



## 04.05 Estimativa da necessidade de profissionais médicos de uma unidade; cálculo prático



Este texto tem por finalidade mostrar a necessidade de profissionais médicos e não médicos nas unidades hospitalares. Tendo como base estudos feitos pelos conselhos profissionais para um melhor atendimento a população.

**Autor: Andersom Messias Silva Fagundes**

*CoHCor - Hospital do Coração - SP*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### **Citación recomendada:**

Silva Fagundes A M. Estimativa da necessidade de pessoal medica de uma unidade; calculo pratico [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; Trabalho final de Master 2015 [consultado día mes año]. Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLINICA  
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD  
is licensed under a Creative Commons  
Reconocimiento- No comercial- Sin obra Derivada  
3.0 Unported License.



## RESUMO

Este texto tem por finalidade mostrar a necessidade de profissionais médicos e não médicos nas unidades hospitalares. Tendo como base estudos feitos pelos conselhos profissionais para um melhor atendimento a população.

Há algumas décadas, equivocadamente, o parâmetro utilizado para estimar a força de trabalho necessária a unidades hospitalares era o número de leitos. A partir da década de 1970, por "determinação" do desenvolvimento tecnológico, um novo

olhar se volta para as atividades hospitalares quando um grande número dessas atividades passou a ser realizada fora do leito, ou seja, na esfera ambulatorial.

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

Da mesma forma, a expansão das áreas de diagnóstico complementar, a utilização de novos equipamentos e procedimentos passaram a requerer um maior número de profissionais qualificados. Essa situação passou a exigir um novo parâmetro para estimar a força de trabalho que, a partir daí, não poderia mais ser determinada pelo número de leitos hospitalares. Novos estudos foram desenvolvidos desde então, e entre eles está a revisão da literatura pertinente, realizada pelo Departamento de Saúde da Universidade de Leeds, Inglaterra, em 2003, que aponta cinco sistemas de planejamento da força de trabalho como os mais utilizados e adequados, atualmente. Estudos voltados para o planejamento e gestão de recursos humanos em unidades hospitalares têm impacto direto não somente na produção de serviços, mas na qualidade do atendimento e determinam, ainda, ações e atividades para a gestão do trabalho e para o desenvolvimento de recursos humanos.

A metodologia adotada relaciona a capacidade instalada, o tempo de execução das atividades, carga horária e o quantitativo das categorias profissionais necessárias ao adequado atendimento das demandas. O estudo aponta como estratégico o correto dimensionamento das equipes de enfermagem, para se obter resultados de produtividade e qualidade, considerando as características de continuidade ininterrupta e diversidade das atividades desenvolvidas pelas categorias de enfermagem, além do seu expressivo peso no conjunto da força de trabalho da área de saúde. Como o resultado do setor saúde está diretamente vinculado ao desempenho e dedicação dos profissionais nele envolvidos, o levantamento de necessidades de pessoal dos hospitais irá subsidiar o planejamento, o desenvolvimento e a gestão dessa força de trabalho.

O setor de enfermagem é uma área que necessita de um grande contingente de profissionais, pela natureza do trabalho.

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

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

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

---

### **Regime de trabalho no hospital**

---

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

---

## **Jornada de trabalho por funcionários**

---

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

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

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

---

## **Taxa de cobertura de absenteísmo, de férias, e de chefias, direção e assistência:**

---

A cobertura do absenteísmo e de férias legais dos funcionários.

É dado por :

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

5% de absenteísmo ( percentual esperado de faltas )

Total = 13,33%

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

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

---

## **Índice de Segurança Técnico (IST)**

---

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

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

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

Cálculo, segundo MACHLINE:

8,33 % para cobrir as férias

3,33% para cobrir os feriados

5,00 % para cobrir ausências (faltas)

1,64 % para cobrir faltas abonadas

10 % para cobrir licenças

Total = 28, 3 %

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

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

---

### **Fórmula de cálculo do número de funcionários**

---

Temos a seguinte fórmula:

O tempo padrão unitário x unidades produzidas por dia x dias de trabalho por semana ÷ 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 recursos humanos:

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

---

## **INDICADORES GERAIS ENCONTRADOS E PARÂMETROS PROPOSTOS**

---

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

Classificação no Brasil dos hospitais por número de leitos:

**Porte Número de leitos** (Classificação mais utilizada no setor de saúde no Brasil, do Ministério da Saúde, presente nas publicações.)

