

Reestructuración del cuadro de personal de enfermería y su impacto sobre las horas de asistencia

Danielle Fabiana Cucolo¹

Márcia Galan Perroca²

Este estudio descriptivo tuvo por objetivo dimensionar y comparar el cuadro de personal de enfermería de las unidades de clínica médico-quirúrgica de un hospital filantrópico, en las situaciones actuales y proyectadas, e investigar el tiempo de asistencia utilizado en los pacientes por el equipo de enfermería en las dos situaciones. Para dimensionar se utilizó el método propuesto por Gaidzinski, y, para el cálculo de las horas de asistencia, la ecuación propuesta por el Compromiso con la Calidad Hospitalaria (CCH). Lo encontrado colocó en evidencia la necesidad de aumentar en 33% el cuadro de personal, con aumento de 68,4% de enfermeros y de 15,6% en el número de técnicos/auxiliares de enfermería. En la situación proyectada, las horas de asistencia variaron de 5,7 a 7,2. El cuantitativo de enfermería y el tiempo promedio utilizado con los pacientes se revelaron inadecuados para atender las necesidades de la clientela, lo que puede comprometer la calidad de la asistencia.

Descriptores: Personal de Enfermería; Administración de Personal; Carga de Trabajo.

¹ Enfermera, Maestría en Ciencias de la Salud, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: danielle_cucolo@terra.com.br.

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: marcia.perroca@famerp.br.

Correspondencia:

Danielle Fabiana Cucolo
Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto
Rua Fritz Jacob, 1236
Boa Vista
CEP: 15025-500 São José do Rio Preto, SP, Brasil
E-mail: danielle_cucolo@terra.com.br

Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência

Este estudo descritivo objetivou dimensionar e comparar o quadro de pessoal de enfermagem das unidades de clínica médico-cirúrgica de um hospital filantrópico, nas situações atuais e projetadas, e investigar o tempo de assistência dispensado aos pacientes pela equipe de enfermagem nas duas situações. Utilizou-se, para o dimensionamento, o método proposto por Gaidzinski, e, para o cálculo das horas de assistência, a equação proposta pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Os achados evidenciaram necessidade de acréscimo de 33% no quadro de pessoal, com aumento de 68,4% de enfermeiros e de 15,6% no número de técnicos/auxiliares de enfermagem. Na situação projetada, as horas de assistência variaram de 5,7 a 7,2. O quantitativo de enfermagem e o tempo médio dispensado aos pacientes revelaram-se inadequados às necessidades de atendimento da clientela, podendo comprometer a qualidade da assistência.

Descritores: Recursos Humanos de Enfermagem; Administração de Recursos Humanos; Carga de Trabalho.

Restructuring the Nursing Staff and its Influence on Care Hours

This descriptive study aimed to calculate and compare the nursing staff at the medical-surgical clinical units of a philanthropic hospital in current and projected situations, and to investigate how much time the nursing team delivers patient care in the current and projected situations. Gaidzinski's method was used to calculate the nursing staff, and the equation proposed by the Hospital Quality Commitment (HQC) to estimate care hours. The findings showed an increase of 33% in the staff, with a 68.4% increase in the number of nurses and 15.6% in the number of technicians / nursing auxiliaries. According to the projected situation, the care hours varied from 5.7 to 7.2. The number of nursing and the mean care time provided to the patients were inadequate according to the clientele's care needs. This could impair the quality of care.

Descriptors: Nursing Staff; Personnel Management; Workload.

Introducción

La mejoría continua de la calidad está presente en todos los procesos de trabajo en los servicios de salud. La calidad puede ser definida como un conjunto de atributos que incluye un nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de recursos, la seguridad del paciente y la satisfacción por parte de los usuarios⁽¹⁾. Para medir el desempeño y señalar desvíos de las actividades, se utilizan instrumentos conocidos como indicadores. Estos pueden ser definidos como medidas cuantitativas utilizadas para reevaluar, planificar y reorganizar las actividades de un servicio, ofreciendo subsidios para la toma de decisiones en la gestión de la asistencia⁽²⁾.

