

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa sobre parâmetros e indicadores quantitativos de recursos humanos em hospitais. Objetiva levantar e consolidar os tempos padrões, parâmetros e indicadores encontrados na literatura técnica, sobre recursos humanos em hospitais. Busca relacionar os parâmetros e indicadores com as variáveis condicionantes do dimensionamento quantitativo de recursos humanos em hospitais.

PALAVRAS-CHAVE

Dimensionamento; Quantificação; Recursos humanos; Parâmetros; Indicadores; Tempo padrão; Hospitais; Profissões; Produção; Produtividade; Variáveis intervenientes e condicionantes.

ABSTRACT

The present work is an inquiry into the dimensioning of human resources in hospitals. An extensive study was made of trends (ratios and indexes) and of guidelines (yardsticks and parameters) reported in the technical literature concerning quantitative measures of personal. The research intended also to analyse the influence of some relevant factors on the hospital staffing pattern.

KEY WORDS

Measure; Quantify; Human resources; Parameters; Indicators; Time standards; Hospitals; Professions; Production; Productivity; Intervenient and conditional variable.

SUMÁRIO

Agradecimentos	6
Apresentação	8
I. Introdução	10
1. Levantamento da literatura	10
2. Metodologia utilizada	11
3. Necessidade de mensuração da quantidade de recursos humanos por meio de indicadores e/ou parâmetros	14
4. Objetivos da pesquisa	15
II. Recursos humanos e sua importância.....	16
1. Os recursos humanos como fator estratégico	18
2. As funções da área de recursos humanos	19
3. O papel dos indicadores e/ou parâmetros	27
III. O papel dos recursos humanos nos hospitais.....	28
1. Competitividade, qualidade, produtividade e custos	30
2. Os recursos humanos como colaboradores, prestadores de serviços e parceiros do hospital.....	30
3. Os profissionais de recursos humanos.....	31
IV. Indicadores e parâmetros	32
1. Conceitos.....	33

2. Definições	38
3. Condicionadores do dimensionamento quantitativo de recursos humanos.	42
4. Características dos indicadores	44
5. Os parâmetros a serem considerados no processo de dimensionamento de recursos humanos	45
5.1. Regime de trabalho no hospital.....	46
5.2. Jornada de trabalho por funcionários	46
5.3. Taxa de cobertura de absenteísmo, de férias, e de chefias, direção e assistência	47
5.4. Índice de Segurança Técnico (IST).....	47
5.5. Fórmula de cálculo do número de funcionários.....	49
5.6. Relação das profissões para as quais se deve quantificar ou gerar indicadores	50
V. Indicadores e parâmetros gerais por profissão e setor hospitalar	53
1. Indicadores gerais encontrados e parâmetros propostos	53
2. Indicadores gerais a serem construídos	72
2.1. Indicadores de custo de pessoal no hospital	72
2.2. Taxa de rotatividade de pessoal (turnover)	73
2.3. Índice de Absenteísmo (IA)	74
2.4. Metas de produção, padrão de produtividade, quantidade de pessoal, a serem estabelecidas	75

3. Indicadores e parâmetros por profissão e setor	77
3.1. Administração.....	77
3.2. Almoxarifado.....	80
3.3. Bibliotecário	81
3.4. Compras.....	82
3.5. Comunicações.....	83
3.6. Enfermagem.....	85
3.7. Engenheiro.....	98
3.8. Estatístico	98
3.9. Farmácia	99
3.10. Faturamento.....	102
3.11. Fisioterapeuta	103
3.12. Lavanderia e rouparia	103
3.13. Limpeza e higienização.....	105
3.14. Manutenção	107
3.15. Médicos	108
3.16. Nutrição.....	114
3.17. Odontologia.....	123
3.18. Psicólogo	123
3.19. Recepção	125

3.20. Registro, triagem, admissão e transferência	126
3.21. SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico)	126
3.22. Segurança	128
3.23. Serviço de diagnóstico, laboratório, radiologia, hematologia, e outros	131
3.24. Serviço social	133
3.25. Telefonista.....	134
3.26. Transportes	135
VI. Considerações finais	134
VII. Relação de documentos levantados.....	138
VIII. Bibliografia	139
IX. Glossário	144
X. Anexos.....	154
Anexo I. Conceituação do pessoal de enfermagem (Resolução COFEN – 189).....	154
Anexo II. Conceituação dos níveis de assistência nutricional	155
Anexo III. As áreas que compõem um hospital.....	156
Anexo IV. Fatores determinantes do modelo de dimensionamento	157

AGRADECIMENTOS

Expressamos aqui nossa gratidão ao Núcleo de Pesquisas e Publicações (NPP) da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, pelo apoio técnico e material.

Agradecemos ao Programa Avançado de Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde (PROAHSA) da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pelo apoio técnico e logístico.

Agradecemos a colaboração dos professores doutores Ana Maria Malik, Claude Machline e José Manoel de Camargo Teixeira, pelas indicações e observações feitas no decorrer da pesquisa.

Deixamos consignados nossos agradecimentos a todos os profissionais da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas (EAESP/FGV) e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) que colaboraram na execução desta pesquisa.

Expressamos aqui nossa gratidão ao aluno Alessandro Ranulfo Lima Nery (Maguila) pelo levantamento dos dados, digitação do relatório e apoio dado durante a pesquisa, como também pelo altíssimo humor em todos os momentos do trabalho.

“Quando você pode medir o assunto que está falando ... você conhece alguma coisa sobre ele”.

(William Thompsom, Lord Kelvin)

“Alguém precisa, urgentemente, colocar o guizo no rabo do gato”

(conversa entre ratos sobreviventes ao ataque felino)

“Em Deus nós confiamos, os demais têm que provar com dados”

(E. Deming)

“De todos os homens que conheço o mais sensato é o meu alfaiate. Cada vez que vou a ele, toma novamente minhas medidas. Quanto aos outros, tomam a medida apenas uma vez e pensam que seu julgamento é sempre do meu tamanho.”

(George Bernard Shaw)

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo buscar referências para a análise quantitativa do quadro de recursos humanos dos hospitais gerais públicos e privados.

Priorizou-se a análise horizontal do quadro de pessoal do hospital, ou seja, levou-se em conta um número considerável de categorias profissionais, olhando para o conjunto, buscando a utilização equilibrada do número de profissionais, na perspectiva da visão institucional, do todo organizacional. Visão institucional é olhar para o futuro, para o cumprimento dos objetivos estratégicos, que são permanentes, que justificam socialmente a existência da instituição e estão acima dos interesses pessoais e profissionais.

Deixou-se a análise vertical, em termos de priorizações e das necessidades do atendimento de serviços mais especializados, e das especificidades geradas, para os especialistas de cada setor ou profissão. Sabe-se da importância das necessidades técnicas, dado grau de complexidade (e variedade) da atenção assistencial, mas a preservação da visão institucional é a preservação do interesse coletivo, da razão da existência da instituição e do cumprimento de sua missão.

Acredita-se na importância das análises e dos estudos qualitativos de recursos humanos nos hospitais em termos de envolvimento, comprometimento, motivação e satisfação dos funcionários, mas não se pode omitir a importância e necessidade de estudos quantitativos, como este, que buscam complementar os estudos qualitativos, não substituí-los.

Entende-se que a fixação do quadro de recursos humanos adequado é uma tarefa difícil, e espera-se que este trabalho venha contribuir para um melhor equacionamento destes números considerados ideais.

Sabe-se também que o lado psicológico, comportamental, emocional do ser humano é importante. Afinal acredita-se que organização é muito mais sentimentos, valores, crenças e emoções do que razão, principalmente organizações como hospital. O lado humano, que não é apenas um valor numérico, deve ser o nosso objetivo maior enquanto cidadãos e profissionais.

Caracteriza-se como um trabalho introdutório (no sentido de objetivar a visão global da quantificação dos recursos humanos no hospital), explicativo (busca contextualizar os parâmetros levantados), demonstrativo (através de exemplos e dados concretos obtidos em estudos empíricos) e de consolidação (no sentido de relacionar os indicadores encontrados por setor e profissão) dos trabalhos efetuados anteriormente.

DIMENSIONAMENTO QUANTITATIVO DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS PRIVADOS E PÚBLICOS NO ESTADO DE SÃO PAULO*

Djair Picchiali

I. INTRODUÇÃO

1. LEVANTAMENTO DA LITERATURA

Esta pesquisa é um levantamento, na literatura existente, dos dados e das informações e das variáveis condicionantes dos quantitativos dos recursos humanos, considerados ideais e/ou existentes nos diversos setores dos hospitais. Os dados e informações foram coletados por setor, profissão e produção obtida. Estão apresentados na forma de indicadores e parâmetros.

As variáveis condicionantes são as variáveis que interferem, e às vezes determinam, a quantidade de recursos humanos necessários. As variáveis condicionantes são relacionadas e explicadas nos diversos contextos encontrados.

Compomos os quadros de indicadores e parâmetros, com dados encontrados nas diferentes realidades hospitalares e/ou números ideais sugeridos de pessoal para os hospitais. Obedecemos a ordem alfabética de profissão e setores, e nestes, a ordem cronológica de dados e informações.

* O NPP agradece aos alunos que participaram da pesquisa que originou o presente relatório como assistentes, Alessandro Ranulfo Lima Nery e Patrícia Di Battisti.

Relacionamos também os possíveis indicadores a serem construídos como informações necessárias para dimensionar o quadro de pessoal de um hospital.

A literatura levantada está baseada no nosso conhecimento e indicações dos profissionais que atuam no setor hospitalar.

Foram levantados trabalhos da Organização Mundial de Saúde, da Organização Panamericana de Saúde, da Associação Americana de Hospitais, do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde. Trabalhos, livros, teses e textos da Universidade de São Paulo e do Programa Avançado de Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde da FGV-SP, também serviram de base de dados.

2. METODOLOGIA UTILIZADA

A metodologia consistiu no levantamento de literatura técnica existente, dos indicadores quantitativos de recursos humanos em hospitais. Estabelecemos a consolidação desses indicadores por função e setor de trabalho, além de citarmos indicadores gerais. Utilizamos todo material publicado, disponível e do nosso conhecimento no setor de saúde, versando sobre o assunto. Concomitantemente, estes indicadores estão descritos dentro do contexto em que foram gerados, no sentido da expressão de uma realidade concreta. Não realizamos uma análise da origem desses indicadores e nem de sua representatividade estatística, pois neste trabalho nosso objetivo é registrar uma informação, que num dado momento foi encontrada (obtida ou estabelecida), para determinada realidade, e nos é útil para realizar comparações.

O estabelecimento dos indicadores depende muito de seu utilizador (observador), a saber:

1. O ponto de vista da ciência (médica, engenharia, biologia, etc.) sobre os procedimentos necessários de acordo com seu campo de conhecimento, metodologia e parâmetros estabelecidos.
2. O lado da instituição prestadora de serviços, em termos de custos, produção e mercado e/ou do cumprimento de seus objetivos institucionais mais amplos.
3. O lado das normas ditadas pelos conselhos de classes.
4. O lado dos demais hospitais (benchmarking).
5. O ponto de vista dos técnicos do setor, no exercício da sua profissão, dadas as especificidades de determinada realidade.
6. A intuição e criatividade do gerente de setor hospitalar.

Estes olhares são, no nosso entender, as maiores fontes de discrepâncias entre os indicadores e parâmetros encontrados na literatura.

Encontramos quatro limitações em relação à utilização dos indicadores:

1. necessidade de um maior número de indicadores, bem como da melhoria das técnicas de mensuração destes. A existência de poucas pesquisas empíricas, representativas, com a mesma metodologia e conceitos, sobre quantificação de recursos humanos nos hospitais. Temos um número maior de indicadores para internação hospitalar, mas muito pouco para ambulatórios, clínicas, hospital dia, home care, e outras situações na área da saúde;
2. estabelecimento de uma cultura de medição e formação de indicadores, e incorporação destes no processo de gestão de recursos humanos. Devemos sair do “achismo”, e pelo menos, praticarmos a “achometria”;

3. os valores ideais encontrados refletem a realidade de um grupo de hospitais, ou mesmo a maioria de uma região ou país, mas não levam em consideração as peculiaridades locais;
4. a transformação destes indicadores em parâmetros técnicos estabelecidos, válidos e aceitos.

Entendemos que os indicadores são valores encontrados no setor específico que está sendo analisado, e que servem para estabelecermos relações comparativas do hospital. Os indicadores são formados a partir de estudos específicos e/ou intencionais. Exemplo de indicador, seria os quantitativos de recursos humanos encontrados em um hospital de referência técnica.

Os parâmetros seriam valores válidos para a população em análise, conjunto de hospitais com as mesmas características. Exemplo de parâmetro seria o valor médio de funcionários de uma profissão, estabelecido para determinado conjunto de hospitais, validado para a população. Os parâmetros são valores estabelecidos a partir da população (universo considerado). Os indicadores são valores de uma realidade específica, que utilizamos para fazer comparações, sabendo das restrições de contexto. (vide a seção IV, subseções 1 e 2)

Nossa metodologia tem como base principal o levantamento bibliográfico, e o nosso conceito de indicador e parâmetro, mas também foram considerados os vários olhares dos utilizadores e construtores de indicadores, como seus conceitos decorrentes, e as restrições e peculiaridades impostas pela complexidade da realidade encontrada.

3. NECESSIDADE DE MENSURAÇÃO DA QUANTIDADE DE RECURSOS HUMANOS POR MEIO DE INDICADORES E/OU PARÂMETROS

Os dirigentes e proprietários de hospitais utilizam indicadores e/ou parâmetros quantitativos de recursos humanos, pois necessitam dimensionar adequadamente os recursos humanos em seus hospitais. Os profissionais (consultores e professores) necessitam destes indicadores consolidados para balizar os seus relatórios técnicos de consultoria e para o processo de ensino e aprendizagem de gestão de recursos humanos.

Os próprios funcionários dos hospitais utilizam os indicadores disponíveis para a montagem de escalas de trabalho (distribuição de recursos humanos por setores e horários), e para as discussões técnicas sobre produção e produtividade dos recursos humanos.

As forças competitivas de mercado entram neste contexto como uma das variáveis condicionantes determinantes do dimensionamento racional dos recursos humanos. A busca de maior competitividade, menores custos, melhor qualidade e maior produtividade, são forças externas que interferem na quantificação de recursos humanos e exigem o estabelecimento de parâmetros, como forma de se monitorar as quantidades ideais de recursos humanos para hospitais.

Os critérios técnicos das profissões e o desenvolvimento das ciências ligadas a saúde seriam outras variáveis condicionantes. Os critérios técnicos das profissões são as regras e normas técnicas, desdobradas das ciências biomédicas e comportamentais e ditadas pelas profissões envolvidas no atendimento médico – hospitalar. O avanço das ciências leva à criação de novas especialidades assistenciais, e portanto novas especialidades de recursos humanos.

As características sócio-econômicas da região, recursos médico–assistenciais disponíveis, perfil da demanda existente, nível da assistência médico - hospitalar oferecida (qualidade e complexidade), são outras variáveis condicionantes do dimensionamento. (vide seção IV, subseção 3, e seção VI)

Dadas as variáveis condicionantes citadas, a complexidade do atendimento, devido às especialidades criadas e a competitividade do mercado, a geração dos indicadores e/ou parâmetros se torna uma necessidade fundamental para os hospitais.

4. OBJETIVOS DA PESQUISA

Os objetivos da pesquisa são:

- a) relacionar indicadores e parâmetros, que estabeleçam quantitativamente o número de profissionais ideal, para determinado nível de produção de serviços por setor do hospital;
- b) estabelecer intervalos de variação do número de funcionários necessários, principalmente, nos casos de trabalhos de alta complexidade e /ou extensão , e/ ou multiprofissionais;
- c) descrever características das realidades organizacionais como condicionantes na formação dos indicadores mencionados nos itens anteriores. Exemplos do:
 1. hospital público que atende predominantemente pelo SUS – Sistema Único de Saúde;
 2. hospital privado que só atende convênios e particulares; e

3. hospital escola que tem funções de ensino e pesquisa, além da função assistencial, fazendo com que o quantitativo de pessoal, para estes hospitais, seja maior;
- d) selecionar dados, informações e indicadores de recursos humanos pertinentes, para estabelecimento do benchmarking e de metodologias adequadas de dimensionamento de recursos humanos em hospitais;
- e) orientar e facilitar as tarefas dos administradores no dimensionamento quantitativo de recursos humanos, levando em consideração:
 1. os setores hospitalares;
 2. grau de tecnologia e materiais incorporados pelo hospital;
 3. jornada contratual de trabalho;
 4. qualidade da assistência a ser prestada;
 5. especialidades oferecidas;
- f) contribuir para uma “avaliação quantitativa” de recursos humanos em hospitais.

II. RECURSOS HUMANOS E SUA IMPORTÂNCIA

As organizações são as pessoas. A capacidade produtiva e criativa de uma organização é a capacidade produtiva e criativa das pessoas que nela trabalham. As organizações não podem ser mais competentes que as pessoas que a compõem. A inteligência e a competência organizacional vêm dos profissionais que

compõem os quadros das organizações, enquanto instituições prestadoras de serviços.

1. OS RECURSOS HUMANOS COMO FATOR ESTRATÉGICO

Os hospitais são organizações prestadoras de serviços de grande amplitude e complexidade. São sistemas abertos em contínuo processo de interação com o meio ambiente. São sistemas que se adaptam, aprendem¹ e influenciam o meio ambiente, e é por ele influenciado. Os pacientes são ao mesmo tempo, entradas, processos, saídas e clientes do hospital. Os pacientes também são os principais responsáveis pelo processo de feedback dos hospitais, hospitais vistos enquanto sistemas abertos em relação ao meio ambiente. O processo de feedback são respostas que o meio (comunidade, sociedade) oferece aos hospitais, por seus serviços prestados e por sua imagem transmitida.

Os recursos humanos dos hospitais quando da prestação de serviços interagem com os clientes, inclusive, emocionalmente (dor, sofrimento, felicidade). Os recursos humanos desempenham um papel estratégico no processo de prestação de serviços de saúde, pois além de interagir com os pacientes, são eles que detêm o conhecimento e agregam valor, no processo assistencial.

Na sociedade do conhecimento e da informação as organizações dependem cada vez mais das pessoas. As organizações são as pessoas, são seus funcionários, são seus profissionais. Os hospitais são organizações complexas² que dependem dos profissionais, que detêm o conhecimento e a informação. São os profissionais que prestam os serviços em última análise, são os responsáveis pelos momentos da verdade³.

¹ Os hospitais também são organizações do aprendizado, ou seja, organizações que aprendem a aprender. Vide SENGE, Peter. *A quinta disciplina: A arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo. 1990.

² São agregados de processos complexos independentes, que interagem, se utilizando de capital e trabalho, para cumprimento de suas finalidades.

³ Momento da verdade são os vários contatos que a organização mantém com seus clientes, contatos através dos quais os clientes formam sua imagem e opinião sobre os serviços da organização. Exemplos: contato com a

As pessoas são a única maneira de se gerar valor para os clientes (pacientes). São elas que processam as informações e conhecimento, gerando valor, benefícios para os pacientes. São elas que fazem a diferença.

2. AS FUNÇÕES DA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

A administração de recursos humanos é contingencial, ou seja, depende da situação organizacional, a saber: do ambiente; da tecnologia empregada pelo hospital; das políticas e diretrizes adotadas; da concepção existente no hospital acerca do homem e de sua natureza; e da capacitação dos recursos humanos disponíveis.

A administração estratégica de recursos humanos (de longo prazo, procurando atingir os objetivos institucionais permanentes) é exercida através de suas funções clássicas. As funções clássicas da área de recursos humanos são:

a) Planejamento de Recursos Humanos:

Planejamento de recursos humanos é o dimensionamento quantitativo e qualitativo dos recursos humanos, com base no diagnóstico das necessidades presentes e futuras do hospital, em termos de produção de serviços e posicionamento estratégico do hospital no mercado.

A partir do diagnóstico situacional do hospital, onde se caracteriza sua estrutura e produção, levantamos as necessidades de recursos humanos. Essas necessidades são expressas em quantidades de pessoal e suas qualificações. As necessidades de recursos humanos também são expressas em termos de necessidades presentes e futuras. Os profissionais são produtos inacabados em constante preparação. A

telefonista, com o ascensorista, com o médico. Vide CARLZON, Jan. A hora da verdade. COP editora. Rio de Janeiro. 1990, e ALBRECHT, Karl. Revolução nos serviços. Pioneira. São Paulo. 1994.

existência dos programas de educação continuada nos hospitais, demonstram este conceito.

O alinhamento dos objetivos individuais com os do hospital, é uma parte essencial do planejamento de recursos humanos. Atender as necessidades individuais é um fator de comprometimento dos funcionários com o hospital.

Planejar recursos humanos é analisar a empresabilidade⁴ e a qualidade técnica do hospital no futuro. Saber quais deverão ser suas competências essenciais⁵, aquilo que torna o hospital diferente dos demais.

O planejamento de recursos humanos nos diz até onde o hospital quer chegar, através de seus recursos humanos.

b) Recrutamento e Seleção

Recrutamento é a atração de recursos humanos. É uma ação convidativa. O recrutamento pode ser interno, externo ou misto. Recrutamento externo é buscar o profissional no mercado. Recrutamento interno é tentar aproveitar o pessoal do próprio hospital. Os hospitais de uma forma geral, não possuem um banco de dados de seu pessoal interno, em termos de informações cadastradas sobre a formação acadêmica, experiências vivenciadas, perfil profissional e realizações, o que dificulta o aproveitamento destes profissionais.

⁴ Empresabilidade é a organização que tem profissionais com altas taxas de empregabilidade. Empregabilidade é a capacidade do profissional manter-se empregável no mercado de trabalho. Isto significa que os profissionais estão capacitados, e seus conhecimentos e experiências atualizadas.

⁵ HAMEL, Gary e PRAHALAD, C. K. Competindo pelo futuro. Ed. Campus. 1995. Dá exemplos interessantes na competição empresarial americana. Afirmando que a competição no futuro e pelo futuro é diferente da competição do presente, e que as competências essenciais são o domínio do know how e da tecnologia dos serviços e produtos a serem produzidos no futuro, como algo de domínio exclusivo das organizações, que procuram liderança no mercado.

Seleção é o processo de comparação e escolha. É uma ação de classificação. Existem técnicas de seleção (cujo objetivo é a medição de habilidades, conhecimentos e capacidades dos candidatos), que devem ser utilizadas, a saber:

- análise de curriculum vitae;
- dinâmica de grupo;
- entrevista;
- prova escrita;
- prova prática;
- teste de personalidade.

São técnicas utilizadas pelo hospital no processo de suprimento de suas necessidades de pessoal. Cada uma das técnicas tem sua utilidade e suas especificidades⁶. Permitem ao hospital alocar novos recursos humanos de forma mais eficiente.

É importante para o hospital saber quais e quem são estes novos profissionais, que estão sendo absorvidos pela instituição.

c) Cargos e Carreiras:

O desenho do cargo descreve as tarefas e as atribuições do cargo, bem como as competências decisórias e o perfil de seu ocupante. Descreve também as relações

⁶ Veja PICCHIAI, Djair. Administração de Pessoal. Departamento de Administração Geral e Recursos Humanos. EAESP/FGVSP. AR-0019- L I. São Paulo. 2000. Temos uma apanhado das técnicas e suas aplicabilidades.

do cargo com os demais cargos, com os quais estabelece interface, no interior do hospital.

O desenho dos cargos do hospital é um passo importante não só para o recrutamento e seleção, como também para a avaliação de desempenho, treinamento, desenvolvimento e remuneração dos recursos humanos.

As carreiras⁷ são caminhos estabelecidos pelo hospital, mostrando para seus funcionários o que se espera deles, e até onde eles podem chegar.

O planejamento das carreiras dos funcionários faz parte da política de manutenção dos funcionários no hospital, pois indica suas possibilidades de crescimento profissional no futuro.

d) Avaliação de desempenho:

São as técnicas que procuram mensurar a participação, produção, produtividade e relações interpessoais dos profissionais do hospital⁸.

A avaliação do potencial das pessoas é a análise de sua vocação. Está voltada para o futuro, em termos de possibilidade de crescimento do profissional face as necessidades futuras do hospital.

A avaliação de desempenho é realizada com dados do passado e deve ser contínua. A mais indicada hoje, é a avaliação de 360°, onde o profissional é avaliado pelo chefe, colega, fornecedor, cliente e se auto-avalia.

⁷ Carreiras podem ser vistas como uma seqüência de cargos, com desenhos crescentes de complexidade e responsabilidade, que o funcionário pode ocupar na sua trajetória dentro do hospital.

