

UNICESUMAR - CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

MARGARETE SIMONE FANHANI DOS SANTOS

**ANÁLISE DO DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE
ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE
UM HOSPITAL DE ENSINO EM CASCAVEL - PR**

MARINGÁ
2016

MARGARETE SIMONE FANHANI DOS SANTOS

**ANÁLISE DO DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE
ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE
UM HOSPITAL DE ENSINO EM CASCAVEL - PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Ely Mitie Massuda
Coorientador: Dr.^o Régio Marcio Toesca
Gimenes

MARINGÁ
2016

S237a Santos, Margarete Simone Fanhani dos
Análise do dimensionamento do pessoal de enfermagem da unidade de
terapia intensiva de um hospital de ensino em Cascavel, PR / Margarete
Simone Fanhani dos Santos.- Maringá, CESUMAR, 2016.
54p. : tabelas

Dissertação (mestrado) Centro Universitário de Maringá -CESUMAR
Maringá, 2016.

Inclui bibliografia

Orientador: Prof. Dr^a. Ely Mitie Massuda

Coorientador: Dr. Régio Marcio Toesca Gimenes

1. Enfermagem de tratamento intensivo – Dimensionamento. 2. Re-
curso humano em enfermagem. 3. Unidade de tratamento intensivo-
UTI – Hospital de ensino – Cascavel, PR. 4. Cuidados em enfermagem –
Planejamento. 5. Qualidade em serviços de enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

610.73068

610.7361

LISTA DE TABELAS

TABELA I – Dados sociodemográficos da população em estudo – 2015.....	32
TABELA II - Dimensionamento da Equipe de Enfermagem da UTI do Hospital de Ensino – 2015	34
TABELA III - Dimensionamento da Equipe de Enfermagem da UTI do Hospital de Ensino – 2015	35
TABELA IV - Dimensionamento da Equipe de Enfermagem da UTI do Hospital de Ensino – 2015.....	36

LISTA DE SIGLAS

ANP - Ausências Não Previstas;

AP - Ausências Previstas;

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem;

H.O. - Higiene Oral;

IST- Índice de Segurança Técnica;

NAS- Nursing Activities Score;

PAM - Pressão Arterial Média;

SCP- Sistema de Classificação de Pacientes;

SSVV- Sinais Vitais;

UTI- Unidade de Terapia Intensiva;

RESUMO

Objetivo: Analisar o dimensionamento da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino.

Materiais e métodos: Trata-se de pesquisa exploratória, bibliográfica descritiva. O dimensionamento do pessoal de Enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da Unidade de Terapia Intensiva (UTI- Geral) em um hospital de Ensino no Município de Cascavel – PR foi analisado por meio do método Gaidzinski e classificado pelo Índice de Segurança Técnica.

Resultados: O Índice de Segurança Técnica obtido de 1,28 indicou que, ao quadro de pessoal se faz necessário um incremento de servidores de 28% em razão da necessidade de cobertura das ausências previstas e não previstas.

Conclusão: A análise do dimensionamento possibilitou identificar o déficit no quadro de pessoal existente na Unidade de Terapia Intensiva do hospital que se mostrou insuficiente para o quadro de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Palavras-chave: Dimensionamento do Pessoal de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Índice de Segurança Técnica.

ABSTRACT

Aim: To analyze the design of the nursing team of the Intensive Care Unit of a teaching hospital.

Materials and methods: It is an exploratory and descriptive bibliographical research. The design of the nursing staff (nurses and nursing technicians) of the Intensive Care Unit (ICU - general) in a teaching hospital at the city of Cascavel – PR was analyzed through the Gaidzinski method and classified by the Technical Safety Index.

Results: The Technical Safety Index of 1,28 achieved indicates that it is necessary to add to the staff board a raise of 28% on the number of employees due to the need to cover for scheduled or unscheduled absences.

Conclusion: The analysis of the design made it possible to identify the deficit on the staff board of the hospital's Intensive Care Unit, showing its inefficiency to the nurses and nursing technicians's board.

Keywords: Design on the nursing staff; Intensive Care Unit; Technical Safety Index.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 APRESENTAÇÃO	11
1.2 PROBLEMA	12
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 Objetivo geral	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	13
2 A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	15
2.1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS HOSPITAIS.....	15
2.2 CARACTERIZAÇÕES DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	16
2.3 AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES EM AMBIENTES COMPETITIVOS	18
2.4 OPORTUNIDADES E DESAFIOS DOS HOSPITAIS NA ATUALIDADE	19
3 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM	20
3.1 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA	21
3.2 MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS DE GAIDZINSKI.....	22
3.3 CARGA MÉDIA DE TRABALHO NA UNIDADE ASSISTENCIAL.....	24
3.3.1 Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem	26
3.3.2 Índice de Segurança Técnica (IST)	27
3.3.3 Jornada efetiva de trabalho	29
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	30
5 RESULTADOS.....	33
6 DISCUSSÃO	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	48

1 INTRODUÇÃO

O hospital é uma organização complexa, face à diversidade de profissionais, usuários, tecnologias, relações interpessoais, processos de trabalho, formas de organização e espaços que alberga. A caracterização dos hospitais sofreu transformações ao longo da história do Brasil, adaptando-se à realidade política e econômica (MATSUSHITA; ADAMI; CARMAGNANI, 2005).

Desta forma, considerando a evolução tecnológica e a qualidade da assistência à saúde, as instituições hospitalares passaram a utilizar modernas técnicas de gestão, buscando maior competitividade no mercado.

Os processos de gerenciamento e de trabalho, a partir da década de 1980, passaram a focalizar o cliente, surgindo assim, a proposta de qualidade e de produtividade. A partir de 1990, o destaque está nas relações interpessoais como elemento influente nos resultados institucionais, com vistas à melhoria da qualidade (KURCGANT et al., 1989).

Neste contexto, um dos pontos polêmicos quando se pensa em organização hospitalar é o serviço de enfermagem que, com o objetivo de garantir a continuidade da assistência ao paciente, atua vinte e quatro horas por dia. De acordo com Gustavo (2001), o serviço de enfermagem constitui parte integrante do contexto hospitalar, tem cultura própria e representa o maior contingente dentre as categorias de trabalhadores inseridos nas instituições de saúde.

A equipe de enfermagem é constituída pelo enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, sob coordenação do primeiro, responsável legalmente pela equipe (KUAZAQUI; TANAKA, 2008).

Segundo Welton, Unruch e Halloran (2006) existem evidências da relação entre alocação de pessoal de enfermagem e qualidade assistencial, com implicações para a segurança do paciente, expressa muitas vezes por meio dos eventos adversos.

Conforme Menegheti et al (2013) quando se aborda serviço de enfermagem, logo se remete ao dimensionamento de pessoal que é a adequação dos profissionais em termos quantitativos e qualitativos, cuja finalidade é prever a quantidade de funcionários por categoria necessária para atender, direta ou indiretamente, as necessidades de assistência de enfermagem aos pacientes.

De modo geral, em relação aos recursos humanos em enfermagem, o indicador relacionado à carga horária de trabalho e a relação quantitativa tem sido motivo de preocupação para os enfermeiros e gestores que atuam na área hospitalar (CUNHA, 2011).

Segundo Minitel, Batista e Felli (2011), as condições em que o trabalho de enfermagem se desenvolve têm sido relatadas com maior ênfase, a partir da década de 1980. No entanto, segundo os autores, após trinta anos, muito se sabe sobre as condições do trabalho de enfermagem, mas poucas intervenções foram propostas para alterar essa realidade e esses trabalhadores estão expostos à variedade de cargas de trabalho, geradoras de processos de desgaste, comprometendo a qualidade de vida no trabalho.

Essa inadequação têm reflexos diretos sobre a qualidade da assistência prestada ao paciente/cliente, podendo causar eventos indesejados, como a falta de qualidade no atendimento. Um quadro de pessoal de enfermagem adequadamente dimensionado poderá contribuir para a obtenção de melhores resultados na assistência prestada ao paciente, reduzindo o número de erros relacionados aos processos de trabalho, tempo de internação e evitando gastos indesejáveis, por exemplo.

Segundo Nicola (2004), os recursos humanos na área de saúde desempenham um papel de destaque na organização, produção e utilização do sistema e merecem particular atenção dos gestores públicos e dos responsáveis pela elaboração da política nacional de gerenciamento. Sendo assim, o gerenciamento de recursos humanos caracteriza-se como uma atividade indispensável para a viabilização das práticas de se administrar o trabalho das pessoas (BEZERRA, 2003).

Vale ressaltar que a competência para o dimensionamento do pessoal de enfermagem é do enfermeiro, o qual tem habilidades para identificar e avaliar continuamente os recursos existentes, face às necessidades da clientela assistida, podendo elaborar propostas adequadas para a prestação da assistência de enfermagem (MATSUSHITA; ADAMI; CARMAGNANI, 2005).

Desta maneira, o enfermeiro necessita capacitar-se com habilidades gerenciais que permita, dentre outras ações, elaborarem a previsão e provisão dos recursos humanos de enfermagem para o desenvolvimento das atividades legalmente previstas (MENEGUETI et al., 2013).

Atualmente, as pessoas deixaram de ser considerados recursos ou ativos da organização para se transformarem em parceiros ou colaboradores, por meio de seus conhecimentos, habilidades e atitudes, cuja maior contribuição é prestarem serviços de qualidade e influenciarem, significativamente, os rumos da dinâmica e o sucesso organizacional (BEZERRA, 2003; CHIAVENATO, 2009).

A inadequação no dimensionamento do pessoal de enfermagem tem reflexos diretos sobre a qualidade da assistência prestada ao paciente/cliente, podendo causar eventos

indesejados, como o decaimento na qualidade da assistência de enfermagem, o aumento do número de eventos adversos relacionados aos pacientes, o aumento do tempo de internação, o aumento dos gastos indesejáveis, a diminuição da rotatividade de pacientes e, além disso, o aumento do absenteísmo, doenças do trabalho e doenças profissionais (CUNHA, 2011).

O dimensionamento inadequado dos recursos humanos em enfermagem traz implicações sobre o resultado da qualidade da assistência de enfermagem prestada à clientela, em virtude dos aspectos quantitativos e qualitativos de pessoal estar diretamente ligado ao produto final do seu trabalho, a qualidade da assistência prestada ao paciente. Neste sentido, quantitativo está relacionado à quantidade de funcionários, o dimensionamento em si, e o qualitativo, está relacionado à qualidade de assistência prestada (TANOS et al., 2000).

Diante deste contexto, conforme Meneguetti et al. (2013), no dimensionamento de pessoal de enfermagem devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de assistência, de modo que o paciente receba um cuidado de qualidade que proporcione segurança.

Para isso, é preciso considerar as variáveis do método de dimensionamento de profissionais, ou seja, a carga média de trabalho da unidade assistencial, a distribuição percentual dos profissionais de enfermagem, o índice de segurança técnica (IST) e a jornada efetiva de trabalho.

O método de Gaidzinski permite a identificação e análise das variáveis específicas do local em estudo, imprescindíveis para a realização do cálculo do dimensionamento do pessoal. Essas variáveis se referem à carga média de trabalho da unidade, à distribuição percentual dos profissionais de enfermagem, ao índice de segurança técnica e ao tempo efetivo de trabalho (GAIDZINSKI, 1998).