Otro aspecto a ser considerado en la evaluación de los servicios de salud está relacionado a la gestión de personas. En el ambiente de la calidad, la dimensión

humana es considerada el centro de las discusiones de administración, una vez que la satisfacción de los profesionales se constituye en aspecto de fundamental importancia para el alcance de las metas de la organización⁽³⁾.

La evaluación cuantitativa y cualitativa del personal de enfermería puede ser considerada un indicador esencial en la administración por interferir, directamente, en la humanización de la asistencia, en la eficacia y en los costos de la atención a la salud. Lo cuantitativo de los profesionales de enfermería posibilita determinar el tiempo utilizado por ese equipo (horas de asistencia) para atender a las necesidades de los pacientes, reflejando el estándar de cuidado pretendido por los servicios de salud⁽⁴⁾.

El número insuficiente de profesionales de enfermería ha afectado negativamente la calidad del cuidado prestado a los pacientes, resultando en un mayor riesgo de eventos adversos (EA) como errores de medicación, infección relacionada a la asistencia a la salud, retirada no programada de sondas, drenajes y catéteres, entre otros⁽⁵⁻⁶⁾. También impacta sobre los índices de morbilidad y mortalidad de los pacientes y el tiempo de internación generando implicaciones ético legales y elevados costos hospitalarios⁽⁷⁻⁸⁾. La carga excesiva de trabajo puede ser agotadora y producir insatisfacción profesional, lo que aumenta la tasa de ausentismo y de rotación⁽⁷⁻⁸⁾, comprometiendo las metas y la imagen institucional.

Considerando que los enfermeros necesitan identificar, continuamente, la calidad de la práctica profesional promovida por su equipo y utilizar los resultados encontrados como herramienta de administración para establecer intervenciones pertinentes en los procesos de trabajo⁽³⁾, fueron trazados los objetivos para este estudio, mostrados a seguir.

Objetivos

Dimensionar y comparar el cuadro de personal de enfermería de las unidades de clínica médico-quirúrgica de un hospital filantrópico en las situaciones actuales y proyectadas.

Investigar el tiempo de asistencia utilizado en los pacientes por el equipo de enfermería en las dos situaciones.

Método

Este estudio del tipo descriptivo fue realizado en cuatro unidades de clínica médico-quirúrgica de una institución de salud filantrópica del interior del Estado de Sao Paulo, con capacidad total de 196 camas. Las unidades estudiadas representan 60% de las camas instalados.

La propuesta de reestructuración del cuadro de personal de enfermería fue, inicialmente, presentada a la administración y a la gerencia de enfermería de la institución que se estaba estudiando. Posteriormente, el proyecto fue sometido al Comité de Ética en Investigación y, después de aprobado, se inició la recolección de datos.

Para el cálculo de personal de enfermería fue utilizada la ecuación propuesta por Gaidzinski⁽⁴⁾, constituida por tres variables: carga de trabajo, tiempo efectivo e índice de seguridad técnico (IST).

$$Q_k = \sum_k \frac{\sum P_k \cdot (n_j + s_n) \cdot h_j}{t_k \cdot p} \left[\frac{(1+e)}{d-e} \cdot \frac{(1+v)}{D-v} \cdot \frac{(1+f)}{D-f} \cdot \frac{(1+a_k)}{D-a_k} \right]$$

Donde:

k = categoría profesional	t = jornada de trabajo
j = grado de dependencia	p = proporción del tiempo productivo
Q _k = cantidad total de personal de la categoría profesional k	e = número de días de descanso semanal
P _k = porcentaje de participación/ categoría profesional k	d = días de la semana
n = número promedio diario de pacientes	v = promedio de los días de vacaciones anuales
s _n = desviación estándar de la distribución promedio	D = días del año
h = horas promedio de cuidado de los pacientes	f = número de días de feriados en el año
	a _k = promedio anual de las ausencias no previstas/categoría profesional k

La mensuración de la carga de trabajo del equipo de enfermería fue realizada mediante utilización de instrumento validado de clasificación de pacientes⁽⁹⁾, compuesto por 13 áreas de cuidados. Por medio de este, el paciente puede ser clasificado en una de las cuatro categorías de cuidados: mínimos (13-26 puntos), intermedios (27-39 puntos), semi-intensivos (40-52 puntos) e intensivos (53-65 puntos). El valor promedio de pacientes fue acrecido de una desviación estándar⁽⁴⁾. La aplicación del instrumento fue realizada en el mes de junio de 2007, por nueve enfermeras clínicas asignadas en las unidades (cinco enfermeras del período de la mañana y cuatro enfermeras del período de la tarde).

