

ESTUDO DAS VARIÁVEIS QUE PARTICIPAM DO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE GRANDE PORTE

STUDY OF VARIABLES OF NURSING PERSONNEL PLANNING IN HOSPITALS OF PORTO ALEGRE

Ana Maria M. Magalhães¹
Érica R. M. Duarte²
Gisela M.S.S. de Moura³

RESUMO

O estudo propôs-se a discutir a realidade do planejamento de pessoal de enfermagem, buscando descrever as variáveis qualitativas e quantitativas envolvidas neste processo em hospitais de grande porte da cidade de Porto Alegre. Apesar das inúmeras variáveis levantadas verifica-se uma grande diversidade entre os critérios adotados pelas chefias de enfermagem e inexistência de parâmetros oficiais. A análise dos dados permitiu o agrupamento das variáveis em quatro categorias emergentes: *hospital, serviço de enfermagem, unidade e clientela*. Existe maior utilização das variáveis quantitativas relacionadas às categorias UNIDADE e CLIENTELA e restrição da autonomia do Serviço de Enfermagem para decidir sobre esse assunto.

UNITERMOS: planejamento de pessoal; pessoal de enfermagem

1 INTRODUÇÃO

A história da enfermagem mostra que significativas modificações ocorreram em relação ao cuidado aos doentes, tanto do ponto de vista técnico quanto institucional. Primitivamente, os hospitais destinavam-se a acolher apenas indivíduos pobres e indigentes, sendo que os doentes de melhores posses eram cuidados pelas próprias famílias, no aconchego do lar.

A evolução do conhecimento sobre anatomia, fisiologia, patologia, farmacologia e microbiologia, dentre outros, veio a alterar profundamente a forma de tratamento da doença, provocando uma centralização dos doentes nos hospitais. Esta nova realidade exigiu dos hospitais, que até então

ABSTRACT

The study intends to discuss the reality of nursing personnel planning, trying to describe the qualitative and quantitative variables that are involved in this process in hospitals of Porto Alegre city. In spite of numberless variables found, we can verify a great diversity between the criterious accepted by the nursing chief's and the inexistence of official criterious. The data analisys allowed grouping the variables in four main categories: hospital, nursing service, unit and clientele. To exist best utilization the quantitative variables related unit and clientele categories and restriction of autonomy nursing service to decide about this thême.

KEY WORDS: personnel planning; nursing personnel

desenvolviam suas atividades através de formas precárias de organização e funcionamento, uma necessidade crescente de sua organização como empresas prestadoras de serviços.

A enfermagem, como um serviço integrante da organização hospitalar, tem buscado acompanhar esta evolução, desenvolvendo uma estrutura de trabalho dentro de modelos cientificamente fundamentados. Destaca-se a Administração da Assistência de Enfermagem como uma das áreas de conhecimento que muito tem auxiliado nesta busca.

Um dos pontos polêmicos quando se analisa ou se estrutura um Serviço de Enfermagem é, sem dúvida, aquele relativo ao dimensionamento dos recursos humanos de enfermagem que irão assistir à clientela. Entende-se por dimensionamento a adequação de pessoal em termos quantitativos e qualitativos.

Uma rápida reflexão acerca da quantificação e qualificação do pessoal necessário para desenvolver a assistência de enfermagem junto à clientela permite identificar pelo menos dois pontos geradores desta polêmica: a filosofia da as-

1 Professora Assistente do DAOP - COREN 25216. Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
2 Professora Adjunta do DAOP - COREN 15696. Chefe do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
3 Professora Assistente do DAOP - COREN 20753. Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

sistência de enfermagem e os custos com pessoal.

Sabe-se que a filosofia da assistência representa (ou reflete) os valores da enfermagem enquanto profissão. Esta assistência orienta-se por uma visão integral do indivíduo (sadio ou doente), buscando o atendimento de suas necessidades biopsicossociais e espirituais e entendendo-o como ser integrante de uma família e de uma comunidade.

No entanto, para assegurar a prestação da assistência de enfermagem desejada é imprescindível a determinação da quantidade de elementos que irão compor a equipe de enfermagem, bem como da qualificação que cada um destes membros deve possuir. Este é um ponto delicado, pois os administradores das instituições de saúde têm, com frequência, uma visão distorcida dos trabalhadores de enfermagem, considerando-os como responsáveis pelos altos custos da assistência hospitalar e não conseguindo reconhecer sua importância como fonte geradora de recursos e de combate ao desperdício.

Esta visão distorcida aliada às restrições impostas pelo próprio contexto do país e pela pouca relevância dada ao aspecto saúde como um valor humano fundamental têm determinado, como consequência, dificuldades de obter-se parâmetros de dimensionamento de pessoal de enfermagem adequados à nossa realidade. Esta problemática já tem sido abordada em outros estudos da área de recursos humanos em enfermagem, como bem menciona Alcalá et al. (1982, p.3) em relação à adequação de pessoal de enfermagem "(...) não existe um critério oficial padronizado e na prática são seguidos diversos modelos; de acordo com a política de pessoal da instituição."

Acredita-se que o padrão de atendimento (ou de assistência) de enfermagem é um reflexo direto de uma política de dimensionamento de profissionais, devendo ser orientada pelas reais necessidades da clientela e pelas diretrizes emanadas do sistema de saúde do país. Desta forma pode-se supor que a definição de uma política de dotação de recursos humanos na enfermagem representa uma tarefa de fundamental importância, tanto do ponto de vista técnico quanto político.

Pretende-se, por meio deste estudo, aprofundar o conhecimento acerca das variáveis qualitativas e quantitativas que participam no dimensionamento de pessoal de enfermagem da área hospitalar, através de um levantamento bibliográfico e de um levantamento de campo, que permita confrontar os achados da teoria e da prática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A alocação de recursos humanos nos serviços de enfermagem em instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas, merece um amplo

estudo, não só pela complexidade das inúmeras variáveis que interferem no seu estabelecimento como pela importância capital que representa para viabilizar quantitativamente e qualitativamente a assistência de enfermagem.

