda e transporte vertical através de elevadores, do estabelecimento de saúde ⁽³⁸⁾.

CAPÍTULO III: ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA

- 1. INDICADORES PARA A DETERMINAÇÃO DA HORA REAL TRABALHADA**
- 2. HORAS - REAIS TRABALHADAS**
- 3. TAXA DE ABSENTEÍSMO**
- 4. DETERMINAÇÃO DO ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA**

CAPÍTULO III: ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA

Os indicadores de segurança técnica são o percentual de funcionários a ser acrescido ao quantitativo dimensionado na semana de cinco (5) dias, oito (8) horas de cumprimento diário e contrato de 40 horas semanais, visando a corrigir as lacunas provenientes das ausências regulamentadas ou não dos empregados, como férias, feriados, faltas, folgas, licenças e outros ^(4,8-9,11,13).

1. INDICADORES PARA A DETERMINAÇÃO DA HORA REAL TRABALHADA

A seguir, os cálculos apresentados são eventos previsíveis no limite das legislações vigentes, na SES-SP. Outro aspecto determinante é a presença de grande contingente de mulheres que compõem o serviço público, cujos fatores foram considerados como 100% na probabilidade de ocorrências^(4,8,11)

Na determinação dos indicadores para a fixação das horas reais trabalhadas, foram consideradas as ausências legais e a jornada contratual do funcionário.

Aplicando os índices abaixo, para uma jornada contratual de 40 horas semanais, teremos:

A. Horas-ano: $365 \text{ dias} \times 8 \text{ horas/dia} / \text{funcionário} = 2.920 \text{ horas-ano por funcionário.}$

B. Horas-feriados: $16,5 \text{ dias} \times 8 \text{ horas} / \text{dia} / \text{funcionário} = 132 \text{ horas-ano de feriados por funcionário.}$

C. Horas sábados e domingos: 102 dias x 8 horas/ dia / funcionário = 816 horas-ano de sábados e domingos por funcionário.

D. Horas-férias: 22 dias úteis = 8 horas / dia / funcionário = 176 horas-ano de férias por funcionário.

Horas efetivamente disponíveis por funcionário por ano:

$$A - (B+C+D) = 2.920 - (132+816+176) = 1.796 \text{ horas}$$

Horas reais trabalhadas = 1.796 horas-ano por funcionário.

Utilizando-se dos mesmos índices, para uma jornada contratual de 30 horas semanais, teremos como horas reais trabalhadas 1.347 horas-ano por funcionário.

2. HORAS - REAIS TRABALHADAS

Entende-se como horas- reais trabalhadas, a jornada efetivamente cumprida pelo empregado, durante uma semana. Consideram-se expurgados todos os momentos de ausência do funcionário ao serviço, como faltas, folgas, feriados, finais de semana, férias, licença saúde, licença maternidade e outras para a participação em cursos, congressos e eventos que envolvem a educação continuada^(4,8,11).

Conforme ficou demonstrado, um empregado, com uma jornada de 40 horas semanais, trabalha cerca de 1.796 horas por ano. Desse total de horas, já estão expurgados todos os feriados, sábados, domingos e férias do ano, havendo ainda a necessidade descontar as taxas de absenteísmo por faltas, licença maternidade e educação continuada. Assim sendo das 1.796 horas trabalhadas descontando os 7,3% das taxas acima referidas, teremos um total de 1.665 horas- reais trabalhadas anuais.

Um ano tem 52 semanas, representando que: das 1.665 horas por ano, o funcionário estará cumprindo, efetivamente, uma jornada de 32 horas semanais.

A mesma lógica é válida para contratos de 30 horas semanais, onde das 1.347 horas trabalhadas se expurgados os 7.3% dos absenteísmos referidos ter-se-ão 1.249 horas por ano trabalhadas, correspondendo a uma jornada de 24 horas semanais.

Outra maneira de se chegar à jornada semanal, efetivamente, trabalhada seria expurgar das horas contratuais, as taxas de absenteísmo por faltas, licença - maternidade, férias, feriados e educação continuada.

Taxa de absenteísmo por faltas: 4,5%

Taxa de absenteísmo por licença - maternidade: 0,8%

Taxa de absenteísmo por férias e feriados: 12,7%

Taxa de absenteísmo para educação continuada: 2,0%

O somatório das quatro taxas totaliza 20,0%. Dessa forma, descontando esse percentual da jornada contratual semanal do empregado teremos:

Para contratos de 40 horas semanais, espera-se uma jornada real de trabalho de 32 horas-funcionário / semana. Enquanto para contratos de 30 horas semanais, a jornada cumprida será de 24 horas-funcionário/semana.

Assim sendo quaisquer dos dois métodos permitem chegar às horas reais trabalhadas por semana.

3. TAXA DE ABSENTEÍSMO

Absenteísmo ou absentismo são expressões utilizadas para designar a ausência do empregado ao trabalho. São fatores componentes da taxa de absenteísmo as faltas, as licenças saúde e maternidade e as ausências do funcionário para participar de congressos, seminários e cursos. Além de folgas, descanso semanal e férias. Já expostos acima^(4,8,11).

3.1 Taxa de absenteísmo por faltas

Foram consideradas 10 faltas, sendo seis *abonadas* e quatro *justificadas*, que são ausências permitidas pelo Estatuto do Funcionário / Servidor Público Estadual, conforme Lei nº 10.261/68 - Art.º 176 - Parágrafo 3º, para os efetivos e, pela Lei n.º 500/74, publicada no Diário Oficial de Estado de São Paulo em 13/11/1974, página 1, seção 1, determinando o regime de contratos precários. Em conformidade com essa Lei, os funcionários de contrato temporário gozam desse direito estatutário, sem que haja comprometimento do período de férias. Convém lembrar que essas ausências são reconhecidas, mediante anuência dos responsáveis pelos serviços, onde se encontram lotados. No âmbito público da saúde, em administração direta, anos de experiência mostraram que a gerência ativa voltada à educação em serviço ou negociação com os funcionários tornava esses eventos controláveis (faltas abonadas e justificadas), dentro do limite, de forma a não prejudicar o cumprimento das escalas de trabalho.

Aplicando os índices abaixo, para uma jornada contratual de 40 horas semanais, teremos:

Número de faltas por ano: dez faltas

Horas-falta: dez faltas x 8 horas / dia / funcionário = 80 horas-ano de faltas / funcionário

Horas trabalhadas por funcionário / ano: 1796 horas - trabalhadas.

1.796 horas trabalhadas.....100% horas trabalhadas

80 horas faltas.....x horas de ausência (Taxa de absenteísmo)

Taxa de absenteísmo por faltas = 4,5%.

Para uma jornada contratual de 30 horas semanais, utilizando-se os índices e a metodologia acima apresentada, teremos como taxa de absenteísmo por faltas o mesmo valor de 4,5%.

3.2 Taxa de absenteísmo por licença-maternidade

Na determinação da taxa de absenteísmo, cujo motivo é a licença - maternidade, levou-se em consideração a taxa de natalidade da região sudeste⁽⁶⁷⁾, o período legal da licença e a jornada contratual da funcionária.

Taxa de natalidade: 2,1 %⁽⁶⁷⁾

Licença maternidade: 120 dias (88 dias úteis)

Para uma jornada contratual de 40 horas semanais teremos:

$88 \text{ dias úteis} \times 8 \text{ horas / dia / funcionário} = 704 \text{ horas-ano de licença maternidade por funcionário.}$

Considerando que 100% do contingente de empregados do hospital seja composto por mulheres, no período fértil, 2,1% desta população gozará dos benefícios da Licença Maternidade. Esta inferência é realizada para facilitar o cálculo e se prende ao dado real de constituição da força de trabalho no setor, que é predominantemente feminina. Desta forma teremos: 1 funcionária gestante tem direito a 704 horas ano de licença maternidade.

100 funcionárias: 70.400 horas de licença maternidade por ano

2,1% de 70.400: 1.478 horas-ano de licença maternidade por funcionário

1 funcionário trabalha 1.796 horas por ano

100 funcionários: 179.600hs

Se 179.600 horas-ano corresponde a 100% horas trabalhadas, 1.478 horas-ano de licença maternidade, apresentarão uma taxa de absenteísmo de 0,8%.

Taxa de absenteísmo por licença maternidade = 0,8%.

Utilizando-se dos mesmos índices, para uma jornada contratual de 30 horas semanais, teremos uma taxa de absenteísmo por licença - maternidade de também 0,8%.

3.3 Taxa de Absenteísmo por Férias e Feriados

São as ausências regulamentadas por lei.

A. Férias : 30 dias

B. Feriados: 16 ½ dias

C. Ano:365 dias

A taxa de absenteísmo por férias e feriado será dada pela seguinte expressão:

$$\frac{A+B}{C} \times 100 = \frac{30 + 16 \frac{1}{2}}{365} = 12,7\%$$

A taxa de absenteísmo por direito trabalhista (férias) e feriados = 12,7%.

3.4 Taxa de absenteísmo para educação continuada

São as ausências destinadas à capacitação, formação e atualização profissional, objetivando o desenvolvimento pessoal e da instituição, com foco na melhoria constante da qualidade dos serviços oferecidos à clientela usuária. Gaidzinski em seus estudos havia incluído como fator necessário na equação matemática ⁽¹⁰⁾.

Em “Seminário sobre Planejamento e Gestão de Recursos Humanos em Hospitais Públicos”, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em maio de 2005, que teve como participantes diretores de unidades, administradores hospitalares, gerentes de recursos humanos e chefias de serviços diversos. Foi abordada a necessidade de previsão de ausências regulares destinadas à educação continuada, como forma de se manter a qualidade da assistência oferecida sem comprometer o contingente de pessoal da instituição. O fórum estimou em 30 horas-ano, por funcionário, a necessidade em educação continuada. Esse aspecto fora agregada como fator de correção, ampliando a taxa referente.

Para efeito de construção desse índice recomenda-se trabalhar com um percentual de 2% sobre as horas reais trabalhadas, ou então, um índice de 30 horas-ano por funcionário em educação continuada.

Desta forma, para uma jornada contratual de 40 horas semanais teremos:

- 2% de 1.796 horas trabalhadas, que corresponderão a 36 horas de ausências destinadas à educação continuada.

Para uma jornada contratual de 30 horas semanais, teremos:

- 2% de 1.347 horas trabalhadas, que corresponderão a 27 horas de ausências destinadas à educação continuada.

4. DETERMINAÇÃO DO ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA

Define-se o Índice de Segurança Técnico, isto é, IST como sendo um coeficiente de correção determinado pelas taxas de absenteísmo, que aplicado ao dimensionamento proposto, complementarmente o quantitativo de pessoal planejado para o hospital^(4,8,11).

A expressão utilizada para determinação do IST é a seguinte:

$$\text{IST} = \frac{\text{n}^\circ \text{ horas contratadas / semana}}{\text{N}^\circ \text{ horas reais trabalhadas / semana}}$$

Aplicando os valores de 40 horas contratuais e 32 horas reais trabalhadas por semana, teremos o seguinte índice de segurança técnico:

$$\text{IST} = \frac{40}{32} = 1,25$$

Para jornadas de 30 horas contratuais e 24 horas reais trabalhadas por semana, teremos o mesmo valor acima:

$$\text{IST} = \frac{30}{24} = 1,25$$

Este coeficiente (IST) corrige o dimensionamento em 25% a ser aplicado para um contrato de 40 horas semanais.

Observação: No tocante à iniciativa privada este IST poderá ser menor, pois a Consolidação das Leis Trabalhistas, não prevê faltas de natureza semelhante às do Estado, exceto em situação de ser portador de uma doença transmissível.

CAPÍTULO IV: PARÂMETROS ESPECÍFICOS

- 1. ÁREA ASSISTÊNCIAL**
- 2. ÁREA DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**
- 3. ÁREA DE APOIO TÉCNICO**
- 4. ÁREA ADMINISTRATIVA**
- 5. ÁREA DE GERENCIAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**
- 6. ÁREA DE APOIO CIENTÍFICO E FORMATIVO**
- 7. ÁREA DE APOIO ADMINISTRATIVO**

CAPÍTULO IV: PARÂMETROS ESPECÍFICOS

Pela complexidade da organização hospitalar, este estudo em seu percurso metodológico procurou ponderar os diferentes aspectos: especialidades médicas, tecnologias utilizadas e peculiaridades do trabalho desenvolvido na aplicação desses recursos e necessidades que decorrem dessas especificidades.

O sistema concebido considerou os distintos fatores da instituição: tecnologia incorporada; jornada contratual de seus funcionários; tempo médio das necessidades de atenção médica e de enfermagem, por paciente e por dia e a qualidade da assistência desenvolvida.

É importante destacar que, antes do início da fase de definição dos parâmetros de dimensionamento de recursos humanos, foi realizado um estudo pormenorizado da população abrangente, número de equipamentos de saúde disponíveis na região, perfil epidemiológico e de morbimortalidade dos hospitais, com a finalidade de caracterizar a demanda e contextualizar os objetivos organizacionais.

O processo de definição do tempo médio das necessidades de atenção médica e de enfermagem foram baseados na experiência dos profissionais da área, associado ao sistema de cronometragem do tempo médio gasto por procedimentos nas especialidades mencionadas no contexto deste trabalho.

Para as áreas médico-assistencial e de enfermagem, foram utilizadas as matrizes, comentados anteriormente para facilitar o trabalho de desdobramento e projeção das necessidades.

A área de apoio técnico fundamentou-se nos modelos gerenciais eficientes, práticos e economicamente viáveis.

A área administrativa destaca-se pela valorização da administração de Recursos Humanos, área vital à instituição prestadora de serviços, vinculando esta à Direção do Hospital.

Efetivamente, trata-se do momento de detalhamento da proposição dos parâmetros específicos para a determinação do processo de dimensionamento da força de trabalho necessária para se compor o quadro de pessoal da instituição hospitalar. Para facilitar a operacionalização, esta etapa foi organizada em sete áreas:

1. Área Assistencial: referente ao dimensionamento de médicos e enfermeiras nos diversos setores do hospital, como: Ambulatório, Pronto - Socorro, Enfermarias, UTI, Anestesiologia, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Pré-Parto, Recuperação Pós-Anestésica, Saúde Mental, Serviço de Reabilitação, Hospital - Dia⁽⁶⁸⁾ (AIDS e Saúde Mental) e Internação Domiciliar.

2. Área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: compreendendo as unidades de Diagnósticos por Imagens, Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Medicina Física, Métodos Gráficos, Hemoterapia, Banco de Leite, Terapia Renal Substitutiva, Litotripsia Extracorpórea, Odontológica, Quimioterapia e Radioterapia.

3. Área de Apoio Técnico: referente ao Serviço Social e Psicologia Hospitalar, Serviço de Arquivo Médico e Estatística, Recepção e Registro Geral, Farmácia, Serviço de Nutrição e Dietética, Central de Esterilização de Materiais, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

4. Área Administrativa: específica os parâmetros aos Serviços de Finanças, Compras, Faturamento, Almoxarifado, Controle de Estoque, Distribuição, Comunicação e Protocolo, Zeladoria, Velório, Transportes, Manutenção de Equipamentos, Manutenção Predial, Patrimônio, Higiene Hospitalar, Lavanderia, Rouparia e Costura.

5. Área de Gerenciamento de Recursos Humanos: com os setores Frequência, Assentamento e Cadastro de Pessoal, Administração e Expediente de Pessoal, Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento e Centro de Convivência Infantil.

6. Área de Apoio Científico e Formativo: com Biblioteca e Centro de Estudos.

7. Área de Apoio Administrativo: referente ao dimensionamento de pessoal de apoio administrativo às diretorias do hospital: Diretoria Geral, Diretoria Administrativa, Diretoria Clínica, Diretoria de Enfermagem, Diretoria de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e para a Diretoria de Recursos Humanos.

1. ÁREA ASSISTENCIAL

Esta área trata das categorias profissionais ligadas diretamente às atividades assistenciais, como: médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, as equipes multiprofissionais de saúde mental, de reabilitação, de hospital-dia e assistência domiciliar.

1.1 Corpo clínico

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo define corpo clínico como um conjunto de profissionais médicos de uma instituição, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural, tendo como atribuição principal, prestar assistência aos usuários que a procuram.

A área médica trabalhou a hora-assistencial, por clínica. As demais áreas consideraram a demanda dos respectivos serviços, série histórica da instituição, perfil assistencial, modelo organizacional e suas necessidades.

Dentro das atividades do corpo clínico de uma unidade assistencial, destacam-se:

1.1.1 Ambulatório

Ambulatório é uma unidade destinada à prestação de assistência em regime de não internação ⁽⁴⁰⁾.

O dimensionamento de médicos nesta área assistencial depende basicamente do número de consultas realizadas por dia, do tempo médio utilizado por consulta e da jornada contratual do profissional ⁽⁵⁻⁶⁾.

$$\text{Nº de médicos} = \frac{\text{nº de consultas-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Estima-se em 15 minutos (hora-assistencial =0,25) o tempo médio de uma consulta.

1.1.2 Pronto - Socorro

Pronto - Socorro é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona nas 24 horas do dia e dispõe de leitos de observação ^(38,40,42).

O dimensionamento do corpo clínico do Pronto - Socorro depende, fundamentalmente, da demanda de atendimentos de urgência/ emergência, das especialidades a serem disponibilizadas, do tempo médio utilizado no atendimento, da área física e equipamentos existentes. Recomendam-se três consultas por hora-médico, ou seja, 0,3 horas médico assistencial / atendimento ^(5,38,40,42).

Além desses fatores, o modelo assistencial e as diretrizes organizacionais, como a regionalização e hierarquização ⁽⁶⁹⁾ propostas que levam em consideração o fato de que a demanda não é uniforme, é menos programável comparada às características das demais unidades. O fluxo é grande durante o dia e menor à noite, correspondendo a aproximadamente 70% da demanda diurna e 30% da noturna, o que deve merecer atenção especial na programação. Como método de trabalho, propõe-se a formação de equipes médicas que atuarão durante as 24 horas diárias. Por exemplo:

Clínica Médica com a médicos/24horas
Clínica Cirúrgica com b médicos/24horas
Toco-ginecologista com c médicos/24horas
Ortopedia com d médicos/24horas
Pediatria com e médicos/24horas
Psiquiatria com f médicos/24horas
Anestesiologia com g médicos/24horas
Cirurgia Buco-maxilo com h médicos/24horas

O somatório de $a+b+c+d+e+f+g+h$ determinará a equipe médica diária do Pronto - Socorro, com um “X” número de médicos. O número de equipes médicas necessárias para cobrir toda a semana é de 14, sendo sete equipes atuando diurnamente, 12 horas diárias, sete dias da semana e outras sete equipes atuando em turno da noite, outras 12 horas.