La determinación del número de horas diarias de asistencia de enfermería, por tipo de cuidado, y la distribución del equipo por categoría profesional fueron subsidiadas por la Resolución COFEN n° 293/04, que fija y establece parámetros para Dimensionar el Cuadro de Profesionales de Enfermería⁽¹⁰⁾. Se consideró la proporción del equipo por carga de trabajo predominante y 85% del tiempo diario de trabajo (6 horas) como tiempo productivo⁽¹¹⁾.

En relación a las ausencias, los datos fueron recolectados, retrospectivamente, entre los meses de enero y diciembre de 2006, utilizándose documentos del Departamento de Personal (registro de ausencias no previstas) y escala mensual del Departamento de Enfermería (ausencias previstas). Fueron incluidos funcionarios admitidos hasta el 5° día y que trabajaron hasta el 25° día del mes, considerando el período de 6 horas para faltas o días no trabajados⁽¹²⁾.

Para el cálculo del porcentaje de ausencias previstas, se consideró: descanso semanal, feriados no coincidentes con domingos y vacaciones anuales. La suma de las ausencias por faltas, licencias y suspensiones representó el porcentaje de ausencias no previstas. A partir de entonces, se determinó el IST, que representa

el porcentaje de profesionales a ser acrecido al número total de cada categoría, para cubrir los días de ausencias previstas y no previstas⁽¹¹⁾.

Las horas de asistencia del equipo de enfermería fueron obtenidas a través de la aplicación de la ecuación propuesta por el Programa Compromiso con la Calidad Hospitalaria (CCH)⁽¹³⁾, para cuidados mínimos e intermedios. La elección de esa ecuación ocurrió debido al elevado número y diversidad de hospitales participantes de ese programa, los cuales controlan periódicamente ese indicador y, así, posibilitan mayor amplitud en la comparación de los hallazgos.

Donde

$$\text{Horas de Enfermero} = \frac{\text{número de horas utilizadas por enfermero}}{\text{número de pacientes por día en el período}}$$

$$\text{Horas de Téc. y/o Aux. Enf} = \frac{\text{número de horas utilizadas por Téc. y/o Aux. Enf.}}{\text{número de pacientes por día en el período}}$$

Número de pacientes-día = suma del número de pacientes internados diariamente en cada unidad, en un período determinado.

El número de horas de enfermería por categoría profesional fue calculado considerándose el número de horas prestadas en un determinado período y descontándose las horas no trabajadas, como: vacaciones, descanso semanal remunerado, cobertura en otra unidad, descuento de horas, licencia médica, atraso, suspensión, falta y otros. Se consideró la jornada efectiva de trabajo de 5,75 horas (diurno) y de 11 horas (nocturno), descontándose los períodos de descanso establecidos por la legislación del trabajo. Fueron computadas solamente las horas de los enfermeros clínicos. Para proyección de las horas de asistencia de enfermería del nuevo cuadro de personal, se dividió el cuantitativo de personal encontrado por 12 meses, obteniéndose el número de profesionales de vacaciones/mes.

Resultados

En las cuatro unidades de clínica médico-quirúrgica en estudio, fueron clasificados 2.291 pacientes día. En la distribución por categoría de cuidados, se observó un mayor número de pacientes clasificados como cuidados mínimos (47,1 a 79,6%) e intermedios (17,7 a 38,6%), con menor número en la categoría de cuidados semi-intensivos (1,9 a 12,3%). Fueron encontrados pacientes que demandaban cuidados intensivos en las unidades IV (0,2%) y VI (2%) (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribuciones numéricas, porcentajes y promedios de pacientes internados en las unidades de clínica médico-quirúrgica, según categorías de cuidados de enfermería, en el período de mayo a junio. Sao José del Rio Preto, 2007