⁸ Os indicadores de produção, de produtividade e os comportamentais dos funcionários, gerados a partir da avaliação de desempenho, são importantes instrumentos de gestão de recursos humanos.

A avaliação é um mecanismo formal adotado pelo hospital para identificar as qualidades e as capacidades produtivas das pessoas. Pretende identificar a capacidade produtiva, do ponto de vista operacional e comportamental, dos seus recursos humanos⁹.

O uso de indicadores de produção e produtividade fornece informações importantíssimas no processo de avaliação de desempenho e no estabelecimento da remuneração estratégica dos profissionais do hospital.

e) Remuneração Estratégica

Remuneração é uma retribuição pecuniária, ou não, dada aos funcionários. É uma forma de se manter e comprometer o funcionário com a organização. É retribuir financeiramente seu esforço despendido pela organização no atingimento de seus objetivos.

Remuneração estratégica é remunerar o funcionário pelo resultado de seu trabalho, por suas habilidades e conhecimentos. Compõem ainda a remuneração estratégica os benefícios, a participação nos resultados e participação acionária do funcionário na organização¹⁰. É uma forma de comprometer os funcionários com a organização.

A remuneração estratégica é uma forma de se alinhar os objetivos individuais aos objetivos do hospital, na medida em que compatibiliza os objetivos individuais e grupais, com os objetivos institucionais.

⁹ Devemos criar indicadores de competências dos profissionais do hospital. São os indicadores de conhecimentos, habilidades e atitudes em relação ao trabalho.

¹⁰ A remuneração estratégica prevê o pagamento do salário através de uma parte fixa, e outra variável, que vai depender dos conhecimentos, habilidades, produção e produtividade do funcionário, acrescentando também, os benefícios oferecidos. A remuneração estratégica prevê ainda, a participação nos resultados da empresa (onde são estabelecidos parâmetros para isto) e a participação acionária.

O pagamento por conhecimento, habilidade e resultados é materializado na remuneração estratégica. Estas formas de pagamento geram indicadores econômicos de recursos humanos.

Os benefícios¹¹, como componente de remuneração estratégica, reforçam a lealdade do funcionário com o hospital.

Com a remuneração estratégica os recursos humanos são valorizados de acordo com os resultados alcançados e não com o seu custo. O valor que os indivíduos agregam a organização é o fator a ser remunerado.

f) Relações Trabalhistas:

Relações trabalhistas é toda a parte legal, psicológica e profissional do relacionamento dos funcionários com o hospital. São os direitos e deveres do hospital (no que diz respeito a recursos humanos) e de seus funcionários. São os contratos de trabalho e de relacionamento psicológico¹², entre a instituição e os profissionais.

A negociação contratual é um dos principais papéis do gerente de recursos humanos nas relações trabalhistas. É através da negociação que se decidem as jornadas de trabalho, os aumentos dos salários e as demais condições que compõem o contrato de trabalho e as relações trabalhistas.

As greves, conflitos, demandas judiciais, indenizações pagas, clima organizacional, quando quantificadas e analisadas, constituem-se em indicadores importantes das relações trabalhistas nos hospitais.

¹¹ São benefícios oferecidos ao funcionário: plano de saúde, complementação de aposentadoria, creche, etc., além dos legais, vale transporte e vale refeição.

¹² Contrato psicológico é uma metáfora que procura realçar as expectativas, lealdades, valores, etc. do relacionamento hospital-profissionais, que não estão formalizadas, mas devem ser praticadas, ou pelo menos respeitadas.

g) SESMET – Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho:

A SESMET é o setor que cuida da segurança¹³ do funcionário do hospital, em termos de riscos físicos, químicos e biológicos e de sua saúde ocupacional.

A saúde ocupacional¹⁴ é a verificação de que o exercício da função ou cargo, pelo funcionário, no local de trabalho, não faz mal a sua saúde. Temos como indicadores importantes de recursos humanos, no que diz respeito a qualidade de vida no trabalho, o número dos acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais adquiridas pelos funcionários.

A existência do mapa de risco, do uso de equipamentos de proteção individual (EPI's), das reuniões periódicas da CIPA¹⁵, da participação do SESMET em reuniões estratégicas de recursos humanos, do cumprimento das normas regulamentadoras (NRs), são considerados como indicadores da qualidade de vida dos profissionais no local de trabalho.

h) Treinamento e Desenvolvimento:

As funções de treinamento e desenvolvimento são necessidades básicas dos profissionais e do hospital. São as formas mais concretas de se buscar a melhoria da qualidade dos serviços prestados. São processos que possibilitam a motivação dos funcionários, pois estimulam e mostram a importância dada, a eles, pela organização.

¹³ A segurança do trabalho busca prevenir os acidentes de trabalho, como cortes com materiais, perfurações com agulhas, tesouras, contaminações, etc.

¹⁴ Saúde ocupacional busca prevenir as doenças adquiridas por esforços repetitivos, excesso de trabalho, etc.

¹⁵ Comissão Interna de Prevenção de Acidente. Comissão formada pelos funcionários, que podem indicar problemas de segurança, para o órgão técnico que é o SESMET.

Os programas de educação continuada do hospital, fazem parte do processo de treinamento dos funcionários, e são indicadores da preocupação com a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais.

Um bom indicador de treinamento dado pelo mercado é a recomendação de 60 horas – homem/ano de treinamento para os funcionários da organização¹⁶.

Treinamento é capacitar o funcionário no desempenho de sua função, no exercício de suas atribuições e na execução de suas atividades.

Desenvolvimento é preparar o funcionário a ocupar funções de maior responsabilidade e complexidade, na sua trajetória dentro do hospital.

Os hospitais devem ser vistos como organizações que aprendem a aprender, como organizações de aprendizado e de capacitação de profissionais.

i) Banco de Dados, Controle e Auditoria de Recursos Humanos:

Banco de dados são todas as informações sobre os funcionários do hospital registrados de forma organizada. São softwares de cadastro, curriculum vitae, perfil de personalidade e de liderança dos funcionários do hospital. No banco de dados constam a relação de todos os cargos desenhados e as carreiras estabelecidas, como os critérios de ascensão utilizados. Constam também, as avaliações de desempenho realizadas dos funcionários em séries históricas.

Este banco de dados também contém as principais realizações do profissional no hospital. Através desse banco de dados poderemos construir relatórios gerenciais, compostos por indicadores, e com eles administramos nossos recursos humanos.

¹⁶ É um indicador da importância dada pelo hospital a seus funcionários e aos processos de melhoria da qualidade e a construção da excelência organizacional.

O conceito de banco de dados em recursos humanos, é possuir informações organizadas para controlar, avaliar e supervisionar os funcionários do hospital e saber quem são eles, o que fazem e onde estão.

Os indicadores de produção e produtividade também estão registrados no banco de dados. São requisitos para o estabelecimento da remuneração estratégica.

As estatísticas formalizadas através dos gráficos e tabelas, construídos a partir do banco de dados, são indicadores importantes da produção e produtividade dos recursos humanos.

A auditoria de recursos humanos procura verificar se o setor está cumprindo as normas e regras estabelecidas dos processos de recursos humanos, utilizando-se de indicadores¹⁷.

3. O PAPEL DOS INDICADORES E/OU PARÂMETROS

Para gerenciar um hospital necessitamos de indicadores e parâmetros das mais variadas áreas, setores (internos) e do meio ambiente externo. A área de recursos humanos não poderia ser diferente, temos a necessidade desses indicadores e parâmetros.

Os indicadores e parâmetros devem ser balizadores do processo decisório. Decisão quanto à contratação, à demissão, ao treinamento, etc., devem ser fundamentadas em indicadores. No entanto, nossa cultura organizacional, de certa forma, ainda não valoriza os indicadores, quando das decisões sobre recursos humanos.

¹⁷ Os indicadores também são utilizados na auditoria preventiva de recursos humanos, como orientadores dos processos de recursos humanos. Ex. taxa de absenteísmo, atrasos, registros atualizados, etc.

Temos com os indicadores uma linguagem mais objetiva, e um pouco menos de subjetivismos. São importantes quando da discussão técnica sobre o dimensionamento de recursos humanos, avaliação de desempenho, remuneração, etc.

Sabemos também dos limites desses indicadores e parâmetros. Não são verdades absolutas. Devem ser relativizados nos contextos onde são aplicados. Complementa a avaliação qualitativa, não a substitui.

O alcance e importância dos indicadores e parâmetros para uma boa gestão, é muito grande. Acreditamos que sem eles não teremos um gestão eficiente, eficaz e efetiva de recursos humanos nos hospitais. Eles são a expressão de uma gerência moderna.

III. O PAPEL DOS RECURSOS HUMANOS NOS HOSPITAIS

O papel da área de recursos humanos é preponderantemente de consultoria interna. A área de recursos humanos deve assistir e monitorar a qualidade dos processos de recrutamento, seleção, treinamento, desenvolvimento, remuneração e avaliação de desempenho realizados nas áreas operacionais do hospital. Deve participar de algumas atividades executivas estratégicas, como por exemplo a implantação de política salarial, ou mesmo, o dimensionamento do quadro de pessoal do hospital.

O profissional responsável pelos recursos humanos deve participar do planejamento estratégico do hospital. Deve reproduzir e materializar o discurso institucional e dar exemplos da visão, missão e crenças institucionais.

Compartilhamos a idéia de que o hospital deve ter um centro de recursos humanos¹⁸. O centro deve assessorar as unidades operacionais e o diretor geral do hospital, nas questões de recursos humanos.

O centro de recursos humanos deve ser dimensionado com um número mínimo de profissionais. A terceirização¹⁹ de algumas funções, ajuda no processo de enxugamento do quadro do centro de recursos humanos.

Os indicadores de recursos humanos são informações de gestão deste centro. São informações que alimentam os centros de decisão do hospital, quanto a recursos humanos.

Uma das tarefas deste centro é o dimensionamento dos recursos humanos do hospital, qualitativa e quantitativamente. Necessitando-se de indicadores para balizar as discussões de dimensionamento, com as áreas específicas, o centro de recursos humanos, é o canal e tem um papel importante a desempenhar neste processo.

O setor de recursos humanos não pode absorver mais do que 2% do total de pessoal do hospital, este é um indicador utilizado pelo mercado de empresas privadas, e que acreditamos deve ser obedecido pelos hospitais.

¹⁸ O centro de recursos humanos, tem funções assessoras e executivas, e deve ficar junto a direção geral do hospital. Ele tem o poder normativo sobre os papéis a serem desempenhados pelos recursos humanos no hospital. Exemplos: o estabelecimento de normas e regras sobre a política salarial do hospital.

¹⁹ Terceirização como estratégia de busca da qualidade e expertise no mercado, e não só como estratégia de redução de custos e número de pessoas.

1. COMPETITIVIDADE, QUALIDADE, PRODUTIVIDADE E CUSTOS

A busca de melhor qualidade e maior produtividade na realização dos exames, tratamentos, internações e procedimentos hospitalares, bem como a redução dos seus custos, são fatores do aumento de competitividade do hospital no mercado.

Os recursos humanos têm um papel importante nesse processo, a saber:

- os recursos humanos são responsáveis por 60% dos custos hospitalares;²⁰
- a qualidade dos serviços prestados depende da capacitação dos profissionais do hospital;
- a produtividade, que é uma relação produto ou serviço obtido pelo insumo gasto, tem no fator humano seu elemento principal.

2. OS RECURSOS HUMANOS COMO COLABORADORES, PRESTADORES DE SERVIÇOS E PARCEIROS DO HOSPITAL.

Temos três formas de relacionamento profissional de recursos humanos com o hospital, a saber:

- a) os funcionários do hospital vistos como colaboradores, não são meros empregados;

²⁰ SPENCER, O. S. Contribution of hospital management firms to quality, cost-effective health care. Topics healthcare finance. V. 6, N. 4, p. 1-9, 1980. MARRON-COST, B. J. Productivity: Key to cost containment hospitals. p. 77-9. September 16, 1980.

- b) os prestadores de serviços que estão envolvidos com o hospital, pois são partes integrantes da instituição;
- c) os parceiros que estão comprometidos com o hospital, pois correm o risco da atividade, em termos de ganhos e perdas, e dependem dele.

Estas são formas de relacionamento que os hospitais têm que aprenderem a construir, são formas estratégicas de relacionamento profissional, e importantes num mercado competitivo. As metáforas do hospital enquanto “casa grande e senzala” e/ou enquanto “máquina” e/ou enquanto “prisão psíquica”, têm que ser substituídas pela metáfora do hospital enquanto cérebro²¹, ou seja, os hospitais deixam de ser organizações social e profissionalmente divididas, rígidas, autoritárias, campos de concentração, e passam a ser lugares de aprendizado e de valorização humana e de comunicação e interação social.

3. OS PROFISSIONAIS DE RECURSOS HUMANOS

São aqueles que compoem o centro de recursos humanos. Devem ser profissionais da área afinados com as necessidades dos hospitais e das corporações profissionais que a compoem. Saber lidar com as pessoas é o perfil desejado e imperativo desses profissionais.

A visão do mercado (oferta, procura, preços, etc.), comunidade (dos profissionais, moradores, etc.) e sociedade (papel social, público, etc.) são fundamentais para esses profissionais. O técnico, econômico, social, político, e psicológico são expressões a serem valorizadas nos processos da área de recursos humanos e dos profissionais que dela participam. No entanto, a essência, está na compreensão e

²¹ Vide trabalho clássico de MORGAN, Gareth. Imagens da Organização. Brasiliense. 1998. São Paulo.

valorização do homem enquanto ser humano. A atuação do profissional de recursos humanos deve ser holística²².

IV. INDICADORES E PARÂMETROS

Constatou-se a existência de vários conceitos e definições de indicadores e parâmetros utilizados na quantificação de recursos humanos.

Os parâmetros e indicadores considerados para a avaliação dos recursos humanos podem ser qualitativos (padrão de assistência), quantitativos (produção e produtividade), como econômico-financeiros (custos e receitas).

O interesse maior está no levantamento na literatura existente dos indicadores e parâmetros quantitativos de recursos humano, e não na discussão do que é parâmetro, indicador etc., apesar da importância desta, principalmente, na busca da precisão e validação dos parâmetros dentro de seus contextos.

Os conceitos e definições de parâmetros e de indicadores estabelecidos por alguns autores e trabalhos profissionais realizados, também estão considerados, dada a sua importância enquanto referência.

Adotou-se os seguintes conceitos de indicadores e parâmetros:

os indicadores são dados e/ou informações obtidas em realidades específicas, que nos permitem fazer algumas comparações e análises em outros contextos, levando-se em conta as diferenças e semelhanças;

²² O holismo é uma filosofia que incorpora várias formas de conhecimento além do técnico científico, como por exemplo a intuição. Propõe a visão do todo. São seus pressupostos, o todo e a parte, o todo na parte e a parte no todo, os movimentos da especialização e generalização e os movimentos de integração e diferenciação, movimentos estes, que se completam e interagem.

os parâmetros são relações numéricas encontradas na quantificação de recursos humanos por setores, profissões face a produção. São válidos para a população em análise.

Como se trata de uma pesquisa bibliográfica, outros conceitos de indicadores e parâmetros acabam sendo incorporados. Os autores consultados dão suas interpretações a respeito dos parâmetros e indicadores, dentro de seus contextos analisados. Exemplo: leitura dos profissionais de acreditação hospitalar²³:

indicadores: instrumentos que o avaliador/visitador usará para constatar se os padrões foram observadas ou estão presentes na instituição.

parâmetros: padrões de referências desejáveis, construídos por peritos e previamente divulgados.

1. CONCEITOS

Alguns conceitos importantes, a serem considerados:

Capital Humano: são os recursos humanos de uma organização. O capital humano também se forma através do investimento que a organização faz em contratações, treinamento e desenvolvimento destes, aumentando sua capacidade de produção. Uma das tendências mais importantes da gerência, hoje em dia, é o foco na melhoria da formação de seu capital humano, isto é, na aquisição de conhecimentos e habilidades que se relacionam diretamente com os desempenhos no trabalho. Outra tendência, é a gerência participativa no desenvolvimento de

²³ MALIK, Ana Maria. Professora do Departamento de Administração Geral e Recursos Humanos e Diretora do PROAHSA/FGV-EAESP-FGVSP. Anotações de aula. São Paulo. 2000. São enfoques diferentes dos acolhidos para esta pesquisa, mas por outro lado, não são conflitantes, e muitas vezes concordantes e complementares, em vários pontos deste trabalho.

equipes auto-administradas e de alta performance, para aumentar simultaneamente a produtividade e a qualidade dos serviços.

Coefficiente: razão entre o número de vezes que um fato foi observado e o número total de vezes que esse mesmo fato poderia ter ocorrido.

Competência: capacidade de resolver problemas.

Conhecimento: ter noções; saber.

Downsizing: é corte de pessoal. Para aumentar a sua produtividade diminuir seus custos muitas empresas, reduziram seu número de funcionários. Esta redução também se destina a diminuir a ociosidade das pessoas no hospital.

Dado: é um número obtido.

Eficácia: é o atingimento dos objetivos; é o cumprimento de metas.

Eficiência: é a economia de meios; diz respeito a melhoria de instrumentos e processos.

Efetividade: é a permanência no meio; é a repercussão do serviço prestado no meio ambiente, comunidade ou sociedade.

Estatística: conjunto de dados; números relativos a uma categoria de fatos.

Estimativa: avaliação; cálculo.

Indicadores: são valores ou variáveis associadas a uma atividade que nos indicam alguma relação; são medidas quantitativas de qualidade relacionadas a estrutura, processo e resultado.

Indicadores hospitalares: são instrumentos utilizados na avaliação do desempenho hospitalar, envolvendo sua organização, recursos e metodologia de trabalho; consistem em formas de representação quantificáveis das características da qualidade ou do desempenho.

Indicadores de processos: que nos permite avaliar os processos em cada área de atuação. Ex.: taxa de infecção hospitalar, satisfação do cliente.

Indicadores de estrutura: medem e avaliam tecnologia, capacidade instalada em edificações e recursos humanos. Ex.: número de equipamentos, número de funcionários por leito.

Indicadores de meio: aspectos do meio que interferem na saúde. Ex.: saneamento básico.

Indicadores de recursos humanos: medem e avaliam os recursos humanos e a produtividade, fazem parte dos indicadores de estrutura.

Índices de produtividade: podem ser calculados em um período específico, medindo neste caso a eficiência das operações do período, ou podem ser comparados com outros índices no decorrer do tempo, como uma medida de ganhos e perdas de produtividade.

Informações: é um dado com conhecimento; são importantes instrumentos de gerência, servindo de apoio ao planejamento e a tomada de decisão.

Habilidades: destrezas necessárias à execução das tarefas.

Leito funcionante:²⁴ é o leito disponível para ser utilizado na internação.

Leito ocupado:²⁵ é o leito efetivamente ocupado por um paciente.

Leito ocupado-ajustado: utilizado pela AHA, permite levar em conta os serviços ambulatoriais realizados pelo hospital. Calcula-se quanto “vale” uma consulta de paciente externo em termos de um paciente – dia - internado. Suponhamos que vale um quinto. Um hospital de 100 leitos ocupados e 150 consultas - dia tem $100 + 150/5 = 130$ leitos ocupados ajustados.

A relação funcionários por leito ajustado, se este hospital tiver 650 funcionários, não é $650/100 = 6,5$ e sim $650/130 = 5$ funcionários por leito.

Modelo: permite dimensionar o quadro de funcionários do hospital de forma adequada para um atendimento satisfatório dos pacientes; de natureza normativa, procura atender as necessidades médico - hospitalares dos pacientes, e dos serviços de apoio e administração decorrentes.

Número de internações (por dia, por mês):²⁶ é o número de pacientes que foram internados no período considerado.

Padrão: objeto que serve de modelo à feitura de outro; modelo oficial de pesos e medidas; modelo.

Parâmetros: são elementos que constam das equações dos modelos e podem ser ajustadas para situação particular de cada hospital; limite-coordenada; define padrões quantitativos de pessoal para os setores hospitalares; estabelece dotações de pessoal para os vários setores hospitalares em função da produção realizada;

²⁴ MACHLINE, Claude . Parâmetros para o modelo hospitalar. EAESP- FGVSP-PD 8143 – São Paulo-1996.p.13.

²⁵ MACHLINE, op. cit., p. 13.

²⁶ MACHLINE, op. cit., p. 13.

permitem que se estabeleçam comparações com os efeitos reais de cada hospital, avaliar a produtividade das diversas unidades hospitalares; constante a qual numa relação ou função é atribuído um valor particular e distinto.

Produtividade: é a relação do produto obtido e insumos utilizados; medida de quão bem um sistema operacional funciona; indicador de eficiência e da competitividade de uma empresa ou de um departamento; a relação entre um produto e insumo; é uma medida de eficiência de um administrador no uso de recursos da organização para produzir bens e serviços; quanto maior o valor numérico desta relação, maior produtividade.

Proporção: os dados do numerador devem estar contidos no denominador.

Qualidade: corresponde as expectativas do cliente; obedecer aos requisitos previstos; fazer de acordo com o previsto.

Razão simples: os dados do numerador e denominador não são necessariamente da mesma natureza, mas devem ter alguma relação lógica entre si.

Taxa de ocupação (diária, mensal, por clínica, geral):²⁷ é uma relação percentual entre o número de leitos ocupados e o número de leitos disponíveis.

Tempo médio de permanência:²⁸ é o número de dias que o paciente ficou internado, calculado pela média dos pacientes internados no mês em foco.

²⁷ MACHLINE, op. cit., p. 13.

²⁸ MACHLINE, op. cit., p. 13.

2. DEFINIÇÕES

Algumas definições dadas por autores de dicionários, considerados relevantes para a pesquisa:

Segundo Michaelis²⁹:

Competência: capacidade; aptidão; faculdade para resolver ou apreciar qualquer assunto.

Conhecimento: ato ou efeito de conhecer; idéia; noção.

Custo: preço porque se compra uma coisa; valor em dinheiro; trabalho com que se consegue alguma coisa; dificuldade; esforço.

Dado: elemento, princípio; ou quantidade conhecida que serve como base à solução de um problema.

Estimativa: avaliação; apreciação; cálculo e cômputo.

Índice: quaisquer caracteres exprimíveis em números.

Informação: dar informe; parecer sobre; dar conhecimento ou notícias a; participar, inteirar-se.

Modelo: representação em pequena escala de um objeto que se pretende estudar em ponto grande; tudo o que deve se imitado.

Parâmetro: todo elemento cuja variação de valor altera a solução de um problema sem alterar-lhe a natureza.

²⁹MICHAELIS, Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

Produtividade: qualidade ou estado de produtivo, faculdade de produzir; rendimento de uma atividade econômica em função de tempo, área, capital ou outros fatores de produção.

Qualidade: atributo ou condição natural pela qual algo ou se alguém se individualiza; excelência; virtude; talento; grau de perfeição; precisão.

Segundo Aurélio³⁰:

Coefficiente: parte numérica num produto de fatores números ou literais.

Conhecimento: ato ou efeito de conhecer, informação ciência, consciência de si mesmo.

Competência: capacidade; aptidão; faculdade que a lei concede a funcionário, juiz ou tribunal para apreciar e julgar certos pleitos ou questões.

Custos: quantia que uma coisa custou; dificuldade; esforço; demora; tardança.

Dado: elemento ou quantidade conhecida, que serve de base à resolução de um problema.

Estimador: que estima; avalia.

Indicador: que indica; designação comum.

Indicar: tornar patente; demonstrar; revelar; denotar; mostrar a conveniência; aconselhar.

³⁰ AURÉLIO, Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro : Editora Nova Fronteira. 2 ° edição.1986.

Índice: tudo aquilo o que indica ou denota alguma qualidade ou característica; relação entre valores de qualquer medida ou gradação; número adimensional que pode servir para a compilação de fenômenos distórios em tempos ou situações diversas.

Informação: avisar; cientificar; inteirar-se; dar notícia.

Habilidade: ter aptidão ou capacidade para algo, sagaz, astuto.

Modelo: objeto destinado a ser reproduzido por imitação; aquilo que serve de exemplo ou norma; molde.

Padrão: aquilo que serve de base ou norma para avaliação de qualidade e quantidade; medida.

Parâmetro: variável ou constante à qual, numa relação determinada ou numa questão específica se atribui um papel particular e distinto ao das outras variáveis ou constantes.

Produtividade: o que é rendoso; proveitoso; o que produz; fértil; rendimento; faculdade de produzir.

Qualidade: propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas que as distingue das outras e lhes determina a natureza; dote; virtude.

Taxa: razão entre as variações de duas grandezas das quais a primeira é dependente da segunda.

