

CALCULO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM: COMPETÊNCIA DA ENFERMEIRA

Maria Coeli Campedelli *
Clarinda Takito **
Tania Regina Sancinetti ***
Maria Antonieta Benko ****

CAMPEDELLI, M.C.; TAKITO, C.; SANCINETTI, T.R.; BENKO, M.A. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 21(1):3-15, abr. 1987.

As autoras analisam o problema enfrentado pela Direção de Enfermagem de um hospital, referente ao cálculo do número de pessoal necessário para a prestação da assistência de enfermagem aos pacientes. Referem que os hospitais, numa fase inicial, poderão utilizar-se de fórmulas encontradas na literatura, mas enfatizam que, posteriormente, os cálculos devem ser refeitos, levando em consideração o número de horas diárias de cuidados que, naquela situação, os pacientes requerem, e outros fatores locais que interjerem na assistência de enfermagem.

UNITERMOS: *Pessoal de enfermagem em hospitais. Administração em enfermagem. Serviços de enfermagem em hospitais.*

INTRODUÇÃO

No desempenho de seu papel profissional, a enfermeira tem buscado continuamente assistir à saúde do homem de forma cada vez mais científica e independente. Esta busca ocorre tanto em situações novas, como no reestudo daquelas que a prática tem como consagradas. A dotação de recursos humanos para a prestação da assistência de enfermagem é uma das suas atribuições já estabelecidas, mas que constitui, muitas vezes, um problema para a enfermeira que responde pela gerência da assistência nos hospitais onde se discute o assunto. Inúmeras são as dificuldades encontradas para o desempenho desta coordenação.

O pessoal de enfermagem representa um percentual importante em relação ao número total dos servidores no hospital. Segundo FELDMANN⁵ e DUTRA⁴, este índice é igual a 60%, o que representa um custo elevado e envolve um processo contínuo de admissão, seleção,

* Enfermeira. Professor Assistente Doutor da Disciplina Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

** Enfermeira. Professor Assistente da Disciplina Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP e Diretora do Departamento de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário da USP.

*** Enfermeira. Diretora de Serviço do Pronto Atendimento do Departamento de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário da USP.

**** Enfermeira. Diretor Técnico de Divisão do Departamento de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário da USP.

treinamento, aperfeiçoamento e avaliação. Provoca, por motivos econômicos, políticos e outros, a interferência de profissionais de outras áreas na determinação da quantidade e qualidade do pessoal. Outra dificuldade que pode ocorrer é a ausência ou indefinição de programas e objetivos da Instituição ou do conflito desta com os objetivos do serviço de enfermagem. É necessário identificar a causa da interferência que, não raro, leva à ingerência, para demonstrar os riscos operacionais de um serviço programado inadequadamente e o comprometimento legal que a Instituição assume diante dos inúmeros perigos e falhas, que ocorrem tanto com o paciente quanto com o pessoal que o assiste. A dotação de pessoal, portanto, além de ser da competência da enfermeira, representa uma preocupação constante para a enfermagem, visto que está diretamente ligada ao produto final de seu trabalho — a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente.

A preocupação com a qualidade da assistência de enfermagem a ser prestada é enfatizada por diversos autores, entre os quais ALCALA², DUTRA⁴, OGUISSO⁷ e FELDMANN.⁵ Este assunto requer da enfermeira conhecimento específico, habilidade na sua condução e segurança na justificativa de suas propostas. Estas propostas são encontradas em estudos realizados e na análise de situações vivenciadas.

O tempo necessário à prestação da assistência de enfermagem varia segundo autor e tipo de paciente. De acordo com OGUISSO⁷, a necessidade de hora/enfermagem é a seguinte nas diferentes clínicas: Pediatria 4,9 h; Clínica Médica 2,2 h; Clínica Cirúrgica 2,4 h; U. T. I. 7,1 h. FELDMANN⁵ estabelece, para a Pediatria, 4,9 h; Clínica Médica 3,4 h; Clínica Cirúrgica 3,5 h; Obstetria 4,2 h. ABOUD¹ adota os mesmos índices de FELDMANN⁵, mas acrescenta 12 h para a U. T. I.; ATALA³ também apresenta valores aproximados: Pediatria 3 a 4 h; Clínica Médica 2,5 a 3h; Clínica Cirúrgica 3 h; Obstetria 2 h e U. T. I. 12,5 h. Já em 1982, ALCALA² realizou um estudo para determinar o quadro de pessoal da Superintendência Médico Hospitalar de Urgência do Município de S. Paulo, partindo do tipo de cuidado prestado a cada paciente, com base na filosofia do Cuidado Progressivo ao Paciente. Definiu a hora/enfermagem para o paciente Adulto e Pediátrico: paciente adulto, cuidados mínimos 2,5 h; intermediário 4,5 h; semi-intensivo 10 h e intensivo 18 h e para a Pediatria 4,5 h; 5,5 h; 10 h e 18 h respectivamente. Pode-se observar que a variação da hora/enfermagem entre os diversos autores é pequena, e muitas vezes não traduz a realidade do dia-a-dia, que pode oscilar muito de acordo com a gravidade dos pacientes, exceção feita a ALCALA² que se preocupou exatamente com este aspecto.