Categorías de cuidados	Unidad I (n=20)	Unidad II (n=30)	Unidad IV (n=24)	Unidad VI (n=41)
Mínimos				
N (%)	336 (79,6)	409 (79,4)	360 (72,2)	403 (47,1)
Promedio	11,2	13,6	12	13,4
Intermedios				
N (%)	78 (18,5)	91 (17,7)	96 (19,2)	330 (38,6)
Promedio	2,6	3	3,3	11
Semi-intensivos				
N (%)	8 (1,9)	15 (2,9)	42 (8,4)	105 (12,3)
Promedio	0,3	0,5	1,4	3,5
Intensivos				
N (%)	-	-	1 (0,2)	17 (2)
Promedio	-	-	0	0,6
Total				
N (%)	422 (100)	515 (100)	499 (100)	855 (100)
Promedio	14,1	17,1	16,7	28,5
DE	2	4,3	2,5	4,2
CV (%)	14	25	15	15

El análisis de las escalas mensuales y de los documentos del Departamento de Personal referentes a las ausencias del equipo de enfermería posibilitó la obtención de los resultados abajo.

Ausencias previstas por descanso semanal

$$E\% = \frac{(1)}{7-1} \cdot 100 = 17\%$$

Ausencias previstas por feriados

$$F\% = \frac{(11)}{365-11} \cdot 100 = 3,1\%$$

Ausencias previstas por vacaciones

$$V\% = \frac{(30)}{365-30} \cdot 100 = 8,9\% = 9\%$$

Ausencias no previstas

Para la categoría de enfermeros ese tipo de ausencia varió de 0,6% (unidad IV) a 11,5% (unidad I); para los técnicos y auxiliares de 2,8% (unidad IV) a 6,7% (unidad II). El cálculo del IST para cada unidad de internación evidenció acrecidos de 32 a 47% para la categoría de enfermeros y de 35 a 40% para las categorías de auxiliares y técnicos de enfermería (Tabla 2).

Tabla 2 - Porcentaje general de ausencias no previstas y de acrecimientos de personal para cobertura de las ausencias previstas y no previstas del equipo de enfermería de las unidades de clínica médico-quirúrgica, por categoría profesional. Sao José del Rio Preto, 2006

Categoría profesional	Unidad de internación			
	I	II	IV	VI
Enfermero				
Ausencias no previstas (%)	11,5	11,3	6,9	0,6
Acrecimientos - IST (%)	47	46	41	32
Técnico/auxiliar de enfermería				
Ausencias no previstas (%)	4,1	6,7	2,8	4,2
Acrecimientos - IST (%)	37	40	35	37

El cuadro actual del equipo de enfermería, en las unidades investigadas, es constituido por 77 profesionales, siendo 12 enfermeros. Utilizándose el método de dimensión de personal, el cuadro previsto pasaría a ser compuesto por 115 colaboradores de enfermería, distribuidos entre 38 enfermeros y 77 técnicos/auxiliares de enfermería (Tabla 3). En la situación actual, las horas destinadas a la asistencia variaron entre 4,2 y 4,9h, en cuanto que en la situación proyectada se evidenció variación de 5,7 a 7,2h (Tabla 4).

Tabla 3 - Comparativo entre el cuadro de personal de enfermería actual con el proyectado, según unidad de internación estudiada y categoría profesional. Sao José del Rio Preto, 2007

Unidades de internación	Situación actual			Situación proyectada		
	Enfermero*	Téc/aux enf	Total	Enfermero	Téc/aux enf	Total
I (n=20)	3	11	14	6	12	18
II (n=30)	3	15	18	9	17	26
IV (n=24)	3	15	18	8	16	24
VI (n=41)	3	24	27	15	32	47
Total	12	65	77	38	77	115

*Enfermeros son asignados en más de una unidad en el período nocturno

Tabla 4 - Comparativo entre el número de horas de asistencia prestadas considerando el cuadro actual y el cuadro proyectado, según unidad de internación y categoría profesional. Sao José del Rio Preto, 2007

Unidades de internación	Horas					
	Situación actual			Situación proyectada		
	Enfermero*	Téc/aux enf	Total	Enfermero	Téc/Aux Enf	Total
I (n=20)	1	3,6	4,6	2	3,7	5,7
II (n=30)	0,8	4,1	4,9	2,2	4,2	6,4
IV (n=24)	0,8	4	4,8	2,3	4,3	6,6
VI (n=41)	0,5	3,7	4,2	2,2	5,0	7,2