Objetivando simplificar a metodologia, consideramos as horas médicas necessárias por dia, como fator básico na determinação do corpo clínico para o Pronto - Socorro. Assim sendo, teremos ⁽⁴⁾:

Nº de médicos do PS = $\frac{\text{nº de consultas-dia} \times \text{hora-assistencial} \times 7 \text{ dias} \times \text{IST}}$

Jornada semanal

O tempo médio de um atendimento em unidades de urgência/emergência foi estimado em 20 minutos, ou seja, hora-assistencial =0,3.

1.1.3 Unidades de internação

As unidades de internação são um conjunto de elementos destinados à acomodação de pacientes e que englobam facilidades adequadas à prestação de cuidados médico-assistenciais ^(38,40).

1.1.3.1 Enfermaria

Enfermaria é o elemento destinado à internação de pacientes, com capacidade de três a seis leitos por ambiente, de acordo com a legislação vigente ^(38,40).

Médicos Diaristas: Entende-se como diarista o médico que desenvolve sua jornada semanal de trabalho em forma de atuação diária, oferecendo atenção horizontal ao paciente.

Recomendam-se os seguintes parâmetros de médicos diaristas por leitos:

- Clínica Médica	um médico / 10 leitos
- Clínica Cirúrgica.....	um médico / 06 leitos
- Clínica Pediátrica.....	um médico / 10 leitos
- Clínica Obstétrica	um médico / 10 leitos
- Clínica Ginecológica.....	um médico / 10 leitos
- Clínica Psiquiátrica.....	um médico / 30 leitos
- Berçário Patológico.....	um médico / 08 berços
- Berçário Normal / Aloj. Conjunto.....	um médico/ 20 berços
- U.T.I Geral.....	um médico / 05 leitos
- Clínica de AIDS.....	um médico / 06 leitos
- Clínica de Queimados.....	um médico / 06 leitos
- U.T.I. Neonatal.....	um médico / 05 leitos
- Unidade de Semi-intensiva.....	um médico / 06 leitos
- Pré-parto.....	um médico / 10 leitos
- Observação de P.S.....	um médico / 08 leitos
- Cirurgia Buco-maxilo.....	um dentista / 04 leitos
- RPA.....	um médico / 08 leitos

Observação: os leitos de algumas especialidades clínicas como: dermatologia, endocrinologia, cardiologia, pneumologia e outras, devem ser classificados como leitos de clínica médica. Para as especialidades cirúrgicas como: cirurgia vascular, cirurgia urológica, cirurgia torácica, neurocirurgia, ortopedia e outras, os leitos devem ser classificados como de clínica cirúrgica.

Médicos Plantonistas: entende-se como plantonista o médico que desenvolve sua jornada semanal de trabalho em forma de plantões (noturnos ou diurnos), a fim de oferecer atenção vertical ao paciente.

Os parâmetros recomendados são os seguintes:

- Berçário Normal/Alojamento Conjunto...	um médico / 50 berços :	0,24 hora-assistencial
- Berçário Patológico.....	um médico / 20 berços :	0,6 hora-assistencial
- U.T.I Geral.....	um médico / 05 leitos :	2,4 horas-assistenciais
- Clínica de Queimados.....	um médico / 10 leitos:	1,2 hora-assistencial
- U.T.I Neonatal.....	um médico / 05 leitos:	2,4 horas-assistenciais
- Unidade de Semi intensiva.....	um médico / 10 leitos:	1,2 hora-assistencial

$$N^{\circ} \text{ de médicos} = \frac{n^{\circ} \text{ leitos} \times \text{hora-assistencial} \times n^{\circ} \text{ turnos plantão de 12 horas/semana}}{\text{jornada semanal}}$$

Observação: o número de plantonistas é certamente discutível, porque o que se esperaria é que alguns atuassem como “coringas” o que na prática nem sempre ocorre. Nestes casos, talvez seja mais oportuno cobrir férias, folgas e outros eventos pela contratação dos serviços temporários ou de horas extras no Corpo Clínico da Instituição ^(4,8,11).

1.1.3.2 U.T.I.

A Unidade de Terapia Intensiva é definida como um conjunto de elementos destinados à acomodação de pacientes que exigem assistência médica e de enfermagem ininterrupta, além da utilização de equipamentos especializados e de facilidades diagnósticas e terapêuticas^(38,40,66).

Médicos Diaristas e Plantonistas:

Para a Unidade de Terapia Intensiva em específico, há necessidade de se manter um número suficiente de médicos atuando como diaristas (atenção horizontal), objetivando manter a qualidade do serviço e um outro quantitativo que exerceria suas funções como plantonistas (atenção vertical),^(64,66) em sistema de plantões de 12 horas diárias. Além disso, a Portaria GM/MS 3432/98 recomenda um médico para cada dez leitos de UTI.

Atenção Horizontal

N° diaristas = $\frac{n^{\circ} \text{ leitos} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana} (5)}{\text{Jornada semanal (diaristas)}}$

Jornada semanal (diaristas)

Atenção Vertical:

N° plantonistas = $\frac{n^{\circ} \text{ leitos} \times \text{hora-assistencial} \times n^{\circ} \text{ turnos plantão } 12 \text{ hs/semana}}{\text{Jornada semanal (plantonistas)}}$

Jornada semanal (plantonistas)

Estima-se em uma hora e 12 minutos (1,2 horas-assistenciais) o tempo médio da assistência médica dispensada aos pacientes em uma unidade de terapia intensiva, nas 24 horas.

1.1.4 Serviço de anestesiologia

A anestesiologia é uma atividade médica desempenhada por anesthesiologistas ou médicos qualificados, para tanto é realizada em ambientes que ofereçam condições seguras para seu desenvolvimento.

Considerando que para conduzir os procedimentos anestésiológicos com segurança, o anesthesiologista deve estar sempre com o paciente durante todo ato operatório. Sob este aspecto, a Resolução CFM 1363/93 é clara ao não permitir a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico.

Desta forma, recomenda-se como parâmetro para o serviço de anestesia um médico anestesista por paciente por cirurgia, em sala cirúrgica em funcionamento, por turno de trabalho.

No momento do planejamento do quantitativo de anesthesiologistas para o centro cirúrgico e obstétrico, será importante observar o número de salas cirúrgicas em funcionamento por turno de trabalho médico, o número de horas que cada sala estará disponível. Assim como a quantidade de dias da semana em que estas salas estarão em disponibilidade e, por fim, a jornada contratual semanal dos referidos profissionais.

Isto posto, teremos o número de horas-sala cirúrgicas disponíveis ou necessárias à demanda obstétrica ou à programação cirúrgica do dia, para o adequado funcionamento e cobertura assistencial às atividades do centro cirúrgico e obstétrico do hospital.

O número de horas-salas cirúrgicas disponíveis, nas 24 horas, será fornecido pela multiplicação do número de salas cirúrgicas disponíveis, por turno de trabalho nas 24 horas, pelo número de horas de funcionamento dessas salas, por turno de trabalho e pelo número de dias da semana que essas salas funcionam.

Assim, teremos:

$$\text{N}^\circ \text{ de anestesiolistas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ horas-sala cirúrgicas disponíveis nas } 24 \text{ horas} \times \text{IST}}{\text{Jornada semanal}}$$

Por exemplo – o centro cirúrgico com cinco salas que tenham a seguinte disponibilidade de horário por sala.

<i>Nº de salas</i>	<i>Nº de horas em funcionamento</i>	<i>Nº de dias em funcionamento</i>	<i>Nº de horas-sala cirúrgica</i>
5 salas	6 horas (7as 13 h)	5 dias	150 horas
2 salas	6 horas (13 as 19 h)	5 dias	60 horas
1 sala	12 horas (19as 7h)	7 dias	84 horas
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
5 salas	24 horas	7 dias	294 horas

Jornada semanal de 20 horas

$$\text{N}^\circ \text{ de anestesiolistas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ horas-sala cirúrgica disponíveis } 24 \text{ h} \times \text{IST}}{\text{Jornada semanal}}$$

$$\text{N}^\circ \text{ de anestesiolistas} = \frac{294 \text{ horas-sala cirúrgica}}{20 \text{ h semanais}} \times 1.25$$

$$\text{N}^\circ \text{ de anestesiolistas} = 18 \text{ anestesiolistas}$$

Médicos Diaristas: para o serviço de anestesiologia, recomenda-se como parâmetro.

- Um médico / sala cirúrgica / turno.

Médicos Plantonistas: o dimensionamento dependerá do número de salas cirúrgicas que ficarão em disponibilidade.

- Um médico / sala cirúrgica / turno.

É importante observar o número de salas cirúrgicas que funcionam por turno de trabalho médico, assim como por turno de plantão e a jornada contratual semanal desses profissionais.

1.2 Corpo de enfermagem

Define-se como corpo de enfermagem o conjunto de profissionais enfermeiras, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem de uma instituição, tendo como principal atribuição o desenvolvimento de cuidados, com base em tecnologias de assistência e gerência, concomitante ao investimento em ensino e pesquisa, junto à população atendida. A contribuição da enfermagem como produtora de atividades finalísticas caracteriza-se pela organização do trabalho baseada no conhecimento, orientada para o processo e para o produto, articulada com demais setores.

Em relação ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, devemos referir à obra recente de Kurcgant, Gaidzski e Fugulin, já referida na parte introdutória. A metodologia de Gaidzinski inovou na composição de fatores determinantes de cálculo de pessoal, tais como: classificação de pacientes, tempo de investimento em educação continuada, limite de produtividade, cargas de trabalho distintas por categorias profissionais, índice de segurança técnica, demonstrando a solidez na proposta em questão ^(10-11,22,25,27,30,31,70).

Anos posteriores a esta proposta, diversos estudos foram publicados em função da permanente necessidade de se aprimorar as bases para o dimensionamento de pessoal de enfermagem. Pesquisa realizada por Gaidzinski em uma instituição pública, universitária, consolidou uma metodologia de cálculo de pessoal de enfermagem concebido com base na classificação de pacientes, projeção da atenção necessária por categoria profissional, taxa de absentismo, utilização de índice de segurança técnica, índice de produtividade e outros fatores que visam adequar a oferta do trabalho de enfermagem nos 365 dias de funcionamento ^(59, 71-85). Diversos autores contribuíram na busca da definição de quadro de pessoal ⁽⁷¹⁻⁸⁵⁾.

Em face das obras existentes, a descrição a seguir, têm a finalidade apenas de revelar a metodologia adotada pelo Grupo, na época.

A adoção da fórmula composta por fatores (taxa de ocupação média de leitos, número de horas de assistência de enfermagem, dias da semana, jornada semanal de trabalho e fator de correção) foi uma decisão apoiada pelos integrantes do Grupo Gerente de Hospitais.

Nesse sentido, a área de enfermagem orientou-se por processo de definição da hora-assistencial de enfermagem requeridos por clínica ou especialidade, como ponto fundamental na proposição do quadro de pessoal, por instituições. Consideraram-se os perfis de necessidades dos pacientes e as estimativas empíricas do volume do trabalho de enfermagem, baseada na taxa média de ocupação de leitos^(4,11). Além disso, baseou-se na projeção de tempo médio, requerido para diversos procedimentos, assentado na cronometragem das principais atividades envolvidas no dia-dia.

Retomando a fórmula adotada na época, o Grupo norteou-se no seguinte ponto: considerou essencial, a articulação do programa de produção da assistência de enfermagem com a infra-estrutura administrativa, ou seja, a atuação coadjuvante de secretárias das unidades de internação (oficial administrativo) ou categoria semelhante. A disponibilidade de tempo e a programação das atividades dessas secretárias deveriam compor de tal forma que funcionassem subjacentes ao sistema de cuidados de enfermagem e demais áreas pertinentes.

Normalmente, estas trabalham vinculadas ao departamento administrativo, entretanto supervisionadas pela enfermeira. Sendo assim, em tese, foi avaliada como agente-chave, com co-responsabilidade de organizar o serviço de apoio logístico com capacidade de visão do conjunto da unidade, funcionando como importante elo de captação, bem como meio de criar fluxos às diversas necessidades interdisciplinares, além de assessorar a articulação dentro e fora da unidade. Caso contrário, o tempo médio de horas de enfermagem não reverteria em ação de cuidados, fracassaria na prática, pois absorveria o tempo da enfermeira para atividades

administrativas. Desta forma, computou-se como aspecto imprescindível, a presença de secretária da ala de internação, em regime de oito horas de trabalho. Se possível, uma parte da tarde em regime de plantão com a finalidade de cobertura pontual aos procedimentos administrativos. Caso contasse, rotineiramente, com agente supervisor deve ser agregada, esse tempo de apoio à equipe de enfermagem, na realização da assistência.

Em consonância à apresentação ora realizada, passamos a descrever o raciocínio adotado para obtenção das horas de enfermagem por clínica ou especialidade, em tópicos:

- projetava-se uma clínica típica, situação “familiar” aos técnicos da área, e distribuía-se o quantitativo de pessoal, aceitável, considerando a realidade de diversos hospitais;
- montava-se uma tabela simples com distintas categorias abrangendo três turnos. Os serviços noturnos, necessariamente com duas equipes, para noites de plantões alternados de 12x36 horas (veja um exemplo ilustrado abaixo);
- efetuava a soma do quantitativo de horas disponibilizadas por categorias, nos três turnos, dando os subtotais por turno;
- aplicavam-se as operações do somatório de tempos correspondentes a cada turno, o que resultava o conjunto de horas disponíveis para pacientes a serem cuidados;
- efetuava-se uma divisão simples pelo número de pacientes internados, em tese, ocupação de 80%. Se, tínhamos 36, a proporção de 80% correspondia a 28,8, considerando para fins de cálculo, 28 pacientes. Os turnos da manhã e tarde cumpriam a carga de 6 h 40min com direito a 15 minutos de recesso. Para os funcionários de serviço noturno computavam-se, 11 horas, do total de 12 horas, subtraindo o descanso de 60 minutos. Nesse raciocínio simplificado, obtinham-se as horas de atenção de enfermagem que englobavam os cuidados dos auxiliares de enfermagem e os das enfermeiras. Caso houvesse a figura do supervisor, de forma constante, rateava o tempo correspondente às unidades onde atuasse, incorporando as frações de tempo de supervisão destinado à unidade.

Desse processo, derivavam-se as horas de assistência, denominadas horas-enfermagem que eram tomadas como referência inicial, pois cada instituição analisava a própria situação e adequava-as, para mais ou para menos, às peculiaridades. Compôs-se, desta forma, a série de indicadores apresentados abaixo.

Exemplificando para clínica de 36 leitos, sem o IST, conforme o quadro abaixo:

<i>Profissionais</i>	<i>Manhã (6h 40min)</i>	<i>Tarde (6h 40min)</i>	<i>SN^{par 11h}</i>	<i>SN^{ímpar 11h}</i>
Enfermeira	01	01	0	0
Aux.Enferm.	05	04	03	03
Total	06	05	03	03

Agora, representação em horas de trabalho:

<i>Profissionais</i>	<i>h - trabalho em min</i>	<i>h trabalho em min</i>	<i>SN^{par 11h em min}</i>	<i>SN^{ímpar 11h em min}</i>
Enfermeira	385	385	0	0
Aux.Enferm.	1.925	1.540	1.980	1.980
Total	2.310	1.925	1.980	1.980

<i>Profissionais</i>	<i>Subtotal de h – trabalho(min)</i>	<i>Subtotal de h trabalho (min)</i>	<i>SN^{par subtotal em min}</i>	<i>SN^{ímpar 11h em min}</i>
Enfermeira+Aux Enfermagem	2.310	1.925	1.980	1.980
Min/paciente	82,5	68,75	70,71	
h/paciente	1,37	1,15	1,18	

No quadro acima, a soma dos subtotais dos turnos da manhã (1,37), tarde (1,15) e SN par (1,18), representam o valor de 4h10 que, teoricamente, é a estimativa de horas- paciente. A última coluna que seria o SN ímpar não deve ser incorporada à soma porque o dia dispõe apenas de 24h.

Compôs-se, desta forma, a série de indicadores apresentados adiante.

Levando-se em consideração tais variáveis, projetou-se para cada clínica, em diferentes especialidades, um conjunto mínimo de 36 leitos, como

ensaio de matriz de composição do pessoal de enfermagem. Assim, buscou-se propor, por turnos, uma equipe “adequada” de trabalho, baseando-se em experiências práticas, daquelas que representavam as instituições, no período que realizou este trabalho.

Estes ensaios acompanharam o documento como anexos nos primeiros manuscritos. Após sucessivas retificações, tais anexos foram abolidos em razão do volume excessivo, pois a primeira versão contava com atendentes de enfermagem. Na prática, uma vez apreendida a essência do raciocínio, cada instituição montava a sua base, considerando as peculiaridades.

O critério de classificação de pacientes ^(23,70-4) não foi aplicado para apuração de horas-assistenciais. Considerou-se, empiricamente, como uma condição constante em clínicas, a presença de 20% de pacientes que demandariam maiores cuidados. Assim, pensou-se no mecanismo de compensação, quando um demandasse maiores cuidados, outros consumiriam menor tempo de enfermagem.

No período em que foi realizado este trabalho, apesar de não aprofundar no modelo assistencial de enfermagem, o papel da enfermeira foi considerado fundamental, pela sua qualificação, devendo assim exercer a liderança nos cuidados. Caberia a realização de cuidados mais complexos e dividir o tempo, em apoio ao desenvolvimento dos trabalhos de auxiliares de enfermagem. Nesta última situação, imaginou-se que a enfermeira assumiria a função de multiplicadora, ou seja, coeficiente de trabalho que operaria como força de trabalho constante, lastreado pelo resultado da política de educação continuada, em nível institucional.

Observando esses fatores, transformou-se o número total de funcionários necessários em horas de assistência de enfermagem por paciente e por clínica, sob taxa média de ocupação dos leitos da referida clínica, com os quais se compôs a série de parâmetros abaixo apresentados:

1.2.1 Unidade de Internação

Clínica Médica.....	4 horas-assistenciais
Clínica Pediátrica.....	6 horas-assistenciais
Clínica Cirúrgica.....	5,5 horas-assistenciais
Clínica Ginecológica	5,5 horas-assistenciais
Clínica Obstétrica.....	6 horas-assistenciais
Clínica MI / AIDS.....	7 horas-assistenciais
Clínica Queimados.....	10 horas-assistenciais
Clínica Psiquiátrica.....	5,5 horas-assistenciais
Berçário Normal / Aloj.Conjunto.....	4 horas-assistenciais
Berçário Patológico.....	4,0 horas-assistenciais
UTI Neonatal.....	12 horas-assistenciais
Unidade Semi-Intensiva.....	8,5 horas-assistenciais
UTI Geral.....	12 horas-assistenciais
Pré-parto.....	6 horas-assistenciais
RPA.....	5 horas-assistenciais
Cirurgia Ambulatorial.....	3 horas-assistenciais
Observação de P.S.....	5 horas-assistenciais

A proposta considerou a divisão de tarefa que decorreria da condição do paciente e a complexidade dos cuidados de enfermagem. A questão da concentração diferenciada das atividades assistenciais de enfermagem, nos turnos de trabalho, também, foi considerada. Esses fatores foram reconhecidos na estimativa das necessidades, mas não tiveram o lastro da pesquisa em campo^(4,11,27).

