



PARECER NORMATIVO Nº  
PROCESSO Nº

1/2024/COFEN  
00196.001122/2023-78

*Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da Enfermagem pelo Enfermeiro.*

O PLENÁRIO DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 726, de 15 de setembro de 2023, conforme deliberado em sua 18ª Reunião Extraordinária de Plenário, realizada em 07 de fevereiro de 2024, **aprova e atribui força normativa ao Parecer** do Grupo de trabalho de Dimensionamento de Pessoal, exarado nos autos do Processo Administrativo Cofen SEI nº 00196.001122/2023-78, nos termos abaixo reproduzidos.

**INTERESSADO:** PRESIDÊNCIA DO COFEN

**REFERÊNCIA:** PAD/SEI Nº 00196. 001122/2023-78, PAD'S COFEN Nº 105/2014 e 825/2018.

## I. DO RELATÓRIO

Trata-se de necessidade de esclarecimentos requeridas pelos profissionais de Enfermagem, e da Fiscalização dos Conselhos Regionais, para revisão e atualização de parâmetros que subsidiem o planejamento, controle, regulação e avaliação das atividades assistenciais de Enfermagem, considerando os avanços tecnológicos, bem como demandas judiciais que pugnam pela incompetência dos Conselhos de Fiscalização Profissional para normatizar matéria relativa a dimensionamento de força de trabalho.

## II. DA FUNDAMENTAÇÃO

Com a missão de disciplinar, normatizar e fiscalizar o exercício ético, legal e seguro da Enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem, motivado em cumprir e fazer cumprir seus valores institucionais, de proteger a população e os profissionais de Enfermagem, zelar pelo bom conceito da profissão, prezar pela segurança dos pacientes, bem como defender as boas práticas assistenciais nos serviços de saúde, elaborou o presente normativo.

Este parecer, objetiva amparar todos os profissionais de Enfermagem e Instituições de Saúde no que se refere à relação mínima necessária entre quantitativo de trabalho e de pessoal, que ofereça condições de segurança na atenção à saúde, assim como possibilite a promoção da saúde ocupacional destes profissionais. A organização de serviços seguros por parte de gestores públicos e privados, dependem deste parâmetro de qualidade.

Prestar cuidado seguro aos doentes é uma das maiores responsabilidades em saúde de todos os tempos. É possível resgatar da história, que a segurança do paciente tem sido elencada como um requisito mínimo para a qualidade do cuidado, como expôs Hipócrates há mais de dois mil anos quando enunciou: "primun non nocere", ou seja, "primeiro não ferir". Já Florence Nightingale reforça ao proferir: "pode parecer um princípio estranho anunciar como requisito básico, e em um hospital, que não se deve causar dano ao doente".

No Brasil, a Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com intuito de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança das pessoas sob cuidados de saúde e afirma:

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Art. 4º Para fins desta Portaria, são adotadas as seguintes definições: I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde; II - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; III - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente; IV – Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente; V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Nesta mesma direção, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 2013/ANVISA estabelece ações concretas para promoção do cuidado seguro, a saber: identificação correta do paciente, comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, higienização das mãos para prevenir infecções e prevenção de lesão por pressão e quedas. Não é possível dissociar a Enfermagem de todas essas ações.

A Enfermagem é a categoria profissional com maior responsabilidade na garantia da segurança do paciente. Uma das maiores barreiras, conforme identificado em diversas evidências científicas, é o dimensionamento de Enfermagem inadequado. A exemplo, o estudo publicado por Reis (2019), traz os seguintes verbetes, emitidos por Enfermeiros, quando relacionam o dimensionamento de pessoal com o cumprimento das metas da segurança do paciente:

[...] a falta de funcionários na equipe de Enfermagem é uma dificuldade muito importante. Não conseguimos avançar com a implantação das metas de segurança do paciente.

[...] precisamos de mais profissionais de Enfermagem para conseguir trabalhar com mais qualidade e segurança.

[...] o dimensionamento reduzido da equipe de Enfermagem dificulta a implantação [das estratégias de segurança do paciente]

A escassez de recursos humanos afeta a qualidade do serviço que queremos prestar.

O grande empecilho, obstáculo que temos [para implantação das estratégias de segurança do paciente] é a restrição do número de servidores, pois são muitos atendimentos, procedimentos, pacientes com grau de complexidade elevado e número reduzido de profissionais da Enfermagem para atender.

[...] acho que a grande barreira para tudo é a falta de mão de obra porque daí todo mundo fica sobrecarregado e não temos tempo para prestar assistência de melhor qualidade (Reis et. al., 2019. p.3).

É sabido que a adequação de recursos humanos é, segundo Melo e colaboradores (2017), no contexto organizacional da saúde, um desafio, pois põe em análise as instituições e os processos de trabalho, inclusive enquanto diretriz assumida pelo Ministério da Saúde, pelos governos estaduais, municipais e pelos trabalhadores.

Esse movimento assume categoricamente um compromisso com a complexidade intrínseca aos processos de mudança que se voltam para alterar o modo de gestão das instituições de saúde, numa perspectiva mais democrática e um Sistema Único de Saúde (SUS) mais resolutivo, seguro e de qualidade, valorizando a construção da democracia institucional e autonomia dos sujeitos, possibilitando novo paradigma de gestão e outras formas de trabalho.

É essencial que as equipes estejam em número adequado e que nenhum serviço de saúde, insinue a atuação de terceiros no cuidado de Enfermagem. Cabe ao Enfermeiro a prerrogativa de efetuar o Planejamento da assistência de Enfermagem, conforme determina a Lei nº 7.498/86, em seu artigo 3º, donde se extrai que o planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluirão o planejamento e programação de Enfermagem.

Versa (2011), destaca que diversos estudos indicam a relação entre o quantitativo de Enfermagem subestimado e o aumento das taxas de infecções, mortalidade, quedas, pneumonia associada à ventilação mecânica, extubação acidental, lesão por pressão, demais eventos adversos e tempo de internação. Assim, evidenciando que não há nenhum benefício aos pacientes ou profissionais, quando a relação quantitativa entre eles não atende critérios mínimos. Permanecendo desta forma, não é possível garantir o princípio bioético da não maleficência, além de infringir-se o que determina a Lei nº 7.498/86 em seu Art. 3º e o Decreto 94.406/1987 Art. 2º, onde neste último se determina que serviços de saúde incluirão a atividade de Enfermagem no seu planejamento e programação.

Ao desprezar os critérios mínimos definidos por este Conselho Federal, há um acumplicamento com o processo de omissão do cuidado, que segundo Dutra, Salles e Guirardello (2019), é caracterizada quando ações essenciais ao cuidado não são

desempenhadas. Portanto, torna-se fundamental o comprometimento da equipe para prestar assistência de Enfermagem com qualidade e de acordo com as necessidades específicas de cada paciente e em tempo hábil. Entre as principais razões atribuídas à omissão do cuidado, destaca-se o dimensionamento inadequado dos profissionais.

O dimensionamento adequado de pessoal de Enfermagem deve, portanto, ser encarado como uma responsabilidade compartilhada entre o Enfermeiro e os seus gestores, pois ambos devem garantir, que a assistência seja prestada em sua totalidade, segura e com qualidade. Devem ter a compreensão de que ao compactuarem com déficit de pessoal de Enfermagem, abandonam a preocupação prioritária de ofertar aos clientes, procedimentos baseados na ciência e nas boas práticas, assumindo o risco de erros, ações negligentes, imperícia, imprudência e até do não compromisso com a vida.

Outrossim, deve a sociedade manifestar-se com preocupação ao identificar ambientes onde a segurança do paciente não possa ser assegurada. Deve ser vigilante e cobrar, sejam em serviços públicos ou privados, a garantia de receber os serviços de saúde como devem ser, para si e para os seus. Nessa toada vejamos o que diz a Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990, capítulo II, artigo 4º:

Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios: (Redação dada pela Lei nº 9.008, de 21.3.1995)

I - reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo;

II - ação governamental no sentido de proteger efetivamente o consumidor:

a) por iniciativa direta;

b) por incentivos à criação e desenvolvimento de associações representativas;

c) pela presença do Estado no mercado de consumo;

d) pela garantia dos produtos e serviços com padrões adequados de qualidade, segurança, durabilidade e desempenho.