*Enfermeros son asignados en más de una unidad en el período nocturno

Discusión

En este estudio, la identificación del perfil de la clientela asistida retrató la presencia de pacientes en las cuatro categorías de cuidados, mostrando su diversidad y complejidad asistencial en relación al equipo de enfermería. De los pacientes clasificados, predominó la demanda por cuidados mínimos (65,8%) y algunos clientes necesitaron de cuidados semi-intensivos (7,4%) e intensivos (0,8%). Otro estudio⁽¹²⁾ también, en unidades de internación, mostró mayor porcentaje de pacientes en la categoría de cuidados mínimos (68,7%) con menores porcentajes de cuidados semi-intensivos (6,6%) e intensivos (1,5%).

La permanencia de pacientes en las categorías semi-intensivo e intensivo, en las unidades de clínica médico-quirúrgica investigadas, posibilitó reflexionar sobre la razón por la cual esos pacientes fueron asignados a esas unidades, una vez que exigen del equipo de enfermería atención permanente, intervenciones de mayor complejidad y mayor carga de trabajo. Las causas podrían estar relacionadas, principalmente, a la insuficiencia de camas en la unidad de terapia intensiva (UTI) para atender la demanda o mismo a la evaluación inadecuada de la complejidad asistencial.

Los porcentajes encontrados para cobertura de las ausencias (IST), en esta investigación, variaron de 32 a 47%, para la categoría de enfermeros, y de 35 a 40% para técnicos/auxiliares de enfermería. Esos valores se aproximaron de los encontrados en un hospital universitario⁽¹⁴⁾, de 39 a 43% (enfermeros) y de 38 a 46% (técnicos y auxiliares); sin embargo, se mostraron inferiores a los de otro estudio, también, realizado en hospital de enseñanza⁽¹²⁾, respectivamente, de 55 a 78% y de 59 a 79,3%. Cabe resaltar la importancia que tiene que cada institución exprese su realidad en relación a la cobertura de ausencias. Y, caso sea decidida la utilización del IST recomendado por el Consejo Federal de Enfermería (8,33% para cobertura de vacaciones y 6,67% para cobertura de la tasa de ausentismo)⁽¹⁰⁾, es necesario acrecentar el porcentaje de ausencias referente a las descansos y feriados para acrecimos en el cuadro de personal⁽¹²⁾.

Para alcanzar la meta de 115 colaboradores de enfermería, en las unidades estudiadas, sería necesario un aumento de 33% en el total de personal. Algunas investigaciones han mostrado resultados diversos, una vez apuntando la necesidad de aumento del cuantitativo en 17%⁽¹⁵⁾, otras veces manteniendo el número de profesionales⁽¹⁴⁾. Los hallazgos del presente estudio evidenciaron la necesidad de mayor demanda por enfermeros, representando aumento de 68,4% en relación al equipo actual. Los porcentajes presentados en la literatura para esa categoría fueron de 62%⁽¹⁵⁾ y de 50%⁽¹⁴⁾. Para los profesionales de nivel medio, de la institución investigada, fue proyectado un aumento de 15,6% en relación al cuadro actual, diverso de otros estudios que retrataron la necesidad de reducción de esa categoría en 8,7%⁽¹⁵⁾ y 27%⁽¹⁴⁾.

Esos valores evidencian la realidad de la institución estudiada que, como otras instituciones de salud en Brasil, todavía mantienen, por cuestiones financieras, un número reducido de enfermeros, comprometiendo la manutención de asistencia con calidad y la supervisión del servicio. Esa situación también coloca en riesgo la seguridad del paciente, una vez que actividades exclusivas del enfermero son delegadas al personal de nivel técnico, con implicaciones ético-legales para el profesional enfermero y para la institución.