Neste sentido, o Índice de Segurança Técnica (IST) refere-se ao adicional de profissionais de enfermagem para cobertura de ausências imprevistas no trabalho, por benefício ou por absenteísmo (INOUE; MATSUDA, 2009). Para Gaidzinsk (1998) o IST se refere ao número de pessoas, por categoria profissional, que deve ser acrescentado ao quantitativo de pessoal necessário para o atendimento aos pacientes para a cobertura das ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem.

1.1 APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa foi dividida em capítulos, sendo que o primeiro discorre sobre conceitos básicos relacionados ao tema da pesquisa, bem como ao problema de pesquisa, objetivos, justificativa e relevância. Já no segundo capítulo, trata-se da organização hospitalar, com enfoque na sua evolução histórica, caracterização das organizações, inserção destas organizações em ambientes competitivos e, ainda, sobre as oportunidades e desafios das instituições hospitalares na atualidade. O terceiro capítulo aborda o dimensionamento do pessoal de enfermagem, trazendo revisão da literatura sobre gestão de recursos e qualidade de assistência e os diferentes métodos de dimensionamento de profissionais. O quarto capítulo refere-se à metodologia que foi seguida para obtenção dos resultados, dispostos no capítulo cinco. No sexto capítulo encontra-se a discussão acerca dos resultados obtidos na pesquisa de campo. No sétimo, apresentam-se as considerações finais relacionadas ao dimensionamento do pessoal de enfermagem da UTI de um hospital de Cascavel- PR.

1.2 PROBLEMA

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são internados pacientes críticos recuperáveis e para assistir a esta clientela, tais unidades possuem como característica a necessidade de recursos tecnológicos complexos, pessoal treinado e qualificado em números suficientes para a realização de um cuidado com qualidade, prezando pela segurança do paciente (COFEN, 2004).

A UTI é um dos setores no hospital considerado crítico, onde as ocorrências de eventos adversos ao cuidado de enfermagem merecem uma análise particular, pois há uma maior susceptibilidade por parte dos pacientes devido à gravidade do seu quadro clínico, podendo resultar em uma ameaça adicional à vida. Desta forma, planejar o cuidado, realizar o provimento de pessoal de enfermagem, entre outras ações são estratégias que visam à qualidade do cuidado a um mínimo de risco ao paciente. São exemplos de eventos adversos: extubação acidental, úlceras por pressão, má fixação de cateteres, tração de sondas, quedas até a falta de anotações de enfermagem, como a prescrição de cuidados pelo enfermeiro (VENTURI, 2009).

Parte-se do pressuposto que o dimensionamento de recursos humanos de enfermagem é a primeira etapa para o provimento de pessoal e tem por objetivo a previsão do número de funcionários por categoria necessária para atender, direta ou indiretamente, as necessidades de assistência de enfermagem da clientela. Consequentemente, a presente pesquisa, foi conduzida a partir da seguinte questão norteadora: A equipe de enfermagem da unidade de

terapia do hospital de ensino na cidade de Cascavel - PR, objeto deste estudo, está dimensionada de acordo com o método de Gaidzinski?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar o dimensionamento da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino, localizado no município de Cascavel-PR.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar o quadro de pessoal existente na Unidade de Terapia Intensiva do hospital;
Aplicar o método de dimensionamento de pessoal proposto por Gaidzinski (1998);
Analisar o Índice de Segurança Técnica (IST) para o desenvolvimento da assistência de enfermagem na ausência prevista e não prevista na unidade terapia intensiva (UTI/Geral) com base em Fulling.

1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Apesar do reconhecimento da importância da força de trabalho em saúde, percebem-se, ainda, desequilíbrios na distribuição dos profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde, por categoria ocupacional e por região (NICOLA; ANSEMI, 2005).

Segundo Gaidzinski (1998), a insuficiência numérica e qualitativa de recursos humanos para o serviço de enfermagem tem sido questão preocupante para os enfermeiros que ocupam cargos de gerência de enfermagem, uma vez que a inadequação desses recursos implica em questões legais, compromete seriamente a saúde do trabalhador, bem como a qualidade da assistência prestada.

No que se refere à enfermagem, a UTI implica em elevada carga de trabalho devido à alocação de pacientes sujeitos às constantes alterações hemodinâmicas e iminente risco de morte, os quais exigem cuidados complexos, atenção ininterrupta e tomada de decisão imediata (INOUE, 2008).

Portanto, o dimensionamento se constitui em um instrumento gerencial importante na medida em que disponibiliza dados das condições do paciente, os quais auxiliarão no processo decisório relacionado à alocação de recursos humanos, qualidade da assistência, monitoramento da produtividade e processo orçamentário, estabelecendo parâmetros mínimos para o desenvolvimento de um quadro adequado de profissionais de enfermagem.

Acredita-se que a realização desse estudo torna possível o estabelecimento de indicadores de recursos humanos e de assistência que subsidiarão as discussões relativas ao quadro de pessoal de enfermagem junto à direção geral do hospital selecionado para o presente estudo e a outras instâncias de gestão institucional, facilitando a recomposição desse quadro com vistas a melhorar os padrões de qualidade da assistência. Sendo assim, esta pesquisa torna-se relevante devido ao tratamento do tema dimensionamento de pessoal de enfermagem como reflexo direto sobre a qualidade da assistência prestada ao paciente/cliente e conseqüentemente, a promoção da saúde no espaço da UTI, tanto para a equipe técnica quanto para o cliente/paciente. Logo, sendo o dimensionamento utilizado como uma das ferramentas de planejamento gerencial que possibilita ao enfermeiro a fundamentação para tomada de decisões e, visando definir o quantitativo e a categoria profissional exigida para proporcionar cuidados de enfermagem que garantam qualidade e segurança aos pacientes internados em uma UTI, pode-se afirmar que o dimensionamento do pessoal de enfermagem tem de ser planejado e executado de forma adequada para o resultado esperado.

2 A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Carvalho (1984) define a instituição hospitalar como aquela devidamente aparelhada em material e pessoal, que se destina ao diagnóstico e tratamento de pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem, em regime de internação. Segundo Forgia e Couttolenc (2009), os hospitais do Brasil fazem parte do sistema de prestação de serviços de saúde, sendo responsáveis por todas as internações, oferecendo ampla gama de atendimentos ambulatoriais e empregam 56% de todos os profissionais de saúde, consumindo 67% do gasto total com a saúde e 70% dos gastos públicos na área.

2.1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS HOSPITAIS

Antigamente os hospitais eram caracterizados como instituições terminais, onde a preocupação e o atendimento eram quase que exclusivamente de assistência aos desvalidos, a última moradia para alguns enfermos. A palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*). Vem de *hospes* – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como *nosodochium* que quer dizer – receber os doentes (BRASIL, 1965).

Segundo Abbas (2001) nos primórdios da civilização, o início da assistência médica caracterizou-se por um forte componente religioso e místico, sendo as doenças ligadas ao sobrenatural. O mesmo autor descreve que, no ano de 325 da era Cristã, o Concílio de Nicéia determinou que os bispos criassem hospitais junto às catedrais de cada cidade, destinados ao atendimento dos destituídos do meio, aos peregrinos fatigados e àqueles enfermos privados de esperança de cura. Durante a Idade Média, por toda a Europa, funcionou um grande número desses estabelecimentos, que atenderam aos doentes em nome da caridade cristã.

Nesta mesma época, na Europa, Segundo Marinelli (2006), o hospital era um morredouro, um lugar para morrer, e as pessoas que ali atuavam não eram fundamentalmente dedicadas à cura do doente, mas a conseguir a própria salvação.

Após o Cristianismo, a prática da medicina fundia-se com a prática religiosa, fazendo com que os hospitais fossem confundidos com santuários, e dessa forma, se erigiam na vizinhança dos mosteiros sob inspiração e direção religiosa, possuindo práticas caritativas. A influência religiosa foi predominante, sobretudo na idade média. O corpo humano, feito à imagem de Deus, não podia ser aberto: era sacrilégio, só a alma precisava de tratamento (BRASIL, 1965, p.29).

Marinelli (2006) destaca que na antiguidade o tratamento dispensado aos doentes era dado por médicos em suas próprias casas, nas casas dos pacientes ou em locais públicos. Alguns tratamentos de saúde eram realizados em templos destinados a deuses relacionados com a doença do paciente. No século XVII, emergiu a ideia de hospital como centro de reclusão e correção do contingente pobre. Já no século XVIII, os médicos entraram definitivamente no hospital que passou a ser entendido como um instrumento de cura e não mais como um ambiente de conforto espiritual ou de segregação ou repressão.

Conforme Abbas (2001) o aceleramento da construção de instituições hospitalares ocorreu devido à necessidade de defesa pública sanitária, juntamente com a Revolução Industrial, já que o rápido crescimento e desenvolvimento das cidades agravaram as condições de vida das pessoas, principalmente das classes mais pobres e, sobretudo, os novos desenvolvimentos tecnológicos exigiam um fluxo mais ordenado do processo produtivo, requerendo mão de obra saudável.

No início do século XIX, os hospitais terapêuticos surgiram por toda a Europa objetivando combater as infecções hospitalares e sua arquitetura mudou para um modelo pavilhonar, que eram pavilhões horizontais que permitiam melhor ventilação e iluminação natural. No final do século XIX surgiu o modelo de grande hospital público, financiado pelo Estado. No século XX, com o desenvolvimento da ciência e tecnologia, o hospital mudou radicalmente, surgindo o hospital tecnológico, que passou a contar não apenas com a presença de médicos e cirurgiões, mas também de paramédicos de todas as especialidades (GOMEZ, THEDIM; PORTO, 1992).

No atual contexto, Marinelli (2006) descreve uma mudança do paradigma de tratamento médico de domiciliar à hospitalar. Esta mudança se deve à disciplinarização do espaço hospitalar, além da transformação do saber e da prática médica. Sendo assim, observa-se que somente após o desenvolvimento de conhecimento específico nas áreas da saúde e de gestão dos ambientes hospitalares é que houve a mudança de um ambiente caritativo e de morte para um ambiente terapêutico e curativo.

2.2 CARACTERIZAÇÕES DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Atualmente o hospital é caracterizado como uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada com padrões e normas

estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados, os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins (GONÇALVES, 1998).

Além disso, as diferenças entre as finalidades dos hospitais, conforme Abbas (2001) podem estar relacionadas em ser com ou sem fins lucrativos. O autor ainda afirma que isso ocorre pelo fato de que o desempenho da administração das diferenças é avaliado pela capacidade de remunerar a uma taxa ótima o capital investido, embora imbuídas do objetivo social inerente a todos os hospitais. Quanto às finalidades, procuram manter os serviços dentro de padrões razoáveis na comunidade, sem a preocupação de remunerar o capital investido, mas desejando um crescimento satisfatório para a melhoria dos serviços e atender a demanda crescente da comunidade (ABBAS, 2001).

Segundo a natureza da assistência, os hospitais são classificados em gerais ou específicos, de cunho público e privado, constituído em clínicas, prontos-socorros, postos de saúde, ambulatórios e hospitais, este último caracterizado por oferecer leitos para a internação de paciente (BOTELHO, 2006).

No que se referem ao tamanho, os hospitais brasileiros são classificados por porte, segundo o número de leitos, como pequenos (1 a 49 leitos), médios (50 a 149), grandes (150 a 499) e especiais (acima de 500 leitos) (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Sendo assim, acredita-se que as organizações hospitalares possuem características peculiares que constituem em um desafio gerencial para tais empresas, pois estas se distinguem das demais organizações. Para Rodrigues Filho (1990) algumas das dificuldades em determinar e medir o produto hospitalar é sua alta variabilidade e complexidade de trabalho, sendo este serviço extremamente especializado e dependente de diferentes grupos profissionais. Dado o acentuado dinamismo tecnológico, o setor é essencialmente de trabalho intensivo e muitas das inovações tecnológicas implicam nas mudanças no método de prestação de um dado serviço.