A responsabilidade compartilhada para garantia dos cuidados de saúde necessários, pode ser identificada em experiências exitosas das mais diversas, a exemplo, o estudo de Bitencourt e colaboradores (2020), que, ao evidenciar o protagonismo do Enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para COVID-19, destacou que, no que se refere ao dimensionamento de pessoal, o papel de gestor do Enfermeiro o colocou em posição de arguir junto à administração da instituição hospitalar sobre a necessidade de mais profissionais, considerando-se as novas instalações assistenciais, principalmente destacando o nível de complexidade da atenção dispensada a indivíduos suspeitos ou com confirmação da COVID-19, cumprindo a legislação vigente e abstendo-se de improvisos e condutas provisórias.

O Conselho Federal de Enfermagem, evidencia desde o ano de 1996, a extrema necessidade em direcionar critérios para os cálculos de dimensionamento de pessoal de Enfermagem, norteando a garantia mínima aceitável para a assistência segura, otimização da utilização de recursos, racionalização do custo-benefício, apoiando-se em conhecimento extremamente fundamentado nas mais recentes publicações científicas.

Considerando que compete ao Enfermeiro estabelecer o quadro de dimensionamento de profissionais necessário para a prestação da Assistência de Enfermagem, em conformidade com os artigos 3º e 11º da Lei 7.498/86 e com os artigos 2º, 3º e 8º do Decreto 94.406/87; como também a prestação da assistência de Enfermagem a pacientes graves, e de maior complexidade técnica, que exija conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; o parecer do grupo de trabalho traduz-se no compromisso da autarquia com os profissionais, com a sociedade e com a vida humana.

### III. DO PARECER

#### 1. Generalidades

Na forma deste Parecer Normativo e dos seus anexos, os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de Enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de Enfermagem.

Os referidos parâmetros representam ferramenta com padrões mínimos, constituindo-se em referências para orientar os gestores, gerentes e Enfermeiros dos serviços de saúde, no planejamento do quantitativo de profissionais necessários para execução das ações de Enfermagem, nas suas diferentes categorias.

O dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem deve considerar as características relativas:

**a. ao serviço de saúde:** missão, visão, valores, porte, política de gestão de pessoas, recursos materiais e financeiros; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas de tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; atribuições e competências, específicas e colaborativas, dos integrantes dos diferentes serviços e programas e requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

**b. ao serviço de Enfermagem:** aspectos técnico-científicos e administrativos - dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada efetiva de trabalho; carga horária semanal; carga média diária de trabalho; padrões de desempenho dos profissionais; perfil etário e limitações para o trabalho; índice de segurança técnica (IST); proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio, e indicadores de qualidade gerencial e assistencial;

**c. ao paciente:** grau de dependência e ou complexidade em relação aos cuidados de Enfermagem, conforme avaliação por Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) ou outros instrumentos, de análise das atividades de Enfermagem, validado psicometricamente, e fatores relacionados à realidade sociocultural, econômica e financeira.

**1.1 Para efeito de cálculo deverá ser observada:** a cláusula contratual adotada, quanto à Carga Horária Semanal (CHS); taxa de ocupação (TO) da Unidade de Internação e o Índice de Segurança Técnica (IST) de no mínimo 15% do total, dos quais 8,3% são referentes a férias e 6,7% a ausências não previstas.

**1.2 O responsável técnico (RT)** de Enfermagem deve acrescer ao quadro geral de profissionais de Enfermagem da Instituição o mínimo de 5% para a participação em atividades de educação permanente, incluindo a cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal.

**1.3 O quantitativo de Enfermeiros para o exercício de atividades gerenciais**, incluindo a responsabilidade técnica/coordenações do serviço de Enfermagem, bem como as atividades educacionais, de pesquisa e comissões permanentes, deverá ser dimensionado à parte, de acordo com a necessidade e estrutura do serviço de saúde, acrescido do IST, em consonância com a legislação vigente.

**1.4 Para o serviço em que a referência não pode ser associada ao leito-dia**, deve-se utilizar a Unidade Funcional (UF), considerando as variáveis: intervenção/atividade desenvolvida com demanda ou fluxo de atendimento, área operacional ou local da atividade e jornada diária de trabalho.

**1.5 O quadro de profissionais de Enfermagem de unidades assistenciais**, composto por 30% ou mais de profissionais com limitação/restrrição para o exercício das atividades, deve ser acrescido 10% ao quadro de profissionais do setor.

## 2. Definições

**2.1 Unidade de Internação (UI):** local com infraestrutura adequada para a permanência do paciente em um leito hospitalar por 24 horas ou mais.

O referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, para as 24 horas, considera: as horas de assistência de Enfermagem (SCP e instrumentos de análise de atividades de Enfermagem) e a distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem.

Para efeito de cálculo, deve-se atentar para:

**2.2 Sistema de Classificação de Pacientes - SCP:** forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de Enfermagem, objetivando estabelecer o tempo dispendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal para atender às necessidades biopsicosociespirituais do paciente.

A Instituição poderá estabelecer o SCP que melhor atenda às necessidades da prestação da assistência, podendo utilizar mais de um SCP, a saber:

Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005) – UI adulto e UTI Unidade de Terapia Intensiva;

Martins (2007) agregado ao estudo de Vieira (2017) – Saúde Mental e Psiquiatria;

Perroca (2011) – Adulto hospitalizado (Clínica Médica, Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia);

Dini (2014) – Pediatria e berçário;

Fugulin (2017) – UI e UTI;

Sicad (2018) – Dependentes de álcool e drogas;

Outros, devidamente elaborados e validados cientificamente pelos Enfermeiros da Instituição.

**2.3 Paciente de cuidados mínimos (PCM):** paciente estável sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem e autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

**2.4 Paciente de cuidados intermediários (PCI):** paciente estável sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

**2.5 Paciente de cuidados de alta dependência (PCAD):** paciente crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

**2.6 Paciente de cuidados semi-intensivo (PCSI):** paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de Enfermagem e médica permanente e especializada;

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

**2.8 Horas de Assistência** - durante as 24 horas de assistência, deverá ser dispensado como horas de Enfermagem, por paciente, conforme estudo realizado pelo Cofen (2017):

a. 4 horas de Enfermagem, por paciente, no cuidado mínimo;

b. 6 horas de Enfermagem, por paciente, no cuidado intermediário;

c. 10 horas de Enfermagem, por paciente, no cuidado de alta dependência;

d. 10 horas de Enfermagem, por paciente, no cuidado semi-intensivo;

e. 18 horas de Enfermagem, por paciente, no cuidado intensivo.

**2.9 Total de horas de Enfermagem (THE)** corresponde ao somatório das cargas médias diárias de trabalho necessárias para assistir os pacientes com demanda de cuidados mínimos, intermediários, alta dependência, semi-intensivos e intensivos.

### 3.0 Distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem:

Deve-se observar as seguintes proporções mínimas, aplicando-se para cobertura nas 24 horas, conforme estabelecido na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986:

a. Para cuidado mínimo: 33% são Enfermeiros (mínimo que garanta 1 Enfermeiro em cada turno) e os demais técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem;

b. Para cuidado intermediário: 33% são Enfermeiros (mínimo que garanta 1 Enfermeiro em cada turno) e os demais técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem;

c. Para cuidado de alta dependência: 36% são Enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem;

d. Para cuidado semi-intensivo: 42% são Enfermeiros e os demais técnicos de Enfermagem;

e. Para cuidado intensivo: 52% são Enfermeiros e os demais técnicos de Enfermagem.

Considerar ainda, a Taxa de Ocupação da Instituição/Setor, ou seja, considerar a porcentagem média de internação.

Quando houver diferentes tipos de cuidados em pacientes em um mesmo setor, a distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o tipo de cuidado, cujo grupo de pacientes apresentar a **maior carga de trabalho** para assistência de Enfermagem.

Cabe ao Enfermeiro o registro diário da classificação dos pacientes segundo o SCP para subsidiar a composição do quadro de Enfermagem para as unidades de internação.

Para alojamento conjunto, o binômio mãe/filho deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário.

