

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

GV - PESQUISA

**PARÂMETROS E INDICADORES DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAS
EM HOSPITAIS**

DJAIR PICCHIAI

SÃO PAULO
2009

Picchiali, Djair.

Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais / Nome dos Integrantes – 2009
Quantidade de folhas (267)

Pesquisa acadêmica – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getulio Vargas.

1. Dimensionamento; 2. Quantificação; 3. Pessoas; 4. Parâmetros; 5. Indicadores; 6. Tempo padrão; 7. Hospitais; 8. Profissões; 9. Produção; 10. Produtividade; 11. Variáveis intervenientes e condicionantes, Leitos e Profissionais.

Dedicamos a realização desta pesquisa acadêmica às pessoas que amamos, e com eles queremos compartilhar esta alegria.

Aos meus pais, que durante esta longa trajetória estiveram sempre lado a lado nos incentivando e nos mostrando os melhores caminhos a serem seguidos.

A todas as pessoas que de alguma forma torceram por nós, nos incentivando nos momentos que mais necessitávamos e esperavam esse momento tanto quanto nós, próximas ou distantes, presentes ou ausentes, mas de alguma forma foram de fundamental importância para este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Expressamos aqui nossa gratidão à GV – Pesquisa da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, pelo apoio técnico e material.

Deixamos consignados nossos agradecimentos a todos os profissionais da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas e aos profissionais dos hospitais que contribuíram para essa pesquisa.

Agradecemos a colaboração dos professores Peter Spink, coordenador do GV Pesquisa e do Centro de Gestão Pública e Cidadania e do professor emérito Claude Machline, ambos da EAESP-FGV.

Agradecemos o apoio logístico do Departamento de Administração Geral e Recursos Humanos na figura de seu chefe, Professor Fábio Luiz Mariotto.

Agradecemos a colaboração dos profissionais: Adriana Carro, Ana Maria de Cunha Campos, Claudio Collantonio, Débora Rita Burjato Santana, José Augusto Castro e Silva, Jucilene B. Mota, Leda Maria Doccosse Pavani, Leila Akemi Arashiro, Linus Pauling Fascina, Luiz Henrique Gamba, Marcos Vinícius Lopes de Miranda, Marina Kassab Carreira, Mosar Leone Mauro, Paola Carboni, Rodrigo Cesar da Silva, Santino Orce e Silvana R. V. Castellani.

Agradecemos aos Hospitais: Hospital Albert Einstein, Hospital de Itapeverica da Serra, Hospital e Maternidade Santa Catarina, Hospital e Maternidade São Luiz, Hospital Geral da Penha em São Paulo, Hospital Geral de Carapicuíba, Hospital Hcor, Hospital Nove de Julho, Hospital Estadual da Vila Alpina, Hospital São Camilo, Hospital Samaritano São Paulo, Hospital Sírio Libanês, Hospital Santa Casa de Misericórdia São Paulo e ao Hospital Sepaco pela disponibilização das informações.

Agradecemos também as alunas que participaram da pesquisa que originou o presente relatório como auxiliares de pesquisa, Bárbara Novack do CEAG - Curso de Especialização em Administração para Graduados, Camila Garcia Gonçalves, Edinéia de Oliveira e Renata Karpfenstein Guida do CEAHS - Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde.

“Medir o que é mensurável e tornar mensurável o que não é.”

(Konrad Lorenz)

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

(William Thompsom, Lord Kelvin)

“Parte de uma cirurgia é fazer o que foi planejado. Mas a outra parte é reagir aos imprevistos. Por definição, é impossível prever o imprevisto.”

(Médico Cirurgião, Dr. Ben-Hur Ferraz Neto)

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

(Conversa entre ratos sobreviventes ao ataque felino)

“Em Deus todos nós confiamos, os demais têm que nos 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)

“É bem diferente falar sobre touros e estar dentro da arena.”

(Provérbio espanhol)

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa sobre parâmetros e indicadores quantitativos de pessoas em hospitais. Objetiva levantar e consolidar os tempos padrões, parâmetros e indicadores encontrados na literatura técnica, sobre dimensionamento de pessoas em hospitais. Busca relacionar os parâmetros e indicadores com as variáveis condicionantes do dimensionamento quantitativo de pessoas em hospitais, principalmente o número de leitos e a produção hospitalar.

Palavras-chave: dimensionamento; quantificação; pessoas; parâmetros; indicadores; tempo padrão; hospitais; profissões; produção; produtividade; variáveis intervenientes e condicionantes, leitos e profissionais.

ABSTRACT: The present work is an inquiry about how measure the necessary quantity of professionals in hospitals using quantitative indicators and parameters. Its objective is search and consolidates time standards, parameters and indicators from technical literature about sizing human resources in hospitals. It look for relate parameters and indicators with conditioning variables of how determinate human resources size in hospitals principlally using indicators as number of beds and hospital production.

Keywords: measure; quantify; professional health; human resources indicators, parameters; indicators; time standards; hospitals; professions; production; productivity; intervenient and conditional variable, beds and professionals.

TABELAS

Tabela 01	Capacidade de produção por profissão	51
Tabela 02	Cobertura de absenteísmo e férias	51
Tabela 03	Índice de segurança técnica	53
Tabela 04	Variáveis operacionais gerais	60
Tabela 05	Classificação da indústria e serviços por categoria	60
Tabela 06	Classificação de hospitais nos EUA de acordo com o número de leitos	60
Tabela 07	Classificação de hospitais no Brasil por número de leitos SUS	61
Tabela 08	Número de leitos (SUS) por 1.000 habitantes, segundo as regiões administrativas no Brasil	61
Tabela 09	Indicadores nos hospitais de regiões brasileiras segundo ANAHP	62
Tabela 10	Percentual de distribuição de emprego e de estabelecimentos de serviços de saúde detalhados em 2006 nos EUA	62
Tabela 11	Capacidade dos hospitais psiquiátricos na Dinamarca	62
Tabela 12	Capacidade dos hospitais psiquiátricos	63
Tabela 13	Staff dos hospitais na Dinamarca	63
Tabela 14	Médicos/10.000 hab	64
Tabela 15	Enfermagem/10.000 hab	64
Tabela 16	Dentista /10.000 hab	65
Tabela 17	Leitos Hospitalares/10.000 hab	65
Tabela 18	Profissionais por Região/10.000 hab	66
Tabela 19	Distribuição de funcionários por grandes áreas dos hospitais estaduais no Estado de São Paulo em 2006	66
Tabela 20	Composição do quadro de pessoas	67
Tabela 21	Indicador funcionário por leito	67
Tabela 22	Composição geral do quadro de pessoal com valores médios	67
Tabela 23	Relação funcionário por leito	68
Tabela 24	Relação funcionário/leito por país em 1987	69
Tabela 25	Série histórica do indicador “funcionário por leito” de hospitais gerais de pequeno, médio e grande porte, públicos e privados, participantes do PROAHSA.	70
Tabela 26	Relação funcionários por leito, 1992	70
Tabela 27	Relação funcionários por leito, 1994	70
Tabela 28	Número de pessoas nos hospitais por grandes áreas	71
Tabela 29	Funcionários equivalentes por paciente internado ajustado	71
Tabela 30	Relação funcionários por leito em seis hospitais	72
Tabela 31	<i>Ranking</i> dos hospitais de acordo com a relação funcionários por leito	73
Tabela 32	Hospitais e profissionais segundo o nº de leitos	73
Tabela 33	Número total de leitos por classificação de hospitais	73
Tabela 34	Número de funcionários equivalentes por leitos	73
Tabela 35	Número de funcionários por porte de hospitais	74
Tabela 36	Número de hospitais e de leitos por porte dos hospitais	74
Tabela 37	Relação de funcionários por leito por porte hospitalar	74
Tabela 38	Relação funcionário/leito em 2007	75
Tabela 39	Relação auxiliar enfermagem/leito em 2007	75
Tabela 40	Relação enfermeiro/leito em 2007	75
Tabela 41	Indicador de taxa de direção, chefia e assistência	76

Tabela 42	Cargos administrativos principais	77
Tabela 43	Distribuição percentual de funcionários por serviços do hospital, segundo o porte da instituição no interior do estado de SP	78
Tabela 44	Mensuração de profissionais por leitos	79
Tabela 45	Mensuração de profissionais por força de trabalho	79
Tabela 46	Indicadores médios dos hospitais das regiões brasileiras	79
Tabela 47	Leitos por região	79
Tabela 48	Modelo de indicadores percentuais de custo de pessoal	80
Tabela 49	Indicadores de custos hospitalares por composição em 1997	80
Tabela 50	Custos hospitalares por unidade de produção	80
Tabela 51	Indicadores de custos hospitalares por composição em 1999	81
Tabela 52	Composição dos custos hospitalares em 2003	81
Tabela 53	Composição dos custos hospitalares (excluindo materiais médicos, medicamentos e honorários médicos) no ano de 2002	82
Tabela 54	Índice de rotatividade PROAHSA	82
Tabela 55	Índice de rotatividade	83
Tabela 56	Taxa de absenteísmo	84
Tabela 57	Jornada de 44 horas semanais	86
Tabela 58	Feriados	87
Tabela 59	Cálculo de dias de prestação de serviços	87
Tabela 60	Quantidade de mão de obra necessária	87
Tabela 61	Dias de ausências anuais	87
Tabela 61.1	Férias	87
Tabela 61.2	Faltas abonadas	88
Tabela 61.3	Faltas legais	88
Tabela 61.4	Licença paternidade	88
Tabela 61.5	Auxílio acidente de trabalho	88
Tabela 61.6	Aviso prévio trabalhado	89
Tabela 62	Classificação de áreas hospitalares e ambientes de produtividade por tipo de área	90
Tabela 63	Classificação de áreas hospitalares e ambientes de áreas administrativas, externas e vidros	90
Tabela 64	Parâmetros na área de administração	92
Tabela 65	Distribuição de pessoal nos serviços administrativos por área de atuação	92
Tabela 66	Cargos administrativos principais	93
Tabela 67	Computadores em uso no Brasil	97
Tabela 68	Percentual de internação na área hospitalar	99
Tabela 69	Número de exames laboratoriais por funcionário de laboratório segundo a natureza jurídica	105
Tabela 70	Número de exames laboratoriais por funcionário de laboratório segundo o tamanho (porte)	105
Tabela 71	Número de exames laboratoriais por funcionário de laboratório segundo o tipo do hospital	106
Tabela 72	Padrão hora/ enfermagem	109
Tabela 73	Parâmetros de enfermagem por clínica	110
Tabela 74	Distribuição de horas de enfermagem	111
Tabela 75	Distribuição de pessoal de enfermagem por categorias	112
Tabela 76	Distribuição de pessoal de enfermagem por turnos	112
Tabela 77	Relação enfermeiro/ leito	115
Tabela 78	Relação enfermeiro/ leito	115

Tabela 79	Relação enfermagem/ leito	115
Tabela 80	Número de enfermeiros para 100 leitos, segundo a capital, em 2005	116
Tabela 81	Unidade de internação por horas	117
Tabela 82	Relação enfermeiro/ leito CQH	118
Tabela 83	Número de horas gasto com paciente e com serviço administrativo	121
Tabela 84	Dimensionamento do SESMT	124
Tabela 85	Dimensionamento da CIPA no ambiente hospitalar	125
Tabela 86	Dimensionamento da SESMT no ambiente hospitalar	126
Tabela 87	Tempo de assistência farmacêutica no serviço de informação medicamentosa	129
Tabela 88	Perfil hospitalar de fisioterapeutas 2009	132
Tabela 89	Perfil hospitalar fonoaudiologia 2009	133
Tabela 90	Encargos sociais higienização hospitalar	136
Tabela 91	Encargos sociais baseando-se no total de feriados	136
Tabela 92	Cálculo de dias de prestação de serviços	136
Tabela 93	Dias de ausência anuais	137
Tabela 94	Quantidade de mão-de-obra necessária	137
Tabela 95	Quilo de roupa lavada segundo o porte do hospital	138
Tabela 96	Roupa lavada por funcionário/dia	138
Tabela 97	Encargos sociais referentes à lavanderia hospitalar	139
Tabela 98	Cálculo de dias de prestação de serviços	139
Tabela 99	Dias de ausências anuais	139
Tabela 100	Índice de desenvolvimento humano em 2004	143
Tabela 101	Número de habitantes para cada médico nas regiões brasileiras	143
Tabela 102	Consultas médico/ turno	147
Tabela 103	Distribuição aproximada do pessoal de nutrição	153
Tabela 104	Parâmetro nutricional	154
Tabela 105	Parâmetro nutricional por número de leitos	154
Tabela 106	Parâmetro por número de refeições	156
Tabela 107	Parâmetro por número de atendimentos	156
Tabela 108	Parâmetro por unidade	156
Tabela 109	Número mínimo de nutricionista/leitos	157
Tabela 110	Assistência nutricional diária	157
Tabela 111	Perfil hospitalar de nutricionistas 2009	159
Tabela 112	Perfil hospitalar 2009	171
Tabela 113	Hospitais particulares de São Paulo em agosto de 2007	172
Tabela 114	Leito por Instituto	172
Tabela 115	Hospital das Clínicas de Campinas	173
Tabela 116	Coordenadoria de administração	173
Tabela 117	Coordenadoria de assistência	174
Tabela 118	Departamento de enfermagem	175
Tabela 119	Produção	175
Tabela 120	Produção hospitalar	176
Tabela 121	Colaboradores por setores	177
Tabela 122	Leitos, colaboradores e produção das Unidades São Camilo em 2003	178
Tabela 123	Leitos e funcionários 2008	178
Tabela 124	Total de colaboradores ativos por diretoria fevereiro de 2009	178
Tabela 125	Total de colaboradores ativos depart./setor em fevereiro de 2009	179

Tabela 126	Produção	180
Tabela 127	Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Itaim	180
Tabela 128	Pronto socorro – ortopedia	180
Tabela 129	Centro cirúrgico	180
Tabela 130	Centro obstétrico e pré parto	181
Tabela 131	Admissão	181
Tabela 132	Berçário de alto risco	181
Tabela 133	Central de material e esterilização - distribuição das atividades por área: expurgo, preparo, esterilização, arsenal e distribuição	181
Tabela 134	Unidade de terapia intensivo adulto	181
Tabela 135	Unidade de semi-intensiva adulto	182
Tabela 136	Enfermagem quadro de pessoal do serviço de educação continuada	182
Tabela 137	Quadro de pessoal do serviço de controle de infecção hospitalar	182
Tabela 138	Quadro de pessoal da gerência de enfermagem	182
Tabela 139	Quadro de pessoal do GAAM e banco de leite humano e curso de gestante	182
Tabela 140	Unidades do centro diagnóstico	183
Tabela 141	Central de transporte	183
Tabela 142	Indicadores, distribuição de pessoal média 2008	183
Tabela 143	Leitos, funcionários e produção 2009	184
Tabela 144	Quantidade média de funcionários por área administrativa	185
Tabela 145	Quantidade média de funcionários área técnica médica	186
Tabela 146	Quantidade média de funcionários enfermagem (média 2008)	187
Tabela 147	Número médio de leitos por clínica	187
Tabela 148	Movimentação	187
Tabela 149	Pessoal/ leito	187
Tabela 150	Medidas de assistência de enfermagem	188
Tabela 151	Quadro total de pessoal	189
Tabela 152	Distribuição de leitos	189
Tabela 153	Produção assistencial 2008	189
Tabela 154	Estrutura, produção e colaboradores	190
Tabela 155	Leitos e colaboradores 2009	190
Tabela 156	Produção INCOR	190
Tabela 157	Funcionários e leitos	191
Tabela 158	Funcionários e produção	191
Tabela 159	Número de funcionários	191
Tabela 160	Produção 2009	192
Tabela 161	Produção, leitos e funcionários – média 2008	192
Tabela 162	Leitos/ funcionários	192
Tabela 163	Distribuição de leitos	193
Tabela 164	Média leitos ativos	193
Tabela 165	Colaboradores	193
Tabela 166	Produção hospitalar	194
Tabela 167	Fórmulas utilizadas	194
Tabela 168	Leitos e produção em 1999	194
Tabela 169	Leitos e funcionários	195
Tabela 170	Produção e indicadores gerais	195
Tabela 171	Dimensionamento do quadro de pessoal agosto / setembro 2008	196
Tabela 172	Cargos de liderança	196
Tabela 173	Hospital Universitário USP	197

Tabela 174	Serviços terceirizados segundo grupos de hospitais, estado de São Paulo 2006	198
Tabela 175	Indicadores resultantes dos dados coletados pelo SAHE nos Hospitais de Ensino 2006	198
Tabela 176	Indicadores resultantes dos dados coletados pelo SAHE nos Hospitais de Ensino 2006	199
Tabela 177	Indicadores resultantes dos dados coletados pelo SAHE nos Hospitais de Ensino 2006	200
Tabela 178	Indicadores resultantes dos dados coletados pelo SAHE nos Hospitais de Ensino 2006	201
Tabela 179	Indicadores resultantes dos dados coletados pelo SAHE nos Hospitais de Ensino 2006	202
Tabela 180	Quantitativo necessário por unidade hospitalar e por categoria profissional	203
Tabela 181	Comparativo entre o quadro de pessoal assistente e o levantamento de necessidade por unidade hospitalar	203
Tabela 182	Produção média nos hospitais	204
Tabela 183	Distribuição da força de trabalho por unidade assistencial	204
Tabela 184	Quantitativo de pessoal necessário para divisão médica CEMO	204

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA	American Hospital Association
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimento de Alto Custo e Complexidade
CADAIS	Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde
CCI	Centro de Convivência Infantil
CEAG	Curso de Especialização em Administração para Graduados
CEAHS	Curso de Especialização em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde
CEMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
CIPA	Comissão Interna de Previsão de Acidentes
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLF	Consolidação das Leis do Funcionalismo
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
DOU	Diário Oficial da União
EAESP	Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas
FAA	Ficha de Atendimento Ambulatorial
FGV/SP	Fundação Getúlio Vargas/ São Paulo
GAAM	Grupo Apoio ao Aleitamento Materno
GGH	Grupo Gerente de Hospitais
GAH	Grupo de Assessoria Hospitalar
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
IAMSPE	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Índice de Segurança Técnica
MS	Ministério da Saúde
MS/SAS	Ministério da Saúde/ Secretaria de Ações da Saúde
MS/SNAS	Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Ações da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
NPP-FGV	Núcleo de Pesquisa e Publicação – Fundação Getúlio Vargas
NR	Norma Regulamentadora
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PROAHSA	Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde
PABX	Private Automatic Branch Exchange (Troca automática de ramais privados)
PS	Pronto Socorro
RH	Recursos Humanos
RX	Raio X
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SAHE	Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SECONSI	Serviço Social da Construção Civil
SES/SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SN	Sistema de Plantões Noturno
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SSMT	Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
I. INTRODUÇÃO	19
1. Estrutura do Trabalho	20
II. METODOLOGIA UTILIZADA	22
III. NECESSIDADE DE MENSURAÇÃO DA QUANTIDADE DE PESSOAS POR MEIO DE INDICADORES E/OU PARÂMETROS	24
IV. OBJETIVOS DA PESQUISA	26
V. OS PROCESSOS DA ÁREA DE GESTÃO DE PESSOAS	26
1. Planejamento de pessoas	28
2. Recrutamento e seleção	29
3. Cargos e carreiras	30
4. Avaliação de desempenho	31
5. Remuneração estratégica	31
6. Relações trabalhistas	32
7. Serviço especializado de medicina e segurança do trabalho SESMET	33
8. Treinamento e desenvolvimento	34
9. Banco de dados, controle e auditoria de pessoas	35
10. A função dos indicadores e/ou parâmetros	36
VI. O PAPEL DA ÁREA DE GESTÃO DE PESSOAS NOS HOSPITAIS	37
1. Competitividade, qualidade, produtividade e custos	38
2. As pessoas como colaboradoras, prestadoras de serviços e parceiras do hospital	38
3. Os profissionais de gestão de pessoas	39
VII. INDICADORES E PARÂMETROS	39
1. Conceitos	40
2. Definições	46
3. Condicionadores do dimensionamento quantitativo de pessoas	48
4. Características dos indicadores	49
5. Os parâmetros a serem considerados no processo de dimensionamento de gestão de pessoas	50
5.1 Regime de trabalho no hospital	50
5.2 Jornada de trabalho por funcionários	51
5.3 Taxa de cobertura de absenteísmo, de férias, e de chefias, direção e assistência	51
5.4 Índice de segurança técnica (IST)	52
5.5 Indicadores para a determinação da hora real trabalhada	53
5.6 Horas reais trabalhadas	54
5.7 Fórmula de cálculo do número de funcionários	55
5.8 Cálculo por setor hospitalar	56
5.9 Relação das profissões e das áreas para as quais se encontramos indicadores	59
VIII. INDICADORES E PARÂMETROS GERAIS POR PROFISSÃO E SETOR HOSPITALAR	59
1. Indicadores gerais encontrados e parâmetros propostos	59
1.1 Variáveis gerais e específicos do planejamento	59

1.2 Indicador de taxa de direção, chefia e assistência	76
1.3 Indicadores gerais a serem construídos	80
a) Indicadores gerais de custos com pessoal	80
b) Taxa de rotatividade de pessoal (turnover)	82
c) Índice de absenteísmo (IA)	83
2. Metas de produção, padrão de produtividade, quantidade de pessoal, a serem estabelecidas	84
3. Indicadores e parâmetros por profissão e setor	91
Administração	91
Almoxarifado/ Controle de Estoque/ Distribuição de Materiais	96
Analista de Sistema/ Programador	97
Área Ambulatorial	97
Área Hospitalar	98
Biblioteca e/ou Centro de Estudos	99
Centro de Convivência Infantil	100
Compras	101
Comunicação Administrativa e Protocolo	102
Comunicação Social	104
Controle de Infecção Hospitalar	104
Diagnóstico: laboratório, radiologia, hematologia e outros	105
Enfermagem	106
Engenheiro	123
Engenharia e Segurança do Trabalho - SESMT	124
Estatístico	126
Farmácia	127
Faturamento	130
Fisioterapeuta	131
Fonoaudiólogo	132
Higienização Hospitalar	134
Lavanderia/ Rouparia e Costura	137
Manutenção de Equipamentos	140
Manutenção Predial	142
Médico	142
Nutrição e Dietética	152
Odontologia	159
Patrimônio	160
Psicologia Hospitalar	161
Recepção/ Registro Geral/ Arquivo Médico	161
Recrutamento e Seleção	165
Serviço Social	165
Segurança	166
Telefonista	168
Treinamento e Desenvolvimento	169
Transportes	169
Velório	170
Zeladoria	171
IX. DADOS GERAIS POR HOSPITAL PÚBLICO OU PRIVADO	171
X. CONSIDERAÇÕES FINAIS	204
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	209

WEBGRAFIA	225
GLOSSÁRIO	228
A N E X O S	237
ANEXO I - Conceituação do pessoal de enfermagem (Resolução COFEN)	237
ANEXO II - Conceituação dos níveis de assistência nutricional	238
ANEXO III - Áreas que compõem um hospital	239
ANEXO IV - Fatores determinantes do modelo de dimensionamento	241
ANEXO V - Legislações que fixam os indicadores e parâmetros utilizados no presente estudo	243
ANEXO VI - Legislações referentes às classes profissionais citadas no presente estudo	246
ANEXO VII - Definição de profissões	252
ANEXO VIII - Indicadores Saratoga Institute	265

APRESENTAÇÃO

A Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – EAESP-FGV - tem a satisfação de trazer a público o texto “Parâmetros e Indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais”.

O desenvolvimento destes parâmetros e indicadores tem como pano de fundo a assistência hospitalar e suas necessidades de profissionais em termos quantitativos e qualitativos.

A utilização dos parâmetros e indicadores de pessoas passou a ser fundamental para gerenciar os hospitais e seus serviços. Eles nos ajudam a adequar às nossas necessidades de capital humano às nossas possibilidades organizacionais. A medição é um importante passo para a boa gestão.

Procuramos a definição de parâmetros a serem adotados nas diferentes realidades hospitalares, e a instituição dos padrões iniciais de pessoal, bem como a sua atualização e validação frente a novas demandas de pessoas decorrentes da incorporação de novas tecnologias, especialidades e formas de organização do trabalho.

Os parâmetros e indicadores funcionam como padrões de dimensionamento de pessoal, e também possibilitam o planejamento dos custos de pessoal incorridos pelas instituições, permitindo uma melhor utilização do capital humano em termos qualitativos.

Diferentes metodologias e métodos de cálculos foram encontrados no desenvolvimento e adoção destes indicadores e parâmetros de pessoas pelos hospitais e instituições pesquisadas. Objetivamos explicitá-los neste trabalho.

A medição *in loco* da carga de trabalho nas diferentes atividades, nos momentos iniciais, através de sistemas e métodos de trabalho, passando pela revisão e incorporação da legislação de pessoal; pela incorporação das normas e diretrizes do Ministério da Saúde e das Secretarias da Saúde (Estados e Municípios); pelas resoluções dos conselhos profissionais; pelos serviços específicos; pela recuperação de parâmetros internacionais e principalmente por

críticas e adaptações decorrentes de sua utilização em situações concretas, nos permitem desenvolver e descrever estes parâmetros.

Não pretendemos que a proposta contida nessa publicação seja definitiva pois: novas tecnologias; novas formas de organização do trabalho; novos protocolos; novos procedimentos; novas regras colocadas pela legislação trabalhista; novas especialidades clínicas, cirúrgicas e de exames; novos papéis a serem executados pelos hospitais dentro do sistema demandarão ajustes e adoção de novos critérios e padrões.

Certamente a revisão e reconstrução contínua desses indicadores e parâmetros, do conhecimento de informação e sua efetiva utilização, contribuirão em muito para a qualificação da assistência hospitalar.

I. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo buscar referências para a análise quantitativa do quadro de pessoal dos hospitais gerais públicos e privados. Constituiu-se numa atualização e ampliação da pesquisa realizada com o apoio pelo NPP - Núcleo de Pesquisa e Publicações da Fundação Getúlio Vargas FGV-EAESP em 2000, intitulada Dimensionamento Quantitativo de Recursos Humanos em Hospitais Privados e Públicos no Estado de São Paulo.

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. A visão institucional é o olhar coletivo, voltado para o futuro, para o cumprimento dos objetivos estratégicos, os quais justificam socialmente a existência da instituição e estão acima dos interesses pessoais e profissionais.

A análise vertical, em termos de priorizações e das necessidades do atendimento de serviços mais especializados, e das especialidades geradas, é um trabalho para os especialistas de cada setor ou profissão, do gestor do serviço e do contexto de aplicação. Sabe-se da importância das necessidades técnicas, dado grau de complexidade (e especialização) 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 e objetivos institucionais.

Acredita-se na importância das análises e dos estudos qualitativos de pessoas nos hospitais em termos de envolvimento, comprometimento, motivação, satisfação pessoal e profissional das pessoas, qualidade de vida no trabalho e qualidade dos serviços prestados, mas não se pode omitir a importância e necessidade de estudos quantitativos, como este, que buscam complementar os estudos qualitativos, mas não substituí-los.

Entende-se que a fixação do quadro de pessoal adequado no sentido de uso eficiente e eficaz dos recursos é uma tarefa difícil, e espera-se que este trabalho venha a contribuir para um melhor equacionamento destes números considerados ideais.

Sabe-se também que o lado psicológico, comportamental, emocional do ser humano é importante. Adotamos o termo de pessoas, e não de recursos humanos, no intuito de incorporar estas variáveis em nossas análises sobre gestão de pessoas. Afinal acredita-se que organização é composta por sentimentos, valores, crenças e intuições além da razão, principalmente uma organização como o hospital. O lado humano, que não é apenas um valor numérico, deve ser o nosso objetivo maior, enquanto cidadãos e profissionais. O centro das organizações e da sociedade é, ou deveria ser, o ser humano.

Importância dos gerentes dos setores do hospital, no processo de dimensionamento também é relevante, em termos do conhecimento, da experiência e da competência que este tem, na gestão de pessoas e de suas necessidades, dos objetivos setoriais e organizacionais.

Esta pesquisa caracteriza-se como um trabalho introdutório revisto em segunda edição: **amplo** no sentido de objetivar a visão global da quantificação dos profissionais no hospital; **explicativo** no sentido de contextualizar os parâmetros levantados; **demonstrativo** por meio de exemplos e dados concretos obtidos em estudos empíricos; e de **consolidação** no sentido de relacionar os indicadores encontrados por setor e/ou profissão dos trabalhos efetuados anteriormente.

1. ESTRUTURA DO TRABALHO

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

Esta pesquisa constitui-se num levantamento, na literatura especializada sobre o assunto, dos dados e informações dos hospitais, das variáveis condicionantes dos quantitativos de profissionais, e das Leis, Decretos e Resoluções existentes que mencionam indicadores considerados ideais e/ou existentes nos diversos setores dos hospitais.

Os dados e informações foram coletados por hospital, por setor e/ou profissão, relacionando-os com número de leitos e/ou por produção obtida, e estão apresentados na forma de parâmetros e indicadores.

As variáveis condicionantes são aquelas que interferem, e às vezes determinam, a quantidade de profissionais necessários. As variáveis condicionantes são relacionadas e explicadas nos diversos contextos encontrados. São as especialidades médico-hospitalares; as tecnologias utilizadas; os materiais descartáveis utilizados; os equipamentos e instalações físicas dos prédios; a complexidade da assistência e qualidade dos serviços; e a experiência e competência dos gestores envolvidos dentre outras.

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 da profissão e/ou setores, e nestes, a ordem cronológica de dados e informações encontradas na literatura.

Relacionamos os modelos teóricos de dimensionamento encontrados, ou seja, os possíveis indicadores a serem construídos e as informações necessárias para dimensionar o quadro de pessoal de um hospital.

Relacionamos também os dados do número de leitos, de pessoas e de produção de alguns hospitais como forma de mostrar os indicadores encontrados, utilizando, dados concretos, e suas possíveis relações com os indicadores e parâmetros mencionados na literatura.

A literatura levantada está baseada no nosso conhecimento e experiência sobre o tema, nas indicações dos profissionais que atuam no setor hospitalar, bem como, nas atividades relacionadas com nosso objetivo desenvolvidas pelos hospitais.

Foram levantados trabalhos da Organização Mundial de Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde, da Associação Americana de Hospitais, do Ministério da Saúde, das Secretarias de Estados e Municipais de Saúde e de banco de publicações nacionais e internacionais da Bireme. Trabalhos com dados e informações de vários hospitais, de livros, de revistas, de teses e de textos de

universidades e informações de empresas, também serviram de base para esta pesquisa.

II. METODOLOGIA UTILIZADA

A metodologia consistiu-se no levantamento da literatura técnica existente, de legislação e trabalhos e estudos dos indicadores quantitativos de pessoal em hospitais. Estabelecemos a consolidação desses indicadores por função e/ou por setor de trabalho, além de citarmos indicadores gerais de pessoas nas organizações. Obedecemos também a ordem cronológica do estabelecimento dos indicadores, sendo que, o número de profissionais foi correlacionado com variáveis de produção e número de leitos dos hospitais.

Utilizamos todo material publicado, disponível e do nosso conhecimento no setor de saúde, versando sobre o assunto. Estes indicadores estão descritos no 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 realizarmos comparações e análises.

O estabelecimento dos parâmetros depende muito de seu utilizador (observador) e do contexto, temos a análise do ponto de vista:

- ✓ da ciência (médica, enfermagem, engenharia, biológica etc.) sobre os procedimentos necessários de acordo com seu campo de conhecimento, metodologia e parâmetros estabelecidos;
- ✓ da instituição prestadora de serviços, em termos de custos, produção e mercado e/ou do cumprimento de seus objetivos institucionais mais amplos;
- ✓ das normas ditadas pelos conselhos de classes e sindicatos, observando a defesa dos interesses corporativos;
- ✓ dos demais hospitais, ou seja, os indicadores encontrados nos hospitais do setor analisado, para realizarmos comparações (*benchmarking*);

- ✓ dos técnicos do setor, no exercício da sua profissão, dadas as especificidades de determinada realidade;
- ✓ da percepção, intuição e criatividade do gerente de setor hospitalar;
- ✓ do aparecimento de novas especialidades médico-hospitalares e tecnologia.

Estes pontos de vista, 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:

- a) 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 pessoas nos hospitais. Temos um número maior de indicadores para internação hospitalar, mas poucos relativos à produção ambulatorial, de clínicas, de hospital dia, de *home care*, e outras situações na área da saúde;
- b) estabelecimento de uma cultura de medição e formação de indicadores, e incorporação destes no processo de gestão de pessoas. Devemos sair dos “achismos”, opiniões e partimos para indicadores balanceados da realidade, baseados em diversas técnicas e olhares profissionais;
- c) os valores ideais (parâmetros) 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;
- d) a transformação destes indicadores em parâmetros técnicos estabelecidos, válidos e aceitos.

Entendemos que os indicadores são valores calculados e encontrados no setor específico que está sendo analisado, e que servem para estabelecermos relações de produção, produtividade do hospital. Os indicadores são formados a partir de estudos específicos e/ou intencionais. Poderíamos citar como exemplo de

indicador, os quantitativos de pessoas encontrados em um hospital de referência técnica, por setores e/ou profissionais.

Os parâmetros seriam valores válidos para a população em análise, ou seja, para o conjunto de hospitais com as mesmas características. Exemplo de parâmetro seria o valor médio do número 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 de onde foram retirados.

Nossa metodologia tem como base principal: o levantamento bibliográfico dos indicadores e parâmetros; os dados concretos de pessoal e de produção obtidos junto aos hospitais; as definições e conceituações teóricas do que entendemos por indicadores e parâmetros e os pontos de vista dos utilizadores e construtores de indicadores, como seus conceitos decorrentes; e as restrições e peculiaridades impostas pela complexidade das realidades encontradas. Por fim, relacionamos alguns indicadores de épocas diferentes, obedecendo à ordem cronológica de seu estabelecimento.

Enviamos cartas de consulta e obtenção das informações aos hospitais e profissionais que tratam do assunto. Obtivemos mais de 90% das respostas às consultas realizadas. Buscamos nos sites dos hospitais, associações hospitalares e empresas de consultorias de gestão de pessoas em hospitais, como forma de complementar as informações.

III. NECESSIDADE DE MENSURAÇÃO DA QUANTIDADE DE PESSOAS POR MEIO DE INDICADORES E/OU PARÂMETROS.

Os dirigentes e proprietários de hospitais, utilizam indicadores e/ou parâmetros quantitativos de pessoas, pois necessitam dimensionar adequadamente os profissionais 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 aprendizagem de gestão de pessoas em hospitais.

Os próprios funcionários dos hospitais utilizam os indicadores disponíveis para a montagem de escalas de trabalho (distribuição de pessoas por setores e horários) e para as discussões técnicas sobre produção e produtividade dos profissionais no ambiente hospitalar.

As forças competitivas de mercado (concorrência, fornecedores, compradores) entram nesse contexto como uma das variáveis condicionantes determinantes do dimensionamento racional de pessoal, ou seja, o gestor deve ser eficiente e eficaz na alocação dos profissionais. A procura de maior competitividade, menores custos, melhor qualidade e maior produtividade são forças que interferem na quantificação de profissionais e exigem o estabelecimento de indicadores e de parâmetros, como forma de se monitorar as quantidades ideais de profissionais para hospitais.

Os critérios técnicos dos procedimentos das profissões e o desenvolvimento das ciências ligadas à saúde seriam outras variáveis condicionantes. Os critérios das profissões são as regras e normas técnicas para execução de procedimentos e seus tempos padrões, desdobradas das ciências biomédicas e comportamentais e ditadas pelas profissões envolvidas no atendimento médico-hospitalar. O avanço das ciências médicas, de enfermagem, de psicologia, de fisioterapia, dentre outras levam à criação de novas especialidades assistenciais e portanto, às novas especialidades de profissionais, interferindo no cálculo dos indicadores.

As características sócio-econômica da região, recursos médico-assistenciais disponíveis, perfil da demanda existente, nível da assistência médico-hospitalar oferecida (qualidade e complexidade), são outras variáveis condicionante do dimensionamento de pessoal.

Dadas as variáveis condicionantes citadas, a complexidade do atendimento, devido às especialidades criadas e à competitividade esperada no mercado, a geração dos indicadores e/ou parâmetros tornam-se uma necessidade fundamental para os hospitais na gestão de seus profissionais.

IV. OBJETIVOS DA PESQUISA

Os objetivos da pesquisa são:

- ✓ relacionar indicadores e parâmetros que estabeleçam quantitativamente o número de profissionais ideal para determinado nível de produção de serviços por setor do hospital;
- ✓ estabelecer intervalos de variação do número de funcionários necessários, principalmente, nos casos de trabalhos de alta complexidade ou extensão ou multiprofissionais;
- ✓ descrever características das realidades organizacionais como condicionantes na formação dos indicadores mencionados nos itens anteriores. Exemplos: a) hospital público que atende predominantemente pelo SUS – Sistema Único de Saúde; b) hospital privado que só atende convênios e particulares; e c) 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;
- ✓ selecionar dados, informações e indicadores de pessoas pertinentes, para estabelecimento do *benchmarking* e de metodologias adequadas de dimensionamento de pessoas em hospitais;
- ✓ orientar e facilitar as tarefas dos administradores no dimensionamento quantitativo de profissionais, levando em consideração: os setores hospitalares; o grau de tecnologia e materiais incorporados pelo hospital; a jornada contratual de trabalho; a qualidade da assistência a ser prestada; as especialidades oferecidas e contribuir para uma “avaliação quantitativa” de pessoas em hospitais.

V. OS PROCESSOS DE GESTÃO DE PESSOAS

As organizações são as pessoas. A capacidade produtiva e criativa de uma organização é a capacidade produtiva e criativa das pessoas que nela trabalham. Assim sendo, as organizações não podem ser mais competentes que as pessoas que a compõem.

A inteligência social (conectividade, relacionamento, empatia) e a competência individual (resultado, performance, efetividade) vêm dos profissionais que compõem os quadros das organizações enquanto instituições prestadoras de serviços. Elas são aplicadas nos relacionamentos entre profissionais e clientes e são altamente produtivas para a organização e as pessoas que nela trabalham.

A capacidade técnica, a produtividade e a qualidade também são determinadas pelas pessoas. Os hospitais são organizações de serviços de grande amplitude e complexidade. Seus serviços são intangíveis e se esgotam no momento de prestação.

Os hospitais são sistemas abertos em contínuo processo de interação com o meio ambiente. São sistemas que se adaptam, aprendem e influenciam o meio ambiente, e são por ele influenciados. Os hospitais são organizações do aprendizado, os profissionais aprendem com suas atividades exercidas no dia a dia.

Os pacientes são, ao mesmo tempo, entradas, processos, saídas e clientes do hospital na linguagem sistêmica. Além disso, os pacientes são os principais responsáveis pelo processo de *feedback* dos hospitais, que são vistos enquanto sistemas abertos em relação ao meio ambiente. O processo de *feedback* é composto por respostas que o meio (comunidade, sociedade) oferece aos hospitais, por seus serviços prestados e por sua imagem transmitida.

Os hospitais são organizações profissionais, com alto grau de especificação e número de especialidades, são diversos serviços oferecidos ao paciente e seu corpo clínico.

Os profissionais dos hospitais quando da prestação de serviços interagem com os clientes, inclusive emocionalmente (dor, sofrimento, felicidade). As pessoas 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 ao processo assistencial. Os serviços prestados não podem ser estocados, eles se esgotam no momento da prestação, temos uma interação intensa entre pacientes e profissionais.

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 complexas que dependem dos profissionais, que são aqueles que detêm o conhecimento e a informação. São os profissionais que prestam os serviços. Em última análise, são eles os responsáveis pelos momentos da verdade, onde os pacientes formam a imagem sobre a organização e seus profissionais.

As pessoas são a única fonte de geração de valor para os clientes (pacientes): são elas que processam as informações e o conhecimento, gerando benefícios para os pacientes, são elas que fazem a diferença e dão origem as competências essenciais das organizações, que são difíceis de serem imitadas.

A administração de pessoas 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 estória da organização; e da capacitação dos profissionais disponíveis.

A administração estratégica de pessoas de longo prazo, procurando atingir os objetivos institucionais permanentes, componente da administração estratégica do hospital, é exercida através de seus processos clássicos, que são:

1. Planejamento de pessoas

Planejamento de pessoas é o dimensionamento quantitativo e qualitativo das pessoas, com base no diagnóstico das necessidades presentes e futuras do hospital, em termos de produção de serviços e posicionamento estratégico do hospital no mercado. O que o hospital quer ser? Qual sua visão de futuro?

A partir do diagnóstico situacional do hospital, onde se caracterizam sua estrutura e produção, levantamos as necessidades de pessoal. Essas necessidades são expressas em quantidades de pessoal e suas qualificações, podendo também ser expressas em termos de necessidades presentes e futuras de pessoas do hospital.

Os profissionais são produtos inacabados em constante preparação. Os profissionais sempre necessitam de novos conhecimentos. A 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 pessoas. Atender as necessidades individuais é um fator de comprometimento dos funcionários com o hospital. As necessidades individuais fazem parte da dinâmica motivacional dos profissionais.

Planejar a utilização dos profissionais é analisar a empresabilidade e a qualidade técnica do hospital no futuro. Saber quais deverão ser suas competências essenciais, ou seja, aquilo que torna o hospital diferente dos demais, aos olhos da comunidade, na prestação de serviços.

O planejamento de pessoal nos diz até onde o hospital quer chegar, utilizando seus profissionais. Qual a produção, a produtividade e a qualidade dos serviços ofertados aos pacientes, desejados pelo hospital.

O gestor de pessoas é um membro integral e respeitado da equipe de gestão estratégica do hospital, e todos os seus membros são sensíveis aos aspectos das pessoas envolvidas no planejamento e implantação da estratégia.

2. Recrutamento e seleção

Recrutamento é a atração de profissionais. É uma ação convidativa. O recrutamento pode ser interno, externo ou misto. Recrutamento externo consiste na busca do profissional no mercado, enquanto o recrutamento interno tenta 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, perfis profissionais e realizações, o que dificulta o aproveitamento destes profissionais.

Seleção é o processo de comparação e escolha. É uma ação de classificação com técnicas (cujo objetivo é a medição de habilidades, conhecimentos e capacidades dos candidatos), que devem ser utilizadas, a saber: análises de *curriculum vitae*, dinâmicas de grupo, entrevistas, provas escritas, provas práticas e testes de personalidade.

Essas técnicas são utilizadas pelo hospital no processo de suprimento de suas necessidades de pessoal, permitindo ao hospital alocar novos profissionais de

forma mais eficiente. Cada técnica tem sua utilidade e sua especificidade no processo seletivo.

É importante para o hospital saber quais e quem são os novos profissionais, que estão sendo absorvidos pela instituição. O recrutamento e seleção de pessoas são processos estratégicos para o hospital, pois se feito de maneira inadequada, traz enormes prejuízos financeiros, produtivos e psicológicos aos hospitais e seus funcionários.

3. Cargos e carreiras

O desenho do cargo descrevemos as tarefas e as atribuições do cargo, bem como as competências decisórias e o perfil de seu ocupante. Descrevemos também as relações do cargo desenhado 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 processo de recrutamento e seleção, como também para os processos de avaliação de desempenho, de treinamento, desenvolvimento e remuneração dos profissionais.

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

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. As carreiras são desenvolvidas e estabelecidas no mercado, não em um único hospital. Cabe ao profissional administrar sua carreira. Cabe ao hospital oferecer oportunidades, remuneração e benefícios para reter os talentos.

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

4. Avaliação de desempenho

São as técnicas que procuram mensurar o desenvolvimento, o comportamento, a produção, a produtividade, as relações com os clientes e as relações interpessoais dos profissionais do hospital.

A avaliação de desempenho é realizada com dados do passado e deve ser contínua. Temos o método de avaliação de 360°, na qual o profissional é avaliado pelo chefe, pelo subordinado, pelo colega, pelo fornecedor, pelo cliente e também se auto-avalia, conjugado com a utilização de indicadores de desempenho, levantados pela área de gestão de pessoas.

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

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

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. O conjunto de avaliação de desempenho mais a utilização dos indicadores, chamamos de gestão de desempenho.

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 às necessidades futuras do hospital. Temos, portanto, indicadores de desempenho e de potencial.