Tomando-se por base os parâmetros para chegar-se ao cálculo de pessoal de enfermagem necessário, adotou-se a seguinte fórmula:

Nº de pessoal de enfermagem =

nº leitos x taxa de ocupação x hora-assistencial x dias da semana x IST

Jornada Semanal

Gonçalves, em sua obra *O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea*, faz referência a Lucille Vood, em cujo texto descreve que 60% das atividades de enfermagem são realizadas por toda equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de

enfermagem), 28% são funções mais complexas, portanto de responsabilidade dos enfermeiros e técnicos de enfermagem e 12% das atividades são de âmbito do enfermeiro; sendo que apenas 6%, desses 12%, foram reconhecidas como funções exclusivas do enfermeiro, não podendo ser delegadas para terceiros.

Pelos indicadores acima descritos e os observados nos hospitais que integraram a equipe de revisão deste trabalho, recomendou-se a seguinte distribuição porcentual do pessoal de enfermagem em clínicas, onde as condições de pacientes apresentassem maior estabilidade.

- 20% de Enfermeiras
- 80% de Auxiliares de Enfermagem

Quanto às unidades de terapias intensivas as recomendações dos técnicos marcavam o porcentual de 50% de cada categoria, quando possível. A presença da enfermeira em urgências e emergências, bem como no setor de leitos de retaguarda pela dinâmica intensa na rotatividade de leitos.

Para as unidades de Pronto Socorro, Centros Obstétricos, Centrais de Material Esterilizado e Centro Cirúrgico, tomou-se como referência a demanda existente; planta física; número de turnos e de salas cirúrgicas e de partos em funcionamento, por turno. Especialmente para o Pronto Socorro adotou-se o critério de que o pessoal deve estar disponível, em caráter de prontidão, escalados em função do recebimento de pacientes em urgência e emergência.

1.2.2 Pronto Socorro

Recomenda-se a leitura da recente publicação sobre o estudo de dimensionamento de pessoal de enfermagem realizado por Farias, tendo como palco, o pronto socorro em afecções cardiovasculares ⁽⁷⁵⁾.

O critério adotado para o presente trabalho é de ^(4,11,38,42,75):

- Um Funcionário de Enfermagem / 15 atendimentos nas 24 horas
- Cinco horas de atenção de Enfermagem / leito de observação no PS

A distribuição de pessoal de enfermagem para as unidades de Pronto-Socorro objetivava os percentuais abaixo descritos, na perspectiva de fixar enfermeiras no atendimento de urgências e emergências e na supervisão de cuidados aos pacientes em leitos de observação.

- 20% de Enfermeiros
- 80% de Auxiliares de Enfermagem

1.2.3 Ambulatório

- Um Auxiliar de Enfermagem / três consultórios
- Uma Enfermeira / dez consultórios (para unidades com mais de dez consultórios)
- Três horas de assistência de enfermagem / leito de cirurgia ambulatorial.
- 0,3 hora-assistenciais para profissional enfermeira
- 0,25 hora-assistenciais para auxiliares de enfermagem ^(4,11,38,40)

Nº enfermeiras =

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{pacientes-dia ambulatorial} \times \text{horas-assistenciais} \times \text{dias da semana} \times \text{IST}}{\text{Jornada Semanal}}$$

Nº auxiliares de enfermagem.=

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{pacientes-dia ambulatorial} \times \text{horas-assistenciais} \times \text{dias da semana} \times \text{IST}}{\text{Jornada Semanal}}$$

Os parâmetros acima descritos foram derivados por meio de discussões realizadas na presença de técnicos da SES, diretores de serviços e enfermeiras.

1.2.4 Centro Obstétrico

Centro Obstétrico é o conjunto de elementos destinados às atividades obstétricas de higienização, trabalho de parto, parto e os primeiros cuidados com o recém-nascido^(4,11,38,40).

- Um Auxiliar de Enfermagem / sala de parto / turno de funcionamento
- Uma Enfermeira Obstetiz / 35 partos (hospitais que integram o Projeto Parto Humanizado da SES/SP)
- Uma Enfermeira / turno

Estes indicadores, também foram discutidos junto aos diretores das instituições que geriam o projeto de parto humanizado, sendo então, referências de ordem prática.

1.2.5 Centro Cirúrgico

Centro Cirúrgico é o conjunto de elementos destinados a atividades cirúrgicas, bem como a recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata^(4,11,38,40,86).

Antes de prosseguirmos os critérios adotados neste trabalho, é prudente apontar as autoras que desbravaram a respeito, Mattia e Gatto, que aplicaram o modelo de Gaidzinski e obtiveram resultados mais factíveis⁽⁸⁶⁾.

A proposta do Grupo para o presente trabalho:

- Dois Auxiliares de enfermagem / sala cirúrgica / turno de funcionamento
- Uma Enfermeira / turno

Nº auxiliares de enfermagem.=

nº salas funcionando.por turno x horas-assistenciais x dias da semana x IST

Jornada Semanal

Além das autoras acima citadas, Pavani e Possari, analisaram o dimensionamento de pessoal de enfermagem em pós-operatório de cirurgia cardíaca ⁽⁷⁶⁻⁷⁾ e o período transoperatório, que serão constitutivos ao propor dimensionamento de pessoal nestas áreas de atuação.

1.3 Equipe multiprofissional de saúde mental

1.3.1 Unidade de Internação de Saúde Mental

A unidade de internação de saúde mental é composta de elementos destinados à internação de pacientes psiquiátricos ^(40,87).

A clínica psiquiátrica de um hospital geral deve ser trabalhada como Unidade de Saúde Mental, tendo em vista sua dinâmica particular. Conforme a Portaria MS/SNAS 224/92, ela contará com 10% do total de leitos do hospital geral, até o máximo de 30 leitos.

Para tanto, deverá contar com uma equipe multiprofissional que inclua médicos diaristas e plantonistas, enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais que, além da assistência específica, prestam o serviço de interconsultas de saúde mental em outras clínicas.

Atuação Horizontal

Profissionais diaristas

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| - Psiquiatras..... | um médico / 30 leitos |
| - Psicólogos..... | um psicólogo / 30 leitos |
| - Terapeutas Ocupacionais..... | um terapeuta ocupacional / 30 leitos |
| - Serviço Social..... | um assistente social / 30 leitos |
| - Enfermeira..... | uma enfermeira / 30 leitos |

Pessoal de enfermagem: os profissionais de enfermagem seguem os mesmos parâmetros recomendados ao hospital geral.

Atuação Vertical

Profissionais plantonistas

- Médicos plantonistas.....um médico / 30 leitos nas 24 horas.
- Os profissionais auxiliares de enfermagem seguem os parâmetros de Hospital Geral.

1.3.2 Hospital-Dia de Saúde Mental

Na assistência em saúde mental, o hospital-dia ^(87,88) representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório. Este tipo de instituição realiza programas de atenção e cuidados intensivos desenvolvidos por equipe multiprofissional, visando substituir a modalidade de internação.

A equipe multiprofissional recomendada tem a seguinte composição:

- Um médico psiquiatra / 30 leitos
- Uma enfermeira / 30 leitos
- Um psicólogo / 30 leitos
- Uma terapeuta ocupacional / 30 leitos

Os profissionais auxiliares de enfermagem seguem os parâmetros de Hospital Geral.

1.3.3 Ambulatório de Saúde Mental

O atendimento ambulatorial em Saúde Mental ⁽⁸⁹⁾ compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nos ambulatórios de especialidades. Nestas unidades, a atenção aos pacientes deverá incluir: atendimento individual, atendimento em grupo, visitas domiciliares e atividades comunitárias sempre realizadas por equipe multiprofissional.

A Portaria GM / MS 1.101/02 recomenda como parâmetro:

- Um médico psiquiatra / 12 pacientes- dia / turno de atendimento
- Uma enfermeira / 30 pacientes-dia / turno de atendimento
- Uma psicóloga / 18 pacientes-dia / turno de atendimento
- Uma assistente social / 18 pacientes-dia / turno de atendimento
- Uma terapeuta ocupacional / 30 pacientes-dia / turno de atendimento

Os profissionais auxiliares de enfermagem seguem os mesmos parâmetros do ambulatório.

1.4 Equipe multiprofissional de reabilitação

O atendimento integral à pessoa portadora de deficiência, por razões de natureza médica, quando o regime de internação for o mais indicado ao paciente, deverá ser realizado por equipe multiprofissional^(60,61,90). A Portaria MS/SNAS 303/92 estabelece que esta equipe deverá ser formada por médico fisiatra, enfermeira, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e pessoal de enfermagem, com os seguintes parâmetros:

- Um médico fisiatra / 15 leitos
- Uma enfermeira / 15 leitos
- Um fisioterapeuta / 15 - 30 leitos
- Um terapeuta ocupacional / 15 - 30 leitos
- Uma psicóloga / 15 - 30 leitos
- Uma assistente social / 15 - 30 leitos

Os profissionais auxiliares de enfermagem seguem os parâmetros de Hospital Geral.

1.5 Equipe multiprofissional para hospital-dia de Aids

A instituição de hospital-dia na assistência ao paciente com AIDS representa um recurso intermediário entre internação e ambulatório, visando substituir a modalidade de internação.

Para tanto, a Portaria MS/SAS - 130/94, recomenda que a equipe multiprofissional deverá ser composta por médico infectologista ou clínico com experiência em moléstias infecciosas. Compõe-se à equipe enfermeira, psicólogo, assistente social e pessoal de enfermagem ^(68,88).

Os parâmetros recomendados para a constituição desta equipe são:

- Um médico infectologista / dez leitos
- Uma enfermeira / dez leitos
- Um psicólogo / dez leitos
- Uma assistente social / dez leitos
- Duas auxiliares de enfermagem / dez leitos

1.6 Equipe multiprofissional para internação domiciliar

A instituição do Programa de Internação Domiciliar aos pacientes usuários da rede hospitalar visa a reduzir o tempo médio de permanência, diminuir o custo médio da internação, melhorar a qualidade da assistência, disponibilizando uma oferta maior de leitos e, sobretudo, contribuir para um melhor restabelecimento do paciente ⁽⁹¹⁾.

A Portaria GM/MS 2416/98 estabelece que cada equipe multidisciplinar; composta por médicos, pessoal de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos; atenda no máximo a demanda de dez pacientes por mês, realizando, obrigatoriamente uma visita domiciliar semanal por paciente.

Tomando-se por base os parâmetros acima propostos, chega-se a definição do número mínimo de equipes multidisciplinares por meio da seguinte equação:

$$\text{N}^\circ \text{ equipes} = \frac{\text{n}^\circ \text{ visitas-dia} \times \text{n}^\circ \text{ hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada Semanal}}$$

Hora- assistencial: 3,0 horas de atenção por paciente/ equipe

As equipes multidisciplinares deverão ser constituídas por:

- Um médico clínico / equipe
- Uma enfermeira / equipe
- Uma assistente social / equipe
- Um psicólogo / equipe
- Uma nutricionista / equipe
- Um auxiliar de enfermagem / equipe

Se houver possibilidade agregam-se outros profissionais, como:

- Um motorista / equipe
- Um fisioterapeuta / equipe

2. ÁREA DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

São serviços que auxiliam a atividade médica em seu trabalho hospitalar. Estes serviços darão as características da atenção médica e da complexidade hospitalar, exigindo necessariamente a organização do trabalho em equipe.

A área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico compreende os serviços de Diagnósticos por Imagem, Laboratório de Patologia Clínica, Unidade de Anatomia Patológica, Medicina Física, Unidade de Métodos Gráficos, Hemoterapia, Banco de Leite, Terapia Renal Substitutiva, Litotripsia Extracorpórea, Odontologia, Quimioterapia e Radioterapia.

2.1 Unidade de Diagnóstico por Imagem

A Unidade de Diagnóstico por Imagem é constituída dos seguintes elementos que concentram os equipamentos e realizam as atividades concernentes ao uso de raios X, ultra-som, tomografia computadorizada, imagens por vídeo e da ressonância magnética, para fins diagnósticos (4,11,44).

2.1.1 RX/Ultra-Som/Mamografia/CT/RM

As modalidades de diagnósticos por imagens são executadas por meio de equipamentos específicos que emitem raios-x, feixes ultra-sonográficos e alterações da frequência do campo magnético (4,9,11,14).

- Um médico radiologista / Aparelho de Tomografia Computadorizada / turno
- Um médico radiologista / Aparelho de Ressonância Nuclear Magnética / turno
- Um médico radiologista / Aparelho de Mamografia / turno
- Um médico ultra-sonografista / Aparelho de Ultra-som / turno
- Dois auxiliares de enfermagem / três salas de Diagnósticos por Imagem
- Oito técnicos de radiologia / Aparelho de RX que funcione 24 hs / dia
- Três técnicos de radiologia / Aparelho de RX que funcione 12 hs / dia
- Um oficial administrativo / 50 laudos emitidos / dia
- Três auxiliares de câmara escura / Processadora

Para o dimensionamento dos radiologistas que manusearão equipamentos de radiologia convencional, propõe-se a seguinte equação:

$$\text{N}^\circ \text{ de médicos radiologistas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de exames-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}$$

Jornada semanal

Estima-se em 10 minutos o tempo necessário para a realização de um exame radiológico simples, com a emissão do laudo técnico (hora-assistencial= 0,15).

Observação: os aparelhos radiológicos de maior densidade tecnológica como, por exemplo: Telecomandados, Cineangiocoronariografias, Radiologia Digital, Mamógrafos, Tomógrafos e Ressonância Nuclear Magnética devem ser dimensionados além de um Radiologista/ Aparelho/turno de funcionamento, a equipe de apoio como: Auxiliar de Câmara Escura, Técnico de RX e Auxiliar de Enfermagem.

2.1.2 Endoscopia Digestiva

A endoscopia é um método simples de se examinar todo o tubo digestivo superior e inferior - esôfago, estômago, duodeno e intestino grosso - realizada por meio de equipamentos flexíveis, denominados de vídeo endoscópios.

Estima-se em 20 minutos o tempo necessário para a realização de um procedimento endoscópico (hora-assistencial= 0,3).

$$\text{N}^\circ \text{ médico} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de exames-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Jornada semanal

- Um auxiliar de enfermagem / sala de Endoscopia
- Dois auxiliares de enfermagem / sala de Higienização
- Um auxiliar de enfermagem / sala de Preparo do paciente
- Um auxiliar de enfermagem / sala de Recuperação
- Dois oficiais administrativos / setor

2.1.3 Doppler Vascular

É um tipo de exame ultra-sonográfico, indicado especificamente para o diagnóstico de patologias vasculares, por meio de investigações ecofluxométricas.

- Um auxiliar de enfermagem / aparelho
- Um médico ultra-sonografista / aparelho / turno

2.1.4 Ecocardiografia

Por intermédio da aplicação de feixes ultra-sonográficos, a ecocardiografia permite estudos valiosos do coração e de grandes vasos do organismo.

- Um auxiliar de enfermagem / aparelho
- Um médico ecocardiografista / aparelho / turno

2.2 Unidade de Patologia Clínica

A Unidade de Patologia Clínica representa o conjunto de elementos destinados à realização de exames laboratoriais, pertinentes às análises clínicas e necessários ao diagnóstico e orientação terapêutica de pacientes (92-3).

Para determinar o cálculo de pessoal da Unidade de Patologia Clínica, foram usadas as seguintes fórmulas:

$$\text{Auxiliar de enfermagem} = \frac{\text{N}^\circ \text{ coletas- mês}}{900 \text{ coletas/ funcionário/ mês}}$$

$$\text{Técnico de laboratório} = \frac{\text{N}^\circ \text{ exames- mês}}{3.000 \text{ exames/ funcionário/ mês}}$$

$$\text{Biologistas} = \frac{\text{N}^\circ \text{ exames- mês}}{5.000 \text{ exames/ biologista/ mês}}$$

$$\text{Médico} = \frac{\text{N}^\circ \text{ exames-mês}}{3.300 \text{ exames/ médico/ mês}}$$

$$\text{Of. Administrativo} = \frac{\text{N}^\circ \text{ laudos -mês}}{1.500 \text{ laudos/ funcionário/ mês}}$$

$$\text{Auxiliar de laboratório} = \frac{\text{N}^\circ \text{ exames- mês}}{6.000 \text{ exames/ funcionário/ mês.}}$$

2.3 Unidade de Anatomia Patológica

Anatomia Patológica é a unidade destinada a realizar exames citológicos e estudos macro e/ou microscópicos de peças anatômicas retiradas, cirurgicamente, de pacientes ou de cadáveres, para fins de diagnóstico (4,9,11,14).

- Um médico anatomopatologista / turno
- Dois técnicos de laboratório / turno
- Um biólogo / turno
- Um auxiliar de serviço / turno
- Um oficial administrativo / 1.100 laudos

Os parâmetros acima indicados levaram em consideração a estrutura do serviço que funciona cinco dias por semana, primordialmente, na elucidação e complementação diagnóstica, por meio da análise micro e macroscópica de materiais biológico-humanos. Esses indicadores foram resultados de discussões de natureza técnica, realizados por grupo de trabalho que reunia profissionais de alguns hospitais próprios da SES-SP, com característica de ensino.

2.4 Unidade de Medicina Física

A Unidade de Medicina Física é o conjunto de elementos destinados ao emprego de agentes físicos para fins de diagnóstico (eletrodiagnóstico), tratamento e reabilitação, por meio de eletroterapia, termoterapia, fototerapia, hidroterapia, massoterapia e mecanoterapia^(38,60,89).

- Um médico fisiatra / Unidade de Medicina Física/turno
- Um terapeuta ocupacional / 16 pacientes atendidos por turno de trabalho.
- Um fisioterapeuta / 26 pacientes atendidos por turno
- Um fonoaudiólogo / 12 pacientes atendidos por turno
- Dois auxiliares técnico de saúde / Fisioterapeuta
- Dois oficiais administrativos / Unidade de Medicina Física
- Um técnico de reabilitação física / Unidade

Ressalta-se que os indicadores acima descritos referem-se às recomendações da Portaria MS/SNAS 225/92. Em caso de implementação de um novo serviço, deve analisar a demanda, característica da clientela e outros fatores que justifiquem a incorporação desta força de trabalho.