Para berçário e unidade de internação em pediatria todo recém-nascido e criança menor de 6 anos deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário, independente da presença do acompanhante.

**Equação para cálculo:**

$$QP = \frac{[(PCM \times 4) + (PCI \times 6) + (PCAD \times 10) + (PCSI \times 10) + (PCIt \times 18)] \times DS \times IST}{CHS}$$

Onde: QP = Quadro de Pessoal  
 PCM = Paciente de cuidado mínimo  
 PCI = Paciente de cuidado intermediário  
 PCAD = Paciente de cuidado alta dependência  
 PCSI = Paciente de cuidado semi-intensivo  
 PCIt = Paciente de cuidado intensivo  
 DS = Dias da semana  
 IST = Índice de Segurança Técnica  
 CHS = Carga Horária Semanal  
 (1 + IST) = Fator de ajuste do Índice de segurança técnica  
 Onde: utilizando-se o IST igual a 15% (15/100 = 0,15), teremos (1 + IST) = **1,15**.

**Quadro 1 - Definição da Classificação de Pacientes, Brasília, 2024.**

Grau de dependência	Perfil de pacientes	Horas de assistência	Proporção profissional/paciente
Pacientes de cuidado mínimo	Paciente de cuidados mínimos (PCM): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas	4 horas	33% Enfermeiro 67% Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Paciente intermediário	Paciente de cuidados intermediários (PCI): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas	6 horas	33% Enfermeiro 67% Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Paciente de cuidado de alta dependência	Paciente de cuidados de alta dependência (PCAD): paciente crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas	10 horas	36% Enfermeiros 64% Técnicos/Auxiliar de Enfermagem
Paciente de cuidado Semi Intensivo	Paciente de cuidados semi-intensivo (PCSI): paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada	10 horas	42% Enfermeiros 58% Técnicos/Auxiliar de Enfermagem
Paciente de cuidado intensivo	Paciente de cuidados intensivos (PCIt): paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada	18 horas	52% Enfermeiros 48% Técnicos/Auxiliar de Enfermagem

**4. Unidades Assistenciais Especiais (UAE):** locais onde são desenvolvidas intervenções/atividades de Enfermagem em que não é possível aplicar o método de dimensionamento baseado no SCP e não há referência/estudos de horas de intervenção/atividade, por exemplo: Pronto Socorro, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro Obstétrico, Ambulatório, Hemocentro.

**4.1 Sítio Funcional (SF):** unidade de medida baseada na experiência profissional, que considera a(s) atividade(s) desenvolvida(s), a área operacional ou local da atividade e a carga semanal de trabalho.

**4.2 Espelho Semanal padrão (ESP):** representação gráfica da distribuição das áreas operacionais com dias da semana, turnos de trabalho e categoria profissional.

ESPELHO SEMANAL PADRÃO													
Área Operacional (Local da Atividade)	Categoria Profissional	2ª a 6ª Feira				Subtotal de SF X 5	Sábado e Domingo				Subtotal de SF X 2	Total de SF NS	Total de SF NM
		M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
	NS												
	NM												
	NS												
	NM												
	MS												
	NM												

Onde:  
 N.S. = Nível Superior  
 N.M. = Nível Médio

Sugere-se a utilização de uma série histórica de espelhos semanais, com a capacidade instalada e demandas atendidas, por no mínimo 4 a 6 semanas.

**4.3 Área Operacional:** local onde são realizadas as intervenções/atividades de Enfermagem (consultórios, sala de procedimento, sala de vacina, sala de medicação, sala de inalação, sala de curativo, etc.).

**4.4 Período de Tempo (PT):** tempo da jornada que varia de acordo com a Carga horária diária, para realizar os procedimentos da área operacional.

**4.5 Índice de segurança técnica (IST):** o mínimo a ser acrescido, recomendado por este parecer é o percentual de 15%.

**Equação para cálculo da quantidade de Profissionais para Sítios Funcionais:**

$$QP = \frac{TSF \times PT \times IST}{CHS}$$

Onde: QP = Quadro de Pessoal  
 TSF = Total dos sítios funcionais (SF1= SF de segunda + SF2= SF de terça + ...)  
 SF = Sítio funcional  
 DS = Dias da semana  
 IST = Índice de Segurança Técnica  
 PT = Período de Trabalho  
 CHS = Carga Horária Semanal  
 (1 + IST) = Fator de ajuste do Índice de segurança técnica: utilizando-se o IST igual a 15% (15/100 = 0,15), teremos (1 + IST) = 1,15.

**5. Serviço de Saúde Mental**

Para os indivíduos assistidos na saúde mental, foram considerados os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde, Portaria MS nº 336/2002 e Portaria MS nº 3588/2017, Portaria de consolidação nº 003/GM/MS/2017 e SCP de Martins, (2007) agregada ao estudo de Vieira (2017), com adaptações, refletindo a operacionalização do cuidado de Enfermagem nesta área.

**5.1 Centro de Atenção Psicossocial:**

**Quadro 2 – Classificação do Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2024.**

Estrutura	Descrição	Período de Funcionamento diário	Profissionais de Enfermagem por turno
CAPS I	Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.	10 horas	1 Enfermeiro. 2 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.
CAPS II	Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes	10 horas	2 Enfermeiros com formação em saúde mental. 2 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.
CAPS III	Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes.	24 HORAS	<b>PERÍODO DIURNO</b> 3 Enfermeiros com formação em saúde mental. 2 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem. <b>PERÍODO NOTURNO, FINAL DE SEMANA E FERIADO</b> 2 Enfermeiros com formação em saúde mental. 2 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.
CAPS i II	Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológico.	10 horas	1 Enfermeiro com formação em saúde mental. 3 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

CAPS AD II	Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000.	10 horas	2 Enfermeiros com formação em saúde mental 3 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem
CAPS AD IV	Atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	24 horas	<b>Utilizar SCP de Martins (2007 ou conforme MS):</b>  - 8 a 10 leitos 2 Enfermeiros com formação em saúde mental por turno.  3 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem por turno.  - 11 a 20 leitos: 2 Enfermeiros com formação em saúde mental por turno. 4 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem por turno.  - 21 a 30 leitos: 3 Enfermeiros com formação em saúde mental por turno. 5 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem diurno e 4 para período noturno.

## 5.2 Instituições Hospitalares e Unidade de Internação em Hospitais Gerais

Considerar o Sistema de Classificação de Pacientes de Martins, (2007) agregado ao estudo de Vieira (2017), com 14 indicadores e 3 graus de classificação.

**a. Indicadores:** 1) cuidados com a aparência e higiene; 2) expressão do pensamento; 3) humor; interação social; 4) atividades; 5) alimentação e hidratação; 6) sono; 7) medicação; 8) eliminações; 9) sinais vitais e outros controles; 10) problemas, 11) queixas somáticas. 12) comportamento relacionado ao suicídio; 13) abordagem familiar e 14) comportamento relacionado ao fumo.

### b. Classificação:

- i. GDD – Grau de Dependência Discreta, pontuação de 13 a 22 pontos.
- ii. GDI - Grau de Dependência Intermediária, pontuação de 23 a 32 pontos
- iii. GDP - Grau de Dependência Plena, pontuação de 33 a 42 pontos.

### c. Horas de Enfermagem:

- i. GDD: 4 horas.
- ii. GDI: 6 horas.
- iii. GDP: 10 horas.

### d. Distribuição de profissionais:

- i. GDD: 33% Enfermeiros e 67% de Técnicos e/ou Auxiliar de Enfermagem.
- ii. GDI : 36% Enfermeiros e 64% de Técnicos e/ou Auxiliar de Enfermagem.
- iii. GDP: 42% Enfermeiros e 58% de Técnicos e/ou Auxiliar de Enfermagem.

### Equação para Cálculo

$$QP = \frac{(GDD \times 4) + (GDI \times 6) + (GDP \times 10) \times DS \times IST}{CHS}$$

Onde: QP = quadro de profissionais.  
GDD = grau de dependência discreta.  
GDI = grau de dependência intermediária.  
GDP = grau de dependência plena.  
DS = dias da semana.  
IST = índice de segurança técnica.  
CHS = carga horária ~~semana~~.