5. 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. Remunerar um funcionário retribui financeiramente seu esforço despendido pela organização na conquista de seus objetivos.

Remuneração estratégica é remunerar o funcionário pelo resultado de seu trabalho, por suas habilidades, por suas experiências e seus conhecimentos. Compõe ainda a remuneração estratégica os benefícios, os incentivos, a participação nos resultados e a participação acionária do funcionário no capital da organização. É uma estratégia de comprometer os funcionários com a organização e seus resultados.

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.

Devemos criar indicadores de desempenho, de potencial e de competências dos profissionais do hospital. Estes últimos são os indicadores de conhecimentos, de habilidades e de atitudes e de resultados em relação ao trabalho.

O pagamento aos profissionais por conhecimento, habilidade e resultados é materializado na remuneração estratégica. Estas formas de pagamento geram indicadores econômicos sobre profissionais nos hospitais.

Os benefícios, plano de saúde, previdência privada, vale transporte etc. como componentes da remuneração estratégica, reforçam a lealdade do funcionário com o hospital.

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

6. Relações trabalhistas

As relações trabalhistas compõem-se da parte legal, psicológica e profissional do relacionamento dos funcionários com o hospital e sua direção. São os direitos e deveres do hospital no que diz respeito aos profissionais. São os contratos de trabalho e os relacionamentos psicológicos entre a instituição e os profissionais.

Contrato psicológico é uma metáfora que procura realçar as expectativas, as lealdades, os valores dentre outros, do relacionamento hospital – profissionais, que não estão formalizados, mas devem ser praticados, ou pelo menos respeitados.

A negociação contratual é um dos principais papéis do gerente de pessoas nas relações trabalhistas. É através da negociação que se decidem as jornadas de trabalho, os aumentos dos salários e as demais condições que comporão o contrato de trabalho e as relações trabalhistas. Aqui as regras de convivência entre o capital e o trabalho devem ser claras e precisas.

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

Temos também os benefícios oferecidos ao funcionário: plano de saúde; complementação de aposentadoria; creche entre outros, além dos benefícios legais, vale transporte e vale refeição. Estes são importantes no estabelecimento de uma relação trabalhista mais estável.

7. Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho - SESMT

O SESMT é o setor que cuida da segurança, da saúde ocupacional e do bem estar do funcionário do hospital, em termos de proteção contra os riscos físicos, químicos e biológicos de sua saúde e de sua qualidade de vida no trabalho.

A segurança do trabalho busca prevenir os acidentes de trabalho, como cortes com materiais perfuro – cortantes, perfurações com agulhas, contaminações com secreções etc. Já a saúde ocupacional busca prevenir as doenças adquiridas por esforços repetitivos, excesso de trabalho etc.

A saúde ocupacional 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 pessoas, no que diz respeito à qualidade de vida no trabalho, o número dos acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais adquiridas pelos funcionários no exercício da função.

A existência do mapa de risco, do uso de equipamentos de proteção individual (EPI's), das reuniões periódicas da Comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA), da participação do SESMT em reuniões estratégicas sobre o trabalho dos profissionais, do cumprimento das Normas Regulamentadoras (NRs),

são considerados como indicadores da qualidade de vida dos profissionais no local de trabalho.

A CIPA é formada pelos funcionários, que podem indicar problemas de segurança para o órgão técnico, o SESMT. A CIPA tem composição prioritária de funcionários, 50% eleita pelos funcionários e 50% indicada pela empresa.

8. Treinamento e desenvolvimento

Os processos de treinamento e desenvolvimento buscam satisfazer as necessidades básicas de aprimoramento profissional das pessoas e do hospital. São as formas mais concretas de se buscar a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Possibilitam o aprendizado, capacitação e motivação dos funcionários, pois estimulam e mostram a importância dada a eles pela organização no exercício de suas funções.

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 organização.

Treinamento é a capacitação do funcionário no desempenho de sua função, no exercício de suas atribuições e na execução de suas atividades.

Desenvolvimento é a preparação do funcionário para ocupar funções de maior responsabilidade e complexidade na sua trajetória dentro do hospital.

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

O treinamento e o desenvolvimento facilitam a implantação de mudanças estratégicas nos processos produtivos, contribuem para gerar melhorias contínuas nas atividades e, ainda representam um investimento do hospital no indivíduo, o que contribui para o seu desenvolvimento profissional e pessoal.

9. Banco de dados, controle e auditoria de pessoas

Os bancos de dados são todas as informações sobre os funcionários do hospital registradas de forma organizada. São *softwares* de ficha cadastral, de *curriculum vitae*, de 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, bem como os critérios de ascensão utilizados. Constam também as avaliações de desempenho realizadas dos funcionários em séries históricas.

O conceito de banco de dados em gestão de pessoas consiste em 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.

As estatísticas formalizadas, representadas pelos gráficos e tabelas, construídas a partir do banco de dados, são indicadores importantes na demonstração da produção e produtividade dos profissionais.

Os bancos de dados também devem conter as principais realizações do profissional no hospital. A partir do banco de dados poderemos construir relatórios gerenciais, compostos por indicadores, e com eles administramos nossos profissionais.

O banco de dados é um indicador da importância dada pelo hospital a seus funcionários e aos processos de melhoria da qualidade e a construção da excelência organizacional.

A auditoria de gestão de pessoas procura verificar se o setor está cumprindo as normas e regras estabelecidas nos processos, utilizando-se de indicadores.

No gerenciamento de pessoas podemos utilizar como exemplo os softwares: a) Gerot (Gerenciamento de Rotinas), b) PMP (Programa de Mensuração

e Performance), c) e-Talent e d) GPS (Global People Sistem) que avaliam a performance e o potencial dos funcionários.

10. A função 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 gestão pessoas não poderia ser diferente, temos a necessidade desses indicadores e parâmetros. Gerenciar é decidir utilizando os indicadores e os parâmetros da organização e seu meio ambiente.

Os indicadores e parâmetros devem ser balizadores do processo decisório. Decisões quanto à contratação, à demissão, ao treinamento, à avaliação dentre outros, devem ser fundamentadas em indicadores. No entanto, nossa cultura organizacional, de certa forma, ainda não valoriza a utilização dos indicadores quando das decisões sobre pessoas.

Os indicadores também são utilizados na auditoria preventiva de pessoas, como orientadores do processo de gestão de pessoas. Ex. taxa de absenteísmo, taxa de atrasos, registros de *turnover* dentre outros.

Temos com a utilização dos indicadores uma linguagem mais objetiva, e um pouco menos de subjetivismos. São importantes quando da discussão técnica sobre a necessidade do dimensionamento de profissionais, da avaliação de desempenho, do estabelecimento de remuneração e do treinamento e desenvolvimento de pessoas.

Sabemos também dos limites desses indicadores e parâmetros. Eles não são verdades absolutas, e devem ser relativizados nos contextos onde são aplicados. Eles complementam a avaliação qualitativa, mas não a substituem.

O alcance e importância dos indicadores e parâmetros para uma boa gestão é muito grande. Acreditamos que na sua ausência teremos dificuldades na gestão eficiente, eficaz e efetiva de profissionais nos hospitais. Eles são a expressão de uma gerência moderna.

VI. O PAPEL DA ÁREA DE GESTÃO DE PESSOAS NOS HOSPITAIS

O papel da área de gestão de pessoas é preponderantemente de consultoria interna as áreas operacionais do hospital. A área de gestão de pessoas assiste e monitora a qualidade dos processos de recrutamento, seleção, treinamento, desenvolvimento, remuneração e avaliação de desempenho realizado nas áreas operacionais do hospital. Deve participar de algumas atividades operacionais e também estratégicas, neste caso temos os exemplos de implantação da política salarial, do dimensionamento do quadro de pessoal do hospital e do desenvolvimento de competências individuais e organizacionais.

O profissional responsável pela gestão de pessoas colabora na definição da estratégia e do planejamento estratégico do hospital. Reproduz e materializa o discurso institucional e define exemplos da visão, missão e crenças institucionais, em nível dos profissionais da instituição.

Compartilhamos a idéia de que o hospital deve ter um centro de gestão de pessoas, ficando junto à diretoria geral na estrutura. Esse centro tem como atribuições assessorar as unidades operacionais e o diretor geral do hospital, nas questões de gestão de pessoas.

O centro de gestão de pessoas deve ser dimensionado com um número mínimo de profissionais. A terceirização de algumas funções ajuda no processo de enxugamento do quadro do centro de gestão de pessoas, focando-o nas suas atribuições estratégicas.

Os indicadores de gestão de pessoas são informações gerenciais deste centro. São informações que alimentam os centros de decisão do hospital, quanto às questões relativas a pessoas. Uma das tarefas deste centro é o dimensionamento dos profissionais do hospital, qualitativa e quantitativamente. Necessitando-se de indicadores para balizar as discussões de dimensionamento, com as áreas específicas. O centro de gestão de pessoas é o canal, e tem um papel importante a desempenhar neste processo.

O centro de gestão de pessoas do hospital não pode absorver mais do que 2% do total de pessoal do hospital (o ideal é girar em torno de 1,3%). Este é um indicador utilizado pelo mercado de empresas privadas, e que acreditamos deve ser

obedecido pelos hospitais. Nos EUA este indicador gira em torno de 0,8%, lá as relações trabalhistas são negociadas, temos menos legislação, portanto menor burocracia, menor número de profissionais necessários para controle e aplicação das regras.

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. As pessoas têm uma participação importante nesse processo, a saber:

- ✓ os custos com pessoal são responsáveis entre 35% a 60% dos custos hospitalares totais;
- ✓ 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. As pessoas como colaboradoras, prestadoras de serviços e parceiras do hospital

Temos três formas de relacionamento profissional das pessoas com o hospital, a saber:

- ✓ os funcionários do hospital vistos como colaboradores, não são meros empregados;
- ✓ os prestadores de serviços que estão envolvidos com o hospital, pois são partes integrantes da instituição;
- ✓ 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 aprender a construir; são formas estratégicas de relacionamento profissional, e importantes num mercado competitivo. As metáforas do hospital enquanto “Casa Grande & Senzala” ou “Máquina” ou “Prisão Psíquica”, têm que serem substituídas pela metáfora do

hospital enquanto cérebro, ou seja, os hospitais deixam de ser organizações sociais e profissionalmente divididas, rígidas, autoritárias, como campos de concentração; e passam a ser lugares de aprendizado, de valorização humana, de comunicação e interação social.

3. Os profissionais de gestão de pessoas

São aqueles que comporão o centro de gestão de pessoas. São profissionais da área afinados com as necessidades dos hospitais e das corporações profissionais que a compõem. Saber lidar com as pessoas é o perfil desejado e imperativo desses profissionais.

A compreensão da visão do mercado (oferta e procura de serviços, preços, qualidades), da comunidade (profissionais e moradores) e da sociedade (papel social, público) são fundamentais para esses profissionais, no exercício de suas funções.

As esferas técnica, econômica, social, política e psicológica são expressões a serem valorizadas nos processos da área de gestão de pessoas e dos profissionais que dela participam. A essência está na compreensão e valorização do homem enquanto ser humano. A atuação do profissional de gestão de pessoas deve ser holística, ou seja, técnica, comportamental, intuitiva e espiritual. O centro das instituições deve ser o homem.

VII. INDICADORES E PARÂMETROS

Temos a existência de vários conceitos e definições de indicadores e parâmetros utilizados na quantificação de pessoas.

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

O nosso objetivo é o de levantar na literatura existente os indicadores e parâmetros de dimensionamento quantitativos de pessoas, e não só de discutir os conceitos do que é parâmetro e/ou indicador, apesar da importância desta

discussão, principalmente na busca da precisão e validação dos parâmetros dentro de seus contextos.

Os conceitos e as definições de parâmetros e de indicadores estabelecidos por alguns autores, e os trabalhos profissionais realizados também estão considerados, dada as suas importâncias enquanto referências para o setor da saúde. Adotamos os seguintes conceitos de indicadores e parâmetros, a saber:

Indicadores: são dados e/ou informações obtidas em realidades específicas, que caracterizam essas organizações no aspecto profissionais necessários. Eles permitem fazer algumas comparações e análises em outros contextos, levando-se em conta as diferenças e semelhanças.

Parâmetros: são relações numéricas encontradas na quantificação de pessoas por setores, profissões face à produção. São validados e aceitos nacionalmente e são válidos para a população em análise.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, portanto, 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: os conceitos dos profissionais de acreditação hospitalar tem com base nas melhores práticas, a saber (Malik, 2000):

- ✓ **indicadores:** instrumentos que o avaliador/visitador usará para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição. É a unidade de medida de uma atividade com a qual se está relacionada. É a representação quantitativa, ou não, do resultado, ocorrência ou evento de um sistema.
- ✓ **parâmetros:** padrões de referências desejáveis, construídos por peritos e previamente divulgados.

1. Conceitos

Alguns conceitos importantes, a serem considerados:

Anomalia: todo acontecimento diferente do usual. Pode ser um defeito em um produto, um ruído estranho na máquina, uma reclamação do cliente, um erro em um relatório. Qualquer ocorrência não esperada.

Assistência intensiva: pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Assistência intermediária: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Assistência mínima/ autocuidado: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Assistência semintensiva: pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Capital humano: são as pessoas de uma organização. O capital humano também se forma com o investimento que a organização faz em contratações, treinamento e desenvolvimento destes, aumentando sua capacidade de produção. Uma das tendências mais importantes da gerência, 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 equipes auto-gerenciadas 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, multiplicado por uma base e definido no tempo e no espaço.

Competência: capacidade de resolver problemas; conhecimento, habilidade e atitude; conceito vinculado a resultados e performance.

Complexidade: o que abrange ou encerra elementos ou partes. Os hospitais, pela sua complexidade, caracterizam-se como secundários, terciários e quaternários, de acordo com a assistência prestada, tecnologia utilizada e serviços desenvolvidos.

Conhecimento: ter noções; saber. Ato ou efeito de conhecer, direito de julgar. Representa fatos ou dados reunidos de alguma forma e armazenados para futura referência.

Dado: um número obtido. O elemento ou quantidade conhecida que serve de base para a resolução de um problema; princípio em que se assenta uma discussão, elemento ou base para a formação de um juízo. São fatos obtidos através de pesquisa empírica, ou observação.

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

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

Eficácia: o atingir os objetivos; o cumprimento de metas estabelecidas.

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

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

Estimativa: avaliação; cálculo.

Fato: coisa ou ação feita; acontecimento, o que acontece no mundo real e pode ser constatado.

Grau de dependência: nível de atenção quantitativo e qualitativa requerida pela situação de saúde em que o cliente se encontra.

Habilidades: destrezas necessárias à execução das tarefas.

Indicadores: instrumentos que permitem quantificar os resultados das ações. São indicadores que devem nortear o dimensionamento de pessoal do Hospital, quanto a: número de leitos, número de atendimentos, taxa de ocupação, média de permanência, paciente/dia, relação empregado/leito, dentre outros. Valores ou variáveis associadas a uma atividade que nos indicam alguma relação; são medidas quantitativas de qualidade relacionadas à estrutura, processo e resultado.

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 gestão de pessoas: medem e avaliam as pessoas e a produtividade. Fazem parte dos indicadores de estrutura.

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

Indicadores de qualidade: instrumentos que permitem a avaliação da assistência, tais como: sistematização da assistência; taxa de ocorrência de incidentes

(iatrogenias); anotações quanto à frequência e qualidade; taxa de absenteísmo; existência de normas e padrões da assistência de Enfermagem, entre outros.

Indicadores hospitalares: instrumentos utilizados na avaliação do desempenho hospitalar, envolvendo sua organização, recursos e metodologia de trabalho;

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

Índice de segurança técnica: destina-se à cobertura das ausências do trabalho, previstas ou não, estabelecidas em Lei.

Índice: aquilo que se indica. É a relação entre dois números ou a razão entre determinados valores.

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.

Informação: um dado com conhecimento; são importantes instrumentos de gerência, servindo de apoio ao planejamento e a tomada de decisão. É o ato ou efeito de informar, comunicação, indagação. Representa dados ou conhecimentos avaliados para usos específicos.

Itens de controle: são características, padrões, dados ou fatos aferidos na saída (no resultado) do processo, que demonstram que requisitos foram plenamente atendidos bem como o objetivo para o qual foi projetado (planejado).

Itens de verificação: são padrões, dados ou fatos utilizados para aferir se o processo de trabalho está sendo realizado (durante seu desenvolvimento) conforme seu projeto (planejamento).

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

Leito ocupado: 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.

Método: o caminho para se chegar a um fim (grego *methodos*).

Métodos de trabalho: relacionam-se à maneira de organização das atividades, podendo ser através do cuidado integral ou outras formas.

Missão: a razão de ser da instituição/empresa incorporada por todos os seus integrantes.

Modelo assistencial: metodologia estabelecida na sistematização da assistência.

Modelo gerencial: compreende as atividades administrativas desenvolvidas.

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): 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. É o compromisso documentado utilizado em comum e repetidas vezes por todas as pessoas envolvidas.

Padronização: a atividade sistemática de uma organização, para estabelecer e utilizar padrões.

Parâmetros: 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; 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.

Política de pessoal: diretrizes que determinam as necessidades de pessoal, sua disponibilidade e utilização através do processo de recrutamento, seleção, contratação, desenvolvimento e avaliação, incluindo benefícios previstos na legislação e as especializações existentes.

Porte: determinado pela capacidade instalada de leitos, segundo definição do Ministério da Saúde.

Problema: o efeito e/ou resultado indesejado de um processo de trabalho (que possui um conjunto de causas relacionadas aos sete Ms: método, matéria-prima, máquinas, medidas, mão-de-obra, "money" e meio-ambiente).

Processo: o conjunto de atividades de trabalho inter-relacionadas, que requer certos insumos e tarefas com características particulares, e que tem como propósito a obtenção de resultados.

Produtividade: 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.

Programas: conjunto de atividades ordenadas para atingir objetivos específicos que signifiquem a utilização dos recursos combinados. Exemplo: Programa Integral de Saúde da Mulher, Programa de Transplante etc..

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

Qualidade: corresponde as expectativas do cliente; consiste em obedecer aos requisitos previstos e 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.

Serviços: conjunto de especialidades médicas, enfermagens, psicológicas etc. oferecidas ao paciente, cujas características podem sofrer influência da entidade mantenedora, tempo de permanência, entre outras.

Sistema de classificação de pacientes: (por complexidade assistencial) é um método para determinar, validar e monitorar o cuidado individualizado do paciente, objetivando o alcance dos padrões de qualidade assistencial.

Sistema: o conjunto de coisas ou de partes que ordenadamente relacionados contribuem para um determinado objetivo.

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

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

2. Definições

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

Segundo Takashima e Flores, 1996:

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

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

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

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

Segundo Michaelis, 2008

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

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

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

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

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 Aurélio, 2009

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

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

Conceitos citados por Bussab, 2009

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

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

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

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.

Estimador: que estima; avalia.

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

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

Indicador: que indica; designação comum.

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

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

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 distóricos em tempos ou situações diversas.

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

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: um valor que caracteriza uma população.

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.

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

Comentário: os conceitos adotados e definições estabelecidas mantêm 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 pessoas

Temos algumas variáveis condicionantes que interferem no dimensionamento de pessoas, a saber:

- ✓ política de pessoal estabelecida pela instituição;
- ✓ tipo de clientela e dependência dos serviços prestados pelo hospital;
- ✓ condições de trabalho oferecidas aos funcionários;
- ✓ nível de complexidades dos serviços oferecidos;
- ✓ grau de resolutividade do hospital;
- ✓ grau de tecnologia incorporada pelo hospital;
- ✓ planta física, instalações e conservação predial.

Devemos relacionar os indicadores com estas variáveis condicionantes Podemos citar alguns exemplos:

- ✓ qualidade: política de pessoal orientada para a qualidade da atenção;
- ✓ necessário maior número de profissionais;

- ✓ equipamentos: mais modernos, poupadores de espaço e poupadores de mão-de-obra; apresentam 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; quanto maior o número de descartáveis, menor número de profissionais;
- ✓ público - alvo: o paciente SUS é menos exigente, pois este acredita não estar pagando pelo serviço. Como também o SUS paga pouco ao prestador, utiliza-se um menor número de pessoal;
- ✓ especialidades: temos um maior número de técnicos e equipamentos, dadas as especialidades oferecidas;
- ✓ resolutividade de atendimento: maior número de especialistas, aumentando o quantitativo de pessoal.

4. Características dos indicadores

Um indicador, no nosso entender, precisa: ser compreensível; ter aplicação fácil e abrangente; ser interpretável de forma uniforme (não permitindo diferentes interpretações); ser compatível com o processo de coleta de dados existentes; ser preciso quanto à interpretação dos resultados; ser economicamente viável sua aferição; oferecer subsídios para o processo decisório.

As características desejáveis dos indicadores são: confiabilidade, compreensão, mensurabilidade, credibilidade e relevância.

Para expressar um indicador, deve-se saber: fato, número absoluto, proporção, coeficiente e índice.

A medição é um processo que deseja medir a presença ou ausência, o grau ou a magnitude de alguma característica, ou contá-la; busca ser a mais acurada possível; considera quais tipos de dados são necessários; diz que momento e local se dará a mensuração.

As metas são estabelecidas pelos gerentes, a partir de planos de negócios da empresa. Para defini-las, utilizamos o critério SMART a saber:

SPECIFIC: (específica) as metas devem ser claras, objetivas e detalhadas, evitando má interpretação;

MENSURABLE: (mensurável) as metas devem possibilitar uma forma de medição;

ACHIEVABLE: (realizável) as metas devem ser razoáveis e viáveis;

RELEVANT: (relevantes) a meta deve ser relevante para o trabalho, devendo contribuir para a meta ou para a missão da unidade de trabalho;

TIME-BASED: (oportuna) a meta deve incluir cronogramas específicos e prazos finais.

5. Os parâmetros a serem considerados no processo de dimensionamento de gestão de pessoas

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 dias e meio por semana;
- ✓ o pronto socorro, o laboratório, o banco de sangue e o setor de raios-X funcionam durante as vinte e quatro horas do dia, sete dias da semana;
- ✓ a segurança, a portaria e recepção funcionam durante as vinte quatro horas do dia, sete dias da semana;
- ✓ a enfermagem funciona durante as vinte e quatro horas do dia, sete dias da semana.

5.2 Jornada de trabalho por funcionários

Encontramos nos hospitais funcionários com as seguintes jornadas de trabalho: 44; 40; 36; 30; 20 e 10 horas-semanais. Devemos transformar em horas equivalentes para podermos realizar as comparações.

Aplicamos o conceito de funcionário equivalente, ou seja, devemos realizar a comparação por meio do cálculo da proporcionalidade de horas trabalhadas por semana.

Temos serviços de terceiros, parceiros e autônomos sendo prestados ao hospital. Estes devem ser considerados na quantificação das necessidades dos profissionais.

Capacidade de produção, em consultas, de alguns profissionais na área da saúde:

Tabela 1 – Capacidade de produção por profissão

Recursos Humanos	Carga Horária Semanal	Atendimentos
Assistente Social	30 h	03 consultas/hora
Enfermeiro	30h	03 consultas/hora
Fisioterapeuta	30h	4,4 consultas/hora
Médico	20h	04 consultas/hora
Nutricionista	30h	03 consultas/hora
Odontólogo	20h	03 consultas/hora
Psicólogo	30h	03 consultas/hora
Psiquiatra	20h	03 consultas/hora

Fonte: Portaria nº1101/GM, Brasil, 12/06/02

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:

Tabela 2 - Cobertura de absenteísmo e férias

Férias (um mês de férias por ano 1/12)	8,33%
Absenteísmo (percentual esperado de faltas)	5,00%
Total	13,33%

Fonte: Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários, 1992.

O Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários (1992), coloca que a média da taxa de cobertura de absenteísmo e férias, não ultrapassaria a 13% em empresas privadas.

Comentário: este parâmetro consideramos alto, pois 12% já incorporaria uma taxa de absenteísmo de 3,66%, que é considerada alta no setor privado. Segundo o PROAHSA (2007), a mediana referente à taxa de absenteísmo nos hospitais gerais analisado foi de 2%, o que confirma o que colocamos no nosso relatório de 2000.

A taxa de cobertura de chefia, direção e assistência, segundo este mesmo modelo, não deverá ultrapassar a 12,5% das horas trabalhadas.

Comentário: este é um parâmetro utilizado por alguns autores, que consideramos excessivo. Com advento do conceito de *downsizing* tivemos o corte das gerências intermediárias e com a descentralização, nos seus mais variados níveis, tornou-se desnecessário este percentual para chefias. Acreditamos que 10% é uma taxa que cobre as necessidades. Consideramos muito alta estas taxas, principalmente para empresas e situações em que se busca a excelência de assistência.

5.4. Índice de segurança técnica - IST

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

Segundo o Grupo de Assessoria Hospital (1992), temos para o setor público o percentual de 22 % do total de funcionários, como índice de segurança técnico.

Segundo Machline (1996) temos para o setor público, o percentual 28,3 % do total de funcionários como IST.

Tabela 3 - Índice de segurança técnica

Cobrir férias	8,33%
Cobrir feriados	3,33%
Cobrir ausências (faltas)	5,00%
Cobrir faltas abonadas	1,64%
Cobrir licenças	10,0%
Total	28,3%

Fonte: Machline, 1996

Os dias trabalhados no ano são: 365 dias ou 52 semanas / ano (104 sábados e domingos). Segundo o COFEN (2001), o índice de segurança técnico (IST) para o pessoal de enfermagem deve ser de no mínimo 15%. Segundo Abboud (1996), o índice de segurança técnica, que se preocupa 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 15% é um bom parâmetro para o índice de segurança técnica, pois com este percentual temos uma boa margem de segurança, ainda que ele 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 ausências, ou mesmo os colegas de trabalho em momentos extraordinários, desde que não virem rotinas. Estas substituições, e levando-se em conta que o hospital tem meses tradicionalmente com menor movimento, época onde um maior número de profissionais poderia gozar suas férias, são formas de ajuste na distribuição mais homogênea dos profissionais. 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 o parâmetro de 15%, hoje em 2009, é perfeitamente viável.

5.5 Indicadores para a determinação da hora real trabalhada

Os cálculos apresentados a seguir são eventos previsíveis no limite das legislações vigentes.

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

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

- a) horas-ano: 365 dias x 8 horas/dia/funcionário = 2.920 horas-ano por funcionário (A);
- b) horas-feriados: 16,5 dias x 8 horas/dia/funcionário = 132 horas-ano de feriados por funcionário (B);
- c) horas sábados e domingos: 102 dias x 8 horas/dia/funcionário = 816 horas-ano de sábados e domingos por funcionário (C);
- d) horas-férias: 22 dias úteis = 8 horas/dia/funcionário = 176 horas-ano de férias por funcionário (D).

Horas efetivamente disponíveis por funcionário por ano:

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

Horas reais trabalhadas = 1.796 horas/ano por funcionário. Utilizando-se os mesmos índices para uma jornada contratual de 30 horas semanais, teremos como horas reais trabalhadas 1.347 horas-ano por funcionário.

5.6 Horas reais trabalhadas

Entende-se como horas reais trabalhadas a jornada efetivamente cumprida pelo empregado, durante uma semana. Consideram-se expurgados todos os momentos de ausência do funcionário ao serviço, como faltas, folgas, feriados, finais de semana, férias, licença saúde, licença maternidade (mulheres são grande contingente da força de trabalho dos hospitais) e outras para a participação em cursos, congressos e eventos que envolvem a educação continuada.

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

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

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

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

- ✓ taxa de absenteísmo por faltas: 4,5%
- ✓ taxa de absenteísmo por licença-maternidade: 0,8%
- ✓ taxa de absenteísmo por férias e feriados: 12,7%
- ✓ taxa de absenteísmo para educação continuada: 2.0%

O somatório das quatro taxas totaliza 20,0%. Dessa forma, descontando esse percentual da jornada contratual semanal do empregado, teremos para contratos de 40 horas semanais, espera-se uma jornada real de trabalho de 32 horas-funcionário/semana. Enquanto para contratos de 30 horas semanais, a jornada cumprida será de 24 horas-funcionário/semana.

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

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

5.7 Fórmula de cálculo do número de funcionários

nº de funcionários=

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

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 profissionais:

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

5.8 Cálculo por setor hospitalar

Segundo Assessoria de Planejamento (ASPLAN, 2009) temos os seguintes cálculos:

Por categoria profissional

Nº de horas/ profissional/ dia em atividade/ dia (por categoria profissional)	-----	X 100 =	% de profissionais que efetivamente atuam na unidade por categoria profissional
Nº de horas / profissional/em atividade/ dia (por categoria profissional)			

Internação

Nº de horas/ profissional/ dia em atividade/ dia (na unidade de internação por categoria profissional)	-----	X 100 =	% de horas/profissional/ dia na unidade por categoria profissional
Nº de horas / profissional/em atividade/ dia (por categoria profissional)			

Ambulatório

$\frac{\text{Nº de horas/ profissional/ dia/ Nº atendimento ambulatório (por categoria profissional)}}{\text{Nº de horas / profissional em atividade/ dia (por categoria profissional)}} \times 100 =$	$\frac{\text{\% de horas/ profissional/ dia atendimento ambulatório por categoria profissional}}{\text{\% de horas/ profissional/ dia atendimento ambulatório por categoria profissional}}$
---	---

Serviço de Pronto Atendimento

$\frac{\text{Nº de horas/ profissional/ dia/ Nº atendimento/ cons. no PA por categoria profissional}}{\text{Nº de horas / profissional em atividade/ dia (por categoria profissional)}} \times 100 =$	$\frac{\text{\% de horas/ profissional/ dia atendimento/ consulta PA (por categoria profissional)}}{\text{\% de horas/ profissional/ dia atendimento/ consulta PA (por categoria profissional)}}$
---	---

Atividade Científica

$\frac{\text{Nº de horas/ profissional/ dia/ atividade científica (por categoria profissional)}}{\text{Nº de horas / profissional em atividade/ dia (por categoria profissional)}} \times 100 =$	$\frac{\text{\% de horas/ profissional/ dia dispensada a atividade científica (por categoria profissional)}}{\text{\% de horas/ profissional/ dia dispensada a atividade científica (por categoria profissional)}}$
---	---

Atividade Administrativa

$\frac{\text{Nº de horas/ profissional/ dia/ atividade administrativa (por categoria profissional)}}{\text{Nº de horas / profissional/ dia/ em atividade (por categoria profissional)}} \times 100 =$	$\frac{\text{\% de horas/ profissional/ dia em atividade administrativa (por categoria profissional)}}{\text{\% de horas/ profissional/ dia em atividade administrativa (por categoria profissional)}}$
--	---

5.9 Relação das profissões e das áreas para as quais encontramos indicadores:

- ✓ administração;
- ✓ almoxarifado/ controle de estoque/ distribuição;
- ✓ analista de sistema/ programador;
- ✓ auxiliar de enfermagem;
- ✓ biblioteca e/ou centro de estudos;
- ✓ biomédico;
- ✓ central de materiais e esterilização – CME;
- ✓ compras;
- ✓ comunicação e protocolo;
- ✓ controle de infecção hospitalar/ diagnóstico, laboratório, radiologia, hematologia e outros;
- ✓ digitador;

- ✓ enfermagem;
- ✓ engenheiro;
- ✓ estatístico;
- ✓ farmácia;
- ✓ faturamento;
- ✓ físico;
- ✓ fisioterapeuta;
- ✓ fonoaudiólogo;
- ✓ higiene hospitalar;
- ✓ jardineiro;
- ✓ lavanderia/ rouparia/ costura;
- ✓ limpeza e higienização;
- ✓ manutenção de equipamentos;
- ✓ manutenção predial;
- ✓ médicos;
- ✓ motorista;
- ✓ nutrição e dietética;
- ✓ odontologia;
- ✓ patrimônio;
- ✓ programador;
- ✓ psicologia hospitalar e serviço social;
- ✓ recepção/ registro geral/ arquivo médico;
- ✓ registro, triagem, admissão e transferência;
- ✓ segurança;
- ✓ serviço especializado em engenharia de segurança e medicina do trabalho – SESMT;
- ✓ técnico enfermagem;
- ✓ técnico laboratório;
- ✓ técnico manutenção;
- ✓ técnico raio X;
- ✓ tecnologia da informação;
- ✓ telefonista;
- ✓ transportes;
- ✓ velório;

- ✓ vigilância;
- ✓ zeladoria.

Comentário: são os profissionais de maior contingente ou que aparecem com maior frequência na composição do quadro de pessoal nos hospitais, merecendo estudos, análises e medições para estabelecimento de parâmetros e tempos padrões de dimensionamento de necessidade de pessoal.

Os programadores, analistas de sistemas e digitadores são profissionais para cujo trabalho não encontramos tempos-padrões ou parâmetros mais específicos, e portanto, descreveremos apenas alguns amplos e gerais encontrados na literatura, embora constituam hoje um número expressivo de profissionais nos hospitais.

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

VIII. 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 pessoas nos hospitais

1.1 Variáveis gerais e específicas de planejamento

Para efeito de planejamento de pessoal de uma unidade médico-hospitalar, foram consideradas as seguintes variáveis operacionais gerais:

Tabela 4 - Variáveis operacionais gerais

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

Fonte: IBGE, 2000

Comentário: o IBGE atribui dez dias úteis de faltas, o que leva a um índice de absenteísmo de 4,4 %, que consideramos alto.

Tabela 5 - Classificação da indústria e serviços por categoria

Categorias	Indústria	Serviço
Operação contínua sem interrupção regular	<ul style="list-style-type: none"> > Usina siderúrgica > Refinaria de petróleo > Química de base > Fábrica de cimento 	<ul style="list-style-type: none"> > Transporte marítimo, aéreo, ferroviário > Telefonia, correio > Supermercado 24 horas > Hospital
Operação com interrupção contínua regular	<ul style="list-style-type: none"> > Montadora de automóveis > Linha de montagem 	<ul style="list-style-type: none"> > Comércio tradicional > Banco comercial
Operação intermitente repetitiva	<ul style="list-style-type: none"> > Fábrica de autopeças "cativa" 	<ul style="list-style-type: none"> > Posto de gasolina > Loja, banco > Escola
Operação intermitente não repetitiva	<ul style="list-style-type: none"> > Fabricação sob encomenda > Marcenaria, alfaiataria 	<ul style="list-style-type: none"> > Oficina de consertos > Hospital > Lavanderia
Projeto	<ul style="list-style-type: none"> > Desenvolv. de novo produto > Pesquisa tecnológica > Construção civil > Reforma de prédio 	<ul style="list-style-type: none"> > Pesquisa de mercado > Consultoria > Implantação de software > Promoção de venda

Fonte: Picchiali, 2009

Comentário: o hospital é classificado, predominantemente, na categoria operação intermitente não repetitiva e/ou operação contínua sem interrupção regular. Se analisarmos por setores do hospital, podemos ter outras classificações por categoria.

Tabela 6 - Classificação de hospitais nos EUA de acordo com o número de leitos

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

Fonte: Hospital Statistics. Healthcare infosourse. American Hospital Association Company. Chicago, Illinois. EUA. 1998. p. 4.

Tabela 7 - Classificação de hospitais no Brasil por número de leitos SUS

Porte	Pequeno	Médio	Grande	Extra
Número de leitos	20 a 49	50 a 149	150 a 299	300 ou mais

Fonte: Portaria 2224/02 Brasil, 2002

Comentário: acredita-se que o porte do hospital tenha uma interferência na quantificação de profissionais, 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 hospitais de porte extra, vai depender das economias de escala que estes possam gerar, como o poder de compra, volume de exames que diminui muito seu custo unitário dentre outros. Eles também podem gerar deseconomias de escala, como as dificuldades de acesso, estacionamentos de carros, dificuldades de abastecimento de materiais e insumos.

O excesso de atividades de apoio e infra-estrutura, ou mesmo funcionários trabalhando para atender necessidades de funcionários do hospital, aumentam o quantitativo de pessoas necessárias.

Tabela 8 - Número de leitos (SUS) por 1.000 habitantes, segundo as regiões administrativas no Brasil

Regiões	Público			Privado			Universitário		Total		
	1993	1999	2005	1993	1999	2005	1993	1999	1993	1999	2005
Brasil	0,7	0,7	0,8	2,4	2,0	1,2	0,2	0,3	3,4	3,0	2,0
Norte	1,1	1,1	1,1	0,8	1,0	0,5	0,1	0,1	2,0	2,1	1,6
Nordeste	0,8	0,8	1,1	1,9	1,8	1,1	0,2	0,2	2,9	2,8	2,2
Sudeste	0,8	0,7	0,7	2,6	2,1	1,2	0,3	0,3	3,6	3,2	1,9
Sul	0,3	0,3	0,6	3,3	2,5	1,7	0,3	0,4	3,9	3,2	2,2
Centro-Oeste	0,8	0,8	0,8	2,9	2,5	1,2	0,1	0,3	3,8	3,5	2,1

Fonte: IBGE, 2005

Tabela 9 - Indicadores nos hospitais de regiões brasileiras segundo ANAHP

	2002	2003	2004	2005	2006
Leitos	2.068	2.278	2.294	2.558	2.786
Pessoal/Leito	4,49	4,71	4,50	4,86	5,10
Enfermeiro/Leito	0,45	0,46	0,47	0,49	0,46
Cirurgia Peq. Porte	18,1%	23,4%	20,6%	21,2%	19,9%
Cirurgia Médio Porte	33,4%	32,1%	36,9%	34,5%	38,3%
Cirurgia Grande Porte	27,2%	26,8%	24,5%	25,3%	24,4%
Cirurgia Porte Especial	8,9%	7,9%	5,8%	7,0%	8,0%
Total de Exames	3.626.292	4.617.886	6.542.226	6.397.470	6.529.138

Fonte: Revista Sinha - ANAHP, 2000-2006

Comentário: notamos um crescimento do número de funcionários por leito ao longo do período de 2000 a 2006.

Tabela 10 - Percentual de distribuição de emprego e de estabelecimentos de serviços de saúde detalhados em 2006 nos EUA

Indústria/ segmento	% estabelecimentos	% Empregos
Ambulatório serviços de cuidados de saúde	87,1	42,2
Consultórios médicos	36,7	17,1
Home care de cuidados de saúde	3,3	6,9
Consultório odontológico	20,7	6,3
Consultório de outros profissionais da saúde	19,3	4,6
Ambulatório creches	3,4	3,9
Outros serviços de saúde ambulatorial	1,4	1,7
Medicina e os laboratórios de diagnóstico	2,3	1,6
<u>Segmento hospitalar</u>		
Hospitais	1,3	34,8
Geral médica e cirúrgica hospitais	1,0	32,8
Outros hospitais	0,2	1,3
Hospitais psiquiátricos e abuso de substância	0,1	0,8

Fonte: Bureau of Labor Statistics - BLS, 2009

Segundo Bogtrykker (1997), para a Dinamarca, temos:

Tabela 11 - Capacidade dos hospitais psiquiátricos na Dinamarca

	1980	1985	1989	1994
Número de hospitais	117	102	94	83
Número de leitos	32.269	28.332	26.235	23.905
Número de leitos psiquiátricos	1.302	1.290	1.230	2.035
Altas	916.000	99.605	1.065.445	1.111.983
Leitos dia	9.045.600	8.398.429	7.660.916	7.391.291
Visitas dos médicos	3.295.336	3.533.974	3.680.336	4.534.884
Média de permanência dos pacientes	9,9	8,1	6,9	6,6

Fonte: Bogtrykker, 1997

Comentário: verificamos uma diminuição no número de hospitais e leitos, mas um aumento no número de visitas médicas.

Segundo Bogtrykker (1997), a capacidade dos hospitais psiquiátricos na Dinamarca:

Tabela 12 - Capacidade dos hospitais psiquiátricos

	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

Fonte: Bogtrykker, 1997

Leitos dia potencial = nº de leitos funcionantes - dia x 365 dias

Leitos dia potencial = 4259 x 365

Leitos dia potencial = 746.699 leitos/dia

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

Segundo Bogtrykkeri (1997), o staff do setor de saúde na Dinamarca, em 1994 era:

Tabela 13 - Staff dos hospitais na Dinamarca

Total de staff nos hospitais	82.284
Médicos	9.193
Enfermeiros	25.883
Técnicos em enfermagem	13.967
Outros	33.241
Enfermeiras de autoridades locais e visitantes de saúde	10.671
Nº total do Staff <i>Under health insurance scheme</i> (seguro saúde)	8.375
Clínicos gerais	886
Especialistas	3.760
Dentistas	3.760
Nº total do staff em saúde preventiva	4.600
Dentista infantil	1.430
Outros projetos (schemes)	3.170
Nº total do staff em saúde	105.930

Fonte: Bogtrykker, 1997.

Para a Dinamarca, temos como indicador

funcionário por leito = $\frac{82.284}{23.905} = 3,44$

Comentário: temos quase onze por cento de médicos, e quase cinquenta por cento de pessoal de enfermagem onde trinta e um por cento de enfermeiras.

Segundo a World Health Statistics, em 2009 temos os seguintes dados:

Tabela 14 - Médicos/10.000 hab

Argentina	30
Austrália	25
Brasil	12
Canadá	19
China	14
Cuba	59
Dinamarca	36
EUA	26
Etiópia	<1
França	34
Grécia	50
Haiti	3
Índia	6
Irlanda	29
Japão	21
Moçambique	<1
Senegal	1
Mínimo	<1
Máximo	59
Média	11

Fonte: World Health Statistics, 2009

Tabela 15 - Enfermagem/10.000 hab

Argentina	8
Austrália	97
Brasil	38
Canadá	101
China	10
Cuba	74
Dinamarca	101
EUA	94
Etiópia	2
França	80
Grécia	36
Haiti	1
Índia	8
Irlanda	195
Japão	95
Moçambique	3
Senegal	3
Mínimo	1
Máximo	195
Média	29

Fonte: World Health Statistics, 2009

Tabela 16 - Dentista /10.000 hab

Argentina	8
Austrália	11
Brasil	11
Canadá	12
China	1
Cuba	9
Dinamarca	8
EUA	16
Etiópia	<1
França	7
Grécia	12
Haiti	<1
Índia	1
Irlanda	6
Japão	7
Moçambique	<1
Senegal	<1
Mínimo	<1
Máximo	16
Média	2

Fonte: World Health Statistics, 2009

Tabela 17 - Leitos Hospitalares/10.000 hab

Argentina	41
Austrália	33
Brasil	24
Canadá	34
China	22
Cuba	49
Dinamarca	38
EUA	31
Etiópia	57
França	11
Grécia	48
Haiti	13
Índia	7
Irlanda	...
Japão	140
Moçambique	8
Senegal	1
Mínimo	1
Máximo	140
Média	25

Fonte: World Health Statistics, 2009

Tabela 18 - Profissionais por Região/10.000 hab

Regiões	Médicos	Enfermagem	Dentistas	Leitos
África	2	11	1	10
Região das Américas	19	49	11	24
Sudeste Asiático	5	12	1	9
Europa	32	79	5	63
Mediterrâneo Oriental	10	15	2	14
Pacífico Ocidental	14	20	2	33

Fonte: World Health Statistics, 2009

A Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo em 2007 apresenta a seguinte distribuição de funcionários em hospitais estaduais:

Tabela 19 - Distribuição de funcionários por grandes áreas dos hospitais estaduais no Estado de São Paulo em 2006

Áreas	Menor	Maior	Média
Infraestrutura	179	3.401	
%	23,3	65,8	31,1
Diagnóstico e Terapêutica	29	813	
%	5,3	27	10,2
Internação Clínico-Cirúrgica	151	1.858	
%	19,7	40,2	21,6
Ambulatório/Emergência	17	1.381	
%	4,2	24,5	12,4
Outras Distribuições	46	11.206	
%	5,8	76,7	20,6

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2007

Segundo dados do Grupo Informal de Salários dos Hospitais (GISAH), em 2007, a média de funcionário/leito foi de 5,2. Sendo 2,2 para o pessoal de enfermagem/leito, 1,8 auxiliar enfermagem/leito e 0,4 enfermeiro/leito. Amostra de 45 hospitais da cidade de São Paulo.

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

Em trabalho do Grupo de Assessoria Hospitalar – GAH (1992), encontramos os seguintes parâmetros gerais:

Funcionário/ leito = 5,0 (excluindo médico)

Em relação ao número de profissionais de enfermagem temos no primeiro semestre de 2007, a relação de 1,81 enfermeiros (CQH)

Pessoal Enfermagem/ leito = 2,2

Médico/ leito = 1,0

Segundo dados da Joint Commission (1992), uma das 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.