2.5 Unidade de Métodos Gráficos

A Unidade de Métodos Gráficos é o conjunto de elementos em que se concentram os equipamentos e realizam-se as atividades relacionadas aos diagnósticos, que são registrados por meio de traçados gráficos e provenientes da emissão de ondas elétricas^(4,8-9,11).

2.5.1 Eletrocardiografia – ECG

Consiste no registro da atividade elétrica gerada pelo coração e captada na superfície do corpo, mediante o uso de eletrocardiógrafo^(4,8-9,11).

Estima-se em 15 minutos o tempo médio necessário para a realização de uma eletrocardiografia o que corresponde a uma hora-assistencial de 0,25.

$$\text{N}^\circ \text{ técnicos ECG} = \frac{\text{n}^\circ \text{ exames-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

2.5.2 Eletroencefalografia – EEG

Consiste no registro da atividade elétrica gerada pelo cérebro e captada na superfície do couro cabeludo, mediante o uso de eletroencefalógrafo ^(4,8-9,11).

Estima-se em 45 minutos o tempo médio necessário para realização de uma eletroencefalografia o que corresponde a uma hora-assistencial de 0,75.

$$\text{N}^\circ \text{ médicos EEG} = \frac{\text{n}^\circ \text{ exames-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

2.5.3 Eletroneuromiografia – ENMG

Consiste no registro da atividade elétrica gerada pelas terminações neuromusculares e captadas na superfície corpórea, mediante o uso de eletroneuromiógrafo.

Estima-se em 30 minutos o tempo médio necessário para a realização de uma eletroneuromiografia o que corresponde à uma hora-assistencial de 0,50.

$$\text{N}^\circ \text{ médicos ENMG} = \frac{\text{n}^\circ \text{ exames-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Os procedimentos abaixo relacionados, de **2.5.4** a **2.5.9**, deverão ser realizados por médicos, em hospitais universitários e ou de ensino, contando com o apoio operacional de pessoal de enfermagem.

2.5.4 Provas de função pulmonar

Os testes de função pulmonar que incluem espirometria, curva fluxo-volume, medida de capacidade residual funcional, capacidade de difusão pulmonar e testes de bronco provocação permitem a avaliação cárdiorrespiratória do paciente, por meio do registro dessas atividades (4,8,11).

- Um auxiliar de enfermagem / aparelho
- Um médico pneumologista / aparelho / turno

2.5.5 Polissonografia

Consiste no método utilizado para se avaliar o sono e as suas variáveis fisiológicas, pelo registro de três parâmetros mínimos: eletroencefalograma, eletrooculograma e o eletromiograma submentoniano.

- Um auxiliar de enfermagem / aparelho

2.5.6 Potencial evocado

É um teste neurofisiológico baseado em resposta evocada por estímulo padronizado, sob forma de ondas que refletem a atividade elétrica cortical.

- Um auxiliar de enfermagem / aparelho
- Um médico / aparelho / turno

2.5.7 Urodinâmica

O estudo urodinâmico permite a avaliação funcional vesical e uretral, assim como da musculatura perineal, possibilitando o diagnóstico preciso da disfunção miccional.

- Dois técnicos de laboratório / urodinâmica
- Um médico / aparelho / turno

2.5.8 Phmetria Esofágica

O teste de pH mede a frequência que o fluxo ácido do estômago banha o esôfago e mede a intensidade da acidez durante 24 horas.

- Dois técnicos de laboratório / phmetria esofágica
- Um médico / aparelho / turno

2.5.9 Manometria Esofágica

Manometria esofágica é a medida da pressão da musculatura esofagiana e as frequências com que estas contrações ocorrem; para efeito de estudo de diagnóstico diferencial.

- Dois técnicos de laboratório / manometria esofágica
- Um médico / aparelho / turno

2.6 Unidades de Hemoterapia

Os serviços auxiliares de apoio terapêutico relacionados à hemoterapia, são as atividades médico-assistenciais, classificadas de acordo com sua complexidade em: Agência Transfusional, Banco de Sangue e Hemocentro (38,53).

Os indicadores propostos abaixo foram construídos por responsáveis na gerência do serviço de hemoterapia do HCFMUNESP de Botucatu, alicerçada na experiência prática, no ano de 2001.

2.6.1 Agência Transfusional

É a unidade hemoterápica destinada a receber e armazenar os sangues processados, prontos para a aplicação ^(38,52-3).

- Um médico hemoterapeuta / turno.
- Um técnico de laboratório /12 transfusões por dia

2.6.2 Banco de Sangue

A unidade hemoterápica é destinada à colheita, armazenamento e aplicação de sangue e seus derivados ^(38,52-3).

$$\text{N}^\circ \text{ de médicos hemoterapeutas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ transfusões-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Estima-se em 12 minutos o tempo médio necessário para a assistência médica a um paciente que venha receber uma transfusão, o que corresponde a uma hora-assistencial de 0,20.

$$\text{N}^\circ \text{ técnicos de laboratório} = \frac{\text{n}^\circ \text{ exames-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

A hora-assistencial para o técnico de laboratório realizar sua função, em uma unidade de Banco de Sangue, foi estimada em 0,03 por exame efetuado.

$$\text{N}^\circ \text{ de biólogos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ exames-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

A hora-assistencial para o biólogo realizar sua função em uma unidade de Banco de Sangue, foi estimada em 0,25 por exame efetuado.

$$\text{N}^\circ \text{ de oficiais administrativos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ exames-dia} \times \text{hora-técnica} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

A hora-técnica para o oficial administrativo realizar suas funções, foi estimada em 12 minutos por dez exames realizados, ou seja, 0,02 por exame efetuado.

2.6.3 Hemocentro

Compõe-se dos elementos destinados à coleta, processamento, armazenamento, distribuição e aplicação de sangue e hemoderivados ^(38,52-3).

$$\text{N}^\circ \text{ de médicos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ doações-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Estima-se em 30 minutos o tempo médio necessário para a assistência médica a um paciente que faça uma doação, o que corresponde a uma hora-assistencial de 0,51.

$$\text{N}^\circ \text{ de médicos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ consultas-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Estima-se em 15 minutos o tempo médio necessário para a assistência médica a um paciente que venha fazer uma consulta, o que corresponde a uma hora-assistencial de 0,25.

$$\text{N}^\circ \text{ de médicos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ transfusões-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Estima-se em 12 minutos o tempo médio necessário para a assistência médica a um paciente que receba uma transfusão, o que corresponde a uma hora-assistencial de 0,20. O tempo deve ser proporcional ao volume de sangue transfundido.

$$\text{N}^\circ \text{ de médicos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ aféreses-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Estima-se em 80 minutos o tempo médio necessário para a assistência médica a um paciente em procedimento de aférese, o que corresponde a uma hora-assistencial de 1,30.

$$\text{N}^\circ \text{ de pessoal biomédico} = \frac{\text{n}^\circ \text{ exames carga viral-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

A hora-assistencial para o pessoal biomédico realizar suas funções em um Hemocentro foi estimada em 0,25 por exame efetuado.

A classe biomédica refere-se às seguintes categorias profissionais: biologista, biomédico e farmacêutico.

A amostragem dos hospitais participantes deste estudo indicou a seguinte distribuição por categoria profissional: 70% biologistas, 20% farmacêuticos e 10% biomédicos.

$$\text{N}^\circ \text{ técnicos de laboratório} = \frac{\text{n}^\circ \text{ exames-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

A hora-assistencial para o técnico de laboratório realizar suas funções em um Hemocentro foi estimada em 0,03 por exame efetuado.

Os exames aqui considerados são aqueles referentes a imuno-hematologia, sorologia, hemostasia e hematologia.

$$\text{N}^\circ \text{ de enfermeiras} = \frac{\text{n}^\circ \text{ paciente-dia transfusão} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semana}}$$

A hora-assistencial para a enfermeira realizar suas funções de supervisão em um Hemocentro foi estimada em 0,1 por atendimento efetuado.

$$\text{N}^\circ \text{ de auxiliar de enfermagem} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de consultas-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

A hora-assistencial para a auxiliar de enfermagem realizar suas funções em um Hemocentro foi calculada em 15 minutos por paciente, o que corresponde a 0,25 por atendimento efetuado.

$$\text{N}^\circ \text{ de auxiliares de laboratório} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de exames-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

A hora-assistencial para a auxiliar de laboratório realizar suas funções em um Hemocentro foi estimada em 20% da hora-assistencial destinada ao técnico de laboratório, o que corresponde a 0,006.

$$\text{N}^\circ \text{ de pessoal de apoio administrativo} = \frac{\text{n}^\circ \text{ exames-dia} \times \text{hora-técnica} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

A hora-técnica para o pessoal de apoio administrativo realizar suas funções foi estimada em 12 minutos por dez exames realizados, ou seja, 0,02 por exame efetuado.

A classe pessoal de apoio administrativo refere-se às seguintes categorias profissionais: oficial administrativo, digitador, auxiliar de processamento de dados e auxiliar de serviços.

A amostragem dos serviços estudados indicou a seguinte distribuição por categoria profissional: 40% oficiais administrativos, 30% digitadores, 15% auxiliares de processamento de dados e 15% de auxiliares de serviços.

2.7 Banco de Leite

É a unidade destinada à execução das atividades de coleta, processamento, armazenamento e controle de qualidade do colostro, do leite de transição e do leite humano maduro para posterior distribuição, sob prescrição médica ou de nutricionista. O serviço também é responsável pela promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno ^(38,48).

- Um médico / Unidade ⁽¹⁾
- Uma nutricionista / Unidade ⁽²⁾
- Um funcionário da área de enfermagem / 160 Nutrizes atendidas por mês

Com a seguinte distribuição quantitativa por categoria funcional:

- 20 % Enfermeiras
- 80 % Auxiliares de Enfermagem

⁽¹⁾ Não há necessidade de se dispor de um médico exclusivo para o serviço.

⁽²⁾ A nutricionista pode ser a supervisora do S.N.D., não é preciso ter uma profissional exclusiva para a unidade, se este serviço não demandar um volume considerável de atendimentos.

2.8 Unidade de Terapia Renal Substitutiva

A Terapia Renal Substitutiva é uma modalidade de terapêutica dialítica para pacientes renais crônicos, podendo ser realizada por meio de Hemodiálise - HD, da Diálise Peritoneal Intermitente - DPI, da Diálise

Peritoneal Ambulatorial Contínua – CAPD, e da Diálise Peritoneal Ambulatorial Automatizada – DPA ^(38,56).

As unidades de terapia renal substitutiva poderão funcionar, tanto intra como extra hospitalar, devendo para tanto, corresponder às normas preconizadas pela RDC ANVISA nº 50/02 e nº 154/04.

2.8.1 Hemodiálise

É o procedimento dialítico realizado em pacientes renais crônicos ou não, que exige assistência médica e de enfermagem especializadas, assim como equipamentos específicos ^(38,56).

- Um médico / 35 pacientes por turno
- Um enfermeira / 35 pacientes por turno
- Uma auxiliar de enfermagem / quatro pacientes por turno

2.8.2 DP I

A DPI, Diálise Peritoneal Intermitente, é o procedimento dialítico realizado em pacientes renais crônicos, que exige assistência médica e de enfermagem especializadas ^(38,56).

- Um médico / 35 pacientes por turno
- Um enfermeira / 35 pacientes por turno
- Uma auxiliar de enfermagem / quatro pacientes por turno

2.8.3 CAPD

A CAPD, Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua, é o procedimento dialítico feito, ambulatorialmente, em pacientes renais crônicos, com assistência médica e de enfermagem especializadas ^(38,56).

- Um médico responsável
- Uma enfermeira / 50 pacientes

2.8.4 DPA

A DPA, Diálise Peritoneal Ambulatorial Automatizada, é o procedimento dialítico realizado, ambulatorialmente, em pacientes renais crônicos, pelo uso de equipamento específico e com assistência médica e de enfermagem especializadas^(38,56).

- Um médico responsável
- Uma enfermeira / 50 pacientes

2.9 Litotripsia Extracorpórea

A LECO, Litotripsia Extracorpórea, é a fragmentação de cálculos renais por ondas de choque (elétricas, mecânicas, ultra-sonográficas ou raio laser), sem o uso de anestesia e/ou internação.

- Uma auxiliar de enfermagem / aparelho
- Um médico urologista / aparelho / turno

2.10 Unidade Odontológica

Compõe-se dos elementos destinados às ações de assistência odontológica, realizadas pelo cirurgião dentista e equipe, no âmbito da promoção e prevenção da saúde bucal e na recuperação e reabilitação de pacientes^(4,11,38).

A Portaria GM/MS 1.101/02 recomenda:

- Um cirurgião dentista / consultório / turno
- Um atendente de consultório dentário / consultório
- Odontólogo: três consultas ambulatoriais / hora
- Odontólogo: 0,3 hora-assistencial / consulta ambulatorial

2.11 Quimioterapia

É uma modalidade terapêutica realizada pelo emprego de drogas específicas (quimioterápicos) para o tratamento de uma patologia clinicamente reconhecível ou na eliminação de seu processo.

Os indicadores propostos abaixo foram construídos por responsáveis na gerência de serviços de quimioterapia e radioterapia do HCFMUNESP de Botucatu, alicerçada na experiência prática, no ano de 2001.

Nº de médicos = $\frac{\text{nº de pacientes-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$

Jornada semanal

Calcula-se em 25 minutos o tempo médio necessário para a assistência médica a um paciente em procedimento quimioterápico, o que corresponde a uma hora-assistencial de 0,4 por atendimento realizado.

Nº de enfermeiras = $\frac{\text{nº de paciente-dias} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$

Jornada semanal

A hora-assistencial para a enfermeira executar suas funções assistenciais em um serviço de quimioterapia foi estimada em 12 minutos por paciente, o que corresponde a 0,2 por atendimento efetuado.

Nº de auxiliares de enfermagem =

$\frac{\text{nº de pacientes -dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$

Jornada semanal

A hora-assistencial para a auxiliar de enfermagem realizar suas funções assistenciais em um serviço de quimioterapia foi avaliada em 54 minutos por paciente, o que corresponde a 0,9 por atendimento efetuado.

2.12 Radioterapia

É uma modalidade terapêutica na qual se concentram os equipamentos e realizam-se as atividades concernentes ao uso de radiações, por meio de acelerador linear, gama câmara e aparelhos de radioterapia, com o objetivo de tratar uma doença clinicamente reconhecível ou eliminar seu processo.

- Dois técnicos RX / Gama câmara
- Dois técnicos RX / Acelerador
- Um físico / Acelerador Linear
- Dois técnicos RX / Simulador
- Dois médicos / Setor Radioterapia
- Dois auxiliares de enfermagem / Setor Radioterapia
- Um oficial administrativo / Setor Radioterapia

3. ÁREA DE APOIO TÉCNICO

São serviços integrados por profissionais para-médicos que desempenham diferentes atividades ligadas diretamente ao paciente.

A área de apoio técnico compreende: Serviço Social e Psicologia Hospitalar, Serviço de Arquivo Médico e Estatística, Farmácia, Serviço de Nutrição e Dietética, Central de Material Esterilizado, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

3.1 Serviço Social e Psicologia Hospitalar

São ações realizadas pelas equipes de assistentes sociais e psicólogas, na abordagem socioeconômica e assistencial dos usuários do serviço^(4,11).

A Portaria GM / MS 1.101/02 recomenda os seguintes parâmetros:

- Psicólogo: três consultas ambulatoriais / hora
- Psicólogo: 0,3 hora-assistencial / consulta ambulatorial
- Assistente Social: três atendimentos ambulatoriais / hora

- Assistente Social: 0,3 hora-assistencial / atendimento ambulatorial

Para o cálculo de psicólogos e assistentes sociais, utilizam-se as seguintes fórmulas:

$$\text{N}^\circ \text{ de psicólogos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de consulta-dia} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

$$\text{N}^\circ \text{ de assistentes sociais} = \frac{\text{hora-assistencial} \times \text{n}^\circ \text{ de atendimento-dia} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Os indicadores expressam o atendimento individual. Há de se ressaltar que a abordagem *grupal* deve fazer parte de “*modus operandi*” da instituição, em virtude da interdependência entre serviços, tendo a necessidade de dar visibilidade à cobertura e melhorar o desempenho do serviço.

3.2 Serviço de Arquivo Médico/Recepção/Registro Geral

Constitui-se dos elementos destinados às funções de recepção do paciente, agendamento de consultas, registro de internações, identificação, seleção, controle, guarda, conservação, e processamentos das informações de todos os dados clínicos e sociais do paciente ambulatorial e internado. Compreende o registro geral, arquivo médico e a estatística^(4,11,54,94).

Na atualidade o SAME- Serviço de Arquivo Médico e Estatística foi revalorizado pela capacidade de gerar dados clínicos e administrativos, de natureza avaliativa para a instituição. Passou a fazer além do arquivo de documentos técnicos, emissão de laudos sobre internações, registro de ocorrências e eventos adversos, toda programação de consultas para pacientes de ambulatórios e outros setores. A informatização é um requisito fundamental pelas exigências englobando diversos aspectos dos serviços

como: acesso da clientela aos prontuários e, sobretudo o desenvolvimento de processos de pesquisa.

Nº de pessoal de apoio administrativo =

(nº de pacientes-dia hospitalar + nº de pacientes-dia ambulatorial) x hora-técnica x dias da semana

Jornada semanal

A hora-técnica para o pessoal administrativo realizar suas funções no SAME, foi estimada em 12 minutos por paciente-dia, o que corresponde a 0,2 por atendimento efetuado.

A classe pessoal de apoio administrativo refere-se às seguintes categorias profissionais: oficial administrativo e estatístico.

A amostragem dos serviços estudados indicou a seguinte distribuição por categoria profissional: 95% oficiais administrativos e 5% de estatísticos.

3.3 Serviço de Farmácia

É um conjunto de elementos destinados à manipulação de fórmulas magistrais e oficinais e que tem como principal função a recepção, armazenamento, controle e distribuição de medicamentos, materiais médico-cirúrgicos e dietas enterais de uso dos pacientes⁽⁹⁵⁻⁶⁾.

No presente trabalho, partiu-se do pressuposto de que o serviço não manipule as drogas. Envolve atividades de planejamento, organização, avaliação e coordenação na compra, estoque, controle de fluxo, inventários e outros aspectos rotineiros que corroborem na eficiência de gastos em medicamentos. É imprescindível que este setor trabalhe criando interfaces com a área médica, de enfermagem e a administrativa, no sentido de otimizar os recursos.

A dispensação convencional de medicamentos consiste na distribuição destes nos postos de enfermagem, onde são preparados (diluídos e fracionados) para serem administrados pela equipe de enfermagem, para um período maior que 24 horas.