Este aspecto é muito bem ressaltado por Amdt e Huckabay (1983, p. 189) quando afirmam que, "se não for feita adequada previsão de verbas para a contratação de pessoal de enfermagem em quantidade suficiente, a causa está perdida no início". Deste modo nos permitimos enfatizar que não existe assistência de enfermagem sem a necessária organização e administração dos recursos humanos necessários para implementá-la.

2.1 Horas de Assistência de Enfermagem

A base de muitos estudos tem sido a adoção da fórmula matemática apresentada pela Associação Americana de Hospitais e Liga Nacional de Educação em Enfermagem (1950) com a seguintes variáveis:

$$\frac{\text{média diária de pacientes} \times \text{média de h. de enf./24h}}{\text{X dias da semana}}$$

escala de horas semanais de trabalho

É conveniente lembrar que a Associação Americana de Hospitais e Liga Nacional de Educação em Enfermagem (1950) recomenda que a fórmula deve ser utilizada apenas como um critério de orientação, pois cada instituição é um caso particular e como tal deverão ser empregados critérios próprios de mensuração.

Autores brasileiros como Mezzomo (1986), Feldmann (1974) e Carneiro (1958) recomendam acrescentar 20% sobre o total de pessoal calculado pela fórmula acima, com o objetivo de suprir as folgas, férias e licenças.

Verifica-se que a operacionalização e aplicação da referida fórmula só é possível mediante a definição das médias de horas de enfermagem por paciente nas 24 horas, uma vez que as outras variáveis da fórmula são decorrentes da estrutura interna dos serviços ou instituições.

Este aspecto é enfatizado por Glazer (1959) e Rechel e Caruth (s.d.) quando afirmam que é preciso estudar o tempo consumido na execução das tarefas realizadas pelo pessoal de enfermagem para obtermos horas para o cálculo de pessoal.

Para a definição dos valores a serem adotados pela variável média de horas de enfermagem nas 24 horas, a Associação Americana de Hospitais e Liga Nacional de Educação em Enfermagem (1950) promoveu estudos que chegaram aos seguintes resultados:

Quadro 1
Média de Horas de Assistência de Enfermagem nas 24 Horas

SERVIÇOS	ENFERMARIA E QUARTOS SEMI-PARTICULARES	QUARTOS PARTICULARES
Clínica médica	3,2 h	5,4 h
Clínica cirúrgica	3,2 h	5,4 h
Misto	3,2 h	5,4 h
Clínica Obstétrica/puerpério	4,2 h	6,5 h
Recém-nascido	2,3 h	—
Pediatria	5,5 h	—
Crianças maiores	4,3 h	—
Doenças transmissíveis	4,7 h	—

Fonte: Associação Americana de Hospitais e Liga Nacional de Educação em Enfermagem (1950) - Adaptação das autoras

Um aspecto que merece ser destacado é a lacuna de tempo que separa estes estudos, que ainda são usados como parâmetros nos dias atuais, onde evidencia-se um aumento crescente da complexidade das intuições de saúde e conseqüentemente da assistência de enfermagem, onde convivemos com situações de alta tecnologia em hospitais considerados de assistência terciária.

O que se tem feito, no Brasil, são estudos que, utilizando a mesma fórmula apresentam valores diferenciados para a variável média de horas de enfermagem por paciente nas 24 horas. O que não fica claro nestes estudos, é como chegaram ao cálculo das horas de enfermagem.

Por outro lado, acreditamos que a definição do número de horas de enfermagem dispendidas com o paciente é um valor numérico extremamente complexo para ser atribuído, pois o número de horas tem relação direta com a qualidade do atendimento pretendido.

Deste modo, podemos ver que os valores estabelecidos apresentam grande variação entre autores americanos e brasileiros, como Arndt e Huckabay (1983), Vale (1958), Lima (1985), Finer (1966) e Mezzomo (1986) entre outros, provavelmente traduzindo diferenças de interpretação e de filosofias de assistência de enfermagem pretendidas.

Para Mezzomo (1986), o problema de suprimento de pessoal nos hospitais é mais complexo do que na indústria e no comércio, uma vez que nestas instituições há um maior número de relacionamento interpessoal - funcionários/funcionários, funcionários/pacientes e funcionários/familiares - necessitando por isto de um pessoal com maior qualificação, a qual vai além da competência técnica.

O tipo de qualificação profissional e a qualidade da assistência que pretendemos implementar são, portanto, fundamentais para estabelecermos o número de horas dispendidas com o paciente.

Arndt e Huckabay (1983) e Lima (1985) recomendam que deve ser previsto um número de horas para a educação dos pacientes e familiares.

Através da literatura, um grande número de variáveis são apontadas como importantes fato-

res a serem considerados no dimensionamento de pessoal. Passemos agora a listar e discutir algumas destas variáveis.

2.2 Tipo de paciente

É um critério de classificação que caracteriza o paciente segundo a especialidade pela qual está sendo assistido, deste modo é possível agrupar os pacientes em unidades ou enfermarias de clínica médica, cirúrgica, pediatria, neonatologia, obstetria, etc.

2.3 Grau de dependência do paciente

Critério de classificação do paciente segundo suas necessidades de assistência pela equipe de enfermagem. Existem várias classificações sobre o grau de dependência do paciente da equipe de enfermagem.

Wolf e Young (1965) classificaram os pacientes em três categorias baseado no grau de auto-suficiência e necessidade de assistência de enfermagem direta e individualizada que são: auto-suficiência parcial ou intermediária e intensiva ou total.

Arndt e Huckabay (1983) além da classificação acima ainda dividem as necessidades de assistência em direta (atividades junto ao paciente) e indireta (atividades conduzidas por equipes profissionais e não profissionais distantes do leito do paciente, mas voltadas para o seu bem-estar).

O conceito de cuidado progressivo de pacientes aplica-se onde as unidades são organizadas e planejadas de modo que os pacientes são classificados segundo seu grau de enfermidade e suas necessidades de atenção. Para Kurcgant (1991), o cuidado progressivo do paciente (CPP) baseia-se na concentração variável de recursos humanos e materiais em torno da necessidade do cliente, visando a uma assistência integral e humanizada. A classificação dos pacientes é feita segundo seis elementos: cuidados intensivos, intermediários, autocuidado, cuidado por prazo longo ou de críticos, cuidado domiciliar e cuidado ambulatorial.