Conforme mostra a tabela abaixo, houve uma variação significativa em hospitais gerais de médio porte do ano 1999 a 2004, segundo estudo realizado PROAHSA.

Tabela 20 - Composição do quadro de pessoas

Funcionário/leito (excluindo médicos)	4,2 (variação de 3,2 a 5,1)
Pessoal de enfermagem/leito	1,8 (variação de 1,6 a 2,1)
Enfermaria/leito	0,4 (variação de 0,3 a 0,4)

Fonte: PROAHSA, 2004

Segundo Coelho (2006), temos:

Tabela 21 - Indicador funcionário por leito

Funcionário/leito	4,2
Pessoal enfermagem/leito	1,8
Enfermeira/leito	0,4

Fonte: Coelho, 2006

Tabela 22 - Composição geral do quadro de pessoal com valores médios

Enfermagem	44%
Área de apoio diagnóstico e terapêutico	20%
Área administrativa	15%
Área de apoio técnico	21%

Fonte: Coelho 2006

Segundo a pesquisa PROAHSA do primeiro semestre de 2007, esta relação é de 4,89.

Segundo o Grupo Informal de Salários dos Hospitais, GISAH (2007) temos:

Funcionário/leito: 5,2

Enfermagem/ leito: 2,2

No caso brasileiro o parâmetro mais encontrado é:

5 funcionários/leito (ocupado e ajustado)

Comentário: verificamos um aumento, em média, do indicador de 5 funcionários para 5,2 funcionários por leito entre 2000 e 2009.

O leito ocupado-ajustado leva em consideração: 100 % da ocupação do leitos, mais os atendimentos no pronto socorro, centro cirúrgico e laboratório transformados em leitos correspondentes.

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 a trabalharem com um quantitativo menor de profissionais. Nos dois parâmetros citados, no caso brasileiro não estão inclusos os médicos.

Para Borges (1980), temos: relação funcionário/leito em hospital geral é de 2,3 a 2,5 funcionários/ leito (incluindo médico).

Segundo Trigo e Roncada (1988), ao realizarem uma revisão dos padrões indicados para mensuração de pessoas em hospital geral, consideram que um número razoável seria 2,5 a 4 funcionários por leito.

Segundo Azevedo (1989), encontramos, para os Estados Unidos, as seguintes relações funcionário por leito:

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

Fonte: Azevedo, 1989

Azevedo (1989), em estudo realizado em 26 hospitais complexos no Brasil, encontrou uma *variação de 1 a 7,2 funcionários por leito*.

Segundo a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE – 1990) em Zucchi (1998), temos os seguintes indicadores:

- ✓ número de funcionários por leito (0,7 a 1,2) – amplitude de variação média de 1,76 funcionário por leito;
- ✓ número de enfermagem por leito (0,39 a 1,20) – amplitude média de 0,65 profissional de enfermagem por leito ocupado.

De acordo com a OCDE (1990), temos a seguinte relação funcionário/leito, por país, em 1987:

Tabela 24 - Relação funcionário/leito, por país, em 1987

País	Nº de funcionários por leito	Nº 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 funcionário	1,50	0,65

Fonte: OCDE, 1990.

Temos nessa distribuição uma amplitude de variação de 0,70 a 2,60 funcionários/leito.

Os 42 hospitais universitários 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:

Funcionário/leito = 4,14 (média)

Funcionário/leito = 4,73 (mediana)

Esta relação é estabelecida pela amostra de 51 hospitais participantes do Programa de Qualidade Hospitalar (PROAHSA), mantido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Dados referentes ao quarto semestre de 2007.

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

Tabela 25 - Série histórica do indicador “funcionário por leito” de hospitais gerais de pequeno, médio e grande portes, públicos e privados, participantes do PROAHSA.

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

Fonte: PROAHSA, 1998.

Bittar (1992), temos a seguinte relação funcionários por leito em 8 hospitais públicos e privados:

Tabela 26 - Relação funcionários por leito, 1992

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

Fonte: Bittar, 1992

Bittar (1994) coloca que o número de funcionários por leito em hospitais está aumentando:

Tabela 27 - Relação funcionários por leito, 1994

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

Fonte: Bittar, 1994

De acordo com dados coletados em hospitais públicos de São Paulo, a relação funcionários/leito variou de 4 a 9 lembrando-se que muitas vezes não são contabilizados serviços contratados de terceiros, como: limpeza, manutenção, laboratório, entre outros. (Bittar, 1994)

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/leito (Bittar, 1994).

Tabela 28 - Número de pessoas nos hospitais por grandes áreas

Setor	A%	B%	C%	D%	E%	F%	G%	H%
Infraestrutura (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- diag. e terap.	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

Fonte: Bittar, 1996

(a) Infraestrutura: 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.

Indicadores encontrados em hospitais americanos (community hospitals), apontados por Machline (1996) a saber:

Tabela 29 - Funcionários equivalentes por paciente internado ajustado

Ano	Nº de funcionários
1965	2,24
1975	3,00
1985	3,86

Fonte: Hospitals Statistics – American Hospitals Association (AHA), 1998

Para o Instituto Central do Hospital das Clínicas (1999), encontramos os seguintes indicadores.

Total da força de trabalho (incluindo médicos) = 5019.

Número total de leitos = 919

$$\boxed{\text{Funcionário/ leito} = 5,4}$$

Total da força de trabalho (excluindo médicos) = 4177

$$\boxed{\text{Funcionário/ leito} = 4,5}$$

Outros indicadores importantes encontrados, e que estão relacionados com o quadro de pessoal:

- ✓ os salários e benefícios pagos aos funcionários correspondem a cerca de 50 a 60% dos custos hospitalares totais (Bittar, 1994); a Lei de responsabilidade fiscal, também coloca esses valores;
- ✓ segundo o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, temos a alocação média de 12 % em saúde, dos respectivos orçamentos dos municípios;
- ✓ o número de quatro consultas médicas por hora é um parâmetro historicamente determinado pela Organização Mundial de Saúde, apesar de polêmico, é aceito por muitos estudos (Bittar, 1994);
- ✓ terceirização: este é um fator que sempre devemos considerar nos estudos comparativos dos hospitais. Alguns indicadores incluem os terceiros outros não.

Tabela 30 - Relação funcionários por leito em seis hospitais

Indicador	HA	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	5.1
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

Fonte: Zucchi, 1998

Segundo Zucchi (1998), 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%.

Segundo Marinho (1998), a partir do estudo de Zucchi (1998), temos o seguinte ranking:

Tabela 31 - Ranking dos hospitais de acordo com a relação funcionários por leito

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

Fonte: Marinho, 1998

Dados obtidos a partir da AHA (1998):

Tabela 32 - Hospitais e profissionais segundo o nº de leitos

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

Fonte: AHA, 1998

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

Tabela 33 - Número total de leitos por classificação de hospitais

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

Fonte: AHA, 1998

Tabela 34 - 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	0,010
50 – 99	0,050	0,72	0,19	0,006	0,020
100 – 199	0,057	0,86	0,17	0,030	0,005
200 – 299	0,070	0,97	0,15	0,040	0,006
300 – 399	0,080	1,03	0,14	0,080	0,010
400 – 499	0,129	1,08	0,14	0,140	0,008
500 ou mais	0,125	0,92	0,12	0,180	0,010

Fonte: AHA, 1998

Tabela 35 - 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
6-24	6427	2433	1418	37331	137	57
25-49	31868	9683	3297	158160	630	202
50-99	75257	20585	6213	358100	659	384
100-199	191745	37825	14610	829843	7310	1571
200-299	180668	29790	14400	772462	9825	1654
300-399	156911	20742	12880	654440	12008	1503
400-499	104534	14542	10557	453120	13314	1669
500 ou mais	239994	28460	34317	1069349	43717	3932

Fonte: AHA, 1999

Tabela 36 - Número de hospitais e de leitos por porte dos hospitais

Porte do Hospital	6 -24	25-49	50-99	100-199	200-299	300-399	400-499	>500
Número leitos	6225	38485	103855	211694	187908	148056	97318	241849
Número hospitais	349	1036	1445	1505	774	430	219	399

Fonte: AHA, 1999

Tabela 37 - Relação de funcionários por leito por porte hospitalar

Classificação dos hospitais	Médicos e dentistas	Enfermeiros diplomados	Técnicos de enfermagem	Total de pessoal	Médicos e dentistas residentes	Outros/trainees
6 – 24	0,227	1,032	0,390	5,996	0,022	0,009
25 – 49	0,085	0,828	0,251	4,109	0,016	0,005
50 – 99	0,059	0,724	0,198	3,448	0,006	0,003
100 – 199	0,069	0,905	0,178	3,920	0,034	0,007
200 – 299	0,076	0,961	0,158	4,110	0,052	0,008
300 – 399	0,086	1,059	0,140	4,420	0,081	0,010
400 – 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

Fonte: AHA, 1999

Comentário: encontramos na AHA uma relação funcionário por leito, variando de 3,44 até 5,99.

Segundo Taborda em 2008, utilizando o indicador hospitalar de gestão de pessoas (relação entre o número de funcionários por leito operacional – excluindo médicos) no Hospital das Clínicas de São Paulo, encontramos:

Tabela 38 - Relação funcionário/leito em 2007

Janeiro	4,58
Fevereiro	4,53
Março	4,53
Abril	4,53
Mai	4,43
Junho	4,47
Julho	4,56
Agosto	4,54
Setembro	4,58
Outubro	4,59
Novembro	4,61
Dezembro	4,57

Fonte: Taborda, 2008

Tabela 39 - Relação auxiliar enfermagem/leito em 2007

Janeiro	1,78
Fevereiro	1,76
Março	1,75
Abril	1,76
Mai	1,69
Junho	1,75
Julho	1,78
Agosto	1,78
Setembro	1,78
Outubro	1,78
Novembro	1,79
Dezembro	1,77

Fonte: Taborda, 2008

Tabela 40 - Relação enfermeiro/leito em 2007

Janeiro	0,35
Fevereiro	0,36
Março	0,35
Abril	0,36
Mai	0,35
Junho	0,35
Julho	0,36
Agosto	0,36
Setembro	0,36
Outubro	0,36
Novembro	0,36
Dezembro	0,36

Fonte: Taborda, 2008

Comentário: seria importante verificar o grau de terceirização do Hospital da Clínicas e quanto ele está computado neste indicador.

Critérios adotados pelo Hospital Israelita Albert Einstein em 2009: o dimensionamento e planejamento do quadro de pessoal é realizado com base no escopo, planejamento estratégico da Instituição e legislação vigente, o que inclui recomendações de Conselhos de classe e às vezes legislação específica.

Nas áreas assistenciais este estudo é complementado com histórico das patologias, faixa etária atendida, gravidade e complexidade dos pacientes, sazonalidade de pacientes, análises internas, como por exemplo dados do sistema de enfermagem, avaliação de queixas/elogios, benchmark externo e nível de serviço. Nas áreas não assistenciais ou seja, administrativa e apoio o estudo do dimensionamento se dá através do mapeamento das atividades e processos pertinentes a cada área com nível de serviço desejado. O dimensionamento do quadro de pessoal deve estar aderente ao orçamento institucional aprovado, assegurando a qualidade do atendimento e a sustentabilidade econômica do negócio.

1.2 Indicador de taxa de direção, chefia e assistência

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

Tabela 41 - Indicador de taxa de direção, chefia e assistência

Categorias		%		%
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, 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 parâmetro de 12%, que é alto. Na prática temos encontrado valores abaixo de 10% no setor privado.

As relações entre funcionários são dadas pelos seguintes parâmetros:

- ✓ 1 enfermeiro/2 médicos;
- ✓ 1 enfermeiro/4 pessoal enfermagem;
- ✓ 1 médico/2 pessoal enfermagem.

Comentário: estes indicadores e parâmetros gerais nos permitem verificar que existe uma tendência do número de funcionários leito não ultrapassarem a cinco. Isto constatamos até o ano de 2000. Já em 2009, como verificaremos nas páginas seguintes, em média ele é de 5,2 funcionários por leito.

Existem algumas exceções como nos estudos de Zucchi (1998) e Bittar (1992), mas, nos demais casos, sempre os indicadores e/ou parâmetros encontrados estão abaixo de cinco até o ano 2000. O interessante é que encontramos uma tendência ao aumento do número de funcionários por leito, mesmo com a terceirização.

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

Proporção média de pessoal em hospital geral, dada por Borges (1980), é:

- a) técnico 70%
- b) apoio 20%
- c) administrativo 10%

Os parâmetros propostos pelo Grupo de Assessoria Hospitalar 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%

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 1985

Encontramos os seguintes indicadores por áreas, citados por Gonçalves (1987):

Tabela 43 - Distribuição percentual de funcionários por serviços do hospital, segundo o porte da instituição no interior do estado de SP

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

Fonte: IPH. Pesquisa. Curso Administração Hospitalar. In Gonçalves, 1987

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

Segundo a Portaria 251/GM de 31/1/2002, temos:

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo:

- ✓ 01 médico plantonista nas 24 horas;
- ✓ 01 enfermeiro das 19:00 às 7:00 hs, para cada 240 leitos.

E ainda:

- ✓ para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro;
- ✓ para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, os seguintes profissionais;
- ✓ 01 assistente social;
- ✓ 01 terapeuta ocupacional;
- ✓ 01 psicólogo;
- ✓ 04 auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas.

E ainda:

- ✓ 01 clínico geral para cada 120 pacientes;
- ✓ 01 nutricionista e 01 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá, também, compor uma das equipes básicas como psiquiatra assistente, desde que, além de seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em, pelo menos três outros dias da semana.

Segundo levantamento das organizações hospitalares realizado por Neves (2004), encontrou-se a seguinte capacidade de leitos de internação percentual:

Tabela 44 – Leitos de internação

Total de hospitais	100%
Até 50 leitos	---
51 a 150 leitos	25%
51 a 500 leitos	62%
Acima de 500leitos	13%

Fonte: Neves, 2004

Tabela 45 – Mensuração de profissionais por força de trabalho

Capacidade Hospital	% força Trabalho
Até 100 Funcionários	---
101 a 500 Funcionários	13%
501 a 1.000 Funcionários	25%
Acima 1.000 Funcionários	62%

Fonte: Neves, 2004

A revista Sinha (ANAHP: 2002, 2006), demonstra os seguintes dados para os hospitais credenciados em todo território brasileiro:

Tabela 46 – Indicadores médios dos hospitais das regiões brasileiras

	2002	2003	2004	2005	2006
Leitos	2.068	2.278	2.294	2.558	2.786
Pessoal/Leito	4,49	4,71	4,50	4,86	5,10
Enfermeiro/Leito	0,45	0,46	0,47	0,49	0,46
Cirurgia Peq Porte	18,1%	23,4%	20,6%	21,2%	19,9%
Cirurgia Médio Porte	33,4%	32,1%	36,9%	34,5%	38,3%
Cirurgia Grande Porte	27,2%	26,8%	24,5%	25,3%	24,4%
Cirurgia Porte Especial	8,9%	7,9%	5,8%	7,0%	8,0%
Total de Exames	3.626.292	4.617.886	6.542.226	6.397.470	6.529.138

Fonte: Revista Sinha - ANAHP, 2002-2006

Por região temos os seguintes valores:

Tabela 47 – Leitos por região

Região	Leitos	%
Centro-Oeste	630	7%
Nordeste	1.446	20%
Sudeste	4.413	60%
Sul	901	13%
Total	7.350	100%

Fonte: SUS, 2009

1.3 Indicadores gerais a serem construídos

Apresentamos a seguir alguns indicadores, a serem construídos e que consideramos importantes, no estudo do quadro de pessoas nos hospitais.

a) 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.

Tabela 48 - Modelo de indicadores percentuais de custo de pessoal

Indicadores	Valor em % per capta
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	

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.

Tabela 49 - Indicadores de custos hospitalares por composição em 1997

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

Fonte: PROAHSA, 1997

Tabela 50 - Custos hospitalares por unidade de produção

	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

Fonte: PROAHSA, 1997

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 à 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.

Tabela 51 - Indicadores de custos hospitalares por composição em 1999

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

Fonte: PROAHSA, 1999

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.

✓ Indicador de receita (PROAHSA, 1998):

- receita líquida por funcionários = 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

Os indicadores de custos hospitalares estão representados por uma amostra de 22 hospitais sob as segmentações de hospitais privados não lucrativos, hospitais privados lucrativos e hospitais públicos. Os hospitais estão localizados nos seguintes Estados: Bahia, Ceará, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Sergipe e Rio Grande do Sul. Dados obtidos pelos Indicadores PROAHSA – jul/set 2003.

Tabela 52 - Composição dos custos hospitalares em 2003

Descrição	Hosp. privados não lucrativos	Hosp. privados lucrativos	Hosp. públicos	Média geral
Pessoal	50,8%	45,3%	54,9%	50,1%
Consumos materiais	28,4%	33,7%	22,6%	28,5%
Custos despesas gerais	20,8%	20,9%	22,5%	21,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: PROAHSA, jul/set/2003

Tabela 53 - Composição dos custos hospitalares (excluindo materiais médicos, medicamentos e honorários médicos) no ano de 2002

Hospitais privados não lucrativos	Hospitais privados lucrativos
61,3%	62,4%
11,8%	10,8%
26,9%	26,8%
100,0	100,0%

Fonte: PROAHSA, jul/set/2003

b) Taxa de rotatividade de pessoal (*turnover*)

$$\text{Turnover} = \frac{(A+D)}{EM} \times 100$$

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

D= Desligamento de pessoal no setor dentro do período considerado

EM= Efetivo médio no setor considerado dentro do tempo considerado.

Obtido pela média dos efetivos no início e no final do período dividido por dois.

Comentário: o *turnover* é um importante instrumento de avaliação do grau de retenção dos funcionários na instituição. Pode-se realizar um *benchmarking* com outros hospitais.

A rotatividade de pessoal (*turnover*), 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 em 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.

Tabela 54 – Índice de Rotatividade PROAHSA

Região	Índice de Rotatividade			
	2002	2003	2004	2005
Centro-Oeste	31,1%	22,9%	29,3%	24,0%
Nordeste	14,8%	14,2%	14,8%	15,3%
Sul	23,7%	25,1%	26,0%	19,8%
Sudeste	16,5%	16,9%	21,2%	14,8%
Média	19,6%	18,6%	21,8%	16,6%

Fonte: Revista SINHA, 2006

Um levantamento realizado nas 150 melhores empresas eleitas pela revista Você S/A e Exame, obteve o seguinte resultado do índice de rotatividade dos empregados:

Tabela 55 – Índice de rotatividade

	2005	2006	2007	2008
150 melhores empresas	13,9	20,0	19,6	23,5
Mercado	41,3	41,8	43,2	47,8

Fonte: Você S/A e Exame, 2009

c) 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 encontrado na literatura, chega a 0,05 ou 5%. No mercado de empresas competitivas, ou que buscam a excelência, este indicador, é considerado alto. Nos hospitais, devido à carga de trabalho e a própria dupla militância dos profissionais, encontramos um aumento dos percentuais das ausências, ou seja, índices maiores de absenteísmo.

Segundo Silva e Marziale (2000), a porcentagem de tempo perdido é expressa por:

$$\frac{\text{Número de dias de trabalho perdidos no período} \times 100}{\text{Número programado de dias no período}}$$

Segundo Silva e Marziale (2000), o índice de frequência é expresso por:

$$\frac{\text{Número licenças no período}}{\text{Efetivo médio do período}}$$

Os fatores que levam ao absenteísmo elevado são:

- ✓ insatisfação por parte do funcionário;
- ✓ problemas de relacionamento gerência x empregado;

- ✓ acidentes de trabalho;
- ✓ trabalhos repetitivos e desmotivantes;
- ✓ baixos salários;
- ✓ doenças ocupacionais;
- ✓ razões diversas de caráter familiar;
- ✓ problemas de transporte;
- ✓ carga de trabalho.

Tabela 56 – Taxa de absenteísmo

Região	Absenteísmo			
	2002	2003	2004	2005
Centro-Oeste	1,1%	0,6%	1,5%	1,0%
Nordeste	0,2%	0,3%	0,8%	1,1%
Sul	6,1%	3,5%	3,8%	1,1%
Sudeste	1,2%	0,7%	1,2%	1,3%
Média	1,7%	1,0%	1,5%	1,2%

Fonte: Revista SINHA, 2006

2. Metas de produção, padrão de produtividade e quantidade de pessoal a serem estabelecidas

Relacionamos abaixo alguns padrões a serem estabelecidos na área de gestão de pessoas:

- ✓ número de atendimentos no pronto - socorro por dia, por médico;
- ✓ número de cirurgias realizadas por dia, por equipe cirúrgica;
- ✓ 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;
- ✓ 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, 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 (radiológicos e laboratoriais);
- ✓ internação: visitas e altas; número de internações 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 leitos;
- ✓ partos: normal e cesárea por equipes e/ou obstetra, enfermeiro obstetriz;
- ✓ pronto atendimento: número de consultas e procedimentos;
- ✓ salas cirúrgicas: número de salas e cirurgias/ sala-dia;
- ✓ tempo gasto com procedimento, tarefa, rotina ou atividade;
- ✓ nº enfermeiro por sala de cesárea ou de parto;

Relacionamos abaixo alguns padrões a serem estabelecidos no setor de terceirizados.

Segundo a empresa Tejofran (2009) os indicadores de dimensionamento para contratos são:

- ✓ metragem total e construída;
- ✓ referências do CADTERC (Cadastro de serviços terceirizados) para áreas críticas, semi e não críticas;
- ✓ tempos de limpezas;
- ✓ nº leitos;
- ✓ taxa ocupação;
- ✓ fluxo (nº atendimentos, nº cirurgias, horários de visita, quantidade de colaboradores etc.);
- ✓ freqüência de atividades (concorrentes, terminais, coleta resíduos etc.);
- ✓ perfil da instituição

Quadro de funcionários da Tejofran:

- ✓ em contratos: 2000 colaboradores (auxiliar de limpeza, limpador de vidro, comandos, jardineiros etc.);

- ✓ apoio operacional: 10 enfermeiros, 02 coordenadores (enfermeiros), 01 gerente (enfermeiro), 02 auxiliares administrativos, 01 estagiário de enfermagem;
- ✓ área total em metragem atendida em contratos, não disponível;
- ✓ nº aproximado de leitos críticos e semicríticos atendidos em contratos: 2950

Produção: Indicadores utilizados

- ✓ inadequações do serviço de higiene (falhas técnicas);
- ✓ índice de treinamento;
- ✓ nº de limpezas terminais programadas x solicitadas;
- ✓ tempos de limpeza terminal/leito;
- ✓ restrições de leitos;
- ✓ tempos de limpeza terminal/quarto;
- ✓ restrições de quartos;
- ✓ porcentagem de limpezas terminais reprogramadas;
- ✓ tempos de limpeza concorrente de sala cirúrgica;
- ✓ nº de limpezas concorrentes de sanitários;
- ✓ absentismo;
- ✓ cobertura vacinal.

Segundo CADTERC (Cadastro de serviços terceirizados), 2009:

Tabela 57 - Jornada de 44 horas semanais

Dias no ano	365,25
Jornada de trabalho – 2ª feira a sábado	44 horas semanais
Dias de repouso semanal	1 dia
Horas diárias de prestação de serviços	7,33 horas/dia
Quantidade de repouso semanais no ano (365,25 / 7)	52,1786 dias
Repouso semanais dentro das férias de 30 dias (30/7)	4,2857 dias
Nº de faltas justificadas por ano	8 dias
Ocorrência de faltas legais no ano	1 dia
% acidente de trabalho	0,0530%
Tempo de permanência do empregado na empresa	30 meses
% empregados demitidos sem justa causa	20,00%
% empregados que cumprem aviso prévio trabalhado	5,00%
% empregados que recebem aviso prévio indenizado	95,00%
Participação masculina no setor	30%
Mães em potencial na participação feminina no setor	43,6%
Taxa média de fecundidade	2%

Fonte: CADTERC, 2009

Tabela 58 - Feriados

Total feriados no ano (12 feriados oficiais + 3ª feira de Carnaval)	13
Feriados fixos de segunda.a sexta-feira	3
Total feriados móveis	10
Feriados móveis no ciclo de 28 anos	280
Feriados coincidentes c/ repouso no ciclo de 28 anos	40
Média de feriados coincidentes. (10x40/280)	1,43
Nº feriados no ano não coincidente c/ repouso semanais	11,57
Média de feriados coincidentes c/ férias de 30 dias	0,9503

Fonte: CADTERC, 2009

Tabela 59 - Cálculo de dias de prestação de serviços

Total de dias no ano	365,25
Repouso semanais no ano (365,25/7)	52,1786
Total de dias/dias de trabalho por ano	313,0714
Feriados não coincidentes com repouso semanal	11,5700
Total de dias de efetiva prestação de serviços	301,5014

Fonte: CADTERC, 2009

Tabela 60 - Quantidade de mão de obra necessária

Total de dias efetivamente trabalhados no ano	269,0750
Total de dias de efetiva prestação de serviços	301,5014
Quantidade de mão-de-obra	1,1205

Fonte: CADTERC, 2009

Tabela 61 - Dias de ausências anuais

Dias líquidos de Férias no ano (Nota 1)	24,7640
Ausências legais no ano (Nota 2)	7,6624
Total de ausências anuais	32,4264
Total de dias efetivamente trabalhados no ano	269,0750

Fonte: CADTERC, 2009

Nota 1 – Tempo Não Trabalhado

Tabela 61.1 - Férias

Período de férias	30
Repouso no período (30 X 104,3571/ 365,25)	4,2857
Feriados no período	0,9503
Saldo de dias de férias	24,7640

Fonte: CADTERC, 2009

Obs.: Para o cálculo do percentual de provisionamento de férias e conseqüente 1/3 constitucional de férias, a metodologia de cálculo pode ser visualizada da seguinte forma :

- ✓ Férias: Percentual de férias = $24,7640/301,5014 = 8,21\%$
- ✓ Percentual relativo ao total de férias = $8,21\% \times 1,1205 = 9,20\%$
- ✓ Percentual relativo ao total de férias = $c / b = 24,7640/269,0750 = 9,20\%$
- ✓ Ausências: Percentual de ausências = $d / a = 7,6624/ 301,5014 = 2,54\%$

- ✓ Percentual relativo ao total de férias = $2,54\% \times 1,1205 = 2,84\%$
- ✓ Percentual relativo à substituição por ausências = $d / b = 7,6624 / 269,0750 = 2,84\%$

Nota 2 - Tempo não trabalhado - ausências anuais

Tabela 61.2 - Faltas Abonadas

Nº de faltas justificadas por ano	8
Média de repouso semanal coincidente	1,1429
Média de feriados coincidentes no período	0,2534
Saldo de faltas justificadas por ano	6,6037

Fonte: CADTERC, 2009

Tabela 61.3 - Faltas legais

Morte do cônjuge ascendente ou descendente	2 dias
Casamento	3 dias
Doação de sangue	1 dia
Alistamento eleitoral	2 dias
Exigências do serviço militar	1 dia
Provas de vestibular	2 dias
Testemunha em processos judiciais	1 dia
Total de faltas consideradas	1 falta

Fonte: CADTERC, 2009

Obs.: Faltas legais art. 473 da CLT – considera-se pelo menos 1 falta/ano

Tabela 61.4 - Licença paternidade

Nº de dias de licença fixados pela constituição	5
Feriados coincidentes no período	0,1584
Saldo de dias de licença	4,8416
Taxa média de fecundidade	2%
Percentual de homens no setor	30,00%
Percentual em idade de procriação	100%
Quantidade de dias/ ano de ocorrência	0,0290

Fonte: CADTERC, 2009

Tabela 61.5 - Auxílio acidente de trabalho

Nº de dias assumidos pela empresa	15
Nº de dias coincidentes com repouso semanal	2
Feriados coincidentes no período	0,4752
Saldo de dias de licença	12,5248
Índice de ocorrência	0,0530%
Quantidade de dias/ ano de ocorrência	0,0066

Fonte: CADTERC, 2009

Obs.: Segundo art. 5º da Lei nº 605/49. Para efeito de auxílio acidente de trabalho, considerou-se integralmente a ausência de 15 dias.

Tabela 61.6 - Aviso prévio trabalhado

Nº de faltas facultadas pela CF (dias corridos)	7
Nº de dias coincidentes com repouso semanal	1
Feriados coincidentes no período	0,228
Nº de dias líquidos	5,7720
Tempo de permanência	30
Empregados que recebem aviso prévio trabalhado	5,00%
Empregados que recebem aviso prévio	20,00%
Quantidade de dias/ano de ocorrência	0,0231
Total de dias de ausências no ano (a+b+c+d+e)	7,6624

Fonte: CADTERC, 2009

Quantificação de mão-de-obra necessária para a cobertura de posto:

- ✓ Total de dias de efetiva de prestação de serviços = 301,5014;
- ✓ Total de dias efetivamente trabalhados no ano = 269,0750;
- ✓ Quantidade de mão-de-obra necessária = $301,5014 / 269,0750 = 1,1205$.

Um profissional alocado na prestação de serviços, requer 0,1205 folguistas para dar a efetiva de cobertura nos 301,5014 dias de efetiva prestação de serviços. Apesar desta quantificação, constituir-se, em princípio, custos diretos por serem diretamente apropriados como encargos trabalhistas, estarão sendo considerados na estrutura de cálculos do presente trabalho.

Desta forma, no desenvolvimento dos cálculos a seguir, este acréscimo (12,05%) já estará contemplado, passando a nomenclatura a denominar-se “encargos sociais e trabalhistas”.

As áreas de limpeza devem ser classificadas em:

- ✓ Áreas críticas: são áreas hospitalares que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco, com sistema imunológico comprometido, ou ainda, aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de microorganismos patogênicos, tais como: centro cirúrgico e obstétrico, recuperação pós-anestésica, central de material esterilizado, unidade de terapia intensiva, unidade de isolamento, unidade de transplantes, unidade de hemodiálise, pronto socorro, berçário, expurgo, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e biologia molecular, banco de sangue,

áreas de preparo e manipulação de alimentos e dietas, sala de preparo de nutrição parenteral, sala de preparo de quimioterapia, sala de procedimentos invasivos, farmácia de manipulação, área suja da lavanderia, necrotério e similares;

✓ Áreas semicríticas: são áreas hospitalares ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, tais como: unidade de internação, unidade de atendimento ambulatorial, sala de triagem e espera, centro de radiodiagnóstico e similares;

✓ Áreas não críticas: são todas as áreas hospitalares ocupadas ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, tais como: refeitório, área limpa da lavanderia e similares;

✓ Áreas administrativas: são todas as demais áreas das unidades hospitalares destinadas às atividades administrativas;

✓ Áreas externas: são todas as áreas das unidades hospitalares situadas externamente às edificações, tais como: estacionamentos, pátios, passeios, entre outros (vidros externos: são aqueles localizados nas fachadas das edificações).

A classificação da produtividade se dá da seguinte maneira:

Tabela 62 - Classificação de áreas hospitalares e ambientes de produtividade por tipo de área

	Crítica	Semicrítica	Não crítica
Áreas operacionais hospitalar	350	450	550
Áreas de circulação	500	650	800
Áreas operacionais hospitalares (período noturno)	700	900	-
Áreas de circulação (período noturno)	1.000	1.300	-

Fonte: CADTERC, 2006

Tabela 63 - Classificação de áreas hospitalares e ambientes de áreas administrativas, externas e vidros

	Produtividade (m2)
Áreas internas - pisos frios/ acarpetados	550
Áreas internas com espaços livres (saguão, hall e salão)	800
Áreas internas - almoxarifado e galpão	1350
Áreas internas - oficinas	1.100
Áreas Externas - pisos paviment. adjacentes, contíguos às edificações	1.100
Áreas Externas - varrição de passeios e arruamentos	6.000
Áreas Externas - coleta de detritos em pátios e áreas verdes	100.000
Vidros Externos – Face Externa - sem exposição à situação de risco	220
Vidros Externos – Face Externa - com exposição à situação de risco	110
Vidros Externos – Face Interna	220

Fonte: CADTERC, 2006

Para a execução dos serviços de limpeza, deverão ser observadas a localização, classificação, frequência e horários de limpeza.

Os horários de execução dos serviços para cada área devem ser definidos de forma a atender às necessidades, em função das especificidades requeridas por cada ambiente, lembrando sempre que o horário de funcionamento do setor não é determinante para a fixação do horário de execução dos serviços de limpeza, pois a necessidade de limpeza não necessariamente deve ocorrer durante todo o horário de funcionamento do ambiente.

A periodicidade e frequência de limpeza concorrente nos ambientes específicos serão determinadas pelo responsável da higienização de cada unidade de assistência à saúde, em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

3. Indicadores e parâmetros por profissão e setor

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

Administração

Comentário: a primeira dificuldade que encontramos, é o que considerar como atividade de administração em um hospital, pois também os setores de assistência contam com pessoal de administração, e realizam tarefas administrativas, ou mesmo considerar o tempo gasto pelo pessoal de assistência com tarefas administrativas. Outro ponto é o de não confundir administração enquanto ciência, formação profissional, com funções administrativas de rotina. A primeira é muito mais complexa e exige conhecimentos especializados e experiência, a segunda é mais operacional, exige conhecimentos mais simples a aplicação dos manuais de procedimentos. No hospital os profissionais e a sua direção, de uma forma geral, ainda confundem os dois conceitos.

Para Mezomo (1985), a administração absorve 14% do total de funcionários do hospital.

Para Gonçalves (1987), considerando a área de administração, teríamos os seguintes parâmetros:

Tabela 64 - Parâmetros na área de administração

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

Fonte: Gonçalves, 1987

Para as áreas de reabilitação, pacientes crônicos e atendimento domiciliar o padrão adotado é de 1h de administração por paciente atendido segundo o Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários (1992).

Segundo ainda, o Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários (1992), temos os seguintes parâmetros para pessoal de administração:

Pronto Socorro: 0,25h/ atendimento
Ambulatório: 0,5h/ consulta

Machline (1996) para os serviços administrativos, trabalha com o seguinte parâmetro:

$\frac{\text{Horas pagas}}{\text{Leito ocupado}} = 56\text{h/mês}$
--

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

Tabela 65 - Distribuição de pessoal nos serviços administrativos por área de atuação

Contabilidade	9%
Contas a receber	27%
Processamento de dados	24%
Administração	47%
Compras e almoxarifado	6%
Total	103%

Fonte: Machline, 1996

O somatório foi encontrado no texto original, a explicação dada foi às aproximações, já que não podemos trabalhar com meia pessoa.

O padrão adotado pela AHA (1999), para pessoal administrativo, é de 2h/ paciente dia Internado (clínica, obstetrícia e berçário).

Comentário: constatamos que a categoria profissional de auxiliar administrativo não possui indicadores mais refinados de produção e produtividade. Os auxiliares administrativos (agentes administrativos, oficiais administrativos, etc.) são uma categoria profissional que tem tarefas muito variáveis, o que dificulta a geração de indicadores. Temos, portanto, a necessidade de mensuração em termos de horas trabalhadas das tarefas realizadas. Apontamos também que o trabalho dos auxiliares administrativos exigem cada vez mais o conhecimento tático, dificultando ainda mais a medição.

Segundo CRA, Conselho Regional de Administração (2008), tem-se os seguintes cargos ocupados no setor administrativo hospitalar:

Tabela 66 - Cargos administrativos principais

	Diretor/Gerente Geral	Diretor/Gerente Administrativo	Diretor/Gerente Financeiro
Administradores Hospitalares	6	7	4
Administradores de Empresas	2	7	4
Médicos	10	2	1
Economistas	1	-	3
Engenheiros	1	1	1
Religiosos	1	-	-
Enfermeiros	-	1	-
Total	21	18	13

Fonte: CRA-SP, 2008

São resultados da pesquisa sobre Formação do Administrador em Saúde e seu papel no Mercado de Trabalho (Caráter não científico). Pesquisa realizada em setembro de 2008.

Lembramos que a área de administração inclui os setores de:

- ✓ compras, suprimentos, patrimônio e almoxarifado;
- ✓ custos e orçamento;
- ✓ faturamento;
- ✓ informática;
- ✓ gestão de pessoas;
- ✓ secretarias, expediente, recepção e protocolo;
- ✓ superintendências, diretorias e assessorias;
- ✓ tesouraria.

Comentário: encontramos alguns hospitais que não tem diretoria de administração em sua estrutura, mas os setores citados no parágrafo anterior, justificam sua existência.

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 classificando as áreas. Evita-se assim, a duplicação de funções administrativas e também as quantidades de pessoal.

A informatização da área administrativa, diminuirá o contingente de pessoas necessárias, como por exemplo o retrabalho de digitação, de conferências, de lançamentos é diminuído com a digitalização.

Podemos ter, também o efeito contrário, ou seja o aumento de pessoal de controle e coordenação administrativa, como o caso do relacionamento do hospital com os planos de saúde e seguradoras que aumentam as tarefas administrativas, como também o aumento da complexidade dos vários controles administrativos a serem realizados pelo 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 gestão de pessoas.

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

Os serviços de cunho, meramente, burocráticos e administrativos, de apoio às diretorias e gerências das unidades compõem a estrutura organizacional da instituição, além das comissões de assessorias técnicas exigidas por legislações vigentes, tais como: Comissão de Ética Médica, de Revisão de Prontuário Médico, de Revisão de Óbito, de Controle de Infecção Hospitalar e de Ética em Enfermagem aumentam as horas trabalhadas do pessoal administrativo. Para hospitais que mantêm programa de residência médica, exige-se a existência de Comissão de Residência Médica. Para

instituições que desenvolvem pesquisa, há necessidade de se implementar a Comissão de Ética em Pesquisa ou uma instância que centralize as ações de análise de projetos. Estas comissões dentre outras, também aumentam o quantitativo de pessoal.

É importante ressaltar que os itens abaixo apresentados referem-se à realidade da gestão vigente em hospitais próprios da SES-SP, devendo cada instituição observar seu desenho organizacional. Salienta-se que os índices aqui propostos obtido através de consenso em Grupo de Trabalho (COELHO, 2006).

- ✓ Diretoria do Hospital
 - 4 oficiais administrativos/diretoria geral
 - 1 auxiliar serviços/diretoria geral
- ✓ Diretoria Clínica
 - 1 oficial administrativo/diretoria clínica
- ✓ Diretoria de Enfermagem
 - 1 oficial administrativo/diretoria de enfermagem
 - 1 oficial administrativo/setor de ambulatório
 - 4 oficiais administrativos/setor de pronto socorro
 - 1 oficial administrativo/50 leitos distribuídos nos setores de internação
- ✓ Diretoria de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
 - 1 oficial administrativo/diretoria de serviço
- ✓ Diretoria Administrativa
 - 1 oficial administrativo/diretoria de serviço
- ✓ Diretoria de Recursos Humanos
 - 1 oficial administrativo/diretoria de serviço

Comentário: o oficial administrativo realiza tarefas administrativas, que demandam o conhecimento tácito. Participamos de um grupo de trabalho técnico para descrever as atribuições do oficial administrativo num hospital público, onde constatamos tal fato (2008). Acredito que o oficial administrativo deve aprender a trabalhar com indicadores de gestão no setor público. Cargos

de direção gerencial e de assistência são ocupados pelos oficiais administrativos em comissão no setor público, sendo importantes estes desenvolverem a competência de gerenciar através de indicadores e parâmetros.

Almoxarifado/ Controle de estoque/ Distribuição de materiais

Esta unidade tem como função receber o material adquirido, controlar a quantidade, a qualidade e a documentação desse material; armazenar, guardar e controlar os estoques, atender as requisições distribuindo e entregando os itens solicitados.

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

Para Paterno (1987), 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.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde, (1992), temos:

- ✓ 1 oficial administrativos/ 800 itens movimentados/mês;
- ✓ 1 auxiliar de serviço/ 250 itens movimentados/mês;
- ✓ 2 oficiais administrativos/ setor de controle de estoque;
- ✓ 1 trabalhador braçal/600 itens movimentados/mês.

Comentário: um exemplo comum nos hospitais é a digitação das contas médicas , quando não informatizadas, caracteriza-se como retrabalho, pois temos o mesmo trabalho feito duas, três e até quatro vezes. 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, em seus mais variados níveis, também não estão preparados, ainda, para administrar através de indicadores e de relatórios gerenciais retirados do cadastro. A área de gestão de materiais apesar dos avanços, tem muitos fatos idênticos nos termos da constituição de

pequenos almoxarifados pelo hospital como forma de garantir o abastecimento.

O mercado adota o seguinte parâmetro: áreas de compras mais a área de almoxarifado = 2% do total de funcionários do hospital.

Comentário: o setor de compras e o de guarda materiais é economicamente muito importante para hospitais, pois os materiais, os medicamentos, os insumos em geral correspondem a 20% de seus custos totais. Este é um indicador econômico importante, encontrado num grande número de hospitais pesquisados.

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

O custo do sistema controle nunca pode ser maior do que o ganho obtido com os materiais controlados, esta é a regra a ser adotada.

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.

Analista de Sistema/ Programador

Segundo Meirelles (2009), temos:

Computadores em uso no Brasil	60.000.000
% nas empresas	50%
Pessoal de TI/ computador	2,8%
Pessoal de TI empresas/terceiros	700.000
Pessoal de TI comp. Não empresas	0,8%
Pessoal de TI suporte doméstico	200.000
Total pessoal de TI (inclusive terc.)	900.000

Fonte: Meirelles, 2009

Comentário: o contingente de pessoal de informática cresceu muito nos últimos anos na área hospitalar. Temos um crescimento dos profissionais analistas de sistemas e programadores.

Área Ambulatorial

Segundo Coelho (2006) devemos considerar o número de consultórios ambulatoriais, o número de turnos de funcionamento, a função do serviço ambulatorial (pacientes oriundos do próprio hospital ou não) e a integração no sistema de referência/ contra-referência. Temos os seguintes indicadores:

- ✓ consulta médica: duas a três consultas por habitante-ano;
- ✓ atendimento odontológico: 0,5 a dois atendimentos por habitante-ano;
- ✓ radiodiagnóstico: 5% a 8% do total de consultas;
- ✓ ultra-sonografia: 1% a 1,5% do total de consultas;
- ✓ patologia clínica: 30% a 50% do total de consultas;
- ✓ medicina nuclear in vivo: 0,14% do total de consultas;
- ✓ anatomia patológica: 2,36% do total de consultas;
- ✓ hemodinâmica: 0,03% do total de consultas;
- ✓ terapia renal substitutiva: 0,65% a 2,09% do total de consultas;
- ✓ radioterapia: 1,07% a 1,37% do total de consultas;
- ✓ quimioterapia: 0,07% a 0,27% do total de consultas;
- ✓ ressonância nuclear magnética: 0,04% do total de consultas;
- ✓ tomografia computadorizada: 0,2% do total de consultas;
- ✓ hemoterapia: 4% do total de consultas;
- ✓ fisioterapia: 8% a 9% do total de consultas;
- ✓ radiologia intervencionista: 0,01% do total de consultas;
- ✓ ECG: 60% das consultas cardiológicas;
- ✓ ecocardiograma: 13% das consultas cardiológicas;
- ✓ consultas de cardiologia: 2,1% do total de consultas;
- ✓ EEG: 33% das consultas neurológicas;
- ✓ consultas neurológicas: 1,2% do total de consultas;
- ✓ EMG: 1,08% do total de consultas neurológicas.

Área Hospitalar

Para planejar o dimensionamento de pessoal em enfermarias, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e serviços de apoio técnico, deve-se considerar:

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

Tabela 68 – Percentual de internação na área hospitalar

Clínica Médica	33% do total de internações
Clínica Cirúrgica	20% do total de internações
Clínica Pediátrica	15% do total de internações
Clínica Obstétrica	20,25% do total de internações
Cuidados Prolongados	0,8% do total de internações
Reabilitação	1,08% do total de internações
Tisiologia	0,13% do total de internações
Clínica Psiquiátrica Hospital Geral	3,5% do total de internações
Psiquiatria Hospital - Dia	0,50% do total de internações

Fonte: Coelho, 2006

Biblioteca e/ou Centro de Estudos

Encontramos na literatura os seguintes parâmetros para os bibliotecários:

- Um bibliotecário para cada hospital com mais de 150 leitos (BORGES, 1980);
- Um bibliotecário para cada hospital com mais de 200 leitos (GONÇALVES, 1987);
- 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, dentre outros.