No entanto, a introdução de um novo serviço que se soma aos anteriores exige pessoal adicional para sua prestação. A produtividade do trabalho depende, sobretudo, de uma combinação adequada entre os vários tipos de profissionais. Em algumas áreas, as forças produtivas da ciência e da tecnologia atuam no sentido de elevar a produtividade do processo de trabalho, mas limitados a uns poucos procedimentos terapêuticos e diagnósticos (RODRIGUES FILHO, 1990).

2.3 AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES EM AMBIENTES COMPETITIVOS

Nas últimas décadas, o mundo organizacional tornou-se cada vez mais competitivo. Muitas das organizações tradicionais buscam inovação para a sobrevivência no mercado. A inovação, no final do século XX, passou a ser reconhecida como um fator essencial para a competitividade e foi incluída na agenda estratégica de muitas organizações (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

Esse contexto interfere no processo gerencial das empresas, incluindo as empresas hospitalares, obrigando de certa forma a implantação de uma gestão inovadora, sistematizada, pois de certa forma o sucesso da competitividade de um hospital ou de qualquer outra empresa depende fundamentalmente da gestão estratégica, que inclui a contabilidade de custos (DIENG et al., 2007).

De acordo com Abbas (2001), otimizar os padrões de eficiência no uso dos recursos alocados às atividades operacionais dos hospitais é uma consequência das condições impostas pelo sistema vigente. No entanto, uma significativa parcela das organizações hospitalares ainda utiliza métodos contábeis tradicionais, não dispondo de sistema de gerenciamento de custos que ofereça informações necessárias ao controle de suas atividades ou para a tomada de decisões administrativas e de investimentos.

De acordo com Cherubin e Santos (2002), é importante que as organizações hospitalares busquem processos de gestão diferenciados, visando à competitividade por meio da eficiência e redução de custos, metas cada vez mais buscadas pelos gestores hospitalares. No entanto, vale ressaltar que a redução de custos deve ser feita sem que a qualidade dos serviços prestados seja perdida.

Segundo Abbas (2001), as informações de custos são imprescindíveis para as organizações hospitalares, pois, estas determinam sua sobrevivência. Se as organizações hospitalares desejam continuar competitivas é imprescindível que gerenciem seus custos de maneira mais racional. E ainda, é necessário que busquem por um perfil com postura empreendedora, baseada no entendimento das organizações como conjunto de elementos que interagem entre si para a realização de um objetivo comum.

2.4 OPORTUNIDADES E DESAFIOS DOS HOSPITAIS NA ATUALIDADE

Embora a infraestrutura hospitalar tenha crescido e o acesso ao atendimento hospitalar tenha melhorado nas últimas décadas, ainda existem desigualdades na distribuição espacial dos recursos hospitalares, especialmente os serviços de alta tecnologia, sendo quase inexistentes em algumas regiões do país (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Administrar uma organização hospitalar não é das tarefas mais fáceis, sabe-se que é de responsabilidade do gestor cuidar desde a implantação de rotinas diárias até os equipamentos necessários para o seu bom funcionamento e, no Brasil, que é marcado pelas desigualdades de acesso à assistência, o trabalho de organizar o dia a dia de um ambiente hospitalar torna-se desafiador (MENDONÇA; FILHO, 2004).

De acordo com Magalhães (2006), dentre os diversos desafios em uma organização hospitalar, com toda sua complexidade e todas as suas especificidades, a gestão comprometida não apenas com resultados econômicos é um deles. Além disso, o autor considera que o papel social que esta deve desempenhar com seus usuários e seu profissional pode desempenhar papel desafiador para os hospitais na atualidade.

Nos dias atuais, com a nova visão de gestão por meio do planejamento estratégico, o uso permanente de indicadores, medições, tanto para entender o desempenho individual, como para definir metas sobre ele, está se tornando uma prática comum. No entanto, as organizações hospitalares precisam ter sua gestão voltada para fazer a conexão entre o investimento em pessoas e o sucesso da organização atrelando aos resultados (MAGALHÕES, 2006).

Para que isso ocorra é necessário que o gestor conheça profundamente a organização em que atua, assim como o ambiente em que opera, avaliando possíveis impactos e buscando soluções eficazes, identificando ameaças e oportunidades, por meio de instrumentos gerenciais capazes de prover informações gerenciais estratégicas que possam criar e desenvolver vantagem competitiva sustentável (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

Dessa forma, os desafios e as dificuldades que se colocam para a gestão de uma organização hospitalar são enormes, pois além da busca pela eficiência há que administrar também o conjunto de interesses e poderes estabelecidos.

O Hospital é de classificação geral e de ensino, de natureza privada, com atividades ambulatoriais e atendimentos de média e alta complexidade, com demanda espontânea e referenciada, de convênios particulares e SUS (BRASIL, 2016).

3 DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

Atualmente o dimensionamento do pessoal de enfermagem é um assunto que vem sendo bastante discutido nos meios da saúde e de enfermagem, tanto em nível nacional, quanto internacional, pois a insuficiência quantitativa e qualitativa de pessoal preocupa os enfermeiros que administram as unidades de atendimento à saúde (COELHO, 2013).

Segundo Antunes e Costa (2003), esse maior interesse pelo assunto tem advindo porque as instituições necessitam adaptar seus custos com pessoal a uma nova realidade, cujos recursos financeiros são mais escassos, necessitando melhorar o serviço prestado ou implementar novos métodos de assistência. O dimensionamento de pessoal de enfermagem como refere Fakh e Carmagnani (2006), é definido como sendo a fase inicial do procedimento de provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de profissionais por categoria, requerida para suprir as necessidades da assistência de enfermagem.

Gaidzinski (1998) aponta que antes do ano de 1939 utilizava-se, para dimensionar o pessoal de enfermagem, o método intuitivo ou das relações de proporção, cujo emprego consistia na efetivação da regra de três simples, tendo dimensão diária de enfermeiras por leito. Foram incluídas, em 1930, outras variáveis neste cálculo, tais como, horas médias de cuidado de enfermagem, percentual de ausências previstas e não previstas. E ainda, o autor reitera que, somente em 1960, o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), que se fundamentava no grau de necessidades do paciente quanto à assistência de enfermagem, foi incluído no procedimento de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

A operacionalização desse processo, proposto por Gaidzinski (1998), requer a utilização de ferramentas que possibilitem sistematizar o inter-relacionamento e a mensuração das variáveis que interferem na carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Neste contexto e, de acordo com Nicola e Anselmi (2005), para dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem é preciso levar em consideração variável como:

- a) Conhecimento e a caracterização da clientela relacionada ao grau de dependência assistencial, por meio da adoção de um Sistema de Classificação de Pacientes que melhor atenda às peculiaridades da clientela;
- b) Levantamento do tempo de assistência de enfermagem em que é necessário considerar a relação com a missão da instituição, a estrutura organizacional, a planta física, a complexidade dos serviços, a política de recursos humanos, materiais e financeiros, o amparo legal e o padrão de assistência pretendido, tendo

como referência a Resolução COFEN nº 189/96, para as horas de assistência e a realidade encontrada;

- c) Determinação do percentual de cada categoria profissional, sendo que esta variável oscila de acordo com o significado atribuído à assistência de enfermagem, com a disponibilidade do mercado de trabalho, e ainda respeitando o que preconizam a Resolução COFEN 189/96 e a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem;
- d) E a quarta variável está relacionada à identificação e análise do índice de ausências dos trabalhadores na instituição, as quais podem ser previstas como férias, folgas semanais, feriados e aquelas consideradas não previstas, por exemplo, faltas justificadas e injustificadas, suspensões e licenças, como por exemplo, médica, maternidade, paternidade, nojo e gala (NICOLA; ANSELMINI, 2005).

Desta forma, o reconhecimento da última variável supracitada, que se expressa no percentual de ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem, irá determinar a quantidade de trabalhadores que deve ser acrescentada ao número total de funcionários de cada categoria profissional, obtido com a aplicação da equação de dimensionamento, possibilitando e possibilitar assim a cobertura das ausências, denominada na literatura como de Índice de Segurança Técnica (IST).

Para nortear o cálculo de pessoal de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu diretrizes que representam normas técnicas mínimas, por meio da Resolução COFEN nº 189/1996, onde foram regulamentadas as unidades de medida e as horas de enfermagem despendidas por leito ocupado, a qual foi revogada em 2004, com a promulgação da Resolução COFEN nº 293/2004, cuja mudança principal foi o aumento de número de horas de assistência de enfermagem por nível de complexidade e por leito (COFEN, 2004).

3.1 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA

Conforme Cunha (2011) a expressão recursos humanos refere-se às pessoas que participam das organizações e que nelas desempenham papéis no sentido de dinamizar os recursos organizacionais.

Coelho (2013) afirma que a gestão dos recursos humanos se caracteriza por ser uma atividade administrativa imprescindível para a viabilização das práticas assistenciais em saúde.

Nas instituições de saúde, especialmente as hospitalares, o Serviço de Enfermagem representa um papel fundamental no processo assistencial e, por isso, constitui-se numa parcela significativa de seu quadro de pessoal. Por esse motivo, as chefias desses serviços devem instrumentalizar-se para gerenciar os recursos humanos sob sua responsabilidade, no sentido de melhorar a eficiência e a qualidade da assistência, sem perder de vista os custos hospitalares (FAKIH; CARMAGNANI, 2006).

Uma das funções do enfermeiro responsável pelo gerenciamento é o suprimento dos recursos humanos para a prestação da assistência, o que lhe proporciona inúmeras dificuldades, decorrentes de motivos econômicos, políticos e dependentes dos objetivos da instituição (TANOS et al., 2000).

A Resolução COFEN 293/2004 institui como uma das competências do enfermeiro das unidades assistenciais, dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem (COFEN, 2004). Assim sendo, dimensionar o serviço de enfermagem pode contribuir para se ter ou não uma assistência com qualidade. Coelho (2013) afirma que compete ao profissional enfermeiro adotar a responsabilidade pelo dimensionamento inadequado dos recursos humanos e pelo seu efeito negativo sobre a propriedade dos cuidados de enfermagem prestados, a insatisfação do cliente, da equipe de trabalho e do desempenho da instituição que este pode causar.

Apesar de o dimensionamento de pessoal, por si só, não garantir cuidados de qualidade, a adequação quantitativa e qualitativa de profissionais na UTI pressupõe o cuidado permanente, com a percepção precoce de problemas e a adoção de condutas com maior agilidade diante das intercorrências detectadas. Acresce-se a isso, o fato de que, a falta de pessoal de enfermagem seguramente, resulta em estresse mental e físico dos trabalhadores o que favorece a ocorrência de absenteísmo por doença na instituição (INOUE; MATSUDA, 2009).

O gerenciamento de pessoal de enfermagem deve ocupar espaço de destaque na gestão do serviço de enfermagem e, considerando que o quantitativo e o qualitativo de profissionais da área interferem diretamente na segurança do paciente e, por conseguinte, na qualidade da assistência prestada, o dimensionamento dos profissionais que compõem essa equipe, também, deve ser foco da atenção dos gestores e configurar como um dos principais indicadores de qualidade da assistência de enfermagem (COELHO, 2013).