2.4 Absenteísmo

São as ausências no trabalho devido a licença, férias e faltas. O percentual a ser adicionado sobre o total de componentes da equipe de enfermagem varia entre os autores consultados: 20% para a Associação Americana de Hospitais e Liga Nacional de Educadores em Enfermagem (1950), 30% para Alcalá et al. (1982) e 15% e 45% para Alves et al. (1988).

2.5 Método de trabalho da equipe de enfermagem

Critério que define o método utilizado no desenvolvimento da assistência de enfermagem

ao paciente, Kurcgant (1991) conceitua três métodos de trabalho para a enfermagem:

Método funcional ou por tarefa: aquele que destina cada membro da equipe de enfermagem a execução de tarefas tais como administrar medicamentos, higienização do paciente, fazer curativos, etc. Este método geralmente é usado quando existe pouco pessoal e material de enfermagem, com equipe de enfermagem heterogênea quanto a qualificação. Neste método geralmente a identidade do paciente se dilui.

Método integral ou global: aquele em que cada membro se responsabiliza pelos cuidados integrais de um ou vários pacientes. Traz mais satisfação ao paciente, porém mais dispendioso quanto a quantidade de material e pessoal, requer pessoal mais qualificado.

Método de equipe: é a fusão do método integral com o método funcional: nesta metodologia a(o) enfermeira(o), a(o) técnica(o), a(o) auxiliar de enfermagem se responsabilizam por um grupo de pacientes tendo cada um sua função determinada pela complexidade, perícia, capacidade de julgamento, etc.

2.6 Área física do hospital

Critério que define o tipo de construção e organização das diversas partes do hospital. Segundo Finer (1966) uma planta física deficiente prejudica muito o trabalho da equipe de enfermagem, pois o tempo gasto em deslocamentos podem representar quilômetros e poderia ser empregado na assistência ao paciente. No tipo de construção o hospital *monobloco* exige número menor de pessoal que o *pavilhonar*, pois o primeiro tem suas unidades distribuídas funcionalmente em suas alas, permitindo mais rápido acesso entre elas e exigindo menos pessoal para supervisão.

Também podem ser considerados neste tópico o tipo de acomodação dos pacientes (enfermarias, quartos ou apartamentos), a localização dos serviços de apoio e serviços de diagnóstico podem facilitar certas tarefas, a qualidade e a quantidade adequada de equipamentos, sistema eletrônico de sinalização e comunicação (interfone, telefone, etc.) evitam a perda de tempo contribuindo para um menor número de pessoal de enfermagem.

2.7 Filosofia e objetivos da instituição

Define a função social do hospital e suas propostas assistenciais. Deste modo pode caracterizar-se como hospital filantrópico, de ensino, geral ou especializado entre outras. Segundo Lima (1985), um hospital de ensino determina maior exigência de pessoal, técnicos de nível superior, docentes e profissionais técnicos especializados.

2.8 Política de pessoal

A definição de uma política de pessoal se reflete diretamente na motivação e produtividade do grupo de funcionários da empresa. A valorização do empregado respeitando seus limites físicos e psicológicos repercutirá diretamente na assistência de enfermagem desenvolvida pelos mesmos.

Segundo Finer (1966), a determinação numérica do pessoal em atividade apresenta relação direta com o tempo e energia que cada unidade dispense com sua cota aritmética do trabalho a ser feito, presumindo-se que o padrão de serviço não seja deliberadamente reduzido. O excesso de tempo de trabalho produz exaustão e desagrado pela tarefa, levando até mesmo ao desestímulo da profissão. Esta mesma autora diz que a escassez de pessoal de enfermagem poderá também ser antieconômico, embora a folha de pagamento dos mesmos seja pequena, pois o cansaço e a frustração originam rebeldia dos funcionários, absenteísmo, turnover e demissões.

Neste item devem ser considerados critério de admissão, jornada de trabalho, política de treinamento e educação continuada. Uma política de pessoal bem definida pode favorecer maior satisfação no trabalho, produção elevada e garantia de qualidade.

A carga horária e distribuição da jornada diária interferem no número, pois quanto mais horas os funcionários trabalham por semana, logicamente, maior será a redução do quantitativo de pessoal. Neste mesmo item temos que considerar as folgas, férias, licenças e absenteísmo. A utilização de pessoal com maior experiência e já treinado, aumenta a produtividade e diminui a necessidade numérica de pessoal.

2.9 Recursos tecnológicos

Os avanços tecnológicos têm contribuído fortemente para a dinâmica de assistência, ensino e pesquisa na área da saúde. Além dos equipamentos sofisticados para o diagnóstico e tratamento, o advento da informática introduziu definitivamente o computador nas instituições hospitalares.

A informatização de um hospital é um forte fator de auxílio nas atividades desenvolvidas pelos técnicos que nela trabalham, permitindo que estes se voltem mais à assistência. Estas modificações, provavelmente, trarão alterações na distribuição, alocação e número de pessoal.

2.10 Sistema de apoio

A exigência de pessoal para transporte de paciente, a existência de uma gerência de unidade para os aspectos administrativos e outras medidas como estas reduzem a necessidade de pessoal de enfermagem.

2.11 Análise de funções e cargos no serviço de enfermagem

Este dado é importante no cálculo de pessoal e está muito associado à finalidade da instituição, filosofia, objetivo e organização do serviço de enfermagem, tais como: existe educação em serviço, é estimulada a pesquisa, etc. A distribuição por categoria também é um aspecto a ser considerado.

Para Feldmann (1974) e Mezzomo (1986), o cálculo de pessoal de enfermagem por categoria, dentro da realidade brasileira, obedece a seguinte estrutura: 10% de enfermeiros, 30% de auxiliares de enfermagem e 60% de atendentes. Esta discrepância se torna mais evidente em instituições particulares onde, por razões supostamente financeiras, predomina a categoria de auxiliares de enfermagem e atendentes.