Algumas definições dadas por autores e professores de estatística e qualidade, consideradas relevantes para a pesquisa:

Conceitos citados por BUSSAB³¹:

Dimensão: o número mínimo de variáveis necessárias a descrição analítica de um conjunto.

Eixos: idéias principais.

Estimador: função dos dados da amostra usados para estimar um parâmetro da população.

Indicador: é um conceito associado a uma variável. Exemplo : variável altura usada como indicador de tamanho de roupa.

Indicadores:

- a) correlativos internos – a ligação do objeto com o indicador é direta. Ex.: baixo e alto → altura.
- b) correlativos externos – a relação depende de uma hipótese confirmada. Ex.: “Se a riqueza indica preferência partidária, uso renda como indicador de preferência.”
- c) correlativos conclusivos – a realização do indicador implica no conceito. Parecido com as anteriores e reflete o objetivo de todo indicador.

Parâmetro: é um valor que caracteriza uma população.

Variável: que pode apresentar diversos valores distintos; característica de interesse coletada.

³¹ BUSSAB, Oliveira de Wilton. Professor de Estatística do Departamento de Informática e Métodos Quantitativos da EAESP-FGV. São Paulo. Anotações de aula. 2000.

Segundo TAKASHIMA e FLORES³²:

Indicador: é uma variável aleatória em função do tempo; forma de representação quantificável de uma característica do produto ou processo, por exemplo: produção média e lucratividade.

Meta: valor desejado para o indicador, por exemplo: 36° C às 20 :00 horas.

Resultado: valor obtido, por exemplo : 39° C às 14:00 horas.

Unidade: termos para comparação da mesma grandeza do indicador, por exemplo: porcentagem (%), graus centígrados (° C).

Os conceitos adotados e definições estabelecidas mantém uma certa coerência, apesar dos enfoques diferentes, dado os contextos diferentes e objetivos diferentes, não sendo no entanto, conflitantes, no nosso entender. Sabe-se das dificuldades de termos um entendimento comum, mas por outro lado, sabe-se também, que a realidade analisada é complexa, permitindo vários ângulos de interpretações e conceituações.

3. CONDICIONADORES DO DIMENSIONAMENTO QUANTITATIVO DE RECURSOS HUMANOS

Temos algumas variáveis condicionantes³³ que interferem no dimensionamento de recursos humanos, a saber:

- política de recursos humanos estabelecida pela instituição;

³² TAKASHIMA, N. T. e FLORES, M.C.X. Indicadores de qualidade e desempenho. Ed. Quality Mark, Rio de Janeiro, 1996, p.104.

³³ Citamos algumas condicionantes que consideramos importantes, outras serão relacionadas nos comentários por profissão, e nas considerações finais.

- tipo de clientela e dependência dos serviços;
- condições de trabalho oferecidas aos funcionários;
- nível de complexidades dos serviços oferecidos;
- grau de resolutividade;
- grau de tecnologia incorporada;
- na planta física, instalações e conservação predial.

Devemos relacionar os indicadores com estas variáveis condicionantes, alguns exemplos saber:

- qualidade: política de recursos humanos orientada para a qualidade da atenção; necessita-se de um número maior de recursos humanos.
- equipamentos: mais modernos, poupadores de espaço e poupadores de mão-de-obra; temos maior produtividade, por exemplo, os laboratórios automatizados de análises clínicas.
- instalações: espaço físico (sem lavanderia, necessidade de menor espaço); instalações elétricas e hidráulicas mais modernas; número menor de pessoal de manutenção.
- materiais utilizados: descartáveis ou não; mais descartáveis, menor número de recursos humanos.

- público - alvo: o paciente SUS é menos exigente, pois este acredita não estar pagando pelo serviço, e como também o SUS paga pouco ao prestador, utiliza-se um menor número de recursos humanos³⁴.
- especialidades: temos um maior número de técnicos e equipamentos, dadas as especialidades oferecidas.
- resolutividade de atendimento: maior número de especialistas, aumentando o quantitativo de recursos humanos.

4. CARACTERÍSTICAS DOS INDICADORES

Um indicador, no nosso entender, precisa:

- a) ser compreensível;
- b) ter aplicação fácil e abrangente;
- c) ser interpretável de forma uniforme (não permitindo diferentes interpretações);
- d) ser compatível com o processo de coleta de dados existentes;
- e) ser preciso quanto à interpretação dos resultados;
- f) ser economicamente viável sua aferição;
- g) oferecer subsídios para o processo decisório.

³⁴ Prática, entre prestadores de serviços ao SUS, com a qual eticamente não devemos concordar.

Características desejáveis dos indicadores, a saber:

- confiabilidade
- compreensão
- mensurabilidade
- credibilidade
- relevância

A Medição é um processo que:

- a) deseja medir a presença ou ausência de alguma característica;
- b) procura medir o grau ou a magnitude de alguma característica, ou contá-la;
- c) busca ser a mais acurada possível;
- d) considera quais tipos de dados são necessários?
- e) diz que momento e local se dará a mensuração.

5. OS PARÂMETROS A SEREM CONSIDERADOS NO PROCESSO DE DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Relacionamos alguns parâmetros citados na maioria dos trabalhos, e que obrigatoriamente têm que ser considerados.

5.1. Regime de trabalho no hospital

Considerar o regime de trabalho dos diversos setores do hospital. Exemplos:

- os centros cirúrgicos trabalham cinco dias na semana , exceto para emergências, devendo-se prever um plantão cirúrgico.
- os ambulatórios, normalmente, programam consultas para cinco e meio dias por semana.
- pronto socorro, o laboratório, o banco de sangue e o Rx funcionam as vinte e quatro horas do dia.
- a segurança, a portaria e recepção funcionam as vinte quatro horas do dia.

5.2. Jornada de trabalho por funcionários

Encontramos nos hospitais, funcionários com as seguintes jornadas de trabalho: 44; 40; 30; 20; 15 horas-semanais. Devemos transformar em horas equivalentes.

Temos serviços de terceiros, parceiros e autônomos sendo prestados ao hospital, estes devem ser considerados na quantificação dos recursos humanos³⁵.

Aplicamos o conceito de funcionário equivalente, ou seja, realizar a comparação através da proporcionalidade de horas trabalhadas por semana.

³⁵ Temos que comparar hospitais com o mesmo critério, incluindo ou excluindo os terceiros, autônomos e parceiros.

5.3. Taxa de cobertura de absenteísmo, de férias, e de chefias, direção e assistência

A cobertura do absenteísmo e de férias legais dos funcionários. É dado por :

$1 / 12 = 8,33 \%$ férias (um mês de férias por ano)³⁶

5% de absenteísmo (percentual esperado de faltas)

Total = 13,33%

O Modelo de Hospitais Universitários³⁷ coloca que a média da taxa de cobertura de absenteísmo e férias, não ultrapassaria a 13% em empresas privadas³⁸.

A taxa de cobertura de chefia, direção e assistência, segundo o Modelo de Hospitais Universitários, não deverá ultrapassar a 12,5% das horas trabalhadas.³⁹

5.4. Índice de Segurança Técnico (IST)

Calculado para cobrir férias, faltas, folgas e licenças dos funcionários.

³⁶ Alguns autores acham mais correto considerar 1/11, que daria em torno de 9,00%. Vide estudo de GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. Tese de Livre Docência: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1998. p. 70.

³⁷ Ministério da Educação. Instituto de Estudos Educacionais. INEP. Modelo de dimensionamento de recursos humanos para hospitais universitários. FGV-EAESP-PROAHS. São Paulo. 1992. p. 29.

³⁸ Este parâmetro considero alto, pois 12% já incorporaria uma taxa de absenteísmo de 3,66%, que é alta no setor privado.

³⁹ Este é um parâmetro utilizado por alguns autores, que consideramos excessivo. Com o downsizing tivemos o corte das gerências intermediárias e com a descentralização, nos seus mais variados níveis, tornou-se desnecessário este percentual para chefias. Para nós, 10% é uma taxa que cobre as necessidades.

Segundo o Grupo de Assessoria Hospitalar⁴⁰, temos para o setor público o percentual de 22 % do total de funcionários, como índice de segurança técnico.

Segundo MACHLINE⁴¹ temos para o setor público, o percentual 28,3 % do total de funcionários como IST.

Cálculo, segundo MACHLINE:

8,33 % para cobrir as férias

3,33% para cobrir os feriados

5,00 % para cobrir ausências (faltas)

1,64 % para cobrir faltas abonadas

10 % para cobrir licenças

Total = 28, 3 %

Observação: Dias trabalhados no ano são: 365 dias ou 52 semanas / ano (104 sábados e domingos).

Segundo o COFEN⁴², o índice de segurança técnico (IST) para o pessoal de enfermagem deve ser de 30%.

⁴⁰ 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. p. 16.

⁴¹ MACHLINE, op. cit., .p.16.

⁴² Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Documentos Básicos. Resolução COFEN – 189. p. 374 à 379. Objetiva estabelecer parâmetros mínimos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde.

Segundo ABBOUD⁴³, o índice de segurança técnico, preocupa-se em fornecer o número de pessoal adicional e tem por objetivo dar cobertura a férias, folgas e faltas, é de 20%.

Comentário: Acredita-se que 20% é um bom parâmetro para o índice de segurança técnico, pois com este percentual temos uma boa margem de segurança, ainda que não cubra todas as possibilidades de ausência (faltas, férias, feriados e chefias). Com este percentual, evita-se a ociosidade, sem prejudicar os serviços, na medida em que as próprias chefias podem cobrir parte das ausências⁴⁴, ou mesmo, os colegas de trabalho em momentos extraordinários, desde que não virem rotinas. Estas substituições, e levando-se em conta, que o hospital têm meses tradicionalmente com menor movimento, época, onde um maior número de profissionais, poderiam gozar suas férias, são formas de ajustes na distribuição mais homogênea dos recursos humanos.

Através da utilização das escalas de trabalho, da rotação de funcionários, das férias em períodos de menor movimento, e mesmo da diminuição do índice de absenteísmo, veremos que os 20% é perfeitamente viável.

5.5. Fórmula de cálculo do número de funcionários

Temos a seguinte fórmula:

$\frac{\text{O tempo padrão unitário} \times \text{unidades produzidas por dia} \times \text{dias de trabalho}}{\text{por semana} \div \text{horas trabalhadas por semana por funcionário}}$
--

⁴³ ABBOUD, Miguel. Dotação de pessoal na Organização Hospitalar. EAESP-FGV.SP. p..5.

⁴⁴ Com a descentralização administrativa, e maior autonomia dos técnicos, o tempo das chefias e direção dedicado a execução dos trabalhos do setor, pode aumentar.

A fórmula deverá ser conduzida para levar em conta as férias, o absenteísmo considerado tolerável e o adicional para a chefia.

Os tempos-padrões que se encontram na literatura são quase exclusivamente relativos aos serviços de internação hospitalar.

Constatamos a inexistência de indicadores de tempos-padrões de atendimento emergencial, ambulatorial, domiciliar e de outros tratamentos que não sejam de internação.

Outras variáveis que interferem no cálculo das necessidades de recursos humanos:

- a) uso de terceiros, parceiros e autônomos na prestação de serviços ao hospital;
- b) uso de descartáveis e de novas tecnologias poupadoras de mão de obra;
- c) até que ponto a instituição deve desviar parte de seus recursos humanos, sem falar dos materiais, para o atendimento dos seus próprios funcionários. Como por exemplo, servir alimentação para os funcionários do hospital.
- d) uso da escala de produção (volume) e da padronização dos serviços prestados.

5.6. Relação das profissões para as quais se deve quantificar ou gerar indicadores

1. Administrador
2. Analista de sistema
3. Auxiliar administrativo

4. Auxiliar de enfermagem
5. Biomédico e Bioquímico
6. Digitador
7. Enfermeiro
8. Engenheiro
9. Estatístico
10. Farmacêutico
11. Físico
12. Fisioterapeuta
13. Fonoaudiólogo
14. Jardineiro
15. Higienizador (Limpeza)
16. Médico
17. Motorista
18. Nutricionista
19. Oodontólogo

20. Porteiro
21. Programador
22. Psicólogo
23. Segurança
24. Técnico de enfermagem
25. Técnico de laboratório
26. Técnico de manutenção
27. Técnico de raio – X
28. Telefonista
29. Terapeuta ocupacional
30. Vigilância

Comentário: São os profissionais de maior contingente ou que aparece com maior frequência na composição do quadro de recursos humanos nos hospitais, merecendo, estudos e medições para estabelecimento de parâmetros e tempos-padrões.

Os programadores, analistas de sistemas e digitadores são profissionais, para cujo trabalho não encontramos tempos-padrões ou parâmetros na literatura, embora constituam hoje, um número expressivo de profissionais nos hospitais.

Os biomédicos, bioquímicos e técnicos de laboratórios deverão ter seus parâmetros recalculados⁴⁵ (os que existem), dadas as incorporações de novas tecnologias (equipamentos) e a automação, dos laboratórios de análises clínicas e hematologia.

V. INDICADORES E PARÂMETROS GERAIS POR PROFISSÃO E SETOR HOSPITALAR

1. INDICADORES GERAIS ENCONTRADOS E PARÂMETROS PROPOSTOS

Relacionamos neste item alguns indicadores selecionados na bibliografia, e que acreditamos serem importantes para a caracterização do quantitativo de recursos humanos nos hospitais.

Classificação no Brasil dos hospitais⁴⁶ por número de leitos:

Porte	Número de leitos
Pequeno	5 a 50
Médio	51 a 150
Grande	151 a 300
Extra	Mais de 300

⁴⁵ “O mundo do diagnóstico começou a mudar no início dos anos 90, quando se substituiu o trabalho artesanal pela automação. Com o microscópio tradicional (em duas dimensões), a média de análises era de seis pacientes/hora, e hoje, com o novo aparelho (com três raios laser) a média subiu para 120 pacientes dia.”. Caio Auriemo. Jornal Estado de São Paulo. 3 de julho de 2000.

⁴⁶ Classificação mais utilizada no setor de saúde no Brasil, do Ministério da Saúde, presente nas publicações.

Classificação de hospitais nos EUA de acordo com o número de leitos.⁴⁷

6 a 24	25 a 49	50 a 99	100 a 199	200 a 299	300 a 399	400 a 499	500 ou mais
--------	---------	---------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------------

Comentário: Acredita-se que o porte do hospital tem uma interferência na quantificação de recursos humanos, pois permite ganhos de escala na produção e na distribuição do efetivo. Os hospitais de grande porte tem um quadro de pessoal relativamente menor, em comparação aos de pequeno porte, dada a economia de escala gerada.

Com relação aos de porte extra, vai depender das deseconomias de escala, que eles geram. Exemplificando, o excesso de atividades de apoio e infra-estrutura, ou mesmo funcionários trabalhando para atender necessidades de funcionários do hospital.

A seguir relacionamos uma série de indicadores e parâmetros, em termos de funcionários leitos, encontrados na literatura.

A) Em trabalho do Grupo de Assessoria Hospitalar⁴⁸, encontramos os seguintes parâmetros gerais:

Funcionário /leito = 5,0 (excluindo médico)

Pessoal de enfermagem/leito = 2,2

Médico/leito = 1,0

⁴⁷ Hospital Statistics. Healthcare infosource. American Hospital Association Company. Chicago, Illinois. EUA. 1998. p. 4.

⁴⁸ Secretaria de Estado da Saúde. op. cit., p. 31.

B) Segundo dados da Joint Commission, um dos responsáveis pelo processo de acreditação hospitalar nos Estados Unidos, a relação funcionário por leito (excluídos os médicos) mais encontrada nos hospitais certificados é de 5,0.

O caso brasileiro o parâmetro mais encontrado é:

5 funcionários por leito ocupado – ajustado

O leito ocupado–ajustado leva em consideração: os 100 % da ocupação do leitos, mais, os atendimentos no pronto socorro, centro cirúrgico, laboratório, transformados em leitos correspondentes. (ver seção IV, subseção 1)

Alguns autores utilizam o parâmetro de três funcionários por leito ocupado-ajustado. A variação é explicada pelo padrão de qualidade dos serviços oferecidos, e pelo atendimento ao SUS, que paga menos aos hospitais que os convênios realizados com planos de saúde, cooperativas ou seguradoras, obrigando os hospitais trabalharem com um quantitativo menor de recursos humanos. Nos dois parâmetros citados no caso brasileiro, não estão inclusos os médicos.

Citamos a seguir alguns indicadores sobre a relação funcionário leito.

A) Relação funcionário/leito: mediana encontrada = 3,72. Este valor mediano encontrado na distribuição de 51 hospitais.

Esta relação é estabelecida pela amostra de 51 hospitais participantes do Programa de Qualidade Hospitalar (CQH), mantido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Dados referentes ao primeiro semestre de 1999⁴⁹.

⁴⁹ Boletim de Indicadores do PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas. Ano III, maio/junho 1999. n° 14. p. 3.

B) Os 42 hospitais universitários⁵⁰ federais possuíam 11.162 leitos e 46.133 funcionários em 1991. Apresentando, uma média de 265 leitos e 1098 funcionários por hospital, estabelecendo a relação:

$\boxed{\text{Funcionário/leito} = 4,14}$. Este é o valor médio de funcionário-leito encontrado nos 42 hospitais universitários em 1991.

C) No Programa de Qualidade Hospitalar, encontramos uma amostra que compreende hospitais gerais de pequeno, médio e grande porte do Estado de São Paulo.⁵¹

Ano	Funcionário por leito
1992	2,1
1993	2,0
1994	2,5
1995	2,4
1996	2,7
1997	2,8
1998	3,0

Série histórica do indicador “funcionário por leito” de hospitais gerais de pequeno, médio e grande portes, públicos e privados, participantes do programa CQH, no período de 1992 a 1998, no Estado de São Paulo.

D) Segundo⁵² a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE – 1990), temos os seguintes indicadores:

a) número de funcionários por leito (0,7 a 1,2) – amplitude de variação média de 1,76 funcionário por leito.

⁵⁰ Ministério da Educação, op. cit., p.6.

⁵¹ Boletim de Indicadores PROAHSA. Ano III, março/abril 1999. n° 13. p. 3.

⁵² ZUCCHI, Paola, Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados. Revista de Administração Pública. FGV. Rio de Janeiro. V.32(3): 1998. p. 67.

b) número de enfermeiros por leito (0,39 a 1,20) – amplitude média de 0,65 profissional de enfermagem por leito ocupado.

E) Para BORGES⁵³, temos:

a relação servidor/leito em hospital geral é de 2,3 a 2,5 servidores/ leito (incluindo médico).

F) Segundo a OCDE⁵⁴ (Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico – 1990), temos a seguinte relação funcionário/leito por país em 1987.

País	N.º de funcionários por leito	N.º de enfermeiras por leito
Alemanha	1,25	0,45
Áustria	0,70	0,54
Bélgica	1,25	0,68
Finlândia	1,88	0,55
Grécia	1,77	0,49
Irlanda	1,50	1,20
Itália	1,37	0,60
Japão	0,77	0,39
Nova Zelândia	2,00	0,91
Portugal	1,70	0,47
Reino Unido	2,60	0,69
Suíça	1,75	0,79
Média de funcionários por leito	1,50	0,65

⁵³ BORGES, Delano e FILHO, Francisco José Moura. Parâmetros de recursos humanos para unidades médico-assistenciais. 1980. p. 14.

⁵⁴ Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Les systèmes de santé. A la recherche d'efficacité. Paris, 1990 (OCDE-Études de Politique Sociale, p. 7).

Temos nesta distribuição, uma amplitude de variação de 0,70 a 2,60 funcionários por leito.

G) Segundo TRIGO e RONCADA⁵⁵, ao realizarem uma revisão dos padrões indicados para mensuração de recursos humanos em hospital geral, consideram que um número razoável seria 2,5 à 4 funcionários por leito.

H) Segundo AZEVEDO⁵⁶, encontramos para os Estados Unidos, as seguintes relações funcionário por leito:

USA	Funcionário por leito
1946	1,48
1984	4,13

AZEVEDO⁵⁷, em estudo realizado em 26 hospitais complexos no Brasil, encontrou uma variação de 1 a 7,2 funcionários por leito.

I) ZUCCHI⁵⁸, em estudo realizado em alguns hospitais públicos e privados, obteve os seguintes dados:

1) recursos humanos presentes na pesquisa: relação funcionários por leito – foi utilizado o número de funcionários pelo número de leitos existentes em operação no mês de dezembro de 1995, tendo sido computados funcionários sob

⁵⁵ TRIGO, M. e RONCADA, M. J. O emprego de um índice de adequação no estudo do dimensionamento do pessoal dos serviços de nutrição e dietética de hospitais gerais no município de São Paulo. Revista Paulista de Hospitais. Ano 36. Volume 36. n° 4/5/6 – 1998. p. 54.

⁵⁶ AZEVEDO, Antonio C. Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos. Tese de Livre Docência. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1989. In BITTAR, Olímpio J. N. V. Produtividade em hospitais. Tese de Doutorado. Departamento de prática de saúde pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo 1994. p. 9.

⁵⁷ AZEVEDO, op. cit., in BITTAR. op. cit., p. 9.

⁵⁸ ZUCCHI, Paola. op. cit., p.27.

responsabilidade direta do hospital e os de empresas contratadas e de serviços terceirizados⁵⁹.

2) hospitais selecionados: (amostra não probabilística, escolhidos pela facilidade de coleta de dados) são:

- Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
- Hospital Israelita Albert Einstein
- Hospital do Servidor Público
- Hospital Universitário
- Instituto do Coração
- Hospital Sírio Libanês

Relação funcionários/leito em seis hospitais – 1995

Indicador	HÁ	HB	HC	HD	HE	HF
Número total de leitos em operação	404	217	215	308	331	218
Número total de funcionários	2,775	1,858	2,922	1,795	2,376	1,108
Relação de funcionários /leito (inclusive médicos)	6,9	8,6	13,8	5,8	7,2	5,
Relação de funcionários/leito (exclusive médicos)	6,3	8,2	11,1	4,9	6,3	4,3
Relação de pacientes atendidos/funcionário	11,3	5,9	147,1	58,7	86,6	126,6
Relação de pacientes internados/funcionário	8,2	6,0	2,8	5,4	3,5	7,6
Relação de pacientes ambulatoriais/funcionário	3,1	0,0	144,2	53,3	83,1	119,0

⁵⁹ Este é um fator que sempre deveremos considerar nos estudos comparativos dos hospitais. Alguns indicadores incluem os terceiros outros não.

Segundo ZUCCHI⁶⁰, quanto à estrutura do trabalho no setor saúde, alguns estudos relatam que 60% dos postos estão ocupados por duas categorias, os médicos com 29% e o pessoal elementar com 29%.⁶¹

J) Segundo MARINHO⁶², a partir do estudo de ZUCCHI, temos o seguinte ranking:

Ranking dos hospitais de acordo com a relação número de funcionários/número de leitos:

Posição	Hospital	Número de funcionários por número de leitos
1º	Hospital de Cardiologia	5,1
2º	Hospital Público de Ensino	5,8
3º	Hospital Privado	6,9
4º	Hospital de Cardiologia	7,2
5º	Hospital Privado	8,6
6º	Hospital Público de Ensino	13,6

K) Segundo BITTAR⁶³, temos a seguinte relação funcionários por leito em 8 hospitais públicos e privados:

Funcionários por leito (incluindo médico)	7,8 média (variando 15,6 a 5,1)
Funcionário por (excluindo médicos)	6,8 média (variando 12,4 a 4,2)

BITTAR⁶⁴ coloca que o número de funcionários por leito em hospitais está aumentando:

⁶⁰ BITTAR, Olímpio J. N. V. Produtividade em hospitais., op. cit., p. 68.

⁶¹ Seriam portanto 58% no total e não 60%.

⁶² MARINHO, Alexandre. Estudo de eficiência em hospitais públicos e privados com a geração de Rankings. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro. Junho, 1998. p. 149.

⁶³ BITTAR, Olímpio J. N. V. Produtividade em hospitais. p. 64.

1977	3,2 funcionários por leito
1988	5,8 funcionários por leito
1994	7,1 funcionários por leito

De acordo com dados coletados em hospitais públicos de São Paulo, a relação funcionários/leito variou de 4 a 9⁶⁵, lembrando-se que muitas vezes não são contabilizados serviços contratados a terceiros, como: limpeza, manutenção, laboratório, entre outros, segundo BITTAR.

Em estudo da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sobre o quadro de pessoal para seus hospitais gerais, temos a variação de 2,9 a 3,9 funcionários/leito⁶⁶.

Em estudo de BITTAR, temos⁶⁷:

Recursos Humanos nos hospitais participantes por grandes áreas – 8 hospitais participantes.