3.2 MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS DE GAIDZINSKI

Segundo Inoue e Matsuda (2009), é importante considerar que em UTI, geralmente, estão alocados pacientes extremamente debilitados e com maior dependência de cuidados do que em outras unidades hospitalares. Por esta razão, o dimensionamento do pessoal de enfermagem deve ser estimado mediante o uso de instrumentos mais completos e de fácil aplicação que considerem as diversas atividades desenvolvidas especificamente neste setor e auxiliem na real quantificação da carga de trabalho da enfermagem e na determinação do número de trabalhadores para compor a equipe.

O processo de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ainda segundo Inoue e Matsuda (2009), é caracterizado por atividades assistenciais complexas que exigem alta competência técnica e científica – afinal, a tomada de decisões imediatas e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida e à morte de pessoas. Nesse contexto, é de suma importância prover e manter pessoal de enfermagem qualificado e adequadamente dimensionado para desenvolver a assistência de enfermagem com qualidade e segurança. O método de dimensionamento de profissionais de Gaidzinski se torna, assim, ferramenta imprescindível para a adequação do número de trabalhadores da equipe de enfermagem e, conseqüentemente, beneficia paciente e gestores. (GAIDZINSKI, 1998).

Esse método elaborado por Gaidzinski permite a identificação e análise das variáveis específicas do local em estudo, imprescindíveis para a realização do cálculo de pessoal. Essas variáveis se referem à carga média de trabalho da unidade, à distribuição percentual dos profissionais de enfermagem, ao índice de segurança técnica e ao tempo efetivo de trabalho (GAIDZINSKI, 1998).

Com relação ao uso deste método proposto por Gaidzinski, vem sendo utilizado no Brasil desde 1998, sendo definido como um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal da enfermagem necessário para prover a assistência, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garantam a segurança dos usuários/clientes e dos trabalhadores (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem, como explica Gaidzinski (1998), é definido como sendo a etapa inicial do processo de provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de profissionais por categoria requerida para suprir as necessidades da assistência de enfermagem.

Gaidzinski (1998) propõe dimensionar o pessoal de enfermagem, possibilitando a definição quantitativa de profissionais necessária para compor a equipe de enfermagem de uma instituição.

Neste contexto, Coelho (2013) afirma que a definição adequada dos termos quantitativos e qualitativos de pessoal de enfermagem deve ser atingida em consonância com os serviços de saúde e suas necessidades. Para tanto, a autora acrescenta que se deve, também, definir o perfil dos pacientes atendidos quanto ao grau de dependência de cuidados de enfermagem.

3.3 CARGA MÉDIA DE TRABALHO NA UNIDADE ASSISTENCIAL

Para Fakhri e Carmagnani (2013) a previsão do quantitativo de pessoal de enfermagem é um procedimento que depende do conhecimento da carga de trabalho existente nas unidades de internação e, ainda, das necessidades de assistência dos pacientes e do padrão de cuidado pretendido.

A carga média de trabalho de uma unidade assistencial é a soma do produto da quantidade média diária de clientes assistidos, de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem, pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizado por cliente, de acordo com o grau de dependência (FUGULIN et al., 2010).

Inoue e Matsuda (2009) citam o NAS – *Nursing Activities Score* como um dos instrumentos mais completos e validados no Brasil para mensurar a carga de trabalho de enfermagem em UTI, pois, além de contabilizar o tempo de procedimentos e intervenções terapêuticas, contempla atividades administrativas e de suporte aos familiares dos pacientes.

Lorenzini et al. (2014) descrevem que existem metodologias que são sugeridas e utilizadas para mensurar a carga de trabalho na enfermagem, porém, algumas instituições apresentam quadro de pessoal de enfermagem menor que o esperado para atender às necessidades na dimensão biológica e psicossocial do cuidado.

Para a definição da quantidade média diária de clientes assistidos de uma unidade assistencial é necessário conhecer o perfil da clientela atendida na unidade por meio da classificação dos clientes quanto ao grau de dependência do cuidado, sendo recomendada, para a execução dessa atividade, a utilização de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) (FUGULIN et al., 2010).

Gaidzinski (1998) defende que o um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é um método no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem demandado, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem.

Neste sentido, somam-se indicadores como: oxigenação, locomoção, nível de consciência, mobilidade sinais vitais, cuidados corporais, que ao final resultarão no SCP. Para cada indicador, segundo Coelho (2003), é atribuída uma pontuação de um a quatro pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior será o nível de complexidade do cuidado. Assim, o valor um indica o menor e o valor quatro, o maior nível de complexidade de assistência de enfermagem.

Conforme a Resolução do Cofen 293/2004, Art. 3º o referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, incluindo todos os elementos que compõem a equipe, referido no Art. 2º da Lei nº 7.498/86, para as 24 horas de cada Unidade de Internação, considera o SCP, as horas de assistência de Enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito (COFEN, 2004).

E ainda, como já citado, no artigo 4º da Resolução do Cofen293/2004, apresenta que para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas (COFEN, 2004):

- a) 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;
- b) 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- c) 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- d) 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

Vários instrumentos foram elaborados com o objetivo de proceder à classificação de pacientes quanto ao grau de dependência desses da assistência de enfermagem. Uma vez vencida a etapa de classificação de pacientes, para seguir na definição da carga média de trabalho da unidade, é preciso definir o quantitativo, mínimo de horas necessário para prestar assistência de enfermagem conforme cada tipo de cuidado. O COFEN, por meio da Resolução 293/2004, propõe um quantitativo mínimo de profissionais de enfermagem, o qual será baseado no Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). Segundo Gaidzinski (1998), o ideal é que o quantitativo de horas necessárias para prestar assistência aos pacientes, de acordo com o tipo de cuidado apresentado, seja definido em conformidade com o padrão de assistência pretendido.

Dentre os instrumentos disponíveis na literatura, para a classificação de pacientes, ressalta-se o proposto por Fugulin et al. (2005). Este propõe a utilização de um instrumento de coleta de informações composto por indicadores críticos de cuidado relacionados ao estado

mental, oxigenação, sinais vitais, mobilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminações e terapêutica.

Conforme instrumento de classificação de pacientes elaborado por Fugulin et al. (2010), a classificação pode ser feita com base nos seguintes cuidados:

Cuidados mínimos: 09 a 14 pontos - Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados intermediários: 15 a 20 pontos - Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados de alta dependência: 21 a 26 pontos - Pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados semi-intensivos: 27 a 31 pontos - Pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanentes e especializadas.

Cuidados intensivos: Acima de 31 pontos - Pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanentes e especializadas.

3.3.1 Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem

A insuficiência numérica e qualitativa de recursos humanos para o serviço de enfermagem tem sido a nível nacional, questão preocupante para os enfermeiros que ocupam cargos de gerência de enfermagem, pois a inadequação desses recursos, para atendimento das necessidades de assistência de enfermagem aos pacientes, compromete seriamente a qualidade do cuidado e implica em questões legais e de saúde do trabalhador (GAIDZINSKI, 1998).

Assim sendo, considera-se fundamental proceder previamente a uma análise cuidadosa acerca das características da instituição, quais sejam: suas finalidades e objetivos, estrutura organizacional, planta física, tecnologia e, ainda, a organização dos processos de trabalho, uma vez que esses elementos interferem diretamente nos resultados de um processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Considerando a importância de se idealizar e programar estratégias de prevenção ou de minimização de riscos à saúde dos trabalhadores de enfermagem e da clientela por eles assistida, admite-se que o percentual necessário de cada categoria profissional também deve ser definido.

A distribuição percentual dos profissionais de enfermagem pode ser definida em consonância com o disposto na Resolução COFEN nº 293/2004. Esse dispositivo legal orienta, ainda, a distribuição desse percentual de acordo com o que está estabelecido para o grupo de pacientes de maior prevalência (COFEN, 2004).

Conforme o Art. 5º da Resolução 293/2004 a distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, deve observar as seguintes proporções e o SCP:

- a) Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;
- b) Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- c) Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem. (COFEN, 2004).

3.3.2 Índice de Segurança Técnica (IST)

Para que o dimensionamento em UTI seja adequado, é importante utilizar os critérios da Resolução COFEN n.º 293/2004 que estabelece o Índice de Segurança Técnica (IST) e a proporção de enfermeiros, de acordo com o grau de complexidade da atenção à clientela, sobre o total de profissionais de enfermagem.

O Índice de Segurança Técnica (IST) refere-se ao adicional de profissionais de enfermagem para cobertura de ausências imprevistas no trabalho, por benefício ou por absenteísmo (INOUE; MATSUDA, 2009).

Para Gaidizinski (1998) o IST se refere ao número de pessoas, por categoria profissional, que deve ser acrescentado ao quantitativo de pessoal necessário para o atendimento aos pacientes para a cobertura das ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem. A autora destaca que ausências previstas são férias e os dias de folgas remunerados, descanso semanal e feriados não coincidentes com o domingo; enquanto que, as ausências não previstas são aquelas relacionadas às faltas, às licenças e às suspensões do trabalho.

Conforme Antunes e Costa (2003), o IST visa cobrir às necessidades de pessoal, decorrentes das características específicas da instituição, tais como, planta física horizontal, área construída, tecnologia incorporada, estrutura organizacional, qualidade da assistência a ser prestada, modelo assistencial do serviço, serviços médicos e de diagnóstico existente, perfil da demanda na unidade hospitalar, grau de integração com outros serviços médicos assistenciais de cobertura populacional, valorização e promoção de pessoal, necessidade de treinamento e participação no ensino, pesquisa e extensão.

No intuito de efetuar adequadamente o dimensionamento de enfermagem a Resolução COFEN n° 293/04 indica que o IST não deve ser inferior a 15%, sendo que 8,33% desse valor deve se referir à cobertura das ausências por férias e 6,67%, às ausências não previstas (COFEN, 2004).

Ao cliente crônico com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado pelo SCP com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva destaca-se que deverá ser acrescido de 0,5 às horas de Enfermagem especificadas no Art.4° da Resolução COFEN n° 293/04. Para proceder à identificação dessa variável, é necessário analisar, retrospectivamente, as ocorrências de cada tipo de ausência e, para realizar os cálculos, utilizar as equações elaboradas por Gaidzinski (1998) e Fugulin (et al, 2010).

Gaidzinski (1998), ao elaborar o cálculo do IST considerou as ausências previstas como sendo, folgas, férias e feriados, e não previstas, aquelas referentes à faltas e licenças.

Antunes e Costa (2003) afirmam que para o dimensionamento de pessoal de enfermagem devem ser utilizados metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos, às reais necessidades de assistência, de modo que o paciente receba um cuidado de qualidade que proporcione segurança.

Vituri (2011) com o objetivo de calcular o IST da equipe de enfermagem de seu estudo, considerando para tal, as ausências previstas e não previstas em relação à carga horária contratada, bem como, um percentual de horas destinadas às atividades de educação permanente, apresenta a seguinte equação utilizada para o cálculo do IST:

$$\text{IST} = \frac{\text{Horas contratadas por semana}}{\text{Horas reais trabalhadas por semana}}$$

Horas reais trabalhadas refere-se à jornada efetivamente cumprida pelo empregado, durante uma semana, excluídas todas as ausências ao serviço, como faltas, folgas, feriados, finais de semana, férias, licença médica, licença maternidade e outras, como a participação em cursos, congresso se eventos que envolvem atividades educativas.