Pela lei nº. 7498/86 a categoria de atendentes de enfermagem deveria ser extinta num prazo de dez anos, ou seja, até 1996, promovendo-se programas de profissionalização. Sabe-se que, na realidade, ainda existem muitos atendentes de enfermagem atuando nos diferentes campos de trabalho e que a meta anteriormente prevista não foi atingida determinando a necessidade de prorrogação deste prazo.

2.12 Fator fadiga

O fator fadiga deve ser considerado no cálculo de pessoal, pois interfere adversamente no output do trabalho. A Comissão for Administrative Service in Hospitals (apud Arndt; Huckabay, 1983) apresenta cerca de 22% concedido para tempo pessoal, pequenos atrasos e fadiga. Willian (1977) e Sauer (1972) mostram cerca de 15% de tempo não produtivo.

1.13 Orçamento

A designação de um orçamento para o serviço de enfermagem dará flexibilidade a este setor no sentido de determinar medidas que auxiliarão a atingir os objetivos do mesmo. Porém, é um item que deve ser analisado após o conhecimento de outras variáveis.

O orçamento afeta a política de pessoal de enfermagem que determina a qualidade e a composição da equipe de enfermagem e desta forma a qualidade da assistência ao paciente; determina a quantidade e a qualidade do equipamento, recursos para a melhora na área física e outros recursos disponíveis à pesquisa e outras atividades de enfermagem.

3 INVESTIGAÇÃO

Com base na complexidade que representa o levantamento de critérios para o dimensiona-

mento de pessoal de enfermagem, além das diferentes variáveis encontradas na literatura, buscou-se com este estudo averiguar o que ocorre na prática da Administração da Assistência de Enfermagem na atualidade, perseguindo os seguintes objetivos:

- . Identificar as variáveis a serem utilizadas no dimensionamento de pessoal de enfermagem para a área hospitalar de acordo com a recomendação dos diversos autores consultados.

- . Identificar que variáveis têm sido utilizadas, pelas chefias de enfermagem dos hospitais de grande porte e capacidade extra, para o dimensionamento de pessoal de enfermagem.

- . Identificar que relação existe entre as recomendações da literatura e a prática utilizada em nossa realidade.

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo exploratório – descritivo, com metodologia qualitativa e quantitativa, que busca aprofundar os conhecimentos acerca das variáveis que são utilizadas pelas chefias de enfermagem de hospitais de grande porte, para o estabelecimento do quadro de pessoal de enfermagem.

3.2 Campo de ação

O levantamento de dados foi feito junto às chefias de enfermagem de hospitais de grande porte da cidade de Porto Alegre.

O estudo foi desenvolvido junto à Escola de Enfermagem da UFRGS, por iniciativa dos professores da área de Administração da Assistência de Enfermagem.

3.3 População e amostra

A população investigada foi composta pelos hospitais gerais de grande porte e capacidade extra da cidade de Porto Alegre.

Para a seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios: características de hospital geral e números de leitos.

Entende-se por hospital geral a seguinte definição "... aquele destinado atender pacientes portadores de várias especialidades médicas. Poderá ter sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino)." (Brasil, 1983, p.27.)

Quanto ao segundo critério de seleção da amostra optou-se pelos hospitais de grande porte e capacidade extra, que segundo a definição da mesma fonte acima citada, compreende capacidade normal de 151 a 500 leitos e acima de 500 leitos, respectivamente.

A amostra foi intencionalmente escolhida e compreende 9 (nove) instituições, representando 81% do total de hospitais da cidade de Porto Alegre que enquadravam-se nos critérios de seleção, na época de realização do estudo.

A limitação da abrangência do estudo a estas instituições deveu-se a uma tentativa de investigar serviços de saúde com características semelhantes no processo de assistência de caráter geral. Pretendeu-se, com isso, evitar a valorização de particularidades da assistência de hospitais especializados ou aqueles que têm como finalidade o atendimento à camadas específicas da população, que lhes configuram características próprias, como hospitais militares.

3.4 Instrumento

Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados uma entrevista semi-estruturada, elaborada a partir do segundo objetivo de pesquisa (Anexo). O roteiro era composto de duas partes, a primeira é destinada à caracterização do hospital e do pessoal de enfermagem, a segunda, destinada a obter dados para a investigação propriamente dita, é composta por duas questões abertas.

O roteiro da entrevista foi testado com duas chefias de enfermagem de hospitais gerais de médio porte, cujos dados não foram utilizados no estudo.

3.5 Coleta de dados

Os dados foram colhidos junto às chefias de enfermagem de cada instituição, pelos próprios pesquisadores, através de entrevistas, previamente agendadas, realizadas nos próprios hospitais, no período de abril a outubro de 1992.

Os respondentes foram orientados quanto aos objetivos do estudo e lhes foi assegurado a confidencialidade dos dados obtidos.

As informações foram registradas na presença do respondente, em formulário específico, durante o transcorrer da realização da entrevista. Os achados foram trabalhados, posteriormente, por codificação das instituições através de letras, com vistas a não permitir a identificação e comparações das mesmas.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

As informações obtidas através da primeira parte do instrumento de coleta de dados permitiram traçar um perfil das instituições no que se refere ao pessoal de enfermagem. Cabe ressaltar, que os nomes dos hospitais foram omitidos e codificados através de letras, respeitando-se os preceitos éticos.

A frequência absoluta e relativa foram os recursos estatísticos utilizados para análise destes dados.

4.1 Caracterização da Amostra

Número de leitos

Quanto ao número de leitos em operação pode-se observar uma variação de 176 a 1400 leitos distribuídos conforme o quadro a seguir.

Quadro 2
Número de leitos por hospital: Porto Alegre
abril/outubro 1992

HOSPITAL	Nº DE LEITOS
A	280
B	187
C	645
D	1400
E	298
F	176
G	475
H	746
I	250

Fonte: dados da pesquisa

Quadro de pessoal de enfermagem

O quadro de pessoal de enfermagem, dos hospitais investigados, está composto pelas categorias de enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente de enfermagem e instrumentador cirúrgico. Também foi identificada a presença de outros servidores de apoio (secretários/escriturários, serventes, recepcionistas, etc.) vinculados ao serviço de enfermagem.