	A%	B%	C%	D%	E%	F%	G%	H%
Infra-estrutura (a)	38,9	37,3	43,9	36,1	35,1	40,5	37,9	46,7
Recursos humanos	1,3	0,8	1,0	1,0	1,5	1,1	0,6	1,1
Engenharia de segurança medicina do trabalho	0,3	-	0,6	0,5	0,4	0,5	0,1	0,5
Complementar-diagnóstico e terapeuta	6,6	7,2	13,5	14,8	7,5	2,4	9,0	15,6
Médica	20,5	16,4	7,5	0,1	18,5	11,9	20,9	4,1
Internação	14,4	26	28,2	35,6	31,5	38,4	23,4	27,9
Ambulatório emergência	18,1	12,3	5,3	11,9	5,6	5,2	8,2	4,1

⁶⁴ BITTAR, Olímpio J. N. V. op. cit., p. 67.

⁶⁵ BITTAR, Olímpio J. N. V. Dimensionamento de pessoal na área hospitalar. Prev. em Dados. V. 7, N.1, 1992, p. 10-18.

⁶⁶ BITTAR, Olímpio J. N. V. Produtividade em hospitais, op. cit., p. 9.

⁶⁷ BITTAR, Olímpio J. N. V. Produtividade em hospitais, op. cit., p. 37.

(a) Infra-estrutura: áreas que não atendem diretamente ao paciente. Composta por: administração, biblioteca, central de material esterilizado, comercial, compras, contabilidade, controladoria, creche, cobrança, custo-orçamento, engenharia, expediente, farmácia, informática, jurídico, lavanderia, limpeza, manutenção, nutrição, SAME, tesouraria, vigilância e zeladoria.

L) Indicadores encontrados em hospitais americanos (community hospitals), apontados por MACHLINE⁶⁸, a saber:

Funcionários equivalentes por paciente internado ajustado

Ano	n ° de funcionários
1965	2,24
1975	3,00
1985	3,86

Fonte: Hospitals Statistics – American Hospitals Association.

M) Para o Instituto Central do Hospital das Clínicas⁶⁹, encontramos os seguintes indicadores.

Total da força de trabalho (incluindo médicos) = 5019. Número total de leitos = 919

Equivalente a 5,4 funcionários por leito.

Total da força de trabalho (excluindo médicos) = 4177

Equivalente a 4,5 funcionários por leito.

⁶⁸ MACHLINE, op. cit., p. 19.

⁶⁹ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Instituto Central. Relatório de produtividade e análise de capacidade instalada. Conselho Diretor. Diretoria Executiva. p. 6. 1999.

N) Outros indicadores importantes encontrados, e que estão relacionados com recursos humanos:

1. os salários e benefícios pagos aos funcionários correspondem a cerca de 50 % a 60% dos custos hospitalares totais⁷⁰.

2. segundo o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONSEMS), temos a alocação média de 12 % em saúde, dos respectivos orçamentos dos municípios.

3. o número de quatro consultas médicas por hora⁷¹, é um parâmetro historicamente determinado pela Organização Mundial de Saúde, apesar de polêmico, é aceito por muitos estudos.

O) Dados obtidos a partir da AHA⁷² (ano 1998):

Quadro 1

Número Total dos Dados Retirados

Leitos	Hospitais	Médicos e dentistas	Enfermeiros diplomados	Técnicos de enfermagem	Médicos e dentistas residentes	Demais funcionários em treinamento
6 – 24	327	1338	5861	2088	37	48
25 – 49	1066	3215	30473	10340	184	465
50 – 99	1461	5293	75298	20302	681	1653
100 – 199	1549	12385	188291	37558	6239	1188
200 – 299	790	13486	187370	29906	9024	1192
300 – 399	424	11605	150336	21120	11740	1643
400 – 499	230	13167	110152	14158	14408	841
500 ou mais	354	31492	232037	29613	46886	2843

⁷⁰ BITTAR, Olímpio J. N. V., *Produtividade em hospitais*, op., cit., p. 9. Temos outros estudos que demonstram esses valores a saber: SPENCER, O. S. op. cit., MARRON-COST, B. J. op. cit.

⁷¹ Este é um parâmetro que consta em inúmeras publicações na área de saúde. Citamos o trabalho da Secretaria de Estado da Saúde. op. cit., p. 11.

⁷² Hospital Statistics. *Healthcare infSOURCE*. op. cit., p. 4 e 5.

Estes dados correspondem a pessoas equivalentes que trabalham por um período de oito horas por dia.

Quadro 2

Número Total de Leitos por Classificação de Hospitais

Porte de hospital	6 – 24	25 – 49	50 - 99	100–199	200-299	300-399	400-499	500 ou mais
Número de leitos	5781	39528	105234	218570	193144	145808	101847	251806

Quadro 3

Número de Funcionários Equivalentes por Leitos

Hospital	Médicos e dentistas	Enfermeiros diplomados	Técnicos de enfermagem	Médicos e dentistas residentes	Demais funcionários em treinamento
6 – 24	0,231	1,01	0,36	0,006	0,008
25 – 49	0,081	0,77	0,26	0,005	0,01
50 – 99	0,050	0,72	0,19	0,006	0,02
100 – 199	0,057	0,86	0,17	0,03	0,005
200 – 299	0,070	0,97	0,15	0,04	0,006
300 – 399	0,080	1,03	0,14	0,08	0,01
400 – 499	0,129	1,08	0,14	0,14	0,008
500 ou mais	0,125	0,92	0,12	0,18	0,01

P) Dados a partir do AHA⁷³ (ano 1999)

Quadro 4

Número de Funcionários por Porte de Hospitais

Classificação dos hospitais	Enfermeiros diplomados	Técnicos de enfermagem	Médicos e dentistas	Total de pessoal	Médicos e dentistas residentes	Outros trainees
6 a 24	6427	2433	1418	37331	137	57
25 a 49	31868	9683	3297	158160	630	202
50 a 99	75257	20585	6213	358100	659	384
100 a 199	191745	37825	14610	829843	7310	1571
200 a 299	180668	29790	14400	772462	9825	1654
300 a 399	156911	20742	12880	654440	12008	1503
400 a 499	104534	14542	10557	453120	13314	1669
500 ou mais	239994	28460	34317	1069349	43717	3932

Quadro 5

Número de Hospitais e Número de Leitos por Porte de Hospitais

Classificação dos hospitais	6 a 24	25 a 49	50 a 99	100 a 199	200 a 299	300 a 399	400 a 499	500 ou mais
Número de leitos	6225	38485	103855	211694	187908	148056	97318	241849
Número de hospitais	349	1036	1445	1505	774	430	219	399

⁷³ Hospital Statistics. Health forum. American Hospital Association Company. Chicago, Illinois. EUA. 1999. Tabela 2. p. 4 e 5.

Quadro 6

Relação de Funcionários por Leito por Porte de Hospital

Tipo de hospitais	Médicos e dentistas	Enfermeiro diplomado	Técnico de enfermagem	Total de pessoal	Médicos e dentistas residentes	Outros trainees
6 a 24	0,227	1,032	0,390	5,996	0,022	0,009
25 a 49	0,085	0,828	0,251	4,109	0,016	0,005
50 a 99	0,059	0,724	0,198	3,448	0,006	0,003
100 a 199	0,069	0,905	0,178	3,920	0,034	0,007
200 a 299	0,076	0,961	0,158	4,110	0,052	0,008
300 a 399	0,086	1,059	0,140	4,420	0,081	0,010
400 a 499	0,108	1,074	0,149	4,656	0,136	0,017
500 ou mais	0,141	0,992	0,117	4,421	0,180	0,016

Encontramos uma relação funcionário por leito, variando de 3,44 até 5,99.

Q) Segundo BOGTRYKKERI⁷⁴, para a Dinamarca, temos:

	1980	1985	1989	1994
Número de hospitais	117	102	94	83
Número de leitos	32269	28332	26235	23905
Número de leitos psiquiátricos	1302	1290	1230	2035
Altas	916000	99605	1065445	1111983
Leitos dia	9045600	8398429	7660916	7391291
Visitas dos médicos	3295336	3533974	3680336	4534884
Média de permanência dos pacientes	9,9	8,1	6,9	6,6

Verificamos uma diminuição no número de hospitais e leitos, mas um aumento no número de visitas médicas.

⁷⁴ BOGTRYKKERI, Jorgen J. (organizador). Health care in Denmark. The Ministry of health. 1ª edição. 1997. p. 11.

Segundo BOGTRYKKERI⁷⁵, a capacidade dos hospitais psiquiátricos na Dinamarca:

	1980	1985	1989	1994
Número de Hospitais	16	17	17	13
Número de leitos	9352	7644	5202	4259
Altas	23000	22941	18208	13235
Leitos dia	2911000	2476000	1242200	746699
Visitas dos médicos	89000	85000	96341	134256

Leitos dia potencial = n° de leitos funcionantes-dia x 365 dias = 4259x365

746699 leitos dia

$$\text{Taxa de ocupação} = \frac{\text{leitos dia}}{\text{leitos dia potencial}} = \frac{746699}{4259 \times 365} = \underline{48,03\%}$$

Segundo BOGTRYKKERI⁷⁶, o staff do setor de saúde, em 1994 era:

Total de staff nos hospitais	82284
Médicos	9193
Enfermeiras	25883
Técnicos de enfermagem	13967
Outros	33241
Enfermeiras de autoridades locais e visitantes de saúde	10671
N° total do Staff under health insurance scheme	8375
Clínicos gerais	886
Especialistas	3760
Dentistas	3760
N° total do staff em saúde preventiva	4600
Dentista infantil	1430
Outros projetos (schemes)	3170
N° total do staff em saúde	105930

⁷⁵ BOGTRYKKERI, Jorgen J., op. cit., p.12.

⁷⁶ BOGTRYKKERI, Jorgen J., op. cit., p.41.

82284

Para a Dinamarca, temos como indicador funcionário por leito = ----- = 3,44

23905

Indicador de taxa de direção, chefia e assistência:

Caso de um hospital público⁷⁷, onde temos um indicador de que a taxa de direção, assistência e chefia está em torno de 11,7%.

CATEGORIAS	92	%	96	%
Direção	54	1,5	53	1,6
Assistência Técnica	19	0,5	22	0,7
Chefia	360	9,8	304	9,4
Funcionário	3258	88,3	2855	88,3
TOTAL	3691	100	3234	100

Fonte: IAMSPE,

Bibliografia: Reforma do Estado e Mudança Institucional: O caso do IAMSPE

Editora: Edições FUNDAP – 1998.

Comentário: É um indicador interessante, pois sabemos que no setor público, tradicionalmente, existe uma sobre estimação do números de chefes, e assim mesmo não atingimos o parâmetro⁷⁸ de 12%.

As relações entre funcionários são dadas pelos seguintes parâmetros⁷⁹:

1 enfermeiro / 2,0 médicos

1 enfermeiro / 4 pessoas de enfermagem

1 médico / 2 pessoas de enfermagem

Comentário: Estes indicadores e parâmetros gerais nos permitem verificar que existe uma tendência do número de funcionários leito não ultrapassarem a 5.

⁷⁷ JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. (coord.) Reforma do estado e mudança institucional. O caso do IAMSPE. Editora Edições FUNDAP. São Paulo. 1998. p. 89.

⁷⁸ O parâmetro dado pelos autores para chefia, direção e assistência é de 12,5%.

⁷⁹ Secretaria de Estado da Saúde, op. cit., p. 31.

Existem algumas exceções como nos estudos de ZUCCHI e BITTAR, mas, nos demais casos, sempre os indicadores e/ou parâmetros encontrados estão abaixo de cinco.

Estes indicadores e parâmetros gerais também nos permitem verificar o posicionamento que nosso hospital ocupa dentro deste contexto, em termos de recursos humanos.

Proporção média de pessoal em hospital geral, dada por BORGES⁸⁰, é:

a) Técnico 70%

b) Apoio 20%

c) Administrativo 10%

Os parâmetros propostos pelo Grupo de Assessoria Hospitalar⁸¹ projetam a seguinte proporção média de pessoal do hospital, distribuídos por áreas e/ou profissional:

Médico	17%
Enfermagem	36%
Área de apoio diagnóstico/ terapia	10%
Área de apoio técnico	13%
Área administrativa	24%

Total	100%

⁸⁰ BORGES, op. cit., p. 14.

⁸¹ Secretaria de Estado da Saúde, op. cit., p. 31.

Encontramos os seguintes indicadores por áreas, citados por GONÇALVES⁸²:

Distribuição Percentual de Funcionários por Serviços do Hospital, segundo o Porte da Instituição, Estado de São Paulo, Capital.

Porte e localização dos hospitais	Serviços Médicos auxiliares	Serviços de enfermagem	Serviços Técnicos	Serviços Gerais	Serviços Administrativos
50 a 100 leitos/interior	4,7	47,2	9,4	22,6	15,9
100 a 200 leitos/capital	2,9	52,6	14,7	17,7	11,8
100 a 200 leitos/interior	3,5	44,6	10,7	24,1	16,9
200 a 300 leitos/capital	4,9	44,8	16,7	21,9	11,9
200 a 300 leitos/interior	6,5	49,6	8,8	17,8	17,5

Fonte: IPH, Pesquisa, Curso de Administração Hospitalar

Comentário: É claro que estes parâmetros de distribuição, apesar de importantes, não podem ser adotados como definitivos na análise do dimensionamento de recursos humanos de um hospital escolhido. Devemos levar em conta as peculiaridades e o contexto do hospital em questão, e os próprios parâmetros por profissão e setor adotados.

Indicadores gerais de custos com pessoal:

Os indicadores percentuais representam a composição dos custos hospitalares na forma de pessoal, consumo de materiais e custos gerais.

Indicadores de custos hospitalares – composição⁸³ :

Pessoal	51%
Consumo de materiais	26%
Custos gerais	23%
Total	100%

⁸² GONÇALVES, Ernesto Lima. Administração de recursos humanos em instituições de saúde. Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios – PROAHSA – 1987. p. 130.

⁸³ Boletim de Indicadores do PROAHSA, nº 13, ano III, março / abril, 1999. p.3.

Indicadores de custos hospitalares – composição⁸⁴ :

Pessoal	49%
Consumo de materiais	26%
Custos gerais	25%
Total	100%

A amostra compreende hospitais gerais de pequeno, médio e grande porte dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro – período de outubro a dezembro de 1996.

Custos hospitalares por unidade de produção⁸⁵:

	A	B	C
Leito/mês R\$	14.500	9.600	5.530
Internação R\$	2.300	1.415	920
Paciente-dia R\$	650	415	230

As categorias A, B e C têm como parâmetros o número de funcionários assim constituídos:

Hospital A : média de 4 funcionários /leito

Hospital B : média de 2,5 a 4 funcionários / leito

Hospital C : Média de 1,5 a 2,5 funcionários / leito

Outro fator considerado diz respeito a composição da clientela – as categorias A e B compreendem apenas o atendimento a convênios e particulares, enquanto que o C tem sua clientela distribuída pelo convênio e pelo SUS.

⁸⁴ Boletim de Indicadores do PROAHSA, nº 1, ano I, março / abril, 1997. p.4.

⁸⁵ Boletim de Indicadores do PROAHSA, nº 1, ano I, março / abril, 1997. p.4.

Indicador de receita⁸⁶:

Receita líquida por funcionário = receita líquida / nº funcionários

Amostra : 19 hospitais (dados de 1997)

Maior receita por funcionário = R\$ 65.630

Menor receita por funcionário = R\$ 18.110

Receita Média por funcionário = R\$ 41.930

2. INDICADORES GERAIS A SEREM CONSTRUÍDOS

Apresentamos a seguir alguns indicadores, a serem construídos e que consideramos importantes, no estudo dos recursos humanos nos hospitais.

2.1. Indicadores de custo de pessoal no hospital

Indicadores	Valor em % e per capita
Custo total de pessoal x 100 / faturamento líquido	
Custo total de pessoal x 100 / despesa operacional	
Custo total de pessoal x 100 / lucro operacional	
Custo total pessoal / efetivo total do hospital	
Remuneração variável / remuneração básica	
Custo total dos benefícios / efetivo total do pessoal	

⁸⁶ Boletim de Indicadores do PROHASA, nº 11, ano II, novembro / dezembro, 1998, p.4.

Comentário: Estes são alguns indicadores importantes para a análise do custo de pessoal no hospital, que devem ser calculados e analisados. Eles permitem descrever a participação dos custos de pessoal nas despesas e geração de receitas do hospital.

2.2. Taxa de rotatividade de pessoal (turnover)

$$\text{Turnover} = \frac{(A + D) / 2}{EM} \times 100 \text{ (expresso em \% onde temos:)}$$

A = Admissões de pessoal no setor considerado dentro do período considerado

D = Desligamento de pessoal (tanto de iniciativa do hospital quanto por iniciativa dos funcionários), no setor considerado e no período considerado (saídas).

EM = efetivo médio no setor considerado dentro do período considerado. Pode ser obtido pela soma dos efetivos no início e no final do período dividido por dois.

Comentário: O turnover é um importante instrumento de avaliação do grau de adesão dos funcionários a instituição. Pode-se realizar um *benchmarking*⁸⁷ com outros hospitais.

A rotatividade de pessoal, pelos seus inúmeros e complexos aspectos negativos quando acelerada, torna-se um fator de perturbação do hospital, principalmente quando forçada pelos hospitais no sentido de obtenção de falsas vantagens a curto prazo.

A perda da curva de aprendizado é outro aspecto negativo a ser considerado, nos cargos em que encontramos uma taxa de turnover muito alta.

⁸⁷ Benchmarking é a comparação, é a análise comparativa com base em dados de outras instituições do setor ou mesmo de setor diferente.

2.3. Índice de Absenteísmo (IA)

Este índice reflete a porcentagem do tempo não trabalhado em decorrências de ausências em relação ao volume de atividade planejada ou esperada.

$$IA = \frac{\text{N}^\circ \text{ de homens / dia ausentes no trabalho}}{\text{Efetivo médio} \times \text{N}^\circ \text{ de dias trabalhados}} =$$

Comentário: O índice de absenteísmo é importante para se realizar *benchmarking* com outros hospitais e com o setor de serviços. Quando muito alto, indica problemas de motivação e conflitos.

O índice de absenteísmo considerado aceitável é de 0,05 ou 5%⁸⁸. No mercado de empresas competitivas, ou que buscam a excelência, este indicador, é considerado alto. Nos hospitais devido a carga de trabalho e a própria dupla militância dos profissionais, encontramos um aumento dos percentuais de ausências.

Os fatores que levam ao absenteísmo elevado são:

- a) insatisfação por parte do funcionário;
- b) problemas de relacionamento gerência x empregado;
- c) acidentes de trabalho;
- d) trabalhos repetitivos e desmotivantes;
- e) baixos salários;

⁸⁸ A média nacional hoje deve estar em $\pm 2\%$, o que demonstra que este valor é alto, mas aceito por alguns autores e conselhos de classe de profissionais.

- f) doenças ocupacionais;
- g) razões diversas de caráter familiar;
- h) problemas de transporte;
- i) carga de trabalho.

2.4. Metas de produção, padrão de produtividade, quantidade de pessoal, a serem estabelecidas⁸⁹

Relacionamos abaixo alguns padrões a serem estabelecidos no setor de recursos humanos.

- Número de atendimentos no pronto - socorro por dia por médico;
- Número de cirurgias realizadas por dia por equipes cirúrgicas;
- Número de consultas ambulatoriais por médico por dia;
- Número de horas enfermagem por equipe de enfermagem;
- Número de pedidos de compras por funcionário do setor;
- Número de quilos de roupa lavada por dia por funcionário da lavanderia;
- Número de receitas aviadas por farmacêuticos;

⁸⁹ Acreditamos ser importante para o dimensionamento adequado de recursos humanos, o estabelecimento desses padrões relacionados, e de outros, dado o contexto em que o hospital atua.

- Número de refeições preparadas por funcionário do serviço de nutrição e dietética, por dia;
- Número de visitas médico - cirúrgicas por médico por dia.

Alguns indicadores de produção e capacidade de produção de um hospital,⁹⁰ a saber:

- Ambulatório: número de consultas realizadas (novas e retornos) por especialidades
- Cirurgias: número de cirurgias realizadas (pequenas, médias, grandes e extras)
- Exames e diagnósticos: número de laudos (radiológicas e laboratoriais)
- Internação : visitas e altas, número de internação por especialidades
- Leitos funcionantes,; número de leitos, taxa de ocupação
- Número de enfermeiras / número de leitos/ horas enfermagem / paciente internado
- Número de médicos / número de leitos⁹¹
- Partos : normal e cesárea por equipes e/ou obstetra
- Pronto atendimento : número de consultas e procedimentos
- Salas cirúrgicas: número de salas e cirurgias/ sala-dia

⁹⁰ Estes são exemplos de indicadores importantes de produção e capacidade de produção do hospital, relacionados com os recursos humanos.

⁹¹ Outros profissionais como farmacêutico, nutricionista, almoxarife, etc.

- Tempo gasto com procedimento, tarefa , rotina ou atividade

3. INDICADORES E PARÂMETROS POR PROFISSÃO E SETOR

Apresentamos a seguir, os parâmetros e indicadores por profissão e setor, encontrados, e realizamos alguns comentários.

3.1. Administração

A primeira dificuldade é o que considerar como administração em um hospital, pois também os setores de assistência contam com pessoal de administração, e realizam tarefas administrativas.

O padrão adotado pela AHA⁹², para pessoal administrativo, é de 2 horas por paciente dia internado (clínica, cirurgia, obstetria e berçário). Para as áreas de reabilitação, pacientes crônicos e atendimento domiciliar o padrão adotado é de 1 hora, segundo o Modelo de Hospitais Universitários⁹³.

MACHLINE⁹⁴ para os serviços administrativos, trabalha com o seguinte parâmetro:

Horas pagas / leito ocupado ajustado = 56 horas por mês

⁹² “A American Hospital Association, nos EUA, monitora, compila e publica mensalmente os dados básicos de mais de 3000 hospitais associados” Associação Americana de Hospitais (AHA) in Ministério da Educação, op. cit., p. 57.

⁹³ Ministério da Educação, op. cit., p.57.

⁹⁴ MACHLINE, op. cit., p. 6.

Considerando dia de 8 horas, MACHLINE adota a seguinte distribuição, para os serviços administrativos:

Distribuição de Pessoal nos Serviços Administrativos

Contabilidade	9%
Contas a receber	27%
Processamento de dados	14%
Administração	47%
Compras e almoxarifado	6%
Total	103%

Obs. : o somatório foi encontrada no texto original, a explicação dada foi as aproximações, já que não podemos trabalhar com meia pessoa.

Para GONÇALVES⁹⁵, considerando a área de administração, teríamos os seguintes parâmetros:

- Administrador hospitalar: 1/300 leitos
- Contador: 1/200 leitos
- Agente/ auxiliar administrativo⁹⁶: 1/5 leitos
- Escriturário/datilógrafo 1/15 leitos

Para MEZOMO⁹⁷, a administração absorve 14% do total de funcionários do hospital.

⁹⁵ GONÇALVES, op. cit., p. 124.

⁹⁶ Constatamos que a categoria profissional de auxiliar administrativo não possui indicadores mais refinados de produção e produtividade. Os auxiliares administrativos (agente administrativo, escriturário, etc.) são uma categoria profissional que tem tarefas muito variáveis, o que dificulta a geração de indicadores. Daí a necessidade de mensuração em termos de horas trabalhadas das tarefas realizadas.

⁹⁷ MEZOMO, João. op. cit., p. 50.

Segundo o Modelo de Hospitais Universitários⁹⁸, temos os seguintes parâmetros para pessoal de administração:

- para o pronto socorro é de 0,25 hora por atendimento;
- para o ambulatório é de 0,5 hora por consulta ambulatorial.

Lembramos que a área de administração inclui os setores de:

- Compras, suprimentos, patrimônio e almoxarifado
- Custos e orçamento
- Faturamento
- Informática
- Recursos humanos
- Secretarias, expediente, recepção e protocolo
- Superintendências, diretorias e assessorias
- Tesouraria

Comentário: A grande dificuldade está em se determinar quais são as áreas de administração, ou seja, quais áreas deveriam ser classificadas como de administração, para depois quantificarmos suas necessidades de pessoal, evitando - se a duplicação de funções administrativas e de pessoal.

⁹⁸ Ministério da Educação, op. cit. p. 57.

A informatização da área administrativa, diminuirá o contingente de pessoas necessárias, como por exemplo o retrabalho de digitação.

Temos, também o efeito contrário, ou seja o aumento de pessoal de controle e coordenação administrativa, dado não só o relacionamento com os planos de saúde e seguradoras, como também o aumento da complexidade dos vários controles administrativos a serem realizados no hospital.