El tiempo promedio disponible de la enfermería por paciente-día fue de 4,2 a 4,9h. Otros estudios desarrollados, también en unidades de clínica médico-quirúrgica, presentaron valores de 4,2h⁽¹⁶⁾, entre 6 y 6,5h⁽¹⁷⁾ y entre 6,2 y 7h⁽⁵⁾. Con la readecuación cuantitativa del equipo, las horas proyectadas quedarían entre 5,7

y 7,2h, aproximándose de los valores encontrados en la literatura. Considerando que en todas las unidades fueron clasificados pacientes en la categoría de cuidados semi-intensivos (1,9 a 12,3%), las horas proyectadas también son compatibles con los valores preconizados por el Consejo Federal de Enfermería⁽¹⁰⁾.

En la situación actual, las horas promedios dedicadas a la asistencia por el enfermero fueron de 0,5 a 1h; otros autores presentaron valores de 0,5h⁽¹⁶⁾ y entre 1,3 y 1,4h⁽¹⁷⁾. Sin embargo, si el cuantitativo de enfermero fuese aumentado, de acuerdo con el cuadro proyectado, las horas por paciente-día pasarían de 2 a 2,3.

La unidad VI presentó mayor porcentaje de pacientes en la categoría de cuidados semi-intensivos (12,3%) e intensivos (2%) y, actualmente, expresa el menor número promedio de horas (0,5) en relación a la asistencia de enfermería. Después de redimensionar el equipo fue posible proyectar las horas necesarias para asistir a la clientela de esa unidad, evidenciando elevación de 41,7% sobre el tiempo promedio de enfermería actual; las horas de los enfermeros aumentaron 77,3% y la de los técnicos y auxiliares de enfermería tuvieron un aumento de 26%. Si las horas dedicadas a la asistencia del paciente se reducen mucho, la calidad del proceso de cuidar queda comprometido debido a la imposibilidad de atender a las áreas de cuidados que necesitan de intervenciones, con la consecuente sobrecarga de actividades para el equipo de enfermería.

Algunos autores⁽⁷⁻⁸⁾ demostraron que enfermeros con sobrecarga de trabajo tiene una mayor probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout (estado de agotamiento físico, emocional y mental) y de volverse insatisfechos. Resaltaron que los hospitales que presentan un número adecuado de personal de enfermería y se preocupan con la capacitación y la retención de enfermeros obtienen mejores resultados para los clientes y para los servicios de salud. Una fuerte asociación entre la proporción enfermero/paciente y el riesgo de mortalidad y mortalidad, seguida por complicaciones entre pacientes quirúrgicos fue documentada en un estudio americano realizado en 168 hospitales generales. En este, se evidenció que, para cada paciente adicional a la carga de trabajo promedio del enfermero, existe riesgo 7% mayor de la probabilidad de muerte⁽⁷⁾.

Ha sido demostrada también, en la literatura, la correlación entre la proporción de enfermeros/paciente y la ocurrencia de eventos adversos. Fueron encontrados porcentajes de 44,9% de EA en UTI cuando la proporción de enfermeros era de 1:2 pacientes; de 23,8% en

unidades semi-intensivas para proporção de 1:3 y de 33,2% en unidades de internación cuando la proporción era de 1:4 pacientes. Los eventos de mayor ocurrencia fueron: retirada no programada u obstrucción de sondas (57,6%), caída de pacientes (16,6%) y errores de medicación (14,8%)⁽⁶⁾.

Otro estudio, realizado en unidades de clínica médico-quirúrgica de institución privada de Sao Paulo⁽⁵⁾, encontró porcentajes entre 6,4 y 7,1% de EA, inclusive cuando el cuantitativo de personal de enfermería se mostraba adecuado para atender a las necesidades de los pacientes. Sin embargo, es importante resaltar que porcentajes más elevados de situaciones de no conformidad fueron evidenciados cuando el equipo de enfermería se encontraba sub-dimensionado.

Los beneficios provenientes de la redimensión del equipo no se limitan apenas a la esfera del paciente, objeto principal del proceso de cuidar. Abarcan, también, la dimensión profesional, a través del rescate de los valores humanísticos de la asistencia de enfermería, y de la institución. Hospitales que tienen por objetivo la excelencia de sus servicios tienen mejor credibilidad e imagen junto a la comunidad y mayor competitividad en el área de salud.