A tabela a seguir (Tabela 1) permite visualizar o número de profissionais e ocupacionais nas diferentes categorias que compõem a força de trabalho em enfermagem, na amostra estudada.

Quanto ao número de pessoal de enfermagem atuando nas diferentes instituições, pode-se constatar uma variação de 360 a 1870 trabalhadores.

A análise dos dados de cada categoria permite constatar um percentual de enfermeiros que varia de 9,2% a 18%, nas diferentes instituições. Através destes dados é possível verificar que a média destes profissionais no conjunto dos hospitais é de 12,1%.

Tabela 1
Número de profissionais por categoria e por hospital
Porto Alegre - abril/outubro 1992

CATEG. PROFIS./ HOSPITAL	ENFERM.		TEC. ENFERM.		AUX. ENFERM.		ATENDENTE E INSTRUMENTADOR		TOTAL	OUTROS
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N
A	42	9,5	0	0	286	65	111	25	439	22
B	39	10	0	0	284	73	37	9,5	360	26
C	243	18	48	3,5	981	73	60	4,5	1332	10
D	220	11,7	0	0	1400	74	250	13	1870	-
E	40	10	14	3,5	301	76	41	10	396	-
F	47	12,6	37	10	289	77	0	0	373	-
G	119	16	0	0	628	83	6	0,7	753	88
H	109	11,6	52	5,5	587	62	186	20	934	-
I	37	9,2	10	2,5	337	83	18	4,5	402	-
TOTAL	896		161		5093		709		6859	146

Fonte: dados da pesquisa

Este percentual encontrado, não atinge o limite mínimo recomendado em outros estudos realizados como Alcalá (1982), Alves (1988), Lima (1985) entre outros, que varia de 15% a 20%, sendo que alguns autores recomendam um percentual de até 45%, como preconizam Arndt e Huckabay (1983) defendendo a proporção de 45% para pessoal profissional e 55% para pessoal não profissional na composição do quadro. Somente os hospitais C e G mantêm percentuais dentro dos padrões recomendados, 18% e 16%, respectivamente.

Quanto à categoria de técnico de enfermagem o percentual varia de 0% a 10%, resultando numa média de 2,7% no conjunto dos hospitais. Este dado, de certa forma, reflete a condição dos técnicos de enfermagem como uma categoria criada por força da reforma do ensino na década de 70 e que não se consolidou posteriormente.

Na prática, verifica-se que o técnico, em regra, executa as mesmas funções do auxiliar de enfermagem e torna-se um profissional mais caro, apesar de mais qualificado. A discussão sobre a inserção do técnico de enfermagem no mercado de trabalho e no quadro profissional, sem dúvida, é assunto que mereceria uma atenção especial, que no entanto, não é objeto deste estudo.

O percentual de auxiliar de enfermagem varia de 62% a 83%, resultando numa média de 74%. Este percentual se aproxima do preconizado pela bibliografia consultada, que varia de 80% a 85%, segundo Alcalá (1982), Associação Americana de Hospitais e Liga Nacional de Educação em Enfermagem (1950) e Alves (1988).

Na última categoria, foram agrupados o atendente de enfermagem e instrumentador cirúrgico, devido a pouca clareza nos dados fornecidos quanto ao nível de formação do instrumentador. Verificase um percentual de 0 a 25%, que resulta numa média de 9,7%. Este, se torna um dado significativo, se

comparado com dados da realidade brasileira que apontam para um índice em torno de 70% da participação do atendente no contingente de pessoal de enfermagem, conforme Bastos (1978) e Paim (1980).

Outro aspecto que pode ser destacado é que a realidade encontrada não coincide com as suposições de Feldmann (1974) e Mezzomo (1986) ao apontar discrepâncias quanto à utilização de mão-de-obra desqualificada de enfermagem em instituições particulares.

4.2 Resposta às questões abertas autonomia da Enfermagem

Os dados contidos na segunda parte do instrumento foram originados de duas questões abertas. Cabe esclarecer que a primeira questão, na qual é abordada a problemática da autonomia da chefia de enfermagem quanto ao seu quadro de pessoal, tinha por finalidade introduzir o assunto e facilitar a interação entre entrevistado e entrevistador.

Os achados obtidos nessa primeira questão, por não serem o foco central desse estudo, foram analisados em separado, permitindo aos pesquisadores ter uma visão geral da realidade vivenciada pelas chefias de enfermagem quanto a sua autonomia de decisões sobre o seu quadro de pessoal. Entende-se por *autonomia* a liberdade de decidir sobre seus próprios assuntos e o poder de deliberação regido por leis próprias, segundo Ferreira (1986).

Através da análise dos depoimentos é possível perceber que existe autonomia das chefias de enfermagem quanto às transferências e remanejamentos internos, e que não existe autonomia para o aumento do quantitativo de pessoal, necessitando sempre de uma "negociação" com a administração do hospital. Esta situação pode ser percebida nos relatos a seguir:

I - "Para as transferências internas o serviço de enfermagem tem autonomia..."

B - "Temos autonomia, mas necessitamos do aval da administração. Eles questionam, mas não vetam quando existe justificativa."

C - "Para remanejo os chefes de serviços têm autonomia total."

G - "O serviço de enfermagem está subordinado à direção e necessita negociar a alteração do quadro."

A - "A ampliação do quadro, só através negociação com a administração."

H - "As demissões são propostas pela enfermagem e decididas em conjunto com a gerência de recursos humanos."

I - "Para aumentar o quadro a chefia de enfermagem é *ouvida*, principalmente no momento atual de contenção de gastos..."

Parece possível afirmar, através desses depoimentos, que as chefias de enfermagem têm uma autonomia crescente quando as repercussões das decisões refletem-se somente no próprio serviço. A medida que essas decisões possam vir a repercutir em outros setores, seja de forma transitória (por exemplo, substituição ou demissão de pessoal) ou permanente (por exemplo, aumento de quadro), a autonomia assume um caráter decrescente.