O sistema de dispensação de medicação por dose unitária consiste na distribuição dos medicamentos prontos para o uso (sólidos unitários, líquidos fracionados e injetáveis diluídos) em embalagens identificadas individualmente, com os respectivos horários de administração, para um período de 24 horas.

O sistema de dose unitária tem como objetivos:

- Aumentar o tempo da assistência de enfermagem com o paciente
- Diminuir erros de dispensação
- Garantir uma maior segurança na dispensação ao paciente
- Racionalizar a distribuição e a administração de medicamentos
- Diminuir custos com medicamentos
- Controlar de maneira mais eficaz os estoques
- Promover as atividades da farmacovigilância

Para distribuição no sistema de dose unitária tem-se:

- Um farmacêutico / 50 leitos
- Um auxiliar técnico de saúde / 25 leitos
- Três trabalhadores braçais / Serviço

No sistema convencional, para a distribuição são necessários:

- Um farmacêutico / 50 leitos
- Um auxiliar técnico de saúde / 30 leitos
- Três trabalhadores braçais / Serviço

3.4 Serviço de Nutrição e Dietética

O Serviço de Nutrição e Dietética consiste em um conjunto de elementos destinados à recepção, armazenamento, guarda e controle dos estoques de gêneros alimentícios e insumos, destinados ao preparo, produção e distribuição das refeições servidas aos pacientes, acompanhantes e funcionários da instituição ^(4,8-9,11,45).

O dimensionamento do quadro de pessoal do Serviço de Nutrição e Dietética depende da produção da unidade e do tipo de assistência nutricional oferecida aos pacientes (programas de orientação nutricional: diabetes, hipertensão, desnutrição, obesidade mórbida, dislipidemias e outros).

Como parâmetro de produção de serviço observou-se na literatura o seguinte índice:

- Cinco refeições / paciente / dia
- Três refeições / acompanhante / dia
- Uma refeição / funcionário / dia
- Oito mamadeiras / lactente / dia

Como parâmetro para o dimensionamento de pessoal, recomenda-se:

3.4.1 Serviço Próprio

Cabe ressaltar que hoje no cenário hospitalar, após a instituição dos estatutos do idoso e de crianças hospitalizadas, reconhece-se a necessidade do fornecimento de refeições aos acompanhantes, além de pacientes internados. As recomendações abaixo descritas resultaram dessas discussões, com os integrantes do Grupo de Trabalho:

- Uma nutricionista / 500 refeições produzidas / dia
- Um oficial administrativo / 200 leitos
- Um pessoal auxiliar / 70 refeições produzidas / dia

Observa-se a seguinte distribuição quantitativa por categoria funcional:

- 50% de Auxiliares de Serviços
- 40% de Oficiais de Serviço de Manutenção
- 10% de Agentes de Saúde

3.4.2 Serviço Terceirizado

Para hospitais com mais de 200 leitos

- Uma nutricionista / 1.000 refeições produzidas / dia

3.4.3 Nutrição Clínica

A nutrição clínica corresponde às atividades desenvolvidas pelo Serviço de Nutrição e Dietética voltado à orientação nutricional a um determinado grupo de pacientes, cuja patologia de base ou problema apresentado exija cuidados dietoterápicos.

Para os programas assistenciais de orientação nutricional a desnutridos, obesos mórbidos, diabéticos, hipertensos, pacientes com alterações de triglicérides, colesterol e outros, a instituição deverá dimensionar o número de nutricionista de acordo com a programação e a demanda desses programas.

Nº de nutricionistas = $\frac{\text{hora-assistencial} \times \text{nº de pacientes-dia} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$

Jornada semanal

Calcula-se em 20 minutos o tempo médio necessário para a assistência nutricional a um paciente em acompanhamento programático, o que corresponde a uma hora-assistencial de 0,3 por atendimento realizado.

3.5 Central de Esterilização de Materiais

A Central de Esterilização de Materiais é um conjunto de elementos destinados à recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material esterilizado às unidades do estabelecimento de saúde^(4,8-9,11).

- Um auxiliar de enfermagem / 70 pacotes preparados / dia
- Uma enfermeira / turno

3.6 Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar é responsável pelo cumprimento da Portaria GM/MS 2616/98 que estabelece diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares.

- Um médico / 200 leitos
- Uma enfermeira / 200 leitos

3.7 Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT

A norma regulamentadora nº 4, da Portaria SSMT nº 34/87 determina que as empresas públicas e privadas que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho-CLT, deverão manter, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador em seu local de trabalho⁽⁹⁷⁾.

O dimensionamento do SESMT vincula-se à graduação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento.

Para hospitais, os parâmetros indicados são os seguintes:

- Um engenheiro do trabalho / SESMT
- Um médico do trabalho / SESMT / turno de trabalho
- Um médico clínico / SESMT

- Um enfermeiro do trabalho / SESMT
- Um assistente social / SESMT
- Uma auxiliar de enfermagem / SESMT
- Um oficial administrativo / SESMT
- Quatro técnicos em segurança do trabalho / SESMT

4. ÁREA ADMINISTRATIVA

Os serviços constituídos por profissionais de nível técnico servem para desempenhar diferentes atividades dentro da estrutura organizacional da instituição. Com a incorporação cada vez maior de tecnologias, de equipamentos e insumos de alto custo, a organização hospitalar passa a necessitar cada vez mais de uma infra-estrutura adequada à sua operacionalização, integrada por profissionais competentes.

A área administrativa compreende os seguintes serviços: Finanças, Compras, Faturamento, Almoxarifado, Controle de Estoque e Distribuição, Comunicação e Protocolo, Zeladoria, Velório, Transportes, Manutenção de Equipamentos e Predial, Patrimônio, Higiene Hospitalar e Lavanderia.

4.1 Finanças

Este setor é responsável pelo controle financeiro da instituição e seu orçamento, pelas decisões administrativas nos atos de: comprar, reformar, construir, contratar e aumentar a receita, sempre respeitando os preceitos legais, éticos e profissionais ^(94,98-9).

- Um administrador hospitalar / 200 leitos
- Um oficial administrativo / 40 leitos

No âmbito de serviços públicos, existem regras fixas para o orçamento e gastos, e a movimentação financeira fica restrita a um círculo de pessoal administrativo, distante dos processos operacionais relacionados às atividades finalísticas. Por sua vez, o pessoal técnico da área assistencial, pouco ou nada conhece sobre a origem dos recursos financeiros, custos de produção e a finitude do orçamento público. Na conjuntura atual, a idéia que se implementa é a busca da integração dos serviços, para equilíbrio e unidade institucional.

4.2 Compras

O setor de compras é responsável pelo planejamento das necessidades de compras de materiais de consumo, gerenciamento dos estoques, cadastramento de fornecedores, realização de licitações e tomada de preços e pela negociação no acompanhamento e controle das compras^(4,8,11,46-7,94).

Os materiais médico-hospitalares apresentam-se peculiares a cada setor, necessitando de manutenção das comissões temporárias ou permanentes, compostas pelos peritos, com a finalidade de facilitar o processo de especificação da qualidade e escolha dos materiais, pesquisa de preço e efetivação da compra.

As formas de licitação devem ser respeitadas, de acordo com a Lei 8666/93. A partir de 2000, foi criado um novo sistema de compras denominado Bolsa Eletrônica de Compras (BEC) e, em 2002, iniciou-se a utilização de uma nova modalidade de aquisição, os pregões eletrônicos, ambos legitimados no âmbito público.

- UM oficial administrativo / 500 itens movimentados por mês

4.3 Faturamento

O setor de faturamento é o responsável pela emissão das contas hospitalares que devem ser pagas pelos pacientes, convênios ou pelo Sistema Único de Saúde, por intermédio de guias de faturamento: AIH`s, FAA`s, APAC`s e SADT`s ^(4,46-7,94,99-100).

No serviço público e nas instituições *contratadas e conveniadas* com o SUS, a área de faturamento desenvolve importante papel ao centralizar as informações sobre as guias de Autorização de Internação Hospitalar do SUS (AIH-SUS), Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) que geram dados para o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA – SUS), procedimentos de alto custo correspondente à Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC) e exames subsidiários Serviço de Apoio e Diagnóstico e Terapêutico (SADT). Por fim, prepara o mapeamento e a consolidação das planilhas de produção para convertê-los em receitas, sob os valores da Tabela SUS.

- Um oficial administrativo / 500 guias de faturamento emitidas mensalmente.

4.4 Almoxarifado/Controle de Estoque/Distribuição

Esta unidade tem como função receber o material adquirido, controlar a quantidade, a qualidade e a documentação desse material; armazenar, guardar e controlar os estoques, atender as requisições distribuindo e entregando os itens solicitados ^(4,46-7,94).

O setor deve planejar as ações em estreita relação com setor de compras e efetivos gastos das unidades assistenciais e administrativas, de forma a sincronizar saídas de materiais e controlar seus níveis de estoques.

- Um oficial administrativo / 800 itens movimentados por mês
- Um auxiliar de serviço / 250 itens movimentados por mês
- Dois oficiais administrativos / setor de controle de estoque
- Um trabalhador braçal / 600 itens movimentados por mês

4.5 Comunicação e Protocolo

Os serviços de comunicação e protocolo são atividades inerentes aos processos de recebimento, registro e arquivamento de documentos recebidos e produzidos na instituição, assim como pela transmissão de mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, que por meio da linguagem escrita ou falada, quer de equipamento técnico especializado, sonoro e/ou visual ^(4,8-9,11).

- Um ficial administrativo / 200 leitos
- Um auxiliar de serviço / 200 leitos
- Cinco telefonistas / mesa PABX

Vale lembrar que a categoria telefonista cumpre jornada de seis horas e a necessidade de cobertura é de 24 horas. Hoje, o volume de pessoal deve ser observado em função da automação do sistema de telefonia.

4.6 Zeladoria

É a atividade relacionada à prestação de informações ao público em geral, encaminhar pessoas e veículos à área da instituição, promover a vigilância interna e externa de toda estrutura hospitalar e, inclusive, zelar pelo bom funcionamento dos elevadores sociais da instituição ^(4,8-9,11).

- Cinco vigias / portaria
- Dois ascensoristas / elevador social

4.7 Velório

Unidade destinada à permanência do cadáver para ser velado pela família; o número de pessoal necessário depende das ocorrências de óbito mensais ^(4,8-9,11). Em um hospital geral, com porta aberta, deve-se observar:

$$\text{N}^\circ \text{ de auxiliares de serviço} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos/mês} \times \text{hora-profissional} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Hora-profissional = 40 minutos, ou seja, 0.7 horas.

O funcionário do velório tem a função de zelar pelo local e pelo corpo do falecido, desde sua chegada até a liberação do cadáver para o serviço funerário. A hora-funcionário estimada corresponde à ocupação propriamente dita, ao observado nos hospitais, ou seja, do Grupo de Trabalho que participou dessa construção.

4.8 Transportes

O setor de transportes é responsável pela conservação, abastecimento, higienização e condução das ambulâncias e viaturas administrativas da instituição^(4,8-9,11).

- Dois motoristas / Três viaturas administrativa
- Três motoristas / ambulância ou adotar a fórmula abaixo:

$$\text{N}^\circ \text{ de motoristas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de ambulâncias} \times \text{n}^\circ \text{ de horas disponíveis das ambulâncias} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Os motoristas, além de conduzirem os veículos, devem zelar pela manutenção, limpeza e conservação dos mesmos. Cabe à gerência da frota, a ação de planejamento, organização e operacionalização como abastecimento de combustível, registros, das rotas, itinerários e controle de tráfego.

4.9 Manutenção de Equipamentos

O setor de manutenção de equipamentos é responsável pelas medidas necessárias para a conservação e cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente dos equipamentos médico-hospitalares^(4,8-9,11).

Preconiza-se a terceirização desse serviço.

- Um oficial de serviço de manutenção / 50 leitos
- Um oficial administrativo / 200 leitos

Este quantitativo referido destina-se apenas a atender a rotineira vigilância contínua e às situações emergenciais. Em se tratando de serviços de engenharia eletroeletrônica, especializada na manutenção preventiva e reparadora dos equipamentos, a prática tem demonstrado que a contratação de serviços de terceiros é a forma que tem viabilizado economicamente a operacionalização desse serviço.

4.10 Manutenção Predial

O setor de manutenção predial é responsável pelas medidas necessárias para conservação e cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente da infra-estrutura hospitalar^(4,8-9,11).

Aqui também é preconizada a terceirização desse serviço.

- Um engenheiro civil / 200 leitos
- Um eletricista / 200 leitos
- Um marceneiro / 200 leitos
- Um encanador / 200 leitos
- Um pedreiro / 200 leitos
- Um pintor / 200 leitos
- Um serralheiro / 200 leitos

- Um reparador geral / 200 leitos
- Cinco caldeiristas / Setor de Caldeiraria
- Um oficial administrativo / 200 leitos

Cabe ressaltar que esse quantitativo cobre a vigilância contínua e as eventuais ocorrências. Para maiores investimentos, acredita-se que devem ser consideradas as mesmas observações do item anterior.

As categorias, acima citadas, com exceção da categoria engenheiro, são classificadas como oficial de serviço de manutenção.

4.11 Patrimônio

Este setor da estrutura administrativa do hospital é responsável pelo registro, cadastro, movimentação e alienação de bens materiais pertencentes à instituição^(4,8-9,11).

- Um auxiliar de serviço / 200 leitos
- Um oficial administrativo
- Um trabalhador braçal / 100 leitos

Os agentes acima citados são responsáveis pelo cadastro de bens, atualização patrimonial, realocação dos bens servíveis e inservíveis de acordo com a legislação vigente, para próprios do Estado ou conforme as normas da instituição.

4.12 Higiene Hospitalar

O serviço de higiene hospitalar é responsável pela limpeza hospitalar e visa à preservação da saúde e a prevenção da doença^(4,8-9,11,46-7).

As tarefas desempenhadas pelo serviço de higiene hospitalar foram divididas por áreas de riscos epidemiológicos, assim classificadas: área

crítica (UTI, Berçário, Isolamento, Centro Cirúrgico e Obstétrico, Central de Esterilização de Materiais), área semicrítica (Enfermarias, Pronto-Socorro, Ambulatório, SADT) e área não crítica (setor administrativo, SND, Lavanderia e outros), área externa (pátio, estacionamento, calçadas e jardins).

A seguir, as referências apresentadas foram extraídas do documento da Secretaria do Governo e Gestão Estratégica que normatizou a contratação de serviços de limpeza.

Área Crítica:

- Um auxiliar de serviço para cada 350 m² por turno (diurno)
- Um auxiliar de serviço para cada 700 m² por turno (noturno)

Área Semicrítica:

- Um auxiliar de serviço para cada 450 m² por turno (diurno)
- Um auxiliar de serviço para cada 900 m² por turno (noturno)

Área Não-Crítica:

Serviços de Apoio Administrativos

- Um auxiliar de serviço para cada 550 m²

Vidros

- Um auxiliar de serviço para cada 220 m²

Área Externa

- Um auxiliar de serviço para cada 6.000 m².

4.13 Lavanderia / Rouparia e Costura

O Serviço de Lavanderia, Rouparia e Costura consiste nos elementos destinados à recepção, preparo, processamento, guarda, reparos, produção, distribuição e controle dos estoques das roupas de uso hospitalar^(4,8-9,11,46,94).

4.13.1 Lavanderia

A lavanderia tem como finalidade o processamento da roupa hospitalar, por meio de lavagem, armazenamento, distribuição e controle de estoque^(4,8-9,11,46).

Neste setor, o dimensionamento depende dos volumes de produção de roupas sujas advindos das unidades, sendo estimados em torno de 10Kg de roupa lavada por leito / dia.

Como parâmetro recomenda-se:

- Um funcionário / 60 Kg de roupa lavada / dia

Com a seguinte distribuição quantitativa por categoria funcional:

- 30% Oficiais de serviço de manutenção
- 70% Auxiliares de Serviço

Em se tratando de serviço terceirizado, com a produção realizada fora das dependências do hospital, há necessidade de se dimensionar pessoal para a recepção de roupas, entrega, controle e distribuição.

Como parâmetro recomenda-se:

Nº de Oficiais de serviço manutenção = Kg de roupa lavada por dia x 0.2

4.13.2 Rouparia / Costura

O setor de rouparia e costura tem como atribuição o reparo e a confecção da roupa hospitalar.

- Uma costureira / 100 leitos
- Um auxiliar de serviços / 200 leitos

5. ÁREA DE GERENCIAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Este serviço é responsável pelas atividades administrativas relacionadas ao registro, cadastro funcional e controle de frequência; ao recrutamento e seleção de pessoal; ao desenvolvimento, treinamento, planejamento de carreira, cargos e salários; ao dimensionamento de pessoal e à concessão de benefícios e outros incentivos^(8-9,27,35,46-7,58,78,94,101-5).

Para tanto a área de Gerenciamento de Recursos Humanos conta com os setores de Frequência / Assentamento / Cadastro, Administração e Expediente de Pessoal, Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento e Centro de Convivência Infantil.

A bibliografia utilizada serviu para embasar a discussão do Grupo de Trabalho. Os índices abaixo apresentados referem-se às experiências práticas dos administradores dos hospitais que participaram na fixação desses indicadores.

5.1 Frequência / Assentamento / Cadastro

Este setor tem a atribuição de realizar o registro funcional do empregado, mantendo seu cadastro atualizado quanto a férias, licenças, faltas, benefícios consignados e outros, além de controlar sua frequência^(4,8-9,11,102,105).

- Um oficial administrativo / 200 funcionários do hospital

5.2 Administração e Expediente de Pessoal

A administração e expediente de pessoal tem como função executar e conferir os serviços internos de digitação, encaminhamento de documentos, requisição de material e processos, além de manter a organização dos arquivos^(4,8-9,11,102,105).

- Um oficial administrativo / 200 funcionários do hospital

5.3 Recrutamento e Seleção

A função básica do setor de recrutamento e seleção de pessoal é procurar e contratar profissional adequado para atender as necessidades da instituição, por meio de concurso público, processo seletivo ou análise curricular^(8-9,11,32-3,59,106).

- Um psicólogo / unidade de recrutamento e seleção
- Um oficial administrativo / 400 funcionários

5.4 Treinamento e Desenvolvimento

Este setor tem a finalidade de proporcionar o treinamento aos profissionais em serviço que desenvolvem atividades na instituição; propiciar o desenvolvimento profissional; além de organizar e dar apoio às reuniões e eventos relacionados à capacitação de pessoal^(8-9, 32-3,102,105).

- Um psicólogo ou pedagoga / hospital
- Um enfermeira / hospital
- Um oficial administrativo / setor de treinamento e desenvolvimento

5.5 Centro de Convivência Infantil

O Centro de Convivência Infantil-CCI, também, conhecido com creche, tem a finalidade de dar assistência diurna às crianças menores de um ano e até 6 anos de idade, filhos de funcionárias da instituição⁽⁵⁵⁾.