Almeida (1998) em sua publicação sobre Dimensionamento de Recursos Humanos em Bibliotecas Universitárias, considera como parâmetro para o dimensionamento de pessoal, as seguintes variáveis: o acervo existente, a área física, o horário de atendimento e os serviços prestados.

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

a) Biblioteca

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

Um bibliotecário/hospital;

Um oficial administrativo por biblioteca.

b) Centro de Estudos

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

Um oficial administrativo por centro de estudos.

Comentário: temos esta área de Centro de Estudos subestimada em termos de recursos e pessoas nos hospitais, pois perdemos muita informação e/ou trabalhos por não serem arquivados de forma correta.

Centro de Convivência Infantil

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

- ✓ um auxiliar de serviço / 50 crianças;
- ✓ um oficial administrativo / 50 crianças;
- ✓ um auxiliar de enfermagem / turno de trabalho;
- ✓ um pedagogo / CCI;
- ✓ um recreacionista / 15 crianças.

Comentário: hoje, com a reforma de ensino 03 CCI contemplam crianças de até 5 anos, 11 meses e 29 dias. A partir de 6 anos, há a necessidade de professores, segundo definição da Secretaria de Estado da Educação em 2009.

Temos os seguintes padrões de Auxiliares de Desenvolvimento Infantil (ADI) por berçário:

- ✓ crianças até um ano: um ADI / três crianças;
- ✓ crianças de um a dois anos: um ADI/ quatro crianças.
- ✓ crianças de dois a quatro anos: um ADI/ cinco crianças;
- ✓ crianças de quatro a seis anos: um ADI/ oito crianças.

Comentário: hoje, os hospitais da administração pública direta contratam escolas de administração infantil.

Compras

O setor de compras é responsável pelo planejamento das necessidades de compras de materiais de consumo, gerenciamento dos estoques (juntamente com o almoxarifado), cadastramento de fornecedores, realização de licitações e pela negociação no acompanhamento e controle das compras. O gerenciamento dos estoques é feito pelo almoxarifado, que por sua vez alimenta o processo de compras. No setor público temos o pregão presencial e eletrônico, como parte do processo de compras.

Os materiais médico-hospitalares apresentam-se peculiares a cada setor, necessitando de manutenção das comissões temporárias ou permanentes,

compostas pelos peritos, com a finalidade de facilitar o processo de especificação da qualidade e escolha dos materiais, pesquisa de preço e efetivação da compra.

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.

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

Um auxiliar administrativo para 400 itens comprados por mês (SES, 1992);

Um oficial administrativo / 500 itens movimentados por mês (Coelho, 2006).

Comentário: devemos considerar as compras via internet, com o auxílio dos sites, uma tendência 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 e número de funcionários). (Veja comentário no item almoxarifado).

No setor público, o que ajudou no processo de racionalização das compras, foi a introdução de pregão eletrônico e o procedimento de registro de preços, isto gerou grandes economias no processo de gestão de materiais.

Comunicação Administrativa e Protocolo

Para Gonçalves (1987), temos os seguintes parâmetros:

Comunicação e Portaria

- ✓ porteiros: 4 para cada portão;
- ✓ auxiliares de portaria: 4 para cada portão;
- ✓ ascensoristas: 2 para cada elevador (hoje, carga horária dia = 6 horas)
- ✓ guardas: 1 para cada 100 leitos;
- ✓ telefonistas: 4 por mesa de PABX;
- ✓ mensageiro: 1 por cada 150 leitos.

O número de funcionários para a área de comunicações administrativas, segundo o Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários (1992), é dado pela seguinte fórmula: $0,02 \times (\text{leitos ocupados} + \text{atendimentos de pronto socorro} + \text{consultas de ambulatório, por dia})$.

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar (1992), temos o seguinte parâmetro:

Comunicação e Protocolo

1 escriturário, para cada 50 leitos

1 contínuo porteiro para cada 100 leitos

5 telefonistas para cada mesa de PABX

Cálculo = 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:

$168/36 = 4,66 = 5$ telefonistas + 1 substituição + 1 índice de segurança técnico = 7 telefonistas no total

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

Segundo Coelho, 2006, temos:

um oficial administrativo / 200 leitos;

um auxiliar de serviço / 200 leitos;

cinco telefonistas / mesa PABX.

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

Comentário: as áreas de comunicações administrativas, recepção, portaria e segurança devem trabalhar de forma integrada. O desenho destes sistemas (comunicação e portaria) devem ser integrados, interdependentes e racionalizados. A sistematização das competências, atribuições, fluxos de

tarefas, 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 câmeras de vídeos e circuito interno de monitores de vigilância, tem o mesmo efeito com relação à pessoal de segurança.

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

Comunicação Social

No setor de 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.

Comentário: para a área de comunicação social, os serviços tendem a serem terceirizados. Temos a contratação de profissionais para estas prestações de serviços como pessoas jurídicas.

Controle de Infecção Hospitalar

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar é responsável pelo cumprimento da Portaria GM/MS 2616/98 que estabelece diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares. (Brasil, 1998)

- ✓ um médico/ 200 leitos;
- ✓ uma enfermeira/ 200 leitos.

Comentário: a equipe da CCIH, deve ser multidisciplinar, tem que ter a presença do farmacêutico e do administrador, além do médico e da enfermeira.

Diagnóstico: laboratório, radiologia, hematologia, e outros

O Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários (1992), 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;
- ✓ obstetrícia 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;
- ✓ 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 domicílio por 24 horas: 0.5 hora para um paciente-dia internado

Laboratório: indicador geral

Tabela 69 - Número de exames laboratoriais por funcionário de laboratório segundo a natureza jurídica

Hospitais	Lucrativo	Não lucrativo	Público
Exame/funcionário	457,55	584,39	734,31

Fonte: Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários, 1992

Tabela 70 - Número de exames laboratoriais por funcionário de laboratório segundo o tamanho (porte)

Hospitais	Médio	Grande	Especial
Exame/funcionário	431,55	403,04	829,09

Fonte: Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários, 1992

Tabela 71 - Número de exames laboratoriais por funcionário de laboratório segundo o tipo do hospital

Hospitais	Hospitais Geral com Especialidades	Hospital Geral	Hospital Especializado
Exame/funcionário	838,99	521,03	426,48

Fonte: Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários, 1992

Enfermagem

O setor de enfermagem tem muitos fatores que interferem no dimensionamento de pessoas. (vide Anexo I). É também o setor onde temos o maior número de estudos sobre dimensionamento de pessoas, 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 enfermagem 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 (12 X 36) e turnos de 6 horas; 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, determinam quanto em horas por dia o enfermeiro deve dar de atendimento a um paciente internado. Segundo o Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos de Hospitais Universitários (1992), 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.

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.

Em estudo da Superintendência Médico Hospitalar de Urgência do Ministério da Educação (1992), o Serviço de Enfermagem apresenta os seguintes parâmetros, para consultórios ou salas de atendimento:

- ✓ 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.

Para Machline (1996), temos os seguintes parâmetros:

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

Exemplos:

✓ 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:

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

$(1800 \text{ leitos ocupados} \times 4 \text{ horas de trabalho} \times 7 \text{ dias na semana}) / 36 \text{ horas semanais} = 1400 \text{ funcionários de enfermagem}$, mais 20% de IST, temos um total de 1680 funcionários de enfermagem para internação.

✓ 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, obstetrício e ou material de esterilização.

Temos o seguinte cálculo:

$$\begin{aligned} 1000 \text{ cirurgias mês} \times 8 \text{ horas} &= 8000 / 162 \text{ horas mês por funcionários de} \\ \text{enfermagem (36 horas por semana} &\times 4,5 \text{ semanas)} \\ &= 49,3 = 50 + 10(\text{IST}) = 60 \text{ funcionários de enfermagem mês para cirurgia.} \end{aligned}$$

Segundo levantamento de dados realizado por Motta (2007), tem-se a construção de alguns indicadores para enfermagem:

Indicadores de qualidade de enfermagem em relato da experiência do programa de qualidade hospitalar se da por:

Horas de Enfermeiro/ Cuidado Mínimo e Intermediário

Horas de enfermeiro =

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de horas prestadas por enfermeiros}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia no período}}$$

Horas de Téc. e/ou aux. de Enfermagem =

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de horas prestadas por téc. e/ou aux. enfermagem}}{\text{n}^\circ \text{ de paciente-dia no período}}$$

Taxa de Absenteísmo de Enfermagem=

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de horas/ homens ausentes}}{\text{n}^\circ \text{ de horas/ homem trabalhadas}}$$

Taxa de Rotatividade de Profissionais de Enfermagem (*Turn Over*) =

$$\frac{[\text{admissões} + \text{demissões}]/2}{\text{n}^\circ \text{ médio de funcionários no período/ mês}}$$

O conceito de cuidados progressivos aos pacientes é um conceito dinâmico que pode ser aplicado a hospitais de qualquer tipo ou tamanho. Teoricamente, seis elementos compõem o cuidado progressivo, a saber: cuidado intensivo – pacientes em estado crítico; cuidado intermediário – pacientes com dependência total; auto-cuidado (cuidado mínimo) pacientes fisicamente auto – suficientes; cuidado por prazo longo (ou crônicos) – pacientes que exigem cuidados de enfermagem por longo período; cuidado domiciliar – pacientes com cuidados em sua casa; cuidado ambulatorial – pacientes com cuidados ambulatoriais. Na mesma unidade de internação, posso ter percentuais diferentes de pacientes com os cuidados de enfermagem.

O padrão-horas de enfermagem: 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 neonatologia), considerando a característica e o propósito do cálculo, dentro do critério de assistência progressiva (cuidados progressivos).

A carga horária semanal pode variar de 36 a 48 horas no máximo de acordo com a CLT – Art. 58 a 65. (Brasil, 1943). Através dos acordos coletivos, foi modificada para 44, e no caso de enfermagem é de 30 a 40 horas.

Chegou-se ao seguinte padrão de hora – enfermagem:

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

Fonte: CLT, 1943

Para Gonçalves (1987), os cuidados de enfermagem em 24 horas por doente, varia de acordo com a especialidade, podendo estimar-se os seguintes tempos médios de atenção:

- ✓ clínica médica: 3,4 horas
- ✓ pediatria: 4,9 horas
- ✓ cirurgia: 3,5 horas
- ✓ obstetrícia: 4,2 horas
- ✓ berçário: 2,3 horas
- ✓ UTI: 9 horas

Para chefias, férias e substituições, Gonçalves (1987), propõe 20% do total enfermeiros e 15% de auxiliares de enfermagem como índice de segurança técnico.

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar (1992), os parâmetros de enfermagem por clínica, em termos de tempo médio de atenção de pessoal de enfermagem, por paciente, por dia, são os seguintes:

Tabela 73 - Parâmetros de enfermagem por clínica

Clínicas	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

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 1992

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 =

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

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS), fundamentada em parâmetros empíricos apontou 33 pessoas de enfermagem para 100 leitos, durante o período de 24 horas e uma enfermeira para cada grupo de quatro auxiliares.

Segundo o Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários (1992), para enfermagem este tempo é em média de 4 horas por dia, para internação clínica, cirúrgica, obstétrica e berçário.

Para a UTI (unidade de terapia intensiva) e a USI (unidade de terapia semintensiva): o tempo médio é de 8 e 6 horas, respectivamente.

Para a hemodiálise e pacientes de hospitais de reabilitação o tempo médio é de 1 hora.

Lana (1993), 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.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, através da Resolução 189/1996 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 autocuidado;

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”. (COFEN, 1996)

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 paciente:

“Assistência mínima e intermediária = 27% do total de enfermeiros e 73 % de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Assistência semi - intensiva: 40% de enfermeiros e 60% de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Assistência intensiva: 55,6 % de enfermeiros e 44,4 % de técnicos e auxiliares de enfermagem”. (COFEN, 1996)

Segundo Abboud (1996), temos a seguinte distribuição de horas de enfermagem:

Tabela 74 - 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	-
Berçário	2,3	2,3	-
Centro Cirúrgico	-	-	8,0
Centro Obstétrico	-	-	8,0

Fonte: Abboud, 1996

Em outros casos, consideramos o 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 (7 dias nos hospitais públicos);
- ✓ unidade de centro obstétrico 7 dias;
- ✓ unidade de centro material 7 dias;
- ✓ unidade de ambulatório 6 dias (5 dias nos hospitais públicos)

A distribuição de pessoal por categorias, temos:

Tabela 75 - Distribuição de pessoal de enfermagem por categorias

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

Fonte: Abboud, 1996

Comentário: atendente de enfermagem é um cargo em extinção dentro do quadro de pessoal do setor saúde.

Tabela 76 - Distribuição de pessoal de enfermagem por turnos

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

Fonte: Abboud, 1996

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.

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.

Em 2004, o COFEN alterou a Resolução 189/1996 e publicou a Resolução COFEN 293/2004, onde a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem e o número de horas para o cuidado aumentaram proporcionalmente de acordo com a complexidade dos pacientes. Deve observar também o Sistema de Classificação de Paciente.

No artigo 5º da Resolução 293, estabelece a seguinte distribuição percentual, observando o sistema de classificação do paciente:

“Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;

Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.

Parágrafo único - A distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência”.
(COFEN, 2004)

Comentário: estas porcentagens de profissionais de enfermagem são consideradas altas, inclusive para os hospitais privados.

Esta Resolução em seu art. 4º, para efeito de cálculo, considerada como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

“3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou auto-cuidado;

5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;

9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;

17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva”. (COFEN, 2004)

A Resolução COFEN 293/2004, classifica os pacientes da seguinte forma:

“Paciente de Cuidado Mínimo (PCM) / Auto-cuidado - cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Paciente de Cuidados Intermediários (PCI) - cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Paciente de cuidados Semi-intensivos (PCSI) - cliente/paciente recuperável, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Paciente de cuidados intensivos (PCIt) - cliente/paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada”. (COFEN 2004)

O número de enfermeiros e técnicos de enfermagem como indicador de qualidade nos hospitais.

A média histórica informada por 13 hospitais **selados** do PROAHSA. Variação da relação enfermeiros leito = 0,55 a 0,08. Mediana = 0,3.

Média histórica informada por 13 hospitais **não selados** do PROAHSA. Variação da relação enfermeiros leito = 0,44 a 0,02. Mediana = 0,16.

Tabela 77 - Relação enfermeiro/ leito

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

Fonte: PROAHSA, 1999

A tabela nos mostra a série histórica do indicador “enfermeiro por leito” de hospitais gerais de pequeno, médio e grande portes, públicos e privados, participantes do programa PROAHSA no período de 1992 a 1998, no Estado de São Paulo.

A relação enfermeiro/leito mediana = 0,22 Amostra de 51 hospitais participantes do Programa de Qualidade Hospitalar (PROAHSA) 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.

Tabela 78 - Relação enfermeiro/ leito

Região	2002	2003	2004	2005
Centro-Oeste	0,33	0,29	0,36	0,35
Nordeste	0,55	0,57	0,55	0,56
Sul	0,23	0,25	0,28	0,29
Sudeste	0,64	0,67	0,64	0,68
Média	0,51	0,54	0,53	0,56

Fonte: SINHA, 2006

Tabela 79 - Relação enfermagem/ leito

Região	2002	2003	2004	2005
Centro-Oeste	1,48	1,47	1,44	2,32
Nordeste	1,97	2,04	1,92	1,93
Sul	1,46	1,42	1,74	1,76
Sudeste	2,13	2,05	2,08	2,03
Média	1,89	1,87	1,93	2,02

Fonte: SINHA, 2006

Tabela 80 - Número de enfermeiros para
100 leitos, segundo a capital, em 2005

Capital	Enferm. p/ 100 leitos
Total	29,0
Porto Velho	25,4
Rio Branco	21,7
Manaus	21,0
Boa Vista	50,1
Belém	18,5
Macapá	20,9
Palmas	18,8
São Luiz	24,6
Teresina	183,9
Fortaleza	18,0
Natal	23,6
João Pessoa	19,4
Recife	40,3
Maceió	19,1
Aracajú	15,7
Salvador	33,4
Belo Horizonte	20,1
Vitória	42,6
Rio de Janeiro	37,0
São Paulo	41,4
Curitiba	19,3
Florianópolis	15,3
Porto Alegre	26,3
Campo Grande	12,8
Cuiabá	19,8
Goiânia	12,8
Brasília	29,9

Fonte: DATASUS, 2009

Comentário: temos em enfermagem vários estudos buscando uma melhor quantificação dos profissionais, 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% a 40% do quadro de pessoal do hospital. Como os custos do hospital com pessoal varia de 35% a 60%, temos enfermagem sendo responsável entre 11% a 24% dos custos totais do hospital. Este é um indicador importante em termos econômico-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.

Gonçalves (1987), faz referência a Lucille Vood, em cujo texto descreve que 60% das atividades de enfermagem são realizadas por toda equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), os outros 28%, são funções mais complexas, portanto de responsabilidade dos enfermeiros e técnicos de enfermagem e 12% das atividades são de âmbito do enfermeiro; sendo que apenas 6%, desses 12%, foram reconhecidas como funções exclusivas do enfermeiro, não podendo ser delegadas para terceiros.

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

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

Fonte: Grupo de Assessoria Hospitalar, 1992

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

Nº de pessoal de enfermagem =

$$\frac{\text{nº leitos x taxa de ocupação x hora-assistencial x dias da semana x IST}}{\text{Jornada Semanal}}$$

A relação enfermeiro por leito tem sido utilizada como um indicador de qualidade. Amostra de 80 hospitais participantes do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) Associação Paulista de Medicina.

Tabela 82 - Relação
enfermeiro/ leito CQH

Ano	Enfermeiro/ leito
1992	0,04
1993	0,08
1994	0,06
1995	0,11
1996	0,14

Fonte: Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, 1996

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

- ✓ 20% de enfermeiras
- ✓ 80% de auxiliares de enfermagem

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

Para as unidades de Pronto Socorro, Centros Obstétricos, Centrais de Material Esterilizado e Centro Cirúrgico, tomou-se como referência a demanda existente; planta física; número de turnos e de salas cirúrgicas e de partos em funcionamento, por turno.

Segundo Picchiali (2000), adotar o índice de segurança técnico no valor de 30% era considerado excessivo, dado que os autores trabalham com um campo de variação de 20% a 28%, com uma mediana de 24%. Com 30% 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.

Comentário: hoje (2009), podemos trabalhar até com 15% de índice de segurança técnico, valor este formalmente aceito pelo COFEN.

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

Define-se como corpo de enfermagem o conjunto de profissionais enfermeiras, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem de uma instituição, tendo como principal atribuição o desenvolvimento de cuidados, com base em tecnologias de assistência e gerência, concomitante ao investimento em ensino e pesquisa, junto à população atendida.

Em relação ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, devemos referir à obra de Kurcgant, Gaidzinski e Fugulin, (2003). A metodologia de Gaidzinski (1998) na composição de fatores determinantes de cálculo de pessoal, tais como: classificação de pacientes, tempo de investimento em educação continuada, limite da produtividade, cargas de trabalho distintas por categorias profissionais, índice de segurança técnica, demonstrando a solidez na proposta em questão.

Na pesquisa realizada por Gaidzinski (1998) em uma instituição pública, universitária, consolidou uma metodologia de cálculo de pessoal de enfermagem concebido com base na classificação de pacientes, projeção da atenção necessária por categoria profissional, taxa de absenteísmo, utilização de índice de segurança técnica, índice de produtividade e outros fatores que visam adequar a oferta do trabalho de enfermagem nos 365 dias de funcionamento. Diversos autores contribuíram na busca da definição de quadro de pessoal.

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

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

Normalmente, estas trabalham vinculadas ao departamento administrativo, entretanto supervisionadas pela enfermeira. Sendo assim, em tese, foi avaliada como agente-chave, com co-responsabilidade de organizar o serviço de apoio

logístico com capacidade de visão do conjunto da unidade, funcionando como importante elo de captação, bem como meio de criar fluxos às diversas necessidades interdisciplinares, além de assessorar a articulação dentro e fora da unidade. Caso contrário, o tempo médio de horas de enfermagem não reverteria em ação de cuidados, fracassaria na prática, pois absorveria o tempo da enfermeira para atividades administrativas. Desta forma, computou-se como aspecto imprescindível, a presença de secretária da ala de internação, em regime de oito horas de trabalho. Se possível, uma parte da tarde em regime de plantão com a finalidade de cobertura pontual aos procedimentos administrativos. Caso contasse, rotineiramente, com agente supervisor deve ser agregada, esse tempo de apoio à equipe de enfermagem, na realização da assistência.

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

- ✓ projetava-se uma clínica típica, situação “familiar” aos técnicos da área, e distribuía-se o quantitativo de pessoal, aceitável, considerando a realidade de diversos hospitais;
- ✓ montava-se uma tabela simples com distintas categorias abrangendo três turnos. os serviços noturnos, necessariamente com duas equipes, para noites de plantões alternados de 12x36 horas;
- ✓ efetuava a soma do quantitativo de horas disponibilizadas por categorias, nos três turnos, dando os subtotais por turno;
- ✓ aplicavam-se as operações do somatório de tempos correspondentes a cada turno, o que resultava o conjunto de horas disponíveis para pacientes a serem cuidados;
- ✓ efetuava-se uma divisão simples pelo número de pacientes internados, em tese, ocupação de 80%. Se, tínhamos 36, a proporção de 80% correspondia a 28,8, considerando para fins de cálculo, 28 pacientes. Os turnos da manhã e tarde cumpriam a carga de 6h 40min com direito a 15 minutos de recesso. Para os funcionários de serviço noturno computavam-se, 11 horas, do total de 12 horas, subtraindo o descanso

de 60 minutos. Nesse raciocínio simplificado, obtinham-se as horas de atenção de enfermagem que englobavam os cuidados dos auxiliares de enfermagem e os das enfermeiras. Caso houvesse a figura do supervisor, de forma constante, rateava o tempo correspondente às unidades onde atuasse, incorporando as frações de tempo de supervisão destinado à unidade.

Deste processo, derivavam-se as horas de assistência, denominadas horas-enfermagem que eram tomadas como referência inicial, pois cada instituição analisava a própria situação e adequava-as, para mais ou para menos, às peculiaridades.

As funções administrativas consomem tempo dos enfermeiros e outros clínicos que poderia ser gasto cuidando do paciente. Um estudo inferiu que funções administrativas acrescentam, no mínimo, 30 minutos para cada hora gasta com o paciente. (AHA, Julho 2008). Conforme a tabela:

Tabela 83 - Número de horas gastos com pacientes e com serviços administrativos

Setor	Cuidado com Paciente	Serviços Administrativos
Pronto Atendimento	1.0	1.0
Centro Cirúrgico	1.0	0.6
Reabilitação	1.0	0.5
Home Health	1.0	0.8

Fonte: AHA, 2009

a) Ambulatório

- ✓ um auxiliar de enfermagem / três consultórios;
- ✓ uma enfermeira / dez consultórios (para unidades com mais de dez consultórios);
- ✓ três horas de assistência de enfermagem/ leito de cirurgia ambulatorial;
- ✓ 0,3 hora- assistenciais para profissional enfermeira;
- ✓ 0,25 hora- assistenciais para auxiliares de enfermagem.

Nº Enfermeiras =

$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de paciente-dia ambulatorial} \times \text{hora-assistencial} \times \text{dias da semana} \times \text{IST}}{\text{Jornada Semanal}}$

(dias da semana x IST) / Jornada Semanal =

(Nº pacientes-dia ambulatorial x horas-assistenciais x nº auxiliares de enfermagem)

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

b) Central de Materiais e Esterilização

A central de materiais e esterilização é um conjunto de elementos destinados à recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material esterilizado às unidades do estabelecimento de saúde.

- ✓ um auxiliar de enfermagem/ 70 pacotes preparados / dia;
- ✓ uma enfermeira/ turno.

c) Centro Cirúrgico

O centro cirúrgico é o conjunto de elementos destinados a atividades cirúrgicas, bem como a recuperação anestésica e pós-operatória imediata.

Nº auxiliares de enfermagem=

$\frac{\text{Nº salas funcionando por turno x horas assistenciais x dias da semana x IST}}{\text{Jornada Semanal}}$

d) Centro Obstétrico

O centro obstétrico é o conjunto de elementos destinados às atividades obstétricas de trabalho de parto, parto e os primeiros cuidados com o recém-nascido.

- ✓ um auxiliar de enfermagem/ sala de parto/ turno de funcionamento;
- ✓ uma enfermeira obstetriz/ 35 partos (hospitais que integram o projeto parto humanizado da ses/sp);
- ✓ uma enfermeira/ turno

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

e) Pronto Socorro

Especialmente para o pronto socorro adotou-se o critério de que o pessoal deve estar disponível, em caráter de prontidão, escalados em função do recebimento de pacientes em urgência e emergência.

Em publicação sobre o estudo de dimensionamento de pessoal de enfermagem realizado por Farias (2003), tendo como palco, o pronto socorro em afecções cardiovasculares. O critério adotado foi de:

- ✓ um funcionário de enfermagem / 15 atendimentos nas 24 horas
- ✓ cinco horas de atenção de enfermagem / leito de observação no pronto socorro.

A distribuição de pessoal de enfermagem para as unidades de pronto socorro objetivava os percentuais abaixo descritos, na perspectiva de fixar enfermeiras no atendimento de urgências e emergências e na supervisão de cuidados aos pacientes em leitos de observação, a saber:

- ✓ 20% de enfermeiros;
- ✓ 80% de auxiliares de enfermagem

Engenheiro

Encontramos o seguinte parâmetro:

- ✓ 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, e 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, da área construída, da qualificação dos profissionais de manutenção envolvidos, etc.

A norma regulamentadora número 04, da Portaria SSMT Nº 34/87 determina que as empresas públicas e privadas que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, deverão manter, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador em seu local de trabalho.

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

Para hospitais, os parâmetros indicados são os seguintes:

- ✓ um engenheiro do trabalho / SESMT;
- ✓ um médico do trabalho / SESMT / turno de trabalho;
- ✓ um médico clínico / SESMT;
- ✓ um enfermeiro do trabalho / SESMT;
- ✓ um assistente social / SESMT;
- ✓ uma auxiliar de enfermagem / SESMT;
- ✓ um oficial administrativo / SESMT;
- ✓ quatro técnicos em segurança do trabalho / SESMT.

Tabela 84 - Dimensionamento do SESMT

Grau de Risco	nº de empregados	50 a 100	101 a 250	251 a 500	501 a 1000	1001 a 2000	2001 a 3500	3501 a 5000
1	Técnico Seg. Trab.	-	-	-	1	-	-	-
1	Eng. Seg. Trab	-	-	-	-	-	-	-
1	Aux. Enf. Trab	-	-	-	-	-	-	-
1	Enfermeiro	-	-	-	-	-	-	-
1	Med. Trab	-	-	-	-	-	-	-
2	Téc. Seg. Trab.	-	-	-	-	-	-	-
2	Eng. Seg. Trab	-	-	-	-	-	-	-
2	Aux. Enf. Trab	-	-	-	-	-	-	-
2	Enfermeiro	-	-	-	-	-	-	-
2	Med. Trab	-	-	-	-	-	-	-
3	Téc. Seg. Trab.	-	1	2	3	4	-	-
3	Eng. Seg. Trab	-	-	-	1	-	-	-
3	Aux. Enf. Trab	-	-	-	-	-	-	-
3	Enfermeiro	-	-	-	-	-	-	-
3	Med. Trab	-	-	-	1	-	-	-
4	Téc. Seg. Trab.	1	2	3	4	-	-	-
4	Eng. Seg. Trab	-	1	1	1	-	-	-
4	Aux. Enf. Trab	-	-	-	1	-	-	-
4	Enfermeiro	-	-	-	-	-	-	-
4	Med. Trab	-	1	1	1	-	-	-

Fonte: Norma regulamentadora NR-4 SESMT

Além do SESMT, a CIPA (Comissão interna de previsão de acidentes) é um instrumento que os trabalhadores e as empresas dispõem para tratar da prevenção de acidentes e das condições do ambiente de trabalho. Esses órgãos protegem a integridade física do trabalhador e de todos os aspectos que podem potencialmente afetar sua saúde.

Ambos são regulamentados legalmente pelos artigos 162^a 165 da CLT e pela Portaria 3214/78 baixada pelo Ministério do Trabalho, em suas NR-5 e NR-4, respectivamente. São, portanto, organizações obrigatórias nas empresas (inclusive nos hospitais), desde que o número mínimo de funcionários seja atingido.

Para determinação das duas dimensões leva-se em conta, além do número de funcionários, o grau de risco do local de trabalho. Para o ambiente hospitalar o grau de risco é 3, isto de acordo com o Código de Atividades constante do Quadro I da NR-4, da Portaria 3214/78.

As tabelas abaixo mostram como dimensionar a CIPA e o SESMT no ambiente hospitalar no ano de 2009.

Tabela 85 - Dimensionamento da CIPA no ambiente hospitalar

Número de Empregados no Hospital	20	50	101	501	1001	2500	5001	Acima
	a	a	a	a	a	a	a	a
	50	100	500	1000	2500	5000	10.000	10.000
Número de Membros da CIPA	2	4	8	12	16	20	24	24 (*)
Representantes do empregador	1	2	4	6	8	10	12	12 (*)
Representantes dos empregados	1	2	4	6	8	10	12	12 (*)

Fonte: Ministério da Saúde, 2009

A partir de 10.000 funcionários (*), devem ser acrescentados dois membros como representantes do empregador e dois membros como representantes dos empregados para cada grupo adicional de 2.500 funcionários segundo a Portaria 3214/78 – Quadro I – NR 5.

O dimensionamento é feito através da classificação de atividades constantes da NR – 4, que considera o ambiente hospitalar como grau de risco 3.

Tabela 86 - Dimensionamento da SESMT no ambiente hospitalar

Número de Empregados no Hospital	50	101	251	501	1001	2001	3501	Acima
	a	a	a	a	a	a	a	de
	100	250	500	1000	2000	3500	5000	5000
Técnico de Segurança do Trabalho	-	1	2	3	4	6	8	8 (**)
Engenheiro de Segurança do Trabalho	-	-	-	1 (*)	1	1	2	2 (**)
Auxiliar de Enfermagem do Trabalho	-	-	-	-	1	2	1	1 (**)
Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	1	-	1	1 (*)
Médico do Trabalho	-	-	-	1 (*)	1	1	2	2 (**)

Fonte: Ministério da Saúde, 2009

Obs.: (*) Tempo parcial, com mínimo de três horas

(**) O dimensionamento total deverá levar em consideração o dimensionamento da faixa de 3501 a 5000, mais o dimensionamento do (s) grupo (s) de 4000 ou fração acima de 2000. Segundo a Portaria 3214/78 – Quadro III – NR 4

O dimensionamento é feito através da classificação de atividades constantes da NR – 4, que considera o ambiente hospitalar como grau de risco 3.

Estatístico

Encontramos os seguintes parâmetros:

- ✓ 1 estatístico para hospital com mais de 150 leitos;
- ✓ 1 estatístico para cada 200 leitos.

Comentário: é o 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 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.

Farmácia

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

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

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

Para a AHA (1999), 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.

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

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar , 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.

Para Gonçalves (1987), 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 Machline (1996) 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. 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.

O Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários (1992), aponta, que para uma requisição de medicamentos, contendo 255 apresentações, um atendente de farmácia leva 3 horas para atender tal 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.

Em 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 Rosa em 2000, temos indicadores de tempos gastos e consultas farmacêuticas a saber:

Tabela 87 - Tempo de assistência farmacêutica no serviço de informação medicamentosa

Tempo gasto	Percentual dos pedidos
Atendimento imediato	39%
Atendimento no dia	32%
Atendimento de 1 a 3 dias	22%
Mais de 3 dias	7%
Total	100%

Fonte: Rosa, 2000

A Portaria 1.071/02 estabelece que as farmácias hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos Hospitais Integrantes do Sistema Único de Saúde deverão funcionar obrigatoriamente sob a Responsabilidade Técnica de um profissional farmacêutico devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia. Os demais profissionais farmacêuticos deverão ser em número adequado ao porte do hospital e suficientes para o exercício das ações inerentes à sua atividade profissional na farmácia hospitalar e/ou dispensário de medicamentos.

Para distribuição no sistema de dose unitária tem-se:

- ✓ um farmacêutico / 50 leitos;
- ✓ um auxiliar técnico de saúde / 25 leitos;
- ✓ três trabalhadores braçais / Serviço.

No sistema convencional, para a distribuição são necessários:

- ✓ um farmacêutico / 50 leitos;
- ✓ um auxiliar técnico de saúde / 30 leitos;
- ✓ três trabalhadores braçais / Serviço.

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:

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

Comentário: o setor de faturamento tem uma importância fundamental na receita dos hospitais, não só evita 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 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.

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

- ✓ um administrador hospitalar / 200 leitos;
- ✓ um oficial administrativo / 40 leitos.

No serviço público, conforme Coelho, 2006 e nas instituições contratadas e conveniadas com o SUS, a área de faturamento desenvolve importante papel ao centralizar as informações sobre as guias de Autorização de Internação Hospitalar do SUS (AIH-SUS), Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) que geram dados para o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA – SUS), procedimentos de alto custo correspondente à Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC) e exames subsidiários do Serviço de Apoio e Diagnóstico e Terapêutico (SADT). Por fim, prepara o mapeamento e a consolidação das planilhas de produção para convertê-los em receitas, sob os valores da Tabela SUS.

O setor de faturamento é o responsável pela emissão das contas hospitalares que devem ser pagas pelos pacientes, convênios ou pelo Sistema Único de Saúde, por intermédio de guias de faturamento: AIHs, FAA`s, APAC`s e SADT`s.

- ✓ um oficial administrativo / 500 guias de faturamento emitidas mensalmente.

Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

O Decreto-Lei nº 938, de 13/10/1969, apenas fornece orientação sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

A Lei nº 8.856 de 01/03/94, recomenda que a carga horária máxima de trabalho do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional é de 30 horas semanais. Esta carga horária se aplica ao profissional empregado e não autônomo.

De acordo com a Portaria nº 3617, de 29/03/1998, encontramos o seguinte parâmetro:

Considerando turnos de 6 horas nos períodos manhã ou tarde, temos:

- ✓ UTI: um fisioterapeuta/ 10 leitos por turno;
- ✓ ambulatório: um fisioterapeuta/ 20 leitos por turno;
- ✓ enfermaria: um fisioterapeuta/ 20 leitos por turno;
- ✓ um terapeuta ocupacional/ 16 leitos por turno.

Tabela 88 – Perfil hospitalar de fisioterapeutas 2009

Estado	Hospitais	Leitos	Fisio.	Fisio./ Leito
SP	HCor	246	25	0,10
SP	Hospital AC. Camargo	262	40	0,15
SP	Hospital Bandeirantes	197	15	0,08
SP	Hospital Beneficência Portuguesa	1.918	81	0,04
SP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto	868	34	0,04
RE	Hospital das Clínicas da UFPE	553	13	0,02
SP	Hospital de Base de São José do Rio Preto	708	35	0,05
PR	Hospital de Clínicas da UFPR	553	34	0,06
SP	Hospital de Clínicas da Unicamp	411	36	0,09
SP	Hospital do Câncer de Barretos	214	12	0,06
SP	Hospital do Rim e Hipertensão	113	6	0,05
SP	Hospital e Maternidade Santa Joana	452	14	0,03
SP	Hospital e Maternidade São Lucas	131	12	0,09
SP	Hospital e Maternidade São Luiz	1111	116	0,10
MG	Hospital Felício Rocho	396	10	0,03
SC	Hospital Infantil Joana Gusmão	166	4	0,02
SP	Hospital Infantil Sabará	58	8	0,14
SP	Hospital Israelita Albert Einstein	581	225	0,39
SP	Hospital Nove de Julho	267	62	0,23
SP	Hospital Santa Catarina	381	89	0,23
SP	Hospital Santa Marcelina	703	34	0,05
SP	Hospital Sírio Libanês	326	119	0,37
SP	Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia	356	10	0,03
SP	Instituto de Infectologia Emilio Ribas	230	6	0,03
SP	Irm. Sta. Casa de Misericórdia de São Paulo	2068	85	0,04

Fonte: Análise Saúde, 2009

Fonoaudiólogo

O Conselho Regional de Fonoaudiologia, 2ª região, São Paulo em 1997, apontou que aproximadamente 19% dos profissionais da região metropolitana e da capital atuavam no setor público, ao passo que no interior do estado esse índice era de 30,33%.

Para uma análise da situação atual e planejamento de ações, o CRFa. 2ª Região, por meio da Comissão de Saúde, realizou em 2004 uma pesquisa para coletar dados sobre a atuação do fonoaudiólogo nos equipamentos de saúde municipais dos 645 municípios do Estado de São Paulo.

Mesmo com a ausência de respostas de vários municípios e cientes de que as informações referentes aos profissionais são bastante dinâmicas, os dados recebidos possibilitam uma análise geral sobre a atuação fonoaudiológica no

Estado, permitindo reflexões e proposições de ações, não apenas por parte do CRFa. 2ª Região, mas também pelos fonoaudiólogos que atuam ou desejam atuar na área de Saúde Pública.

No tocante à carga horária semanal, houve respostas correspondentes a 745 fonoaudiólogos (96,8%), sendo que 273 (36,5%) trabalhavam 40 horas semanais, 136 (18,4%) 30 horas semanais, 245 (32,9%) 20 horas semanais e 91 (12,2%) desempenhavam outra jornada.

Dez horas foi a menor carga horária semanal mencionada; a maior corresponde a 44 horas. A maior parte dos profissionais cumpre jornada de 40horas/semanais.

Temos como indicador dos hospitais públicos, um fonoaudiólogo para cada 12 leitos por turno e 4 exames de audiometria por hora.

Tabela 89 – Perfil hospitalar fonoaudiologia 2009

Estado	Hospitais	Leitos	Fono.	Fono./ leito
SP	Hospital AC. Camargo	262	8	0,03
SP	Hospital Bandeirantes	197	1	0,01
SP	Hospital Beneficência Portuguesa	1.918	4	0,00
SP	Hosp. Clínicas de Ribeirão Preto	868	16	0,02
RE	Hospital das Clínicas da UFPE	553	5	0,01
SP	Hosp.Base de São José do Rio Preto	708	13	0,02
PR	Hospital de Clínicas da UFPR	553	2	0,00
SP	Hospital de Clínicas da Unicamp	411	7	0,02
SP	Hospital do Câncer de Barretos	214	4	0,02
SP	Hosp. e Maternidade Santa Joana	452	3	0,01
SP	Hospital e Maternidade São Lucas	131	3	0,02
MG	Hospital Felício Rocho	396	2	0,01
SC	Hospital Infantil Joana Gusmão	166	6	0,04
SP	Hospital Infantil Sabará	58	3	0,05
SP	Hospital Israelita Albert Einstein	581	27	0,05
RJ	Hospital Municipal Souza Aguiar	442	1	0,00
SP	Hospital Nove de Julho	267	16	0,06
SP	Hospital Santa Catarina	381	1	0,00
SP	Hospital Santa Marcelina	703	12	0,02
SP	Hospital Sírio Libanês	326	5	0,02
SP	Inst. de Infectologia Emílio Ribas	230	1	0,01
SP	Irm. da Sta Casa de Miseric. de SP	2068	23	0,03

Fonte: Análise Saúde, 2009

Higienização Hospitalar

O serviço de higiene hospitalar é responsável pela limpeza hospitalar e visa à preservação da saúde e a prevenção da doença.

Para Mezomo (1985), temos os seguintes parâmetros:

- ✓ 80 m² por hora para um funcionário. São Paulo.
- ✓ 60 m² por hora para um funcionário. Brasília.

Segundo o Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários (1992), 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 1m² requer 0,03 h/homem de limpeza. Assim o tempo padrão poderia ser estipulado em 1,35 hora por leito ocupado.

Para Abboud (1996), 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.

Machline (1996) coloca os seguintes parâmetros:

- ✓ dado 80 m² por leito
- ✓ horas pagas/ 100 m² = 35

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

$35 \times 16000 = 560000$ horas /100 = 5600 horas por mês

$5600 \text{ horas} / 220 \text{ horas por mês (4,5 semanas} \times 44 \text{ horas)} = 23,6 = 24$ funcionários + 5 (IST) = 29 funcionários de limpeza.

Parâmetros utilizados pelo mercado e aceitos pelos hospitais.

- ✓ 1 funcionário para cada 400 m² dia de limpeza (área administrativa);
- ✓ 1 funcionário para cada 200m² dia de limpeza (centro cirúrgico, centro obstétrico, unidade de terapia intensiva);
- ✓ 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 do processo de controle, na elaboração do contrato (protocolo) e na supervisão técnica dos serviços pelo contratante.

Segundo Picchiai (2000), com os equipamentos de limpeza e higienização existentes no país, uma pessoa pode limpar uma área equivalente a 200m² em se tratando de centro cirúrgico e unidade de internação.

De acordo com Coelho em 2006, as tarefas desempenhadas pelo serviço de higiene hospitalar foram divididas por áreas de riscos epidemiológicos, assim classificadas: área crítica (UTI, Berçário, Isolamento, Centro Cirúrgico e Obstétrico, Central de Materiais e Esterilização), área semi-crítica (Enfermarias, Pronto-Socorro, Ambulatório, SADT) e área não crítica (setor administrativo, SND, Lavanderia e outros), área externa (pátio, estacionamento, calçadas e jardins).

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

Área Crítica:

- ✓ um auxiliar de serviço para cada 350 m² por turno (diurno);
- ✓ um auxiliar de serviço para cada 700 m² por turno (noturno).

Área Semi-crítica:

- ✓ um auxiliar de serviço para cada 450 m² por turno (diurno);
- ✓ um auxiliar de serviço para cada 900 m² por turno (noturno).

Área Não-Crítica:

- ✓ serviços de apoio administrativos;
- ✓ um auxiliar de serviço para cada 550 m².

Vidros:

- ✓ um auxiliar de serviço para cada 220 m².

Área Externa:

- ✓ um auxiliar de serviço para cada 6.000 m².

Segundo a Secretaria de Gestão Pública, os parâmetros utilizados para a determinação dos encargos sociais referentes à prestação de serviços de limpeza hospitalar são:

Tabela 90 - Encargos sociais higienização hospitalar

dias no ano	365,25
Jornada de trabalho	44 horas semanais
dias de repouso semanal	1 dia
Horas diárias de prestação de serviços	7,33 horas/dia
Quantidade de repousos semanais no ano	(365,25 / 7) 52,2 dias
repousos semanais dentro das férias de 30 dias	(30/7) 4,3 dias
Nº de faltas justificadas por ano	8 dias
ocorrência de faltas legais no ano	1 dia
% acidente de trabalho	0,053%
tempo de permanência do empregado na empresa	30 meses
% empregados demitidos sem justa causa	20%
% empregados que cumprem aviso prévio trabalhado	5 %
% empregados que recebem aviso prévio indenizado	95%
Participação masculina no setor	30%
mães em potencial na participação feminina no setor	43,6%
taxa média de fecundidade	2%

Fonte: Secretaria de Gestão Pública, 2008

Tabela 91 - Encargos sociais baseando-se no total de feriados

Total feriados no ano (12 feriados oficiais + 3ª feira de Carnaval)	13
feriados fixos de segunda.a sexta-feira	3
total feriados móveis	10
Feriados móveis no ciclo de 28 anos	280
Feriados coincidentes c/ repouso no ciclo de 28 anos	40
Média de feriados coincidentes. (10x40/280)	1,43
Nº feriados no ano não coincidentes c/ repousos semanais	11,57
média feriados coincidentes c/ férias de 30 dias	0,9503

Fonte: Secretaria de Gestão Pública, 2008

Tabela 92 - Cálculo de dias de prestação de serviços

Total de dias do ano	365,25
Repouso semanais no ano (365,25/7)	52,17
Total de dias/ dias de trabalho no ano	313,07
Feriados não coincidentes com repouso semanal	11,57
Total de dias de efetiva prestação de serviço	301,50
Total de dias no ano	365,25
Repouso semanais no ano (365,25/7)	52,17
Total de dias / dias de trabalho por ano	313,07

Fonte: Secretaria de Gestão Pública, 2008

Tabela 93 – Dias de ausência anuais

Ausências legais no ano (Nota 1)	24,7640
Total de ausências anuais (Nota 2)	7,6624
Total de ausências anuais	32,4264
Total de dias efetivamente trabalhados no ano	269,0750
Dias líquidos de férias no ano (Nota 1)	24,7640
Ausências legais no ano (Nota 2)	7,6624
Total de ausências anuais	32,4264
Total de dias efetivamente trabalhados no ano	269,0750

Fonte: Secretaria de Gestão Pública, 2008

Tabela 94 - Quantidade de mão-de-obra necessária

Total de dias efetivamente trabalhados no ano	269,07
Total de dias de efetiva prestação de serviços	301,50
Quantidade de mão de obra	1,12

Fonte: Secretaria de Gestão Pública, 2008

A gestão dos Serviços de Higiene e Limpeza define um parâmetro geral de 300 m²/ funcionário, porém não considera a dinâmica de cada setor. Desta forma, a maneira mais coerente é essa média geral de 230m² / funcionário. (Hospital Estadual Vila Alpina, 2009).