Na medida em que a autonomia dos setores de enfermagem está restrita apenas aos procedimentos que têm repercussão interna, fica claro que outros setores da organização têm ingerência e autoridade sobre os assuntos próprios da enfermagem, sem no entanto terem o preparo e conhecimento para respaldarem suas decisões.

Assim, fica evidente a existência de uma relação de subordinação e dependência dos serviços de enfermagem à outros setores da organização restringindo sua liberdade e poder de deliberação no que diz respeito aos seus próprios assuntos. Este fato deve servir de alerta para os enfermeiros no sentido de buscar alternativas e caminhos que assegurem a participação da enfermagem nos órgãos superiores de decisão, com intuito de assegurar o respeito aos princípios e fundamentos que norteiam a assistência e, conseqüentemente garantir a qualidade da assistência de enfermagem pretendida.

Para a análise dos dados da segunda questão aberta optou-se por uma abordagem qualitativa. Procedeu-se num primeiro momento, à leitura das informações registradas durante a entrevista. Após foi realizada uma releitura, já com o objetivo de organizar os dados através de uma análise temática do tipo classificatório, que segundo Bardin (1979), trata-se do exemplo mais clássico de interpretação de respostas a perguntas abertas de um questionário.

Este procedimento permitiu a elaboração de um quadro-síntese que apresenta as variáveis destacadas pela chefia de enfermagem de cada hospital no planejamento de pessoal, procurando

atender a proposta contida no objetivo desse trabalho.

No quadro-síntese (Quadro 3) encontram-se as informações obtidas de forma resumida, sendo que, em alguns momentos foram utilizadas as próprias palavras ou expressões dos entrevistados para melhor representar suas idéias.

Através dos dados do quadro-síntese é possível observar todas as variáveis destacadas pelas chefias de enfermagem como fatores a serem considerados no planejamento de pessoal.

Comparando-se as intuições investigadas constata-se uma diversidade entre os critérios adotados, que pode representar os diferentes enfoques que as chefias de enfermagem têm sobre o tema em questão. Ou seja, fica claro que não existe um critério oficial que norteie a definição do quadro de enfermagem.

Verifica-se a heterogenidade dos fatores apontados não só quanto ao tipo, mas também quanto ao número. Esta situação nos leva a inferir, que parece haver uma diferente valorização das chefias sobre o assunto, permitindo à algumas uma visão mais abrangente sobre a problemática do dimensionamento de pessoal de enfermagem e à outras uma visão mais reducionista. Aquelas que valorizam mais, buscam o respaldo em maior número de aspectos para justificar o planejamento estabelecido, demonstrando um trabalho mais minucioso e detalhista.

Chama a atenção alguns aspectos levantados pelo entrevistado da instituição B, que dizem respeito ao "reconhecimento do enfermeiro no hospital" e "avaliação do paciente sobre o profissional que o assistiu". Por ser uma instituição privada, com uma clientela diferenciada, pode-se perceber através da entrevista, uma preocupação em atender a exigência da própria clientela, que exige a qualificação da assistência solicitando a presença do enfermeiro. Considera-se este dado relevante no sentido de indicar uma situação onde o enfermeiro tem sua atividade destacada e reconhecida pelos clientes, sendo este fato valorizado pela instituição. No entanto, ao contrastar estas considerações com o número de enfermeiros da instituição depara-se com um percentual reduzido de participação deste profissional (10%) no quadro de pessoal de enfermagem.

Outro aspecto a ser destacado é a referência em vários momentos sobre a "Tabela Americana" como base para o cálculo de pessoal. Sabe-se que este estudo é de 1950 e apesar, de representar um marco para o planejamento de pessoal em enfermagem, já existem estudos mais recentes e que poderiam ser testados e utilizados em nossa realidade.

A partir do quadro-síntese foi possível a organização e classificação das variáveis, permitindo seu agrupamento em categorias emergentes (Quadro 4). Para maior clareza, na constituição das categorias optou-se por utilizar a

Quadro 3
Quadro-síntese das variáveis utilizadas para o planejamento de pessoal em hospitais de Porto Alegre

HOSPITAL	VARIÁVEIS
A	<ul style="list-style-type: none"> · Tabela Americana adaptada à realidade · Característica da unidade- UTL, unidades.... · tipo de cuidado que o paciente necessita · tipo de convênio · Filosofia do hospital (determinada pela administração)
B	<ul style="list-style-type: none"> · Custos · Retorno do investimento para a instituição · Atribuições ("muito importante") · Qualificação do serviço de enfermagem · Área atingida - características (exigência) · Reconhecimento do enfermeiro no hospital · Não tem dificuldade de aumentar enfermeiros devido à exigência do cliente · Exigência com o desempenho profissional · Avaliação do paciente sobre o profissional · Definição exata do número de leitos (aumento de leitos/ diminuição da qualidade) · Flexibilidade à mudança
C	<ul style="list-style-type: none"> · Número de pacientes · Tipo de patologia: cirúrgico, clínico, pediátrico, obstétrico, neonatologia, psiquiatria, bloco.... · Horas de enfermagem preconizadas na bibliografia - escala americana · Percentual de 20% sobre o total para férias, folgas e absenteísmo
D	<ul style="list-style-type: none"> · Nada formal - nível de dependência/complexidade/sem fórmulas · Características da instituição · Tipos de acomodação (enfermarias de até 18 leitos/suíte) · Distâncias - área física · Tipo de especialidade - cirurgia cardíaca/transplantes · "Idade do paciente" · Características sociais e econômicas do momento · Profissionalização
E	<ul style="list-style-type: none"> · Qualidade de assistência: "assistência digna e humanizada" · Cuidado integral · Número de leitos x tipo de cuidado: máximo } percentual do nº de leitos · médio } · mínimo } · Taxa de ocupação x média de dias de internação do paciente em cada especialidade · Política de recursos humanos · Absenteísmo · Avaliação de desempenho como fator para modificar o perfil do funcionário
F	<ul style="list-style-type: none"> · Não utiliza fórmulas · Área física · Tipo de acomodação de pacientes: quartos privativos · Método de trabalho · Filosofia do serviço de enfermagem: cuidado integral · Qualificação do pessoal: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem · Localização (área física) dos serviços de apoio · Organograma/estrutura · Condições do paciente: tipo de cuidado que o paciente necessita · Número de leitos · Análise do custo/benefício
G	<ul style="list-style-type: none"> · Tipo de convênio do paciente: previdenciário/ privado · Tipo de paciente: nível de dependência · Necessidades reais (não em bibliografia) · Número de leitos das unidades · Tipo de distribuição de trabalho : por tarefa / por paciente (depende das características da unidade)
H	<ul style="list-style-type: none"> · Parâmetro do COREN · Experiência com a realidade do hospital
I	<ul style="list-style-type: none"> · Fórmula do COREN- fórmula da Academia Americana · Absenteísmo 20% · Horas de enfermagem por paciente: Superintendência Médico Hospitalar de Urgência de São Paulo · Tipo de paciente: criança-mãe · Experiência · Hospital não trabalha com hora-extra · Obs: Apesar de haver sido utilizado esses parâmetros, ainda não foi possível atingir o que o cálculo preconiza.