Pequeno 5 a 50 leitos

Médio 51 a 150 leitos

Grande 151 a 300 leitos

Extra Mais de 300 leitos

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

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

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

- A) Em trabalho do Grupo de Assessoria Hospitalar<sup>48</sup>, encontramos os seguintes parâmetros gerais:

Funcionário /leito = 5,0 (excluindo médico)

Pessoal de enfermagem/leito = 2,2

Médico/leito = 1,0

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

O caso brasileiro o parâmetro mais encontrado é:

5 funcionários por leito ocupado – ajustado

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

Alguns autores utilizam o parâmetro de três funcionários por leito ocupado-ajustado.

A variação é explicada pelo padrão de qualidade dos serviços

oferecidos, e pelo atendimento ao SUS, que paga menos aos hospitais que os convênios realizados com planos de saúde, cooperativas ou seguradoras, obrigando os hospitais trabalharem com um quantitativo menor de recursos humanos. Nos dois parâmetros citados no caso brasileiro, não estão inclusos os médicos.

O Conselho Federal de Enfermagem publicou a Resolução 293/2004, que estabelece, os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde. Este dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas:

- I – à instituição/empresa: missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.
  
- II – ao serviço de Enfermagem: – Fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87); – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções COFEN e Decisões dos CORENs; – Aspectos técnico- administrativos: dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; padrões de desempenho dos profissionais; índice de segurança técnica (IST); taxa de absenteísmo (TA) e taxa ausência de benefícios (TB) da unidade assistencial; proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio, e indicadores de avaliação da qualidade da assistência.
  
- III – à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), realidade sócio-cultural e econômica.

Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de enfermagem por paciente, na assistência mínima ou autocuidado (PCM);
- 5,6 horas de enfermagem por paciente, na assistência intermediária (PCI);
- 9,4 horas de enfermagem por paciente, na assistência semi-intensiva (PCSI);
- 17,9 horas de enfermagem por paciente, na assistência intensiva (PCIt).

Pacientes de cuidados mínimos (PCM)/autocuidado: Paciente estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, e fisicamente autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Pacientes de cuidados intermediários (PCI): 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.

Pacientes de cuidados semi-intensivos (PCSI): Paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Pacientes de cuidados intensivos (PCIt): Paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

### **Considerando:**

Índice de segurança técnica – IST – 15 (nunca inferior)

Jornada semanal de trabalho – JST – Considerar 20; 24; 30; 32,5; 36 e 40 horas

Período de tempo: 4, 5 e 6 horas – PT Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem:

- Assistência mínima e intermediária, de 33 a 37% de enfermeiros e os demais são técnicos de enfermagem;
- Assistência semi-intensiva, de 42 a 46% de enfermeiros e os demais são técnicos e/ou auxiliares de enfermagem;
- Assistência intensiva, de 52 a 56% de enfermeiros, demais são técnicos de enfermagem

Para unidades especializadas, como psiquiatria e oncologia, deve-se classificar o paciente tomando como base as características assistenciais específicas, adaptando-as ao SCP.

O paciente especial ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada, deve ser classificado um nível acima no SCP, iniciando-se com cuidados intermediários.

Para berçário e unidade de internação em pediatria, caso não tenha acompanhante, a criança menor de seis anos e o recém-nascido devem ser classificados com necessidades de cuidados intermediários.

O paciente com demanda de cuidados intensivos deverá ser assistido em unidade com infraestrutura adequada e especializada para este fim.

O paciente crônico, com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado pelo SCP com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva deverá ser acrescido de 0,5 às horas de Enfermagem.

Cabe ao enfermeiro o registro diário da ausência ao serviço de profissionais de enfermagem; presença de crianças menores de 06 (seis) anos e de pacientes crônicos, com mais de 60 (sessenta) anos, sem acompanhantes; classificação dos pacientes segundo o SCP, unidades assistenciais.

Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.

## Bibliografias:

*Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário. Grupo de Assessoria Hospitalar. Parâmetros para o dimensionamento de recursos humanos em hospitais gerais. São Paulo. 1992. p. 16.*

*MACHLINE, op. cit., .p.16.*

*Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Documentos Básicos. Resolução COFEN – 293/2004.*

*Hospital Statistics. Healthcare infosource. American Hospital Association Company. Chicago, Illinois. EUA. 1998.*

*DUTRA , V. O. Administração de recursos no hospital. In: GONÇALVES, E. L. O hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo: Pioneira, 1983. p. 67-114.*