- Um auxiliar de serviço / 50 crianças
- Um oficial administrativo / 50 crianças
- Um auxiliar de enfermagem / turno de trabalho
- Um pedagogo / CCI
- Um recreacionista / 15 crianças

Necessidade de Auxiliares de Desenvolvimento Infantil-ADI por berçário:

- Crianças até um ano: Um ADI / três crianças
- Crianças de um a dois anos: Um ADI / quatro crianças
- Crianças de dois a quatro anos: Um ADI / cinco crianças
- Crianças de quatro a seis anos: Um ADI / oito crianças

6. ÁREA DE APOIO CIENTÍFICO E FORMATIVO

São serviços de apoio educacional que auxiliam na instrução e no ensino, das diferentes áreas profissionais da instituição, pela disponibilização de sua infra-estrutura existente: Biblioteca e/ou Centro de Estudos^(8-9,102,105,107).

Almeida et al., em sua publicação sobre Dimensionamento de Recursos Humanos em Bibliotecas Universitárias, considera como parâmetro para o dimensionamento de pessoal, o acervo existente, a área física, o horário de atendimento e os serviços prestados.

Alguns desses parâmetros foram usados e os índices abaixo apresentados surgiram de propostas em função das peculiaridades dos hospitais que desenvolvem atividades de ensino médico e programas de aprimoramento das demais categorias da saúde. No entanto, é um setor desejável para aqueles que investem no desenvolvimento da força de trabalho.

6.1 Biblioteca

O serviço de apoio científico, por meio da biblioteca tem como finalidade organizar, catalogar, conservar livros e material sob sua guarda, bem como atender consulentes; além de manter intercâmbio com outras bibliotecas⁽¹⁰⁷⁾.

- Um bibliotecário / hospital
- Um oficial administrativo para a biblioteca

6.2 Centro de Estudos

A função básica do centro de estudos é propiciar condições materiais para o desenvolvimento didático e científico da instituição, objetivando a publicação de trabalhos científicos.

- Um oficial administrativo para o centro de estudos

7. ÁREA DE APOIO ADMINISTRATIVO

Os serviços de cunho, meramente, burocráticos e administrativos, de apoio às diretorias e gerências das unidades compõem a estrutura organizacional da instituição, além das comissões de assessorias técnicas exigidas por legislações vigentes, tais como: Comissão de Ética Médica, de Revisão de Prontuário Médico, de Revisão de Óbito, de Controle de Infecção Hospitalar e de Ética em Enfermagem. Para hospitais que mantêm programa de residência médica, exige-se a existência de Comissão de Residência Médica. Para instituições que desenvolvem pesquisa, há necessidade de se implementar a Comissão de Ética em Pesquisa ou uma instância que centralize as ações de análise de projetos^(4,8-9,11,102,105).

É importante ressaltar que os itens abaixo apresentados referem-se à realidade da gestão vigente em hospitais próprios da SES-SP, devendo cada instituição observar seu desenho organizacional. Salienta-se que os índices aqui propostos foram consensuados em Grupo de Trabalho.

7.1 Diretoria do Hospital

- Quatro oficiais administrativos / Diretoria Geral
- Um auxiliar de serviços / Diretoria Geral

7.2 Diretoria Clínica

- Um oficial administrativo para Diretoria Clínica

7.3 Diretoria de Enfermagem

- Um oficial administrativo para Diretoria de Enfermagem
- Um oficial administrativo / setor de ambulatório
- Quatro oficiais administrativos / setor de pronto socorro
- Um oficial administrativo / 50 leitos, distribuídos nos setores de internação.

7.4 Diretoria de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

- Um oficial administrativo por Diretoria de Serviço

7.5 Diretoria Administrativa

- Um oficial administrativo por Diretoria de Serviço

7.6 Diretoria de Recursos Humanos

- Um oficial administrativo por Diretoria de Serviço

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 1. CONSIDERAÇÕES FINAIS**
- 2. BIBLIOGRAFIA**
- 3. WEBGRAFIA**
- 4. ANEXOS**
- 5. OS AUTORES**

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos autores deste estudo participou de modo efetivo do desenvolvimento e execução de alguns projetos da área hospitalar no âmbito das Secretarias Municipal e de Estado da Saúde de São Paulo, como no Projeto de Recuperação dos Hospitais Públicos (1988); na implantação dos hospitais do Programa Metropolitano de Saúde (1990); no desenvolvimento dos padrões de lotação dos hospitais próprios do Estado (1994) e do Município de São Paulo (2003), das revisões deste documento e, mais recentemente, da incorporação das resoluções e portarias normativas das Secretarias Municipal e Estadual da Saúde e do Ministério da Saúde. Assim, acredita que um dos caminhos para a mudança e desenvolvimento seja o conhecimento. De forma que propõe novos parâmetros que possam subsidiar o dimensionamento da força de trabalho que se realiza nas unidades hospitalares.

Desse modo, o conhecimento dos modelos de gestão hospitalar e assistencial adotados pela instituição, subsidiam o planejamento na área de recursos humanos e contribuem de forma determinante na elaboração do quadro de pessoal da instituição; uma vez que os aspectos próprios da realidade local são expostos, como: as características sócioeconômicas da região, disponibilidade de recursos médico-assistenciais, perfil da demanda existente, nível de complexidade da assistência médico-hospitalar oferecida e, sobretudo, as necessidades assistenciais da região para o tipo de equipamento de saúde e grau de complexidade do equipamento instalado.

Em Gestão de Recursos Humanos, Malik, em sua obra editada em 1998, faz referência às atividades altamente técnicas e especializadas no momento em que se busca definir o quadro de pessoal de uma instituição. Tomando como premissas tais assertivas, buscou-se pela sistematização da abordagem metodológica redesenhar o perfil do quadro de pessoal em função de estudos técnicos específicos.

A incorporação de tecnologia de alta densidade, novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e modernas concepções assistenciais geram benefícios aos pacientes; em contrapartida, demandam força de trabalho altamente especializada e custos significativos ao sistema de saúde e à instituição.

O dimensionamento do quadro de pessoal está fundamentado no processo de trabalho articulado e na elevação da produtividade, de forma a otimizar os recursos existentes, buscando responder às necessidades do sistema de saúde e da população usuária dos serviços.

O quantitativo dimensionado não garante a produção, pois está diretamente relacionado à organização do trabalho institucional, à gerência interna dos serviços e à motivação profissional dos funcionários, dentre outros aspectos. Vislumbra-se a necessidade de investir sobre a produtividade do trabalho na área hospitalar, uma vez que o trabalho integrado emerge como um paradigma e nova forma de produção que deva ser apropriado.

A jornada contratual semanal por funcionário não corresponde, efetivamente, às horas-reais trabalhadas, em virtude dos absenteísmos legais ou não e os institucionais. Convém salientar que o contingente de mulheres, em instituições de saúde, é, consideravelmente, maior que o de funcionários do sexo masculino. Isto, em geral, ocasiona um aumento da taxa de absenteísmo, uma vez que as mulheres não deixam de desempenhar outras tarefas, historicamente determinadas, além da profissional.

A avaliação do processo interno de trabalho da organização é de importância relevante para o planejamento e desenvolvimento da sistemática que determinará o desenvolvimento da força de trabalho da instituição, pois conforme o que propõe o Benchmarking, a instituição poderá copiar aquilo que é bom para outras organizações e desprezar o que não é bom.

A política de enfermagem vem incorporando mudanças na composição da força de trabalho, transformando as auxiliares de enfermagem em técnicas de enfermagem e as enfermeiras tendem a assumir diretamente a

assistência. Desta forma, a composição do quadro de enfermagem, adquirirá uma nova característica no processo produtivo, mais qualificado, com melhores instrumentais e resultados.

Para hospitais gerais de médio porte (com exceção dos hospitais universitários, que detêm um maior grau de incorporação tecnológica e especialidades médicas); os parâmetros desenvolvidos projetam um quadro de pessoal com indicadores de RH semelhantes aos do Programa CQH⁽¹⁰⁸⁻¹⁵⁾, conforme são apresentados:

- Funcionário / leito (excluindo médicos): 4,2 (variação de 3,2 a 5,1)
- Pessoal de Enfermagem / leito: 1,8 (variação de 1,6 a 2,1)
- Enfermeira / leito: 0,4 (variação de 0,3 a 0,4)

Em relação à composição do quadro de pessoal, por área hospitalar, desconsiderando o corpo clínico, os parâmetros propostos projetam os seguintes percentuais:

Enfermagem.....	44%
Área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.....	20%
Área de Apoio Técnico.....	21%
Área Administrativa.....	15%
TOTAL.....	100%

Trata-se de um trabalho de fôlego, de grande repercussão nos estudos do planejamento de necessidades para dimensionar a força de trabalho das instituições hospitalares gerais, cuja fonte precípua de informações é o conhecimento específico e articulado com os demais setores organizacionais, capazes de promover as mudanças pretendidas.

Assim, apoiando-se nos pressupostos gerais apresentados, podemos formular as seguintes reflexões:

O investimento em recursos humanos é imprescindível para que a instituição cumpra sua missão, que é assistir a comunidade de maneira efetiva e com qualidade, buscando sempre atingir seus objetivos.

O trabalho em equipe deve ser incentivado, visto que a prática interdisciplinar responde às necessidades da instituição, reduz os fatores de riscos inerentes ao processo interno de trabalho e permite a troca de experiências a respeito de um objetivo comum, além de promover o desenvolvimento de novos paradigmas para o avanço do conhecimento.

O uso do software, instrumento desenvolvido pela equipe do Observatório de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, deve ser visto como instrumento de apoio ao processo de dimensionamento de pessoal, em razão de induzir o raciocínio linear que deve ser contraposto de acordo com a realidade de cada instituição.

O tempo traz consigo mudanças comportamentais, tecnológicas, legais, econômicas e sociais que influenciam na construção dos parâmetros apresentados, exigindo, dessa forma, revisões periódicas desses índices.

Devemos adequar os parâmetros propostos à realidade a que se destina, ajustando-os tecnicamente às necessidades locais. São legítimas estas preocupações, uma vez que os custos da assistência médico-hospitalar são elevados, o que faz com que autores investiguem constantemente o assunto, como o estudo de Picchai ⁽¹¹⁶⁾.

Adaptar o Índice de Segurança Técnico como fator de correção para o dimensionamento geral do quadro, de acordo com as especificidades locais, isto é, fazer os ajustes nas taxas de absenteísmo, faltas e licenças, conforme a realidade política e legislação vigente.

Ajustar a distribuição proporcional do pessoal de enfermagem de acordo com as condições locais de oferta de mão-de-obra, obedecendo sempre o critério de manutenção de uma qualidade mínima aceitável. Não resta dúvida de que, confrontar a escassez de pessoal de enfermagem à real necessidade constitui um problema a ser sanado por meio de investimentos na formação de pessoal.

A diversidade de expressões de defesa de direito, tanto individual como da coletividade faz reconhecer a necessidade da atuação de um profissional qualificado em assuntos jurídicos, para assessorar a gerência da instituição.

Os custos dos encargos sociais referentes à folha de pagamento, aliados à legislação trabalhista vigente e ao “*modus operandi*” relativo ao processo de contratação para a esfera governamental (concurso público), são fatores econômicos e legais que contribuem para a redução dos custos de produção hospitalar e, em consequência, na diminuição de seu quadro de pessoal. Para manter determinadas atividades, consideradas essenciais, a instituição poderá optar pela terceirização desses serviços.

No tocante à área de serviços gerais, que envolvem não só profissionais técnicos, como também profissionais especializados, é interessante mantê-los no quadro permanente em razão das necessidades de manutenção preventiva e corretiva emergencial, tanto predial como de equipamentos. A prática tem demonstrado que é uma alternativa menos onerosa e viável em termos de administração, em relação aos serviços terceirizados.

Quanto à composição da equipe de Assistentes Técnicos de Direção é conveniente salientar que a necessidade desses profissionais estará embasada no perfil da instituição, aliada às metas que esta pretende atingir.

Enfim, só o conhecimento articulado, compartilhado e democraticamente discutido no espaço institucional organizado nos conduzirá ao caminho da mudança e do desenvolvimento institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WEBGRAFIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde / Organização Panamericana de Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil – estudos e análises. Ed Ministério da Saúde; Brasil, 2004.
2. Joint. Commission on Accreditation of Health Care Organizations - Accreditation Manual for Hospitals, 1992.
3. Secretaria de Estado da Saúde - Coordenadoria de Assistência Hospitalar, Departamento de Técnica Hospitalar - Dimensionamento do Pessoal de Enfermagem das Unidades Hospitalares da C.A.H. São Paulo, 1985.
4. Secretaria de Estado da Saúde - Grupo Gerente dos Hospitais, Gabinete do Secretário - Dimensionamento do Quadro de Pessoal nos 14 Hospitais do Projeto H - Metodologia Aplicada . São Paulo, 1989.
5. Secretaria de Estado da Saúde - Manual de Planejamento SUS - SP. São Paulo, 1992.
6. Secretaria de Estado da Saúde - Resolução SS-01/96 -Estabelece Parâmetros para Programação de Atendimento Ambulatorial . São Paulo,1996.
7. Secretaria de Estado da Saúde - Unidade Gerencial do Programa Metropolitano de Saúde - Documento Técnico 1/8 Volume I - Quantificação da Demanda, Produção e Recursos Humanos. São Paulo, 1984.
8. Coelho Jr. C. Maeda S. T. Parâmetros de Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 1994. (Mimeo).

9. Coelho Jr. C. Maeda S. T. Parâmetros de Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2001. (Mimeo).
10. Gaidzinski R R, Fugulin F M T, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P (Organizadora). Gerenciamento em enfermagem. Guanabara/Koogan S A, Rio de Janeiro cap 10. p 125 -137, 2005.
11. Padilha RQ - Projeto H: Recuperação dos Hospitais Públicos. GGH/SES. São Paulo, 1988.
12. Deming W Edwards. Qualidade; a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques - Saraiva, 1990.
13. São Paulo (Estado). Decreto nº 42.815, de 19 de janeiro de 1998. Dispõe sobre atualização das normas para a organização dos órgãos do Sistema de Administração de Pessoal no âmbito das Secretarias de Estado da Procuradoria Geral do Estado e das Autarquias, define competências das autoridades e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado, São Paulo, Diário Oficial do Estado, São Paulo, 20 de jan. 1998; Seção I, p.1.
14. Shabaz F. A empresa de amanhã nos dias de hoje. Revista de Administração de Saúde. São Paulo, 2000: v.2, n.7:23-25.
15. Shabaz F. Escrevendo o futuro. Revista de Administração da Saúde. São Paulo, 2000: v.2, n.7:23-25.
16. Costa A. S. Mudanças na gestão de recursos humanos. Palestra proferida no Seminário de gestão Hospitalar de Qualidade e Saúde. Hospital Albert Einstein, São Paulo, 2001.

17. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, set. 1990(a). Seção 1, p. 18055.
18. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da Comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990(b). Seção 1.
19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição de 1988. Brasília (DF); 1988.
20. Brasil. Decreto nº 94.657 de 20 de junho de 1987. Dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1987. Seção 1, p. 11.503.19
21. Paetzniok, M. - Guia para 1ª Dotación de Personal de Enfermaria em Los Hospitales - Organização Mundial da Saúde - Genebra - 1969.
22. Alcalá M.U, Nunes M.F, Kato T, Reigada I, Silva R.M.L, Yoshimura D.K. Cálculo de Pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico-hospitalar de urgência. São Paulo: Secretaria de Higiene e Saúde; 1982.
23. Ribeiro C.M. Sistema de classificação de pacientes como subsidio para provimento de pessoal de enfermagem. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 1986.
24. Borges, D. Filho, J.F.M - Parâmetros de Recursos Humanos para Unidade Médico-Assistenciais, 1980.

25. Secretaria e Higiene e Saúde - Superintendência Médico - Hospitalar de Urgência. Cálculo de pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na Superintendência Médico-hospitalar de Urgência-São Paulo, 1982.
26. Chiavenato, I - Recursos Humanos, São Paulo: Compacta, 1983.
27. Arndt C., L.M. Huckabay. Administração em enfermagem. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.
28. Campedelli, M.C. et alii - Cálculo de Pessoal de Enfermagem Competência de Enfermeira. Revista da Escola de Enfermagem - USP - SP, 1987.
29. Gonçalves, E.L - Administração de Recursos Humanos nas Instituições de Saúde, São Paulo: Pioneira, 1987.
30. Ministério da Previdência e Assistência Social - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: Secretaria de Medicina Social. Enfermagem: Contribuição para um Cálculo de Recursos Humanos na Área - Rio de Janeiro, 1988.
31. Conselho Federal de Enfermagem. Dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Resolução COFEN – 189/1.996. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo, 2001 p. 144.
32. Malik A M (Organizadora) Braga Jr D, Braga D G, Silva J C, Amorim J C M. Problemas gerenciais e recursos humanos em saúde. In: Malik A M (Organizadora) Braga Jr D, Braga D G, Silva J C, Amorim J C M. Ed Fundação Peiropolis Ltda; São Paulo, 1998, p 25-93.
33. Malik A.M - Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. RAE, 1992.

34. Matus C. Política, planejamento & governo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993; tomo I.
35. Malik AM. Formulação de políticas pública: estudo de dois processos de intervenção estatal em hospitais privados na região metropolitana de São Paulo. [tese] São Paulo: (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1991, p.8.
36. Ministério da Saúde - Portaria MS/GM 1884/94 – Normatiza o exame e a aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Brasília , 1994.
37. Ministério da Saúde – RDC-ANVISA No 50/02 - Normatiza a aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Brasília, 2002
38. Ministério da Saúde - Terminologia básica em saúde. Brasília , 1987.
39. Ministério da Saúde. ABC do SUS – doutrinas e princípios. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde: Brasília, 1990, 20 p.
40. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-240/95. Aprova norma técnica que dispõe sobre a regulamentação dos estabelecimentos que realizam procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais no âmbito do estado de São Paulo-SP, 1995.
41. Vilches, A.M. - Requisitos Mínimos de los Laboratórios de Salud Adistintos Niveles - Buenos Aires, Argentina.
42. Ministério da Saúde - Portaria MS/GM -1101/02 – Estabelece os parametros de cobertura assistencial no ambito do Sistema Único de Saude. Brasília, 2002.
43. Conselho Federal de Medicina - Resolução CFM 1451/95 . Brasília, 1995.