Com relação ao percentual de distribuição por categoria funcional há também diversidade de opinião entre os diversos autores: ALCALA² preconiza 15% de enfermeiros, 45% de auxiliares de enfermagem e 40% de atendentes; FELDMANN⁵ recomenda 10%, 20% e 60% respectivamente. No material preparado pelo professor Miguel ABOUD¹ para o Curso de Administração Hospitalar da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, e do Hospital das Clí-

nicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o preconizado para todas as unidades, incluindo emergência, é 5% de enfermeiros, 10% de técnicos de enfermagem, 25% de auxiliares de enfermagem e 60% de atendentes; para as Unidades de Terapia Intensiva, este percentual tem a seguinte distribuição: 10% de enfermeiros, 20% de técnicos de enfermagem, 60% de auxiliares de enfermagem e 10% de atendentes.

Quando este percentual é discutido a partir do ponto de vista administrativo de custo, deve ser levada em conta a qualidade da assistência que se pretende prestar, pois esta é diretamente dependente da qualificação profissional e ocupacional dos funcionários.

O Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU) conta atualmente com 1252 cargos de funcionários, dos quais 450 são destinados à enfermagem, o que representa 35,94% do pessoal, portanto um percentual abaixo do preconizado. A distribuição funcional é a seguinte: 100 enfermeiros (22,22%), 15 técnicos de enfermagem (3,33%), 101 auxiliares de enfermagem (22,44%), 213 atendentes de enfermagem (47,33%), 19 escriturários (4,22%) e 01 recreacionista (0,2%).

Se forem retiradas do quadro do Hospital Universitário as duas categorias não tradicionalmente incluídas no quadro funcional de enfermagem (19 escriturários e 01 recreacionista), teremos 430 funcionários distribuídos da forma seguinte: 23% de enfermeiros, 3,5% de técnicos de enfermagem, 23,5% de auxiliares de enfermagem e 50% de atendentes de enfermagem.

O Departamento de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário tem estabelecido, em sua filosofia, a adoção de um sistema de assistência de enfermagem para o desempenho das atividades junto ao paciente, o qual, com a prescrição diária do cuidado, está vinculado ao cumprimento de um dispositivo legal do exercício profissional da enfermeira, segundo a qualidade da assistência a ser prestada e deve ser considerado na elaboração do quadro de pessoal.

A medida que se procura diferenciar o cuidado de enfermagem necessário a cada paciente, varia o número de horas de enfermagem gasto e, como conseqüência, a quantidade e a qualidade de pessoal também será diferente. Esta variação é questionada e por isso é necessário sejam estipulados padrões que, em consonância com a filosofia do serviço, mobilizem o tipo de assistência que se pretende prestar. A vivência desta problemática deu origem ao presente trabalho, que tem como objetivo maior a estimativa do número de funcionários de enfermagem necessário à prestação da assistência de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, sendo, para isso, utilizados três índices diferentes. A fim de se realizar este objetivo, foram adotados, para cálculo, dois índices propostos por diferentes autores: 1. ABOUD¹ 2. ALCALA² e 3 terceiro índice utilizado foi extraído da realidade identificada no Hospital Universitário.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo em duas clínicas de pacientes internados: Clínica Médica e Clínica Pediátrica, localizadas respectivamente no 5º e 4º pavimentos.

A população de estudo foi constituída por todos os pacientes hospitalizados nas duas clínicas, durante o período de um mês (maio de 1986).

As duas clínicas que constituíram o campo de estudo têm gerência própria de pessoal, material e movimentação de pacientes.