Lavanderia / Rouparia e Costura

O Serviço de Lavanderia, Rouparia e Costura consiste nos elementos destinados à recepção, preparo, processamento, guarda, reparos, produção, distribuição e controle dos estoques das roupas de uso hospitalar.

A lavanderia tem como finalidade o processamento da roupa hospitalar, por meio de lavagem, secagem, passagem, armazenamento, distribuição e controle de estoque.

Para Gonçalves (1987), temos como parâmetro:

Um auxiliar para cada 10 leitos, sendo que o hospital lava de 4 a 6kg de roupa/leito/dia.

Para Mezomo (1985), um empregado de lavanderia lava de 60 kg a 80 kg por dia de trabalho de 8 horas, parâmetro também adotado por Abboud (1996).

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.

Segundo o Modelo de Dimensionamento de Recursos Humanos para Hospitais Universitários (1992), temos os seguintes parâmetros:

- ✓ Hospital geral: 4 kg/ paciente/ dia;
- ✓ Maternidade: 6 kg/ paciente/ dia;
- ✓ Pronto Socorro: 7 kg/ paciente/ dia (2009);
- ✓ Psiquiatria: 5 Kg/ paciente/ dia (2009);
- ✓ Um auxiliar de lavanderia lavaria 50 kg/ por dia.

De acordo com AHA, é indicado 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 Modelo de Hospitais Universitários, 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.

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

Tabela 95 – Quilo de roupa lavada segundo o porte do hospital

Porte do Hospital	Kg de roupa lavada por funcionário da lavanderia/mês		
	Mínimo	Máximo	Médio
Pequeno	-	-	1.465,11
Médio	308,28	2.912,05	1.510,58
Grande	815,76	3221,85	2.012,22
Extra	-	-	868,78

Fonte: PROAHSA, 1997

Indicador geral

Tabela 96 - Roupa lavada por funcionário/dia

Segundo a natureza jurídica	Por funcionário lavanderia (kg)
Público	59
Sem fins lucrativos	73
Com fins lucrativos	27
Segundo porte	
Médio	31
Grande	46
Extra	82

Fonte: PROAHSA, 1998

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

Segundo a Secretaria de Gestão Pública, os parâmetros utilizados para a determinação dos encargos sociais referentes à prestação de serviços de lavanderia hospitalar são:

Tabela 97 – Encargos sociais referentes à lavanderia hospitalar

Dias no ano	365,25
Jornada de trabalho	5X1 dias
Dias de repouso semanal	(365,25/6) 60,875 dias
Repouso dentro das férias de 30 dias	(30/6) 5 dias
Nº de faltas justificadas no ano	8 dias
Ocorrência de faltas legais no ano	1 dia
Acidente de trabalho (%)	0.053%
Tempo de permanência do empregado na empresa	30 meses
Empregados demitidos sem justa causa (%)	20%
Empregados que cumprem aviso prévio trabalhando (%)	5%
Empregados que recebem aviso prévio indenizado	95%
Participação masculina no setor	70%
Mães em potencial na participação feminina no setor	43,6%
Taxa média de fecundidade	2%
Repouso dentro das férias de 30 dias (30/6)	5 dias
Nº de faltas justificadas por ano	8 dias

Fonte: Secretaria de Gestão Pública, 2008

Tabela 98 – Cálculo de dias de prestação de serviços

Total de dias no ano	365,25
Repouso no ano	(365,25/6) 60,875
Total de dias/dias de trabalho por ano	304,375
Total de dias de efetiva prestação de serviços	304,375

Fonte: Secretaria de Gestão Pública, 2008

Tabela 99 – Dias de ausências anuais

Dias líquidos de Férias no ano (Nota 1)	25,00
Ausências legais no ano (Nota 2)	7,755
Total de ausências anuais	32,755
Total de dias efetivamente trabalhados no ano	271,62

Fonte: Secretaria de Gestão Pública, 2008

Segundo Coelho (2006), neste setor, o dimensionamento depende dos volumes de produção de roupas sujas advindos das unidades, sendo estimados em torno de 10Kg de roupa lavada por leito / dia.

Como parâmetro recomenda-se:

- ✓ um funcionário / 60 Kg de roupa lavada / dia

Com a seguinte distribuição quantitativa por categoria funcional:

- ✓ 30% oficiais de serviço de manutenção
- ✓ 70% auxiliares de Serviço

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

Como parâmetro recomenda-se:

- ✓ N° de oficiais de serviço manutenção = Kg de roupa lavada por dia x 0,2

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

- ✓ uma costureira/ 100 leitos;
- ✓ um auxiliar de serviços/ 200 leitos.

Comentário: os parâmetros de pessoais 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 pessoas, encontram-se na mensuração da quantidade real de toneladas de roupas lavadas por dia, e do grau de modernidade (em termos tecnológicos) dos equipamentos e instalações utilizados na lavanderia.

Manutenção de Equipamentos

O setor de manutenção de equipamentos é responsável pelas medidas necessárias para a conservação e cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente dos equipamentos médico-hospitalares.

O parâmetro adotado pela AHA 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 cálculo teríamos um tempo de 0,45 hora.

Para Gonçalves (1987), 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.

Para conservação e reparos Machline (1996) trabalha com o seguinte parâmetro:

- ✓ 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 de manutenção.

A manutenção preventiva é fundamental para o funcionamento do hospital. Não basta apenas a manutenção corretiva.

Coelho (2006), preconiza a terceirização desse serviço da seguinte forma:

- ✓ um oficial de serviço de manutenção/ 50 leitos
- ✓ um oficial administrativo/ 200 leitos

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

Manutenção Predial

Para Coelho (2006), o setor de manutenção predial é responsável pelas medidas necessárias para conservação e cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente da infra-estrutura hospitalar.

Aqui também é preconizada a terceirização desse serviço.

- ✓ um engenheiro civil / 200 leitos;
- ✓ um eletricista / 200 leitos;
- ✓ um marceneiro / 200 leitos;
- ✓ um encanador / 200 leitos;
- ✓ um pedreiro / 200 leitos;
- ✓ um pintor / 200 leitos;
- ✓ um serralheiro / 200 leitos;
- ✓ um reparador geral / 200 leitos;
- ✓ cinco caldeiristas / Setor de Caldeiraria;
- ✓ um oficial administrativo / 200 leitos.

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

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

Médico

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

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

Número de médicos por 100 mil habitantes nos países, conforme a posição no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano.

Tabela 100 - Índice de desenvolvimento humano em 2004

Posição ranking	País	médicos/habitantes
1º	Noruega	313
2º	Islândia	362
8º	Estados Unidos	256
36º	Argentina	301
38º	Chile	109
69º	Brasil	115
91º	Paraguai	111
177º	Nigéria	3

Fonte: O Estado de São Paulo, 2007

Tabela 101 - Número de habitantes para cada médico nas regiões brasileiras

Região Brasileira	habitantes/ médico
Norte	1.013
Nordeste	901
Sul	517
Sudeste	506
Centro-Oeste	392

Fonte: O Estado de São Paulo, 2007

De acordo com a Secretaria do Estado da Saúde, temos:

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

Recomendam-se os seguintes parâmetros para médicos diaristas leitos:

- ✓ berçário normal 1 médico/ 20 berços;
- ✓ berçário patológico 1 médico/ 8 leitos;
- ✓ clínica AIDS 1 médico/ 6 leitos
- ✓ clínica cirúrgico 1 médico/ 6 leitos (2009);
- ✓ clínica ginecológica 1 médico/ 10 leitos;
- ✓ clínica médica 1 médico/ 10 leitos;
- ✓ clínica pediátrica 1 médico/ 10 leitos;
- ✓ clínica psiquiátrica 1 médico/ 30 leitos (2009);
- ✓ UTI 1 médico/ 10 leitos (2009, resolução CFM);

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

Coelho 2006, refere o seguinte dimensionamento:

- ✓ berçário normal/ aloj. conjunto: um médico/ 20 berços;
- ✓ clínica de AIDS: um médico/ 06 leitos;
- ✓ cirurgia buco-maxilo: um dentista/ 04 leitos;
- ✓ clínica cirúrgica: um médico / 06 leitos;
- ✓ clínica ginecológica: um médico / 10 leitos;
- ✓ clínica médica: um médico / 10 leitos;
- ✓ clínica obstétrica: um médico / 10 leitos;
- ✓ berçário patológico: um médico / 08 berços;
- ✓ clínica pediátrica: um médico / 10 leitos;
- ✓ clínica psiquiátrica: um médico / 30 leitos;
- ✓ clínica de queimados: um médico/ 06 leitos;
- ✓ unidade de semi-intensiva: um médico/ 10 leitos;
- ✓ pré-parto: um médico/ 10 leitos;
- ✓ P.S: um médico/ 08 leitos;
- ✓ RA: um médico/ 08 leitos.
- ✓ UTI Geral: um médico/ 10 leitos;
- ✓ UTI Infantil: um médico/ 10 leitos;
- ✓ UTI Neonatal: um médico/ 10 leitos (um médico/ 5 leitos – portaria MS);

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

Médico - plantonista: 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:

- ✓ clínica médica: 1 médico/ 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.

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

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

Segundo Coelho em 2006, médicos Plantonistas: entende-se como plantonista o médico que desenvolve sua jornada semanal de trabalho em forma de plantões (noturnos ou diurnos), a fim de oferecer atenção vertical ao paciente.

Nº de médicos =

$$\frac{\text{nº leitos} \times \text{hora-assistencial} \times \text{nº turnos plantão} \times 12 \text{ horas/semana}}{\text{jornada semanal}}$$

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

Médico ou equipe médica:

O Ministério da Saúde recomenda um paciente internado nas clínicas médicas, cirúrgicas, obstétricas 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 (Picchiai, 2000).

Para hemodiálise, a visitação 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.

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

a) Anestesiologista

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

- ✓ Um médico / sala cirúrgica / turno.

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

- ✓ Um médico / sala cirúrgica / turno.

b) Área ambulatorial

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

- ✓ consultas médicas / habitantes: 4 consultas/ hab./ ano;
- ✓ consultas médico/hora: 4 consultas/hora;
- ✓ consultas de especialidade médico/hora: 3 consultas/ hora;
- ✓ para atendimento ambulatorial: 1 médico/ consultório / turno;
- ✓ para diagnóstico: 1 médico / aparelho fixo.

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

c) Área de urgência - emergência

Para o CADAIS temos o parâmetro:

- ✓ Consultas médico/hora: 6 consultas/hora

Para Borges (1980) temos os parâmetros:

Tabela 102 - Consultas médico/ turno

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

Fonte: BORGES, 1980

Índice de consultas hora – médico (ICHM): é a relação entre o número de consultas realizadas em um determinado período e o número de horas médico 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): é a relação entre o número de consultas realizadas em um determinado período e o número 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

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.

d) Cirurgia

Para a determinação do tempo padrão do cirurgião foi feita uma média entre cirurgias longas e curtas. Estima-se que o tempo padrão de uma cirurgia é de 4,68 hora, sendo que 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;
- ✓ Tempo médio de uma cirurgia: 2,1 hora.

e) Cirurgia Geral

Internação:

- ✓ 1 médico/ 8 leitos (30 minutos/ paciente)
- ✓ 1 médico/ 4 leitos (incluso procedimento cirúrgico e ambulatorial de diversas especialidades, como vascular, plástica, urologia, tórax e gastro)

Ou utilizar a seguinte fórmula: N° de cirurgias da especialidade/ 22 dias úteis X 5h/ 4 h (carga médico diarista) = N° de médicos diaristas. Ficando:

$$\left[\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias da especialidade}}{22 \text{ dias \u00fasteis}} \right) \times 5\text{h} \right] \div 4\text{h} = \text{N}^\circ \text{ de m\u00e9dicos diaristas}$$

PS: 3 consultas/ h (incluso pequenos procedimentos)

Mesma fórmula anterior, mas somente usando o N° de cirurgias na urgência/ 30 dias X 5h/ 18h (efetivamente trabalhadas para o plantonista) = N° de médicos plantonistas

$$\left[\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias da especialidade}}{30 \text{ dias \u00fateis}} \right) \times 5\text{h} \right] \div 18\text{h} = \text{N}^\circ \text{ de m\u00e9dicos plantonistas}$$

f) Cl\u00ednica M\u00e9dica

- ✓ 1 m\u00e9dico/ 10 leitos de enfermaria
- ✓ PS: 4 consultas/ h (pelo CADAIS da SES seriam 6 consultas/ h)

Considerar 18h efetivamente trabalhadas e excluir do c\u00e1lculo as consultas realizadas pelos m\u00e9dicos da AMA em vossas unidades.

g) Internaa\u00e7\u00e3o

A Resolu\u00e7\u00e3o n\u00b0 74/96 do Conselho Federal de Medicina, no seu artigo 1\u00b0, aponta a necessidade de haver m\u00e9dico capacitado a executar manobras de reanima\u00e7\u00e3o e suporte vital, presente 24 horas do dia, em todas as unidades de sa\u00fade nas quais existem pacientes em regime de internaa\u00e7\u00e3o.

h) Neonatologia

Diarista:

- ✓ 1 m\u00e9dico/ 20 ber\u00e7os normais;
- ✓ 1 m\u00e9dico/ 10 leitos patol\u00f3gicos e de UTI.

Plant\u00e3o:

- ✓ 1 m\u00e9dico/ 20 ber\u00e7os patol\u00f3gicos;
- ✓ 1 profissional/ 10 leitos UTI.

i) Ortopedia

- ✓ 1 m\u00e9dico/ 2 leitos (incluir procedimentos cir\u00fargicos, ambulat\u00f3rios e as v\u00e1rias especialidades da ortopedia, somente para os cadastrados)

PS: 3 consultas/h (que j\u00e1 incluem procedimentos e cirurgias emergenciais, visto que em todos os hospitais s\u00e3o os diaristas que est\u00e3o executando a maioria dos procedimentos cir\u00fargicos, ou seja, os plantonistas deixam para os diaristas os procedimentos)

j) Pediatria

- ✓ 4 consultas/ h (pelo CADAIS da SES seriam 6 consultas/h)

Considerar 18h efetivamente trabalhadas e excluir do cálculo as consultas realizadas pelos médicos da AMA em vossas unidades.

K) Psiquiatria

- ✓ Internação: 1 médico/ 8 leitos (30 minutos/ paciente);
- PS: 3 consultas/ h em 18 horas efetivamente trabalhadas.

l) Tocoginecologia

- ✓ 1 médico/ 10 leitos de puerpério;
- ✓ 1 médico/ 6 leitos cirúrgicos na unidade de internação.

Para plantão, considerar:

- ✓ 1 plantonista/ 2 leitos pré-parto;
- ✓ 1 plantonista/ 100 partos;
- ✓ 1 médico plantonista/ 10 leitos de puerpério.

M) UTI

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é definida como um conjunto de elementos destinados à acomodação de pacientes que exigem assistência médica e de enfermagem ininterrupta, além da utilização de equipamentos especializados e de facilidades diagnósticas e terapêuticas, além de médicos diaristas e plantonistas:

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

Atenção Horizontal

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

Atenção Vertical

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

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

Segundo o anexo V da Resolução CREMESP 170/2007:

“Toda UTI deve dispor, no mínimo, da seguinte equipe médica básica exclusiva:

a) Um responsável técnico, com título de especialista em Medicina Intensiva.

Parágrafo único – Na UTI Neonatal, o responsável técnico deve ter o certificado de área de atuação em Medicina Intensiva Pediátrica ou o certificado de área de atuação em Neonatologia. Na UTI Pediátrica, o responsável técnico deve ter o certificado de atuação em Medicina Intensiva Pediátrica.

b) Um médico diarista para cada 10 leitos ou fração, no período da manhã e tarde, com título de especialista em Medicina Intensiva, responsável pelo acompanhamento diário da evolução clínica dos pacientes internados.

c) Um médico plantonista, para cada 10 leitos ou fração, responsável pelo atendimento na UTI, em suas 24 horas de funcionamento, presente na área física da UTI.” (CREMESP, 2007)

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

Tendo em vista que a Lei 3.999/61 não estipula a jornada reduzida, mas apenas estabelece o salário mínimo da categoria para uma jornada de 4 horas para os médicos, não há que se falar em horas extras, salvo as excedentes à oitava, desde que seja respeitado o salário mínimo/horário das categorias.

Segundo a Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, em junho de 2009, tem-se para as seguintes áreas:

n) Ambulatório de especialidades

Serviço de Ambulatório de especialidades

Categoria profissional	Produtividade diária (P)	Jornada de trabalho mensal (JT)	Regime de trabalho dias/ semana (RT)	Consultórios/ leitos	Média de trabalho/ dia/ hora (TDH)	Ocupação/ consultório/ dia (OD)	Tempo padrão profissional/ hora (TPP)
Produtividade mensal: 22 dias							
Apoio assistência (médico)	59,32	20	5	9	4	6,59	0,61
Apoio administrativo	59,32	40	5	9	8	6,59	0,13

➤ Apoio assistencial

$$\text{Fórmula NFN} = \frac{P \times \text{TPP} \times \text{RT}}{\text{JT}} \times \text{IST}$$

$$\text{NFN} = \frac{180}{20} \times 1,15$$

$$\text{NFN} = 10,35$$

$$\text{Apoio assistencial NFN} = 10$$

➤ Apoio administrativo

$$\text{Fórmula NFN} = \frac{P \times \text{TPP} \times \text{RT}}{\text{JT}} \times \text{IST}$$

$$\text{NFN} = \frac{40}{40} \times 1,15$$

$$\text{NFN} = 10,35$$

$$\text{Apoio administrativo NFN} = 10$$

o) Demais especialidades

- ✓ PS: 3 consultas/ h;
- ✓ Ambulatório: 4 consultas/ h.

Nutrição e dietética

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 tratamento.

O nível primário de atendimento (assistência nutricional aos pacientes cuja patologia de base ou problema apresentado não acarretam fatores de risco nutricional) é o resultado das atividades de hotelaria, de produção de refeições, de ações amplas de adequação às necessidades e condições dos pacientes.

Os níveis secundário (assistência nutricional aos pacientes cuja patologia de base ou problema apresentado acarretam fatores de risco nutricional associados) e terciário (cuidados dietéticos mais específicos com risco nutricional associado) exigem anamnese completa, exames laboratoriais, avaliação corpórea e nutricional com ou sem bioimpedância, densitometria óssea e outros exames mais complexos em nível terciário (Picchiai, 2000).

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.

Segundo Mezomo (1981), o parâmetro para dimensionamento de pessoal de alimentação (nutrição) é dado por leito e o quadro de pessoal total do hospital.

Tabela 103 - 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 %

Fonte: Mezomo, 1981

Para Gonçalves (1987), temos como parâmetros:

- ✓ 1 nutricionista para 100 leitos;
- ✓ 1 dietista para 50 leitos;
- ✓ 1 auxiliar de nutrição para cada 6 leitos.

Distribuição dos funcionários proposta para o Serviço de Nutrição e Dietética de acordo com Gonçalves, 1987:

- ✓ 20% cozinheiros;
- ✓ 25% atendente de nutrição;
- ✓ 20% copeiros;
- ✓ 25% serventes;
- ✓ 10% auxiliar de nutrição.

Temos o estudo de Trigo e Roncada (1988) que preconiza um percentual de 10% a 15% do número de funcionários do hospital, para determinar o número de funcionários do SND. Este estudo conclui que o tempo padrão por refeição servida é de 15 minutos, padrão este determinado na década de 50.

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

Tabela 104 - Parâmetro nutricional

nº de refeições/dia	nº de nutricionistas
Até 250	Poderá ser o próprio RT
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 o dado acima

Fonte: Conselho Regional de Nutrição, 1990

Tabela 105 - Parâmetro nutricional por número de leitos

Nº de leitos	Nº de nutricionistas
até 50	Poderá ser o próprio RT
De 51 a 100	Um
De 101 em diante	Utilizar a proporção 1:100 leitos

Fonte: Conselho Regional de Nutrição, 1990

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

Os dados da AHA (1992), 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 internado.

Para Barquim (1992), o parâmetro para alimentação é dado por um dietista e mais dez pessoas de cozinha para cada 50 leitos.

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar, 1992 considerando:

- ✓ 5 refeições por paciente dia;
- ✓ 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.

Para Machline (1996), temos como parâmetro:

- ✓ Horas pagas / 100 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

Para Abboud (1996), 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.

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 o autor.

Esta Instrução Normativa (33/90) evoluiu para a Instrução Normativa 050/99, a saber:

Tabela 106 - Parâmetro por número de refeições

Nº de refeições/ dia	Nº mínimo de nutricionistas	Carga horária mínima semanal
Até 100	01 (RT)	10 horas
101 a 250	01 (RT)	20 horas
251 a 500	RT + 01	30 a 40 horas
Maior que 500	RT+QT	30 a 40 horas

Fonte: Conselho Regional de Nutrição, 1990

Tabela 107 - Parâmetro por número de atendimentos

Níveis de atendimento	Nº de leitos	Nº mínimo de nutricionistas	
		6h/dia	8h/ dia
Primário	Cada 60	-	+01
	Cada 45	+01	-
Secundário	Cada 30	-	+01
	Cada 25	+01	-
Terciário	Cada 20	-	+01
	Cada 15	+01	-
Ed. e/ou treinamento e pesquisa em serviço	A partir de 200	+02	+02

Fonte: Conselho Regional de Nutrição, 1990

Tabela 108 - Parâmetro por unidade

Unidade	Indicador	Nº mínimo nutricionistas (QT)	Carga horária mínima semanal
Banco de leite humano	Por estabelecimento	01	40 horas
Lactário	nº leitos de pediatria (acima de 30)	01	40 horas
Ambulatório	nº atendimentos/dia (consultas iniciais e subsequentes) e carga horária	01	40 horas com média de 10 atendimentos/dia, sendo: 4 iniciais 6 subsequentes (retornos)

Fonte: Conselho Regional de Nutrição, 1990

Nota: Onde: RT = Responsável Técnico QT = Quantidade Total

Nas entidades onde não há definição clara dos níveis de atendimento clínico prestado aos pacientes, 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 109 – Número mínimo de nutricionistas/leitos

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

Fonte: Conselho Regional de Nutrição, 1990

Segundo a Resolução CFN nº 380/2005, a assistência nutricional diária ao paciente hospitalizado deverá ser de, pelo menos, 12 (doze) horas/dia ininterruptas, inclusive nos finais de semana e feriados.

Tabela 110 – Assistência nutricional diária

Nível de Atendimento Nutricional	Nº de Pacientes	Nº de Nutricionistas	Carga Horária Semanal
Primário	Até 60	01	30 h
	Acima de 60 ou fração	01 + 01 a cada 60 ou fração	30 h
Secundário	Até 30	01	30 h
	Acima de 30 ou fração	01 + 01 a cada 30 ou fração	30 h
Terciário	Até 15	01	30 h
	Acima de 15 ou fração	01 + 01 a cada 15 ou fração	30 h

Fonte: Resolução CFN N° 380, 2005

O sistema de distribuição de refeição pode ser centralizado ou descentralizado.

Esta classificação interfere na quantificação dos profissionais 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.

Comentário: a variável tecnologia é uma das determinantes na quantificação de profissionais para a nutrição. A modernidade dos equipamentos, e sua utilização intensiva e automatizada, reduz o número de

peças 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 à 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.

Também fazem parte da assessoria nutricional hospital segundo a Resolução 380/2005, os seguintes atendimentos ambulatoriais:

- ✓ banco de leite humano;
- ✓ lactário e central de terapia nutricional;
- ✓ atendimento domiciliar.

Segundo Coelho (2006), o Serviço de Nutrição e Dietética consiste em um conjunto de elementos destinados à recepção, armazenamento, guarda e controle dos estoques de gêneros alimentícios e insumos, destinados ao preparo, produção e distribuição das refeições servidas aos pacientes, acompanhantes e funcionários da instituição.

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

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

- ✓ cinco refeições / paciente / dia;
- ✓ três refeições / acompanhante / dia;
- ✓ uma refeição / funcionário / dia;
- ✓ oito mamadeiras / lactente / dia.

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

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

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

Tabela 111 – Perfil hospitalar de nutricionistas 2009

Estado	Hospitais	Leitos	Nutricionista	Nutricionista/ Leito
SP	HCor	246	15	0,06
SP	Hospital AC. Camargo	262	13	0,05
SP	Hospital Bandeirantes	197	5	0,03
SP	Hospital Beneficência Portuguesa	1.918	26	0,01
SP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto	868	23	0,03
RE	Hospital das Clínicas da UFPE	553	17	0,03
SP	Hosp. Base de São José do Rio Preto	708	6	0,01
PR	Hospital de Clínicas da UFPR	553	15	0,03
SP	Hosp. de Clínicas da Unicamp	411	12	0,03
RJ	Hospital de Clínicas de Niterói	250	16	0,06
SP	Hospital do Câncer de Barretos	214	8	0,04
SP	Hospital do Rim e Hipertensão	113	6	0,05
SP	Hosp.l e Matern. Santa Joana	452	3	0,01
SP	Hosp. e Maternidade São Lucas	131	2	0,02
SP	Hosp.l e Maternidade São Luiz	1111	18	0,02
MG	Hospital Felício Rocho	396	6	0,02
SC	Hospital Infantil Joana Gusmão	166	5	0,03
SP	Hospital Infantil Sabará	58	1	0,02
SP	Hospital Israelita Albert Einstein	581	36	0,06
SP	Hospital Nove de Julho	267	11	0,04
SP	Hospital Santa Catarina	381	13	0,03
SP	Hospital Santa Marcelina	703	25	0,04
SP	Hospital Sírio Libanês	326	35	0,11
SP	Inst. Dante Pazzanese Cardiologia	356	10	0,03
SP	Inst. de Infectologia Emilio Ribas	230	10	0,04
SP	Irm. da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	2068	37	0,02

Fonte: Análise Saúde, 2009

Odontologia

Segundo Borges (1980), 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 técnica, ou seja, 10%.

A Portaria nº. 1570/GM em 29 de julho de 2004, normatiza a implantação e habilitação de centros de especialidades odontológicas, onde estabelece:

- ✓ 3 ou mais cirurgiões dentistas (120 h carga/horária/ semanal total dos cirurgiões dentistas);
- ✓ 4 ou mais cirurgiões dentistas (160h carga/horária/ semanal total dos cirurgiões dentistas);
- ✓ 1 auxiliar de consultório dentário por cirurgião dentista.

Patrimônio

Segundo Coelho (2006), este setor da estrutura administrativa do hospital é responsável pelo registro, cadastro, movimentação e alienação de bens materiais pertencentes à instituição. Temos segundo Parâmetros para os Hospitais Gerais (2006) no setor público:

- ✓ um auxiliar de serviço / 200 leitos;
- ✓ um oficial administrativo;
- ✓ um trabalhador braçal / 100 leitos

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

Psicologia Hospitalar

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

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

- ✓ psicólogo: três consultas ambulatoriais / hora;
- ✓ psicólogo: 0,3 hora-assistencial / consulta ambulatorial

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

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

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

Recepção/ Registro Geral/ Arquivo Médico

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

a) SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico)

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

diversos aspectos dos serviços, tais como: acesso da clientela aos prontuários e, sobretudo, o desenvolvimento de processos de pesquisa.

O padrão da AHA 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.

O caso do SAME, num hospital universitário, considerando a relevância do setor (ensino e pesquisa), o Estudo de Hospitais Universitários, eleva-se o tempo padrão para 0,5 hora.

Segundo o Ministério da Saúde (1992), 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 Gonçalves (1987), temos os seguintes parâmetros:

- ✓ estatístico: 1 para 200 leitos
- ✓ auxiliar administrativo: 1 para 50 leitos
- ✓ datilógrafo/escriturário: 1 para 50 leitos

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar (1992) temos o seguinte parâmetro:

- ✓ 1 funcionário para cada 8 leitos

Com a seguinte distribuição dos funcionários:

- ✓ 85% auxiliares administrativos;
- ✓ 10% arquivistas;
- ✓ 5% estatístico.

Para Machline (1996) temos o seguinte parâmetro para o SAME:

Prontuário:

- ✓ horas pagas/saída = 1,67

Estatística:

- ✓ horas pagas/saída = 0,27

Total = 1,94

Exemplo: supondo que as saídas por mês sejam iguais a 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, neste caso, teremos a necessidade de um número menor de funcionários.

b) Recepção

1) Controle de visitas: o número de pessoal para o controle de visitas é dado pela seguinte equação:

Pessoal de controle de visitas = $0,01 \times$ leitos ocupados 193

2) Zeladoria:

Para Gonçalves (1987), temos como parâmetros:

- ✓ 1 auxiliar para cada 100 leitos;
- ✓ 1 servente para cada 100 leitos.

Segundo Coelho (2006):

Nº de pessoal de apoio administrativo =

$\frac{(\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia hospitalar} + \text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia ambulatorial}) \times \text{hora-técnica} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$
--

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

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

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

c) Registro, triagem admissão e transferência

Para a emergência o tempo é de 0,175 hora (Ministério da Educação 1992).

Picchiai (2000), refere que para as atividades de triagem, registro, admissão e transferência, encontramos:

- ✓ 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.

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.

Segundo Coelho (2006), a área de gestão de pessoas conta com os setores de frequência/ assentamento/ cadastro, administração e expediente de pessoal, recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e centro de convivência infantil.

Os índices abaixo apresentados referem-se às experiências práticas dos administradores dos hospitais que participaram na fixação destes indicadores.

d) Frequência/ Assentamento/ Cadastro

Este setor tem a atribuição de realizar o registro funcional do empregado, mantendo seu cadastro atualizado quanto a férias, licenças, faltas, benefícios consignados e outros, além de controlar sua frequência.

Um oficial administrativo/ 200 funcionários do hospital

e) Administração e Expediente de Pessoal

A administração e expediente de pessoal tem como função executar e conferir os serviços internos de digitação, encaminhamento de documentos, requisição de material e processos, além de manter a organização dos arquivos.

Um oficial administrativo / 200 funcionários do hospital

Recrutamento e Seleção

A função básica do setor de recrutamento e seleção de pessoal é procurar e contratar profissional adequado para atender as necessidades da instituição, por meio de concurso público, processo seletivo ou análise curricular.

- ✓ Um psicólogo / unidade de recrutamento e seleção;
- ✓ um oficial administrativo / 400 funcionários.

Serviço social

Para Borges (1980), temos os seguintes parâmetros, para ambulatório:

- ✓ 1 assistente social para 15 consultórios.

Para Gonçalves (1987), temos os seguintes parâmetros:

- ✓ 1 assistente social para cada 50 leitos;
- ✓ 1 auxiliar administrativo para cada 100 leitos.

O padrão adotado pela AHA, para o Serviço Social é 0,06 hora por paciente dia internado. No caso brasileiro, o Modelo de Hospitais Universitários (1992), propõe os seguintes tempos padrões:

Paciente dia internado: 0,18 hora

Atendimento de pronto socorro e ambulatorial: 0,10 hora

Para Barquim (1992), temos os seguintes parâmetros:

- ✓ 2 assistentes para cada 50 leitos, 1 graduado e outro auxiliar.

Para o Grupo de Assessoria Hospitalar (1992) temos os seguintes parâmetros:

- ✓ 1 assistente social para cada 60 leitos;
- ✓ 1 auxiliar administrativo para cada unidade de serviço social.

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

- ✓ assistente Social: três atendimentos ambulatoriais/ hora;
- ✓ assistente Social: 0,3 hora-assistencial/ atendimento ambulatorial.

Nº de assistentes sociais =

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

Comentário: encontramos nos hospitais, assistentes sociais em desvio de função, cumprindo tarefas administrativas, muitas vezes, sem nenhuma ligação com a atividade do serviço social.

Segurança

A quantificação do número de seguranças necessário é calculada em função de duas variáveis básicas a saber (PICCHIAI, 1998):

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

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:

- ✓ 2 portas permanecem 24 horas abertas;
- ✓ 5 portas permanecem 24 horas abertas.

Como resultados temos:

- ✓ Hospital com 7 portas no total e seguranças trabalhando 40 horas semanais, 8 horas/ dia (para os funcionários que trabalham 36 horas/ 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 da refeições pelos colegas.

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

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 nele estão presentes.

Para a Associação Hospital Americana citada por Machline (1996) temos como parâmetro:

- ✓ 5 horas pagas por mês em zeladoria e segurança, para cada 100m² de área.

No caso do Brasil:

- ✓ 10 horas por mês em zeladoria e segurança para cada 100m² de área.

Exemplo: um hospital com 10.000m² de área construída, o numero de seguranças para cada ronda interna deverá ser:

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

- ✓ 10.000/ 100 = 100 x 5 horas = 500 horas de segurança/ mês.

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

Para Gonçalves (1987), para controle de portaria, temos com parâmetro:

- ✓ porteiro: 4 por portão;
- ✓ auxiliares de portaria: 4 por portão;
- ✓ ascensorista: 2 por elevador;
- ✓ guarda: 1 para 100 leitos.

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.

Telefonista

Para Gonçalves (1987), temos os seguintes parâmetros:

- ✓ telefonistas: 4 por mesas;
- ✓ mensageiro: 1 para cada 50 leitos;

Considerando o turno de 6 horas:

6 dias por semana = 36 horas semanais de trabalho do 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: $168/36 = 4,66 = 5$ telefonistas

- ✓ 1 substituição;
- ✓ 1 índice de segurança técnico;
- ✓ 7 telefonistas no total.

Treinamento e Desenvolvimento

Este setor tem a finalidade de proporcionar o treinamento aos profissionais em serviço que desenvolvem atividades na instituição; propiciar o desenvolvimento profissional; além de organizar e dar apoio às reuniões e eventos relacionados à capacitação de pessoal

- ✓ um psicólogo ou pedagoga/ hospital;
- ✓ um enfermeira/ hospital;
- ✓ um oficial administrativo / setor de treinamento e desenvolvimento.

Transportes

O setor de transportes é responsável pela conservação, abastecimento, higienização e condução das ambulâncias e viaturas administrativas da instituição. Os motoristas, além de conduzirem os veículos, devem zelar pela manutenção, limpeza e conservação dos mesmos. Cabe à gerência da frota, a ação de planejamento, organização e operacionalização como abastecimento de combustível, registros, das rotas, itinerários e controle de tráfego.

Para a determinação do número de funcionários de transporte temos a seguinte equação:

Nº de funcionários =

$$0,02 \times (\text{leitos ocupados} + \text{atendimentos de pronto socorro} + \text{consultas de ambulatório por dia})$$

Segundo Coelho (2006), temos:

- ✓ dois motoristas / três viaturas administrativa;
- ✓ três motoristas / ambulância ;
- ✓ ou adotar a fórmula abaixo:

Nº de motoristas =

$$\frac{\text{nº de ambulâncias} \times \text{nº de horas disponíveis das ambulâncias} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Velório

Segundo Coelho (2006) temos, a unidade destinada à permanência do cadáver para ser velado pela família; o número de pessoal necessário depende das ocorrências de óbito mensais. Em um hospital geral, com porta aberta, deve-se observar:

Nº de auxiliares de serviço =

$$\frac{\text{nº de óbitos/mês} \times \text{hora-profissional} \times \text{dias da semana}}{\text{Jornada semanal}}$$

Cálculo da hora-profissional = 40 minutos, ou seja, 0.7 horas (Coelho, 2006).

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

Zeladoria

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

- ✓ cinco vigias / portaria;
- ✓ dois ascensoristas / elevador social.

IX. DADOS GERAIS POR HOSPITAL PRIVADO OU PÚBLICO

Tabela 112 - Perfil Hospitalar 2009

Estado	Hospitais	Leitos	Médicos	Enf.	Médico/ Leito	Enf./ Leito
SP	HCor	246	846	748	3,4	3,0
SP	Hospital AC. Camargo	262	334	629	1,3	2,4
SP	Hospital Abreu Sodré da AACD	101	150	174	1,5	1,7
SP	Hospital Bandeirantes	197	150	540	0,8	2,7
SP	Hospital Beneficência Portuguesa	1.918	NI	1.956	-	1,0
SP	Hospital Brigadeiro	120	350	NI	2,9	-
RJ	Hospital Copa D'Or	205	1500	664	7,3	3,2
RJ	Hospital das Clínicas de Botucatu	440	392	1854	0,9	4,2
SP	Hosp. Clínicas de Ribeirão Preto	868	470	1749	0,5	2,0
RE	Hospital das Clínicas da UFPE	553	280	174	0,5	0,3
SP	Hosp. Base São José do Rio Preto	708	600	1354	0,8	1,9
PR	Hospital de Clínicas da UFPR	553	379	1184	0,7	2,1
SP	Hospital de Clínicas da Unicamp	411	1000	1300	2,4	3,2
RJ	Hospital de Clínicas de Niterói	250	206	420	0,8	1,7
SP	Hospital do Câncer de Barretos	214	152	522	0,7	2,4
SP	Hospital do Rim e Hipertensão	113	290	230	2,6	2,0
SP	Hospital e Mat. N. Sra. de Lourdes	330	442	444	1,3	1,3
SP	Hospital e Mat. Santa Joana	452	117	631	0,3	1,4
SP	Hospital e Maternidade São Camilo	289	NI	609	-	2,1
SP	Hospital e Maternidade São Lucas	131	800	29	6,1	0,2
SP	Hospital e Maternidade São Luiz	1111	515	2097	0,5	1,9
BA	Hospital Espanhol de Salvador	127	120	226	0,9	1,8
PR	Hospital Evangélico de Londrina	271	496	530	1,8	2,0
MG	Hospital Felício Rocho	396	358	710	0,9	1,8
SC	Hospital Infantil Joana Gusmão	166	150	350	0,9	2,1
SP	Hospital Infantil Sabará	58	230	87	4,0	1,5
SP	Hospital Israelita Albert Einstein	581	667	2217	1,1	3,8
RJ	Hospital Municipal Souza Aguiar	442	520	1130	1,2	2,6
SP	Hospital Nove de Julho	267	NI	800	-	3,0
SP	Hospital Pró-Matre Paulista	227	74	363	0,3	1,6
SP	Hospital Santa Catarina	381	180	830	0,5	2,2
SP	Hospital Santa Marcelina	703	478	1400	0,7	2,0
SP	Hospital Sírio Libanês	326	150	1169	0,5	3,6
SP	Inst. Dante Pazzanese Cardiologia	356	220	743	0,6	2,1
SP	Inst. de Infectologia Emilio Ribas	230	298	660	1,3	2,9
SP	Irm. da Sta Casa de Miserc. de SP	2068	2149	4195	1,0	2,0

Fonte: Análise Saúde, 2009

Tabela 113 – Hospitais Particulares de São Paulo em agosto de 2007

Hospital	Paciente/ano	Leitos	Ocupação/ dia	Médicos	Médicos Contratados	Enferm.
Sírio Libanês	579.235	305	84%	1.600	104	265
São Luiz	32.825	348	86,5%	9.934	-	938
Einstein	140.885	512	77,70%	5.599	1.069	585
Oswaldo Cruz	14.182	232	40,7%	1.738	-	198
Incor	279.139	560	80,3%	377	-	339

Fonte: Folha de São Paulo, 2007

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

Tabela 114 – Leito por Instituto

Unidade	Sigla	Leitos Oper.	Func.	Característica Principal
IC Dr. Adhermar Pereira de Barros	ICHC	946	-	Hosp. Geral de Especialidades
Inst. do Coração Prof. Euríclides de Jesus Zerbini	InCor	419	-	Hosp. Esp. em Cardiologia Clínica e Cirúrgica
Inst. de Ortopedia e Traumatologia Prof. Francisco Elias Godoy Moreira	IOT	155	-	Hosp. Esp. em Ortopedia e Traumatologia
Inst. da Criança Prof. Pedro de Alcântara	ICR	195	-	Hosp. Esp. no Atendimento a crianças e adolescentes
Inst. de Psiquiatria Prof. Antonio Carlos Pacheco e Silva	IPQ	78	-	Hosp. Esp. em Psiquiatria
Inst. de Radiologia	InRad	0	-	Unidade Esp. em Diagnóstico por Imagem e Oncologia
Hospital Auxiliar de Suzano	HAS	122	-	Hosp. para atendimento de pacientes crônicos
Hospital Auxiliar de Cotoxó	HAC	108	-	Hosp. para atendimento de pacientes sub-agudos
Hospital Estadual de Sapopemba	HESAP	189	-	Hosp. Geral
Hospital Local de Sapopemba	HLSAP	20	-	Hosp. Geral
Divisão de Medicina de Reabilitação	DMR	0	-	Unidade Esp. em Reabilitação Motora e Sensório-Motora
Total		2.232	15.581	

Fonte: HCFMUSP - 2007

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE CAMPINAS – UNICAMP

Total de funcionários: 2.921, com 383 leitos.

Total de funcionário/ leito = 7,63

Tabela 115 – Funcionário por setor

Descrição	Funcionários
Hospital de Clinicas	24
Gestão de Qualidade	6
Cipa	1
Ouvidoria	3
Secretaria da Superintendência	7
Capelania	3
Relações Públicas	5
Comissão Setorial de Avaliação	1
Diretoria Clinica	4
Divisão de RH	28

Fonte: Hospital das Clinicas UNICAMP, 2009

Tabela 116 – Funcionário por setor; coordenadoria de administração

Descrição	Funcionários
Secretaria	2
Divisão de Serviços Gerais	2
Higiene e Limpeza	8
Serviço de Transportes	18
Rouparia e Hotelaria	51
Serviço de Seg. Portaria/ Recepção	132
Nutrição e Dietética	9
Divisão de Suprimentos	54
Divisão de Engenharia	60
Serviço de Orçamento E Finanças	8
Protocolo	9
Serviço Arquivo Médico	49
Divisão de Informática	44
Serviço Faturamento	26
Análise e Acomp. de projetos de pesq.	1
Estatística	3
Assessoria	1
Área Econômica E Financeira	1
Assessoria de Projetos, Mat. e Equip.	1

Fonte: Hospital das Clinicas UNICAMP, 2009

Tabela 117 - Coordenadoria de assistência

Descrição	Funcionários
Clínica Medica	64
Clínica Cirúrgica	39
Clínica Pediátrica	26
Oftalmo/Otorrino	31
Ortopedia e Traumatologia	16
Psiquiatria Medica Psicologia	3
Neurologia	10
Anestesiologia	27
Grupo de Hepatite	3
Área De Apoio ao Diagnostico	1
Núcleo dos Ambulatórios	1
Núcleo de Terapia Intensiva	4
Núcleo Assistencial de Pediatria	3
Serviço Social	1
Apoio Administrativo	2
Enfermaria	13
Ambulatórios	26
Unidade de emergência referenciada	17
Serviço de fisioterapia	46
Captação de órgãos	6
Serviço de farmácia	49
Divisão de patologia Clinica	147
Divisão de amb. e proc. especializados	68
Nutrição Clínica	110
U.E.R. Unidade de Emerg. Referenciada	59
Administração	17
UTI	21
Divisão de Imagenologia	121
Serviço de Anatomia Patológica	27
Laboratório AIDS	12
Órtese E Prótese	11

Fonte: Hospital das Clinicas UNICAMP, 2009

Tabela 118 - Departamento de enfermagem

Descrição	Funcionários
Serviço de enferm.de amb. e proced. Especializado	82
Serviço enfermagem médico cirúrgico I	163
Serviço enfermagem médico cirúrgico II	190
Serviço de enfermagem pediátrica	122
Unidade de emergência referenciada	113
Unidade de terapia intensiva	122
Central de material esterilizado	67
Centro cirúrgico	155
Serviço de enfermagem	130
Enfermagem Imagem	40
Serviço de Apoio a assistência SEAAS	39
Serviço de enf. de Educ. Continuada	2
CCIH	16

Fonte: Hospital das Clínicas UNICAMP, 2009

Tabela 119 - Produção

Internações	13.802	Avaliac. Marca Passo	604	Curativos	11.461
Atend - Internações	12.917	Ecocardiografia/Ecg	6.357	Quimioterapia	7.475
Consultas	314.775	Eletrocardiografia	35.642	Testes Alérgicos	2.188
PS	76.811	Eletroencefalo	1.880	Med. Im, Sc, Ev	3.136
Ambulatoriais	237.964	Outros Neurologia:	2.687	Med. Vo	811
Cirurgias	13.376	Pneumologia	23.675	Pressão Arterial	13.893
C. Cirúrg. Amb.	5.499	Gastroenterologia	1.371	Peso	75.038
Centro Cirúrgico	7.877	Doppler	541	Altura	24.381
Transplantes	294	Endoscopia Digestiva	167	Inalação	475
Total Exames Lpc	2.172.063	Laser e outros exam.	2.748	Cons. enferm.	5.079
Total Exa. Amb.	1.169.721	Exs. Urodinâmica	931	Pós-Consulta	142.073
Total De Ex. Uer	253.410	Laringoscopia	121	Soro	1.107
Total exam. Enferm.	748.932	Total Exa. Radiologia	125.612	Grupo	570
Lab. Clínica Médica	31.310	Ultrassonografia	11.077	Cirurgia (Dermato)	548
Total Exames Aids	31.310			Outros	71.517

Fonte: Hospital das Clínicas UNICAMP, 2009

HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Hospital dos Servidores do Estado (HSE-RJ) - Ministério da Saúde, localizado na cidade do Rio de Janeiro, mantido pelo Governo Federal

O hospital conta com 450 leitos em funcionamento, sendo 73 leitos infantis: 43 leitos Pediátricos e 30 leitos Neo-natais. 377 leitos Adultos, sendo 21 destes em unidades fechadas.