Fonte: dados da pesquisa

terminologia da literatura, buscando preservar as idéias centrais das expressões dos entrevistados. Também, nesse quadro, representou-se a freqüência com que foram citadas cada uma das variáveis.

As quatro categorias resultantes deste processo foram denominadas: HOSPITAL, SERVIÇO DE ENFERMAGEM, UNIDADE E CLIENTELA.

HOSPITAL - Variáveis relacionadas com a organização, considerando sua filosofia, políticas, objetivos e estrutura, inseridos no contexto sócio-econômico.

SERVIÇO DE ENFERMAGEM - Variáveis relacionadas com a definição da filosofia e caracterização da enfermagem no contexto hospitalar, assim como aquelas relacionadas com o pessoal que compõe este serviço.

UNIDADE - Entende-se por unidade a seguinte definição, "conjunto de elementos funcionalmente agrupados, onde são executadas atividades afins." (Brasil, 1987, p. 9). Variáveis relacionadas à capacidade operacional, dimensões, dinâmica e funcionamento que permitem o desenvolvimento de ações coordenadas e organizadas de enfermagem aos clientes.

CLIENTELA - Variáveis relacionadas com a caracterização e necessidades de assistência da clientela.

Contrastando-se o referencial teórico com as variáveis identificadas através das entrevistas, percebe-se um maior detalhamento por parte das chefias de enfermagem quanto a alguns aspectos

trabalhados na literatura. No entanto, isto só se aplica ao conjunto de todas as entrevistas, pois a análise em separado demonstrou uma grande disparidade na utilização dos critérios.

Na verdade, visualizando-se o conjunto de dados nas diferentes categorias, observa-se que são contempladas todas as variáveis mencionadas na literatura exceto: recursos tecnológicos, existência e funcionamento de serviços de apoio e o fator fadiga.

No levantamento das variáveis surgiram elementos novos como: flexibilidade à mudança e qualidade da assistência de enfermagem exigidas pela clientela. Isto pode significar uma tentativa dos dirigentes de enfermagem no sentido de acompanhar as tendências de modernização dos serviços em busca da qualidade dos serviços hospitalares e, principalmente, no que diz respeito à assistência de enfermagem, desenvolvendo processos controlados pelas expectativas dos clientes numa proposta de qualidade total.

No que tange à freqüência de incidência das variáveis, observou-se uma maior concentração nas categorias UNIDADE E CLIENTELA enfatizando-se muito as variáveis quantitativas, que fornecem parâmetros numéricos como: média de horas de assistência de enfermagem, número de leitos, taxa de ocupação, entre outros. No entanto, pode-se perceber uma tendência à inclusão de variáveis qualitativas, tais como grau de dependência, tipo de paciente e qualidade da assistência de enfermagem pretendida.

Quadro 4
Quadro-síntese de categorização das variáveis

HOSPITAL	SERVIÇO DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> · Filosofia e objetivos (02) · Área física (localização dos serviços de apoio) (03) · Política de recursos humanos (02) · Organograma/Estrutura (01) · Necessidades reais e viáveis considerando o contexto sócio econômico (02) · Análise do custo/benefício (02) · Filosofia (01) 	<ul style="list-style-type: none"> · Atribuições do pessoal de enfermagem (01) · Avaliação de desempenho (02) · Qualificação profissional (02) · Qualidade da assistência de enfermagem pretendida pelo S.E. (02) · Flexibilidade à mudança · Método de trabalho da equipe de enfermagem (tarefa/cuidado integral) (03) · Absenteísmo (01) · Adicional de 20% (absenteísmo, férias e folgas) (01) · Necessidades reais da enfermagem (não em bibliografia) (03)
UNIDADE	CLIENTELA
<ul style="list-style-type: none"> · Número de leitos (05) · Taxa de ocupação (no. de pacientes) (01) · Tipo de acomodação de pacientes (enfermarias, quartos privativos, etc...) (02) · Área física (02) · Média de dias de internação (01) 	<ul style="list-style-type: none"> · Tipo de paciente (especialidade) (06) · Grau de dependência (06) · Tipo de convênio (02) · Idade (01) · Média de horas de assistência de enfermagem (Escala Americana, Escala do Cuidado Progressivo, Estudo teórico do COREN) (06) · Qualidade da assistência de enfermagem exigida pela clientela (01)

Fonte: dados da pesquisa

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, através do aprofundamento do tema, estabelecer as possíveis relações existentes entre esse e a complexa realidade das variáveis utilizadas no dimensionamento de pessoal de enfermagem, embora se tenha claro o caráter não exaustivo da discussão e análise dos dados.

A adequação de recursos humanos em enfermagem é uma questão que deve ser mais explorada, pois, certamente, será através desta discussão que a enfermagem encontrará subsídios para avançar qualitativa e quantitativamente, no sentido de garantir uma assistência com qualidade e livre de riscos à população. Acreditamos, também, que através de um planejamento adequado de pessoal estaremos buscando condições dignas e satisfação no trabalho para os profissionais de enfermagem.

Verifica-se na literatura que vários estudos desenvolvidos em nosso meio adotam modelos americanos, sem no entanto, aplicar, desenvolver e testar a mesma metodologia para chegar a resultados baseados na nossa realidade.