A vantagem de considerarmos estes parâmetros, está em poder utilizá-lo como sinalizador, para não deixar o hospital super (ou sub) dimensionado na área administrativa, além de servir como elemento balizador nas discussões técnicas sobre recursos humanos.

Devemos realizar estudos de racionalização e mensuração das tarefas administrativas que devem ser realizadas, e evitar com isto, as ociosidades e os retrabalhos.⁹⁹

3.2. Almoxarifado

Encontramos na literatura os seguintes parâmetros adotados.

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar¹⁰⁰, temos:

1 almoxarife para 800 itens movimentados por mês no hospital
1 auxiliar de almoxarife para 250 itens movimentados por mês no hospital
2 almoxarife por setor de Controle de Estoque ¹⁰¹

⁹⁹ Exemplo comum nos hospitais é a digitação das contas médicas que se caracteriza como retrabalho. Temos também os controles e registros duplicados, pois os sistemas de informática não conversam entre si, e os cadastros não são relacionais e segmentados. Boa parte dos nossos gerentes também não estão preparados, ainda, para administrar através de indicadores e relatórios gerenciais retirados do cadastro.

¹⁰⁰ Secretaria de Estado da Saúde, op. cit., p. 24.

¹⁰¹ Secretaria de Estado da Saúde, op. cit., p. 26.

Para PATERNO¹⁰², temos:

Hospitais Gerais até 300 leitos, um funcionário para cada 50 leitos.
Hospitais Especializados, longa permanência, até 300 leitos 1 funcionário para cada 100 leitos.

O mercado adota o seguinte parâmetro:¹⁰³

Compras mais almoxarifado = 2% do total de funcionários do hospital

Comentário: O setor de compras e guarda materiais é economicamente muito importante para hospitais, corresponde a 20% de seus custos totais. Este é um indicador econômico importante, encontrado num grande número de hospitais.

O sistema de distribuição dos materiais, para consumo, bem desenhado, evita desperdícios e desvios, podendo justificar um número maior de funcionários.

Com a informatização, padronização de materiais e medicamentos, temos uma influência decisiva na diminuição do número de funcionários, no setor de guarda e distribuição de materiais e medicamentos. A adoção do código de barras e a leitura ótica, é outro fator de diminuição de pessoal neste setor.

3.3. Bibliotecário

Encontramos na literatura os seguintes parâmetros para os bibliotecários:

1 bibliotecário para cada hospital com mais de 200 leitos ¹⁰⁴
--

¹⁰² PATERNO, Dario. Administração de materiais no hospital. Compras, almoxarifado e farmácia. CEDAS – São Paulo 1987, p. 343.

¹⁰³ Parâmetro utilizado no dimensionamento de recursos humanos, não constante da literatura.

¹⁰⁴ GONÇALVES, op. cit., p.124.

1 bibliotecário para cada hospital com mais de 150 leitos¹⁰⁵

Para cada serviço de documentação científico e para cada biblioteca, temos a necessidade de um bibliotecário.

Comentário: No caso de hospitais de ensino e pesquisa, nós ampliaríamos o conceito de biblioteca para centro de documentação. Este centro daria apoio aos trabalhos de pesquisa e ensino, como também serviria de memória para os estudos realizados. Neste novo conceito é claro que teríamos um aumento do número de pessoal, como arquivistas, bibliotecários, fotógrafos, etc.

3.4. Compras

Encontramos na literatura o seguinte parâmetro, para o setor de compras.

1 auxiliar administrativo para 400 itens comprados por mês¹⁰⁶

Comentário: O setor de compras como visto anteriormente é um setor economicamente importante. O cadastro com bons fornecedores e o estabelecimento de parcerias com estes, diminuiria a quantidade de pessoal.

O estabelecimento de Comissões de Compras, com a utilização dos profissionais das especialidades no processo, diminui o número de funcionários fixos, aumentando a qualidade deste processo, dada a participação da área interessada.

No setor público, devido a lei 8666/93 (lei que regulamenta as licitações), temos um aumento da quantidade de pessoal, dada a exigência maior de procedimentos administrativos.

¹⁰⁵ BORGES, op. cit., p. 28.

¹⁰⁶ Secretária de Estado da Saúde, op. cit., p. 26.

Devemos considerar as compras via internet, com o auxílio dos sites, que é uma tendência natural de relacionamento comercial entre o hospital e seus fornecedores, o que trará reflexos sobre a quantificação do pessoal de compras e guarda materiais (diminuição de espaço de estocagem).

3.5. Comunicações

Em comunicação social (jornalismo, publicidade e relações públicas), acreditamos que a existência de um profissional para os hospitais com mais de cem leitos é o suficiente. Para hospitais acima de 200 leitos necessitaríamos de 2 profissionais.

O número de funcionários para a área de comunicações administrativas¹⁰⁷, segundo o Modelo Hospitais Universitários¹⁰⁸ é dado pela seguinte fórmula:

= 0,02 x (leitos ocupados + atendimentos de pronto socorro + consultas de ambulatório, por dia).

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar¹⁰⁹, temos o seguinte parâmetro:

Comunicação e Protocolo

- 1 escriturário¹¹⁰ para cada 50 leitos
- 1 continuo porteiro para cada 100 leitos

¹⁰⁷ Comunicação Social é o trabalho dos jornalistas, publicitários e relações públicas. Comunicação administrativa é o trabalho de recepção, distribuição e envio de papéis, malotes, telefonemas, etc.

¹⁰⁸ Ministério da Educação, op. cit., p. 56.

¹⁰⁹ Secretaria do Estado da Saúde, op. cit., p. 26.

¹¹⁰ O escriturário hoje está sendo substituído pelo digitador. Com a comunicação eletrônica dos dados, e com a prática dos profissionais digitarem suas informações, o número de digitadores tende a diminuir.

- 5 telefonistas para cada mesa de PABX

Para GONÇALVES¹¹¹, temos os seguintes parâmetros:

Comunicação e Portaria

- Porteiros: 4 para cada portão
- Auxiliares de portaria: 4 para cada portão
- Ascensoristas: 2 para cada elevador
- Guardas: 1 para cada 100 leitos
- Telefonistas: 4 por mesa de PABX
- Mensageiro: 1 por cada 150 leitos

Comentário: As áreas de comunicações administrativas, recepção, portaria e segurança devem trabalhar de forma integrada. O desenho deste sistema (comunicação e portaria) deve ser integrado, interdependente e racionalizado. A sistematização das competências, atribuições, fluxos, escalas de trabalho, etc., é importante no sentido de se evitar duplicações e paralelismos de atuação, tão comum nos hospitais, e com isto conseguir uma efetividade maior dos serviços.

A intranet pode e deve diminuir a circulação de papéis no interior do hospital, com reflexos na utilização dos tempos de feitura e distribuição de documentos e realização de registros, e portanto, como consequência teríamos redução no número de pessoas. O sistema de câmaras de vídeos e circuito interno de monitores de vigilância, tem o mesmo efeito com relação a pessoal de segurança.

¹¹¹ GONÇALVES, op. cit., p. 124.

A adoção de portas eletrônicas, com senhas, com relação aos porteiros, seria outro exemplo da utilização da tecnologia com fator de aumento da eficácia dos serviços e diminuição do quadro de pessoal.

Para a área de comunicação social, os serviços tendem a ser terceirizados.

3.6. Enfermagem

O setor de enfermagem tem muitos fatores que interferem no dimensionamento de recursos humanos. (vide Anexo I). É também o setor onde temos o maior número de estudos sobre dimensionamento de recursos humanos, o que é de se esperar, dado o contingente de pessoal que enfermagem representa e da sua atuação nas 24 horas do dia no hospital.

Os fatores determinantes das necessidades de pessoal de enfermagem¹¹² são a saber:

- tipo de pacientes assistidos;
- período de permanência e distribuição desses pacientes;
- extensão da semana de trabalho;
- turnos de trabalho (manhã/tarde/noite);
- as sobreposições de turnos (12x36) e turnos de 6 horas;

¹¹² Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria de Higiene e Saúde. Superintendência Médico Hospitalar de Urgência. Estudo preliminar para o estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na Superintendência Médico – Hospitalar de Urgência. S/D, p. 5.

- tamanho do hospital (distribuição, disposição da área física, capacidade de leitos, capacidade instalada para atendimento ambulatorial e pronto socorro);
- sistema de referência e contra referência;
- qualidade da assistência a ser prestada;
- qualidade do pessoal de enfermagem e composição;
- tecnologia incorporada para o desenvolvimento da assistência;
- participação de outros profissionais.

Os tempos padrões de enfermagem em cada uma das áreas do hospital, determina quanto em horas por dia o enfermeiro deve dar de atendimento a um paciente internado. Segundo o Modelo de Hospitais Universitários, para enfermagem este tempo é em média de 4 horas por dia, para internação clínica, cirúrgica, obstétrica e berçário. Esta determinação não vale para a UTI (unidade de terapia intensiva), USI (unidade de terapia semi - intensiva) que necessitam de 8 e 6 horas, respectivamente. Para a hemodiálise e pacientes de hospitais de reabilitação o tempo médio é de 1 hora.¹¹³

Um atendimento de emergência de pronto socorro e uma consulta de ambulatório (médio) por atendimento, temos o padrão de 0,5 hora para cada uma.¹¹⁴

Em estudo da Superintendência Médico Hospitalar de Urgência¹¹⁵, o Serviço de Enfermagem apresenta os seguintes parâmetros, para consultórios ou salas de atendimento:

¹¹³ Ministério da Educação. op. cit., p. 65.

¹¹⁴ Ministério da Educação, op. cit., p. 38.

¹¹⁵ BORGES, op. cit., p. 32.

1 enfermeiro para 10 consultórios ou salas
1 auxiliar de enfermagem para 3 consultórios ou salas
1 auxiliar operacional de serviços diversos para 2 consultórios.

Encontramos os parâmetros de 4 horas de enfermagem por paciente internado e 8 horas de enfermagem por paciente cirurgia, no Modelo de Hospitais Universitários.¹¹⁶

Para MACHLINE¹¹⁷, temos os seguintes parâmetros:

- a) um leito dia – ocupado requer quatro horas de enfermagem;
- b) uma consulta ambulatorial requer 0,05 do tempo de enfermagem necessário para um paciente dia, ou seja, $0,05 \times 4 \text{ horas} = \underline{0,2 \text{ hora}}$.

Exemplos:

- a) Internação: Um hospital com 2000 leitos e 90% da taxa de ocupação. A média das horas de enfermagem para internação é estimada em 4 horas de atendimento por paciente internado. Temos:

$2000 \text{ leitos} \times 90\% = 1800 \text{ leitos ocupados}$

$(1800 \text{ leitos ocupados} \times 4 \text{ horas de trabalho} \times 7 \text{ dias na semana}) / 36 \text{ horas semanais} = 1680 \text{ funcionários de enfermagem}$, mais 20% de IST, temos um total de 2016 funcionários de enfermagem para internação.

¹¹⁶ Este é um valor médio estimado por internação e cirurgia.

¹¹⁷ MACHLINE, op. cit., p. 15.

b) Cirurgia: Um hospital com 1000 cirurgias por mês.

A média das horas de enfermagem por operação/parto é de 8 horas, incluindo o tempo de preparo do material para intervenção.

O total indicado pela fórmula corresponde ao pessoal de enfermagem dos centros cirúrgicos, obstétrico e ou material de esterilização.

Temos então:

1000 cirurgias mês x 8 horas = 8000 /162 horas mês por funcionários de enfermagem (36 horas por semana x 4,5 semanas).

= 49,3 = 50 + 10(IST) = 60 funcionários de enfermagem mês para cirurgia.

O Conceito Cuidados Progressivos¹¹⁸

O cuidado progressivo aos pacientes é um conceito dinâmico que pode ser aplicado a hospitais de qualquer tipo ou tamanho. Teoricamente, seis elementos compõem o cuidado progressivo¹¹⁹, a saber:

1. Cuidado intensivo – pacientes em estado crítico
2. Cuidado intermediário – pacientes com dependência total
3. Auto – cuidado (cuidado mínimo) pacientes fisicamente auto - suficientes
4. Cuidado por prazo longo (ou crônicos) – pacientes que exigem cuidados de enfermagem por longo período

¹¹⁸ Prefeitura do Município de São Paulo. op. cit., p. 5.

¹¹⁹ De acordo com o nível de dependência do paciente em relação à enfermagem.

5. Cuidado domiciliar – pacientes com cuidados em sua casa

6. Cuidado ambulatorial – pacientes com cuidados ambulatoriais

O padrão - horas de enfermagem¹²⁰: para calcular o padrão horas de enfermagem por nível de atenção, foram comparados diversos valores utilizados nas instituições pesquisadas, governamentais e particulares, e foi tirada uma média entre as instituições que possuíam maior valor / hora de enfermagem e as que possuíam menor valor/hora de pessoal de enfermagem. A preocupação foi adequar o valor encontrado com as necessidades de sua unidade de trabalho, considerando o tipo de clientela, a intensidade de atenção aos pacientes em relação a sua faixa etária (pediatria e neontologia), considerando a característica e o propósito do cálculo, dentro do critério de assistência progressiva (cuidados progressivos).

Chegou-se ao seguinte padrão de hora – enfermagem¹²¹:

Tipo de cuidado	Tipo de paciente	
	Adulto / hora	Pediatria / hora
Intensivo	18	18
Semi – intensivo	10	10
Intermediário	4,5	5,5
Mínimo	2,5	4,5

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar¹²² os parâmetros de enfermagem por clínica, em termos de tempo médio de atenção de pessoal de enfermagem, por paciente, por dia, são os seguintes:

¹²⁰ Prefeitura do Município de São Paulo, op. cit., p. 6.

¹²¹ Prefeitura do Município de São Paulo, op. cit., p. 6.

¹²² Secretaria do Estado da Saúde. op. cit., p. 19.

Clínicas	Enfermagem/ paciente/dia
Clínica médica	4 horas
Clínica cirúrgica	5,5 horas
Clínica pediátrica	6 horas
Clínica obstétrica	6 horas
Clínica psiquiátrica	5,5 horas
Berçário patológico	8 horas
UTI	12 horas
Clínica MI /AIDS	7 horas
Clínica queimados	10 horas

A partir dos tempos médios de atenção para chegar-se ao cálculo do pessoal necessário, utilizou-se a seguinte fórmula:

Pessoal de enfermagem necessário por clínica =

$$= \frac{\text{Horas de enfermagem/clínica x taxa de ocupação/diária/dias da semana}}{\text{Jornada de Trabalho Semanal}} + \text{IST}$$

A Organização Pan-americana da Saúde¹²³, fundamentada em parâmetros empíricos apontou 33 pessoas de enfermagem para 100 leitos, durante o período de 24 horas e uma enfermeira nível superior para cada grupo de quatro auxiliares.

Para GONÇALVES os cuidados de enfermagem em 24 horas por doente, varia de acordo com a especialidade, podendo estimar-se os seguintes tempos médios de atenção¹²⁴:

- Clínica Médica: 3,4 horas
- Pediatria: 4,9 horas

¹²³ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). In GAIDZINSK, Raquel Rapone. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. Tese de livre docência. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1998. p. 25.

¹²⁴ GONÇALVES, op. cit., p. 122.

- Cirurgia: 3,5 horas
- Obstetrícia: 4,2 horas
- Berçário: 2,3 horas
- UTI: 9 horas

Para chefias, férias e substituições, GONÇALVES, propõe 20% do total enfermeiros e 15% de auxiliares de enfermagem como índice de segurança técnico.

A Secretaria de Estado da Saúde através da Portaria CVS – 9, de 16 de julho de 1998, trata da obrigatoriedade de médicos e enfermeiros nos hospitais:

“impõe-se disciplinar a presença de funcionários médicos e enfermeiros, durante 24 horas do dia, no interior das dependências dos estabelecimentos assistenciais de saúde que, por suas características e finalidades, funcionam ininterruptamente e que possuem unidades de internação (hospitais).”

Em seu artigo 1º, estabelece a obrigatoriedade de médicos e enfermeiros nas 24 horas do dia, presentes no interior de suas dependências, distribuídas quantitativamente de forma proporcional à concentração de atividades e demanda por atendimentos que se verificam nos períodos da manhã, tarde e noturno.

Em seu parágrafo 3 do artigo 1º, estabelece que os estabelecimentos assistenciais (hospitais) deverão manter Escalas de Trabalhos Mensais, contendo os nomes dos profissionais médicos e enfermeiros exclusivos de suas unidades de internação.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, através da resolução 189, estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de pessoal de

enfermagem nas instituições de saúde. Esta resolução, em seu artigo 4º, estabelece (para efeito de cálculo como horas de enfermagem por leito, nas 24 horas), o seguinte:

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

No parágrafo 2º, este mesmo artigo, coloca que o total de profissionais de enfermagem deve ser acrescido do índice de segurança técnico (IST) não inferior a 30% do total.

No artigo 5º estabelece a seguinte distribuição percentual, observando o Sistema de classificação do paciente¹²⁵:

- 1) assistência mínima e intermediária = 27% do total de enfermeiros e 73 % de técnicos e auxiliares de enfermagem.
- 2) assistência semi - intensiva: 40% de enfermeiros e 60% de técnicos e auxiliares de enfermagem.
- 3) assistência intensiva : 55,6 % de enfermeiros e 44,4 % de técnicos e auxiliares de enfermagem.

¹²⁵ O Sistema de Classificação de Paciente analisa o grau de complexidade assistencial do paciente, determinando o tempo de assistência de enfermagem.

LANA¹²⁶ cita o estudo da OPAS que observa: as razões mínimas de pessoal de enfermagem para a área hospitalar brasileira é de 33 funcionários para cada 100 leitos, e para enfermeiro graduado é preconizada a relação 18 para 100 leitos.

Segundo ABBOUD¹²⁷, temos a seguinte distribuição de horas de enfermagem:

Unidade de Enfermagem	Enfermarias	Quartos Particulares	Outros(1)
Clínica Médica	3,4	3,4	-
Clínica Cirúrgica	3,5	3,5	-
Terapia Intensiva	-	-	12,0
Terapia Semi – Intensiva	-	-	7,0
Pediatria	4,9	5,5	-
Obstetrícia	4,2	4,2	-
Obstetrícia Puerpério	4,2	6,5	-
Bercário	2,3	2,3	-
Centro Cirúrgico	-	-	8,0
Centro Obstétrico	-	-	8,0

Em outros casos consideramos pessoal que se encontra em atividades exposto a pacientes em tratamento em locais especializados.

A Jornada de Trabalho semanal interfere diretamente no total de funcionários de enfermagem necessários ao setor. Temos jornada de:

Unidade de enfermagem 7 dias
Unidade de centro cirúrgico 6 dias
Unidade de centro obstétrico 7 dias
Unidade de centro material 7 dias
Unidade de ambulatório 6 dias

A Carga Horária Semanal pode variar de 36 a 48 horas no máximo de acordo com a CLT – (artigos nº58 à 65).¹²⁸

¹²⁶ LANA, F. C. F et al. Características da rede hospitalar de Ribeirão Preto: Categoria de financiamento, cobertura populacional e recursos humanos. Medicina. Ribeirão Preto, 26(3): 408-418, julho/set.1993.

¹²⁷ ABBOUD, op. cit., p.4.

¹²⁸ A constituição de 1988 fixou a jornada máxima de trabalho em 44 horas semanais.

Distribuição de pessoal de enfermagem por categorias

Elemento	Composição
Enfermeiro	5%
Técnico de enfermagem	10%
Auxiliar de Enfermagem	25%
Atendente de enfermagem ¹²⁹	60%

Distribuição por turnos : obedecendo os princípios legais dispostos na CLT, se faz em três turnos¹³⁰

Horário	Turno	Distribuição 1	Distribuição 2
6:00 h/14:00h 7:00h/15:00h	Manhã	50%	40%
14:00h/22:00h 15:00h/23:00h	Tarde	30%	30%
22:00h/6:00h 23:00h/7:00h	Noite	20%	30%

A distribuição 1 refere-se a todas unidades, excetuando-se as Unidades de Terapia Intensiva, Pediatria e Emergência.

A distribuição 2 refere-se às Unidades excetuadas acima.

Indicador de Qualidade¹³¹

Relação enfermeiro por leito, tem sido utilizada como um indicador de qualidade.

Período 1992 – 1996

¹²⁹ Os conselhos de enfermagem não reconhecem mais a profissão de atendente de enfermagem. Os percentuais de atendente de enfermagem passam para auxiliares de enfermagem e estes para técnicos de enfermagem.

¹³⁰ ABBOUD, op. cit., p. 8.

¹³¹ Boletim de Indicadores do PROAHSA. Ano I nº 01 – abril. 1997, p. 3.

Amostra de 80 hospitais participantes do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) Associação Paulista de Medicina

Conselho Regional de Medicina – São Paulo

Ano	Relação enfermeiro leito
1992	0,04
1993	0,08
1994	0,06
1995	0,11
1996	0,14

Verificamos que esta relação é crescente, que pode significar maior qualidade dos serviços de enfermagem.

Indicador de Qualidade (1994 – 1997)¹³²

Enfermeiro:

Média histórica informada por 13 hospitais selados do CQH – Variação da relação enfermeiros leito = 0,55 a 0,08. Mediana = 0,3.

Média histórica informada por 13 hospitais não selados do CQH.

Variação da relação enfermeiros leito = 0,44 a 0,02.

Mediana = 0,16.

¹³² Boletim de Indicadores do PROAHS. Ano II nº11 – novembro/dezembro. CQH Programa de Controle de Qualidade Hospitalar. APM. CRM –SP, 1998. p. 3.

Indicador de Qualidade¹³³

Relação enfermeiros por leito:

Ano	Enfermeiro por leito
1992	0,04
1993	0,08
1994	0,06
1995	0,07
1996	0,10
1997	0,12
1998	0,14

Série histórica do indicador “enfermeiro por leito” de hospitais gerais de pequeno, médio e grande portes, públicos e privados, participantes do programa CQH no período de 1992 a 1998, no Estado de São Paulo.

Indicador de Qualidade¹³⁴

Relação enfermeiro/leito mediana = 0,22

Amostra de 51 hospitais participantes do Programa de Qualidade Hospitalar (CQH) mantido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Dados Referentes ao 1º Semestre de 1999.

Comentário: Existem muitas pesquisas e trabalhos sobre quantificação de pessoal de enfermagem, selecionamos aqueles com critérios e valores mais dispersos, e de épocas diferentes, com o intuito de dar maior abrangência ao estudo.

¹³³ Boletim de Indicadores do PROAHSA. Ano III n°13– março/abril. 1999, p. 3.

¹³⁴ Boletim de indicadores do PROAHSA. Ano III n°14. maio /junho. 1999, p. 3.

Temos em enfermagem vários estudos buscando uma melhor quantificação dos recursos humanos, levando-se em conta toda a complexidade da assistência, no entanto, não podemos abandonar a visão institucional, o equilíbrio e a ponderação com as demais áreas assistenciais.

Enfermagem detém de 33% à 40% do quadro de recursos humanos do hospital. Como os custos do hospital em recursos varia de 50% a 60%, temos enfermagem sendo responsável entre 17% a 24% dos custos totais do hospital. Este é um indicador importante em termos economico-financeiros.

A relação enfermeiro por leito é um indicador de qualidade de serviços de enfermagem no hospital. Os dados nas diversas fontes consultadas mostram que esta relação é crescente.

Adotar o índice de segurança técnico no valor de 30% considero excessivo¹³⁵, dado que os autores trabalham com um campo de variação de 20% a 28%, com uma mediana de 24%. Com 30% eu estaríamos pelo menos 6% acima. Este valor é significativo não só pelo percentual, como também, por enfermagem ser um dos grandes contingentes de profissionais dos hospitais.

Uma vantagem no setor de enfermagem, dado seu grande contingente, é o exercício da alocação conforme necessidades do dia. Pelo menos 20% do pessoal¹³⁶ de enfermagem, tem treinamento para ser alocado no setor de maior necessidade no dia, independente da especificação, e sem prejuízo dos serviços.

¹³⁵ A Secretaria de Estado da Saúde, através do Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral a Saúde (CADAIS-1991), determinou o índice de 33% para cobertura de folgas, férias e licenças. In GAIDZINSKI, op. cit., p. 44. CAMPEDELLI et al, propõe 37% para unidade clínica médica. In GAIDZINSKI, op. cit., p. 42.

¹³⁶ Não queremos desconsiderar ou eliminar as especialidades do pessoal de enfermagem, mas temos que admitir que 20% exprime razoavelmente aqueles profissionais de maior polivalência e portanto adaptáveis em situações de emergência.