**Quadro 3 – Unidade de Internação Psiquiátrica segundo a classificação, horas de Enfermagem e distribuição. Brasília 2024.**

Classificação	Pontuação	Horas de Enfermagem	Distribuição
GDD	13 a 22 pontos	4 horas	33% Enfermeiros e 67% Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem
GDI	23 a 32 pontos	6 horas	36% Enfermeiros e 64% Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem
GDP	33 a 42 pontos	10 horas	42% Enfermeiros e 58% Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem

**6. Unidades assistenciais, de apoio, diagnóstico e terapêutica (UA):** locais onde são desenvolvidos procedimentos, intervenções/atividades de Enfermagem e que não é possível aplicar o método de dimensionamento baseado no SCP, mas há estudos/pesquisas com referência de tempo médio de procedimento, intervenções/atividades, tais como: Central de Material e Esterilização (CME) e Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI).

**a) Atividade:** ações específicas realizadas pela Enfermagem para implementar uma intervenção que auxilie o paciente a obter o resultado desejado, conforme definição da Nursing Intervention Classification.

**b) Intervenção:** tratamento que o Enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente, com base no julgamento e no conhecimento clínico, de acordo com Nursing Intervention Classification.

**6.1 - Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI),** as horas de assistência de Enfermagem por paciente em cada setor, deverá considerar o tempo médio da assistência identificado no estudo de Cruz (2015):

**Quadro 4 – Classificação das horas de assistência de Enfermagem de profissionais por procedimento. Brasília, 2024.**

Setores	Total de Horas do Enfermeiro	Total de Horas do Técnico/Auxiliar de enf.	Total de horas por exame
Mamografia (*)	0	0,3	0,3
Medicina Nuclear	0,3	0,7	1
Rx Convencional (*)	0	1	1
Tomografia	0,1	0,4	0,5
Ultrassonografia	0,1	0,3	0,4
Intervenção Vascular	2,0	5,0	7
Ressonância Magnética	0,2	0,8	1

(\*) Nos setores de Mamografia e Rx Convencional a participação do Enfermeiro se faz indispensável em situações pontuais de supervisão da assistência de Enfermagem, urgência e emergência;

Nota:

- O cálculo do THE das diferentes categorias profissionais deverá ser realizado separadamente, uma vez que os tempos de participação são distintos.
- Os exames não relacionados no estudo acima, deverão ser calculados através das Unidades Assistenciais Especiais (UAE).
- O Serviço de Diagnóstico por Imagem deverá garantir a presença de no mínimo um Enfermeiro durante todo período em que ocorra assistência de Enfermagem.
- Equação para cálculo:**

$$QP = \frac{(NMP1 \times TMP1) + (NMP2 \times TMP2) \dots \times DS \times IST}{CHS}$$

**Onde:** NMP1;2;3 = número médio diário de procedimentos1 ou intervenção/atividade1.

TMP1;2;3 = tempo médio do procedimento1 ou intervenção/atividade 1.

DS = dias da semana.

IST = índice de segurança técnica.

CHS = carga horária semanal.

**Observação:** o DS será igual aos dias de funcionamento do setor, n = 5 (segunda a sexta) ou n = 6 (segunda a sábado).

**6.2 Central de Material e Esterilização:** é a área, em uma estrutura do Serviço de Saúde, responsável pelo recebimento de todo material e dar o tratamento adequado a ele. Referenciado pelo estudo de Costa (2015).

**Quadro 5 - Descrição de atividades e tempo padrão nas áreas da CME. Brasília, 2024.**

ÁREA	DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES	TEMPO PADRÃO	
		Minuto	Hora
Suja ou contaminada (expurgo)	Recepção e recolhimento dos materiais contaminados *	2	0,033
	Limpeza dos materiais *	2	0,033
Controle de materiais em consignação	Recepção dos materiais em consignação *	6	0,1
	Conferência dos Materiais Consignados após cirurgia *	9	0,15
	Devolução dos materiais em consignação *	3	0,05



Preparo de materiais	Secagem e distribuição dos materiais após limpeza *	3	0,05
	Inspecção, teste, separação e secagem dos materiais *	3	0,05
	Montagem e embalagem dos materiais *	3	0,05
	Montagem dos materiais de assistência ventilatória *	2	0,033
Esterilização de materiais	Montagem da carga de esterilização **	8	0,133
	Retirada da carga estéril e verificação da esterilização **	3	0,05
Armazenamento e distribuição de materiais	Guarda dos Materiais **	4	0,066
	Montagem dos carros de transporte das unidades ***	5	0,083
	Organização e controle do ambiente e materiais estéreis *	1	0,016
	Distribuição dos materiais e roupas estéreis *	2	0,033

Indicadores de Produção de cada posição de trabalho:

(\*) Quantidade de kits recebidos, processados, conferidos e devolvidos;

(\*\*) Quantidade de cargas/ciclos realizados;

(\*\*\*) Quantidade de carros montados.

Nota:

- O quadro acima se refere aos procedimentos executados pelo técnico/auxiliar de Enfermagem;
- Para o cálculo do quantitativo de Enfermeiros utiliza-se o espelho semanal padrão, adequando-se à necessidade do serviço, respeitando-se o mínimo de um Enfermeiro em todos os turnos de funcionamento do setor, além do Enfermeiro responsável pela unidade;
- Para efeito de cálculo, entende-se por Kit básico um pacote contendo 10 peças. (Exemplo: um kit de curativo com 5 peças corresponde a 0,5 kit, já uma caixa de laparotomia com 170 peças, corresponde a 17 kits).

**Equação para cálculo:**

$$QP = \frac{(NMP1 \times TMP1) + (NMP2 \times TMP2) \dots \times DS \times IST}{CHS}$$

Onde:

NMP<sub>1,2,3</sub> = número médio diário de procedimentos1 ou intervenção/atividade1;

TMP<sub>1,2,3</sub> = tempo médio do procedimento1 ou intervenção/atividade 1.

O DS será igual aos dias de funcionamento do setor, n = 5 (segunda a sexta). n = 6 (segunda a sábado) ou n = 7 (segunda a domingo).

IST = índice de segurança técnica

CHC = carga horária semanal

## 7. CENTRO CIRÚRGICO

O referencial mínimo para o quadro dos profissionais de Enfermagem em Centro Cirúrgico (CC) considera a Classificação da Cirurgia, as horas de assistência segundo o porte cirúrgico, o tempo de limpeza das salas e o tempo de espera das cirurgias, conforme indicado no estudo de Possari (2001, 2011). Para efeito de cálculo devem ser considerados:

a) Como horas de Enfermagem, por cirurgia eletiva no período:

1,4 horas de Enfermagem, por cirurgia de Porte 1;

2,9 horas de Enfermagem, por cirurgia de Porte 2;

4,9 horas de Enfermagem, por cirurgia de Porte 3;

8,4 horas de Enfermagem, por cirurgia de Porte 4.

Onde:

**Porte 1** - Cirurgias com tempo de duração de até 2 horas;

**Porte 2** - Cirurgias com tempo de duração entre 2 e 4 horas;

**Porte 3** - Cirurgias com tempo de duração entre 4 e 6 horas;

**Porte 4** - Cirurgias com tempo de duração superior a 6 horas.

b) Para cirurgias de urgência/emergência, e outras demandas do bloco cirúrgico (transporte do paciente, circulante de corredor, arsenal/farmácia, Recuperação Pós-Anestésica - RPA entre outros), utilizar o Espelho Semanal Padrão.

c) Como tempo de organização/preparo da sala, por cirurgia:

Cirurgias eletivas - 0,5 horas;

Cirurgias de urgência e emergência - 0,6 horas.

d) Como tempo de espera (intervalo entre cirurgias), por cirurgia:

0,2 horas por cirurgia.

**Proporção profissional/categoria, nas 24 horas:**

- Relação de 1 Enfermeiro para cada três salas cirúrgicas, recomendação da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico - SOBECC (eletivas pequena e médio porte);



2. Enfermeiro exclusivo nas salas de cirurgias eletivas e de urgência/emergência, quando o grau de complexidade e porte cirúrgico for maior;
3. Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de Enfermagem para cada sala como circulante (de acordo com o porte cirúrgico)
4. Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de Enfermagem para a instrumentação (de acordo com o porte cirúrgico), caso o instrumentador seja da Instituição.
5. A Relação de profissionais/sala cirúrgica deverá ser ampliada de acordo com a complexidade do procedimento cirúrgico.