44. Cordera, A. - Metodologia para la Planificación Integral de Departamento de Radiodiagnóstico, OPAS, OMS.
45. Conselho Regional de Nutricionista. Instrução normativa CRN-3. N.028/97. Estabelece novos parâmetros para a análise do quadro técnico de hospitais, clínicas e instituições geriátricas. São Paulo, 1997.
46. Bittar, O.J.N.V - Hospital: Qualidade e Produtividade. São Paulo, 1996.
47. Bittar, O.J.N.V - Política de recursos humanos em hospitais. RAUSP, 1996.
48. Ministério da Saúde – Portaria MS/GM 1016/93 - Normas básicas de Alojamento Conjunto. 1993.
49. Spendolini, M.J. - “Benchmarking” - São Paulo, 1994.
50. Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência a Saúde - Equipamentos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Planejamento e Dimensionamento, 1994.
51. Ministério da Saúde – Portaria MS/GM 3018/98 Humanização à assistência ao parto. Brasília, 1998.
52. Ministério da Saúde – Portaria MS/GM 1376/93 - Normatiza técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue e derivados. Brasília, 1993.
53. Ministério da Saúde – Resolução da Diretoria Colegiada -ANVISA 153/04. Regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade, e uso do sangue humano, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. Diário Oficial da União, seção 1, p. 24 de junho de 2004, publicado. Data da resolução -14/06/04. p. 68-84.

54. Coelho Júnior C. Prontuário médico. São Paulo: Medicamenta, 2000.13p.
55. Centro de Convivência Infantil - Subsídios Básicos . São Paulo,1988.
56. Ministério da Saúde – Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)-ANVISA No 154/04. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Brasília, 2004. (2004) Tem duas anteriores: Portaria MS 2042/96 o texto e o mesmo e a Portaria MS/GM 82/2000.
57. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar – Padrões mínimos para farmácia hospitalar. Belo Horizonte, 1994.
58. Bittar, O.J.N.V - Distribuição de recursos humanos em hospitais. Revista Panamericana de Salud Pública.
59. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese] São Paulo (SP): Escola de enfermagem da USP, 1998.
60. Ministério da Saúde - Portaria MS / SNAS 225/92 - Normas para o credenciamento de serviços de reabilitação física. Brasília , 1992.
61. Conselho Federal de Fisioterapia / Terapia Ocupacional - Parecer 007/96. Estabelece parâmetro de produtividade para atendimento de fisioterapia, 1996.
62. Safar P. & Grenvik A. – Critical care medicine organizing and staffing intensive care units. Chest 1971; 59:35.
63. Guidelines and levels of care for pediatric intensive care units. Draft by the pediatric section, Soc Crit Care Med. – Califórnia – USA, 1991.
64. Associação de Medicina Interna Brasileira - Normas Mínimas para o Credenciamento de uma Unidade de Terapia Intensiva.

65. Sociedade Brasileira de Pediatria - Manual de Terapia Intensiva: Normas e Recomendações do Comitê de Terapia Intensiva da SBP, 1994.
66. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 3432/98 – Normas para o credenciamento de unidades de terapia intensiva. Brasília, 1998.
67. IBGE - Censo Demográfico - 2000 - Taxas de Mortalidade Infantil - Preliminares [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002fecundidade.shtm>>; <<http://www.ibge.gov.br/ibge/teen/pesquisas/fecundidade.html>> (13/01/2006).
68. Ministério da Saúde - Portaria MS/SAS - 130/94 - Estabelece diretrizes e normas para a implantação do tratamento em Hospital-Dia ao paciente com a Doença AIDS. Brasília, 1994.
69. Ministério da Saúde – Norma operacional de assistência à saúde (NOAS) 01/2001 – Brasília 2001.
70. Fugulin FMT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. Rev Med HU-USP 1994; 4(1/2): 63-8.
71. Perroca MG. Sistema de classificação de paciente: construção e validação de um instrumento. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de enfermagem da USP; 1996.
72. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev Esc Enferm USP, 1998, 32(2): 153-68.
73. Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem. Nursing 1999, 2(11): 27-34. (edição brasileira)

74. Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: relação entre horas de assistência de enfermagem e indicadores de produtividade e qualidade hospitalar. Rev Med HU-USP 1999; 9(2): 29-36.
75. Farias FAC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem para pronto socorro especializado em afecções cardiovasculares. [tese] São Paulo (SP): Escola de enfermagem da USP, 2003.
76. Pavani LMD. Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca em um hospital universitário especializado em cardiologia. [dissertação] São Paulo (SP):Escola de Enfermagem da USP, 2000.
77. Possari JF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência, segundo o porte cirúrgico. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2001.
78. Ueti MF, Shiotsu CH, Higuchi CM, César CCF, Iwakura KH, Franco LHRO et al. Metodologia para calculo de pessoal de enfermagem: documento preliminar. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde-Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde –CADAIS/ Grupo de Coordenação para Assuntos de Enfermagem, 1991. /Mimiografado/
79. Gaidzinski RR, Kurcgant P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivencia de enfermeiras. Nursing 1998; (1): 28-34. (edição brasileira)
80. Gaidzinski RR, Sanna MC, Leite MMJ, Mayor ERC. Estudo das ausências da equipe de enfermagem num hospital geral de grande porte. Rev Enferm Complexo HC/FMUSP, 1998; 1(4):8-14.
81. Tranquitelli AM. Estudo prospectivo para determinação do numero de horas de cuidados diretos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva geral.[dissertação] São Paulo (SP): Escola de enfermagem da USP, 1999.

82. Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino [tese] São Paulo (SP): Escola de enfermagem da USP, 2002.
83. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(4): 109-17.
84. Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem para unidades de internação médicas e cirúrgicas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. [tese] São Paulo (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2003.
85. Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. Rev Lat Am Enferm 2003; 11(6): 832-839.
86. Mattia AL, Gatto MAF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico. Cadernos- Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, v.6,n.2, p 20-6, jul-dez, 2000.
87. Ministério da Saúde - Portaria MS/SNAS -224/92 - Normas para atendimento ambulatorial e hospitalar em psiquiatria. Brasília - 1992.
88. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 2415/98 – Normas para o credenciamento de hospital dia. Brasília, 1998.
89. Secretaria de Estado da Saúde - CADAIS - Sistema de atendimento e reabilitação às Pessoas com Deficiência. São Paulo, 1992.
90. Ministério da Saúde - Portaria MS/SNAS - 303/92 - Normas de funcionamento dos Serviços de Saúde para pessoa portadora de deficiência, no SUS. Brasília, 1992.

91. Dal Ben LW. Instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de enfermagem da USP, 2000.
92. Alves S.L. Laboratório de patologia clínica, planejamento e administração. São Paulo, 1986.
93. Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde - Cursos de Planejamento e Administração de Laboratório de Patologia Clínica. São Paulo, 1991.
94. Gonçalves, E.L - O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea, Pioneira. São Paulo, 1983.
95. Proahsa –Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde - Manual de Organização e Procedimentos Hospitalares. São Paulo, 1987.
96. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar – Padrões mínimo para Farmácia Hospitalar. Belo Horizonte, 1997.
97. Ministério do Trabalho - Portaria SESMT 34/87 – Dimensionamento do SESMT. Brasília, 1987.
98. Planejamento das Operações Financeiras do Hospital. São Paulo - Sociedade Beneficentes São Paulo, 1976 - p. 195.
99. Ministério da Saúde. Normal Operacional Básica 01/96 (NOB/96). Brasília, 1996.
100. Ministério da Saúde - Contrato, Avaliação e Auditoria - Atos Normativos. Brasília, 1996.

101. Stulhan, L & Codina, F - Investigación sobre personal de salud: Análise de prioridades y orientaciones de política ,1985.
102. Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário. Grupo de Assessoria Hospitalar. Parâmetros para o dimensionamento de recursos humanos em hospitais gerais. São Paulo, 1992.
103. Karman, J.M; Moysés, N & Albert, G - A gestão dos recursos humanos. In: Gestão Hospitalar: Um desafio para o Hospital Brasileiro, 1993.
104. Alves M. As causas do absenteísmo na enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho. [tese] São Paulo (SP): Escola de enfermagem da USP, 1996.
105. Coelho Jr. C. Maeda S. T. Parâmetros de Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 1999. (Mimeo).
106. Kurcgant P. (Coordenadora) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan SA, 2005.
107. Almeida, M.S, et. al. Dimensionamento de recursos humanos em bibliotecas universitárias: um modelo aplicado à Universidade de São Paulo: SIBI/USP,1998. (Caderno de Estudos, nº 6).
108. INDICADORES PROAHSA, nº13, ano III, mar/abr-1.999. FMUSP/ FGV – São Paulo, 1999.
109. INDICADORES PROAHSA, nº14, ano III, mai/jun-1999. FMUSP/ FGV – São Paulo, 1999.
110. INDICADORES PROAHSA, nº17, ano III, jan/mar-2000. Revista de Administração em Saúde, vol.2, nº 6, jan/mar 2000. São Paulo, 2000.

111. INDICADORES PROAHSA, nº18, ano III, abr/jun-2000. Revista de Administração em Saúde, vol.2, nº 7, abr/jun 2000. São Paulo, 2000.
112. INDICADORES PROAHSA, nº20, ano IV, out/dez-2000. Revista de Administração em Saúde, vol.3, nº 9, out/dez - 2000. São Paulo, 2000.
113. INDICADORES PROAHSA, nº29, ano VII, jan/mar-2003. Revista de Administração em Saúde, vol.5, nº 22, jan/mar - 2003. São Paulo, 2003.
114. INDICADORES PROAHSA, nº29, ano VII, jan/mar-2003. Revista de Administração em Saúde, vol.5, nº 22, jan/mar - 2003. São Paulo, 2003.
115. INDICADORES PROAHSA, nº33, ano VIII, jan/mar-2004. Revista de Administração em Saúde, vol.6, nº 22, jan/mar - 2004. São Paulo, 2004.
116. Picchiai D. Dimensionamento quantitativo de recursos humanos em hospitais privados e públicos no Estado de São Paulo. EAESP / FGV / NPP – Núcleo de Pesquisas e Publicações. São Paulo, 2000.

WEBGRAFIA

1. ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
www.anvisa.gov.br
2. ABIH: Associação Brasileira de Controle da Infecção Hospitalar
www.abih.org.br/instituicao.html
3. AMIB: Associação de Medicina Intensiva Brasileira
www.amib.com.br
4. BVS: Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME
www.bireme.br

5. CFM: Conselho Federal de Medicina
www.cfm.org.br
6. CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de SP
www.cremesp.org.br
7. COFEN: Conselho Federal de Enfermagem
www.portalcofen.com.br
8. COREN/SP: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de SP
www.corensp.org.br
9. CFN: Conselho Federal de Nutrição
www.cfn.org.br
10. CFF: Conselho Federal de Farmácia
www.cff.org.br
11. COFFITO: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
www.coffito.org.br
12. CFP: Conselho Federal de Psicologia
www.cfp.org.br
13. CFESS: Conselho Federal de Serviço Social
www.cfess.org.br
14. CVS: Centro de Vigilância Sanitária
www.cvs.saude.sp.gov.br
15. CCIH: Controle de Infecção Hospitalar
www.ccih.med.br/links.html
16. DATASUS: Informações do Sistema Único em Saúde

www.datasus.gov.br

17. EE/USP: Escola de Enfermagem da USP
www.ee.usp.br
18. ENSP: Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública
www.saudepublica.cict.fiocruz.br
19. EMGLAB: Eletroneuromiografia
www.emglab.com.br/html/eletroneuromiografia.html
20. FSP/USP: Centro de Informação da Faculdade de Saúde Pública
www.bibcir.fsp.usp.br
21. FEBRASGO: Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
www.febrasgo.org.br
22. GASTRONET: Gastrologia
www.gastronet.com.br
23. HCANC: Hospital do Câncer AC Camargo
www.hcanc.org.br/outrasinfs/ensaios/exendo.html
24. JCAHCO: Joint Commission Accreditation of Health Care Organization
www.jointcommission.org
25. MS: Ministério da Saúde
www.saude.gov.br
26. OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
www.opas.org.br
27. POLISSONOGRRAFIA: Polissonografia
www.sono.med.br/investiga/polissonografia

28. PROAHSA: Programa de Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde
www.fgvsp.br/institucional/pesquisas/servicos.html
29. PROAHSA: Indicadores Proahsa
www.hcnet.usp.br/proahsa/indicadores
30. RNM: Ressonância Nuclear Magnética
www.if.ufrgs.br/ast/med/imagens/node20.htm
31. RNM: Ressonância Nuclear Magnética
www.abonet.com.br/abo/revisao8.htm
32. RSP: Revista de Saúde Pública
www.scielosp.org/rsp.html
33. SAS / MS: Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/sas
34. SCC / SP: Secretaria da Casa Civil do Estado de São Paulo
www.casacivil.sp.gov.br
35. SES / SP: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
www.saude.sp.gov.br
36. SIBI / USP: Sistemas de Bibliotecas da USP
www.sibi.usp.br/gestao/proj15/crescer_el_final_anexo_1.doc
37. SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia
www.publicacoes.cardiol.br/consenso
38. SBACV: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
www.sbacv-nac.org.br
39. SBHCI: Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cirurgia Intervencionista

www.sbhci.org.br

40. SBRAD: Sociedade Brasileira de Radiologia
www.sbrad.org.br
41. SBUS: Sociedade Brasileira de Ultra-sonografia
www.sbus.org.br
42. SBNC: Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica
www.sbnc.org.br
43. SBA: Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br
44. SOBED: Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
www.sobed.org.br
45. SBU: Sociedade Brasileira de Urologia
www.sbu.org.br
46. SBPC: Sociedade Brasileira de Patologia Clínica
www.sbpc.org.br
47. SBP: Sociedade Brasileira de Patologia
www.sbp.org.br
48. SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria
www.sbp.com.br
49. SBOT: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
www.sbot.org.br
50. SBRAFH: Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar
www.sbrafh.org.br

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: Correlação de Cargos

CLASSES REGIDAS PELA LEI COMPLEMENTAR 674/92

Situação anterior a LC 674/92	Situação atual
Denominação da Classe	Denominação da Classe
CLASSES NÍVEL ELEMENTAR	
Técnico de Arquivo Médico e Estatístico	
Auxiliar de Laborterapia	
Auxiliar de Recuperação	
Auxiliar de Saúde	Auxiliar de Serviços de Saúde
Auxiliar de Banco de Sangue	
Auxiliar de Prótese Ortopédica	
Auxiliar de Técnica de Perfusão	
Lactarista	
Auxiliar de Odontologia	Atendente de Consultório Dentário
CLASSES NÍVEL INTERMEDIÁRIO	
Auxiliar de Eletrocardiografia	
Auxiliar de farmacêutico	
Auxiliar de Necropsia	
Inspetor de Epidemiologia	
Protético	Auxiliar Técnico de Saúde
Auxiliar de Anestesia	
Auxiliar de Fisioterapeuta	
Auxiliar de Terapeuta Ocupacional	
Mecânico de Órtese	
Protético Ortopédico	
Auxiliar de Médico	
Auxiliar de Nutricionista	
Codificador de Causas de Morte	Agente de Saúde
Sapateiro Ortopédico	
Coleteiro Ortopédico	
Técnico de Arquivo Médico e Estatístico	

Chefe de Seção (Ambulatório)	
Chefe de Seção (Enfermagem)	Chefe de Seção de Saúde
Chefe de Seção (Laboratório)	
Chefe de Seção (Profilaxia)	
Encarregado de Setor (Ambulatório)	
Encarregado de Setor (Desinsetização)	
Encarregado de Setor (Enfermagem)	Encarregado de Setor de Saúde
Encarregado de Setor (Higienização)	
Encarregado de Setor (Laboratório)	
Encarregado de Setor (Saneamento)	
Operador de Eletroencefalógrafo	Operador de Equipamento Hospitalar
Operador de Raio X	Técnico de Radiologia
Técnico de Óptica	
Técnico de Aparelhos de Hemodinâmica	
Técnico de Eletrocardiografia	
Técnico de Eletroencefalografia	
Técnico de Fisioterapia	
Técnico de Holter e Ergometria	Agente Técnico de Saúde
Técnico de Instrumentação	
Técnico de Perfusão	
Técnico de Vecto e Fonocardiografia	
Técnico de Vetocardiografia	
Técnico de Geneticista	
Técnico de Métodos Gráficos	

Anexo 2: Definição de Termos

DEFINIÇÕES DE TERMOS: FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES

PLANILHAS 1 e 2

ENFERMARIAS

Número de leitos: informar a capacidade operacional do hospital, isto é, o número de leitos existentes no hospital e destinado a internação de um paciente.

Número de plantões: trata-se de quantificar a atividade médico-assistencial exercida em jornada contínua de trabalho (12 ou 24 horas). Para jornadas de 12 horas contínuas de trabalho (plantões), numa semana, serão necessários 14 plantões; enquanto que para jornadas de 24 horas serão necessários 7 plantões.

Taxa de ocupação: trata-se da relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

Jornada semanal de trabalho: trata-se da carga horária semanal de trabalho, contratada pela instituição e exercida pelo funcionário.

CENTRO CIRÚRGICO

Sala cirúrgica: local destinado à realização de intervenções cirúrgicas. Informar o número de salas cirúrgicas que funcionem 6 horas por dia, 12 horas por dia e 24 horas por dia.

OBS: Se uma sala cirúrgica funciona 24 horas por dia, ela não poderá ser considerada, cumulativamente, como mais uma sala que funcione 12 e 6 horas por dia. Assim como uma sala que funcione 12 horas por dia não deverá ser considerada como mais uma sala que funcione 6 horas por dia.

Consultas médicas: informar o número de consultas médicas realizadas nas 24 horas, na unidade de **Pronto Socorro**, por especialidade: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, tocoginecologia, ortopedia, psiquiatria e outras.

CENTRO OBSTÉTRICO

Sala de parto: local destinado à realização de partos normais e cirúrgicos (cesáreas). Informar o número de salas de parto que funcionem 6 horas por dia, 12 horas por dia e 24 horas por dia.

OBS: Se uma sala de parto funciona 24 horas por dia, ela não poderá ser considerada, cumulativamente, como mais uma sala que funcione 12 e 6 horas por dia. Assim como uma sala que funcione 12 horas por dia não deverá ser considerada como mais uma sala que funcione 6 horas por dia.

AMBULATÓRIO

Número de pacientes-dia ambulatorial: refere-se ao número de pacientes assistidos (consultas médicas) pelo ambulatório num dia de atividade deste setor. Informar o número de consultas médicas por dia.

Dias da semana de funcionamento da unidade: informar o quantitativo de dias da semana em que há atendimento médico ambulatorial.

Jornada semanal de trabalho: trata-se da carga horária semanal de trabalho, contratada pela instituição e exercida pelo funcionário.

PLANILHA 3

SAÚDE MENTAL

Equipe de saúde mental: é o conjunto de profissionais (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais) que realizam assistência integrada aos pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos.