3.7. Engenheiro

Encontramos o seguinte parâmetro¹³⁷:

1 engenheiro para hospital com mais de 300 leitos

Comentário: Considerando apenas as áreas de manutenção de prédio e equipamentos, este parâmetro já está subdimensionado. Hoje nós temos um número bem maior de equipamentos dentro dos hospitais, apesar da manutenção ser terceirizada, necessitamos de planejamento e coordenação desta manutenção para não prejudicar o andamento dos serviços. Daí a necessidade de pelo menos um engenheiro clínico nos quadros dos hospitais para coordenar esta manutenção de equipamentos e outro para a manutenção predial. É claro que vai depender do parque tecnológico instalado, a área construída, a qualificação dos profissionais de manutenção envolvidos, etc.

3.8. Estatístico

Encontramos os seguintes parâmetros:

1 estatístico para hospital com mais de 150 leitos¹³⁸

1 estatístico para cada 200 leitos¹³⁹

Comentário: Profissional para realizar trabalhos no SAME, estudos estatísticos no serviço de atendimento ao cliente (SAC), e gerar indicadores de epidemiologia hospitalar, ou seja, realizaria trabalhos e/ou orientações nestas três grandes áreas. O volume e a complexidade dos trabalhos são os fatores determinantes do número

¹³⁷ BORGES, op. cit., p. 23.

¹³⁸ BORGES, op. cit., p. 23.

¹³⁹ GONÇALVES, op., cit., p. 123.

de estatísticos a serem utilizados. Devemos dimensionar estas atribuições dentro da carga horária de trabalho dos profissionais.

É importante salientar, o grau de utilização dessas informações geradas no processo decisório do hospital, para poder justificar a existência desse profissional.

3.9. Farmácia

Para a AHA¹⁴⁰ temos seguinte o parâmetro, para pessoal de farmácia:

Horas pagas/ paciente dia ajustado = 0,32

Cada paciente dia internado requer 0,32 hora de assistência farmacêutica.

Exemplo: Um hospital com 400 pacientes dia ajustado x 0,32 = 128 horas dia de pessoal de farmácia.

128 horas dias / 8 horas funcionário dia = 16 funcionários + 3 IST = 19 funcionários de farmácia para 400 pacientes por dia ajustado.

Para Grupo de Assessoria Hospitalar¹⁴¹, temos o seguinte parâmetro, para o Serviço de Farmácia com distribuição de dose individualizada:

1 farmacêutico para cada 50 leitos
1 escriturário para cada 50 leitos
1 auxiliar de farmácia para cada 15 leitos
1 atendente para o setor
1 almoxarife para o setor

¹⁴⁰ American Hospital Association (AHA). Hospital Administratives Services. Chicago. 1979. in Ministério da Educação, op. cit., p. 44.

¹⁴¹ Secretaria da Saúde, op. cit., p. 6.

O Modelo de Hospitais Universitários¹⁴², aponta que uma requisição de medicamentos, contendo 255 apresentações, um atendente de farmácia leva 3 horas para atender a essa requisição e mais 3 horas em serviços de recebimento, armazenamento e controle dos medicamentos.

Segundo o estudo, que acompanha os parâmetros dados pela AHA, temos: para internação clínica, cirúrgica, obstétrica, berçário, UTI, USI e tratamento por hemodiálise, por 24 horas, necessita-se de 0,32 hora por paciente-dia internado de assistência farmacêutica.

Para cirurgia (média) por cirurgia de internação, pronto socorro e ambulatorial, necessita-se de 0,32 hora de assistência farmacêutica.

Para um atendimento de emergência de pronto socorro (média), consulta de ambulatório (média), hospital de pacientes crônicos e de reabilitação por 24 horas e atendimento domiciliar é proposto 0,032 hora de assistência farmacêutica por paciente dia internado.

Em estudo realizado por ROSA¹⁴³, temos indicadores de tempos gastos e consultas farmacêuticas, a saber:

Tempo de assistência farmacêutica no serviço de informação medicamentosa

¹⁴² Ministério da Educação, op. cit., p. 44.

¹⁴³ ROSA, Victor Hugo Travassos da. Implantação da atenção farmacêutica num grande hospital brasileiro. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo – São Paulo maio de 2000.p. 18.

Percentual dos pedidos	Tempo gasto
39%	atendimento imediato
32%	atendimento no dia
22%	atendimento de 1 a 3 dias
7%	mais de três dias
100%	-

Estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Origem das consultas farmacêuticas¹⁴⁴:

Médicos	76,7%
Enfermeiros	10,0%
Outros	13,3%
	100,0%

Para GONÇALVES¹⁴⁵, temos os seguintes parâmetros:

1 farmacêutico para 200 leitos
1 auxiliar de farmácia para cada 100 leitos.
1 auxiliar de serviços diversos para cada 100 leitos.

Para MACHLINE¹⁴⁶, temos o seguinte parâmetro:

Horas pagas/paciente – dia ajustado = 0,30
--

Comentário: Realizando as simulações, no caso dos farmacêuticos, verificamos que existe uma grande variação quanto a quantidade de profissionais, dependendo do parâmetro utilizado.

¹⁴⁴ ROSA, Victor Hugo Travassos da. op. cit., p. 13.

¹⁴⁵ GONÇALVES, op. cit., p. 123.

¹⁴⁶ MACHLINE, op. cit., p. 6.

Lembramos que a utilização de dose unitária e individualizada, como a manipulação e fabricação de medicamentos, aumentam o número de pessoal de farmácia.

O fator determinante do dimensionamento do quadro de pessoal na farmácia é a complexidade de sua assistência, em termos de manipulação, dispensação e assistência clínica.

3.10. Faturamento

No caso do setor de faturamento, temos que medir o tempo e o número de lançamentos feitos pelo pessoal do hospital analisado.

O número de funcionários administrativos pode ser encontrado através da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Tempo de lançamento}^{147} \times \text{n}^\circ \text{ de lançamentos diários}}{\text{8 horas de trabalho}} =$$

Comentário: O setor de faturamento tem uma importância fundamental na receita dos hospitais, não só evitando-se as glosas com relação as medicinas de grupo, como cobrando aquilo que deve ser cobrado dos pacientes particulares, inclusive também, não deixando de cobrar, aquilo que deve ser cobrado.

O sistema de auditoria médica, análise de contas e faturamento, com a tendência a se trabalhar com pacotes de procedimentos, informatizar os lançamentos e

¹⁴⁷ É importante considerar a complexidade do lançamento.

transmitir dados eletronicamente, que é o estágio em que atravessamos, tende a diminuir o número de profissionais e aumentar a sua qualificação profissional. Leitura e interpretação de contratos, aplicação de tabelas e negociação, são três dos requisitos necessários ao perfil destes profissionais.

3.11. Fisioterapeuta

Encontramos o seguinte parâmetro¹⁴⁸:

Um fisioterapeuta para cada 10 leitos nos turnos da manhã ou tarde. Considerando turnos de 6 horas.

3.12. Lavanderia e rouparia

Dados da AHA¹⁴⁹ indicam que num período de 2,7 horas de trabalho são lavados 43 kg de roupa, ou 0,0628 hora por kg de roupa lavada. Para o Brasil, segundo o Estudo de Hospitais Universitários¹⁵⁰ é esperado 50 kg de roupa lavada para 8 horas de serviço. Assim o tempo padrão passa a ser de 0,64 hora por dia por paciente internado, ou 0,16 hora para cada kg de roupa lavada.

Segundo o Modelo de Hospitais Universitários temos os seguintes parâmetros:

Hospital geral : 4 kg / paciente / dia
Maternidade: 6 kg / paciente/ dia
Pronto Socorro : 6 kg / paciente/dia
Um auxiliar de lavanderia lavaria 50 kg de roupa por dia.

¹⁴⁸ Ministério da Saúde. Portaria nº 3617, de 29 de março de 1998.

¹⁴⁹ Associação Americana de Hospitais (AHA) in Ministério da Educação, op. cit., p. 52.

¹⁵⁰ Ministério da Educação, op. cit., p. 52.

Para MEZOMO¹⁵¹, um empregado de lavanderia lava de 60 kg a 80 kg por dia de trabalho de 8 horas, parâmetro também adotado por ABBOUD¹⁵².

Para GONÇALVES¹⁵³, temos como parâmetro:

Um auxiliar para cada 10 leitos

Sendo que o hospital lava de 4 a 6kg de roupa/leito/dia.

Exemplo: Um hospital lava 1200 kg de roupa por dia. Adotando-se o parâmetro de 50 kg dia funcionário, teremos $1200: 50 = 24$ auxiliares + 5 (IST) = 29 auxiliares de lavanderia no total.

Indicador Geral

Roupa Lavada (kg) por funcionário da lavanderia - dia ¹⁵⁴	
Segundo natureza jurídica	por funcionário lavanderia (kg)
Público	59
sem fins lucrativos	73
com fins lucrativos	27
Segundo porte	por funcionário lavanderia (kg)
Médio	31
Grande	46
Extra	82

Fonte: PROAHSA

Os dados referem-se ao período de junho de 1996 a julho de 1997 e foram informados por 28 hospitais do Brasil.

¹⁵¹ MEZOMO, João. op. cit., p. 50.

¹⁵² ABBOUD, op. cit., p. 9.

¹⁵³ GONÇALVES, op. cit., p.124.

¹⁵⁴ Boletim de Indicadores do PROAHSA. Ano II. n°8. maio/junho. 1998. p. 4.

Dado de produtividade funcionário – lavanderia¹⁵⁵.

Porte de hospital	kg de roupa lavada por funcionário da lavanderia/mês		
	Mínimo	Máximo	Médio
Pequeno	-	-	1465,11
Médio	308,28	2912,05	1510,58
Grande	815,76	3221,85	2012,22
Extra	-	-	868,78

Fonte: PROAHSA

Os dados referem-se às médias mensais do ano de 1996. Trinta e um hospitais da Grande São Paulo, sendo 16 públicos e 15 privados.

Comentário: Os parâmetros de recursos humanos da lavanderia são próximos, dada as várias fontes, isto se explica por ser uma área de produção, como de um produto qualquer, que não envolve o paciente.

A variabilidade de quantificação de recursos humanos, encontram-se na mensuração da quantidade real de toneladas de roupas lavadas por dia¹⁵⁶, e do grau de modernidade (em termos tecnológicos) dos equipamentos e instalações utilizados na lavanderia.

3.13. Limpeza e higienização

Com os equipamentos de limpeza e higienização existentes no país, uma pessoa pode limpar uma área equivalente a 200m². Segundo o Modelo de Hospitais Universitários para cada leito do hospital há uma área de 45m², para o pronto socorro 1m² e para o ambulatório 1m² para cada atendimento, e cada 1 m² requer

¹⁵⁵ Boletim de Indicadores do PROAHSA. Ano I. n° 1, 1997. op. cit., p. 4.

¹⁵⁶ Os hospitais não pesam periodicamente as quantidades de roupas lavadas.

0,03 h homem de limpeza. Assim o tempo padrão poderia ser estipulado em 1,35 hora¹⁵⁷ por leito ocupado.

Para MEZOMO¹⁵⁸, temos os seguintes parâmetros:

- a) 80 m² por hora para um funcionário. São Paulo.
- b) 60 m² por hora para um funcionário. Brasília.

Para ABOUD¹⁵⁹, que utiliza o conceito de dotação de pessoal, temos o seguinte parâmetro:

Um empregado limpa cerca de 50 m² por hora, em um dia de 8 horas poderá limpar cerca de 350 m².

Para MACHLINE¹⁶⁰, coloca os seguintes parâmetros:

Dado 80 m² por leito

Horas pagas/ 100 m² = 35

Exemplo: Hospital com 200 pacientes – dia = 16000 m² (200x80 m²)

35 x 16000 = 560000 horas /100 = 5600 horas por mês

5600 horas/ 220 horas por mês (4,5 semanasx44horas) = 23,6 = 24 funcionários + 5 (IST) = 29 funcionários de limpeza.

¹⁵⁷ Ministério da Educação, op. cit.; p 31.

¹⁵⁸ MEZOMO, João. op. cit.; p. 50. Interessante e curiosa a distinção, em horas, feita por Mezomo.

¹⁵⁹ ABOUD, op. cit., p. 9.

¹⁶⁰ MACHLINE, op. cit., p. 7.

Parâmetros utilizados pelo mercado e aceitos pelos hospitais.

- a) 1 funcionário para cada 400 m² dia de limpeza (área administrativa).
- b) 1 funcionário para cada 200m² dia de limpeza (centro cirúrgico, centro obstétrico, unidade de terapia intensiva).
- c) 1 funcionário para cada 300m² de limpeza para todo hospital.

Comentário: Temos a terceirização desses serviços pelos hospitais, que passam a ser realizados por empresas especializadas. O controle passa a ser pelo serviço realizado, mas estes parâmetros são úteis dentro desse processo de controle e na elaboração do contrato (protocolo) e na supervisão técnica dos serviços pelo contratante.

3.14. Manutenção

O parâmetro adotado pela AHA¹⁶¹ é de 16 horas por mês para 100 m² de área hospitalar. No Brasil é adotado o dobro do tempo, ou seja 30 horas por mês para cada 100m², fazendo o calculo teríamos um tempo de 0,45 hora.¹⁶²

Para, GONÇALVES¹⁶³, temos os seguintes parâmetros:

Carpintaria/ marcenaria: 1 para cada 100 leitos.
Eletricidade/comunicações: 1 para cada 100 leitos.
Obra e estrutura: 1 para cada 100 leitos.

¹⁶¹ Associação Americana de Hospitais (AHA), in Ministério da Educação, op. cit., p. 54.

¹⁶² Ministério da Educação, op. cit., p. 54.

¹⁶³ GONÇALVES, op. cit., p. 124.

Para conservação e reparos MACHLINE¹⁶⁴, trabalha com o seguinte parâmetro:

$\text{Horas pagas/ } 100\text{m}^2 = 16 / \text{mês}$
--

Exemplo: hospital com 300 pacientes-dia, e sabendo que o $\text{m}^2/\text{leito} = 100$, temos:

$30\ 000\ \text{m}^2 = 4800\ \text{horas/mês} = 21\ \text{funcionários} + 4\ (\text{IST}) = 25\ \text{funcionários de manutenção}$.

Comentário: Nestes parâmetros não estão contemplados os equipamentos eletrônicos e elétricos. Encontramos nos hospitais contratos de manutenção de equipamentos, pois, no próprio contrato de compra, já está explícita a necessidade da assistência técnica especializada.

Temos que desenhar um sistema de manutenção de equipamentos, que envolve funcionários próprios e terceiros, aparecendo a figura do engenheiro clínico, como gestor do sistema.

3.15. Médicos

Encontramos na literatura os seguintes parâmetros.

A) Unidades de internação:

Médicos diaristas: médico que cumpre sua jornada de trabalho em termos diários oferecendo atenção horizontal.

¹⁶⁴ MACHLINE, op. cit., p. 8.

Recomendam-se os seguintes parâmetros para médicos diaristas leitos¹⁶⁵:

Clínica médica	1 médico/10 leitos
Clínica cirúrgico	1 médico /8 leitos
Clínica pediátrica	1 médico/10 leitos
Clínica ginecológica	1 médico/10 leitos
Clínica psiquiátrica	1 médico/15 leitos
Berçário normal	1 médico/20 berços
Berçário patológico	1 médico/8 leitos
UTI	1 médico/5 leitos
Clínica AIDS	1 médico/6 leitos

Aplica-se o índice de segurança técnico nos setores dimensionados acima.

Médicos - plantonistas: médico que cumpre sua jornada de trabalho semanal em função de plantões de 12 horas (noturnos e diurnos) a fim de oferecer atenção vertical as intercorrências clínicas.

Os parâmetros recomendados são os seguintes:¹⁶⁶

Clínica médica / MI	1médico/50 leitos/dia
Clínica cirúrgica	1 médico/50 leitos /dia
Clínica pediátrica	1 médico/50 leitos/dia
Clínica ginecológica	1 médico / 20 leitos/dia
Clínica psiquiátrica	1 médico / 50 leitos/dia
Berçário normal	1médico/50 berços/dia
Berçário patológico	1médico / 20 berços /dia
UTI	1 médico/5 leitos/dia
Clínica AIDS	1 médico/ 15 leitos /dia

¹⁶⁵ Secretaria do Estado da Saúde. op. cit., p.18.

¹⁶⁶ Secretaria de Estado da Saúde. op. cit., p. 19.

Lembramos que a cobertura de plantões para setores de internados nos finais de semana poderá ser na proporção de 1/12 ou 1/20. Nos plantões de domingo deve-se prever com carga dobrada para efetuar a prescrição, tais como 2/12 e 2/20.

Aplica-se também o índice de segurança técnico nos setores dimensionados acima.

BORGES trabalha com os seguintes parâmetros para unidade de internação:

Médicos diaristas:

- medicina interna: 1 médico/ 10 leitos
- clínica pediátrica: 1 médico / 10 leitos
- clínica cirúrgica: 1 médico / 5 leitos
- clínica obstétrica: 1 médico / 15 leitos
- berçário: 1 médico / 20 berços
- clínica psiquiátrica: 1 médico / 30 leitos
- clínica fisiológica: 1 médico / 30 leitos
- clínica de tratamento intensivo e similares: 1 médico / 5 leitos
- médicos especialistas para hospitais especializados: 1 médico / 50 leitos
- cirurgia cardíaca: 1 médico / 2 leitos

Médico ou equipe médica¹⁶⁷:

Para um paciente internado nas clínicas médicas, cirúrgicas, obstetria e berçário o atendimento médico necessário é de 0,5 hora por dia. Enquanto que para um paciente internado na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) se faz necessário 1 hora por dia e na USI (Unidade de Terapia Semi Intensiva) 0,75 hora por dia, para pacientes em recuperação ou reabilitação e pacientes crônicos pode ser gasto 0,5 hora a cada dez dias ou 0,05 hora por dia.

Para hemodiálise a visita médica é esporádica e é requerido 0,05 hora por dia, enquanto que para emergência e para o atendimento no ambulatório se faz necessário 0,25 hora por consulta ou atendimento.

A resolução número 74/96 do Conselho Federal de Medicina, no seu artigo 1 °, aponta a necessidade de haver médico capacitado a executar manobras de reanimação e suporte vital, presente 24 horas do dia, em todas as unidades de saúde nas quais existem pacientes em regime de internação.

B) Cirurgia:¹⁶⁸

Para a determinação do tempo padrão do cirurgião foi feita uma média entre cirurgias longas e curtas. Estimasse que o tempo padrão de uma cirurgia é de 4,68 hora, e para a internação seria necessária 0,5 hora de cirurgião para cada paciente internado. Além disso temos os seguintes valores de pessoal para uma cirurgia:

Equipe médica: 1,8 profissional por cirurgia

Equipe de enfermagem 1,5 profissional por cirurgia

¹⁶⁷ Ministério da Educação, op. cit., p. 64.

¹⁶⁸ Ministério da Educação, op. cit., p. 40.

Tempo médio de uma cirurgia: 2,1 hora

C) Área ambulatorial

Os parâmetros do modelo assistencial da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – CADAIS,¹⁶⁹ são:

a) consultas médicas / habitantes: 4 consultas/ hab./ ano

b) consultas médico/hora: 4 consultas/hora

c) consultas de especialidade médico/hora: 3 consultas/ hora

Para atendimento ambulatorial: 1 médico/ consultório / turno¹⁷⁰

Para diagnóstico: 1 médico / aparelho fixo

O Ministério da Saúde¹⁷¹ e o INAMPS, estabeleceram 15 minutos, em média, para uma consulta ambulatorial.

D) Área de urgência - emergência

Para o CADAIS¹⁷² temos o parâmetro:

consultas médico/hora: 6 consultas/hora

¹⁶⁹ Secretaria de Estado da Saúde, op. cit., p. 8.

¹⁷⁰ BORGES, op. cit., p. 31.

¹⁷¹ Ministério da Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1987, 2º ed.

¹⁷² Secretaria de Estado da Saúde, op. cit., p. 8.

Para BORGES¹⁷³ temos os parâmetros:

consultas médico / turno:

	Turno 4 horas	Turno 6 horas
S.P.A.	20	28
Clínica Especializada	14	20

Índice de consultas hora – médico (ICHM) : relação entre o numero de consultas realizadas em um determinado período e o numero de horas medico contratadas no mesmo período.

$$\text{ICHM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas realizadas em um determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas médico contratadas no mesmo período}}$$

Índice de consultas - médico (ICM) : relação entre o numero de consultas realizadas em um determinado período e o numero de médicos no ambulatório no mesmo período.

$$\text{ICM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas realizadas em um determinado período}}{\text{N}^\circ \text{ de médicos no ambulatório no mesmo período}}$$

Os índices acima descritos medem a produção e produtividade médica. A produtividade é dada por médico e por hora trabalhada.

Média de consultas/médico/turno:

Turno de 4 horas – 16 consultas

¹⁷³ BORGES, op. cit., p. 14.

Turno de 6 horas – 20 consultas

Comentário: Para o ambulatório, o dimensionamento de médicos, nesta área assistencial, depende basicamente do número de consultórios e turnos realizados por dia, um médico/ consultório/ turno e das demandas das consultas.

Para o pronto-socorro, o dimensionamento de médicos do pronto socorro depende da demanda de atendimentos de urgência; das especialidades a serem atendidas; da área física e dos equipamentos disponíveis.

O dimensionamento de médicos para um hospital geral é complexo. Utiliza-se o critério de produção (exames, consultas, cirurgias, etc.) que nem sempre é corretamente contabilizado. Temos que medir o grau das complexidades e as intercorrências dos casos, o que é muito variável, interferindo no processo de mensuração de pessoal e da produtividade dos médicos. Devemos começar pela mensuração dos atos e procedimentos mais rotineiros e simples, e com aproximações, de caso a caso, no sentido do mais simples para o mais complexo, pode-se chegar a um modelo padrão.

3.16. Nutrição

A assistência nutricional deve possuir atendimento sistematizado, dividido em nível primário, secundário e terciário, de acordo com o grau de complexidade dos procedimentos do nutricionista, e o grau de envolvimento da dieta nos resultados do tratamento¹⁷⁴.

O nível primário é o resultado das atividades de hotelaria, de produção de refeições, de ações amplas de adequação às necessidades e condições dos

¹⁷⁴ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Divisão de Nutrição e Dietética. Manual de organização, boas práticas da qualidade. São Paulo, 1998. Capítulo ODND006.

pacientes. Os níveis secundário e terciário exigem anamnese completa, exames laboratoriais, avaliação corpórea e nutricional com ou sem bioimpedância, desintometria óssea e outros exames mais complexos em nível terciário¹⁷⁵.

Os condicionadores do processo de assistência nutricional e do quantitativo de pessoal, são:

- condições dos equipamentos de produção;
- área física utilizada para produção;
- processo de aquisição de materiais e reposição dos equipamentos;
- nível de informatização dos processos;
- sistema de distribuição;
- número de especialidades clínicas e complexidade de atendimento.

Atendimento Nutricional por Níveis¹⁷⁶

NÍVEL	Internação		Ambulatório	
	Ideal	Realizado/95	Ideal	Realizado/95
Primário	30%	40%	15%	1%
Secundário	55%	45%	35%	38%
Terciário	15%	15%	50%	59%

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar¹⁷⁷, considerando:

5 refeições por paciente dia

¹⁷⁵ Hospital das Clínicas. op. cit., ODND006.

¹⁷⁶ Hospital das Clínicas, op. cit., ODND015.

¹⁷⁷ Secretaria de Estado da Saúde. op. cit., p. 26.

1 refeição funcionário dia

8 mamadeiras lactente dia

40 horas de trabalho por semana por funcionário

Temos a sequência de parâmetros:

1 nutricionista para cada 50 leitos
1 auxiliar administrativo para o SND
Pessoal de Produção = 1 funcionário direto produz 35 refeições por dia.

Distribuição dos funcionários proposta para o Serviço de Nutrição e Dietética.

20% cozinheiros

25% atendente de nutrição

20% copeiros

25% serventes

10% auxiliar de nutrição

Para GONÇALVES¹⁷⁸, temos como parâmetros:

1 nutricionista para 100 leitos
1 dietista ¹⁷⁹ para 50 leitos
1 auxiliar de nutrição para cada 6 leitos

¹⁷⁸ GONÇALVES, op. cit., p. 123.

¹⁷⁹ Este profissional não está previsto na legislação atual. Observação: segundo os cálculos do Serviço de Nutrição (HCFMUSP), temos 15 minutos por refeição servida, ou 90 minutos por paciente dia internado.