Observou-se que as variáveis levantadas pela bibliografia estão sendo utilizadas pelas chefias de enfermagem na prática, com exceção daquelas referentes aos *recursos tecnológicos, infra-estrutura de apoio e fator fadiga*. Por outro lado, pode-se constatar o surgimento de elementos novos, tais como *flexibilidade à mudança e qualidade da assistência de enfermagem exigida pelo cliente*.

A maior incidência de utilização das variáveis quantitativas relacionadas com as categorias *unidade e clientela* pode sugerir que os argumentos quantitativos e numéricos são aqueles que dão maior respaldo às chefias de enfermagem para negociar o quadro de pessoal com a administração da instituição.

Entendemos que as variáveis qualitativas ligadas às categorias *hospital e serviço de enfermagem* merecem uma maior atenção por parte dos enfermeiros e pesquisadores, pois acredita-se que essas devem ser os elementos que irão preencher a lacuna que existe na definição e adequação do dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais em nossa realidade.

Apesar das inúmeras variáveis levantadas no estudo é possível afirmar que existe grande diversidade entre os critérios adotados pelas chefias, apontando para a inexistência de parâmetros oficiais que norteiem a definição do quadro de pessoal de enfermagem.

É importante ressaltar um ponto que não foi foco central deste estudo, mas certamente contribui para a dificuldade do estabelecimento de critérios mínimos para o planejamento de pessoal de enfermagem. Trata-se da restrição da autonomia dos Serviços de Enfermagem, demonstrando que não existe independência para decidir sobre seus próprios assuntos, evidenciando uma relação de dependência

e subordinação a outros setores da organização.

O desenvolvimento deste estudo demonstrou que o tema é complexo e difícil de ser estudado, mas por outro lado a insatisfação com o quantitativo e qualitativo de pessoal existente para o desenvolvimento do trabalho na enfermagem reforça a necessidade e a importância de um maior aprofundamento do tema. Para isso, acreditamos ser importante a integração com outras áreas de conhecimento na busca de subsídios que auxiliem a quantificar o pessoal necessário para o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALCALA, M. U. et al. *Cálculo de pessoal: estudo preliminar para o estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na Superintendência Médica Hospitalar de Urgência*. São Paulo: Superintendência Médica Hospitalar de Urgência, 1982.
- 2 ALVES, Sônia M. et al. *Enfermagem: contribuição para um cálculo de recursos humanos na área*. Rio de Janeiro: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1988.
- 3 ARNDT, Clara; HUCKABAY, Loucine. *Administração em enfermagem*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.
- 4 ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE HOSPITAIS; LIGA NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM. *Manual de fundamentos da boa enfermagem hospitalar*. Rio de Janeiro: SESP, 1950. mimeogr.
- 5 BARDIN, Lawrence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- 6 BASTOS, Murilo V.A. enfermagem e o sistema nacional de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 30, Belém, 1978. Anais... Brasília, ABEn, 1978.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde *Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde*. Brasília, 1983.
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde*. Brasília, 1987.
- 9 CARNEIRO, Emami B. Pessoal necessário para um hospital de 100 camas. *Revista Paulista de Hospitais*, v.1, n. 16, jun., 1958.
- 10 FELDMANN, Maria A. et al. *Administração de enfermagem*. São Paulo, 1974.
- 11 FERREIRA, Aurélio B. de H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- 12 FINER, H. *Administração e serviços de enfermagem*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1966.
- 13 GLAZER, C. *Normas e métodos de administração*. São Paulo: Atlas, 1959. v.7
- 14 JANET, Kinney G. Dotacion de personal de acuerdo con la clasificación de los pacientes. *Nursing Clinics of North America*, June 1970.
- 15 KURCGANT, Paulina (coord.). *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991.
- 16 LIMA, Maria L. Provimento de pessoal do serviço de enfermagem em uma unidade de clínica médica - estudo exploratório. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.6, n.1, p.125-142, 1985.
- 17 MEZZOMO, João C. *Administração de recursos humanos no hospital*. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde, 1986.
- 18 PAIM, Lígia. Recursos humanos de enfermagem e serviços básicos de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, Brasília, 1980.
- 19 RECHEL, F. M; CARUTH, D. L. Medição de trabalho: instrumento importante para a administração. In: CHEFIA de hospitais. Coletânea de artigos compilados pelo Hospital Financial Managent Association. Trad. Sociedade Beneficente São Camilo, São Paulo. (s.d.)
- 20 SAUER, JR. James E. Cost containment - and quality assurance, too - 1. *Hospitals*, J.A.H.A, v. 46, n.1; p. 78, 82, 86, 88, 90, Nov. 1972.
- 21 VALE, Maria de J. Pessoal necessário para um hospital de 200 leitos. *Revista Paulista de Hospitais*, v.6, n. 3, p. 19-21, 1958.
- 22 WILLIAM, M. A. Qualification of direct nursing care activities. *Journal Nursing Administration*, v.7, p. 15, Oct., 1977.
- 23 WOLFE, H.; YOUNG, J. P. Staffing the nursing unit I controlled variable staffing. *Nursing Research*, v.14, n.4, p. 299-304, 1965.

Endereço do autor: Ana Maria M. Magalhães
 Author's address: São Manoel, 963
 90.620-110 - Porto Alegre - RS

Anexo

ENTREVISTA NÚMERO:.....
DATA:.....

A- CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

NOME DO HOSPITAL:

NÚMERO DE LEITOS:

QUADRO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM:.....

FUNÇÃO

NÚMERO

ENFERMEIRO

TÉCNICO

AUXILIAR

ATENDENTE

TOTAL

B- INVESTIGAÇÃO

* Existe autonomia da chefia de enfermagem no que tange a ampliação, redução ou remanejamento (interno) e que modifique o quadro já existente?

.....
.....

* Que aspectos (fatores/variáveis) são levados em consideração quando é feito o cálculo de pessoal de enfermagem para ampliação ou definição deste quadro?

.....
.....
.....

Porto Alegre, 11 de setembro de 1995.