Cada uma delas conta com duas unidades de internação, posto de enfermagem, sala de serviço e outras dependências próprias de uma unidade de internação; o número de leitos em ambas as clínicas, no mês de estudo, foi de 35.

Os leitos, na Clínica Médica, estão distribuídos em quartos individuais e enfermarias de 5 leitos, estando uma delas equipada para cuidados especiais a pacientes graves.

A Clínica Pediátrica é constituída também por duas unidades de internação com enfermarias de 5 leitos, quartos individuais, uma enfermaria para 12 berços e uma unidade para cuidados especiais.

Os quartos individuais, nas duas clínicas, são geralmente ocupados por pacientes que requerem algum tipo de isolamento fisiológico ou emocional.

Para cálculo do número de pessoal necessário foi utilizada sempre a mesma fórmula:

$$\frac{\text{«leitos ocupados»} \times \text{«horas de assistência de enfermagem»} \times \text{«dias da semana»}}{\text{«jornada de trabalho»}} + \text{«percentual de absenteísmo»}$$

onde:

- “leitos ocupados” é o correspondente ao percentual de leitos ocupados, em relação ao total de leitos existentes, preconizado ou pelo autor ou encontrado no Hospital Universitário;

- “horas de assistência de enfermagem” é igual ao número de horas/enfermagem dispendidas com o cuidado ao paciente nas 24 horas, e varia por autor ou tipo de cuidado para adulto e pediatria;

- “dias da semana,” em número de sete;

- “jornada de trabalho”, isto é, o número de horas semanais trabalhadas (40 h);

- “percentual de absenteísmo” corresponde à cobertura das ausências ocasionadas por licenças, faltas, férias e folgas. Também varia por autor e pelo encontrado no Hospital Universitário.

Para registro dos dados necessários à determinação do tipo de cuidado que o paciente requer, foi elaborado um mapa (ANEXO I), com identificação da clínica, contendo trinta e uma caselas correspondentes ao número de dias da coleta, para serem preenchidas com o número de leitos ocupados, em função do tipo de cuidados. Estes pacientes foram classificados segundo as definições estabelecidas por ALCALA² (Anexo II).

As enfermeiras que participaram do plano piloto foram as mesmas que realizaram a coleta de dados. O ensaio preliminar foi executado durante os 15 dias que antecederam a realização do estudo nas mesmas unidades de internação, a fim de permitir a avaliação do instrumento, o preparo das enfermeiras na determinação do tipo de cuidados e a demonstração da viabilidade do mesmo.

A coleta de dados foi realizada durante a visita diária aos pacientes, às 8 horas, por três enfermeiras da Clínica Médica e duas da Clínica Pediátrica. Nesta visita, que é de rotina no HU, a enfermeira faz, com cada paciente, uma entrevista, exame físico sumário, avalia a evolução do caso e faz a prescrição de enfermagem.

Durante a entrevista e exame físico, na fase de realização do estudo, eram identificadas: condições de movimentação e deambulação, tipo de isolamento, presença de sondas, drenos, catéteres, venoclises, curativos, lesões, orientação auto e alo psíquica e condições emocionais dos pacientes. Na Pediatria foi ainda levado em consideração o tipo de berço (isolete, berço aquecido ou berço comum). Na avaliação e prescrição de enfermagem era feita comparação com a evolução dos dias anteriores, e verificação do aparecimento e resolução de novos problemas, assim como do número de cuidados a serem prestados. Cada paciente foi visitado tantas vezes quantos os dias em que permaneceu hospitalizado neste mês de estudo.

Para cálculo do percentual de absenteísmo, em ambas as clínicas, foi utilizada a fórmula encontrada em MEZOMO⁶ onde:

$$\text{Taxa de absenteísmo} = \frac{\text{«homens/dia perdido»} \times 100}{\text{«homens/dias trabalhados»} + \text{«homens/dias perdidos»}}$$

Para homem/dia perdido foram consideradas folgas, férias, faltas, licenças e vagas por demissões, e para homem/dia trabalhado, os 31 dias trabalhados de cada funcionário no mês de maio.

O resultado foi, para a Pediatria, de 33% de absenteísmo e para a Clínica Médica, de 37%.

RESULTADOS

A fim de facilitar a compreensão dos resultados, optou-se pela apresentação, inicialmente, dos cálculos elaborados, utilizando-se os índices, por autor, sendo: 1. ABOUD¹, 2. ALCALA² e 3. os encontrados no

H U, para a Clínica Pediátrica e Clínica Médica, seguidos das tabelas com distribuição funcional.