3.3.3 Jornada efetiva de trabalho

Gaidzinski (1998) propõe uma equação a ser aplicada para dimensionar o pessoal de enfermagem, possibilitando a definição quantiqualitativa de profissionais necessária para compor a equipe de enfermagem de uma instituição. Para a autora, os trabalhadores não são 100% produtivos durante todo o tempo do turno de trabalho, pois realizam uma série de atividades que não estão relacionadas diretamente com suas tarefas profissionais. Essas atividades se referem ao atendimento de necessidades pessoais, alimentação, troca de informações não ligadas ao trabalho, descanso, deslocamentos desnecessários e comemorações. Assim, Gaidzinski (1998) sugere que sejam consideradas as perdas de produtividade dos profissionais, quando essa variável não estiver incluída no quantitativo de horas médias adotadas para o DIPE e que a mesma seja mensurada por meio da seguinte equação:

$$T_{\text{efetivo}} = t_k \cdot p_k$$

Onde:

t_k = jornada de trabalho da categoria profissional k ;

p_k = proporção do tempo produtivo da categoria profissional k .

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de pesquisa exploratória, bibliográfica descritiva e de corte transversal, por meio de estudo de caso, sendo realizado o dimensionamento do pessoal de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva / (UTI- Geral) em um hospital de Ensino no Município de Cascavel – PR, confrontando com os achados na literatura dos últimos 10 anos. Para isso, preliminarmente, encaminhou-se uma carta de esclarecimento ao setor responsável pela pesquisa para a apresentação do projeto de pesquisa e solicitação de autorização, formalizada em documento oficial e assinada por seu representante legal.

Utilizou-se a pesquisa exploratória, pois conforme Andrade (2005) abrange o primeiro passo do trabalho científico, e que constitui o trabalho inicial para outros tipos de pesquisas. Neste sentido, é também descritiva, pois descreve o estudo e seus resultados pesquisados com base na organização, fundamentação teórica e nos seus resultados.

Caracteriza-se como bibliográfica, pois a pesquisa foi elaborada baseada em dados já existentes, que podem ser encontrados em livros, revistas, artigos, jornais, etc. Para Barros (2000) realizar uma pesquisa bibliográfica é fundamental que o pesquisador faça um levantamento dos termos e tipos de abordagens já trabalhadas por outros estudiosos, assimilando os conceitos e explorando aspectos já publicados. Nesse sentido, é relevante levantar e selecionar conhecimentos já catalogados em bibliotecas, editoras, internet, videotecas etc. Cervo e Bervian (2002, p. 66), corroboram que: “a pesquisa bibliográfica é meio de formação e constitui o procedimento básico para estudos monográficos, pelos quais se busca o domínio do estado da arte sobre determinado tema”.

Este estudo é uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa e quantitativa. Qualitativa uma vez por meio de questões abertas do questionário levantou ideias, opiniões, sugestões, comentários e críticas, e também quantitativa, pois reúne informações estatísticas organizadas em percentuais para análise.

Minayo (2001, p.14) afirma que:

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudo de antropologia e sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu tempo de atuação a área como psicologia e a educação. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvido emocional do pesquisador.

A pesquisa quantitativa tem como característica métodos baseados na realidade e apresentam objetivos, identifica e apresenta dados indicados e tendem a ser observáveis.

Siqueira (2002, p. 115) considera que:

O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da qualificação desde a coleta á análise dos dados. Os dados empíricos coletados, objetivando respostas as questões, são tratadas por meio de técnicas estatísticas simplificadas, como percentuais, média, moda desvio padrão, e mais complexas, como coeficiente de correlação e análise de regressão.

A população do estudo foram os colaboradores da UTI de um Hospital de Ensino de Cascavel, ou seja, 46 funcionários, do setor da Unidade de Terapia Intensiva (UTI/GERAL).

O presente estudo recebeu parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos nº 1.194.995 (ANEXO 01) do próprio hospital. Os sujeitos participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (apêndice 02), sendo excluídos os que não atuam na escala da equipe de enfermagem da Unidade de terapia Intensiva (UTI/GERAL).

4.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Para atender aos objetivos específicos, a coleta de dados foi desenvolvida em onze etapas:

(1) seleção de unidade de estudo e consentimento do referido hospital no município de Cascavel-PR, para a obtenção de consentimento;

(2) Aplicação do dimensionamento da equipe de enfermagem conforme método de Gaidzinski (1998) onde o mesmo propõe uma equação (anteriormente citada) que foi aplicada para dimensionar o pessoal de enfermagem, possibilitando a definição quantiqualitativa de profissionais necessária para compor a equipe de enfermagem de uma instituição apresentada no item 6 (discussão);

(3) Classificação do grau de dependência dos pacientes quanto à assistência de enfermagem requerida, na unidade de terapia Intensiva (UTI/Geral), a fim de classificar a assistência da equipe de enfermagem;

(4) Definição da carga média diária de trabalho, na referida unidade de estudo a equipe de enfermagem realiza suas atividades laborais em escalas de 06 horas diárias, sendo 36 horas semanais e escala de 12 horas diárias no período noturno, compondo 36 horas semanais;

(5) Verificação na referida unidade da distribuição percentual do quantitativo médio diário de profissionais de enfermagem;

(6) Análise do Índice de Segurança Técnica (IST) na referida unidade;

(7) Observação da jornada efetiva de trabalho;

(8) Investigação para propor a aplicação da equação para o dimensionamento dos profissionais de enfermagem;

(9) Realização do levantamento do número de funcionários existente na unidade de internação pesquisada;

(10) Verificação do comparativo entre o quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem existente e o dimensionado, conforme método de Gaidzinski (1998);

(11) Análise dos dados obtidos por via dos métodos supracitados a fim de relatar e comparar com o descrito na literatura, obtendo assim os dados necessários e um melhor conhecimento sobre o tema proposto.

Para o cálculo do Índice de Segurança do Trabalho utilizou-se a proposta de Vituri (2011):

$$IST = \frac{\text{Horas contratadas por semana}}{\text{Horas reais trabalhadas por semana}}$$

Quanto ao dimensionamento da equipe de Enfermagem da UTI do Hospital de Ensino, recorreu-se ao AP (ausências previstas) e ANP (ausências não previstas) de Gaidzinski (1998), tendo como ausências previstas os dias relativos às folgas (descanso remunerado semanal e feriados), e às férias, e ausências não previstas, os dias relativos às faltas, às licenças e às suspensões.

Os dados foram organizados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequência simples e relativa dos dados e apresentados em tabelas elaboradas no programa EXCEL, do Microsoft Office 2010.

5 RESULTADOS

Os dados foram relacionados de acordo com as especificidades das respostas e são apresentados segundo o questionário embasado no *Método de Gaidzinski* (1998). Optando-se em apresentar os resultados encontrados em tabelas simples com valores absolutos e percentuais segundo análise dos dados dos dois grupos de participantes (enfermeiros e técnicos de enfermagem) nas Tabelas 1 e 2.

Ao observar a tabela 1, percebe-se que 100% dos questionários enviados foram preenchidos, tanto para enfermeiros, quanto para técnicos de enfermagem, totalizando 46 para a análise.

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos da população em estudo – 2015, UTI de um Hospital Escola de Cascavel.

	Enfermeiros		Tec. Enfermagem		Total	
	n	%	n	%	N	%
Questionários entregues	6	100%	40	100%	46	100%
Questionários Preenchidos	6	100%	40	100%	46	100%
Faixa etária	n	%	n	%	N	%
20 - 30	4	66,67%	18	45,00%	22	47,90%
31 - 40	1	16,67%	15	37,50%	16	34,80%
41 - 50	1	16,67%	7	17,50%	8	17,30%
Sexo	n	%	n	%	N	%
Masculino	-	-	7	17,50%	7	15,21%
Feminino	6	100%	33	82,50%	39	84,79%
Escolaridade	n	%	n	%	N	%
2º Grau	-	-	31	77,50%	31	67,39%
3º Incompleto	-	-	09	22,50%	9	19,57%
3º Completo	6	100%	-	-	6	13,04%

Fonte: elaborado pela autora (2015).

No que se refere aos seis enfermeiros lotados na divisão do hospital estudada, quanto à faixa etária, verifica-se que 66,67% situam-se na faixa 20 a 30 anos; 16,67% entre 31 e 40 anos; e 16,67% entre 41 e 50 anos. Todos os enfermeiros são do sexo feminino e possuem o 3º grau completo no que diz respeito à escolaridade.

Quanto aos técnicos em enfermagem totalizaram 40 indivíduos, no que se refere a faixa etária, 45% se declarou ter de 20 a 30 anos; 37,5%, entre 31 e 40 anos e; 17,5% entre 41 e 50 anos. Do total, 17,5% são do sexo masculino e 82,5% do sexo feminino. Referente à escolaridade, 77,25% possuem o 2º grau completo, e 22,5% o 3º grau incompleto.

Considerando as duas categorias, enfermeiros e técnicos, 82,70% têm até 40 anos; 84,79% são do sexo feminino; e 86,96% não possuem curso superior.

Para continuação da pesquisa, realizou-se o cálculo do IST – Índice de Segurança Técnica. Para as horas contratadas por semana considerou-se o total de 36 horas, valor firmado em contrato com os funcionários. Para horas reais trabalhadas por semana utilizou-se o total de 28 horas, valor colocado após verificação do tempo gasto para realização de atividades que não envolvem a assistência ao paciente, como a realização de relatórios e evoluções, a busca de medicamentos e materiais em outros setores e o tempo gasto em intervalos. As horas reais trabalhadas, conforme descrito na metodologia refere-se à jornada efetivamente cumprida pelo empregado, durante uma semana, desconsiderando-se as ausências ao serviço.

Após a divisão conforme equação obteve-se como resultado 1,28, conforme demonstrado abaixo.

$$\text{IST} = \frac{\text{Horas contratadas por semana}}{\text{Horas reais trabalhadas por semana}}$$

$$\text{IST} = \frac{36}{28}$$

$$\text{IST} = 1,28$$

O resultado indica que ao quadro de pessoal se faz necessário um incremento de servidores de 28% em razão da necessidade de cobertura das ausências previstas e não previstas.

Na tabela 2, apresentam o dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI, referentes às quatro questões destinadas aos enfermeiros.

Tabela 2 – Dimensionamento da equipe de Enfermagem da UTI do Hospital de Ensino - 2015

		Enfermeiro		Tec. Enfermagem		Total		Gaidzinski (1998)	
		N	%	N	%	N	%	AP*	ANP**
Ao elaborar escala de plantão técnico em enfermagem você analisa: Ausência prevista Ausência não prevista	Nº Paciente	04	66,67%	-	-	04	66,67%	-	-
	Gravidade Paciente	02	33,33%	-	-	02	33,33%	-	-
Com quanto tempo de antecedência é observado e alterado a escala de plantão para: Ausência prevista Ausência não prevista	24 horas	05	83,33%	-	-	05	83,33%	-	-
	03 horas	01	16,66%	-	-	01	16,66%	-	-
Quais os principais motivos para o não cumprimento da escala?	Atestado	04	66,67%	-	-	04	66,67%	7,06%	7,06%
	Excesso de trabalho	01	16,67%	-	-	01	16,67%	<60%	<60%
	Falta de comprometimento	01	16,67%	-	-	01	16,67%	7,06%	7,06%
Utiliza suporte técnico nas escalas para o dimensionamento de Ausência prevista Ausência não prevista	Sim	05	83,33%	-	-	05	83,33%	15%	15%
	Não	01	16,67%	-	-	01	16,67%	15%	15%

Fonte: Elaborado pela autora baseado em Gaidzinski (2015);

AP*: Ausências Previstas;

ANP**: Ausências Não-Previstas.