Es importante resaltar, sin embargo, que el aumento del contingente de personal de enfermería por sí solo no va a garantizar una mejoría en la productividad y calidad del cuidado. Este debe ser precedido de una revisión sistemática del proceso de trabajo, eliminando actividades que agregan poco valor al paciente, desnecesarias o mismo redundantes, y que demandan tiempo del equipo. De esa forma, debe haber

compromiso firme del enfermero en el análisis del flujo y de las prácticas de trabajo y en el rediseño de ese proceso, cuando necesario.

La literatura⁽¹⁸⁾ apunta el centro de costos de enfermería como siendo el mayor del hospital, representando 33% del costo total y, aproximadamente, 44% del costo directo del paciente; y también que cerca de 80% del costo directo de enfermería se destina a pagar al personal. De esa forma, la institución puede ver la contratación de personal adicional como un gran impacto en su presupuesto global. Una argumentación sólida por parte del gerente de enfermería junto a la alta administración, abordando el hecho de que el aumento del cuadro de personal, a pesar de que conduce al aumento del costo operacional, no necesariamente implica en disminución en la ganancia, puede favorecer la disponibilidad de los recursos necesarios para implementación de propuestas de reestructuración.

Conclusión

Los resultados de ese estudio permitieron concluir que el personal de enfermería asignado en las unidades investigadas y el tiempo utilizado por ese equipo son insuficientes en relación a las necesidades de atención de la clientela. Conocer y evaluar la realidad puede auxiliar al enfermero y al gerente de la unidad, a elaborar propuestas, tomar decisiones y negociar la readecuación del cuadro de personal y de los procesos de trabajo. El equilibrio entre la utilización de recursos humanos y la calidad de la asistencia todavía es un gran desafío para los administradores de enfermería.

Referencias

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde. Genebra; 1981.
2. Bittar OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev Adm Saúde 2004; 6(22):15-8.
3. Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. Acta Paul Enferm 2006; 19(1):88-91.
4. Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo (SP): Guanabara Koogan; 2005. p.125-37.
5. Krokosz DVC. Efeitos da alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação médico-cirúrgicas.[dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2007.
6. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. Rev Latino-am Enfermagem 2008; 16(4):746-51.
7. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. J Am Med Assoc 2002; 288:1987-93.
8. Rafferty AM, Ckarke SP, Coles J, Ball J, James P, Martin M, Aiken LH. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in english hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. Int J Nurs Stud 2007; 44:175-82.
9. Perroca MG. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: validação clínica.[tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2000.
10. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293/04, fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. [citado 2008 nov. 10].

Disponível em: URL: <http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121§ionID=34>

11. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares.[tese livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1998.

12. Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem para unidades de internação médicas cirúrgicas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.[tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2003.

13. Programa de Qualidade Hospitalar. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH [monografia online]. São Paulo (SP): APM/CREMESP; 2006. Disponível em: URL: <http://www.cqh.org.br/files/Manual%20de%20Indicadores%20NAGEH%20-%20V.FINAL.pdf>

14. Nicola AL. Dimensionamento de pessoal de enfermagem no hospital universitário do oeste do Paraná.[tese]. Ribeirão Preto

(SP): Escola de Enfermagem/USP; 2004.

15. Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(6):832-9.

16. Chenso MZB, Haddad MCL, Secco IAO, Dorigão AM, Nishiyama MN. Cálculo de pessoal de enfermagem em hospital universitário do Paraná: uma proposta de adequação. Semina Ciênc Biol Saúde 2004; 25:81-92.

17. Rogenski KE. Tempo de assistência de enfermagem: identificação e análise em instituição hospitalar de ensino. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2006.

18. Kane NM, Siegrist RB. Understanding rising hospital inpatient costs: key components of costs and the impact of poor quality. [citado 2009 Fev 17]. Disponível em: URL: http://www.bcbs.com/blueresources/cost/4_Inpatient_Qual_Assess.pdf.

Recibido: 21.2.2009

Aceptado: 3.9.2009

Como citar este artículo:

Cucolo DF, Perroca MG. Reestructuración del cuadro de personal de enfermería y su impacto sobre las horas de asistencia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2010 [acceso en: _____];18(2):[08 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día año
mes abreviado con punto