CLÍNICA PEDIÁTRICA

1. 35 leitos; 80% de ocupação; 20% absenteísmo.

$$\frac{28 \times 4,9 \times 7}{40} + 20\% = 28,85$$

Pelos índices recomendados por ABBOUD¹, obteve-se um total de 29 funcionários.

2. 35 leitos; 80% de ocupação; 30% absenteísmo, com 60% dos leitos — ocupados para cuidados mínimos, 30% para cuidados intermediários e 10% para cuidados intensivos.

- a. Cuidados Mínimos

$$= \frac{16,8 \times 4,5 \times 7}{40} + 30\% = 17,20$$

- b. Cuidados Intermediários

$$= \frac{8,4 \times 5,5 \times 7}{40} + 30\% = 10,50$$

- c. Cuidados Semi-Intensivos

$$= \frac{2,8 \times 10 \times 7}{40} + 30\% = 6,37$$

Realizado o cálculo, de acordo com os índices estabelecidos por ALCALA², obteve-se um total de 34,07 funcionários.

3. 35 leitos; 91,42% de ocupação e 33% de absenteísmo.

Utilizou-se a classificação de ALCALA², mas com a distribuição de ocupação em 6,25% para cuidados mínimos; 15,62% para cuidados intermediários; 65,62% para cuidados semi-intensivos e 12,5% para cuidados intensivos, resultantes dos dados colhidos no mês em estudo.

- a. Cuidados Mínimos

$$= \frac{2 \times 4,5 \times 7}{40} + 33\% = 2,09$$

- b. Cuidados Intermediários

$$= \frac{5 \times 5,5 \times 7}{40} + 33\% = 6,40$$

c. Cuidados Semi-Intensivos

$$= \frac{21 \times 10 \times 7}{40} + 33\% = 48,87$$

d. Cuidados Intensivos

$$= \frac{4 \times 18 \times 7}{40} + 33\% = 16,75$$

Realizado o cálculo, de acordo com os índices encontrados no HU, obteve-se um total de 74,11 funcionários.

CLÍNICA MÉDICA

1. 35 leitos; 80% de ocupação e 20% de absenteísmo.

$$= \frac{28 \times 3,4 \times 7}{40} + 20\% = 19,99$$

Pelos índices recomendados por ABBOUD¹, obteve-se um total de 20 funcionários.

2. 35 leitos; 80% de ocupação; 30% de absenteísmo e com 30% dos leitos ocupados para cuidados mínimos; 60% para cuidados intermediários e 10% para cuidados semi-intensivos.

a. Cuidados Mínimos

$$= \frac{8,4 \times 2,5 \times 7}{40} + 30\% = 4,76$$

b. Cuidados Intermediários

$$= \frac{16,8 \times 4,5 \times 7}{40} + 30\% = 17,29$$

c. Cuidados Semi-Intensivos

$$= \frac{2,8 \times 10,0 \times 7}{40} + 30\% = 6,37$$

Realizado o cálculo, de acordo com os índices estabelecidos por ALCALA², obteve-se um total de 28,42 funcionários.

3. 35 leitos; 91,42% de ocupação e 37% de absenteísmo. Utilizou-se a classificação de ALCALA² mas com a distribuição de ocupação em 53,12% de cuidados mínimos; 34,37% de cuidados intermediários; 9,37% de cuidados semi-intensivos e 3,12% de cuidados intensivos, que foi a realidade no mês em estudo.

a. Cuidados Mínimos

$$= \frac{17 \times 2,5 \times 7}{40} + 37\% = 10,18$$

b. Cuidados Intermediários

$$= \frac{11 \times 4,5 \times 7}{40} + 37\% = 11,86$$

c. Cuidados Semi-Intensivos

$$= \frac{3 \times 10 \times 7}{40} + 37\% = 7,19$$

d. Cuidados Intensivos

$$= \frac{1 \times 18 \times 7}{40} + 37\% = 4,31$$

Realizado o cálculo, de acordo com os índices encontrados no HU, obteve-se um total de 33,54 funcionários.