**Equação para cálculo:**

$$QP = \frac{(P1 \times H1) + (P2 \times H2) + (P3 \times H3) \dots \times DS \times IST}{CHS}$$

Onde: P(1,2,3,4) = número médio/diário de cirurgias segundo o porte cirúrgico.

H(1,2,3,4) = tempo médio por cirurgia segundo porte, tempo de limpeza e de espera.

DS = dias da semana

IST = índice de segurança técnica

CHS = carga horária semanal

O tempo médio, por cirurgia, segundo o porte cirúrgico, é calculado por meio da equação:

$$H = n \times (h_{SO} + h_L + h_E)$$

Onde:

H = tempo médio total;

n = Instrumentador + circulante;

hSO = Tempo de uso de sala operatória segundo porte cirúrgico;

hL = Tempo de limpeza (padrão 30 minutos = 0,5 h);

hE = Tempo de espera (padrão 12 minutos = 0,2 h);

Exemplo:

H1 = 1,4 + 0,5 + 0,2 = 2,1 horas;

H2 = 2,9 + 0,5 + 0,2 = 3,6 horas;

H3 = 4,9 + 0,5 + 0,2 = 5,6 horas;

H4 = 8,4 + 0,5 + 0,2 = 9,1 horas.

Para o cálculo de cirurgias de urgência e o total de Enfermeiros para o Centro Cirúrgico, utilizar-se das Unidades Especiais (lembrando da recomendação da SOBECC, 1 Enfermeiro para cada três salas cirúrgicas eletivas e 1 para cada sala de urgência).

ESPELHO SEMANAL PADRÃO													
Área Operacional (Local da Atividade)	Categoria Profissional	2ª a 6ª Feira				Subtotal de SF X 5	Sábado e Domingo				Subtotal de SF X 2	Total de SF NS	Total de SF NM
		M	T	NI	NZ		M	T	NI	NZ			
	NS												
	NM												
	NS												
	NM												
	MS												
	NM												

Onde: NS = nível superior

NM = nível médio

**Equação para cálculo:**

$$QP(SF) = \frac{TSF \times PT \times (1 + IST)}{CHS}$$

Onde:

TSF = Total de Sítios Funcionais

PT = Período de trabalho do profissional

IST = índice de segurança técnica

CHS = carga horária semanal

**8. Serviços de Hemodiálise:**

Considerando os estudos de Lima (2015), o referencial mínimo para o quadro de profissionais de Enfermagem, por sessão de 4 horas de hemodiálise, inclui: recepção e saída do paciente, segurança do paciente, manuseio do acesso vascular, Processo de Enfermagem – PE, atendimento às intercorrências no período hemodialítico, os tempos médios do preparo do material, etapas de instalação e desinstalação, monitorização da sessão, desinfecção interna e limpeza das máquinas, reprocessamento de circuitos extracorpóreos, entre outros. Deverá observar,

- a) 4 horas de Assistência de Enfermagem/paciente/sessão;

b) 1 Enfermeiro Especialista em Nefrologia exclusivo para coordenação do serviço.

c) 1 profissional Técnico de Enfermagem escalado por turno para o reprocessamento de dialisadores e linhas arterial e venosa; e atividades de apoio a ser acrescido no número total do quadro de pessoal, para os serviços em que há reprocessamento.

d) Como proporção mínima de profissional/paciente/sessão, 25% dos profissionais devem ser Enfermeiros e 75% técnicos de Enfermagem.

**Nota:**

- O percentual de 25% do QP para Enfermeiros se aplica exclusivamente para a prestação da assistência direta ao paciente, em virtude de suas atividades privativas, considerando a cobertura do período de funcionamento da Instituição.

- O quantitativo de profissionais de Enfermagem para as intervenções de Diálise Peritoneal, deverá ser calculado com aplicação do Espelho Semanal Padrão.

**Quadro 6 - Horas de Enfermagem e distribuição percentual. Brasília, 2024.**

Horas de Enfermagem/paciente	% Enfermeiros	% Técnico de Enf.
4 horas	25%	75%

**9. Ambulatório de Oncologia e Hematologia**

O total de horas dedicadas a cada paciente atendido pela Equipe de Enfermagem é de 3,31 horas, sendo 80% horas do Enfermeiro e 20% horas do Técnico de Enfermagem. Considerando a complexidade envolvida no processo de tratamento do paciente oncológico e nas legislações vigentes, cabe aos Enfermeiros assumirem as intervenções de maior complexidade. Estes parâmetros instituídos estão descritos pelo estudo de Martin (2013).

**Quadro 7 - Distribuição percentual. Brasília, 2024.**

Porcentagem de Enfermeiro %	Porcentagem de Técnico de Enfermagem %
80%	20%

**Equação para o cálculo do quadro de pessoal:**

**a) Carga média de trabalho**

$$C = [h \times (n + Sn)]$$

Onde:

C = carga média de trabalho

h = tempo médio diário de cuidado por paciente

n = quantidade média diária de pacientes atendidos na unidade

Sn = desvio padrão da quantidade de pacientes atendidos na unidade = 4,4

**b) Quantidade média de Enfermeiros**

$$Q_{Enf} = \left[ \frac{P_{Enf} \cdot C}{t_{Enf}} \right] \cdot (1 + IST_{Enf})$$

**c) Quantidade média de Técnicos de Enfermagem**

$$Q_{Tec} = \left[ \frac{P_{Tec} \cdot C}{t_{Tec}} \right] \cdot (1 + IST_{Tec})$$

onde:

C = Carga média de trabalho

t<sub>Enf</sub> = Tempo médio da jornada de trabalho do Enfermeiro

t<sub>Tec</sub> = Tempo médio da jornada de trabalho do técnico de Enfermagem

P<sub>Enf</sub> = proporção de participação do Enfermeiro na carga de trabalho da unidade

P<sub>Tec</sub> = proporção de participação do técnico de Enfermagem na carga de trabalho da unidade

**IST** = Índice de segurança técnica dos Enfermeiros: acréscimo de Enfermeiros necessários para cobertura de ausências destes profissionais, correspondendo a 8,33% para cobertura de férias e 6,67% para cobertura da taxa de absenteísmo, treinamento e desenvolvimento

**11. Atenção Primária à Saúde (APS)**

Foi dedicado o anexo I completo, em função das peculiaridades da área, utilizando o estudo de Bonfim (2019). Os dados de produção de cada unidade ou do município, deverá ser extraído no site e-Gestor da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Anexo 1).

**11.1 Método WISN (Workload Indicators of Staffing Need)**

O método apresentado neste material é uma adaptação do Workload Indicators of Staffing Need (WISN), proposto pela Organização Mundial de Saúde em 2010, aplicando-se parâmetros encontrados na realidade brasileira da atenção primária à saúde, por meio de pesquisas lideradas pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) em parceria com Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Faculdade de Enfermagem da UERJ, Faculdade de Odontologia da UERJ, Faculdade de Odontologia da USP e Instituto de Medicina Social da UERJ.

O WISN é uma ferramenta que permite determinar quantos trabalhadores de saúde de uma determinada categoria profissional são necessários para atender a carga de trabalho de uma determinada unidade de saúde, bem como avaliar a pressão da carga de trabalho sobre os profissionais de saúde na referida unidade.

#### IV. DA CONCLUSÃO

Diante do exposto, opina-se que o disposto neste Parecer Normativo define os Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da Enfermagem pelo Enfermeiro, aplicando-se a todos os serviços/locais em que são realizadas atividades de Enfermagem.

O presente Parecer possui 2 anexos, que objetivam auxiliar na aplicação dos dispositivos presentes nesta normativa.

Compete aos Enfermeiros Responsáveis Técnicos apresentarem, no ato da renovação da Anotação de Responsabilidade Técnica, o Planejamento e a Programação de Enfermagem com o quantitativo necessário de pessoal de Enfermagem para prestar uma assistência segura e de qualidade, da Instituição a qual está vinculado, podendo usar como parâmetro este Parecer Normativo.