Para MACHLINE¹⁸⁰, temos com parâmetro:

$$\boxed{\text{Horas pagas} / 100 \text{ refeições} = 30}$$

Levando em consideração:

40 horas de trabalho por semana por funcionário

8 horas de trabalho por dia

5 refeições por dia por paciente

O sistema de distribuição de refeição pode ser centralizado ou descentralizado. Esta classificação interfere na quantificação dos recursos humanos necessários. No sistema descentralizado temos as copas de apoio nas alas, o que leva a um aumento do número de funcionários necessários. Não podemos esquecer que a distribuição é simultânea, ou seja, as mesmas atividades acontecem num mesmo horário.

Os dados da AHAs indicam 30 horas para a preparação e distribuição de 100 refeições. Para o Brasil os dados indicam 40 refeições para um período de 8 horas, lembrando que são servidas cinco refeições por dia. Assim o tempo padrão passa a ser de 1 hora por dia por paciente internado¹⁸¹.

Temos o estudo de TRIGO e RONCADA, que preconiza um percentual de 10% a 15% do número de funcionários do hospital, para determinar o número de

¹⁸⁰ MACHLINE, op. cit., p. 7.

¹⁸¹ Ministério da Educação, op. cit., p.51.

funcionários do SND¹⁸². Este estudo conclui que o tempo padrão por refeição servida é de 15 minutos¹⁸³, padrão este determinado na década de 50.

Para ABOUD¹⁸⁴, que utiliza o conceito de dotação de pessoal, temos como parâmetro: a regra geral é de um funcionário para cada 8 leitos, com o acréscimo de 20% devido a faltas ou licenças.

Segundo MEZOMO¹⁸⁵, o parâmetro para dimensionamento de pessoal de alimentação (nutrição) é dado por leito e o quadro de pessoal total do hospital.

Em relação ao número de leitos do hospital, para cada oito leitos um funcionário de nutrição. Acrescentando 20% sobre o total por motivo de faltas ou licenças (IST).

Em relação ao quadro de pessoal do hospital, pode ser considerado 6, 8, 10 ou 12% do total de funcionários do hospital, porém 8% é um número confiável e muito bom, segundo a autora.

Distribuição aproximada do pessoal de nutrição:

Administração	15%
Recebimento de estocagem	8%
Preparo de gêneros	11%
Cocção	20%
Merenda, lanche, desjejum	5%
Cafeteria	7%
Copas de distribuição	20%
Lavagem de louça e faxina	8%
Serviço noturno	6%
Total	100 %

¹⁸² TRIGO, M. e RONCADA, M. J. n° 4,5,6/88. op. cit., p. 54.

¹⁸³ TRIGO, M. e RONCADA, M. J. n° 4,5,6/88. op. cit., p. 51.

¹⁸⁴ ABOUD, op. cit., p. 10.

¹⁸⁵ MEZOMO, Iracema. A Administração dos Serviços de Alimentação. CEDAS. SP. 1985. p.220-225.

Para BARQUIM¹⁸⁶, o parâmetro para alimentação é dado por um dietista e mais dez pessoas de cozinha para cada 50 leitos.

Para o Conselho Regional de Nutricionistas¹⁸⁷, encontramos os seguintes parâmetros:

Tabela A

n° de refeições/dia	n° de nutricionistas
Até 250	Poderá ser o próprio responsável técnico
De 251 a 500	Um
De 501 a 2000	Dois
De 2001 a 5000	Três
de 5001 a 10000	Quatro
Mais de 10000	Aplica-se sucessivamente a tabela acima

Tabela B (somar a A)

n° de leitos	N° de nutricionistas
até 50	Poderá ser o próprio responsável técnico
De 51 a 100	Um
De 101 em diante	Utilizar a proporção 1:100 leitos

¹⁸⁶ M. BARQUIM, C., Dirección de hospitales sistemas de atención médica. Sexta Edición. Interamericana. México. 1992. p. 129.

¹⁸⁷ Conselho Regional de Nutricionistas – 3ª Região. Instrução Normativa n° 33 de 10 de maio de 1990. São Paulo. Estabelece a obrigatoriedade de um nutricionista responsável técnico.

Não estão previstos, nestas tabelas, nutricionistas para as atividades de : prescrição dietética, atendimento ambulatorial, lactário, cozinha metabólica, férias, licenças, folgas e treinamento.

Esta instrução normativa (33/90) evoluiu para a Instrução Normativa 050/99¹⁸⁸, a saber:

Tabela C

Nº de refeições por dia	nº mínimo de nutricionistas	Carga horária mínima semanal
Até 100	01 (RT)	10 horas
101 a 250	01 (RT)	20 horas
251 a500	RT +01	30 a 40 horas
Maior que 500	RT +QT conforme critérios das tabelas B e O	30 a 40 horas

RT =responsável técnico QT = Quantidade total

¹⁸⁸ Conselho Regional de Nutricionistas – 3ª Região. Instrução Normativa CRN 3 - nº 50 de 15 de abril de 1999. São Paulo.

Tabela D

Níveis de atendimento	de	n° de leitos	n° mínimo de nutricionistas	
			Quadro técnico	
			6 horas/dia	8 horas/dia
Primário		Cada 60	-	+01
		Cada 45	+01	-
Secundário		Cada 30	-	+01
		Cada 25	+01	-
Terciário		Cada 20	-	+01
		Cada 15	+01	-
Educação e/ou treinamento e pesquisa em serviço		A partir de 200	+02	+02

Obs: Veja anexo II

Tabela E

Unidade	Indicador	N° mínimo nutricionistas (QT)	Carga horária mínima semanal
Banco de leite humano	Por estabelecimento	01	40 horas
Lactário	n° leitos de pediatria (acima de 30)	01	40 horas
Ambulatório	n° atendimentos/dia (consultas iniciais e subsequentes) e carga horária	01	40 horas com média de 10 atendimentos/dia, sendo: 4 iniciais 6 subsequentes (retornos)

Nas entidades onde não há definição clara dos níveis de atendimento clínico prestado aos pacientes (TABELA D), seja pelo porte/nº de leitos do hospital, pelas especialidades atendidas, condições da equipe técnica, etc., deverão então ser avaliados os fatores descritos a seguir (TABELA F).

Neste caso, considerar concomitantemente as seguintes TABELAS: C e F ou C, E e F.

Tabela F

Nº de leitos	nº mínimo nutricionistas	Carga horária mínima semanal
Até 20	01 (RT)	10 horas
21 a 50	01 (RT)	20 horas
51 a 100	RT + 01 (QT)	30 a 40 horas
	RT + QT analisado conforme o seguinte critério:	30 a 40 horas
	A cada 60 leitos + 01 QT	40 horas
	A cada 45 leitos +01 QT	30 horas

Comentário: A variável tecnologia é uma das determinantes na quantificação de recursos humanos para a nutrição. A modernidade dos equipamentos, e sua utilização intensiva e automatizada, reduz o número de profissionais e aumenta a produtividade. O estado da entrega dos alimentos, descascados, cortados, pré-cozidos, etc. para o setor de nutrição, é outro fator que reduz a quantidade de mão de obra.

Quanto a assistência nutricional ela tende a ser cada vez mais especializada, necessitando-se de um número maior de horas de trabalho dos profissionais de nutrição. As tabelas citadas demonstram isto.

3.17. Odontologia

Segundo BORGES¹⁸⁹, temos os seguintes parâmetros:

Consultas odontológicas/por odontólogo/turno:

a) Odonto-clínica: 18 consultas/turno de 6 horas

24 consultas/turno de 8 horas

b) Odonto-pediatria: 15 consultas/turno de 6 horas

20 consultas/turno de 8 horas

Serviço de odontologia:

a) para atendimento ambulatorial: 1 odontólogo por equipe

b) para administração, chefias, férias e substituições: 10% do total de odontólogos

Comentário: Verificamos neste caso, um número menor do índice de segurança técnico, ou seja, 10%.

3.18. Psicólogo

Como indicador de psicólogo¹⁹⁰, temos o exemplo do INCOR (Instituto do Coração), que em 1987, tinha no seus quadros 20 psicólogos para 240 leitos,

¹⁸⁹ BORGES, op. cit., p. 15.

¹⁹⁰ BELLKISS, Wilma Romano Lamosa. O Psicólogo clínico no hospital: contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil. Tese de Doutorado. Área de Psicologia Clínica da Pontifícia universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 1987. p. 63.

estabelecendo uma relação de 1 psicólogo para 20 leitos, o que era considerado na época como três vezes mais psicólogos do que qualquer outro hospital brasileiro, ou seja, a proporção era de um psicólogo para 60 leitos. A relação encontrada era de um psicólogo para 62,5 leitos, segundo BELKISS.

O cálculo era o seguinte¹⁹¹, para dimensionar o número de psicólogos:

- paciente 6 dias de permanência (média)
- psicólogo trabalha 8 horas por dia
- tempo de atendimento individual 50 minutos + 10 minutos para registro e evolução
- capacidade de atendimento 7 pacientes/dia, reservando 1 hora/dia para atividades residuais (locomoção, perda com pacientes que se deslocam para exames, desarquivamento de prontuário, etc.)
- supõem-se que o paciente seja atendido 2 vezes por semana

O psicólogo teria capacidade para atender 17,5 pacientes por semana.

A tabela a seguir permite visualizar os resultados da pesquisa,¹⁹² segundo a capacidade do hospital e o número de psicólogos contratados. Nota-se que cerca de 80% dos hospitais cuja capacidade é de 50 a 500 leitos têm entre 1 a 3 psicólogos; 83% dos hospitais com mínimo de 200 e mais que 500 leitos, têm de 4 a 7 psicólogos contratados; e cerca de de 86%, cujo número de leitos seja maior que 200, têm mais do que 7 psicólogos contratados.

¹⁹¹ BELKISS, op. cit., p. 65.

¹⁹² BELKISS, Wilma Romano. O Psicólogo clínico em hospitais no Brasil. Tese de Livre Docência. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo 1997. p. 99.

Distribuição segundo o Número de Psicólogos Contratados e o Número de Leitos do Hospital

Número de psicólogos	Número de leitos				Total
	<50	50-199	200-199	>500	
1-3	4 (8,33%)	29 (60,42%)	10 (20,83%)	5 (10,42%)	48
4-7	0 (0,00%)	7 (17,07%)	25 (60,98%)	9 (21,95%)	41
>7	1 (0,86%)	15 (12,93%)	32 (27,59%)	68 (58,62%)	116
Não há	1 (4,76%)	3 (14,29%)	10 (47,62%)	7 (33,33%)	21
total	6	54	77	89	226

3.19. Recepção

a) Controle de visitas:

O número de pessoal para o controle de visitas é dado pela seguinte equação:

Pessoal de controle de visitas = 0,01 X leitos ocupados¹⁹³

b) Zeladoria:

Para GONÇALVES¹⁹⁴, temos como parâmetros:

1 auxiliar para cada 100 leitos

1 servente para cada 100 leitos

¹⁹³ Ministério da Educação, op. cit., p. 57.

¹⁹⁴ GONÇALVES, op. cit., p. 124.

3.20. Registro, triagem, admissão e transferência

Para as atividades de triagem, registro, admissão e transferência, encontramos o tempo de 0,5 hora por consulta de ambulatório.

Para o agendamento de consultas, temos 0,25 hora por consulta de ambulatório.

Para a manutenção de prontuário de paciente externo, temos 1 hora por consulta de ambulatório.

No total temos o tempo de 1,175 hora para uma consulta.

Para a emergência o tempo é de 0,175 hora.¹⁹⁵

Comentário: Acreditamos que com a informatização e treinamento do pessoal, bem como, os desenhos desses processos feitos obedecendo aos padrões e critérios da racionalidade administrativa, teremos uma diminuição desses tempos padrões.

3.21. SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico)

O padrão da AHA¹⁹⁶ é de 1,94 funcionário hora por alta de paciente internado. A duração média de uma internação é de 5,5 dias, assim o tempo padrão fica sendo $1,94 : 5,5 = 0,3527$ h por paciente internado dia.

No caso do SAME num hospital universitário, considerando a relevância do setor (ensino e pesquisa), o Estudo de Hospitais Universitários¹⁹⁷, eleva o tempo padrão para 0,5 hora.

¹⁹⁵ Ministério da Educação, op. cit., p.50.

¹⁹⁶ Ministério da Educação, op. cit., p.48.

¹⁹⁷ Ministério da Educação, op. cit., p.48.

Para o atendimento de emergência e consulta ambulatorial, é atribuído o tempo padrão de funcionário do SAME de 0,01 hora; e de 0,1 hora para pacientes dia de hospitais auxiliares e domiciliares.

Para GONÇALVES¹⁹⁸, temos os seguintes parâmetros:

Estatístico 1 para 200 leitos
Auxiliar administrativo 1 para 50 leitos
Datilografo/escriturário 1 para 50 leitos

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar¹⁹⁹, temos o seguinte parâmetro:

1 funcionário para cada 8 leitos

Com a seguinte distribuição dos funcionários:

85% auxiliares administrativos

10% arquivistas

5% estatístico

Para MACHLINE²⁰⁰, temos o seguinte parâmetro para o SAME:

Prontuário:

Horas pagas/saída = 1,67

¹⁹⁸ GONÇALVES, op. cit., p. 123.

¹⁹⁹ Secretaria de Estado da Saúde, op. cit., p.25.

²⁰⁰ MACHLINE, op. cit., p. 7.

Estatística:

Horas pagas/saída = 0,27

Total = 1,94

Exemplo: supondo que as saídas por mês sejam 4, e o hospital tenha 300 leitos. Temos:

300 leitos produzem 1200 saídas por mês.

Horas pagas no SAME = $1200 \times 1,94 = 2328$ ou seja $2328/196 = 11,8 = 12$ funcionários, mais 3 (IST) = 15 funcionários no total do SAME.

Comentário: Os trabalhos e estudos, em termos de quantidade e complexidade realizados pelo SAME, são fatores determinantes do dimensionamento do quadro de pessoal deste setor. A informatização dos cadastros e a implementação do prontuário eletrônico, também têm influência decisiva na fixação do quadro de pessoal.

3.22. Segurança

A quantificação do número de seguranças necessários é calculada em função de duas variáveis básicas²⁰¹, a saber:

- a) portas de entrada existentes e horário em elas permanecem abertas; e
- b) rondas necessárias internas ou externas ao hospital.

²⁰¹ PICCHIAI, Djair. Estudo sobre quantificação de pessoal. Hospital São Lucas. Aracaju. São Paulo. Mimeografado.1998. p. 4.

A porta de entrada é portanto uma variável definidora do número de seguranças necessários, quanto menor o seu número e o horário em que permanece aberta, menor será o número de seguranças necessários.

Exemplo: Um hospital com 7 portas.

- 2 portas permanecem 24 horas abertas
- 5 portas permanecem 12 horas abertas

Como resultado temos:

hospital com 7 portas no total e seguranças trabalhando 40 horas semanais 8 horas/dia (para os funcionários que trabalham 36 horas por semana utiliza-se 6 horas/dia ao invés de 8 horas/dia).

2 portas x 24 horas = 48 horas

5 portas x 12 horas = 60 horas

Total = 108 horas : 8 horas diárias = 13,5 = 14 seguranças

14 seguranças + 3 (IST) + 2 (rodízio) = 19 seguranças no total

Rodízio (ou rotação) é a substituição dos seguranças nas folgas e horários das refeições pelos colegas.

Os seguranças para a ronda se calcula por área construída, e deve se levar em se externa ou interna ou ambas. O parâmetro é de 5 horas/mês para 100m².

A ronda interna tem a função de verificar se as portas e janelas estão fechadas, luzes apagadas, aparelhos desligados, torneiras fechadas, além de cuidar do

patrimônio do hospital e segurança dos profissionais e pacientes que neles estão presentes.

Para a Associação Hospitalar Americana²⁰² temos como parâmetro:

O padrão é de 5 horas pagas por mês em zeladoria e segurança, para 100m ² de área
--

Para MACHLINE²⁰³, no caso do Brasil, temos o seguinte parâmetro:

O padrão é de 10 horas por mês em zeladoria e segurança para cada 100m ² de área.
--

Exemplo: um hospital com 10000 m² de área construída, o número de seguranças para cada ronda interna deverá ser:

Segundo AHA o parâmetro é de 5 horas por 100m²:

$10000:100 = 100 \times 5 \text{ horas} = 500 \text{ horas de segurança mês.}$

$500 \text{ horas de segurança mês} / 176 \text{ horas de trabalho por segurança (22 dias e 8 horas/dia)} = 2,84 = 3 \text{ seguranças} + 1 \text{ (IST)} = 4 \text{ seguranças.}$

Para GONÇALVES²⁰⁴, para controle de portaria, temos com parâmetro:

Porteiro: 4 por portão
Auxiliares de portaria: 4 por portão
Ascensoristas: 2 por elevador
Guarda: 1 para 100 leitos

²⁰² American Hospital Association (AHA). Hospital Administratives Services. Chicago. 1979. Medianas de 3000 hospitais norte-americanos. Citado por MACHLINE, op. cit., p.3.

²⁰³ MACHLINE, op. cit., p. 8.

²⁰⁴ GONÇALVES, op. cit., p. 124.

Comentário: Os serviços de segurança são terceirizados, no entanto, estes parâmetros servem para discutir o quantitativo da segurança a ser estabelecida no contrato. Também são utilizados pelo hospital contratante para se fazer supervisão técnica, dos serviços terceirizados de segurança.

3.23. Serviço de diagnóstico, laboratório, radiologia, hematologia, e outros

O modelo de Hospitais Universitários²⁰⁵, estabelece os seguintes parâmetros para o serviço:

Internação clínica por 24 horas: 0.734 hora por paciente-dia internado.

Internação cirúrgica por 24 horas: 0.734 hora por paciente-dia internado.

Obstetria por 24 horas: 0.734 hora por paciente-dia internado.

Berçário por 24 horas: 0.734 hora por paciente-dia internado.

UTI por 24 horas: 0.734 hora por paciente-dia internado.

USI por 24 horas: 0.734 hora por paciente-dia internado.

Hemodiálise por tratamento: 1.00 hora por paciente-dia internado.

Uma cirurgia (média) por cirurgia de internação, pronto socorro e ambulatorial:
1.00 hora.

²⁰⁵ Ministério da Educação, op. cit., p.66.

Um atendimento de emergência pronto socorro (média) por atendimento: 0.188 hora.

Uma consulta de ambulatório (média) por atendimento: 0.225 hora.

Hospital crônico por 24 horas: 0.5 hora para um paciente-dia internado.

Hospital de reabilitação por 24 horas: 0.5 hora para um paciente-dia internado.

A domicilio por 24 horas: 0.5 hora para um paciente-dia internado.

Indicador geral para laboratório

Número de Exames Laboratoriais por funcionário de laboratório²⁰⁶

Segundo a natureza jurídica

Hospitais	Lucrativo	Não lucrativo	Público
Exame/funcionário	457,55	584,39	734,31

Segundo o tamanho (porte)

Hospitais	Médio	grande	Especial
Exame/funcionário	431,55	403,04	829,09

Segundo o tipo do hospital

Hospitais	Geral com especialidades	Geral	Especializado
Exame/funcionário	838,99	521,03	426,48

²⁰⁶ Boletim de Indicadores do PROAHSA. N° 14. Ano III. maio/junho. 1999. p. 4.

3.24. Serviço social

O padrão da AHA²⁰⁷ é 0,06 hora por paciente dia internado. No caso brasileiro, o Modelo de Hospitais Universitários²⁰⁸ propõe os seguintes tempos padrões:

Paciente dia internado : 0,18 hora
Atendimento de pronto socorro e ambulatorial: 0,10 hora

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar,²⁰⁹ temos os seguintes parâmetros:

1 assistente social para cada 60 leitos
1 auxiliar administrativo para cada unidade de serviço social.

Para GONÇALVES²¹⁰, temos os seguintes parâmetros:

1 assistente social para cada 50 leitos.
1 auxiliar administrativo para cada 100 leitos.

Para BORGES²¹¹, temos os seguintes parâmetros, para ambulatório:

1 assistente social para 15 consultórios
--

Para BARQUIM²¹², temos os seguintes parâmetros:

2 assistentes para cada 50 leitos, 1 graduado e outro auxiliar
--

²⁰⁷ Associação de Hospitais Americanos in Ministério da Educação, op. cit., p. 56.

²⁰⁸ Ministério da Educação, op. cit., p.56.

²⁰⁹ Secretaria de Estado da Saúde, op. cit., p. 25.

²¹⁰ GONÇALVES, op. cit., p. 123.

²¹¹ BORGES, op. cit., p. 32.

²¹² M. BARQUIM C., op. cit., p. 130.

Comentário: Encontramos nos hospitais, assistentes sociais em desvio de função, cumprindo tarefas administrativas, muitas vezes, sem nenhuma ligação com a atividade do serviço social.

3.25. Telefonista

Para GONÇALVES²¹³, temos os seguintes parâmetros:

Telefonistas: 4 por mesas
Mensageiro: 1 para cada 150 leitos

Considerando turno de 6 horas:

Seis dias por semana = 36 horas semanais de trabalho da telefonista.

Exemplo: horas para uma mesa de telefonista no hospital:

7 dias x 4 turnos x 6 horas = 168 horas semanais são necessárias. Cada telefonista trabalha 36 horas semanais.

Temos:

$$168/36 = 4,66 = 5 \text{ telefonistas}$$

1 substituição

1 índice de segurança técnico

7 telefonistas no total.

²¹³ GONÇALVES, op. cit., p. 124.

3.26. Transportes

Para a determinação do número de funcionários de transporte temos a seguinte equação:²¹⁴

= 0,02 X (leitos ocupados + atendimentos de pronto socorro + consultas de ambulatório, por dia)

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos nesta pesquisa, através dos dados e informações consideradas e das caracterizações dos parâmetros e indicadores estabelecidos, o número enorme de variáveis, em vários níveis de importância, que condicionam o dimensionamento de recursos humanos nos hospitais e justificamos os casos específicos.

As variáveis intervenientes ou condicionantes²¹⁵, como fatores determinantes na composição do quantitativo e qualitativo de recursos humanos encontradas são:

- a) a estrutura organizacional e o lay out da planta física dos setores. São os números de departamentos, divisões, seções e setores organizacionais e o espaço físico ocupado por este, em termos de m², como também sua funcionalidade (deslocamentos, distâncias e tempos de espera);
- b) a produção e o nível de complexidade dos serviços do hospital; número de consultas, exames, cirurgias e internações, com a complexidade dos procedimentos e cirurgias envolvidos e os equipamentos utilizados;

²¹⁴ Ministério da Educação, op. cit., p. 55.

²¹⁵ Encontramos um número muito grande de variáveis condicionantes, segundo as obras consultadas, que resumimos na forma que se segue. É importante destacar que estas variáveis citadas estão interrelacionadas, devendo serem analisadas em conjunto, em cada caso específico.

- c) a inovação e absorção de novas tecnologias e equipamentos;
- d) o desenho dos processos produtivos de serviços internos, direto ou indiretamente ligados ao paciente;
- e) as características culturais locais, na região onde se situa o hospital;
- f) a oferta e nível salarial desejado pela mão de obra;
- g) as características sócio-econômicas dos usuários;
- h) tipo de hospital e sua finalidade;
- i) nível de resolutividade de atenção a saúde;
- j) a quantidade de especialidades médicas.
- k) a complexidade das assistências de enfermagem, nutrição e farmacêutica.

As mudanças tecnológicas, econômicas, legais e sociais alteram os parâmetros e os tempos padrões de operacionalização hospitalar, obrigando a uma revisão periódica do quadro de recursos humanos.

As alterações nos parâmetros e tempos padrões, devido à incorporação dos aumentos de produtividade, é um fato concreto. A automação e informatização são exemplos claros disto, levando, na maior parte dos casos, a uma diminuição do quadro de pessoal.

Fatores econômicos de competição através dos preços, procurando a diminuição dos custos de produção, constituem um fator importante na redução do quadro de pessoal, dado o peso deste no custo total dos serviços do hospital. Os custos das

contribuições sociais da folha de pagamento faz com que o hospital terceirize algumas atividades e serviços.

As obrigações legais geram um maior número de procedimentos técnicos e administrativos, exigindo um aumento de pessoal para seu cumprimento.

O desenvolvimento social faz com que as exigências em termos de necessidades e qualidade dos serviços aumentem, o que conduz a um aumento do quantitativo de pessoal.

As proporções de pacientes internados tendem a diminuir (hospital dia, tratamentos em nível ambulatorial, cirurgias em que o paciente não fica internado, são algumas das causas da diminuição), o que faz com que o quantitativo de recursos humanos necessários também diminua, dado o atendimento ambulatorial exigir, em média, um número menor de pessoas de apoio técnico e administrativo.