TABELA 1
DISTRIBUIÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM, POR CATEGORIA FUNCIONAL SEGUNDO ABOUD¹, ALCALA² E DADOS DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO HU, PARA A CLÍNICA PEDIÁTRICA, 1986

Categoria Funcional	Distribuição do Pessoal					
	Abboud		Alcala		Dept. de Assistência de Enfermagem - HU	
	Índice preconizado em %	Valor Absoluto	Índice preconizado em %	Valor Absoluto	Índice real do HU em %	Valor Absoluto
Enfermeira/o	5	2	15	5	23	17
Técnico de Enfermagem	10	3	—	—	3,5	3
Auxiliar de Enfermagem	25	7	45	15	23,5	17
Atendente de Enfermagem	60	17	40	14	50	37
Total	100,0	29	100,0	34	100,0	74

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM, POR CATEGORIA
FUNCIONAL SEGUNDO ABOUD¹, ALCALA² E DADOS
DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
DO HU, PARA A CLÍNICA MÉDICA, 1986

Categoria Funcional	Distribuição do Pessoal					
	Aboud		Alcala		Deptº. de Assistência de Enfermagem - HU	
	Índice precon- nizado em %	Valor Absoluto	Índice precon- nizado em %	Valor Absoluto	Índice real do HU em %	Valor Absoluto
Enfermeira/o	5	1	15	4	23	8
Técnico de Enfermagem	10	2	—	—	3,5	1
Auxiliar de Enfermagem	25	5	45	13	23,5	8
Atendente de Enfermagem	60	12	40	11	50	17
Total	100,0	20	100,0	28	100,0	34

DISCUSSÃO

No presente estudo de cálculo de pessoal realizado no Hospital Universitário por enfermeiras do Departamento de Assistência de Enfermagem, os resultados apresentados evidenciam uma variação entre os índices dos autores citados e os dados reais do HU.

O emprego de um determinado critério pode ser um ponto de partida para se efetuar estudo desta natureza, entretanto, as diferenças encontradas precisam ser analisadas à luz das características do local onde se realizou a pesquisa; isto porque existem fatores que influenciam sobremaneira o comportamento dos índices; portanto, o emprego de um critério definido pode ser um ponto de partida para se calcular o pessoal para o serviço de enfermagem. Entretanto, a diferença do número de funcionários da Clínica Pediátrica, apresentado nos resultados, 29 para ABOUD¹ e 74 para o HU, deve ser vista através dos índices utilizados. Esta variação aconteceu não só pela situação real do nível de assistência percentual de leitos ocupados, 91,42% contra 80% preconizados pelos dois autores; 33% de absenteísmo encontrados no HU contra 20% referidos por ABOUD¹ e 30% por ALCALA², mas principalmente pela classificação do tipo de cuidado. Comparando os resultados da Clínica Pediátrica com os da Clínica Médica, onde é menor a diferença entre os dados verifica-se que, embora o índice de ocupação de leitos tenha sido mantido em 91,42% e o absenteísmo no HU tenha sido maior (37%), prin-

principalmente em relação a ABOUD¹, a influência da classificação por tipo de cuidado torna-se evidente. A partir destes achados, acredita-se que, para a determinação dos índices compatíveis com a realidade, seja necessário manter-se uma classificação diária dos pacientes, por tipo de cuidados, e sugere-se, pelo menos, 06 meses de estudo, para que, de fato, este índice seja significativo. Isto porque podem ocorrer variações quanto à gravidade dos pacientes, com modificação dos percentuais do tipo de cuidado.

Considera-se importante que a enfermeira, que procede à classificação dos pacientes, obedeça a um padrão fixado para realizar este procedimento com objetividade e para diminuir a possibilidade de impressões subjetivas. É recomendável que, de início, o trabalho seja feito em dupla, até que se obtenha maior segurança.

Quanto ao índice de absenteísmo encontrado neste estudo, pode-se inferir que o fato de ser mais alto que o apontado pelos autores consultados, seja decorrente de ser o HU um hospital escola, com um quadro de funcionários de enfermagem predominantemente feminino.

Com relação aos índices de distribuição por categoria funcional, Tabelas 1 e 2, observa-se que ABOUD¹ e ALCALA² estabeleceram percentuais menores para Enfermeira do que os encontrados no HU, enquanto que, neste, o percentual das outras categorias é inferior ao dos autores citados, o que pode minimizar os custos. Discorrer sobre esta diferença implicaria em questionar diretamente a qualidade da assistência.