Verifica-se que ao elaborar a escala de plantão dos técnicos de enfermagem, o enfermeiro analisa as ausências previstas - AP e não previstas – ANP, levando em consideração o número de pacientes ou a gravidade do paciente: 66,67% destes afirmaram basear-se no número de pacientes e 33,33% pela gravidade do paciente.

No que se refere ao tempo de antecedência é observada e alterada a escala de plantão para ausência prevista e não prevista, os 83,33% dos enfermeiros assinalaram 24 horas e 16,67%, 03 horas.

Quando questionados sobre principais motivos para o não cumprimento da escala, 66,67% assinalaram como motivo os atestados; 16,67% para excesso de trabalho; e 16,67% para falta de comprometimento.

Sobre a utilização de suporte técnico nas escalas para o dimensionamento de ausência prevista e não prevista, 83,33% dos enfermeiros responderam que sim e 16,67% responderam que não.

Na tabela 3, referente ao dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI, apresentam-se duas questões respondidas pelos técnicos de enfermagem.

Tabela 3 – Dimensionamento da equipe de Enfermagem da UTI do Hospital de Ensino - 2015

		Enfermeiro		Tec. Enfermagem		Total		Gaidzinski (1998)	
		N	%	N	%	N	%	AP*	ANP**
Quais os principais problemas que você observa, no não cumprimento da escala, observando o dimensionamento de enfermagem de Gaidzinski (1998).	Sobrecarga do colaborador	-	-	18	45,00%	18	45,00%	<60%	<60%
	Atestados	-	-	13	32,50%	13	32,50%	7,06%	7,06%
	Falta de Funcionários	-	-	06	15,00%	06	15,00%	7,06%	7,06%
	Nenhum Problema	-	-	03	7,50%	03	7,50%	-	-
Quais os procedimentos que demanda mais tempo de assistência?	Banho no leito	-	-	11	27,50%	11	27,50%	<60%	<60%
	Sinais Vitais	-	-	05	12,50%	05	12,50%	<60%	<60%
	Pressão Arterial Média (PAM) Curativos	-	-	03	7,50%	03	7,50%	<60%	<60%
		-	-	05	12,50%	05	12,50%	<60%	<60%
	Relatórios (Tasy – prontuário digital)	-	-	16	40,00%	16	40,00%	<60%	<60%

Fonte: Elaborado pela autora baseado em Gaidzinski (2015);

AP*: Ausências Previstas;

ANP**: Ausências Não-Previstas.

Quando questionados sobre os principais problemas que são observados no não cumprimento da escala, observando o dimensionamento de enfermagem de Gaidzinski (1998), obtive-se como resultados sobrecarga do colaborador com 45,00%; atestados com 32,50%; falta de funcionários com 15,00%; e nenhum problema 7,50%.

Quanto aos procedimentos quem demandam mais tempo de assistência observa-se que 27,50% dos técnicos de enfermagem responderam que banho no leito apresenta essa natureza; 12,50%, os sinais vitais; 7,50%, o PAM; 12,50%, o curativo; e 40,00% o Tasy.

Na tabela 4, referente ao dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI, apresenta-se uma questão respondida tanto pelos enfermeiros quanto pelos técnicos de enfermagem.

Tabela 4 – Dimensionamento da equipe de Enfermagem da UTI do Hospital de Ensino - 2015

		Enfermeiro		Tec. Enfermagem		Total		Gaidzinski (1998)	
		N	%	N	%	N	%	AP*	ANP**
Em algum momento deixou de prestar cuidados devido ao não dimensionamento do pessoal adequado. Quais?	Sim	02	33,33%	18	45,00%	20	43,50%	<60%	<60%
	Não	04	66,67%	22	55,00%	26	56,50%	<60%	<60%
	Mudança de Decúbito	-	-	22	55,00%	22	55,00%	<60%	<60%
	Medicação Atrasada	-	-	04	10,00%	04	10,00%	<60%	<60%
	Aspiração	-	-	04	10,00%	04	10,00%	<60%	<60%
	Hidratação Corporal	-	-	05	12,50%	04	12,50%	<60%	<60%
	Higiene Oral	-	-	05	12,50%	04	12,50%	<60%	<60%

Fonte: Elaborado pela autora baseado em Gaidzinski (2015)
ANP**: Ausências Não-Previstas

AP*: Ausências Previstas

Em algum momento deixou de prestar cuidados devido ao não dimensionamento do pessoal adequado. Quais? A pergunta destinou-se às duas categorias, enfermeiros e técnicos em enfermagem. Dentre os primeiros, 66,67% responderam não e 33,33%, sim, porém não citaram quais os procedimentos/assistência não foi prestada adequadamente. Quanto aos técnicos de enfermagem, 55,00% responderam não e 45,00%, sim. As razões para deixar de prestar cuidados devido ao não dimensionamento do pessoal adequado se deveram à mudança de decúbito (55,00%), aspiração (10,00%), medicação atrasada (10,00%), higiene oral (12,50%) e hidratação corporal (12,50%).

6 DISCUSSÃO

Conforme Tabela 1, foram entregues 46 questionários, representando a população estudada, constituída por 6 enfermeiros e 40 técnicos de enfermagem. A totalidade dos questionários enviados foi preenchida.

Observa-se que 66,67% dos enfermeiros e 45% dos técnicos situam na faixa etária 20 a 30 anos, e 16,67% dos enfermeiros e 37,50% dos técnicos na faixa 31 a 40 anos, e 16,67% dos enfermeiros e 17,50% dos técnicos entre 41 a 50 anos. Todos os enfermeiros e 82,50% dos técnicos são do sexo feminino demonstrando a predominância de mulheres nas profissões. Com relação ao grau de escolaridade, todos os enfermeiros possuem 3º completo. Entre os técnicos, 77,50% possuem o 2º completo e 22,50% tem o 3º incompleto.

Os resultados referentes ao dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI (Tabela 2), cujas questões foram respondidas por enfermeiros, apresentaram algumas características que se ressaltam. Na consideração dos enfermeiros para a elaboração da escala de plantão, o número de pacientes (66,67%) sobressai-se perante a gravidade dos pacientes (33,34%).

Segundo Inoue e Matsuda (2009), é importante considerar que, em UTI, geralmente, estão alocados pacientes extremamente debilitados e com maior dependência de cuidados do que em outras unidades hospitalares. Por esta razão, o dimensionamento do pessoal de enfermagem deve ser estimado mediante o uso de instrumentos mais completos e de fácil aplicação que considerem as diversas atividades desenvolvidas especificamente neste setor e auxiliem na real quantificação da carga de trabalho da enfermagem e na determinação do número de trabalhadores para compor a equipe.

Neste contexto, Coelho (2013) afirma que a definição adequada dos termos quantitativa e qualitativa de pessoal de enfermagem deve ser atingida em consonância com os serviços de saúde e suas necessidades. Para tanto, a autora acrescenta que se deve, também, definir o perfil dos pacientes atendidos quanto ao grau de dependência de cuidados de enfermagem.

No tempo de antecedência para alteração e escala de plantão para ausência prevista e não prevista prevaleceu 24 horas (83,33%). O principal motivo para o não cumprimento da escala foi apontado pelos enfermeiros como atestados (66,67%).

O índice preconizado por Gaidzinski (1998), que analisa a produtividade dos funcionários demonstra que para ausências previstas e não previstas indica que 7,06% é o valor adequado para falta de comprometimento, o que se mostrou inadequado dentro da

pesquisa, visto que se obteve o valor 16,67%, o que é acima do previsto. Para excesso de trabalho, o valor preconizado por Gaidzinski é de <60%, valor que se mostrou dentro dos parâmetros já que se obteve como resultado 16,67%. Com relação aos atestados, porém, o valor preconizado por Gaidzinski é de 7,06%, enquanto o valor encontrado pela pesquisa foi de 66,67%, portanto, demonstra-se inadequado para o bom funcionamento e produtividade do setor, já que esta acima do previsto.

Conforme Couto (1987) e Alus (1996), o absenteísmo é decorrente de um ou mais fatores causais, tais como fatores de trabalho sociais, culturais, de responsabilidade e de doenças. Considera que os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais podem ser responsáveis pelo alto índice de absenteísmo oriundo da sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores e do desencadeamento da queda da qualidade do cuidado prestado ao cliente/paciente.

Para Bastos (1993), a falta de comprometimento é relacionada às experiências negativas do imposto que a intensidade do vínculo gera aos próprios indivíduos, nas organizações e na sociedade como um todo. Soma-se a isso a constatação de que a mudança socioeconômica, tecnológica e cultural tem enfraquecido a intensidade do vínculo entre o indivíduo e a organização.

Os dados obtidos e confrontados com Gaidzinski (1998), a falta de dimensionamento da equipe de enfermagem, faz com que esse assunto seja polêmico, causando falta de habilidade e competência para que a assistência possa ser realizada de forma adequada para suprir as necessidades humanas básicas do cliente/paciente. A autora destaca ainda que a ausência da aplicabilidade no dimensionamento da equipe propicia fator de ordem técnica, econômica e social. Para a mesma, um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é um método no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem demandado, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem.

Em relação à utilização do suporte técnico nas escalas para o dimensionamento de ausência prevista e não prevista, 83,33% dos enfermeiros responderam que o utilizam e 16,67% responderam que não utilizam, isso demonstra que com aplicação do suporte técnico, neste caso, o método de Gaidzinski, o desgaste da equipe de enfermagem se torna reduzido, já que o dimensionamento é realizado através da gravidade do paciente e não pelo número de pacientes internados, mantendo assim a qualidade necessária prestada ao cliente/paciente, bem como a efetividade dos custos dispensados para a assistência qualificada, neste setor em específico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde a complexidade de habilidade e

competências dos colaboradores de saúde são primordiais para o restabelecimento da saúde de quem recebe e de quem oferta.

Na Tabela 03, ao questionar os técnicos de enfermagem sobre os principais problemas que são observados no não cumprimento da escala, observando o dimensionamento de enfermagem de Gaidzinski (1998), obteve-se como resultados sobrecarga do colaborador com 45,00%, atestados com 32,50%, falta de funcionários com 15,00% e nenhum problema 7,50%.

Neste sentido, Gaidzinski (1998) afirma que, como sobrecarga do colaborador é permitido menor que 60%, para atestados e faltas de funcionários somente 7,06%, o que demonstra que não existe uma sobrecarga dos funcionários, já que o número de atestados e faltas está dentro do percentual observado pelo autor, tanto para Ausências Previstas e Não Previstas, porém, ao analisar os dados relacionados a atestados e faltas de funcionários, percebe-se que não existe planejamento quanto ao dimensionamento de maneira adequada para estes itens, já que para este encontra-se 15,00% e para aquele 32,50%, mas para ambos o valor permitido por Gaidzinski (1998) é 7,06%.

Lorenzini et al. (2014) observam que embora existam metodologias que são sugeridas e utilizadas para mensurar a carga de trabalho na enfermagem, estudos realizados no Brasil mostram instituições com quadro de pessoal de enfermagem menor que o esperado para atender às necessidades na dimensão biológica e psicossocial do cuidado.

Quanto aos procedimentos que demandam mais tempo de assistência, o Tasy sobressaiu-se (40,00%), seguindo banho no leito (27,50%); sinais vitais (12,50%) e PAM (7,50%). Todos os procedimentos citados são de grande relevância para o atendimento dos pacientes. Apesar do destaque do Tasy, este não pode ser considerado como assistência, já que é um *software* utilizado para gerenciamento de informações dos pacientes através do uso do Prontuário Eletrônico, sendo então um acessório ao serviço e não uma assistência.