Esta pesquisa buscou o levantamento e a consolidação, das informações, de indicadores e parâmetros, mas não teve como objetivo ser definitiva, e está aberta a críticas, atualizações e aperfeiçoamentos.

Tem influências das experiências vivenciadas do autor, inclusive, também, as deformações de sua formação profissional, como por exemplo, privilegiar a visão geral.

Este trabalho busca ser útil na agilização de tomada de decisão com relação à quantificação de recursos humanos, como também identificar possíveis deficiências existentes de recursos humanos nos diversos setores do hospital.

Nossa preocupação foi relacionar os parâmetros encontrados e utilizados por profissionais e pesquisadores e também indicadores, retirados de várias realidades pesquisadas. Não utilizamos só as fontes primárias. Utilizamos os trabalhos, independente da fonte, que caracterizam uma realidade específica importante.

O fator tempo tem uma influência decisiva na formulação dos parâmetros, dada as inovações tecnológicas, no entanto, os parâmetros mais antigos, apesar de estarem, às vezes, desatualizados, indicam um método ou critério utilizado e uma visão da evolução numérica dos recursos humanos nos hospitais.

Enfatiza-se que o objetivo deste levantamento foi realizar uma leitura horizontal e institucional do quadro de pessoal do hospital, já que o hospital é uma organização, em sua plenitude, e não um amontoado de pessoas e serviços em desequilíbrio.

As fontes primárias estão nas pesquisas realizadas na Associação Americana de Hospitais, no Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana de Saúde, Secretaria da Saúde Estadual e Municipal e nas Universidades.

Acredita-se que com este trabalho deu-se um passo importante para o dimensionamento de recursos humanos do hospital.

O segundo passo seria o levantamento por setor específico da produção obtida e da infra-estrutura existente (tecnologia, espaço e materiais), bem como das características de seus recursos humanos existentes e/ou potenciais.

O terceiro passo seria a adaptação dos parâmetros à realidade encontrada, o que constituiria uma forma objetiva de se chegar ao número adequado dos recursos humanos.

VII. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS LEVANTADOS

- Boletim de Indicadores do PROHASA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de Fundação Getúlio Vargas. Ano I e Ano II – Boletins de N° 01 à N° 15.
- Conselho Federal de Enfermagem COFEN. Resolução 189 de 25 de março de 1996.
- Conselho Regional de Nutricionistas – 3ª Região – São Paulo – Paraná – Mato Grosso do Sul. Instrução normativa n° 33 de 10 de maio de 1990. São Paulo.
- Conselho Regional de Nutricionistas – 3ª Região – São Paulo – Paraná – Mato Grosso do Sul. Instrução normativa CRN – 3 n° 050/99. São Paulo.
- Gazeta Mercantil: Análise Setorial - Volume IV – Sistema Hospitalar Brasileiro, legislação estatística e cadastro.
- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central. Assistência Nutricional Documento. 24/3/1996. São Paulo.
- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Instituto Central. Relatório de Produtividade e Análise de Capacidade Instalada. Conselho Diretor. Diretoria Executiva. 1999.
- Legislação Federal: LEX– Marginália 1982 . Portaria N. 3.046 – 20 de julho de 1982. p.964.

- Ministério da Previdência e Assistência Social. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3046 de 20 de julho de 1982.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 3617, de 29 de março de 1998.
- Secretaria de Estado da Saúde. Portaria CVS-9, de 16 de julho de 1998. Publicado no Diário Oficial do Estado em 21 de Julho de 1998.

VIII. BIBLIOGRAFIA

ABBOUD, Miguel. *Dotação de pessoal na organização Hospitalar EAESP/FGVSP- AO-8202-LR*. São Paulo . 1996.

ALBRECHT, Karl. *Revolução nos serviços*. Pioneira. São Paulo. 1994.

ALCALA, Maria Única et al. “*Estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência*”. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria de Higiene e Saúde. Superintendência médico hospitalar de urgência. São Paulo. SP. 1992.

BITTAR, Viana Nogueira José Olímpio. *Produtividade em Hospitais*. Tese apresentada ao departamento de prática de saúde pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para o título de Livre-Docente em Saúde Pública – São Paulo – 1994.

BITTAR, Viana Nogueira José Olímpio. *Dimensionamento de pessoal na área hospitalar*. *Prev. Em Dados*. V. 7, N. 1, 1992, p. 10 –18.

BORGES, Delano e FILHO, Francisco José Moura. *Parâmetros de recursos humanos para unidades médico-assistenciais*. 1980.

- CARLZON, Jan. *A hora da verdade*. COP editora. Rio de Janeiro. 1990.
- COELHO Jr. C., Maeda S. T.. *Parâmetros de Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais*. Secretaria de Estado da Estado da Saúde. São Paulo. 1997.
- GAIDZINSKI, Raquel Rapone. *Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições Hospitalares*. Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1998.
- GONÇALVES, Ernesto de Lima. *Administração de Recursos Humanos em Instituição de Saúde*. Biblioteca Pioneira de Administração de Negócios. PROAHSA. São Paulo. 1987.
- HAMEL, Gary e PRAHALAD, C. K. *Competindo pelo futuro*. Editora Campus. 1995.
- Health Care in Denmark. *Ministry of Health 1*, edition, morts Copenhagen 1999.
- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Instituto Central. Manual de organização, boas práticas da qualidade*. São Paulo. 1998.
- Hospital Statistics – *Health Forum*. American Hospital Association Company. Chicago, Illinois. EUA. 1999.
- Hospital Statistics – *Healthcare Infosource* American Hospital Association Company. Chicago, Illinois. EUA. 1998.
- Instituto nacional de Administração (INA). *Avaliação dos Hospitais: Fernando Fonseca e Garcia de Orta. Relatório Final*. Portugal. Oeiras. 1999.

LEBRÃO, Laurenti e GOTLIEB, Mello Jorge. Estatísticas de Saude. EPU São Paulo – 2º ed. 1987.

M. BARQUÍM C., Dirección de Hospitales: Sistemas de Atención Médica. Sexta Edición. Interamericana. México 1992.

MACHLINE, Claude: Parâmetros para o modelo hospitalar-EAESP/FGVSP-PD8143CR- São Paulo. 1996.

Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Ministério da Saúde – Secretária de Políticas de Saúde – Departamento da Avaliação de Políticas da Saúde 2ª edição Brasília – 1999. Coordenação: Humberto de Moraes Novaes.

MARINHO, Alexandre. Estudo de Eficiência em Hospitais Públicos e Privados com a geração de Rankings. Revista de Administração Pública FGV. Rio de Janeiro. Junho 1998.

MARTINS, Maria Lúcia Ramalho. O serviço de Enfermagem: Administração e Organização. CEDAS – Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde. São Paulo, 1983.

MELLO, Joamel B. e CAMARGO, Marlene O. . Qualidade na Saúde. Práticas e conceitos, normas ISO nas áreas, médico-hospitalar e laboratorial. Publicação promovida pelo universo da qualidade.

MEZOMO, Iracema. Serviço de Nutrição e Dietética. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde. 1985.

MEZOMO, João Catarino. Administração de Recursos Humanos no Hospital – São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde, 1981.

Ministério da Educação. Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos Para Hospitais Universitários. INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação pela Fundação Getulio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Através do PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. 1992.

Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Controle, Avaliação e Auditoria. Sistema Único de Saúde. SUS/SP. Terminologia Básica Auditoria e Controle. Dezembro 1998.

Ministério da Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Centro de Documentação. Brasília. 1987. 2ª ed.

MOREIRA, Leão. Marizélia – Organização. Controle, Avaliação e Auditoria – Sistema Único de Saúde - SUS/SP. Terminologia Básica de Auditoria e Controle. Ministério da Saúde – Secretaria de Estado da Saúde. Dezembro 1998.

MORGAN, Gareth. Imagens da Organização. Brasiliense. São Paulo. 1998.

NOVAES, Humberto de Moraes. O hospital público. Tendências e Perspectivas. OPAS. Washington, 1994.

PICCHIAI, Djair. Administração de Pessoal. Departamento de Administração Geral e Recursos Humanos. EAESP – FGV. AR 0019. LI. São Paulo, 2000.

PICCHIAI, Djair. Estudo sobre quantificação de pessoal. Hospital São Lucas. Aracaju. Mimeografado. São Paulo. 1998.

PICCHIAI, Djair. Mudanças em Instituições Hospitalares: Análise do Processo e Estudo da Ação do Administrador nos Hospitais. FGV/EAESP. NPP –1998.

Recursos humanos para a área de saúde no Brasil. Pesquisa patrocinada pelo PROAHS. Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. São Paulo. 1984.

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Reforma do Estado e Mudança Institucional: O caso do IAMSPE Editora: edições FUNDAP. São Paulo. 1998.

ROMANO, Bellkiss Wilma. O psicólogo clínico em hospitais no Brasil. Tese de Livre Docência do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1997.

ROMANO, Lamosa Bellkiss Wilma. O psicólogo clínico no hospital: Contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil. Tese de Doutorado apresentada na Área de psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 1997.

ROSA, Victor Hugo Travassos da. “Implantação da Atenção Farmacêutica num Grande Hospital Brasileiro. HC – FMUSP. 2000. (material a ser publicado)

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.

Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo. Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde – CADAIS. Grupo de coordenação para assuntos de enfermagem. “Metodologia para o cálculo de pessoal de enfermagem”. SUS. São Paulo. Outubro 1991.

SENGE, Peter. A quinta disciplina: Arte, teoria e prática da organização de aprendizagem. Editora Bestseller. São Paulo. 1990.

TRIGO, Marlene e RONCADA, Maria José. Análise dos fatores intervenientes no dimensionamento do pessoal de serviços de nutrição e dietética de hospitais gerais no município de São Paulo. Revista Paulista de Hospitais. São Paulo 36(1,2,3) – 1988 p. 3-10.

TRIGO, Marlene e RONCADA, Maria José. Análise dos fatores intervenientes no dimensionamento do pessoal de serviços de nutrição e dietética de hospitais gerais no município de São Paulo. Revista Paulista de Hospitais. São Paulo. 36(7,8,9) – 1988 p. 109 – 122.

TRIGO, Marlene e RONCADA, Maria José. O emprego de um índice de adequação no estudo de dimensionamento de pessoal dos serviços de nutrição e dietética de hospitais gerais no município de São Paulo. Revista Paulista de Hospitais. São Paulo 36(4,5,6). 1988. p. 51-57.

ZUCCHI, Paola. Funcionários por Leito: estudos em alguns hospitais públicos e privados. Revista de Administração pública. 32(3):65 – 76, maio/junho, FGV Rio de Janeiro. 1998.

IX. GLOSSÁRIO

TERMINOLOGIA EM SAÚDE: (Obra : Terminologia Básica – Auditoria e controle /, Controle , auditoria e avaliação SUS / SP). Conceitos utilizados no setor saúde, e presentes nesta pesquisa.

Ambulatório: local onde se presta assistência a pacientes, em regime de não internação.

Assistência ambulatorial: modalidade de atuação realizada pela equipe de saúde a pacientes no ambulatório, em regime de não internação.

Assistência de enfermagem: modalidade de atuação realizada pela equipe de enfermagem na promoção e proteção de saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.

Assistência domiciliar: modalidade de atuação realizada pela equipe de saúde no domicílio do paciente.

Assistência hospitalar: modalidade de assistência prestada pela equipe de saúde a pacientes no hospital.

Assistência médica: modalidade de atuação realizada pelo médico na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação de pacientes.

Assistência odontologia: modalidade de atuação realizada pela equipe de odontologia na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação dos pacientes.

Pronto atendimento: unidade destinada a assistência de pacientes, com ou sem risco de vida cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato, sendo o atendimento dentro do horário do serviço do estabelecimento.

Capacidade hospitalar: número máximo de leitos que comporta o estabelecimento, respeitada a legislação em vigor.

Capacidade hospitalar de emergência: número máximo de leitos que efetivamente poderão ser utilizados em um hospital em situações anormais ou de calamidade pública, para a internação de pacientes obtém-se pela soma da capacidade instalada principal com o total de leitos auxiliares e reversíveis.

Capacidade hospitalar de operação: número de leitos efetivamente funcionários no hospital, respeitada a legislação em vigor.

Capacidade operacional principal / auxiliar: número de leitos principais / auxiliares oferecidos pelo hospital até o limite da capacidade planejada principal/auxiliar.

Capacidade operacional auxiliar: número de leitos auxiliares instalados excluídos, bloqueados e interditados, numa determinada hora ou período (utilizando a unidade leitos por hora).

Capacidade operacional principal: número de leitos principais instalados, excluídos, bloqueados e interditados num determinado dia ou período. (utilizando a unidade leitos por hora).

Censo hospitalar diário: contagem, a cada 24 horas, do número de leitos ocupados.

Cobertura dos serviços de saúde: oferta sistematizada de serviços básicos de saúde que satisfaçam às necessidades de uma população determinada, proporcionada de forma contínua, em lugares graficamente acessíveis, de forma a garantir o acesso da população aos diferentes níveis de atendimento do sistema de serviços de saúde.

Cobertura vacinal: indicador que expressa a proporção da população – alvo que foi vacinada, medindo a capacidade de alcance das metas estabelecidas conforme campanha de vacinação. Para se obter a cobertura vacinal são necessárias as seguintes informações: população – alvo, número de vacinados por idade, doses e área geográfica. A cobertura pode ser avaliada pelo método administrativo analisando as informações obtidas no sistema de registro de serviços de saúde e pelo método estatístico, que consiste em inquéritos ou levantamentos de campo, realizada através de entrevistas em adequada amostra de domicílios.

Coeficiente de incidência: constitui medida de risco de doença ou agravo, fundamentalmente nos estudos de etiologia das doenças agudas e crônicas. É a razão entre os números de casos novos de uma doença que ocorre em uma coletividade, em um intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a referida doença no mesmo período multiplicando-se por potência de 10, que é a base referencial da população.

Coeficiente / taxa: relação entre o numero de eventos reais e os que poderiam acontecer, multiplicando-se o resultado desta relação pela base referencial do denominador que é a potência de 10. Muito utilizado em saúde publica para indicar a relação (quociente) entre dois valores numéricos, no sentido de estimar a probabilidade de ocorrência ou não de determinado evento. Os dados do numerador estão sempre contidos no denominador.

Coeficiente de mortalidade: relação entre a freqüência absoluta de óbitos e o numero dos expostos ao risco de morrer. Pode ser geral, quanto inclui todos os óbitos e toda população da área comum estudo e pode ser específico por idade, sexo, ocupação, causa de morte e outros.

Coeficiente de prevalência: coeficiente que mede a força com que subsiste a doença na coletividade. Expressa-se com a relação entre o número de caso conhecidos de uma dada doença e a população, multiplicando-se o resultado pela base referencial da população, que é potência de 10, usualmente 1000, 10.000 ou 100.0000.

Consulta: procedimento prestado a um paciente , por um profissional de saúde de nível superior para fins de diagnóstico e orientação terapêutica.

Contra- referência: ato formal de encaminhamento de um paciente a instituição de origem (que o referiu) após a resolução da causa responsável pela referência , e

sempre acompanhado das informações necessárias ao seguimento do mesmo, no estabelecimento de origem.

Custo do paciente – dia: unidade de gasto representada pela média dos dispêndios diretos e indiretos dos serviços prestados a pacientes internados, em um dia hospitalar.

Dia hospitalar: período de trabalho compreendido entre dois censos de trabalho consecutivos.

Equipamentos fixos: aqueles cujo o uso se restringe ao ambiente exclusivo de operação.

Equipamentos móveis: aqueles que podem ser deslocados para diversos ambientes tais como berçários e unidades de terapia intensiva. Também chamados de equipamentos transportáveis.

Especialidades médico básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica.

Especialidades médico estratégicas: especialidade médicas que, em uma área geográfica determinada, assumem maior importância em face da prevalência de patologia específicas ou da dificuldade de acesso a estabelecimento de maior complexidade.

Garantia de qualidade: conjunto de ações planejadas e sistemáticas visando a confiabilidade adequada quanto ao funcionamento de uma estrutura, sistema, componentes de procedimento, de acordo com o padrão aprovado.

Hospital: estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, a determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório e outros serviços.

Hospital com especialidades: hospital geral destinado a prestar assistência sanitária a doentes em especialidades, além das quatro básicas.

Hospital de base: hospital de maior complexidade dentro de uma área definida.

Hospital de corpo clínico aberto: hospital que além de possuir corpo clínico próprio, permite que outro médico utilize suas instalações para prestar serviços a seus pacientes.

Hospital de corpo clínico fechado: hospital que dispõe de corpo clínico próprio, não permite que qualquer outro médico utilize suas instalações para prestar assistência a seus pacientes.

Hospital de ensino: hospital que além de prestar assistência sanitária a população desenvolve atividades capacitação de recursos humanos.

Hospital de grande porte: hospital com capacidade instalada de 151 até 500 leitos.

Hospital de médio porte: hospital com capacidade instalada de 51 até 150 leitos.

Hospital de pequeno porte: hospital com capacidade instalada de até 50 leitos.

Hospital de porte especial: hospital com capacidade instalada acima de 500 leitos.

Hospital especializado: destinado a prestar assistência sanitária a pacientes em uma determinada especialidade.

Hospital filantrópico: hospital privado, que reserva a população carente serviços gratuitos, respeitando a legislação em vigor. Não remunerar os membros de sua diretoria nem de seus órgãos consultivos, e os resultados financeiros reverterem exclusivamente a manutenção da instituição.

Hospital geral: destinado a prestar assistência sanitária a doentes nas quatro especialidades básicas.

Hospital local: presta assistência sanitária a população de uma área geográfica determinada, dentro de uma região de saúde.

Hospital geral: integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público.

Hospital público: aquele que integra o patrimônio da União, estados, distrito federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedade de economia mista.

Hospital regional: hospital que presta assistência sanitária a uma população de uma região de saúde.

Hospital secundário: hospital geral ou especializado, destinado a prestar assistência nas especialidades médicas básicas.

Hospital terciário: aquele que presta assistência além daquelas prestadas pelas especialidades básicas.

Hospital-dia: modalidade de assistência na qual os doentes utilizam, com regularidade do serviço de leito hospitalar apenas no período diurno.

Hospital-noite: modalidade de assistência na qual os doentes utiliza, com regularidade do serviço de leito hospitalar apenas no período diurno.

Incidência: número de casos novos de uma doença ocorridos em uma população em particular durante um período específico de tempo.

Índice: razão entre determinados valores. Designam um valor comparativo instituído por fato ou medidas relacionadas.

Índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente, permite estimar seu prognóstico, calculado de acordo com os sistemas de classificação de severidade utilizado.

Internação: admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou superior a 24 horas.

Laboratório hospitalar: aquele localizado dentro ou próximo de uma instituição hospitalar e que realiza exames de amostras provenientes da mesma instituição hospitalar.

Leito hospitalar: cama destinada a internação de um paciente do hospital. Refere-se a camas incluídas na capacidade instalada do hospital e localizadas em espaço numerado em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante a sua permanência hospitalar e que estão vinculadas a uma unidade de internação e a um ou mais serviços. (não considerar leitos hospitalares os destinados a unidade de terapia intensiva e os de observação)

Posto de saúde: unidade de saúde destinada a assistência médico sanitária, de forma programada, de uma população determinada, por pessoa de nível médio ou elementar, utilizando técnica apropriadas esquemas padronizados de atendimento.

Pronto – socorro: estabelecimento de saúde destinado a prestar a assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos os agravos de saúde necessitam de atendimento imediato. Funcionam 24 horas do dia e dispõe apenas dos leitos de observação.

Prontuário médico: Documento constituído de formulários padronizados destinados ao registro da assistência prestada ao paciente.

Referência: ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. A referência sempre devera ser feita após a constatação de incapacidade resolutive segundo as normas e mecanismos pré- estabelecidos.

Taxa: relação percentual entre dois valores.

Taxa (ou coeficiente de mortalidade): é a medida de freqüência de óbitos em um determinada população durante um intervalo de tempo especifico . Ao se incluir os óbitos por todas as causa tem-se o índice de mortalidade geral.

X. ANEXOS

Anexo I. Conceituação do pessoal de enfermagem (Resolução COFEN – 189)

Características relativas aos condicionantes do quantitativo de recursos humanos.

1 - Instituição/Empresa

- Missão;
- Porte;
- Estrutura organizacional e física;
- Tipos de serviços e/ou programas;
- Tecnologia e complexidade dos serviços e programas,
- Política de pessoal, recursos materiais e financeiros;
- Atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas;
- Indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.

2 - Técnico administrativa:

- Dinâmica das unidades nos diferentes turnos;
- Modelo gerencial;
- Modelo Assistencial; Métodos de Trabalho;
- Jornada de Trabalho;
- Carga Horária Semanal;
- Níveis de formação dos Profissionais;
- Padrões de desempenho dos profissionais;
- Índice de Segurança Técnica (IST) não inferior a 30%;
- Índice de proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio;
- Indicadores de avaliação da qualidade da assistência, com vistas à adequação quantitativa do quadro de profissionais de Enfermagem.

3 - A Clientela:

- sistema de classificação de pacientes (SCP);
- realidade sócio-cultural e econômica.

Anexo II. Conceituação dos níveis de assistência nutricional

Níveis de atendimento clínico em nutrição	
Primário	Prestar assistência a pacientes cuja enfermidade de base e/ou problema associado exija cuidados dietoterápicos básicos (cirurgia plástica, dermatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, psiquiatria, traumatologia-ortopedia, ginecologia, obstetrícia).
Secundário	Prestar assistência a pacientes cuja enfermidade de base e/ou problema associado exija cuidados dietoterápicos específicos (cardiologia, cirurgia, cardiovascular, endocrinologia, pneumologia, neurologia, geriatria, hematologia, emergência, gastroenterologia, clínica médica, nefrologia, neurocirurgia, oncologia, proctologia, cirurgias do aparelho digestivo).
Terciário	Prestar assistência a pacientes cuja enfermidade de base e/ou problema associado exija cuidados dietoterápicos intensivos (UTI, Cirurgia pediátrica, pediatria e centros especializados).

Anexo III. As áreas que compõem um hospital

As áreas que compõem um hospital podem ser assim classificadas:

a) Área de apoio diagnóstico e terapêutico:

Hemodinâmica
Hemoterapia
Laboratório
Métodos gráficos
Raio X

b) Área assistencial:

Ambulatório
CC/UTI (Centro Cirúrgico/ Unidade de Terapia Intensiva)
CO/CME (Centro Obstétrico/ Central de Material Esterelizado)
Enfermarias
Pronto Socorro

c) Área de apoio técnico:

Farmácia
Serviço de Nutrição e Dietética (SND)
Serviço Social
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME)

d) Área administrativa:

Almoxarifado
Compras
Comunicação
Contabilidade
Faturamento
Higiene hospitalar
Informática
Lavanderia

Manutenção
Recepção
Recursos humanos
Segurança
Telefonia
Tesouraria
Transporte
Zeladoria

Anexo IV. Fatores determinantes do modelo de dimensionamento²¹⁶

Considerando o hospital uma organização inserida no contexto de um sistema de saúde, e afim de garantir esta integração, alguns fatores são importantes e determinantes na concepção do modelo para o dimensionamento de um quadro de pessoal. Estes fatores são:

1. Política de saúde: que devem ser entendidas como as regras estabelecidas para governar funções e assegurar que elas sejam desempenhadas de acordo com os objetivos desejados pela organização. Considera-se como parte integrante desta política de saúde:

- Modelo assistencial da instituição;
- Serviços médico-assistenciais existentes;
- Perfil da demanda na unidade hospitalar;
- Grau de integração com outros serviços médico-assistenciais;
- Definição das prioridades de destinação dos recursos;
- Necessidade de cobertura populacional para a área médico-hospitalar.

2. Política de pessoal:

- Política salarial;
- Jornada de trabalho semanal;
- Período de férias regulamentares;
- Feriados oficiais;

²¹⁶ Retirado do trabalho da Secretaria de Estado da Saúde. Grupo de Assessoria Hospitalar.

- Absenteísmo (faltas, licenças e outros);
- Diferenciação de turnos por setores do hospital;
- Valorização e promoção de pessoal;
- Método e organização do trabalho;
- Flexibilidade de horas de trabalho;
- Benefícios legais.

3. Porte do hospital e grau de complexidade: através da capacidade física planejada, considera-se:

- Área total construída;
- Capacidade física de operação;
- Planta física (lay-out);
- Tecnologia incorporada;
- Estrutura organizacional;
- Qualidade de assistência a ser prestada.

Agradecemos também à aluna que participou da pesquisa que originou o presente relatório como auxiliar de pesquisas, Patrícia Di Battisti.