Utiliza 248 salas de ambulatório, 20 salas de cirurgias de média e grande complexidade, 5 salas de cirurgia geral ambulatorial e 4 de cirurgia oftalmológica ambulatorial .

Temos 2.354 funcionários, dos quais, 604 médicos, 846 profissionais de enfermagem, além de 179 médicos residentes

Produção: 309.562 consultas ambulatoriais médicas; 66.697 consultas de outros profissionais e 215.373 procedimentos diversos, num total de 590.032 atendimentos ambulatoriais, 8.089 cirurgias de médio e grande porte, 12.920 internações. A taxa de ocupação de 85%, a média de permanência de 9,5 dias e a taxa de mortalidade global de 3,6% (2009).

HOSPITAL DR. BARTHOLOMEU TACCHINI

Hospital Dr. Bartholomeu Tacchini em Bento Gonçalves no Rio Grande do Sul, tem 334 leitos e conta com um corpo clínico de 70 médicos.

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CATARINA

Hospital e Maternidade Santa Catarina, 2009, com 320 leitos.

Produção hospitalar:

<u>Tabela 120 - Produção hospitalar</u>	
Nº cirurgias	1.542
Nº internações	1.703
Nº exames	85.444
Nº Pronto Atendimento	9.230
Colaboradores 2009	1860
<u>Fonte: Hospital Santa Catarina, 2009</u>	

Tabela 121 – Colaboradores por setor

An. administrativo	172	Cuidador de idosos	1
Atendimento	4	Designer gráfico	1
Comunicação	2	Dir. assistencial A	1
Documentação e Pesquisa	2	Dir. técnico A	1
Faturamento	38	Eletricista	8
Financeiro	24	Engenheiro seg. trabalho	1
Infraestrutura	32	Garçom	2
Laboratório	3	Ger. administrativo financeiro	1
Qualidade	2	Ger. atendimento	1
Recursos Humanos II	7	Ger. executivo	1
Relações Institucionais	4	Ger. recursos humanos	1
Suprimentos I	5	Ger. relações institucionais	1
An. técnico informação	4	Ger. técnico informação	1
Assist. administrativo	11	Lactarista	3
Assist. atendimento	11	Mecânico geral	9
Assist. comunicação	1	Médico	74
Hotelaria	172	Motorista	2
Pastoral	3	Oficial manutenção	21
Recursos Humanos	6	Operador atendimento	23
Assist. Social	2	Operador caldeira	4
Suprimentos II	23	Psicólogo hospitalar	2
Assist. técnico informação	1	Recepcionista I	21
Aux. câmara escura	2	Recreacionista	1
Aux. coleta	15	Secretaria	3
Aux. enfermagem	519	Sup. engenharia clinica	1
Farmácia	71	Sup. gestão de risco	1
Copa	62	Sup. gestão informação saúde	1
Enfermagem	179	Sup. obras	1
Nutrição	22	Sup. SADT	1
Sup. administrativo	24	SCIH	2
Camareira	13	Técnico enfermagem	155
Confeiteiro	1	Técnico recursos audiovisuais	1
Costureira	1	Técnico segurança trabalho	4
Cozinheiro	6	Telefonista	10

Fonte: Hospital Santa Catarina, 2009

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CAMILO

Tabela 122 – Leitos, colaboradores e produção das Unidades São Camilo em 2003

Unidade	Pompéia	Santana	Ipiranga	IBGG	Recanto	Total
Nº Leitos	153	172	80	60	58	523
Colaboradores	923	895	436	299	53	2.606
Médicos Cadastrados	2.231	1.664	821	162	4	4.882
Nº Cirurgias	8.772	7.042	1.930	5.076	0	22.820
Nº Partos	864	1.206	792	0	0	2.862
Atend. Ambulatorial	55.344	40.860	17.454	132.540	2.376	248.574
Atend. Emerg. Adulto	122.060	147.996	69.688	0	0	339.744
Atend. Emerg. Pediátrico	47.164	57.479	25.956	0	0	130.599
Exames	603.064	577.029	179.090	286.196	0	1.645.379
Internações	10.123	11.766	5.016	4.296	312	31.513

Fonte: Hospital São Camilo, 2009

Tabela 123 – Leitos e funcionários 2008

Número de Func. por Leito	6,20
Número de Func. Assistenciais por leito	2,74
Total de Leito disponível em 2008 (média/ano)	215
Total de Funcionários ativos (média/ano)	1.332
Total de Funcionários-Área Enfermagem (média/ano)	590

Fonte: Hospital São Camilo, 2009

Tabela 124 - Total de colaboradores ativos por diretoria fevereiro de 2009

Diretoria administrativa	126
Diretoria assistencial	520
Diretoria comercial corporativa	24
Diretoria de apoio	409
Diretoria de recursos humanos corporativa	16
Diretoria de serviços compartilhados	21
Diretoria geral	8
Diretoria médica	213
Superintendência	2
Total geral	1339

Fonte: Hospital São Camilo, 2009

Tabela 125 - Total de colaboradores ativos por departamento/setor em fevereiro de 2009

Almoxarifado	7	Family	2
Ambulatório	4	Farmácia	41
Arquivo estatística	8	Gestão compras	6
Assessoria em marketing	2	Gestão de comunicação	4
Assessoria em pesquisa	2	Hemodinâmica	7
Auditoria médica	8	Hospital dia	3
Berçário	13	Hotelaria	138
Câmara hiperbárica	2	Internação	19
Central mat. desinf.	3	Manutenção	33
Central de cadastros	2	Marcação de exa. e cons.	27
Centro cirúrgico	54	Maternidade	23
Centro de estudos	5	Medicina do trabalho	3
Centro obstétrico	8	Obras	2
CMC 10. Andar	15	Obras internas	7
CMC 2.andar	19	P. Socorro adulto	60
CMC 3.andar	50	P. Socorro G.O.	4
CMC 5.andar	57	P. Socorro infantil	24
CMC 9. Andar	18	Pastoral da saúde	2
CME - peróxido	1	Pediatria	39
Contabilidade	6	Radiologia	5
Contas a receber	6	Recepção - ambulatório	12
Contas médicas	1	Recepção - PSA	25
Contas particulares	6	Recepção - PSI	5
Dep. de suprimentos	13	Recepção hemodinâmica	2
Dep. controladoria	1	Recurso de glosa	5
Dep. de qualidade	4	Recursos humanos	6
Departamento custos	3	Ressonância magnética	5
Depto de desinf/esteriliz.	28	Rouparia	10
Depto. pessoal	6	SEC	1
Depto. de infec. hospitalar	3	Segurança do trabalho	5
Dir. com. corporativa	3	Segurança patrimonial	70
Dir. administrativa	5	Supervisor de guias	11
Diretoria RH. corporativo	4	Setor de arquitetura	1
Diretoria assistencial	35	Setor de atend.cliente	4
Diretoria de apoio	3	Setor de convênios	2
Diretoria geral	6	Setor de imagens	33
Diretoria médica	7	Setor de nutrição e dietética	89
Diretoria serviços compart.	2	Setor de psicologia	1
Endoscopia	2	Setor de serviço social	1
Engenharia clínica	6	Setor informática	7
Telefonia	8	Terapia intensiva - infantil	60
Terapia intensiva - adulto	88	Tesouraria.	5
Tomografia	4	Ultrassonografia	2

Fonte: Hospital São Camilo, 2009

Tabela 126 - Produção em fev. 2009

Consultas de urgência/PS	235.557
Consultas ambulatoriais	81.728
SADT	976.096
Parto	935
Cirurgias	9.242
Número de pacientes/dia	61.485
Internações	13.198

Fonte: Hospital São Camilo, 2009

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ

Tabela 127 - Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Itaim, leitos: 147

Funções	Substituição folgas			Substituição férias			Total	Leitos/ Categoria
	M	T	N	M	T	N		
Enfermeiro	220	10	-	-	-	2	47	3,12
Téc. aux.	35	35	-	2	2	2	128	1,14
Total	48	45	-	2	2	4	175	0,84

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 128 - Pronto socorro – ortopedia, leitos: 30

Funções	Substituição folgas			Substituição férias			Total	Leitos/ Categoria
	M	INT	T	N	M	T		
Enfermeiro	1	2	1	2	1	-	7	3,75
Téc./aux.	10	1	11	10	1	1	46	0,65
Total	12	3	12	12	2	1	54	0,55

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 129 - Centro cirúrgico, leitos: 30

Funções	Substituição folgas			Substituição férias		Total	Leitos/ Categoria
	M	T	N	N	N		
Enfermeiro	4	2	1	1	9	9	3,33
Téc./aux.	29	27	8	6	80	80	0,37
Total	33	29	9	6	89	89	0,33

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Observação: as folgas são programadas na escala de revezamento, preferencialmente aos domingos.

Tabela 130 - Centro obstétrico e pré parto, leitos: 26 partos

Funções	Substituição folgas			Substituição férias			Total	Leitos/ Categoria			
	M	T	N	M	T	N					
Enfermeiro	3	3	4	-	1	-	-	1	-	13	2
Téc./aux.	13	13	18	3	3	2	2	2	4	62	0,41
Total	17	16	22	3	4	2	2	3	4	75	0,34

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 131 - Admissão: 3 salas maternidade, leitos: 159 / berçário, leitos: 96

Funções	Substituição folgas			Substituição férias			Total	Leitos/ Categoria			
	M	T	N	M	T	N					
Enfermeiro	6	6	12	1	1	2	3	3	6	28	0,13
Téc./aux.	32	32	64	5	5	6	-	-	-	156	1,31
Total	38	38	76	6	6	4	3	3	6	184	1,11

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 132 - Berçário de alto risco: 55 leitos + 14 berços para admissão

Funções	Substituição folgas			Substituição férias			Total	Leitos/ categoria			
	M	T	N	M	T	N					
Enfermeiro	1	4	8	1	1	2	1	1	2	25	0,36
Téc./aux.	21	21	42	3	3	4	2	2	4	102	0,67
Total	26	25	50	4	4	6	3	3	6	127	0,54

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 133 - Central de material e esterilização - distribuição das atividades por área: expurgo, preparo, esterilização, arsenal e distribuição.

Funções	Substituição férias			Total
	M	T	N	
Enfermeiro	-	1	-	1
Téc./aux.	5	7	8	21
Ajudantes Serv. gerais	2	2	-	4
Total	8	10	8	27

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 134 - Unidade de terapia intensivo adulto, leitos: 26

Funções	Substituição folgas			Substituição férias			Total	Leitos/ Categoria			
	M	T	N	M	T	N					
Enfermeiro	6	4	8	-	-	-	1	1	20	1,3	
Téc./aux.	19	19	34	3	3	4	2	2	4	90	0,28
Total	25	23	42	3	3	4	3	2	5	110	0,23

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 135 - Unidade de semi-intensiva adulto, leitos: 11

Funções	Substituição folgas			Substituição férias			Total	Leitos/ Categoria
	M	T	N	M	T	N		
Enfermeiro	2	2	2	-	-	-	6	1,8
Téc./aux.	4	4	8	-	-	1	17	0,64
Total	6	6	10	-	-	1	23	0,47

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Quadro de pessoal, áreas de apoio por departamento.

Tabela 136 - Enfermagem quadro de pessoal do serviço de educação continuada

Funções	M	T	TOTAL
Enfermeira educação continuada	3	1	4
Enfermeiro trainee	7	6	13
Total	10	07	17

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 137 – Quadro de pessoal do serviço de controle de infecção hospitalar

Funções	M	T	TOTAL
Enfermeiro encarregada	1	-	1
Enfermeiro	1	-	1
Total	2	-	2

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 138 - Quadro de pessoal da gerência de enfermagem

Funções	M	T	N	TOTAL
Gerente de enfermagem	1	-	-	1
Enfermeira supervisora	2	1	2	5
Secretária Junior	2	-	-	2

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 139 - Quadro de pessoal do GAAM e banco de leite humano e curso de gestante

Funções	M	T	Total
Enfermeira encarregada	1	-	1
Téc./ auxiliar de enfermagem	2	1	3
Auxiliar administrativo	1	-	1
Total	4	1	5

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 140 - Unidades do centro diagnóstico

Unidades	M	T	N	DOMINGOS	TOTAL
Tomografia	1	1	-	-	2
Ressonância magnética	1	1	1	1	4
Usg		1	-	-	1
Endoscopia	1	1	-	1	3
Recuperação do cd	1	1	-	-	2
Medicina fetal	-	1	-	-	1
Total	5	5	1	2	13

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

Tabela 141 - Central de transporte

Funções	M	T	N	TOTAL
Técnico/auxiliar de enf.	2	2	2	6
Total	2	2	2	6

Fonte: Hospital e Maternidade São Luiz, 2009

HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA

Tabela 142 – Indicadores, distribuição de pessoal média 2008

Indicadores Gerais	jan - nov
Quadro de pessoal (CLT - início do mês)	963
Quadro de pessoal (CLT - fim do mês)	966
Admissões	28
Demissões	25
Afastados	46
Quadro total fim do mês	920
<u>Administração de pessoal</u>	
Horas ausentes (faltas/atrasos/atestados)	5651,52
Horas ausentes (atestados)	3232,41
Horas possíveis trabalhadas	1262648,74
<u>Colaboradores/leitos</u>	
leitos ativos	249
Aux. de enfermagem	285
Téc. de enfermagem	134
Enfermeiros	92
<u>Segurança e medicina do trabalho</u>	
Acidentes de trabalho	8
<u>Acidentes de trajeto</u>	3
<u>Treinamento</u>	
Horas de treinamento	1722,73
Colaboradores treinados	936,45
<u>Efetivação</u>	
Contratados no período	24
funcionários efetivados	20
<u>Recrutamento e seleção</u>	
Tempo médio de fechamento da vaga (seleção)	10
Tempo médio de fechamento da vaga (Rh total)	18
% aproveitamento interno	19,82%

Fonte: Hospital Estadual de Vila Alpina, 2009

Tabela 143 – Leitos, funcionários e produção 2009

Indicadores Gerais	jan - mar/09
Quadro de pessoal (CLT - início do mês)	1031
Quadro de pessoal (CLT - fim do mês)	1039
Admissões	36
Demissões	28
Afastados	54
Quadro total fim do mês	985
<u>Administração de pessoal</u>	
Horas ausentes (faltas/atrasos/atestados)	5125
Horas ausentes (atestados)	3272
Horas possíveis trabalhadas	136529
<u>Colaboradores/leitos</u>	
leitos ativos	255
Aux. de enfermagem	302
Téc. de enfermagem	147
Enfermeiros	100
<u>Segurança e medicina do trabalho</u>	
Acidentes de trabalho	9
Acidentes de trajeto	0
<u>Treinamento</u>	
Horas de treinamento	1239
Colaboradores treinados	686
<u>Efetivação</u>	
Contratados no período	48
funcionários efetivados	42
<u>Recrutamento e seleção</u>	
Tempo médio de fechamento da vaga (seleção)	14
Tempo médio de fechamento da vaga (Rh total)	30
% aproveitamento interno	23,80%

Fonte: Hospital Estadual de Vila Alpina, 2009

HOSPITAL GERAL DA PENHA EM SÃO PAULO

O Hospital Geral da Penha em São Paulo tem atualmente 300 leitos, com mais de 700 funcionários. Dispõe de 13.296 m² de área construída.

HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA

Tabela 144 - Quantidade média de funcionários por área administrativa

	2008	2009
Diretoria Administrativa	1	1
Contabilidade Geral	4	5
Cargos e Salários	2	2
Departamento Pessoal	7	6
Recrutamento e Seleção	3	3
Desenvolvimentos de Pessoas	2	2
SESMET segurança de trabalho	4	4
SESMET saúde ocupacional	7	6
Tecnologia da informação	5	4
Financeiro	3	3
Faturamento	7	6
S.A.U	2	2
Gestão de Qualidade	2	2
Secretaria Geral	5	7
Secretaria de Médicos	1	1
Secretaria de Residência Médica	2	1
Departamento Jurídico	1	0
Pastoral da Saúde	1	1
Diretoria de Apoio	1	1
Arquivo e Estatística	33	32
Atendimento	3	3
Recepção Ambulatório	2	3
Recepção Pronto-Socorro	7	7
Recepções Central	27	27
Recepção SADAT	8	7
Telefonia e Comunicações	7	5
Logística	1	1
Almoxarifado	5	6
Compras	6	5
Farmácia	22	23
Recebimentos e Aquisições	3	3
Manutenção e Infra estrutura	20	18
Higienização e Limpeza	103	99
Zeladoria	16	8
Lavanderia e Rouparia	35	25
SND	42	36
Transportes	4	4

Fonte: Hospital Geral de Carapicuíba, 2009

Tabela 145 - Quantidade média de funcionários área técnica médica

	2008	2009
Ambulatório	26	19
Clinica Cirúrgica	40	28
Clínica Médica	15	13
Clínica Pediátrica	26	22
Clínica Psiquiátrica	5	5
Clínica de Anestesiologia	32	14
Ginecologia/Obstetrícia	36	34
Ortopedia	21	8
Fisioterapeuta	11	17
Pronto-Socorro	5	4
SCIH	2	2
UTI Adulto	17	15
UTI Neonatal	34	31
Diretoria Assistencial	1	1
Agência Transfusional	12	12
Ambulatório	18	21
Centro de Esterilização	19	20
Centro Cirúrgico	3	9
Clinica Cirúrgica	25	26
Clinica Médica	45	48
Clinica Ortopédica	25	25
Clinica Pediátrica	43	40
Clinica Psiquiátrica	23	24
Clinica Ginecológica	68	56
Espirometria	1	7
Hemodiálise	18	15
Laboratório de Análises Clínicas	3	5
Mãe Canguru	3	8
Maternidade	34	29
Mamografia	2	6
Clinica Pré Operatório	42	38
Raio X	11	10
UTI Pediátrica	10	11
Controle de Infecção Hospitalar	2	2
Serviço Social	9	5
Serviços de Enfermagem	9	8
Tomografia Computadorizada	10	10
UTI Adulto	50	41
Pronto-Socorro	18	34
UTI neonatal	45	24

Fonte: Hospital Geral de Carapicuíba, 2009

Tabela 146 - Número médio de leitos por clínica

	2008	2009
UTI Adulto	18	18
Psiquiatria	10	10
Pediatria	56	56
Cirurgia	53	55
Hospital-dia	4	3
Clinica Médica	40	36
Obstetrícia	50	50
UTI Neo	14	14
Total	245	241

Fonte: Hospital Geral de Carapicuíba 2009

Tabela 147 - Quantidade média de funcionários enfermagem (média 2008)

	2008	2009
Enfermeiros	81	83
Técnicos	235	241
Auxiliares	207	185
Instrumentador Cirúrgico	15	15

Fonte: Hospital Geral de Carapicuíba, 2009

Tabela 148 - Movimentação

	2008	2009
Afastamentos	76	73
Nº horas Trabalho	339	222
Admissões	7	54
Demissões	27	41
Nº horas de Faltas	1.246	3.275
Nº de Funcionários Final mês	1.246	1.342
Nº de Deficientes Físicos	11	4
Nº Funcionários CLT	1.246	1.168
Médicos com Título de Especialistas	711	
Nº Total de Médicos	806	

Fonte: Hospital Geral de Carapicuíba, 2009

HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA – SECONSI

Tabela 149 – Pessoal/ leito

Medidas de pessoal/leito	1º trim/08	2º trim/08	3º trim/08	4º trim/08
Enfermeiro/leito	0,31	0,32	0,32	0,33
Enfermagem/leito	1,50	1,53	1,40	1,45
Pessoal/leito	5,13	5,70	5,30	5,34

Fonte: Hospital Geral de Itapecerica da Serra, 2009

Observação: para o cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem utiliza-se o cálculo da Resolução do COFEN nº 293/04.

Tabela 150 - Medidas de assistência de enfermagem

	1º trim/08	2 trim/08	3º trim/08	4 trim/08
Horas de enfermeiro/ cuidado mínimo e intermediário	1,29	1,34	1,65	1,32
Horas de enfermeiro/ cuidado semi-intensivo	1,74	2,45	4,21	4,28
Horas de Enfermeiro cuidado intensivo	3,12	2,60	3,07	2,63
Horas de técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem de cuidados mínimos e intermediários	3,59	5,67	6,06	5,61
Horas de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem de cuidados semi-intensivo	6,17	5,75	6,70	21,21
Horas de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem de cuidado intensivo	12,78	11,69	12,43	12,88

Fonte: Hospital Geral de Itapecerica da Serra, 2009

Observação: para realizar a identificação do perfil assistencial dos pacientes utiliza-se o sistema de classificação de Fugulin et al.

Algumas medidas de processos de gestão de pessoas utilizadas pelo HGIS:

Índice de rotatividade=

$$\frac{(\text{n}^\circ \text{ de admissões} + \text{n}^\circ \text{ de demissões})(\text{n}^\circ \text{ de funcionários no início do mês} + \text{n}^\circ \text{ de funcionários no final do mês})}{2}$$

Horas de treinamento em gestão=

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de horas de treinamento em gestão}}{\text{N}^\circ \text{ de funcionários ativos}}$$

Horas de treinamento técnico=

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de horas de treinamento técnico}}{\text{N}^\circ \text{ de funcionários ativos}}$$

Percentual de efetivação=

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de funcionários contratados no período}}{\text{N}^\circ \text{ de funcionários efetivados}}$$

Tempo médio para preenchimento de vagas =

$$\frac{\text{soma dos dias p/ fechamento vagas}}{\text{total de vagas fechadas no mês}}$$

Tabela 151 - Quadro total de pessoal

Total geral	1.191
Número de colaboradores CLT	777
Número de colaboradores terceiros	414
Total médicos	292
Total enfermeiros	72
Total auxiliares e técnicos de enfermagem	345
Total de outras categorias	482

Fonte: Hospital Geral de Itapecerica da Serra, 2009

Tabela 152 - Distribuição de leitos

Ginecologia e obstetrícia	28
Ginecologia	6
Alojamento conjunto	11
Obstetrícia de risco	08
Pré-parto, parto e puerpério	03
Unidade Neonatal de riscos	32
Unidade de prematuros	04
Unidade de cuidados intermediários	13
Unidade de tratamento intensivo neonatal	11
Mãe canguru	04
Pediatria	17
Clinica médica	21
Clinica cirúrgica – Cirurgia geral	43
Clinica cirúrgica – Ortopedia	21
Unidade de tratamento intensivo pediátrica	06
Unidade de tratamento intensivo adulto	20
Hospital-dia	10
Pronto socorro	14
Recuperação anestésica	08
Total de leitos	220

Fonte: Hospital Geral de Itapecerica da Serra, 2009

Tabela 153 - Produção assistencial 2008

Internações (saídas hospitalares)	12.131
Atendimento de urgência e emergência	32.665
Consultas ambulatoriais	72.925
Exames (internos e externos)	698.669
Número de cirurgias (com e sem internação Hospital-dia)	7.488

Fonte: Hospital Geral de Itapecerica da Serra, 2009

HOSPITAL HCOR

Tabela 154 – Estrutura, produção e colaboradores

	2007	2008
número de leitos	214	214
número de cirurgia	4.453	4.666
número de cirurgias em crianças carente	367	366
procedimentos hemodinâmicos em crianças carentes	80	80
procedimentos hemodinâmicos	3.677	3.941
número de exames de imagem	191.641	205.817
número de exames laboratoriais	863.540	963.295
número de colaboradores	1.688	1.746
número de internações	12.676	13.544

Fonte: Hospital Hcor, 2009

Comentário: é interessante comparar os indicadores de pessoas em relação a produção obtida.

HOSPITAL HUMANITAS – VARGINHAS - MG

Tabela 155 – Leitos e colaboradores 2009

Leitos	64
Médicos	270
Colaboradores	170

Fonte: Hospital Humanitas, 2009

HOSPITAL INCOR - HCFMUSP

Tabela 156 – Produção INCOR

Leitos	513
Consultas/ano	290.000
Internações/ano	13.000
Cirurgias/ano	5.000
Funcionários	3.000

Fonte: Jornal O Estado de São Paulo, novembro 2006

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

Tabela 157 – Funcionários e leitos

Funcionários CLT	6.809
Funcionários atuam no hospital	3.500
Leitos ativos	509 leitos
Área	85.200 m ²
Leitos	471
Salas de cirurgia	30
Leitos de UTI	65
Exames complementares	81.000
Médicos contratados	244
Médicos autônomos	1.800
Enfermeiros	284
Auxiliares de enfermagem	706
Total	3.136

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein, 2009

Tabela 158 - Funcionários e produção

Colaboradores	6.175
Média de idade	34 anos
Pacientes/dia	147.310
Cirurgias	28.370
Partos	3.129
Transplantes	189
Tempo médio de permanência/dia	4,3
Funcionário/leito	6,8

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein, 2009

HOSPITAL NOVE DE JULHO

Tabela 159 - Número de funcionários

Nº de funcionários/leito: média	5,5
Quadro de pessoal contratado	1.470
terceirizado	600
médicos	600
Média de cirurgias	1.200/mês
Nº de salas cirúrgicas	14 salas
Nº de exames (todos os exames)	66.000
Internações/mês	1.200
Nº de enfermeiros	140
Nº de técnicos de Enfermagem	300
Nº de auxiliares de Enfermagem	260

Fonte: Hospital Nove de Julho, 2009

HOSPITAL SAMARITANO SÃO PAULO

Tabela 160 – Produção 2009

Internações	14.332
Cirurgias	10.736
Atendimento Emergenciais	135.201
Taxa Ocupação	76%
Taxa Média de Permanência	3,8 dias
Taxa Global de Infecção Hospitalar	2,59%
Índice de Óbito	1,60%
Leitos	200
Colaboradores com vínculo direto	1.357
Colaboradores Terceirizados	699
Voluntários	111
Médicos	1.208
Atendimento AMA	21.512
Área	32.300 m ²

Fonte: Hospital Samaritano, 2009

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO PAULOTabela 161 – Produção, leitos e funcionários
média 2008

Leitos	1.883
Demonstrativo de saídas hospitalares	5.883
Taxa de Ocupação	78,62
Demonstrativo de Taxas Hospitalares	4,79
Demonstrativo de exames	250.109
Atendimento Ambulatorial	88.062
Cirurgias Gerais	3.162
Funcionários	9.501
Pessoal/leito	5,05
Absenteísmo	7,16

Fonte: Hospital Santa Casa de Misericórdia São Paulo, 2009

HOSPITAL SANTA ISABEL - BLUMENAU

Tabela 162 – Leitos/ funcionários

Leitos	250
Área	22.900 m ²
Médicos	223
Colaboradores	676

Fonte: Hospital Santa Isabel, 2009

HOSPITAL SÃO PAULO

Tabela 163 – Distribuição de leitos

Leitos	743
Pediátricos	651
Adultos	92
UTI	121
Emergência	51
Unidade de Internação	510
Hospital-dia	35
Externos	26
Funcionários	3600

Fonte: Hospital São Paulo, 2009

HOSPITAL SEPACO

Tabela 164 - Média leitos ativos

2007	180
2008	190
2009	198

Fonte: Hospital Sepaco, 2009

Total de colaboradores: 490.

Tabela 165 - Colaboradores

Unidade	leitos	Enf.	Tec	Aux	Adm.
Gerência	-	1	-	-	3
Supervisão	-	5	-	-	-
Ed. Continuada	-	2	-	-	-
UAD/SADT/Amb	-	3	1	8	2
Hemodinâmica	-	1	-	2	1
PA	-	12	5	23	1
CMC - 3º Andar	25	8	-	24	2
P1	20	4	-	19	2
P2	20	4	-	19	2
Apto	20	6	-	30	2
UCM	18	8	3	14	1
Pediatria	18	4	-	18	1
UTI Pediátrica	15	8	32	-	2
UTI adulto	40	20	83	6	3
CME	-	1	-	12	1
CC	-	6	9	21	3
1º andar	22	7	-	30	2
Berçário	2	-	-	3	-
Total	200	100	133	229	28

Fonte: Hospital Sepaco, 2009

Tabela 166 - Produção hospitalar

	Média 08	Média 09
Consultas - Vergueiro	3.274	2.738
Consultas - Mogi	2.389	3.715
Análises Clínicas	34.991	39.760
Hemodinâmica	34	63
Tomografia	368	516
Raios-X	2.816	6.898
Fisioterapia - Vergueiro	23.859	27.185
Fisioterapia - Mogi	539	566
Internações - saídas	850	856
Paciente/dia	4.482	4.825
% Ocupação	78	81
Total de horas de Cirurgias	1.056:59:24	

Fonte: Hospital Sepaco, 2009

Tabela 167 – Fórmulas utilizadas

Indicadores	Fórmulas
Tempo Médio de Permanência	Pacientes - dias / Saídas
Média de Pacientes dias	Pacientes - dias/ dias mês
Taxa de Ocupação	Pac.- dias / Leitos dias mês x 100
Média Diária de Internação	Entradas / dias mês
Taxa de Mortalidade	Óbitos / n°. de saídas x 100
Taxa de Cesárea	Cesária / n°. partos x 100

Fonte: Hospital Sepaco, 2009

HOSPITAL SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Tabela 168 – Leitos e produção em 1999

Leitos	450
Leitos infantis	73
Leitos pediátricos	43
Leitos Neonatais	30
Leitos Adultos	377
Salas de ambulatório	248
Funcionários	2354
Médicos	604
Enfermagem	846
Médicos residentes	179
Consultas ambulatoriais em 1999	309.562
Consultas outros profissionais	66.697
Procedimentos diversos	215.373
Atendimento ambulatorial	590.032
Cirurgias	8.089
Internações	12.920

Fonte: Hospital dos Servidores do Estado –
Ministério da Saúde, 2009

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS

Tabela 169 – Leitos e funcionários

Área	54.000 m ²
Funcionários	2.300
Leitos	300
Distribuição de colaboradores	
Atendimento Direto	42%
Atendimento Indireto	14%
Administração	11%
Serviços de Apoio	33%

Fonte: Jornal Folha de São Paulo, 2007

Tabela 170 – Produção e indicadores gerais

	2007	2008
Leitos operacionais	270	296
Pacientes/dia Críticos	31.594	32.932
Pacientes/dia não crítico	50.286	55.898
Internações	14.111	14.466
Média diária de pacientes internados	224	243
Taxa de ocupação operacional	82,62	76,58
Média de permanência	5,81	6,12
Procedimentos Cirúrgicos	14.284	15.250
Consultas PA	44.364	47.204
Exames	1.428.115	1.760.488
Profissionais	3.049	3.442
Relação Enfermeiro/leito (*)		0,64
Relação aux. téc. Enfermagem/leito (*)		1,77
Consulta Consultório Odontológico		4.086
Consulta Consultório Radioterapia		22.237

Fonte: Hospital Sírio Libanês, 2009

(*) Média

Média da taxa de absenteísmo em 2008 = 7,62%, em 2009 = 7,00%.

Tabela 171 - Dimensionamento do quadro de
pessoal agosto/ setembro 2008

Setor	Profissionais
<u>UTI</u>	
Enfermeiro	48
Técnico de enfermagem	77
Auxiliar de enfermagem	1
Escriturário/Aux. Administrativo	12
<u>UTI - Adulto - Fase I</u>	
Enfermeiro	63
Técnico de enfermagem	102
Auxiliar de enfermagem	5
Escriturário/Aux. Administrativo	12
<u>UTI - Adulto - Fase II</u>	
Enfermeiro	78
Técnico de enfermagem	125
Auxiliar de enfermagem	7
Escriturário/Aux. Administrativo	12
<u>Centro Cirúrgico</u>	
Enfermeiro	10
Técnico de enfermagem	60
Auxiliar de enfermagem	2
Escriturário/Aux. Administrativo	8
<u>Clínica Médica</u>	
Enfermeiro	91
Auxiliar de enfermagem	303
Escriturário/Aux. Administrativo	49
<u>Centro Diagnostico - Imagens</u>	
Enfermeiro	19
Técnico de enfermagem	4
Auxiliar de enfermagem	114
Escriturário/Aux. Administrativo	8
<u>Semi-intensiva</u>	
Enfermeiro	51
Auxiliar de enfermagem	143
Escriturário/Aux. Administrativo	25
<u>PA</u>	
Enfermeiro	14
Auxiliar de enfermagem	30
Escriturário/Aux. Administrativo	8
<u>Quimioterapia</u>	
Enfermeiro	13
Auxiliar de enfermagem	17
<u>Radioterapia</u>	
Enfermeiro	2
Auxiliar de enfermagem	3
<u>Hemodiálise</u>	
Enfermeiro	4
Técnico de enfermagem	12
Auxiliar de enfermagem	1
Escriturário/Aux. Administrativo	1

<u>CME</u>	
Enfermeiro	3
Técnico de enfermagem	9
Auxiliar de enfermagem	22
Escriturário/Aux. Administrativo	2
<u>Central de transportes</u>	
Auxiliar enfermagem Trainee	93

Fonte: Hospital Sírio Libanês, 2009

Tabela 172 - Cargos de liderança

Unidade Assistencial	Profissionais
UTI - Adulto	1
UTI - Pediátrico	1
Centro Cirúrgico	1
Clínica Médica	10
Centro Diagnostico	2
Semi-intensiva	1
Quimioterapia	1
Radioterapia	1
Hemodiálise	1
CME	1

Fonte: Hospital Sírio Libanês, 2009

Total geral colaboradores setembro/2008 (excluídos afastados e ama) = 3.190.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO PAULO DA USP

Tabela 173 – Hospital Universitário USP 2004

Funcionários em atividade	1.763
Taxa de Ocupação	72%
Taxa de Infecção Hospitalar	11%
Atendimento SUS	
Cirurgias	3.579
Consultas	229.506
Exames Complementares	673.938
Internações	9.287
Partos	2.940
Atendimentos aos Servidores USP	
Odontológico	36.280
Cirurgias	801
Consultas	142.070
Exames Complementares	249.265
Internações	1.683
Partos	203
Atendimentos de Urgência	230.000

Fonte: Hospital São Paulo, 2004

HOSPITAIS AFILIADOS ANAHP NO ESTADO DE SÃO PAULO

Tabela 174 - Serviços terceirizados segundo grupos de hospitais, estado de São Paulo
2006

Serviços	ANAHP (Região SE)			OSS			AD			HEE			HESUS		
Lavanderia	20	35	(57%)	09	17	(52%)	20	26	(77%)	04	08	(50%)	01	12	(8%)
Segurança	22	35	(62%)	09	17	(52%)	26	26	(100%)	07	08	(87%)	02	12	(17%)
Limpeza téc.	07	35	(20%)	09	17	(52%)	26	26	(100%)	06	08	(75%)	02	12	(17%)
Limpeza pred.	11	35	(31%)	09	17	(52%)	19	26	(73%)	06	08	(75%)	00	12	(0%)
Recep./Port.	04	35	(11%)	03	17	(17%)	04	26	(15%)	07	08	(87%)	01	12	(8%)
Informática	05	35	(14%)	01	17	(5%)	10	26	(38%)	02	08	(25%)	04	12	(33%)
Contabilidade	05	35	(14%)	02	17	(11%)	01	26	(4%)	01	08	(12%)	03	12	(25%)
Manutenção	03	35	(8%)	04	17	(23%)	00	26	(0%)	00	08	(0%)	00	12	(0%)
Nutrição	08	35	(22%)	02	17	(11%)	21	26	(81%)	03	08	(37%)	00	12	(0%)

Fonte: ANAHP, 2009

HOSPITAIS DE ENSINO

Tabela 175 - Indicadores resultantes dos dados coletados pelo SAHE nos Hospitais de Ensino
2006

	STA				
	HCFMUSP	FAEPA	CASA-SP	UNIFESP	FUNFARME
Leitos Operacionais					
SUS	1.573	754	668	605	552
UTI	214	100	60	102	99
Não SUS	86	23	-	53	182
Média de Permanência					
Clínicos e Cirúrgicos	6,23	4,27	5,24	6,99	5,38
UTI	4,92	5,75	6,81	6,84	7,41
Consultas de Especialidade	99.978	41.028	54.977	77.845	27.888
Demanda Espontânea (%)	96,98	23,78	93,56	98,51	23,17
Nº de Residentes/Leito	0,59	0,68	0,7	0,83	0,33
Nº de Funcionários/Leito	8,8	6,92	6,44	8,56	6,4
Nº de Médicos/Leito	0,59	0,67	1,01	1,75	0,68
Nº de Enfermeiro/Leito	0,35	0,39	0,43	0,75	0,19
Nº de pessoal de enfermagem/Leito	1,47	1,92	2,57	2,52	1,85
% de Func. infra-estrutura	23,3	40,5	35,6	29,8	44,8
% de Func. Diagnóstico e Terapêutico	-	13,4	15,4	12,7	10,1
% de Func. Intern. Clínico - Cirúrgica	-	30,1	31,1	32,9	24
% de Func. Ambulatório/Emergência	-	16,2	17,8	24,5	10,3
% Outros (sem indicação de área)	76,7	-	-	-	10,8
Despesas com pessoal	49,32	55,15	61,55	69,12	47,1
Limpeza de m2/Funcionário	*	714	448	-	326
Nº de operações/sala/dia	1,98	1,87	1,7	1,69	2,6
Nº de exa. imagem/paciente-dia	0,36	0,24	0,23	0,11	0,35
Nº de exa. patologia/paciente-dia	5,5	3,89	1,1	2,01	7,53

Fonte: SAHE, 2006

Tabela 176 - Indicadores resultantes dos dados coletados pelo SAHE nos Hospitais de Ensino 2006

	UNICAMP	UNESP	SOROCABA	BAURU	GRAJAU
Leitos Operacionais					
SUS	525	409	358	263	259
UTI	66	52	29	22	27
<u>Não SUS</u>	-	-	-	-	-
Média de Permanência					
Clínicos e Cirúrgicos	4,65	5,58	6,8	8,4	4,72
UTI	7,21	5,32	4,74	7,8	4,72
Consultas de Especialidade	32.310	25.805	15.530	9.404	4,72
Demanda Espontânea (%)	95,93	96,93	23,14	45,6	4,72
Nº de Residentes/Leito	0,91	0,79	0,31	*	4,72
Nº de Funcionários/Leito	6,43	5,27	6,75	5,26	4,72
Nº de Médicos/Leito	0,46	0,31	1,16	0,9	4,72
Nº de Enfermeiro/Leito	0,66	0,34	0,05	0,39	4,72
Nº de pessoal de enfermagem/Leito	1,93	2,01	0,3	1,6	4,72
% de Func.infra-estrutura	34,9	38,4	30,9	54,2	4,72
% de Func. Diag. e Terap.	13,9	18,6	11	7,6	4,72
% de Func. Intern. Clínico-Cirúrgica	32,9	32,3	38,5	24,4	4,72
% de Func. Ambulatório/Emergência	18,2	10,8	19,7	13,8	4,72
<u>% Outros</u>					
Despesas com pessoal	60,73	48,85	50,44	59,14	4,72
Limpeza de m ² /Funcionário	561	223	479	189	4,72
Nº de operações/sala/dia	1,68	2,04	1,81	2,45	4,72
Nº de exames de imagem/paciente-dia	0,2	0,28	0,17	0,17	4,72
Nº de exames patologia clinica/paciente-dia	4,28	1,14	2,96	2	4,72

Fonte: SAHE, 2006

Tabela 177 - Indicadores resultantes dos dados coletados pelo SAHE nos Hospitais de Ensino 2006

	HU-USP	HUPP	FAMEMA	SUMARÉ	PADRE ALBINO	EMILIO CARLOS
Leitos Operacionais						
SUS	235	200	194	182	178	152
UTI	27	14	32	32	22	10
Não SUS	-	85	21	-	53	-
Média de Permanência						
Clínicos e Cirúrgicos	4,7	6,46	4,9	5,61	5,84	5,92
UTI	5,59	4,11	8,14	7,35	7,59	8,05
Consultas de Especialidade	8.335	3.818	11.706	5.216	-	4.885
Demanda Espontânea (%)	98,55	78,94	93,92	55	34	-
Nº de Residentes/Leito	-	0,06	0,52	-	0,21	0,26
Nº de Funcionários/Leito	7,83	4,45	8,25	6,64	3,35	2,45
Nº de Médicos/Leito	1,15	1,04	1,01	0,76	0,17	0,26
Nº de Enfermeiro/Leito	0,76	0,13	0,38	0,3	0,06	0,05
Nº de pessoal de enfermagem/Leito	1,98	1,33	2,28	2,86	0,36	0,34
% de Func.infra-estrutura	65,8	34,3	50,1	50,1	37,9	47,6
% de Func. Diagnóstico e Terapêutico	5,3	11	13,8	6,6	9,1	7,7
% de Func. Internação Clínico-Cirúrgica	21,3	26,3	28,2	29,8	39,5	40,2
% de Func. Ambulatório/Emergência	7,6	15,6	7,9	13,5	13,5	4,5
% Outros	-	12,6	-	-	-	-
Despesas com pessoal	77,67	46,95	68,16	77,09	43,28	51,02
Limpeza de m ² /Funcionário	428	404	428	192	314	624
Nº de operações/sala/dia	1,37	1,44	1,08	2,21	2	1,99
Nº de exames de imagem/paciente-dia	0,22	0,29	0,23	0,31	0,22	0,11
Nº de exames patologia clinica/paciente-dia	3,95	0,83	2,1	2,56	1,44	1,43

Fonte: SAHE, 2006

Tabela 178 - Indicadores resultantes dos dados coletados pelo SAHE nos Hospitais de Ensino 2006