O Cálculo de Dimensionamento faz parte do Planejamento da Assistência de Enfermagem, recomendando-se ser entregue no prazo de até 60 dias, para as novas solicitações de Anotação de Responsabilidade Técnica.

Compete aos Conselhos Regionais de Enfermagem, o papel de facilitador para que os Enfermeiros Responsáveis Técnicos se apoderem da legislação e ferramentas do Dimensionamento de Pessoal.

Compete ao Conselho Federal de Enfermagem definir parâmetros específicos de dimensionamento de pessoal em situações de excepcionalidade, a exemplo de pandemias, catástrofes e casos omissos.

É o parecer, S.M.J.

Brasília-DF, 12 de março de 2024.

#### BETÂNIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS

Coren-PB 42.725-ENF-IR

Presidente

Parecer elaborado por: Dra. Heloísa Helena Oliveira da Silva, Coren/RN 67.286-ENF; Dra. Cleide Mazuela Canavezi, Coren/SP 12.721-ENF; Dr. José Gilmar Costa de Souza Júnior, Coren/PE 120.107-ENF; Dra. Andréia Pessoa da Cruz Coren/PA 69.199-ENF; Dra. Márcia Reis da Silva, Coren/RJ 25.092-ENF; Dr. Daniel Menezes de Souza, Coren/RS 105771-ENF e Dra. Luzia Helena Vizoná Ferro, Coren/SP 36.514-ENF.

#### REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). [Resolução da Diretoria Colegiada RDC](#)

[Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010](#). Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 fev. 2010;1(37):48. (alterada por [RDC 26/2012](#) e [137/2017](#))

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). [Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002](#). Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União. 20 mar. 2002;1:39.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). [Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010](#). Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 fev. 2010; 1:48.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). [Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36, de 25 de julho de 2013](#). Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 jul. 2013; 1:32.as Resoluções CFM nº 2.056/2013, 2.057/2013 e 2073/2014. Diário Oficial

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Comissão de Defesa e Ética Profissional. [Dúvidas frequentes]. [s.d.] [acesso em 26 set. 2019]. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2018/dezembro/10/REVISADO\\_Du\\_vidas\\_Frequentes\\_NOVEMBRO\\_-\\_2018\\_.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/dezembro/10/REVISADO_Du_vidas_Frequentes_NOVEMBRO_-_2018_.pdf)

BONFIM D. Planejamento da força de trabalho de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: indicadores de carga de trabalho [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. [Portaria Consolidação nº 3](#), de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas das redes do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 3 out. 2017;(supl.):192.

BULECHEK GM, BUTCHEK HK, DOCHTERMAN JM. Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC). Trad. de Soraya Imom de Oliveira et al. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 293/04. In: Conselho Federal de Enfermagem. [texto na internet]. Brasília, DF: 2004. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2016>. Acesso em 04 de julho de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BR). [Resolução CFM nº 2.156](#), de 28 de outubro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Diário Oficial da União. 17 nov. 2016;1:138-9.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BR). [Resolução CFM nº 2.056](#), de 20 de setembro de 2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, e dá outras providências. Diário da União. 12 nov. 2013; 1:162-3.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BR). [Resolução CFM nº 2.114](#), de 21 de novembro de 2014. Altera o texto do art. 1º, parágrafos primeiro e segundo, da Resolução CFM nº 2.007/2013. Diário Oficial da União. 29 abr. 2015; 1:104.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BR). [Resolução CFM nº 2.153](#), de 30 de setembro de 2016. Altera da União. 18 set. Oficial 2017; 1:87.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Relatório das atividades desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria Coren-SP/DIR/158/2013. [Internet] 2016 [acesso em 14 jun 2016]; Disponível: <http://bit.ly/234L1FF>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Contribuição do Grupo de Trabalho de Saúde Mental para o Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem na área de saúde Mental. São Paulo, 2016.

COSTA J.A. Método para dimensionamento de pessoal de Enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME). [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2015

- CRUZ CWM. Carga de trabalho de profissionais de Enfermagem em Centro de Diagnóstico por Imagem. [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2015.
- DINI AP, GUIRARDELLO EB. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. Rev. esc. enferm. USP. [Internet] 2014 [acesso em 14 jun 2016]; 48(5). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140005000003>
- FUGULIN FMT. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem: avaliação do quadro de pessoal de Enfermagem das unidades de internação de hospital de ensino [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.
- FUGULIN FMT, GAIDZINSKI RR, KURCGANT P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2005 [acesso em 14 jun 2016]; 3(1). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000100012>
- GAIZINSKI RR. Dimensionamento de pessoal em instituições hospitalares [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1998.
- Lima AFC. Custo direto da hemodiálise convencional realizada por profissionais de Enfermagem em hospitais de ensino. [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2015.
- MARSHALL JC, BOSCO L, ADHIKARI NK, CONNOLLY B, DIAZ JV, DORMAN T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J Crit Care. 2017;37:270-6. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.07.015
- MARTINS PASF. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade de Enfermagem psiquiátrica: validação clínica. [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
- MARTIN LGR. Dimensionamento de profissionais de Enfermagem em ambulatório de oncologia e hematologia [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.
- MARTIN LGR, GAIDZINSKI RR. Construção e validação de instrumento para identificação de carga de trabalho em Ambulatório de Oncologia e Hematologia. einstein. 2014;12(3):323-9.
- MARTIN LGR. Tempo padrão das intervenções de Enfermagem em ambulatório de quimioterapia adulto [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2019
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). [Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002](#). Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. 12 nov. 2002;1:32.
- NATES J, NUNNALLY M, KLEINPELL R, BLOSSER S, GOLDNER J, BIRRIEL B, et al. ICU admission, discharge, and triage guidelines: a framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. Crit Care Med. 2016;44(8):1553-602. doi: 10.1097/CCM.0000000000001856
- PERROCA MG, GAIDZINSKI RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev. esc. enferm. USP. [Internet] 1998 [acesso em 14 jun 2016]; 32(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341998000200009>
- PERROCA MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo de nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2011 [acesso em 16 set 2016]; 19(1). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009>
- POSSARI J.F. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem em Centro Cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência, segundo o porte cirúrgico [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
- POSSARI J.F. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem em Centro Cirúrgico especializado em oncologia: análise dos fatores intervenientes. [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
- SOARES AVN. Carga de trabalho de Enfermagem no sistema alojamento conjunto [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2009.

## Anexo I

### Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Elaboração: Profa. Dra. Daiana Bonfim.

O dimensionamento de profissionais de enfermagem para APS é fundamentado e adaptado do método Workload Indicators of Staffing Need (WISN) e nos parâmetros de tempo evidenciados em pesquisas científicas sobre a realidade brasileira. Estudos WISN produzem estimativas para pessoal medindo o tempo total necessário para prestar serviços de saúde em relação ao total disponível tempo de trabalho (TTD), considerando o tempo que os profissionais de saúde têm disponível para trabalhar e o tempo em que se ausentam ao trabalho por motivos previstos ou não previstos (WHO, 2022).

O cálculo da quantidade Q de profissionais de cada categoria profissional necessários à composição do quadro da equipe de enfermagem, alocados nos serviços de cuidados dos usuários, família e comunidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser obtida pelo relacionamento entre os componentes da equação apresentada a seguir:

$$Q = \frac{Q_{dir}}{1 - \frac{Q_{ind}\%}{100}} \quad (1)$$

#### 1. Compreendendo a Equação

$Q_{dir}$  = quantidade de profissionais da categoria em estudo necessária para realizar as intervenções/atividades de cuidado direto;

Intervenção/atividade de cuidado direto: são aquelas que requerem interação direta com o usuário/família/comunidade. Também são aquelas que geralmente identificam a especificidade do trabalho na atenção primária em saúde. Em geral, a produção dessas Intervenções Diretas é registrada. Exemplos: consulta de enfermagem, vacinação, grupos educativos, visita domiciliar, etc.