Ao confrontar os dados obtidos na pesquisa com o percentual fornecido por Gaidzinski (1998), observa-se que todos os dados estão dentro dos parâmetros adequados, já que estão abaixo de sessenta por cento conforme solicitado pela autora acima citada. Portanto, observa-se que a equipe, talvez por possuir pouca experiência ou por resistência dos funcionários mais antigos às novas tecnologias, acaba por demandar tempo extra em uma atividade que não traz benefícios diretos ao paciente.

Na Tabela 04, foram questionados se em algum momento deixaram de prestar cuidados devido ao não dimensionamento do pessoal adequado, a maior parcela (66,67%) dos enfermeiros afirmaram que isso não acontece, mas uma parte (33,33%) respondeu que sim.

Não citaram, porém, quais os procedimentos/assistência não foram prestados adequadamente. Já 55,00% os técnicos de enfermagem responderam que não e 45,00% que sim, citando a mudança de decúbito como a principal causa (55,00%) de assistência não prestada. Ao analisar os parâmetros fornecidos por Gaidzinski, percebe-se que estão adequados, já que estão abaixo dos 60% conforme determinado pela autora.

De acordo com a Resolução COFEN n.º 293/2004 que estabelece o Índice de Segurança Técnica (IST), para que o dimensionamento em UTI seja adequado, é importante utilizar os critérios de proporção de enfermeiros e técnicos de enfermagem, conforme o grau de complexidade da atenção à clientela, sobre o total de profissionais de enfermagem.

A partir da aplicação de variáveis relacionadas, chegou-se a um coeficiente de IST de 1,28, ou seja, ao quadro de pessoal se faz necessário um incremento de servidores de 28% em razão da necessidade de cobertura das ausências previstas e não previstas. Ao analisar e classificar o IST para o desenvolvimento da assistência de enfermagem na ausência prevista e não prevista na unidade terapia intensiva (UTI/Geral), observa-se a inexistência desse fator pelos responsáveis, uma vez que a escala de trabalho não contempla em sua íntegra os plantões subsequentes. São observados em turno de trabalho ou até próprio turno, uma vez que as justificativas para o não cumprimento são diversas e até mesmo em pouco tempo hábil para a reposição das ausências, fator que sobrecarrega as atividades laborais dos colaboradores.

Diante do exposto, para o dimensionamento do pessoal de enfermagem da unidade de terapia intensiva em um hospital de ensino no município de Cascavel-PR, a aplicação do método de Gaidzinski, poderia propiciar a reorganização da equipe de enfermagem para o processo da assistência na saúde, possibilitando o conforto e eficiência no momento do procedimento, suprir os déficits existentes nessa atividade, bem como, de encontrar formas para minimizar os problemas, uma vez que os atuais modelos não conseguem suprir as lacunas existentes. Uma vez que o dimensionamento propiciará o restabelecimento das necessidades humanas básicas para quem cuida, bem como para quem necessita do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do método de dimensionamento de pessoal proposto por Gaidzinski (1998) no quadro de pessoal da Unidade de Terapia Intensiva da de hospital ensino de Cascavel – PR obteve resultados além do Índice de Segurança Técnica (IST) que permite algumas considerações tendo em vista os objetivos propostos. Por se tratar de unidade de atendimento de diversas especialidades, o dimensionamento, é realizado por meio da verificação da quantidade de pacientes que se encontram no setor, ao invés de se utilizar o Modelo de Gaidzinski. O fato gera uma sobrecarga dos funcionários, já que o mesmo poderá cuidar de vários pacientes de alta complexidade ao mesmo tempo. Neste sentido, observa-se que o número de funcionários desta UTI mostrou-se insuficiente, tanto para o dimensionamento dos enfermeiros, quanto para os técnicos de enfermagem.

A aplicação do método de dimensionamento de pessoal proposto por Gaidzinski (1998) poderá fornecer informações sobre as lacunas existentes, relativas à assistência as necessidades humanas básicas para os colaboradores de saúde, bem como, os clientes pacientes no quesito de cuidado a saúde no setor da unidade de terapia intensiva (UTI), visto que o referido método aborda questões de cunho assistencial ao colaborador no tocante a carga efetiva de trabalho.

Os resultados obtidos podem corroboram com a necessidade de adequação do quadro de pessoal, visto que os colaboradores de saúde relataram que não realizaram alguns procedimentos assistenciais em detrimento a falta do quadro profissional, fato que se denota a assistência em quantidade e não em qualidade para o cuidado a saúde, fator este relevante no setor em estudo, uma vez que a maioria dos clientes/pacientes são dependentes do colaborador de saúde para o restabelecimento.

Para tanto, este estudo contribuiu no sentido de promover a formação de um senso crítico referente ao tema elencado, sua importância e cuidado prestado ao cliente/paciente e possibilita estimular novas reflexões na tentativa de que outros profissionais passem, a partir dessa abordagem, a refletir e até mesmo sistematizar um novo olhar para o dimensionamento da enfermagem em unidade de terapia intensiva (UTI). Em suma, traz a pretensão de contribuir para que o colaborador de saúde e futuros profissionais tenham uma visão mais qualitativa dentro do cuidado a saúde do indivíduo. Desta forma, este estudo está em consonância com a área Interdisciplinar em Promoção da Saúde, na medida em que a quantidade e qualidade podem interferir na mesma.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K., LEZANA, A. G. R. **Gestão de custo em organizações hospitalares**. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/79577/185110.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09 nov. 2014.

ANDRADE, M. M. **Introdução a Metodologia do Trabalho Científico**: Elaboração de Trabalhos na Graduação. 7ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

ANSEMI, M. L. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.58, n.2, Abr. 2005, p.186-190.

ANTUNES, A. V., COSTA, M. N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n.6, Nov-Dez. 2003, p.832-839.

BARROS, A. J. S. **Fundamentos da Metodologia**. 2ª ed. São Paulo: Editora Makron Books, 2000.

BEZERRA, A. L. Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2003.

BOTELHO, E. M.; MATIAS, A. B. **Custeio baseado em atividades – ABC**: Uma aplicação em uma organização hospitalar universitária. (TESE) Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-10042008-102523/publico/Tese.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2014.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. História e evolução dos hospitais. Rio de Janeiro: Editora MS, 1965.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Bas_Caracterizacao.asp?VCo_Unidade=4104802738309. Acesso em 19 abr 2016.

CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C. **Dimensionamento do pessoal de enfermagem dos hospitais de Ribeirão Preto-SP**. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/222/22132/tde1608200443031/publico/2Fmestrado.pdf&ei=Ap1jVJarOcSpNpLJgugH&usg=FQjCNFvGwuy9x8F6iq_w6tSYfXn04FOeA. Acesso em: 09 nov. 2014.

CARVALHO, L. F. **Serviço de Arquivo e Estatística de Um Hospital**. 3 ed. São Paulo: Associação Paulista de Hospitais, 1984.

CERVO, A. L., BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4ª ed. São Paulo: Markon Books, 1996.

_____. **Metodologia Científica**. 5ª Edição. São Paulo: Editora Pearson Prentice Hill, 2002.

CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. A. P. **Administração Hospitalar: Fundamentos**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos: O capital humano das organizações**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

COELHO, M. A. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem das unidades de internação de adultos de um hospital de ensino da região centro-oeste do Brasil** [manuscrito], 2013. (TESE) Disponível em: https://mestrado.fen.ufg.br/up/127/o/AMaria_Alice_Coelho.pdf?1391019483. Acesso em: 12 nov 2014.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n.293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. [legislação na internet]. São Paulo: COREN-SP; 2004. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resoluções/resolucao293.htm>. Acesso em: 12 nov. 2014.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n.189 de 25 de março de 1996**: Normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiros em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. Rio de Janeiro: COFEN, 1996.

CUNHA, C.C.B. **Dimensionamento do pessoal de enfermagem da clínica cirúrgica de um hospital universitário da região centro-oeste**. (Dissertação) Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/712/1/Dissertacao%20Claudia%20Cleinne%20Barcelos%20Cunha.pdf>. Acesso em: 09 nov 2014.

DIENG, M. et al. **Gestão Estratégica de Custos Aplicada à Atividade Hoteleira: Um Estudo Empírico nos Hotéis de Médio e Grande Porte da Grande Recife**. In: **3º Congresso da USP de Iniciação Científica em Contabilidade**, 2007. São Paulo: USP, 2007.

FAKIH, F. T., CARMAGNANI, M. I. S., CUNHA, I. C. K. O. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev Bras Enferm**, mar-abr; 59(2): 183-7, 2006.

FORGIA, G. M. L., COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

FUGULIN, F. M. T., GAIDZINSKI, R. R., CASTILHO, V. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde**. In: Kurcgant P, coordenadora. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 121-35.

GAIDZINSKI, R. R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares** [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP; 1998.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Gestão de Pessoas Enfoque nos Papéis Profissionais**. 1ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2011.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. São Paulo: Loyola, 2003.

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, v. 38, n. 1, p. 80-90, 1998.

GUERRA, M.; SOUZA, A. A. **Análise de desempenho de organizações hospitalares**. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-8KZNF/mariana_guerra.pdf?sequence=1. Acesso em: 09 nov. 2014.

GUSTAVO, A. S. **O trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar: idealização e realidade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

INOUE, K.C. **Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para Adultos**. 2008. [Dissertação]. Maringá: Departamento de Enfermagem/UEM.

KUAZAQUI, E.; TANAKA, L. C. T. **Marketing e gestão estratégica de serviços em saúde**. São Paulo: Ed. Thomson, 2008.

KURCGANT, P.; CUNHA, K.; GAIDZINSKI, R. R. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. **Enfoque**, 17(3): 79-81, 1989.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisas bibliográficas, projeto e relatório, publicação e trabalhos científicos**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LORENZINI, E., DECKMANN, L. R., COSTA, T. C., SILVA, E. F. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão integrativa. **CiencCuidSaude**. Jan/Mar; 13(1):166-172, 2014.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, June, 2013.

MAGALHÃES, S. R. B. S. **Gestão de recursos humanos em uma organização hospitalar: a utilização de indicadores como ferramentas de gestão**. 2006. Dissertação (Mestrado Acadêmico de Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2004.

MARCONI, M. A. **Técnica de Pesquisa**. p. 260. São Paulo: Atlas S. A., 1999.

MARINELLI, A., TRAMONTANO, M. **Evolução da assistência a saúde**. Disponível em: http://www.eesc.usp.br/nomads/SAP5846/mono_alexandra_marinelli.pdf. Acesso em: 09 nov. 2014.

MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul Enfermagem**.23(3):379-84, 2010.

MATSUSHITA, M. S.; ADAMI, N. P.; CARMAGNANI, M. I. S. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2005.

MENDONÇA, L. R; FILHO, C. A. P. M. Governança nas organizações do terceiro setor: considerações teóricas. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 302-308, out./nov./dez. 2004.

MENEGUETI, M. G. et al., Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura.**Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 abr/jun. 15(2): 551-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18559>. doi: 10.5216/ree.v15i2.18559.Acesso em: 06 dez. 2014.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:**teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, Apr. 2011.