Hospital-dia de saúde mental: é um equipamento de saúde inserido num sistema assistencial intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral.

Número de leitos: informar o número de leitos do hospital-dia destinados a internação de pacientes psiquiátricos neste tipo de estabelecimento

Ambulatório de saúde mental: modalidade de atuação realizada pela equipe de saúde mental à pacientes do ambulatório, em regime de não internação.

Turnos: trata-se das divisões do horário diário de trabalho em estabelecimentos médicos-assistenciais. Há turnos de 4, 6 e 8 horas de trabalho diário. Informar o número de turnos de trabalho por especialidade.

Paciente-dia: é o número de pacientes assistidos por dia, por especialidade integrante da equipe multiprofissional (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e enfermeiro).

PLANILHA 4

REABILITAÇÃO

Número de leitos: informar o número de leitos destinados, exclusivamente, à internação de pacientes para tratamento de patologias relativas a reabilitação motora.

INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Número de pacientes: informar o número de pacientes existentes no Programa de Assistência Domiciliar.

Número de visitas: informar o número de visitas domiciliares realizadas pela equipe multiprofissional, por semana.

Número de turnos: trata-se das divisões do horário diário de trabalho em estabelecimentos médicos-assistenciais. Há turnos de 4, 6 e 8 horas de trabalho diário. Informar o número de turnos de trabalho da equipe.

PLANILHA 5

HOSPITAL-DIA PARA AIDS

Número de equipes I: Equipe é o conjunto de profissionais (médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) que realizam assistência integrada aos pacientes portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Informar o número de equipes existentes.

PLANILHA 6

SERVIÇO DE IMAGEM

Número mensal de laudos médicos radiográficos: informar o quantitativo de pareceres médicos emitidos após a realização de exames radiográficos comuns e/ou digitais.

Número de aparelhos: informar o número de equipamentos em funcionamento na unidade.

Turnos de funcionamento: informar o número de turnos de 4 horas de trabalho diário que cada equipamento está disponível ao uso dos pacientes.

Ex: Equipamento que funcione das 8 às 16 horas, corresponde a 2 turnos de funcionamento.

PLANILHA 7

UNIDADE DE PATOLOGIA CLÍNICA

Número mensal de exames realizados: informar o número de exames de análises clínicas realizados pelo laboratório no período de um mês.

Número mensal de coletas: informar o número de coletas de exames (sangue, urina, fezes e outros), para análises clínicas, realizadas pelo laboratório e pelo serviço de enfermagem, no período de um mês.

Número de dias do mês em que são praticadas as coletas: informar, num período de um mês, quantos dias são destinados a realização de coletas.

Número mensal de laudos: informar o quantitativo de pareceres técnicos (laudos) emitidos e digitados pelo setor, após a realização dos exames de patologia clínica.

PLANILHA 8

UNIDADE DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Número de turnos de funcionamento: informar o número de turnos de 4 horas de trabalho diário que o laboratório de patologia clínica está em funcionamento.

Número mensal de laudos: informar o quantitativo de pareceres técnicos (laudos) emitidos e digitados pelo setor, após a realização dos exames de anatomia patológica.

UNIDADE DE MEDICINA FÍSICA

Número de turnos de trabalho com médico fisiatra: informar o número de turnos de 4 horas de trabalho diário que a unidade de medicina física está em funcionamento.

Atendimento por dia: informar o número de atendimentos realizados por dia e por categoria profissional (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, auxiliar técnico de saúde e técnico em reabilitação física).

Número de turnos: informar o número de turnos de trabalho diário por categoria profissional (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, auxiliar técnico de saúde e técnico em reabilitação física) da unidade de medicina física.

UNIDADE ODONTOLÓGICA

Número de consultórios: informar qual é a capacidade instalada de consultórios odontológicos, devidamente equipada e em condições de uso.

Número de turnos: informar o número de turnos de 4 horas de trabalho diário da unidade odontológica.

UNIDADE DE MÉTODOS GRÁFICOS

Número de exames diários de ECG: informar o número de exames diários de eletrocardiografia realizados pela unidade de métodos gráficos.

Número de exames diários de EEG: informar o número de exames diários de eletroencefalografia realizados pela unidade de métodos gráficos.

Número de exames diários de ENMG: informar o número de exames diários de eletroneuromiografia realizados pela unidade de métodos gráficos.

UNIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

HEMODIÁLISE – Número de pacientes em programa: informar o número de pacientes inscritos na unidade e que estão em tratamento hemodialítico.

DPI – Número de pacientes em programa: informar o número de pacientes inscritos na unidade e que estão em tratamento em diálise peritoneal intermitente.

CAPD – Número de pacientes em programa: informar o número de pacientes inscritos na unidade e que estão em tratamento em diálise peritoneal ambulatorial contínua.

DPA – Número de pacientes em programa: informar o número de pacientes inscritos na unidade e que estão em tratamento em diálise peritoneal ambulatorial automatizada.

UNIDADE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Número diário de procedimentos endoscópicos: informar o quantitativo de exames relativos a endoscopia digestiva realizados pela unidade.

UNIDADE DE FISIODIAGNÓSTICO

Indicar o número de aparelhos: informar o número de aparelhos (Função Pulmonar, Doppler Vascular, Ecocardiografia, Potencial Evocado, Urodinâmica, Phmetria Esofágica, Manometria Esofágica, Litotripsia Extracorpórea) existentes na unidade.

UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA

Número de pacientes-dia: é o número de pacientes assistidos pela unidade de quimioterapia num dia de atividade de trabalho.

UNIDADE DE RADIOTERAPIA

Informar o número de aparelhos: informar o número de aparelhos (Acelerador Linear, Simulador e Gama Câmara) existentes na unidade.

UNIDADE DE HEMOTERAPIA

BANCO DE SANGUE – informar o número diário de transfusões sanguíneas e de hemoderivados.

HEMOCENTRO – informar o número diário de: doações, consultas médicas pré-doação, transfusões, aféreses, exames de carga viral e exames laboratoriais de rotina.

Dias da semana de funcionamento da unidade: informar o quantitativo de dias da semana em que haja atendimento aos usuários.

Jornada semanal de trabalho: trata-se da carga horária semanal de trabalho, contratada pela instituição e exercida pelo funcionário. Informar a jornada dos funcionários da unidade,

PLANILHA 9

APOIO TÉCNICO

SERVIÇO SOCIAL

Número de atendimentos diários das assistentes sociais: informar a produção diária das assistentes sociais.

Número de atendimentos diários das psicólogas: informar a produção diária das psicólogas.

Jornada semanal de trabalho: trata-se da carga horária semanal de trabalho, contratada pela instituição e exercida pelo funcionário. Informar a jornada dos funcionários da unidade,

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Número diário de refeições servidas: informar o número de refeições servidas para pacientes, acompanhantes e funcionários, por dia.

Número de leitos de nutrição clínica: trata-se da informação do número de leitos voltados as atividades de orientação nutricional, a um determinado grupo de pacientes, cuja patologia de base exija cuidados dietoterápicos.

CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

Número de pacotes preparados por dia: informar o número de pacotes, com instrumentais cirúrgicos, preparados por dia pela central de esterilização de materiais.

Número de turnos da enfermeira: informar o número de turnos de trabalho diário das enfermeiras da central de esterilização de materiais.

SAME/ RECEPÇÃO/ REGISTRO GERAL

Número de pacientes-dia hospitalar: unidade de mensuração da assistência prestada, em um dia hospitalar, a pacientes internados.

Número de pacientes-dia ambulatorial: unidade de mensuração da assistência prestada médica, em um dia, a pacientes ambulatoriais.

Dias da semana de funcionamento da unidade: informar o quantitativo de dias em que o SAME/ RECEPÇÃO/ REGISTRO GERAL funcionam em uma semana.

Jornada semanal de trabalho: trata-se da carga horária semanal de trabalho, contratada pela instituição e exercida pelo funcionário, informar esta jornada.

SERVIÇO DE FARMÁCIA

Informar se o hospital dispensa os medicamentos pelo sistema de dose unitária.

BANCO DE LEITE

Número mensal de nutrizas atendidas: informar o número de nutrizas mensalmente atendidas pelo serviço.

PLANILHA 10

APOIO ADMINISTRATIVO

FINANÇAS – Informar o número de leitos do hospital.

COMPRAS – Informar o número de itens comprados por mês

FATURAMENTO - Informar o número de guias de faturamento (AIH's, APAC's, FAA's e outras) emitidas por mês.

ALMOXARIFADO - Informar o número de itens movimentados por mês.

COMUNICAÇÃO E PROTOCOLO - Informar o número de mesas de PABX existentes.

ZELADORIA - Informar o número de portarias e elevadores sociais existentes.

VELÓRIO - Informar o número de óbitos ocorridos por mês.

TRANSPORTE - Informar o número de ambulâncias e viaturas administrativas existentes.

MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS - Informar quantos serviços de manutenção de equipamentos existem no hospital.

CALDERARIA - Informar se o hospital possui caldeiras.

HIGIENE HOSPITALAR - Informar o número de turnos de funcionamento da limpeza na área assistencial. Turnos de 12 horas de trabalho diário.

LAVANDERIA – Informar a quantidade , em quilos, de roupa lavada e processada na lavanderia, por dia.

PLANILHA 11

RECURSOS HUMANOS

FREQUENCIA/ ASSENTAMENTO /CADASTRO – Informar o número atual de funcionários do hospital.

ADMINISTRAÇÃO E EXPEDIENTE DE PESSOAL – Informar o número de funcionários do hospital.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO – Informar o número de funcionários do hospital.

SESMT- Informar o número de turnos de 4 horas de trabalho diário do serviço de medicina do trabalho.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL - Informar o número de turnos de 6 horas de trabalho diário das Auxiliares de Enfermagem do CCI.

PLANILHA 12

APOIO CIENTÍFICO E ADMINISTRATIVO

Informar se há: Biblioteca, Centro de Estudos e Diretorias e o número de diretorias de serviço.

Anexo 3: Formulário de Informações

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES

NOME DO HOSPITAL:

PLANILHAS 1 E 2

ENFERMIARIAS SEGUNDO AS ESPECIALIDADES

Especialidade	Nº leitos	Nº Plantões /Semana*	Taxa de ocupação	Jornada Semanal**
Clínica Médica				
Clínica Cirúrgica				
Pediatria				
Obstetrícia				
Ginecologia				
Berçário Patológico				
Berçário Normal, Alojamento conjunto				
UTI geral				
UTI infantil				
AIDS				
Queimados				
UTI Neonatal				
Semi-intensiva				
Pré-parto				
Observação P.S.				
RPA				
Outros				

* Refere-se a plantões médicos

** Refere-se à enfermagem

CENTRO CIRÚRGICO

Informar o número total de salas cirúrgicas: _____

Salas cirúrgicas*/ turno de funcionamento	Número
Funcionando 6 horas (7 às 13 horas)	
Funcionando 12 horas (13 às 19 horas)	
Funcionando 24 horas	

* Não inclui salas de parto

CONSULTAS POR ESPECIALIDADE NO PRONTO SOCORRO

Especialidade	Consultas/24 horas
Clínica Médica/MI	
Clínica Cirúrgica	
Pediatria	
Tocoginecologia	
Ortopedia	
Psiquiatria	
Outros	

ENFERMAGEM DE CENTRO OBSTÉTRICO

Número mensal de partos normais: _____

Informar se o hospital possui sempre equipe de enfermeiras obstétricas: S() N()

Informar o número total de salas de partos: _____

Salas de partos / turno de funcionamento	Número
Funcionando 6 horas (7 às 13 horas)	
Funcionando 12 horas (13 às 19 horas)	
Funcionando 24 horas	

ENFERMAGEM DO SETOR DE AMBULATÓRIOS

Número de pacientes – dia ambulatorial: _____

PLANILHA 3

SAÚDE MENTAL

O hospital possui equipe de saúde mental S() N()

O hospital possui hospital dia de saúde mental: S() N()

Número de leitos: _____

Ambulatório de Saúde Mental: S() N()

Especialidade	Turnos	Paciente/dia
Psiquiatria		
Psicólogo		
Terapeuta social		
Assistencial social		
Enfermeiro		

PLANILHA 4

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE REABILITAÇÃO

Número de leitos: _____

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR

Número de leitos: _____

PLANILHA 5

HOSPITAL DIA PARA AIDS

Informar o número de equipes se houver: nº _____ Não possui: _____

PLANILHA 6

SETOR DE RADIOLOGIA MÉDICOS RADIOLOGISTAS

Número mensal de laudos de aparelhos de radiografia fixos (comum e digital): _____

Aparelho	nº aparelhos	Turnos de funcionamento
Ultra-sonografia		
Ecocardiografia		
Doppler Vascular		
Mamografia		
Densitometria óssea		
Tomografia Computadorizada		
Ressonância Nuclear Magnética		
Hemodinâmica		

Número total de aparelhos de radiologia funcionando 24h/dia: _____

Número total de aparelhos de radiologia funcionando 12h/dia: _____

Número total de salas do setor de radiologia em que se praticam procedimentos radiológicos que exigem a presença do auxiliar de enfermagem: _____

Número de máquinas processadoras: _____

PLANILHA 7

UNIDADE DE PATOLOGIA CLÍNICA

Número mensal de exames realizados: _____ (médicos, Técnico de laboratório, Biologista e Analista de laboratório)

Número mensal de coletas: _____ (Auxiliar de enfermagem)

Número de dias do mês em que são praticadas coletas: _____

Número mensal total de laudos: _____ (Assistente Técnico Administrativo)

PLANILHA 8

UNIDADE DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Número de turnos de funcionamento: _____

Números de laudos mensais: _____

UNIDADE DE MEDICINA FÍSICA

Número de turnos de trabalho com médico fisiatra: _____

Profissional	Atendimento / turno	Nº turnos
Terapeuta ocupacional		
Fisioterapia		
Fonoaudiologia		
Auxiliar Técnico Saúde		
Técnico em Reabilitação Física		

UNIDADE ODONTOLÓGICA

Número de consultórios: _____

Número de turnos: _____

UNIDADE DE MÉTODOS GRÁFICOS

Número de exames diários de ECG: _____

Número de exames diários de EEG: _____

Número de exames diários de ENMG: _____

UNIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

HEMODIÁLISE

Número de pacientes em programa: _____

DPI

Número de pacientes em programa: _____

CAPD

Número de pacientes em programa: _____

DPA

Número de pacientes em programa: _____

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Número diário de procedimentos endoscópicos: _____

FISIODIAGNÓSTICO

Indicar o número de aparelhos:

- Função pulmonar: _____
- Potencial evocado: _____
- Polissonografia: _____

Informar se o hospital possui a unidade de:

Urodinâmica	S()	N()
Phmetria esofágica	S()	N()
Manometria esofágica	S()	N()
Litotripsia extracorpórea	S()	N()

UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA

Número de pacientes/dia: _____

UNIDADE DE RADIOTERAPIA

Informar o número de aparelhos:

Acelerador nuclear: _____
Simulador: _____
Gama câmara: _____

UNIDADE DE HEMOTERAPIA

BANCO DE SANGUE

Número diário de transfusões: _____

HEMOCENTRO

Número diário de doações: _____
Número diário de consultas: _____
Número diário de transfusões: _____
Número diário de aféreses: _____
Número diário de exames de carga viral: _____
Número diário de exames de laboratório: (Imuno, hemanto, sorologia e hemostasia): _____

PLANILHA 9

APOIO TÉCNICO

SERVIÇO SOCIAL

Número de atendimentos diários assistentes sociais: _____

Número e atendimentos diários psicólogos: _____

NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

O Serviço de Nutrição é terceirizado S() N()

Número diário de refeições servidas: _____

Número de leitos de Nutrição Clínica: _____

SERVIÇO DE FARMÁCIA

O hospital usa o sistema de dose unitária: S() N()

BANCO DE LEITE

Número mensal de nutrizes atendidas: _____

PLANILHA 10

APOIO ADMINISTRATIVO

COMPRAS

Número mensal de itens comprados por mês: _____

FATURAMENTO

Número de guias de faturamento emitidas por mês: _____

ALMOXARIFADO

Número de itens movimentados por mês: _____

COMUNICAÇÃO E PROTOCOLO

Informar número de mesas de PABX: _____

ZELADORIA

Número de portarias: _____
Número de elevadores sociais: _____

TRANSPORTES

Número de ambulâncias: _____
Número de viaturas administrativas: _____

MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Número de unidades de manutenção de equipamentos: _____

CALDERARIA

Possui caldeiras S() N()

HIGIENE HOSPITALAR

Superfície de área assistencial em m²: _____
Número de turnos de funcionamento da limpeza na área assistencial: _____
Superfície da área administrativa em m²: _____

LAVANDERIA

Peso diário em kg de roupa lavada: _____

PLANILHA 11

RECURSOS HUMANOS

FREQÜÊNCIA/ASSENTAMENTO/CADASTRO

Número total atual de funcionários do hospital: _____

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

Número de unidades de recrutamento e seleção: _____

SESMET

Número de turnos do médico do trabalho: _____

CENTRO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL

Número total de crianças atendidas: _____
Número de turnos do auxiliar de enfermagem: _____
Número de crianças até 01 ano: _____
Número de crianças de 1 a 2 anos: _____
Número de crianças de 2 a 4 anos: _____
Número de crianças de 4 a 6 anos: _____

PLANILHA 12

APOIO CIENTÍFICO E ADMINISTRATIVO

BIBLIOTECA / CENTRO DE ESTUDOS

A unidade possui Biblioteca: S() N()
A unidade possui Centro de Estudos S() N()

DIRETORIAS

A unidade possui diretoria :

Geral: S() N()
Clínica: S() N()
Enfermagem: S() N()
Setores de pronto socorro*: S() N()
Setores de ambulatório*: S() N()
Setor de internação*: S() N()
Administrativa S() N()
Recursos Humanos S() N()
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar S() N()

Número de Diretorias de Serviço: _____

* Cálculo de Assistente Técnico Administrativo da Diretoria de Enfermagem

OS AUTORES

OS AUTORES

CECIL COELHO JÚNIOR

Médico sanitarista com especialização em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PROAHSA – FGV/USP), especialização em Administração de Sistemas de Saúde pelo Toyama Prefectural Center Hospital (Toyama – Japão), assessor técnico de gabinete da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (1988-1995), consultor técnico do PNUD/OMS: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Organização Mundial de Saúde (1992-1994), embaixador honorário da Província de Toyama, servidor público estadual da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e médico fiscal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

SAYURI TANAKA MAEDA

Enfermeira e economista. Assessora técnica de Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (1989-1992) e ex- Executivo Público I da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Doutora em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (área de conhecimento: administração de serviços de saúde) Consultora do Japan International Cooperation Agency (JICA).