Para calcular o componente  $Q_{dir}$  da equação (1) mediante a soma das quantidades de profissionais da categoria necessários à execução de cada intervenção/atividade direta, utiliza-se a equação:

$$Q_{dir} = q_1 + q_2 + \dots + q_n \quad (2)$$

Onde q representa a quantidade de profissionais necessários para cada intervenção/atividade de cuidado direto i (i = 1, 2, ..., n).

Para calcular a quantidade de profissionais q da categoria profissional necessária para a execução de cada intervenção/atividade de cuidado direto i (i = 1, 2, ..., n), aplica-se a seguinte equação:

$$q_i = \frac{P_i \times T_i}{TTD} \quad (3)$$

$P_i$  = produção anual da atividade  $i$

$T_i$  = tempo médio da atividade  $i$

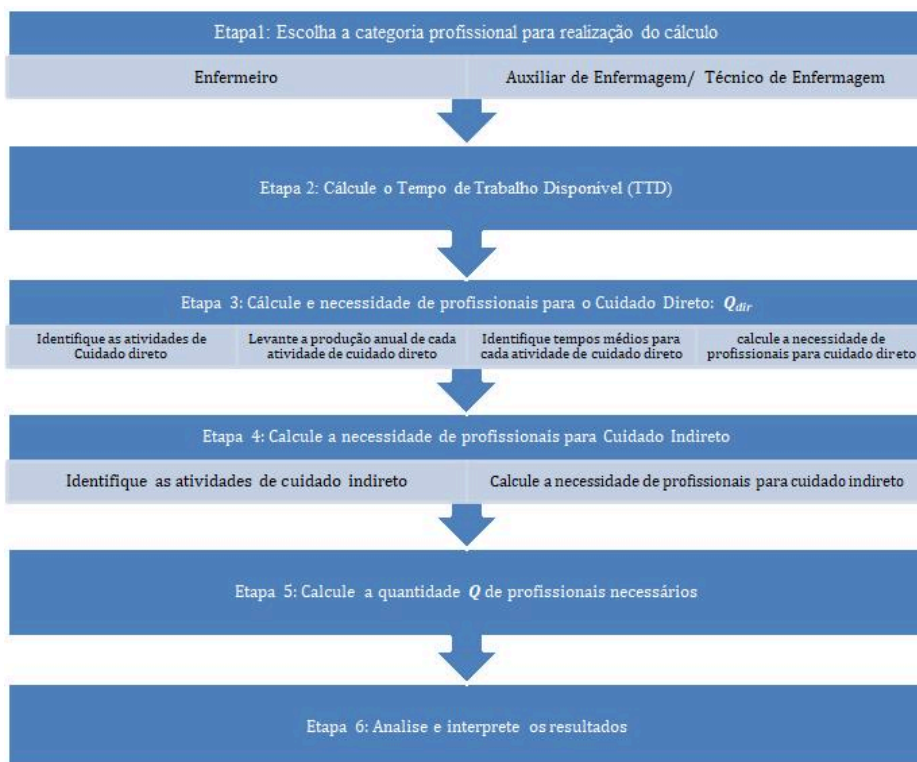
$TTD$  = Tempo de trabalho disponível

**Qind %** = valor percentual da quantidade de profissionais da categoria em estudo necessária para atender as intervenções/atividades de cuidado indiretas:

Intervenções/Atividades de cuidado indiretas: são aquelas que não requerem interação direta com o usuário/família/comunidade, mas que dão suporte para o cuidado. Geralmente não tem a sua produção rotineiramente registrada. Exemplos: reunião de equipe.

$\frac{(Q_{ind\%})}{100}$  = índice percentual da quantidade de profissionais da categoria em estudo necessária para atender as intervenções/atividades indiretas.

## 2. Passo a passo para a aplicação da equação



**Figura 1:** Etapas do processo de dimensionamento de profissionais de enfermagem na APS

### **Etapas 1:** Escolha a categoria profissional

O cálculo deverá ser realizado para cada categoria profissional de forma separada. Assim, a primeira etapa é definir se o cálculo será realizado para o enfermeiro ou para o técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem.

### **Etapas 2:** Calcule o Tempo de trabalho disponível (TTD)

O Tempo de trabalho disponível mede o quanto uma determinada categoria profissional (enfermeiro ou auxiliar de enfermagem/técnico de enfermagem) teve de horas disponíveis no ano para oferecer a unidade em forma de trabalho. Para isso é necessário o levantamento de dados referentes aos dias presentes e ausentes, na unidade analisada, durante um ano.

O cálculo do tempo de trabalho disponível TTD no ano por profissional de cada categoria, é realizado em horas/ano, de acordo com a equação:

$$TTD = [A - (B + C + D + E)] \times h$$

Onde:

**TTD** = tempo de trabalho disponível no ano por profissional da categoria em estudo;

**A** = Número de dias de trabalho possíveis em um ano obtido pela multiplicação do número de semanas em um ano (52 semanas) pelo número de dias trabalhados em uma semana pelos profissionais da categoria profissional em estudo (exemplo: 5 dias) ;

**B** = Número de dias no ano de ausência em razão de feriados (nacionais, estaduais, municipais e institucionais) por profissional;

**C** = Número médio de dias de ausência por profissional em razão de férias em um ano;

**D** = Número médio de dias de ausência por profissional em razão de ausências legais em um ano;

**E** = Número médio de dias de ausência por profissional em razão de outras licenças (ex: cursos) em um ano;

**h** = Número de horas trabalhadas por profissional em um dia (jornada de trabalho).

### **Observações sobre o cálculo do TTD:**

- Os dados devem ser referentes ao ano anterior (12 meses retroativos)

· Quando a UBS for composta por mais do que um profissional por categoria profissional, considerar a média de dias entre eles. [Por exemplo: No período avaliado a UBS teve 2 enfermeiros. O enfermeiro A tirou 20 dias úteis de férias. A enfermeira B tirou 10 dias úteis de férias. A média de dias de férias da UBS será  $(20+10)/2= 15$  dias]

· Para os dias de feriados, férias e ausências legais considerar somente os dias úteis de trabalho.

· Ausência para cursos (sem compensação de horas) deve ser incluída em outras licenças e considerar o valor em dias e não em horas. Para conversão de dias em horas considerar a carga horária diária do profissional (exemplo: 20 horas de curso/treinamento ano, 1 dia de trabalho do profissional é equivalente à 8 horas, então  $20/8 = 2,5$  dias em curso/treinamento)

· Os itens do TTD não são fixos eles devem corresponder aos dados de cada realidade/UBS avaliada.

**Interpretando o TTD:** o resultado do TTD significa que, retirando os momentos (dias) que o profissional não esteve presente na UBS, em 12 meses, o profissional disponibilizou para o atendimento das demandas diretas e indiretas de enfermagem um número "X" de horas (valor do TTD). Atenção: baixos valores de TTD podem significar alto volume de ausências legais, e deve ser olhado com atenção para uma correta interpretação do resultado final apresentado no cálculo do dimensionamento.

O cálculo do TTD é fundamental para a próxima etapa relacionada a análise do cuidado direto de enfermagem na APS!

### Etapa 3: Cálculo da necessidade de profissionais para o Cuidado Direto: $Q_{dir}$

Considerando as equações 1, 2 e 3 o cálculo da necessidade de cuidado direto será realizado em quatro passos:

$$Q = \frac{Q_{dir}}{1 - \frac{Q_{ind}\%}{100}} \quad (1)$$

Onde  $Q_{dir}$  = quantidade de profissionais da categoria em estudo necessária para realizar as intervenções/atividades de cuidado direto;

$$Q_{dir} = q_1 + q_2 + \dots + q_n \quad (2)$$

$$q_i = \frac{P_i \times T_i}{TTD} \quad (3)$$

$q_i$  = quantidade de profissionais  $q$  da categoria profissional necessária para a execução de cada atividade  $i$

$P_i$  = produção anual da atividade  $i$

$T_i$  = tempo médio da atividade  $i$

$TTD$  = Tempo de trabalho disponível

- Identifique as intervenções/atividades de Cuidado direto. Identifique e relacione as principais intervenções/atividades de cuidado direto inerentes a sua unidade, conforme a categoria profissional responsável pela sua execução, de acordo com o quadro de atividades descrito no anexo 1.