NICOLA, A. L. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem no Hospital Universitário do Oeste do Paraná**. Ribeirão Preto, 2004.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKII, R. R. Avaliação da capacidade preditiva e formato final de um instrumento para a classificação de pacientes. **Acta Paul Enferm**.16(2):56-66, 2003.

POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social:**métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 2007.

RODRIGUES, F. J. Método de pagamento hospitalar no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n.24, ago-out.,1990.

ROGENSKI, K. E. et al. Tempo de assistência de enfermagem em instituição hospitalar de ensino. **Rev Esc Enferm USP**. 45(1):223-9, 2011.

ROSEN, G. A. **History of public health**. JHU Press, 1993.

SANTOS, F., ROGENSKI, N. M. B., BAPTISTA, C. M. C., FUGULIN, F. M. T. Sistema de Classificação de Pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.15, n.5, set-out, 2007.

SIQUEIRRA, S. **O Trabalho e a Científica na Construção do Conhecimento**. Governador Valadares: UNIVALE, 2002.

TANOS, M. A. A. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado.

Rev.Esc.Enf.USP., v.34, n.4, p. 376-82, dez. 2000.

VENTURI, K. K. **Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos**. [s.l: s.n.].

VITURI, D. W.; LIMA, S. M.; KUWABARA, C. C. T.; GIL, R. B.; ÉVORA, Y. D. M.

Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. **TextoContextoEnferm**, Florianópolis, Jul-Set; 20(3): 547-56, 2011.

WELTON, J. M.; UNRUICH, L.; HALLORAN, E. J. Nurse staffing, nursing intensity, staff mix, and direct nursing care costs across Massachusetts hospitals. **J.Nurs. Adm.** 36(9): 416-25, 2006.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

(Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI/Geral do hospital de ensino no Município de Cascavel - PR).

Dimensionamento do pessoal de enfermagem da unidade de terapia intensiva em um hospital de ensino no município de Cascavel-PR

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:

2. Endereço:

3. Idade:

4. Data de nascimento ____/____/____

5. Escolaridade:

6. Sexo:

7. 2º Grau:

8. 3º Grau Incompleto:

9. 3º Grau Incompleto

10. Cargo:

II. QUESTÕES:

1. Ao elaborar a escala de plantão de técnicos de enfermagem você analisa: Ausência prevista ou Ausência não prevista.

() nº pacientes () Gravidade do Paciente

2. Com quanto tempo de antecedência é observado e alterado a escala de plantão para: Ausência prevista ou Ausência não prevista.

R _____

3. Quais os principais motivos para não cumprimento da escala?

R _____

4. Utiliza suporte técnico para dimensionamento de Ausência prevista ou Ausência não prevista.

(...) Sim () Não

5. Quais os principais problemas que você observa no não cumprimento da escala, observando o dimensionamento de enfermagem de Gaidzinski (1998).

(...) Sobrecarga do colaborador

(...) Atestado

(...) Falta de Funcionários

(...) Nenhum problema

6. Quais os procedimentos que demanda mais tempo de assistência?

R _____

7. Em algum momento deixou de prestar cuidados devido ao não dimensionamento da equipe de enfermagem

R _____

Obrigada.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Dimensionamento do pessoal de enfermagem da Unidade Terapia intensiva (UTI/Geral).

Pesquisador: Margarete Simone Fanhani dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47952615.0.0000.5219

Instituição Proponente: FACULDADE ASSIS GURGACZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.194.995

Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada Dimensionamento do pessoal de enfermagem da Unidade Terapia intensiva (UTI/Geral, encontra-se de acordo com as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa. Dimensionamento do pessoal de enfermagem da Unidade Terapia intensiva (UTI/Geral, encontram-se de acordo com a proposta metodológica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa encontra-se de acordo com a resolução 466/12 quanto a Riscos e Benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O TCLE atende a proposta da pesquisa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória atende a proposta da pesquisa

Recomendações:

O projeto atende a proposta.

Endereço: Avenida das Torres, 500

Bairro: FAG

CEP: 85.806-095

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3321-3890

Fax: (45)3321-3900

E-mail: debora@fag.edu.br

Continuação do Parecer: 1.194.995

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende a proposta.

Considerações Finais a critério do CEP:

O comitê acata o parecer do relator por entender que o projeto está adequado, no que se refere à ética em pesquisa com seres humanos. Alertamos o pesquisador que é necessário ao final da pesquisa encaminhar o relatório final da pesquisa para que possa ser fechado o processo de pesquisa. Conforme o item VII.13.d, da Resolução CNS 196/96, tais relatórios deverão ser anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa).

Nos trabalhos sobre "Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos ou não registrados no país" (área temática especial número 03), os relatórios deverão ser semestrais (Resolução CNS 251/97, item V.1.c). No caso o CEP não recebeu nenhum projeto nesta instância

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	04 - Folha de Pesquisa com Seres Humanos.pdf	10/07/2015 11:50:05		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_551740.pdf	10/07/2015 12:00:16		Aceito
Declaração de Pesquisadores	04 - TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO(TCLE).pdf	29/07/2015 15:43:37		Aceito
Declaração de Pesquisadores	05 - Curriculum.pdf	29/07/2015 15:43:44		Aceito
Declaração de Pesquisadores	01 - Folha de Rosto.pdf	29/07/2015 15:42:32		Aceito
Declaração de Pesquisadores	02 - Declaração da Instituição da Coleta de Dados.pdf	29/07/2015 15:42:51		Aceito
Declaração de Pesquisadores	06 - Carta de Encaminhamento Comitê de Ética.pdf	29/07/2015 15:43:50		Aceito
Declaração de Pesquisadores	07 - Termo pesquisa não iniciada.pdf	29/07/2015 15:44:04		Aceito
Declaração de Pesquisadores	08 - Instrumento de Pesquisa.pdf	29/07/2015 15:44:14		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_551740.pdf	29/07/2015 15:48:05		Aceito
Projeto Detalhado /	03 - Projeto de Pesquisa.pdf	29/07/2015		Aceito

Endereço: Avenida das Torres, 500

Bairro: FAG

CEP: 85.806-095

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3321-3300

Fax: (45)3321-3600

E-mail: debora@fag.edu.br

Continuação do Parecer: 1.194.666

Brochura Investigador	03 - Projeto de Pesquisa.pdf	15:48:55		Aceito
-----------------------	------------------------------	----------	--	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 24 de Agosto de 2015

Assinado por:

Débora Goullart Bourscheid Dorst
(Coordenador)

Débora Bourscheid Dorst
Coordenadora
CEP / FAG



Endereço: Avenida das Torres, 500
 Bairro: FAG CEP: 85.808-505
 UF: PR Município: CASCADEL
 Telefone: (45)3321-3890 Fax: (45)3321-3900 E-mail: debora@fag.edu.br

DELIBERAÇÃO Nº 20/2015

Cascavel, 10.06.15

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NO HOSPITAL DE ENSINO SÃO LUCAS

A coordenação de ensino Pesquisa e Extensão (CEPE), do hospital de Ensino São Lucas, vem através da coordenação, autorizar o(a) Pesquisador(a) Margarete Simone Fanhani dos Santos, a desenvolver o estudo "DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, (UTI/GERAL) EM UM HOSPITAL DE ENSINO NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL - PR", nesta instituição. Neste contexto, o(a) pesquisador(a) responsável poderá ser comunicado, a qualquer momento o indeferimento para realização de sua pesquisa, se comprovada atividades que causem prejuízos para esta instituição.

Fica deliberado que ao final da pesquisa o pesquisador deverá entregar ao hospital uma cópia da versão final do trabalho digitalizada e devidamente identificado com o título, data e o nº do termo de deliberação acima, para disponibilizar o mesmo a biblioteca da instituição e possível participação de reuniões de estudo para apresentação.

Obs.: A coleta de dados poderá ser iniciada somente após a apresentação do Parecer de **Aprovação** emitido pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa)

Atenciosamente,



Prof. Dra. Adriana Romão
Coordenadora de Ensino,
Pesquisa e Extensão
Hospital São Lucas - FAS

Coordenação de Ensino e Pesquisa do Hospital de Ensino São Lucas.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: "DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, (UTI/GERAL) EM UM HOSPITAL DE ENSINO NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL - PR", em virtude de Pesquisa de Mestrado (colocar o porquê do convite), coordenada pelo (a) Professor (a) Dr. Régio Marcio Toesca Gimenes e contará ainda com Margarete Simone Fanhani dos Santos.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a FAG ou com Hospital de Ensino São Lucas.

Os objetivos desta pesquisa são: Avaliar o dimensionamento da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital de Ensino localizado no município de Cascavel/Pr. Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: responder questionários com questões formuladas pelo Pesquisador e seu Orientador. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 15 minutos.

A pesquisa não oferece riscos aos participantes, porém caso sinta-se constrangido os pesquisadores poderão minimizar tal situação à partir da explicação do estudo e, se houver alguma condição de complicação física, o participante será encaminhado para atendimento na UBS mais próxima, ou serviço de maior complexidade de acordo com cada caso.

Os benefícios relacionados com a sua participação poderão ser o fortalecimento a pesquisa no campo, identificar o quadro de pessoal existente na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital; aplicar o método de dimensionamento de pessoal proposto por Gaidzinski (1998); comparar os resultados obtidos pelo dimensionamento do pessoal com o quadro de pessoal existente; analisar e classificar o índice de segurança técnica para o desenvolvimento da assistência de enfermagem na ausência prevista e não prevista na Unidade de Terapia Intensiva (UTI/GERAL).

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. (caso a algum desses itens não possa ser assegurado, tal fato deve estar claro e bem justificado). A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Qualquer gasto financeiro da sua parte será ressarcido pelo responsável pela pesquisa (caso não estejam previsto gastos, informar a fim de justificar que não está previsto ressarcimento). Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenador do Projeto: Prof. Dr. Régio Marcio Toesca Gimenes
Endereço: Praça Mascarenhas de Moraes, s/nº Umuarama/Pr
Telefone: (44) 3621-1220 e (44) 88029195

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____
Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Assis
Gurgacz
Avenida das Torres 500 – Bloco 4– Bairro FAG
Cascavel-Paraná CEP: 85806-095
Tel.: (45)33213791
Coordenadora: Profª. Débora Goulart Bourscheid Dorst
Secretária do Comitê de ética: Ivâna Garim Xavier
Tel. 33213953
Email: comitedeetica@fag.edu.br

Observações adicionais:

1. Vale ressaltar que este é apenas um modelo para servir de guia para a elaboração do TCLE de seu projeto. Procure adaptá-lo às características de sua pesquisa. Você poderá também optar por fazer um TCLE completamente diferente deste, desde que contenha todas as informações determinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares (de acordo com o item IV.1).
2. Nas pesquisas em que os sujeitos participantes se encontrarem impossibilitados de escreverem ou assinarem o nome, é necessário a aposição da digital como assinatura no TCLE.
3. Quando o estudo for com cooperação estrangeira, envolver armazenamento de material biológico, banco de dados ou remessa de material biológico para o exterior devem ser observadas as resoluções complementares. Cooperação estrangeira (Resolução nº 292-99, CNS), Genética Humana (Resolução nº 340-04, CNS) e Armazenamento de material biológico (Resolução nº 347-05, CNS).
4. Quando o estudo envolver população indígena deverá ser também ser observada a Resolução nº 304/CNS.
5. É necessário que os termos técnicos sejam simplificados para melhor compreensão do sujeito da pesquisa.
6. Para os sujeitos da pesquisa com incapacidade legalmente definida, é necessária a assinatura do seu responsável legal com a identificação do sujeito pesquisado.