	BRAGANÇA				
	UNITAU	PAULISTA	IDPC	Incor	PIO XII
Leitos Operacionais					
SUS	143	121	263	340	158
UTI	16	19	34	112	20
Não SUS	15	38	11	116	25
Média de Permanência					
Clínicos e Cirúrgicos	4,66	3,56	8,12	9,16	4,9
UTI	17,44	13,22	3,88	8,5	5,81
Consultas de Especialidade	1.934	5,478	15.112	15.539	9.001
Demanda Espontânea (%)	-	92,65	99,07	99,53	-
Nº de Residentes/Leito	0,36	0,2	0,23	0,18	0,14
Nº de Funcionários/Leito	5,35	4,94	6,02	7,33	7,16
Nº de Médicos/Leito	-	0,92	0,53	0,76	0,79
Nº de Enfermeiro/Leito	0,47	0,03	0,35	0,61	0,42
Nº de pessoal de enfermagem/Leito	1,89	0,3	1,33	1,35	1,43
% de Func.infra-estrutura	61,4	35,8	55,1	39,1	29,7
% de Func. Diagnóstico e Terapêutico	10,2	27	17	16,6	23,9
% de Func. Internação Clínico - Cirúrgica	24,3	19,7	17,3	27,3	9,1
% de Func. Ambulatório/Emergência	4,2	11,4	10,6	17	16,9
% Outros (sem indicação de área)	-	5,8	-	-	20,4
Despesas com pessoal	58,49	38,73	46,97	57,43	26,62
Limpeza de m2/Funcionário	365	149	357	330	222
Nº de operações/sala/dia	1,6	1,19	1,12	0,78	2,2
Nº de exames de imagem/paciente-dia	0,19	0,33	0,35	0,57	0,12
Nº de exames patologia clinica/paciente-dia	2,59	2,42	5,83	8,08	0,32

Fonte: SAHE, 2006

Tabela 179 - Indicadores resultantes dos dados coletados pelo SAHE nos Hospitais de Ensino 2006

	Amaral Carvalho	Emilio Ribas	Centrinho
Leitos Operacionais			
SUS	294	209	83
UTI	10	17	6
Não SUS	60	-	-
Média de Permanência			
Clínicos e Cirúrgicos	4,97	13,58	3,33
UTI	1,67	15,04	5,52
Consultas de Especialidade	8.211	4.670	3.615
Demanda Espontânea (%)	-	-	-
Nº de Residentes/Leito	0,06	0,22	0,06
Nº de Funcionários/Leito	4,47	10,51	8,82
Nº de Médicos/Leito	0,42	1,47	0,47
Nº de Enfermeiro/Leito	0,28	0,69	0,21
Nº de pessoal de enfermagem/Leito	1,15	2,75	0,91
% de Func. infra-estrutura	62,2	25,4	50,2
% de Func. Diagnóstico e Terapêutico	8,5	9,5	3,2
% de Func. Internação Clínico - Cirúrgica	25,6	33,8	17,9
% de Func. Ambulatório/Emergência	3,7	13,3	28,6
% Outros (sem indicação de área)	-	18,1	-
Despesas com pessoal	26,87	61,25	74,54
Limpeza de m2/Funcionário	569	293	935
Nº de operações/sala/dia	4,01	0,27	4,06
Nº de exames de imagem/paciente-dia	0,79	0,28	0,01
Nº de exames patologia clinica/paciente-dia	4,7	8,55	0,22

Fonte: SAHE, 2006

Segundo um Estudo realizado por Almeida em 2007, a comparação entre quatro Hospitais Universitários, temos:

Tabela 180 - Quantitativo necessário por unidade hospitalar e por categoria profissional

Cargo	CEMO	HCI	HCII	HCIII	HCIV	Total Global
Assistente Social	2	20	7	7	16	52
Biólogo	31	101	-	9	-	142
Citotécnico	-	37	-	-	-	37
Enfermeiro	58	274	96	78	38	545
Farmacêutico	-	30	18	17	-	65
Físico	-	14	-	4	-	17
Fisioterapeuta	2	28	10	12	9	61
Fonoaudiólogo	-	6	-	-	-	6
Médico	34	297	79	76	35	521
Nutricionista	2	32	14	12	11	71
Odontólogo	-	5	-	-	-	5
Psicólogo	1	14	4	6	7	32
Técnico de Farmácia	-	38	13	13	-	63
Téc. de Hemoterapia	-	30	3	5	-	38
Téc. de Laboratório	11	38	11	2	-	63
Téc. de RX	-	47	21	13	-	82
Téc. de Registro médico	-	7	-	-	-	7
Téc. de Enfermagem	25	434	193	102	36	790
Téc. de Radioterapia	-	58	-	7	-	65
Terapeuta Ocupacional	-	2	-	-	-	2
Total	168	1.511	469	362	153	2.663

Fonte: Almeida, 2007

Tabela 181 - Comparativo entre o quadro de pessoal assistente e o levantamento de necessidade por unidade hospitalar

Função	CEMO		HCI		HCII		HCIII		HCIV	
	QP	LP	QP	LP	QP	LP	QP	LP	QP	LP
An. de Laboratório	19	31	38	101	2	0	8	9	1	0
Assistente Social	1	2	15	20	9	7	3	7	9	16
Enfermeiro	46	58	179	274	50	96	38	78	24	38
Farmacêutico	0	0	13	30	7	18	3	17	1	0
Físico	0	0	15	14	0	0	0	4	0	0
Fisioterapeuta	0	2	11	28	3	10	4	12	1	9
Fonoaudiólogo	0	0	2	6	0	0	0	0	0	0
Médico	18	34	268	297	65	79	51	76	23	35
Nutricionista	0	2	11	32	2	14	2	12	1	11
Odontólogo	0	0	9	5	0	0	0	0	0	0
Psicólogo	1	1	5	14	1	4	3	6	1	7
Téc. de Enfermagem	17	25	408	434	152	193	85	102	63	36
Téc. de Farmácia	0	0	12	38	4	13	1	0	4	13
Téc. de Laboratório	6	11	121	105	11	15	3	7	0	0
Téc. de Radiologia	0	0	55	47	18	21	15	13	0	0
Téc. de Radioterapia	0	0	49	58	0	0	2	7	0	0
Téc. de Reg. Médico	0	0	*	7	*	0	*	0		0
Terapeuta Ocup.	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
Total	107	168	1.212	1.511	323	469	218	350	126	165

Fonte: Almeida, 2007

Tabela 182 - Produção média nos hospitais

Procedimentos	Nº
Internações	1.094
Cirurgias	976
Químio./ Hormonioterapia	6.237
Radioterapia (campos)	12.087
Consultas Médicas	19.169
Transplantes de medula óssea	7
Exames Citopatológico	26.419
Outras Consultas	3.811

Fonte: Almeida, 2007

Tabela 183 - Distribuição da força de trabalho por unidade assistencial

Unidades Hospitalares	Nº	% Relação ao Total INCA
HCI	1.212	37%
HCII	323	10%
HCIII	218	7%
HCIV	126	4%
CEMO	107	3%
Total Unidades	1.986	61%
Total INCA	3.246	100%

Fonte: Almeida, 2007

Tabela 184 - Quantitativo de pessoal necessário para divisão médica CEMO

Atividade	Capac. sala	Inst. leito	Cargo	Qtde	Carga/hr	Dias	Carga/seman	Adicion de férias	Adicion Ensino	Qtde pessoal
Consultas	5		Médico	5	8	5	200	220	242	6
Rotina Hosp.- dia		10	Médico	1	8	5	40	44	48,4	1
Biópsia	1		Médico	1	8	5	40	44	4824	1
Aspiração de medula	1		Médico	2	8	1	16	17,5	19,36	0
Cateter	1		Médico	1	4	1	4	4,4	4,84	0
Cateter longa permanência	1		Médico	1	4	2	8	8,8	9,68	0
Chefia			Médico	1	3	5	40	40	40	1

Fonte: Almeida, 2007

X. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos nesta pesquisa, a partir dos dados e informações obtidas dos hospitais, e das caracterizações dos parâmetros utilizados e dos indicadores estabelecidos, um grande número de modelos e métodos de cálculo e de variáveis consideradas, em vários níveis de importância, que descrevem o dimensionamento de pessoas nos hospitais. Em muitos casos, justificando as especificidades das quantidades de pessoas em determinadas realidades.

As variáveis intervenientes ou condicionantes, como fatores determinantes na composição do quantitativo e qualitativo dos profissionais encontradas são:

a) a estrutura organizacional e o layout da planta física dos setores dos hospitais. 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, tempos de espera nos fluxos internos, relações entre departamentos, dentre outros);

b) a produção e o nível de complexidade dos serviços prestados pelo hospital; número de consultas, de exames, de cirurgias e de internações, complexidade dos procedimentos e cirurgias realizadas, tempo das consultas e os equipamentos utilizados;

c) a inovação e absorção de novas tecnologias e equipamentos, as inovações organizacionais realizadas e a utilização das tecnologias, equipamentos e instalações;

d) o desenho dos processos produtivos de serviços internos, direto ou indiretamente ligados ao paciente;

e) as características culturais locais e da região onde se situa o hospital;

f) a oferta e nível salarial desejado pela mão de obra da região onde o hospital está localizado;

g) as características sócio-econômicas dos usuários do hospital;

h) o tipo e tamanho do hospital e sua finalidade, sua caracterização enquanto instituição pública ou privada;

i) a complexidade tecnológica e de instalações do hospital;

j) o nível de resolutibilidade de atenção a saúde primária, secundária, terciária e quaternária;

k) a quantidade de especialidades médicas oferecidas;

l) a complexidade e a qualidade das assistências de enfermagem, de fisioterapia, de psicologia, de nutrição e farmacêutica.

m) a formação gerencial e experiência profissional dos gestores das áreas e/ou setores do hospital.

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 profissionais, quantitativa e qualitativamente.

As alterações nos parâmetros e tempos padrões, devido à incorporação dos aumentos de produtividade, é um fato concreto. A automação e informatização das tarefas são exemplos claros disto, levando, na maior parte dos casos, a uma diminuição do quantitativo de pessoal.

Os fatores econômicos de competição através da formação 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. Temos os hospitais filantrópicos (e/ou beneficentes) com vantagem competitiva, dada a composição dos seus custos, por terem menos despesa com as leis sociais. Isto explica em parte porque estes hospitais são menos terceirizados do que os demais.

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 profissionais 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.

A pesquisa tem influências das experiências vivenciadas do autor, inclusive, também, as deformações de sua formação profissional, como por exemplo, privilegiar a visão geral.

Este trabalho procura ser útil na agilização de tomada de decisão com relação à quantificação de profissionais, como também identificar possíveis deficiências existentes de pessoas 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 nos fornece uma visão da evolução numérica dos profissionais 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 dos dados estão nas pesquisas e trabalhos realizados pela Associação Americana de Hospitais, pelo Ministério da Saúde, pela Organização Mundial da Saúde, pela Organização Pan-Americana de Saúde, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pela Secretaria de Saúde Estadual e Municipal e pelas Universidades dentre outros.

Uma segunda fonte foi o levantamento por setor específico da produção obtida e da infra-estrutura existente (tecnologia, espaço e materiais), bem como das características de seus profissionais existentes, necessários e/ou potenciais.

Uma terceira fonte foi o de adaptação dos parâmetros à realidade encontrada, o que constituiria uma forma objetiva de se chegar ao número adequado do quadro de pessoal necessário.

Constatamos que os problemas de dimensionamento ocorrem:

- a) quando não se leva em conta a complexidade e a especificidade do serviço ou área dimensionada;
- b) quando não se faz a contextualização com as variáveis intervenientes e
- c) devido a inabilidade do gestor da área e/ ou setor na alocação dos profissionais.

Acreditamos que os possíveis alcances deste trabalho são:

- a) melhoria da qualidade da assistência hospitalar;
- b) diminuição do tempo ocioso dos profissionais;
- c) otimização da produção e dos fatores de produção;
- d) dimensionamento correto de pessoal (ou próximo disto);
- e) redução de custos de pessoal;
- f) melhoria na padronização dos processos;
- g) contribuir para a normatização e certificação dos serviços e
- h) permitir a mensuração dos serviços, sob o aspecto da contribuição do profissional.

Em suma, este é um trabalho aberto, e que será atualizado de tempos em tempos, permitindo portanto, uma visão histórica dos indicadores e parâmetros utilizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOUD, Miguel. Dotação de pessoal na organização Hospitalar. EAESP/FGVS. Administração Geral e Recursos Humanos - AO-8202-LR, São Paulo: 1996.

AHA, American Hospital Association Company. Hospital Statistics. Healthcare Infosource fórum. Chicago Illinois. EUA: 1998-2008. In www.americanheart.org. Acesso em 1998, 2008 e 2009.

ALBRECHT, Karl. Revolução nos serviços. São Paulo: Ed. Pioneira. 1994.

ALCALÁ, M. U. *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. São Paulo: Superintendência médico hospitalar de urgência, 1992.

_____. Cálculo de Pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico-hospitalar de urgência. São Paulo: Secretaria de Higiene e Saúde, 1982.

ALMEIDA, M. S. *et al.* Dimensionamento de recursos humanos em bibliotecas universitárias: um modelo aplicado à Universidade de São Paulo: SIBI/USP. Caderno de Estudos n°6. São Paulo, 1998.

ALVES M. As causas do absenteísmo na enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho. São Paulo: Escola de enfermagem da USP, 1996. [Defesa de tese]

ALVES S. L. Laboratório de patologia clínica, planejamento e administração. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 1986.

ANÁLISE SAÚDE - Os mais admirados da medicina. Ed. Análise Editorial n.17. São Paulo, 2009.

ANTUNES A. V.; Costa M. N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. Rev. Lat Am Enferm, 11(6): 832-839, São Paulo, 2003.

ARNDT C. & HUCKABAY L. M., Administração em enfermagem., Rio de Janeiro, Ed. Interamericana 1980.

ASPLAN – Assessoria de Planejamento. II Plano Municipal de Saúde. Prefeitura do Município de São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 1995

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTERNA BRASILEIRA - Normas Mínimas para o Credenciamento de uma Unidade de Terapia Intensiva. Atuação fonoaudiológica nas políticas públicas: subsídios para construção, acompanhamento e participação dos fonoaudiólogos, 2006.

ATOS NORMATIVOS - Contrato, Avaliação e Auditoria. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

AURELIO, Novo dicionário da língua portuguesa. Ed. Nova Fronteira. 2^oed, Rio de Janeiro, 1986.

AZEVEDO, A. C., Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos. Tese de livre Docência. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo. São Paulo, 1989.

BARQUIM, C. M., Dirección de hospitales sistemas de atención medica. Sexta edición. Interamericana. México, 1992.

BECKER, B. E. et al. Gestão estratégica de pessoas com “Scorecard” – Interligando pessoas, estratégias e performance. Rio de Janeiro. 5^aed. Campus. 2001.

BITTAR, O. J. N. V - Distribuição de recursos humanos em hospitais. Revista Pan-americana de Salud Pública. United States of America, 1996.

_____.Hospital: Qualidade e Produtividade. São Paulo. Ed. Sarvier. 1997.

_____.Política de recursos humanos em hospitais. São Paulo, RAUSP. 1996.

_____.Inúmeros números do planejamento de saúde. Revista Administração Saúde. Vol 7. nº 28. São Paulo: Jul-Set, 2005.

_____.Dimensionamento de pessoal na área hospitalar. Prev. Em dados v. 7, N. 1, São Paulo, 1992.

_____.Produtividade em Hospitais. Tese apresentada ao departamento de prática de saúde publica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para o título de Livre-Docente em Saúde Pública. São Paulo, 1994.

BLS - Bureau of Labor Statistics. In: www.bls.gov. Acesso em: 06/04/2009.

BOGTRYKKER, J. J. Health care in Denmark. The Ministry of health. 1^a ed. Dinamarca, 1997.

BORGES, D. F. *et al.* Parâmetros de Recursos Humanos para Unidade Médico-Assistenciais, São Paulo, 1980.

BUSSAB, W. O., Professor de Estatística do Departamento de Informática e Métodos Quantitativos do EAESP-FGV. São Paulo: 2000. Anotações de aula. Ratificado em 2009.

CADTERC – Cadastro de Serviços Terceirizados Governo de São Paulo. Vol. 7 Prestação de Serviços de Limpeza Hospitalar. Versão Fev/09 - Rev. 06-Mar/09. Em www.cadterc.sp.gov.br. São Paulo, 2009

CAMPEDELLI, M. C. *et al* - Cálculo de Pessoal de Enfermagem Competência de Enfermeira. Revista da Escola de Enfermagem. São Paulo, 1987.

CARLZON, J. A hora da verdade. Rio de Janeiro, COP editora. 1990.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL - Subsídios Básicos. São Paulo, 1988.

CHIAVENATO, I. Recursos Humanos. São Paulo. Ed. Compacta. 1983.

COELHO Jr. C. Maeda. Parâmetros de Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1997. (Mimeo).

_____.Parâmetros de Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1999. (Mimeo).

_____.Parâmetros de Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais. São Paulo: Secretaria de Estado da Estado da Saúde, 2006.

_____.Prontuário médico. Ed. Medicamenta. São Paulo, 2000.

COFEN RESOLUÇÃO – Nº 189/1996. In: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/control_av/RES_COFEN189_96control_av_g.doc. Acesso em: 10/06/2009.

COFEN RESOLUÇÃO - Nº 263/2001. Dispõe sobre o pagamento de anuidades e taxas por Pessoas Físicas e Jurídicas, no âmbito do Sistema COFEN/CORENs.

COFEN RESOLUÇÃO - Nº 293/2004. In: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/exercicio-profissional/res_293.pdf. Acesso em: 10/06/2006.

COFEN RESOLUÇÃO – 189/1.996. Dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo, 2001.

CONASENS. Parâmetros para o planejamento da força de trabalho em hospitais gerais. São Paulo, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA / TERAPIA OCUPACIONAL - Parecer 007/96. Estabelece parâmetro de produtividade para atendimento de fisioterapia, São Paulo, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - Resolução CFM 1451/95. Brasília, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – Resolução Nº 380/2005. Brasília, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 2ª Região. Atuação fonoaudiológica nas políticas públicas: subsídios para o acompanhamento, e participação dos fonoaudiólogos.. Ed. Yendis. São Caetano do Sul, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA CRFa. 2ª Região/SP. Parecer nº 01/06. Contato em: 09/04/2009.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO – 3a Região – São Paulo – Instrução normativa Nº028/97. Estabelece novos parâmetros para a análise do quadro técnico de hospitais, clínicas e instituições geriátricas. São Paulo, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS – 3a Região. Instrução normativa São Paulo. Nº33 de 10 de maio de 1990. Mato Grossos do Sul, 1990.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS – 3a Região – São Paulo – Paraná – Mato Grossos do Sul: Instrução normativa São Paulo Nº050/99.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília, 1988.

COPENHAGEN. MINISTRY OF HEALTH (1999). The Danish Health Care Sector. 1º ed, 1999.

CORDERA, A. - Metodologia para la Planificación Integral de Departamento de Radiodiagnóstico, OPAS, OMS, 2009.

COSTA A. S. Mudanças na gestão de recursos humanos. Palestra proferida no Seminário de gestão Hospitalar de Qualidade e Saúde. Hospital Albert Einstein. São Paulo, 2001.

CQH - Programa de Controle de Qualidade Hospitalar. In www.cqh.org.br. Acesso em: 1996 e 2009.

CRA CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SÃO PAULO. Contato em: Agosto de 2008.

CREMESP - Resolução Nº. 170/2007. Define e regulamenta as atividades das Unidades de Terapia Intensiva. 2007.

DAL BEN L. W. Instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. Escola de enfermagem da USP. São Paulo, 2000. [dissertação]

DATASUS: Informações do Sistema Único em Saúde. In: www.datasus.gov.br. Acesso em: 10/06/2009.

DECRETO Nº 42.815, de 19 de janeiro de 1998. Dispõe sobre atualização das normas para a organização dos órgãos do Sistema de Administração de Pessoal no âmbito das Secretarias de Estado da Procuradoria Geral do Estado e das Autarquias, define competências das autoridades e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado, São Paulo, Diário Oficial do Estado, Seção I, p.1, 20 de jan. São Paulo, 1998.

DECRETO Nº 94.657 de 20 de junho de 1987. Dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e da outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção 1, p. 11.503.19. Brasília, 1987.

DECRETO Nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. In: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/10/1943/5452.htm#T2>. Acesso em: 06/06/2009.

DEMING W. E. Qualidade; a revolução da administração. Ed. Saraiva. Rio de Janeiro, 1990.

FARIAS F. A. C. Dimensionamento de pessoal de enfermagem para pronto socorro especializado em afecções cardiovasculares. São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003. [tese]

FONSECA F. & GARCIA de Orta. Instituto nacional de Administração (INA). Avaliação dos Hospitais: Relatório Final. Portugal: Oeiras, 1999.

FUGLIN F. M. T. et al, Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP. Rev Esc Enferm USP, 37(4): 109-17. São Paulo, 2003.

GAIDZINSKI R. R., Fugulin F M T, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P (Organizadora). Gerenciamento em enfermagem. Guanabara/Koogan S A. Cap 10, p. 125 -137. Rio de Janeiro, 2005.

GAIDZINSKI R. R., Kurcgant P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiras. Nursing, (1): 28-34. São Paulo, 1998.

GAIDZINSKI R. R., Sanna M. C., Leite M. M. J., Mayor E. R. C. Estudo das ausências da equipe de enfermagem num hospital geral de grande porte. Rev Enferm Complexo HC/FMUSP, 1(4):8-14. São Paulo, 1998.

GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições Hospitalares. Tese de Livre Docência. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1998.

GAZETA MERCANTIL: Análise Setorial - Volume IV – Sistema Hospitalar Brasileiro, legislação estatística e cadastro. São Paulo, 2002

GONÇALVES, E. L. Administração de Recursos Humanos em Instituição de Saúde. Biblioteca Pioneira de Administração de Negócios. PROAHSA. São Paulo, 1998.

GONÇALVES, E. L. Administração de Recursos Humanos nas Instituições de Saúde. Ed. Pioneira. São Paulo, 1987.

GONÇALVES, E. L. O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea, São Paulo. Ed. Pioneira, 1983.

GRUPO DE ASSESSORIA HOSPITALAR. Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário. Parâmetros para o dimensionamento de recursos humanos em hospitais gerais. São Paulo, 1992.

ROSENBERG, D. I. et al, Guidelines And Levels Of Care For Pediatric Intensive Care Units. Draft by the pediatric section, Soc Crit Care Med. – Califórnia – USA, 1991.

HAMEL, G; PRAHALAD, C. K. Competindo pelo futuro. Rio de Janeiro. Ed. Campus, 1995.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE CAMPINAS. Contato em: Agosto 2009.

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, 1996

_____. Instituto Central. Relatório de Produtividade e Análise de Capacidade Instalada. Conselho Diretor. Diretoria Executiva, 1999.

HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - Ministério da Saúde, localizado na cidade do Rio de Janeiro, mantido pelo Governo Federal. In www.hse.rj.saude.gov.br/hospital/index.asp. Acesso em: 30/04/2009.

HOSPITAL DR. BARTHOLOMEU TACCHINI. In www.tacchini.com.br/visita.php. Acesso em: 29/04/2009.

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CATARINA. Contato em: Abril 2009.

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIZ. Contato em: Março 2009.

HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA. Contato em: Abril, 2009.

HOSPITAL GERAL DA PENHA EM SÃO PAULO www.hospitaldapenha.com.br. Acesso em: 30/04/2009.

HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA. Plano Estratégico Cruzada Bandeirante São Camilo. 2009.

HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA – SECONSI-SP. Contato em: Junho de 2009.

HOSPITAL HCOR. Contato em Abril: 2009.

HOSPITAL HUMANITAS. In: www.hospitalhumanitas.com.br. Acesso em: 04/05/2009.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Contato em: 27/03/2009.

HOSPITAL NOVE DE JULHO. Setor de Gestão de Pessoas. Contato em: Abril 2009.

HOSPITAL SAMARITANO SÃO PAULO. Contato em: 05/05/2009.

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO PAULO. Contato em: Abril/2009.

HOSPITAL SANTA ISABEL. Blumenau (SC). In: www.fehosc.com.br. Acesso em: 30/04/2009.

HOSPITAL SÃO PAULO. In: www.unifesp.br/spdm/hsp. Acesso em: 04/05/2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. In: www.ibge.gov.br. Acesso em: 15/04/2009.

INSTRUÇÃO NORMATIVA SRF Nº 050, de 10 de maio de 1999. Brasília, 1999.

JOINT Commission on Accreditation of Health Care Organizations – Accreditation Manual for Hospitals. United States of America, 1992.

JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO. Caderno Especial Hospitais. Pag. 12-21. 26 de Agosto de 2007.

JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO. Caderno Vida & Saúde pag. A15. 14 de Novembro de 2006.

JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO. 2 De Novembro de 2006.

JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO. 3 de Outubro 2007.

JUNQUEIRA, L. A. P. Reforma do Estado e Mudança Institucional: O caso do IAMSPE. Ed. edições FUNDAP. São Paulo, 1998.

KARMAN, J. M. *et al.* A gestão dos recursos humanos. In: Gestão Hospitalar: Um desafio para o Hospital Brasileiro, 1993.

KURCGANT P. (Coordenadora) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara/Koogan SA, 2005.

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

LAUS A. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem para unidades de internação médicas e cirúrgicas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP. São Paulo (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2003. [tese]

LEBRÃO, Laurenti e GOTLIEB, Mello Jorge. Estatísticas de Saúde. EPU São Paulo – 2ºed, 1987.

LEGISLAÇÃO FEDERAL. LEX– Marginália 1982. Portaria N. 3.046 – 20 de julho de 1982. p.964.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção 1, p.18055. set. Brasília, 1990

LIMA, S. M. L *et al.* Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. Cad. Saúde Pública. 20, set-out, Rio de Janeiro, 2004.

MACHLINE, Claude: Parâmetros para o modelo hospitalar - São Paulo. EAESP/FGVSP PD8143CR. São Paulo, 1996.

Parâmetros para o modelo hospital– São Paulo. EAESP – FGVSP-PD 8143. São Paulo, 1996.

MALIK A. M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. São Paulo. Revista Administração Empresas, 1992.

_____. (Organizadora) Braga Jr D, Braga D G, Silva J C, Amorim J C M. Problemas gerenciais e recursos humanos em saúde. In: Malik A M (Organizadora) Braga Jr D, Braga D G, Silva J C, Amorim J C M. Ed Fundação Peiropolis Ltda. São Paulo, p 25-93,1998.

_____. Formulação de políticas pública: estudo de dois processos de intervenção estatal em hospitais privados na região metropolitana de São Paulo. São Paulo: (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1991. [tese]

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.

MANUAL DE INDICADORES DE ENFERMAGEM – NAGEH (Núcleo de apoio a gestão hospitalar), 2006.

MARINHO, A. Estudo de Eficiência em Hospitais Públicos e Privados com a geração de Rankings. Revista de Administração Pública FGV. Rio de Janeiro, 1998.

MARTINS, M. L. R. O serviço de Enfermagem: Administração e Organização.. CEDAS – Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde. São Paulo, 1983.

MATTIA A. L., Gatto M. A. F., Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico. Cadernos- Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, v.6,n.2, p 20-6, jul-dez, 2000.

MATUS C. Política, planejamento & governo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MEIRELLES, F. S. Tecnologia de Informação. 20a. Pesquisa atual do uso de TI. Centro de Tecnologia de Informação aplicada EAESP. Fundação Getulio Vargas - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2009.

MELLO, J. 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, I. Serviço de Nutrição e Dietética . São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração em saúde, 1985.

_____. Serviço de Nutrição e Dietética. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde, 1985.

_____. Administração de Recursos Humanos no Hospital - São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração em Saúde, 1981.

_____. Administração de Recursos Humanos no Hospital – São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde, 1981.

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

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 PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: Secretaria de Medicina Social. Enfermagem: Contribuição para um Cálculo de Recursos Humanos na Área - Rio de Janeiro, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Manual De Segurança No Ambiente Hospitalar. Em: [Http://Bvsmms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publicacoes/Seguranca_Hosp.Pdf](http://Bvsmms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publicacoes/Seguranca_Hosp.Pdf). Acesso em: Agosto de 2009.

_____. Secretaria de Assistência a Saúde - Equipamentos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Planejamento e Dimensionamento, 1994.

_____. Terminologia básica em saúde. Brasília, 1987.

_____. Organização Pan-americana de Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil – estudos e análises. Ed Ministério da Saúde; Brasil, 2004.

_____. ABC do SUS – doutrinas e princípios. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde: Brasília, 20 p.,1990.

_____. 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. 2ª ed.,1987.

MOREIRA, L. M. – 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.

MOTA, N. V., Melleiro, M. M., Tronchin, D. M. R., A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. Revista Administração Saúde Vol. 9, Nº 34 – Jan-Mar, 2007

NEVES, V. V. Jr. Gestão Hospitalar: Programa brasileiro de Acreditação e Sistema de Indicadores. Monografia Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2004.

NORMA OPERACIONAL de assistência à saúde (NOAS) 01/2001. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 2001.

_____. Básica 01/96 (NOB/96). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 1996.

NOVAES, Humberto de Moraes. O hospital público. Tendências e Perspectivas.

OCDE - Organisation for Economic Co-operation and Development. Em: www.oecd.org. Acesso em: março 2009.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Washington, 1994. Em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: Agosto de 2008.

PADILHA R. Q. - Projeto H: Recuperação dos Hospitais Públicos. GGH/SES. São Paulo, 1988.

PAETZNIOK, M. - Guia para 1ª Dotación de Personal de Enfermaria em Los Hospitales - Organização Mundial da Saúde – Genebra, 1969.

PATERNIO, D. Administração de materiais no hospital. Compras, almoxarifado e farmácia. São Paulo. CEDAS, 1987.

PAVANI L. M. D. Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca em um hospital universitário especializado em cardiologia. [dissertação] São Paulo (SP):Escola de Enfermagem da USP, 2000.

PEDROSO, V. G. Gestão e educação e Saúde: percepção dos profissionais. São Paulo: Escola de Saúde Pública, 2007. [Tese de Doutorado]

_____. Política de recursos humanos no SUS: uma trajetória construída pelo SES. São Paulo: Escola de Saúde Pública, 2002/2003. [Tese Mestrado].

PERROCA M. G., Gaidzinski R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev Esc Enferm USP, 32(2): 153-68, 1998.

PICCHIAI, D.; Administração de Pessoal. Departamento de Administração Geral e Recursos Humanos. São Paulo: EAESP – FGV. AR 0019, 2000.

_____. Dimensionamento quantitativo de recursos humanos em hospitais privados e públicos no Estado de São Paulo. São Paulo. EAESP / FGV / NPP – Núcleo de Pesquisas e Publicações, 2000.

_____. Estudo sobre quantificação de pessoal. Hospital São Lucas. Aracaju. São Paulo, 1998. (Mimeo)

_____. 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 Planejamento das Operações Financeiras do Hospital São Paulo – Sociedade Beneficentes São Paulo, p. 195, 1976.

_____, MACHLINE, C.; Dois conceitos inovadores no dimensionamento de recursos humanos em hospitais e no seu cálculo de produtividade. Quali Hosp 2009 IX Congresso

Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde, EAESP FGV-SP. ANAIS SIMPOI, 2009.

_____; _____. O dimensionamento dos recursos humanos na área operacional da empresa. SIMPOI 2009 Simpósio de Administração da produção, logística e operações, EAESP FGV-SP. ANAIS SIMPOI, 2009.

PNASS – Programa nacional de Avaliação de serviços de Saúde – resultado do processo avaliativo, dez 2006.

PORTARIA 1210/06. Manual de organização, boas práticas da qualidade. São Paulo, 2006.

PORTARIA CVS-9, de 16 de julho de 1998. Publicado no Diário Oficial do Estado em 21 de Julho de 1998.

PORTARIA MS / SNAS 225/92 - Normas para o credenciamento de serviços de reabilitação física. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 1992.

PORTARIA MS 1.071 de 04 de julho de 2005. Ministério da saúde. Brasília, 2005.

PORTARIA MS/GM 1016/93 - Normas básicas de Alojamento Conjunto. MINISTÉRIO DA SAÚDE , 1993.

PORTARIA MS/GM 1376/93 - Normatiza técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue e derivados. Ministério da Saúde – Brasília, 1993.

PORTARIA MS/GM 1884/94 – Normatiza o exame e a aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Ministério da Saúde - Brasília, 1994.

PORTARIA MS/GM 2415/98 – Normas para o credenciamento de hospital dia. Ministério da Saúde. Brasília, 1998.

PORTARIA MS/GM 3018/98 Humanização à assistência ao parto. Ministério da Saúde. Brasília, 1998.

PORTARIA MS/GM 3432/98 – Normas para o credenciamento de unidades de terapia intensiva. Ministério da Saúde, Brasília. 1998.

PORTARIA MS/SAS - 130/94 - Estabelece diretrizes e normas para a implantação do tratamento em Hospital-Dia ao paciente com a Doença AIDS. Ministério da Saúde, Brasília. 1994.

PORTARIA MS/SNAS - 303/92 - Normas de funcionamento dos Serviços de Saúde para pessoa portadora de deficiência, no SUS. Ministério da Saúde, Brasília. 1992.

PORTARIA MS/SNAS -224/92 - Normas para atendimento ambulatorial e hospitalar em psiquiatria. Brasília. Ministério da Saúde, 1992.

PORTARIA Nº 3046 DE 20 DE JULHO DE 1982. Ministério da Previdência e Assistência Social. Gabinete do Ministro, 1982.

PORTARIA Nº 3617, de 29 de março de 1998. Ministério da Saúde. Brasília, 1998.

PORTARIA Nº 2.224/GM EM 5 DE DEZEMBRO DE 2002: Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, 2002.

PORTARIA Nº 2.616, DE 12 DE MAIO DE 1998. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.ccih.med.br/portaria2616.html>. Acesso em 10/06/2009.

PORTARIA SESMT 34/87 – Dimensionamento do SESMT. Brasília. MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1987.

PORTARIA SSMT Nº 34/87 - Serviços Especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho (104.000-6)

POSSARI JF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência, segundo o porte cirúrgico. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2001.

PROAHSA. São Paulo. Cursos de Planejamento e Administração de Laboratório de Patologia Clínica, 1991.

PROAHSA Programa de Estudos Avançados em Administração Hospital e Sistemas da Saúde do Hospital das Clínicas de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas - BOLETIM INDICADORES PROAHSA, nº01 a 52. Revista de Administração em Saúde. São Paulo, 2009.

RESOLUÇÃO ANVISA Nº 153/04. Diretoria Colegiada. Regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a tietagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade, e uso do sangue humano, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. Diário Oficial da União, seção 1, p. 24 de junho de 2004, publicado. Data da Resolução -14/06/04. p. 68-84. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

RESOLUÇÃO ANVISA Nº 154/04. Diretoria Colegiada. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Brasília, 2004. (2004) Tem duas anteriores: Portaria MS 2042/96 o texto e o mesmo e a Portaria MS/GM 82/2000. Ministério da Saúde. Brasília, 2000.

RESOLUÇÃO ANVISA Nº 50/02 - Normatiza a aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Ministério da Saúde – Brasília, 2002

RESOLUÇÃO SS-01/96 -Estabelece Parâmetros para Programação de Atendimento Ambulatorial. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1996.

RESOLUÇÃO SS-240/95. Aprova norma técnica que dispõe sobre a regulamentação dos estabelecimentos que realizam procedimentos médico cirúrgicos ambulatoriais no âmbito do estado de São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1995.

RIBEIRO, C. M. Sistema de classificação de pacientes como subsidio para provimento de pessoal de enfermagem. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1986.

ROMANO, L. B. W. O psicólogo clínico no hospital: Contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil. São Paulo. Tese de Doutorado apresentada na Área de psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997.

ROSA, V. H. Travassos da. "Implantação da Atenção Farmacêutica num Grande Hospital Brasileiro. HC – FMUSP, 2000. (material a ser publicado)

SAFAR P. & Grenvik A. – Critical care medicine organizing and staffing intensive care units. Chest, 59:35, 1971.

SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA, Prestação de serviço de moto-frete. Versão Maio. Vol 11. rev 04. Governo do Estado de São Paulo. São Paulo, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Assessoria de Hospitais de Ensino. Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – CADAIS. São Paulo, Sistema de atendimento e reabilitação às Pessoas com Deficiência. São Paulo, 1992.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - Coordenadoria de Assistência Hospitalar, Departamento de Técnica Hospitalar - Dimensionamento do Pessoal de Enfermagem das Unidades Hospitalares da C.A.H. São Paulo, 1985.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - Grupo Gerente dos Hospitais, Gabinete do Secretário - Dimensionamento do Quadro de Pessoal nos 14 Hospitais do Projeto H – Metodologia Aplicada. São Paulo, 1989.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - Manual de Planejamento SUS - SP. São Paulo, 1992.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - Unidade Gerencial do Programa Metropolitano de Saúde - Documento Técnico 1/8 Volume I - Quantificação da Demanda, Produção e Recursos Humanos. São Paulo, 1984.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Controle, Avaliação e Auditoria. Sistema Único de Saúde. SUS/SP. Terminologia Básica Auditoria e Controle. MINISTÉRIO DA SAÚDE, dezembro 1998.

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.

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE - Superintendência Médico - Hospitalar de Urgência. Cálculo de pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na Superintendência Médico-hospitalar de Urgência - São Paulo, 1982.

SENGE, Peter. A quinta disciplina: Arte, teoria e prática da organização de aprendizagem. São Paulo: Editora Best-seller, 1990.

SHABAZ F. A empresa de amanhã nos dias de hoje. Revista de Administração de Saúde. São Paulo, 2000: v.2, n.7:23-25.

SHABAZ F. Escrevendo o futuro. Revista de Administração da Saúde. São Paulo, 2000: v.2, n.7:23-25.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev. Lat. Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, outubro 2000.

SINHA - ANAHP, ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. Boletim Nº 1 de 2006 a Nº 3 de 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR – Padrões mínimos para Farmácia Hospitalar. Belo Horizonte, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR – Padrões mínimos para farmácia hospitalar. Belo Horizonte, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - Manual de Terapia Intensiva: Normas e Recomendações do Comitê de Terapia Intensiva da SBP. Rio de Janeiro, 1994.

SPENDOLINI, M. J. - “Benchmarking” - São Paulo, 1994.

STULHAN, L. & Codina, F. - Investigación sobre personal de salud: Análise de prioridades y orientaciones de política, 1985.

TEJOFRAN - Empresa Tejofran de Saneamento e Serviços. Contato em Maio de 2009.

TRANQUITELLI A. M. Estudo prospectivo para determinação do número de horas de cuidados diretos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva geral.[dissertação] São Paulo (SP): Escola de enfermagem da USP, 1999.

TRIGO, M. e RONCADA, M. J. 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), p. 3-10, 1988.

_____; _____. 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), p. 109 – 122, 1988.

_____; _____. 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), p. 51-57, 1988.

UETI M. F., Shiotsu CH, Higuchi CM, César CCF, Iwakura KH, Franco LHRO et al. Metodologia para cálculo de pessoal de enfermagem: documento preliminar. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde-Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde –CADAIS/ Grupo de Coordenação para Assuntos de Enfermagem, 1991. (Mimeo)

VILCHES, A. M. Requisitos Mínimos de los Laboratórios de Salud Adistintos Niveles - Buenos Aires, Argentina.

VOCÊ S/A e EXAME. Edição especial 2009. São Paulo: Ed. Abril, 2009.

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.

WEBGRAFIA

1. ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
www.anvisa.gov.br
2. ABIH: Associação Brasileira de Controle da Infecção Hospitalar
www.abih.org.br/instituicao.html
3. AMIB: Associação de Medicina Intensiva Brasileira
www.amib.com.br
4. BVS: Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME
www.bireme.br
5. CFM: Conselho Federal de Medicina
www.cfm.org.br
6. CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de SP
www.cremesp.org.br
7. COFEN: Conselho Federal de Enfermagem
www.portalcofen.com.br
8. COREN/SP: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de SP
www.corensp.org.br
9. CFN: Conselho Federal de Nutrição
www.cfn.org.br
10. CFF: Conselho Federal de Farmácia
www.cff.org.br
11. COFFITO: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
www.coffito.org.br
12. CFP: Conselho Federal de Psicologia
www.cfp.org.br
13. CFESS: Conselho Federal de Serviço Social
www.cfess.org.br
14. CVS: Centro de Vigilância Sanitária
www.cvs.saude.sp.gov.br
15. CCIH: Controle de Infecção Hospitalar
www.ccih.med.br/links.html
16. DATASUS: Informações do Sistema Único em Saúde
www.datasus.gov.br
17. EE/USP: Escola de Enfermagem da USP
www.ee.usp.br

18. ENSP: Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública
www.saudepublica.cict.fiocruz.br
19. EMGLAB: Eletroneuromiografia
www.emglab.com.br/html/eletroneuromiografia.html
20. FSP/USP: Centro de Informação da Faculdade de Saúde Pública
www.bibcir.fsp.usp.br
21. FEBRASGO: Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
www.febrasgo.org.br
22. GASTRONET: Gastrologia
www.gastronet.com.br
23. HCANC: Hospital do Câncer AC Camargo
www.hcanc.org.br/outrasinfs/ensaios/exendo.html
24. JCAHCO: Joint Commission Accreditation of Health Care Organization
www.jointcommission.org
25. MS: Ministério da Saúde
www.saude.gov.br
26. OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
www.opas.org.br
27. POLISSONOGRRAFIA: Polissonografia
www.sono.med.br/investiga/polissonografia
28. PROAHSA: Programa de Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde
www.fgvsp.br/institucional/pesquisas/servicos.html
29. PROAHSA: Indicadores Proahsa
www.hcnet.usp.br/proahsa/indicadores
30. RNM: Ressonância Nuclear Magnética
www.if.ufrgs.br/ast/med/imagens/node20.htm
31. RNM: Ressonância Nuclear Magnética
www.abonet.com.br/abo/revisao8.htm
32. RSP: Revista de Saúde Pública
www.scielosp.org/rsp.html
33. SAS / MS: Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/sas
34. SCC / SP: Secretaria da Casa Civil do Estado de São Paulo
www.casacivil.sp.gov.br
35. SES / SP: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
www.saude.sp.gov.br

36. SIBI / USP: Sistemas de Bibliotecas da USP
[www.sibi.usp.br/gestao/proj15/crescer el final anexo 1.doc](http://www.sibi.usp.br/gestao/proj15/crescer_el_final_anexo_1.doc)
37. SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia
www.publicacoes.cardiol.br/consenso
38. SBACV: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculare
www.sbacv-nac.org.br
39. SBHCI: Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cirurgia Intervencionista
www.sbhci.org.br
40. SBRAD: Sociedade Brasileira de Radiologia
www.sbrad.org.br
41. SBUS: Sociedade Brasileira de Ultra-sonografia
www.sbus.org.br
42. SBNC: Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica
www.sbnc.org.br
43. SBA: Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br
44. SOBED: Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
www.sobed.org.br
45. SBU: Sociedade Brasileira de Urologia
www.sbu.org.br
46. SBPC: Sociedade Brasileira de Patologia Clínica
www.sbpc.org.br
47. SBP: Sociedade Brasileira de Patologia
www.sbp.org.br
48. SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria
www.sbp.com.br
49. SBOT: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
www.sbot.org.br
50. SBRAFH: Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar
www.sbrafh.org.br

GLOSSÁRIO

A

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 intensiva: pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de Enfermagem e médica permanente e especializada.

Assistência intermediária: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, requerendo avaliações médicas e de Enfermagem com parcial dependência dos profissionais de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Assistência médica: modalidade de atuação realizada pelo médico na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação de pacientes.

Assistência mínima/auto-cuidado: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Assistência odontológica: modalidade de atuação realizada pela equipe de odontologia na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação dos pacientes.

Assistência semi-intensiva: pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de Enfermagem e médica permanente e especializada.

C

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 hospitalar: número máximo de leitos que comporta o estabelecimento, respeitada a legislação em vigor.

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 / auxiliar: número de leitos principais / auxiliares oferecidos pelo hospital até o limite da capacidade planejada principal/auxiliar.

Capacidade operacional principal: número de leitos principais instalados, excluídos, bloqueados e interditados num determinado dia ou período. (utilizando a unidade leitos por hora).

Categorias de pacientes por complexidade assistencial (adaptado de Fugulin, F.M. *et. al*).

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.

Coefficiente 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.

Coefficiente de mortalidade: relação entre a frequência absoluta de óbitos e o número 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.

Coefficiente de prevalência: coeficiente que mede a força com que subsiste a doença na coletividade. Se expressa 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.

Coefficiente/taxa: relação entre o número 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 pública 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.

Complexidade: o que abrange ou encerra elementos ou partes, segundo Mário Chaves, os Hospitais, pela sua complexidade, caracterizam-se como secundários, terciários e quaternários, de acordo com a assistência prestada, tecnologia utilizada e serviços desenvolvidos.

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.