A presença da enfermeira se fez necessária desde o treinamento de pessoal recém-admitido até o controle da qualidade de assistência prestada pelo serviço, inclusive na manutenção de um sistema de educação continuada, prestação de assistência seletiva e prescrição de enfermagem. Estas tarefas não podem ser delegadas aos outros elementos da equipe e demandam não só preparo profissional inicial como aperfeiçoamento contínuo do corpo de enfermeiras que respondem pela Instituição.

CONCLUSÃO

O número total de funcionários necessários à prestação da assistência de enfermagem em Clínica Pediátrica, segundo ABOUD¹ foi 29; ALCALA², 34; Departamento de Enfermagem do HU, 74. Para a Clínica Médica, segundo ABOUD¹ foi 20; ALCALA², 28; Departamento de Assistência de Enfermagem do HU, 34.

Existe acentuada diferença nos resultados obtidos com a utilização de diferentes índices para a Clínica Pediátrica. O mesmo não ocorreu em Clínica Médica, embora se evidencie razoável diferença.

A classificação dos pacientes da unidade ou instituição, por tipo de cuidado, torna o cálculo de pessoal mais próximo da necessidade real. Para tanto é necessário estabelecer índices que sejam compatíveis com a realidade da Instituição.

CAMPEDELLI, M.C.; TAKITO, C.; SANCINETTI, T.R.; BENKO, M.A. Nursing personnel budgeting: a nurse's function. *Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo*, 21 (1): 3-15, Apr. 1987.

The authors analyse the problem faced by the Nursing Service of a hospital when budgeting nursing personnel for patient care. They refer that the hospitals, at first, may use prestablished calculation in the literature, but they emphasize that later on, the estimatis must be corrected by their observation of the daily number of hours of care required by the patient in that particular situation and other local factors which interfere with nursing assistance.

UNITERMS: *Nursing staff, hospital. Nursing administration. Nursing service, hospital.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABOUD, M. **Dotação de pessoal na organização hospitalar.** São Paulo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV/HC/FMUSP, s.d. 9p. (apostila).
2. ALCALA, M.U. et alii. **Cálculo de pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência.** São Paulo, Superintendência: Médico Hospitalar de Urgência, 1982. 47p.
3. ATALA, A. **Cálculo de pessoal para os serviços paramédicos de um hospital geral de 300 leitos.** *Rev. paul. Hosp.*, São Paulo, 26(6):244-56, jun. 1978.
4. DUTRA, V. de O. **Administração de recursos no hospital.** In: GONÇALVES, E.L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea.** São Paulo, Pioneira, 1983. cap. 2, p.67-114.
5. FELDMANN, M.A. **Administração do serviço de enfermagem.** São Paulo, União Social Camilliana, s.d. 138p.
6. MEZOMO, J.C. **Absenteísmo.** In: ————. **Administração dos recursos humanos no hospital.** São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1981. p.167.
7. OGUISSO, T. et alii. **O sistema empresarial na locação de pessoal de enfermagem para o INPS.** *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 23(1/2):117-30, jan./jun. 1970.

Recebido para publicação em 4/11/86.

Aprovado para publicação em 27/4/87.

ANEXO II

CUIDADOS INTENSIVOS

“Cuidados prestados a pacientes em estado crítico, que estão incapacitados de comunicar suas necessidades e que requerem cuidados e observações de enfermagem concentrados. Estes pacientes necessitam de local e ambiente próprios a seu estado, munido de recursos materiais, equipamentos e drogas de emergência, bem como de profissionais altamente qualificados”.

CUIDADOS SEMI-INTENSIVOS

“Cuidados prestados a pacientes que têm dependência total de enfermagem, para manter suas necessidades básicas, sem contudo apresentar risco de vida imediato; o cuidado e a observação de enfermagem não é tão concentrado como no paciente de cuidados intensivos, contudo exigem instalações adequadas e pessoal profissional qualificado”.

CUIDADOS INTERMEDIARIOS

“Cuidados prestados a pacientes que exigem uma quantidade moderada de atenção de enfermagem, incluindo neste grupo os pacientes que estão começando a participar do cuidado de si próprio”.

CUIDADO MINIMO ou AUTO-CUIDADO

“Cuidado de pacientes ambulatorios, fisicamente auto-suficientes, que requerem serviços de diagnóstico terapêutico ou que possam estar em convalescência; as ações da enfermagem estão voltadas para possível controle terapêutico, curativos e principalmente para a orientação e instrução de medidas de promoção, recuperação e reabilitação. Aqui o paciente é instruído no auto-cuidado, dentro dos limites de sua enfermidade”.