D

Dia hospitalar: período de trabalho compreendido entre dois censos de trabalho consecutivos.

E

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-obstetrícia 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.

G

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.

Grau de dependência: nível de atenção quantitativo e qualitativa requerida pela situação de saúde em que o cliente se encontra.

H

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 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 dispende 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 á 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 revertem exclusivamente a manutenção da instituição.

Hospital geral: integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público. 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 público: aquele que integra o patrimônio da União, estados, distrito federal e municípios (pessoas jurídicas de direito publico interno)., autarquias fundações instituídas pelo poder publico, empresas publicas 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 básica.

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 utilizam com regularidade do serviço de leito hospitalar apenas no período noturno.

I

Incidência: número de casos novos de uma doença, ocorridos em uma população, em particular durante um período específico de tempo.

Indicadores de qualidade: instrumentos que permitem a avaliação da assistência de Enfermagem, tais como: sistematização da assistência de Enfermagem; taxa de ocorrência de incidentes (iatrogenias); anotações de Enfermagem quanto à frequência e qualidade; taxa de absenteísmo; existência de normas e padrões da assistência de Enfermagem, entre outros.

Indicadores: instrumentos que permitem quantificar os resultados das ações. São indicadores que devem nortear o dimensionamento de pessoal do Hospital, quanto a: número de leitos, número de atendimentos, taxa de ocupação, média de permanência, paciente/dia, relação empregado/leito, dentre outros.

Índice de Segurança Técnica: destina-se à cobertura das ausências do trabalho, previstas ou não, estabelecidas em Lei.

Índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente e permite estimar seu prognóstico, calculado de acordo com os sistemas de classificação de severidade utilizado.

Índice: razão entre determinados valores. Designam um valor comparativo instituído por fato ou medidas relacionadas.

Internação: admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou superior a 24 horas.

L

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 á 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)

Métodos de Trabalho: relacionam-se à maneira de organização das atividades de Enfermagem, podendo ser através do cuidado integral ou outras formas.

Missão: a razão de ser da instituição/empresa incorporada por todos os seus integrantes.

Modelo Assistencial: metodologia estabelecida na sistematização da assistência de Enfermagem (Art. 4º da Lei Nº 7.498/86 e Art. 3º do Dec. Nº 94.406/87).

Modelo Gerencial: compreende as atividades administrativas desenvolvidas pelos Enfermeiros nas unidades de serviço (Art. 3º da Lei Nº 7.498/86 e Art. 2º do Dec. Nº 94.406/87).

P

Política de pessoal: diretrizes que determinam as necessidades de pessoal, sua disponibilidade e utilização através do processo de recrutamento, seleção, contratação, desenvolvimento e avaliação, incluindo benefícios previstos na legislação e as especializações existentes.

Porte: determinado pela capacidade instalada de leitos, segundo definição do Ministério da Saúde.

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.

Programas: conjunto de atividades ordenadas para atingir objetivos específicos que signifiquem a utilização dos recursos combinados. Exemplo: Programa Integral de Saúde da Mulher, Programa de Transplante etc..

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 dispõem apenas dos leitos de observação.

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.

Prontuário médico: Documento constituído de formulários padronizados destinados ao registro da assistência prestada ao paciente.

R

Referência: ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. A referência sempre deveser feita após a constatação de incapacidade resolutive segundo as normas e mecanismos pré- estabelecidos.

Serviços: conjunto de especialidades médicas oferecidas à clientela, cujas características podem sofrer influência da entidade mantenedora, tempo de permanência, entre outras.

Sistema de classificação de pacientes:(por complexidade assistencial) é um método para determinar, validar e monitorar o cuidado individualizado do paciente, objetivando o alcance dos padrões de qualidade assistencial. (De Groot, H.A-J. Nurs. Adm. v.19, n.7, p.24-30, 1989).

T

Taxa (ou coeficiente de mortalidade): é a medida de freqüência de óbitos em uma determinada população durante um intervalo de tempo especifico. Ao se incluir os óbitos por todas as causa, tem-se o índice de mortalidade geral.

Taxa: relação percentual entre dois valores.

Terminologia em saúde: (Obra: Terminologia Básica – Auditoria e controle /, Controle, auditoria e avaliação SUS / SP). Conceitos utilizados no setor saúde, e presentes nesta pesquisa.

A N E X O S

ANEXO I - CONCEITUAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM (RESOLUÇÃO COFEN – 283/2004)

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 15%;

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, traumato - 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 e 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 em:

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 e Esterilização);
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.

e) Assistência Médica/ Assistência Hospitalar:

área de apoio diagnóstico e terapêutico;
área de apoio técnico;
área administrativa;
área de gerenciamento de pessoas;
áreas de apoio científico e formativo;
área de apoio administrativo.

ANEXO IV - FATORES DETERMINANTES DO MODELO DE DIMENSIONAMENTO

Considerando o hospital uma organização inserida no contexto de um sistema de saúde, e a fim 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 médicos-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;
- ✓ 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 (layout);
- ✓ tecnologia incorporada;
- ✓ estrutura organizacional;
- ✓ qualidade de assistência a ser prestada.

ANEXO V - LEGISLAÇÕES QUE FIXAM OS INDICADORES E PARÂMETROS UTILIZADOS NO PRESENTE ESTUDO

DECRETO

Decreto Nº 50.501, de 31 de janeiro de 2006: Fixa, para os órgãos e entidades que especifica, os limites máximos de plantões/mês das classes de Enfermeiro, Fisioterapeuta, Farmacêutico e Auxiliar de Enfermagem e dá providências correlatas.

Decreto Nº 52.658 de 23 de janeiro de 2008: introduz medidas desburocratizantes na recepção de documentos no âmbito de Administração Pública do estado de São Paulo.

DELIBERAÇÃO

Deliberação Nº 008, de 04 de abril de 2002 – Conselho nacional de saúde: O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Décima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de abril de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 DELIBERA: Aprovar preliminarmente a aplicação dos parâmetros propostos pela SAS/MS.

LEIS

Lei Nº 3.999 - de 15 de dezembro de 1961 dou de 21/12/61: Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.

Lei Nº 14.413, de 31 de maio de 2007 (Projeto de Lei Nº 920/97, do Vereador Carlos Neder - PT): Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no município e dá outras providências.

Plano Geral de Cargos de que trata a Lei Complementar Nº 712/93: Os vencimentos e salários dos servidores, titulares de cargos/ocupantes de funções-atividade da Administração Direta, bem como das Autarquias, são fixados por escalas previstas nos sistemas retributórios das diversas classes existentes no serviço público estadual.

Lei Complementar Nº 674, de 8 de abril de 1992; Institui Plano de Cargos, Vencimentos e Salários para a Secretaria da Saúde e Autarquias a ela vinculadas, bem como institui o Sistema de Gratificações da Saúde para os servidores que especifica e dá outras providências.

NORMAS

Norma Regulamentadora 32 - NR-32: Estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral

Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar): Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

NR 4 da Portaria SSMT Nº 34/87 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO (104.000-6)

PORTARIAS

Portaria SAS/MS Nº 123 de 28/02/05: Normas de classificação e credenciamento de unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular.

Portaria Nº 2.224/GM em 5 de dezembro de 2002: Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

Portaria Nº 251/GM, em 31 de janeiro de 2002: Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

Portaria Nº 1169/GM Em 15 de junho de 2004: Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências.

Portaria MS/GM 1101 de 12 de junho de 2002: Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Portaria MS 2.616 / 98, que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição a Portaria MS 930 / 92.

Portaria CVS-9, de 16-3-94: Dispõe sobre as condições ideais de transporte e atendimentos de doentes em ambulâncias.

RESOLUÇÃO

Resolução Nº 397, de 11 ago 1995: Dispõe sobre a fiscalização do cumprimento do Salário Mínimo Profissional.

GERAL

Estatísticas da Saúde - Assistência Médico - Sanitária 2005

Material fornecido pela Secretaria da Saúde do estado de São Paulo

Anexo I – Normas de classificação e credenciamento de unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular da Portaria SAS/MS Nº 210 de 15 de junho de 2004 – Ministério da Saúde

Portaria Nº 1169/GM de 15 de junho de 2004 – Ministério da Saúde

Portaria Nº 251/GM de 31 de janeiro de 2002 – estabelece diretrizes e normas para assistência hospitalar em Psiquiatria

Resolução CREMESP Nº 170/2007 de 22 de novembro de 2008

Resolução COFEN Nº 293/2004

Decreto Nº 52.658 de 23 de janeiro de 2008

Soma SUS – endereço eletrônico (somasus@saude.gov.br)

ANEXO VI - LEGISLAÇÕES REFERENTES ÀS CLASSES PROFISSIONAIS CITADAS NO PRESENTE ESTUDO

ADMINISTRADOR

Lei Nº 4.769, de 9 de setembro de 1965 - Dispõe sobre o exercício da profissão de técnico de administração, e dá outras providências. A Lei Nº 4.769/65 sofreu alterações pelas Leis Nº 6.642/79 e 8.873/94.

Decreto Nº 61.934, de 22 de dezembro de 1967 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de Técnico de Administração e a constituição dos Conselhos Federal e Regionais de Técnicos de Administração, de acordo com a Lei Nº 4.769/65, e dá outras providências.

Portaria: nº. 2.225/GM em 05 de dezembro de 2002 - Estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, sem prejuízo de outras que venham a ser consideradas necessárias em cada instituição, em decorrência de regulamentos específicos ou exigências legais, e critérios de qualificação profissionais exigíveis para o exercício de funções nestas direções, de acordo com o Porte do hospital segundo sua classificação atribuída conforme os critérios do Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

ASSISTENTE SOCIAL

Lei Nº 8.662, de 07 de junho de 1993 - Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

BIÓLOGO

Decreto Nº 88.438, de 28 de junho de 1983 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de Biomédico de acordo com a Lei Nº 6.684, de 03 de setembro de 1979 e de conformidade com a alteração estabelecida pela Lei Nº 7.707, de 30 de agosto de 1982.

BIOMÉDICO

Decreto Nº 88.439, de 28 de junho de 1983 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de Biomédico de acordo com a Lei Nº 6.684, de 03 de setembro de 1979 e de conformidade com a alteração estabelecida pela Lei Nº 7.707, de 30 de agosto de 1982.

CCI

Portaria MS/GM Nº 2.261, de 23 de novembro de 2005 – Dispõe sobre as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, de acordo com a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005.

ENFERMAGEM

Lei Nº 5.905, de 12 de julho de 1973 - Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.

Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

Decreto Nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei Nº 7.498/86 que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN Nº 311/2007: Revoga a Resolução COFEN Nº 240/2000

Resolução COFEN Nº 293/2004: Estabelecer, na forma desta Resolução e de seus anexos I, II, III e IV, os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde.

Resolução COFEN- 293/2004: Estabelece parâmetros para Dimensionamento do Quatro de Profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde.

* O parágrafo único do art. 23 da Lei Nº 7.498/86 foi alterado pela Lei Nº 8.967, de 28/12/94.

* A Lei Nº 7.498/86 estabelece que o exercício da enfermagem é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro.

ENGENHEIRO/ ARQUITETO/ AGRÔNOMO

Lei Nº 5.194, de 24 de dezembro de 1966 - Regula o exercício das profissões de Engenheiro, Arquiteto e Engenheiro Agrônomo e dá outras providencias.

Lei Nº 8.195, de 26 de junho de 1991 - Altera a Lei Nº 5.194/66.

* O Decreto Nº 241/67, incluiu entre as profissões cujo exercício é regulado pela Lei Nº 5.194/66, a profissão de engenheiro de operação.

* A Resolução CFEAA Nº 313/86, de 26 de setembro de 1986, do Conselho federal de Engenharia, Arquitetura e Agronomia, dispõe sobre o exercício profissional dos Tecnólogos das áreas submetidas á regulamentação e fiscalização instituídas pela Lei Nº 5.194/66. A relação das áreas especificadas na referida Resolução encontra-se no Anexo IV deste documento.

LEI Nº 4.950-A, DE 22 DE ABRIL DE 1966: 1ºO salário-mínimo dos diplomados pelos cursos regulares superiores mantidos pelas Escolas de Engenharia, de Química, de Arquitetura, de Agronomia e de Veterinária é o fixado pela presente Lei.

ESTATÍSTICO

Lei Nº 4.739, de 15 de julho de 1965 - Dispõe sobre o exercício da profissão de Estatístico e dá outras providências.

Decreto Nº 62.497, de 05 de abril de 1968 - Regulamenta o exercício da profissão de Estatístico.

* A redação dos artigos 50,51,52 e 53 do Decreto Nº 62.497/68, foi dada pelo Decreto Nº 80.404/77.

FARMACÊUTICO

Decreto Nº 85.878, de 9 de abril de 1981 – Regulamenta a Lei Nº 3.820/60.

*Alterações: Lei Nº 9.120/95; Lei Nº 4.817 e Lei Nº 5.724/71.

FISIOTERAPEUTA E TERAPEUTA OCUPACIONAL

Decreto-Lei Nº 938, de 13 de outubro de 1969 - Prevê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências.

LEI Nº 8.856. DE 1º DE MARÇO DE 1994 - Fixa a jornada de trabalho dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

FONOAUDIÓLOGO

Lei Nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981 - Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências.

Decreto Nº 87.218, de 31 de maio de 1982 - Regulamenta a Lei Nº 6.965/81 - Alterações: Lei Nº 9.9098/95

MÉDICO

Lei Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 - Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.

Decreto Nº 44.045, de 19 de julho de 1958 - Aprova o regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se refere à Lei Nº 3.268/57.

Lei Nº 6.932, de 07 de julho de 1981 - Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

Resolução CREMESP Nº 170, de 6 de novembro de 2007: Define e regulamenta as atividades das Unidades de Terapia Intensiva.

Resolução CREMESP Nº 74, de 25 de junho de 1996: Em toda Unidade de Saúde na qual existam pacientes em sistema de internação ou observação é obrigatória ter pelo menos um médico presente no local as 24 (vinte e quatro) horas do dia, capacitado a executar manobras de reanimação e de suporte vital.

PORTARIA Nº 3432 12 DE AGOSTO DE 1998 - Estabelecimentos de critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI

LEI Nº 3.999 - DE 15 DE DEZEMBRO DE 1961 - DOU DE 21/12/61: Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.

NUTRICIONISTA

Lei Nº 6.583, de 20 de outubro de 1978 - Cria os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, regula o seu funcionamento, e dá outras providências.

Decreto Nº 84.444, de 31 de janeiro de 1980 - Regulamenta a Lei Nº 6.583/78.

Lei Nº 8.234, de 17 de setembro de 1991 - Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências.

Resolução CFN Nº 380/2005: Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências.

Os §8 e §10 do art. 20, da Lei Nº 6.583/78 foram revogados pela Lei Nº 9.098, de 20 de setembro de 1995.

ODONTOLOGIA

Lei Nº 5.081, de 24 de agosto de 1966 - Regula o exercício da odontologia.

Decreto Nº 68.704, de 04 de junho de 1971 - Regulamenta a Lei Nº 4.324/64.

Portaria: nº. 648, de 28 de março de 2006/ GM - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Portaria nº. 1570/GM em 29 de julho de 2004 - Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Portaria nº. 673/GM em 3 de junho de 2003 - Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB.

PSICOLOGIA

Lei Nº 4.119, de 27 de agosto de 1962 - Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo.

Lei Nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971 - Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências.

Decreto Nº 79.822, de 17 de junho de 1977 - Regulamenta a Lei Nº 5.766/71.

SERVIÇOS DE LAVANDERIA

Prestação de serviços de lavanderia hospitalar – Secretaria da Gestão Pública. Versão Novembro/07 – Rev.03 – Dez/07

Prestação de serviços de limpeza hospitalar – Secretaria da Gestão Pública. Versão Fev/08 - Rev. 05 – Abr/08

TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA

Lei Nº 6.710, de 05 de novembro de 1979 - Dispõe sobre a profissão de Técnico em prótese Dentária e determina outras providencias.

Decreto Nº 87.689, de 11 de outubro de 1982 - Regulamenta a Lei Nº 6.710/79

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

Lei Nº 7.394, de 29 de outubro de 1985 - Regula o exercício da profissão de Técnico em radiologia e dá outras providências. - Decreto Nº 92.790, de 17 de junho de 1986 - regulamenta a Lei Nº 7.394/85.

ANEXO VII – DEFINIÇÃO DE PROFISSÕES

ADMINISTRADOR

Planejam, organizam, controlam e assessoram as organizações nas áreas de recursos humanos, patrimônio, materiais, informações, financeira, tecnológica, entre outras; implementam programas e projetos; elaboram planejamento organizacional; promovem estudos de racionalização e controlam o desempenho organizacional. Prestam consultoria administrativa a organizações e pessoas.

ADMINISTRADOR DE AMBULATÓRIO

Planejam, coordenam e avaliam ações de saúde; definem estratégias para unidades de saúde; administram recursos financeiros; gerenciam recursos humanos e coordenam interfaces com entidades sociais e profissionais.

ANALISTA DE SISTEMA

Desenvolvem e implantam sistemas informatizados dimensionando requisitos e funcionalidade do sistema, especificando sua arquitetura, escolhendo ferramentas de desenvolvimento, especificando programas, codificando aplicativos. Administram ambiente informatizado, prestam suporte técnico ao cliente e o treinam, elaboram documentação técnica. Estabelecem padrões, coordenam projetos e oferecem soluções para ambientes informatizados e pesquisam tecnologias em informática.

BIOENGENHEIRO

Colaborar com outros profissionais (engenheiro, arquiteto, decorador, vitrinista, paisagista).

Consertam e instalam aparelhos eletrônicos, desenvolvem dispositivos de circuitos eletrônicos, fazem manutenções corretivas, preventivas e preditivas, sugerem mudanças no processo de produção, criam e implementam dispositivos de automação. Treinam, orientam e avaliam o desempenho de operadores.

Estabelecem comunicação oral e escrita para agilizar o trabalho, redigem documentação técnica e organizam o local de trabalho. Podem ser supervisionados por

engenheiros eletrônicos. Consertam e instalam aparelhos eletrônicos, desenvolvem dispositivos de circuitos eletrônicos, fazem manutenções corretivas, preventivas e preditivas, sugerem mudanças no processo de produção, criam e implementam dispositivos de automação.

Treinam, orientam e avaliam o desempenho de operadores. Estabelecem comunicação oral e escrita para agilizar o trabalho, redigem documentação técnica e organizam o local de trabalho. Podem ser supervisionados por engenheiros eletrônicos.

BIOQUÍMICO

Estuda aspectos bioquímicos, biofísicos e moleculares

Extraí materiais bioquímicos, genéticos, hormonais e citológicos da amostra
Farmacêutico bioquímico Pesquisar materiais bioquímicos, genéticos, hormonais e citológicos da amostra Realizar análises de controle físico, químico, bioquímico e microbiológico nas fases dos processos

Trabalham em laboratórios clínicos, em hospitais e em serviços de saúde pública. São empregados assalariados, com carteira assinada, que trabalham em ambientes fechados, por rodízio de turnos.

Via de regra, trabalham individualmente com supervisão de profissionais de nível superior, tais como bioquímicos. Podem permanecer em posições desconfortáveis, por longos períodos. Em algumas das atividades exercidas sofrem exposição a material tóxico, radiação, altas temperaturas e risco biológico. Técnicos e auxiliares técnicos em patologia clínica

Coletam, recebem e distribuem material biológico de pacientes. Preparam amostras do material biológico e realizam exames conforme protocolo. Operam equipamentos analíticos e de suporte. Executam, checam, calibram e fazem manutenção corretiva dos equipamentos. Administram e organizam o local de trabalho. Trabalham conforme normas e procedimentos técnicos de boas práticas, qualidade e biossegurança.

Mobilizam capacidades de comunicação oral e escrita para efetuar registros, dialogar com a equipe de trabalho e orientar os pacientes quanto à coleta do material biológico.

DENTISTA – CLÍNICO GERAL

Atendem e orientam pacientes e executam tratamento odontológico, realizando, entre outras atividades, radiografias e ajuste oclusal, aplicação de anestesia, extração de dentes, tratamento de doenças gengivais e canais, cirurgias bucomaxilofaciais, implantes, tratamentos estéticos e de reabilitação oral, confecção de prótese oral e extra-oral. Diagnosticam e avaliam pacientes e planejam tratamento. Realizam auditorias e perícias odontológicas, administram local e condições de trabalho, adotando medidas de precaução universal de biossegurança. Podem desenvolver pesquisas na prática odontológica e integrar comissões de normatização do exercício da profissão.

AUXILIAR DE DENTISTA

Planejam o trabalho técnico-odontológico, de nível médio, em consultórios, clínicas, laboratórios de prótese e em órgãos públicos de saúde. Previnem doença bucal participando de projetos educativos e de orientação de higiene bucal. Confeccionam e reparam próteses dentárias humanas, animais e artísticas. Executam procedimentos odontológicos sob supervisão do cirurgião dentista. Administram pessoal e recursos financeiros e materiais. Mobilizam capacidades de comunicação em palestras, orientações e discussões técnicas. As atividades são exercidas conforme normas e procedimentos técnicos e de biossegurança.

DIGITADOR

Organizam a rotina de serviços e realizam entrada e transmissão de dados, operando teleimpressoras e microcomputadores; registram e transcrevem informações, operando máquinas de escrever; atendem necessidades do cliente interno e externo. Supervisionam trabalho e equipe e negociam serviço com cliente. Trabalham em serviços de apoio administrativo nos mais variados ramos de atividade, em serviços de informática e de correio. São assalariados, com carteira assinada, exceto o digitador que

pode trabalhar por conta-própria. Atuam de forma individual e em equipe, sob supervisão, em ambiente fechado e em sistema de rodízio de turnos.

ENFERMEIRO

Prestam assistência ao paciente e/ou cliente em clínicas, hospitais, ambulatórios, transportes aéreos, navios, postos de saúde e em domicílio, realizando consultas e procedimentos de maior complexidade e prescrevendo ações; coordenam e auditam serviços de enfermagem, implementam ações para a promoção da saúde junto à comunidade. Podem realizar pesquisas. Atuam nas áreas de saúde e serviços sociais. São empregados com registro em carteira, trabalham em equipe, em ambientes fechados e com revezamento de turnos (diurno/noturno). Os profissionais são predominantemente do sexo feminino, porém o número de profissionais do sexo masculino tem aumentado. São expostos a riscos biológicos e, com exceção dos Enfermeiros sanitaristas e do trabalho, a materiais tóxicos, radiações e estresse decorrente de lidar com vida humana.

Condições do Trabalho desempenham atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência médica, embarcações e domicílios; atuam em cirurgia, terapia, puericultura, pediatria, psiquiatria, obstetrícia, saúde ocupacional e outras áreas; prestam assistência ao paciente, atuando sob supervisão de enfermeiro; desempenham tarefas de instrumentação cirúrgica, posicionando de forma adequada o paciente e o instrumental, o qual passa ao cirurgião; organizam ambiente de trabalho, dão continuidade aos plantões. Trabalham em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança. Realizam registros e elaboram relatórios técnicos; comunicam-se com pacientes e familiares e com a equipe de saúde.

ENGENHEIRO

A construção civil adota, regra geral, gestão por projetos, onde os gerentes de obras desempenham atividades de controle, de suprimentos, de pessoal, de planejamento etc. Geralmente, estão subordinados à diretoria e são responsáveis por uma ou mais obras. Em cada obra existem engenheiros supervisores residentes, administrativos etc. O número de supervisores varia em função do porte da obra. Em grandes empresas pode existir mais de um gerente de obras, como também pode haver

um nível de alta gerência (diretores) ou gerência regional. As ocupações da família requerem como escolaridade mínima o superior completo, sendo freqüente profissionais com cursos de pós-graduação e especialização. Normalmente são engenheiros e profissionais com conhecimento teórico necessário para desenvolver pesquisas em engenharia e tecnologia como, por exemplo, química, física e matemática. Habitualmente, os pesquisadores titulares têm, no mínimo, cinco anos de experiência na área.

Atuam em empresa dos serviços de eletricidade, gás e água quente como empregados com carteira assinada. Organizam-se em equipe, sob supervisão permanente de técnicos e engenheiros, em locais fechados ou abertos e no sistema de rodízio de turnos. Trabalham sob pressão, em grandes alturas, em posições desconfortáveis e em locais subterrâneos ou confinados. Podem permanecer expostos a materiais tóxicos, radiação, altas temperaturas e riscos de choque elétrico e explosão.

Atuam em empresas de serviços de saúde e de fabricação de equipamentos e instrumentos médico-hospitalares. Trabalham como assalariados, com registro em carteira e se organizam em equipe no trabalho, sob supervisão ocasional de engenheiros. O local de trabalho é fechado e o horário, diurno. Em algumas atividades podem estar sujeitos à exposição de radiação e contaminação e à pressão de trabalho que pode levar ao estresse.

Atuam em empresas de transporte aéreo e atividades afins, geralmente como assalariados, com registro em carteira. Atuam em equipe, sob supervisão de um engenheiro. Podem trabalhar em locais fechados ou abertos, em horários irregulares, por rodízio de turnos ou em locais fora da base aérea, em atendimento de emergência. Podem permanecer em posições desconfortáveis por longos períodos; estão sujeitos ao trabalho sob pressão e expostos a materiais tóxicos, radiação e ruídos intensos.

Atuam em indústrias extrativas de carvão mineral, petróleo, gás natural, minerais metálicos e outros minerais e, também, em indústrias de captação, purificação e distribuição de água. Podem trabalhar em ambientes fechados, abertos ou em veículos em horários irregulares ou por rodízio de turnos. Estão sujeitos ao trabalho confinado ou em locais subterrâneos. Frequentemente, trabalham em posições desconfortáveis, por longos períodos, expostos à radiação, altas ou baixas temperaturas, ruído intenso e material tóxico. São empregados assalariados, com

carteira de trabalho assinada, que se organizam em equipes de cooperação, sob supervisão ocasional de engenheiros.

Atuam na fabricação de máquinas para escritório, equipamentos de informática, aparelhos e materiais eletroeletrônicos, aparelhos e equipamentos de comunicação, equipamentos de instalações médico-hospitalares, de precisão e óticos, e empresas de telecomunicações. Trabalham com carteira assinada, supervisionando células de produção ou postos de trabalho, sob orientação de técnicos ou engenheiros.

Atuam na fabricação de produtos químicos como trabalhadores assalariados com carteira assinada e sob supervisão permanente. O trabalho é realizado em equipe, em ambiente fechado e, eventualmente, sujeito à exposição de materiais tóxicos e radiação. Os Pirotécnicos trabalham em rodízio de turnos e permanecem, durante longos períodos, em posições desconfortáveis. Os Trabalhadores da fabricação de munição e explosivos cumprem jornada diurna, ficam expostos a ruído intenso e altas temperaturas e atuam sob supervisão direta de técnicos e engenheiros da área química ou de segurança do trabalho, seguindo normas rígidas de segurança e controle de material.

Atuam na fabricação de produtos químicos e de artigos de borracha e plástico como empregados com carteira assinada. Organizam-se em equipe, sob supervisão permanente de técnicos ou engenheiros e no sistema de rodízio de turnos. Podem trabalhar em ambientes fechados ou a céu aberto, em grandes alturas ou em locais confinados. Em algumas atividades permanecem expostos a materiais tóxicos, ruído intenso, altas temperaturas, radiação e voltagem elevada.

Atuam na fabricação de produtos químicos, coque, refino de petróleo, combustíveis nucleares e álcool como assalariados com carteira assinada. Organizam-se em equipe, sob supervisão ocasional dos engenheiros. Podem trabalhar em locais fechados, a céu aberto ou em veículos, por rodízio de turnos, em ambiente confinado, subterrâneo ou em grandes alturas. Em algumas atividades permanecem expostos a materiais tóxicos, ruído intenso, altas temperaturas, radiação, vibração e partículas de suspensão. Atuam de forma ampla e variada e são conhecidos, em seu meio, como profissionais com habilidades diferenciadas (multi-skill). Atuam nas empresas dos serviços de eletricidade, gás e água quente, captação, purificação e distribuição de água e de limpeza urbana, esgoto e atividades conexas. São empregados com carteira

assinada e organizam-se por equipes de operação, sob a supervisão ocasional dos engenheiros. Trabalham predominantemente no período diurno e podem atuar em locais abertos, fechados ou em veículos. No desenvolvimento de algumas atividades permanecem expostos à ação de materiais tóxicos, ruído intenso, altas temperaturas, aerodispersóides, agentes biológicos e altas pressões. Atuam nas indústrias de fabricação de máquinas, equipamentos e produtos de metal, metalurgia básica, fabricação de máquinas, aparelhos e materiais, fabricação e montagem de veículos automotores. São empregados com carteira assinada, trabalham supervisionando diretamente uma equipe de trabalhadores de chão-de-fábrica, sob supervisão ocasional de engenheiros, em ambiente fechado e em rodízio de turnos diurno/noturno. Eventualmente, trabalham em posições desconfortáveis durante longos períodos, sob pressão, levando a situação de estresse, e em grandes alturas, como é o caso do Mestre de caldeiraria. Podem ser expostos a materiais tóxicos, ruído intenso e, particularmente, no caso do mestre de fundição, a radiação e altas temperaturas. Atuam principalmente nas indústrias de equipamentos de transporte e automobilística, indústrias de produtos metálicos e na construção civil. Podem trabalhar por conta própria, como autônomos ou como assalariados, com registro em carteira. Normalmente trabalham em equipe, sob supervisão permanente de engenheiros e podem supervisionar tarefas realizadas por operários especializados do setor. Algumas das atividades exercidas estão sujeitas a altas temperaturas, ruído intenso e material tóxico, em outras atividades trabalham com sobrecarga horária de trabalho, principalmente em finalização de produtos sobre encomenda e obras.

Auxiliam arquitetos e engenheiros no desenvolvimento de projetos de construção civil e arquitetura; aplicam as normas de saúde ocupacional NR-9, NR-15 e NR-17; apóiam a coordenação de equipes; auxiliam a engenharia na coordenação de projetos; pesquisam novas tecnologias de produtos e processos; projetam obras de pequeno porte, coletando dados, elaborando ante projetos, desenvolvendo projetos, dimensionando estruturas e instalações, especificando materiais, detalhando projetos executivos e atualizando projetos conforme obras; detalham projetos de grande porte.

Auxiliam geólogos e engenheiros nos trabalhos de prospecção de recursos minerais. Coletam amostras e processam dados geológicos, geofísicos e geoquímicos. Preparam amostras minerais e monitoram processos de análises laboratoriais. Identificam áreas de potencial mineral por meio de levantamentos topográficos,

geológicos e cartográficos. Controlam a qualidade de frente de lavra e participam de estudos de impacto ambiental.

Auxiliam os engenheiros em projetos, programas, controle, instalação e manutenção de sistemas de automação. Analisam especificações para aquisição de componentes e equipamentos. Atuam em equipe, podendo coordená-la.

FARMACÊUTICO HOSPITALAR

Realizam tarefas específicas de desenvolvimento, produção, dispensação, controle, armazenamento, distribuição e transporte de produtos da área farmacêutica tais como medicamentos, alimentos especiais, cosméticos, imunobiológicos, domissanitários e insumos correlatos. Realizam análises clínicas, toxicológicas, físicoquímicas, biológicas, microbiológicas e bromatológicas; participam da elaboração, coordenação e implementação de políticas de medicamentos; exercem fiscalização sobre estabelecimentos, produtos, serviços e exercício profissional; orientam sobre uso de produtos e prestam serviços farmacêuticos. Podem realizar pesquisa sobre os efeitos de medicamentos e outras substâncias sobre órgãos, tecidos e funções vitais dos seres humanos e dos animais.

FAXINEIRO

O acesso às ocupações de Faxineiro e Limpador de vidros é livre. O exercício das ocupações de Coletor de lixo e Gari requer quarta série do ensino fundamental e a ocupação de Trabalhador de serviços de manutenção de edifícios e logradouros tem como requisito o ensino fundamental completo. O exercício pleno das atividades ocorre após um a dois anos de experiência. Conservam a limpeza de logradouros públicos por meio de coleta de lixo, varreções, lavagens, pintura de guias, aparo de gramas etc. Lavam vidros de janelas e fachadas de edifícios e limpam recintos e acessórios dos mesmos. Executam instalações, reparos de manutenção e serviços de manutenção em dependências de edificações. Atendem transeuntes, visitantes e moradores, prestando-lhes informações. Zelam pela segurança do patrimônio e das pessoas, solicitando meios e tomando providências para a realização dos serviços.

FISIOTERAPEUTA

Atendem pacientes e clientes para prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia, terapia ocupacional e ortoptia . Habilitam pacientes e clientes; realizam diagnósticos específicos; analisam condições dos pacientes e clientes. Orientam pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis; avaliam baixa visão; ministram testes e tratamentos ortópticos no paciente. Desenvolvem programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida; exercem atividades técnico-científicas; administram recursos humanos, materiais e financeiros e executam atividades administrativas.

FONOAUDIÓLOGO

Atendem pacientes e clientes para prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas utilizando protocolos e procedimentos específicos de fonoaudiologia. Tratam de pacientes e clientes; efetuam avaliação e diagnóstico fonoaudiológico; orientam pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis; desenvolvem programas de prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida; exercem atividades administrativas, de ensino e pesquisa; administram recursos humanos, materiais e financeiros.

JARDINEIRO

Jardineiro (árvores para ornamentação urbana) O exercício das ocupações requer ensino fundamental (jardineiro e trabalhador na produção de mudas e sementes) e até quarta série do mesmo nível (caseiro e trabalhador volante da agricultura). A qualificação é obtida na prática, exceto o trabalhador na produção de mudas e sementes, que demanda curso básico profissionalizante de até duzentas horas-aula. O pleno desempenho das atividades ocorre após alguns meses de prática (caseiro e trabalhador volante) e de um a dois anos para os demais.

MOTORISTA

Atuam predominantemente nas atividades anexas e auxiliares do transporte, porém podem trabalhar de forma indistinta nas diversas atividades econômicas. São empregados com carteira assinada, exceto o motorista de táxi, que trabalha como autônomo ou por conta-própria. O trabalho é realizado de forma individual, em veículos, em horários irregulares, sob supervisão permanente (motorista de furgão ou veículo

similar e motorista de carro de passeio) ou sob supervisão ocasional (motorista de táxi). Trabalham sob pressão, o que pode levá-los à situação de estresse constante, e ficam expostos a ruído intenso. Assessoram os executivos no desempenho de suas funções, gerenciando informações, auxiliando na execução de suas tarefas administrativas e em reuniões, marcando e cancelando compromissos. Coordenam e controlam equipes (pessoas que prestam serviços a secretária: auxiliares de secretária, office-boys, copeiras, motoristas) e atividades; controlam documentos e correspondências. Atendem clientes externos e internos; organizam eventos e viagens e prestam serviços em idiomas estrangeiros. Podem cuidar da agenda pessoal dos executivos. Administram e controlam a frota de veículos no transporte rodoviário de cargas e passageiros. Supervisionam atividades de motoristas e auxiliares; checam e inspecionam documentação de motoristas e de veículos. Supervisionam embarque e desembarque de cargas e passageiros; inspecionam condições do veículo e da carga; preenchem e emitem documentos fiscais e de controle. Programam e controlam horários e gastos de viagens. Providenciam atendimento e assistência às vítimas e seus parentes, em caso de acidente, e acionam serviços de apoio e órgãos oficiais. Advertir motoristas e auxiliares (por escrito e verbalmente)

NUTRICIONISTA

Atuam nas seguintes áreas: alimentação coletiva (creches, escolas, cesta básica, hotelaria, convênio-refeição, restaurante comercial, restaurante industrial e concessionárias, gastronomia, catering); clínica (hospitais, spa, lactário, ambulatório, consultório, banco de leite, atendimento domiciliar, estética); esporte; saúde coletiva (programas institucionais, unidades primárias de saúde); saúde pública (vigilância sanitária e vigilância institucional); marketing (atendimento ao consumidor e cozinha experimental); indústria de alimentos; consultoria/assessoria. São assalariados, organizam-se em equipe multidisciplinar e interdisciplinar e trabalham sem supervisão. Executam seu trabalho em ambiente fechado e em horário diurno, podendo, em alguns casos, trabalhar em horário irregular. Estão sujeitos a trabalho sob pressão, levando situação de estresse, a posições desconfortáveis durante longos períodos e podem ser expostos a ruído intenso, altas temperaturas, risco ambiental e insalubridade. Existe uma nova tendência em nutrição, que diz respeito à nutrição animal. Trata-se de um trabalho multiprofissional, ligado à gestão ambiental, onde o nutricionista trabalha com

questões do desperdício e de rastreabilidade de doenças animais, principalmente de animais silvestres.

PORTEIRO

Zelam pela guarda do patrimônio e exercem a vigilância de fábricas, armazéns, residências, estacionamentos, edifícios públicos, privados e outros estabelecimentos, percorrendo-os sistematicamente e inspecionando suas dependências, para evitar incêndios, roubos, entrada de pessoas estranhas e outras anormalidades; controlam fluxo de pessoas, identificando, orientando e encaminhando-as para os lugares desejados; recebem hóspedes em hotéis; escoltam pessoas e mercadorias; fazem manutenções simples nos locais de trabalho.

PROGRAMADOR

Desenvolvem sistemas e aplicações, determinando interface gráfica, critérios ergonômicos de navegação, montagem da estrutura de banco de dados e codificação de programas; projetam, implantam e realizam manutenção de sistemas e aplicações; selecionam recursos de trabalho, tais como metodologias de desenvolvimento de sistemas, linguagem de programação e ferramentas de desenvolvimento. Planejam etapas e ações de trabalho.

PSICÓLOGO

Encaminhar alunos para profissionais de apoio (psicólogos, pedagogos, fonoaudiólogos)

NEUROPSICÓLOGO

Os profissionais dessa família ocupacional atuam, principalmente, em atividades ligadas a saúde, serviços sociais e pessoais e educação. Podem trabalhar como autônomos e/ou com carteira assinada, individualmente ou em equipes. É comum os psicólogos clínico, hospitalar, social e neuropsicólogos trabalharem com supervisão. Têm como local de trabalho ambientes fechados ou, no caso dos neuropsicólogos e psicólogos jurídicos, pode ser a céu aberto. Os psicólogos clínicos, sociais e os psicanalistas, eventualmente, trabalham em horários irregulares. Alguns deles trabalham sob pressão, em posições desconfortáveis durante longos períodos, confinados

(psicólogos clínicos e sociais) e expostos a radiação (neuropsicólogo) e ruídos intensos. A ocupação psicanalista não é uma especialização, é uma formação, que segue princípios, processos e procedimentos definidos pelas instituições reconhecidas internacionalmente, podendo o psicanalista ter diferentes formações, como: psicólogo, psiquiatra, médico, filósofo etc. **Condições do Trabalho** Para os trabalhadores dessa família é exigido o nível superior completo e experiência profissional que varia segundo a formação. Para os psicólogos, de um modo geral, pede-se de um a quatro anos, como é o caso do psicólogo clínico. Para o psicanalista é necessário, no mínimo, cinco anos de experiência. Os cursos de qualificação também variam de cursos básicos de duzentas a quatrocentas horas-aula, como no caso do psicólogo hospitalar, mais de quatrocentas horas-aula para os psicólogos jurídicos, psicanalistas e neuropsicólogos, até cursos de especialização para os psicólogos clínicos e sociais. A formação desses profissionais é um conjunto de atividades desenvolvidas por eles, mas os procedimentos são diferentes quanto a aspectos formais relacionados às instituições que os formam.

PSICÓLOGO HOSPITALAR

Estudam, pesquisam e avaliam o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais de indivíduos, grupos e instituições, com a finalidade de análise, tratamento, orientação e educação; diagnosticam e avaliam distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões e acompanhando o(s) paciente(s) durante o processo de tratamento ou cura; investigam os fatores inconscientes do comportamento individual e grupal, tornando-os conscientes; desenvolvem pesquisas experimentais, teóricas e clínicas e coordenam equipes e atividades de área e afins.

TÉCNICOS EM EQUIPAMENTOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS

Preparam materiais e equipamentos para exames e radioterapia; operam aparelhos médicos e odontológicos para produzir imagens e gráficos funcionais como recurso auxiliar ao diagnóstico e terapia. Preparam pacientes e realizam exames e radioterapia; prestam atendimento aos pacientes fora da sala de exame, realizando as atividades segundo boas práticas, normas e procedimento de biossegurança e código de conduta. Mobilizam capacidades de comunicação para registro de informações e troca de informações com a equipe e com os pacientes. Podem supervisionar uma equipe de trabalho.

TERAPEUTA OCUPACIONAL

Atendem pacientes e clientes para prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia, terapia ocupacional e ortopedia. Habilitam pacientes e clientes; realizam diagnósticos específicos; analisam condições dos pacientes e clientes. Orientam pacientes, clientes, familiares, e responsáveis; avaliam baixa visão; ministram testes e tratamentos ortopédicos no paciente. Desenvolvem programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida; exercem atividades técnico-científicas; administram recursos humanos, materiais e financeiros e executam atividades administrativas.

ANEXO X – SARATOGA INSTITUTE

A seguir alguns indicadores citados pelo Saratoga Institute:

Eficácia Organizacional

Faturamento Líquido por Empregado
 Faturamento Bruto por Empregado
 Custo + Despesa Operacional por Empregado
 Lucro Operacional por empregado
 Custos com Terceirização/Despesas (%)

Estrutura de RH

Despesa Total de RH / Despesas Gerais da Empresa
 Custo Total do Pessoal de RH / Despesas Gerais da Empresa
 Custo de Terceiros em RH / Despesas Gerais da Empresa
 Proporcionalidade em RH: Nº efetivo de RH / Total de Funcionários
 Concentração do Pessoal de RH (% nível operacional, tático e estratégico)
 Despesa por função de RH / Despesa Total em RH

Remuneração

Custo Total do Efetivo / Faturamento Líquido
 Custo Total do Efetivo / Faturamento Bruto
 Custo Total de Pessoas / Despesas
 Custo Total de Pessoas / Lucro Operacional
 Remuneração Variável / Salário Nominal
 Participação nos Resultados / Lucro Operacional
 Horas Extras / Salário Nominal

Benefícios

Custo de Benefícios / Faturamento Líquido
 Custo de Benefícios / Faturamento Bruto
 Custo de Benefícios / Despesas
 Custo Saúde / Custo Benefícios
 Custo de Benefícios por empregado
 Custo Saúde por empregado
 Custo de Benefícios / Salário Nominal

Custo e Previdência Privada / Salário Nominal

Absenteísmo / Rotatividade de Pessoal

Absenteísmo
Rotatividade de Pessoal
Desligamentos / Efetivo Total
Desligamentos Voluntários / Efetivo Total
Desligamentos Involuntários / Efetivo Total
Custo de Desligamentos

Recrutamento e Seleção

Admissão / Efetivo Total
Aproveitamento Interno / Vagas Preenchidas
Tempo para Preenchimento de vagas (dias)
Custo de Admissão
Custo de Admissão / Salários Admitidos
Estagiários / Efetivo Total
Aproveitamento de estagiários / Vagas para Estágio
Custo Programa de Estágio / Vagas para Estágio
Trainee / Efetivo Total
Custo Programa Trainee

Treinamento e Desenvolvimento

Investimento em T&D / Faturamento Líquido
Investimento em T&D / Despesas Gerais
Investimentos em Treinamento Técnico
Investimento em Desenvolvimento
Investimento em T&D / Remuneração
Horas de Treinamento por Empregado
Horas de Treinamento Técnico por Empregado
Horas de Desenvolvimento por Empregado

Saúde Ocupacional e Segurança

Custo Total de Acidentes e Doenças / Despesas
Custo de Prevenção de Acidentes e Doenças por Empregado
Custo com Ocorrência e Reabilitação de Acidentes e Doenças por Empregado

Acidentes de Trabalho
Acidentes de Trabalho com Afastamento
Gravidade de Acidentes
Doença Ocupacional

Relações Trabalhistas e Sindicais

Processos Trabalhistas / Efetivo Total
Custos Processos Trabalhistas / Despesas
Paralisações por Greve

Perfil dos Recursos Humanos

Idade da Força de Trabalho
Permanência Média na Empresa
Concentração de Pessoal (Especialistas, Engenheiros, Técnicos, Liderança, etc.)
Concentração Feminina
Impatriados
Expatriados
Formação Escolar
Idiomas