- Levante o volume da produção anual de cada atividade de cuidado direto ( $P_i$ ). Nesta etapa é muito importante utilizar uma fonte de dados confiável para extração do volume da produção das intervenções/atividades, pois dados sub ou super estimados resultarão ao final, em um dimensionamento sub ou super estimado, não alcançando o propósito de representar a realidade da unidade de saúde analisada. Verifique no anexo 2 como a produção de cada unidade pode ser considerada na aplicação da equação.

- Identifique tempos médios para cada atividade de cuidado direto ( $T_i$ ). Recomenda-se o uso do tempo médio das intervenções/atividades  $T$  encontrado por Bonfim et al (2016). Além disso, algumas intervenções/atividades tiveram atualizações após nova pesquisa para medidas realizada em 2022 e encontra-se no anexo 3. Todavia, as atualizações de 2022 foram realizadas com base na observação e medidas de tempo em UBS e equipes de saúde da família localizadas em grandes centros e capitais. Deste modo, o enfermeiro RT poderá escolher em utilizar os parâmetros de 2016 (anexo 4) ou 2022 (anexo 3) de acordo com o que melhor representar o processo de trabalho local da enfermagem.

- Para as equipes de Atenção Básica de populações específicas (Equipe de Consultório de Rua e Equipe de Saúde da Família Fluvial e Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas) e Unidades Básicas de Saúde tradicionais, no que couber utilizar os mesmos parâmetros de tempo.

- Calcule a necessidade de profissionais para cuidado direto.

- Conhecido quais são as intervenções/atividades de cuidado direto, bem como a sua produção anual e o parâmetro de tempo médio proposto é possível então calcular a quantidade de enfermeiros  $q_{enf}$  necessária para atender a cada intervenção/atividade de cuidado direto, e ao final, realizar a somatória.

Exemplo:  $TTD_{enf} = 1776$  horas/ano.

O número de enfermeiros necessários para a realização de consultas de enfermagem, considerando a produção de consultas de enfermagem  $Penf = 2700$  consultas de enfermagem, cujo tempo médio de execução é de  $Tenf = 0,42$  horas/consulta (anexo 4).

$$q(\text{Consulta})_{enf} = \frac{2700 \times 0,42}{1776} = 0,63 \text{ enfermeiro}$$

O número de enfermeiros necessários para atividades educativas, considerando a produção de 12 grupos educativos/ano, cujo tempo médio de execução é de  $Tenf = 0,47$  horas/grupos (anexo 4).

$$q(\text{grupos})_{enf} = \frac{12 \times 0,47}{1776} = 0,003 \text{ enfermeiro}$$

(...)

Somando o quantitativo necessário para consultas, grupos, etc é possível calcular a quantidade de enfermeiros necessários à execução das intervenções/atividades diretas.

$$Q_{dir} = q(\text{consulta})_1 + q(\text{grupos})_2 + \dots + q_n$$

### Etapa 4: Cálculo da necessidade de profissionais para o Cuidado Indireto ( $Q_{ind} \%$ )



Considerando que o trabalho da enfermagem na APS não é somente aquele relacionado ao cuidado direto, mas também há uma parcela do trabalho que está relacionada ao cuidado indireto, utilizaremos para o dimensionamento dos profissionais o valor percentual das atividades indiretas ao cuidado.

O valor percentual da participação dos profissionais de enfermagem da categoria, na execução de todas as atividades indiretas é obtido mediante a soma dos percentuais de participação da categoria em estudo no tempo médio de execução de cada intervenção/atividade indireta proposto no anexo 3 e 4.

Atenção: Verifique quais intervenções/atividades de cuidado indireto são realizadas pelos profissionais de enfermagem da categoria, na sua unidade. Cada UBS deve avaliar quais intervenções de Cuidado indireto são efetivamente realizadas na sua unidade, no último ano.

A partir desta escolha, recomenda-se o uso da soma do valor percentual que os profissionais da categoria em estudo levam para a execução de cada atividade indireta (anexo 3 ou 4). No anexo 3 é apresentado o percentual atualizado (2022), que poderá ser utilizado, principalmente, em municípios de grande porte populacional.

#### Etapa 5: Calcule a quantidade $Q$ de profissionais necessários para a unidade de APS

Conhecido o quantitativo necessário para as intervenções/atividades de cuidado direto, bem como o volume percentual da participação dos profissionais de enfermagem nas intervenções/atividades de cuidado indireto é possível calcular o dimensionamento na APS ( $Q$ ).

A quantidade  $Q$  de profissionais de enfermagem da categoria é calculada pela aplicação da equação reproduzida a seguir:

$$Q = \frac{Q_{dir}}{1 - \frac{Q_{ind}\%}{100}} \quad (1)$$

#### Etapa 6: Análise dos resultados encontrados

**Diferença:** ao se comparar a diferença entre os níveis de pessoal atual e necessário, identificam-se as unidades de saúde que estão com falta ou com excesso relativo de pessoal.

**Razão:** ao se usar a razão entre os níveis de pessoal atual e necessário, avalia-se a pressão de trabalho que os profissionais de saúde sofrem no trabalho diário, em uma unidade de saúde.

Considerou-se:

- Razão próxima de um ( $\sim 1$ ) o quadro de pessoal atual que está em equilíbrio com as demandas de pessoal para a carga de trabalho da unidade de saúde;
- Razão maior que um ( $>1$ ) evidencia excesso de pessoal em relação à carga de trabalho;
- Razão inferior a um ( $<1$ ) indica que o número atual de profissionais é insuficiente para lidar com a carga de trabalho.

#### Referências

Bonfim D, Fugulin FMT, Laus AM, Peduzzi M, Gaidzinski RR. Padrões de tempo médio das intervenções de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: um estudo observacional. Rev Esc Enferm USP · 2016; 50(1):121-129

Bonfim D, MJB Pereira, Pierantoni CR, Haddad AE, Gaidzinski RR. Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(Esp2): 25-34

Bonfim D. Planejamento da força de trabalho de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: indicadores de carga de trabalho. Tese. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2014.

Bonfim, D. Relatório do Projeto "Painel de pacientes nas Equipes de Saúde da Família". 2023

WHO. WISN: Workload Indicators of Staffing Need. User's manual, 2010.

WHO. Strengthening the collection, analysis and use of health workforce data and information: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. E-SUS Atenção Básica. Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC- versão 3.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2018



**Atividades de Cuidado Direto relacionadas aos profissionais de enfermagem na APS.**

Quadro elaborado por: Lucelia dos Santos Silva, Mônica Aguiar Estevam Dias, Suzana de Almeida Santiago, Regina Cavalcante Agonigi, Renan Tomaz da Conceição, Daiana Bonfim.

INTERVENÇÃO DE CUIDADO DIRETO*	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE CÓDIGOS SIGTAP (2023)
Escuta inicial da demanda espontânea	A escuta inicial representa o primeiro atendimento realizado ao cidadão em demanda espontânea na unidade de saúde. A finalidade desta escuta é acolher o indivíduo, levantar informações sobre o motivo da busca pelo cuidado em saúde e orientar a conduta mais adequada para o caso. É possível coletar informações subjetivas, medições objetivas e classificar o risco/vulnerabilidade, de acordo com a avaliação do risco biológico e da vulnerabilidade subjetivo-social do indivíduo. (Brasil, 2018)	03.01.04.007-9 - escuta inicial / orientação (acolhimento a demanda espontânea)
Consulta de Enfermagem (exclusivo do enfermeiro)	Aplicação do processo de enfermagem e raciocínio clínico para manejo das respostas dos indivíduos, famílias e com unidade, frente às necessidades de saúde.  <u>Observação:</u> consultas de enfermagem para atender a demanda espontânea são consideradas consultas, se conduzidas com o tal, avançando para além de uma escuta inicial.	03.01.01.003-0 - consulta de profissionais de nível superior na atenção primária (exceto médico) 03.01.01.001-3 - consulta ao paciente curado de tuberculose (tratamento supervisionado) 03.01.01.002-1 - consulta com identificação de casos novos de tuberculose 03.01.01.009-9 - consulta para avaliação clínica do fumante 03.01.08.001-1 - abordagem cognitiva com portamental do fumante (por atendimento / paciente) 03.01.01.011-0 - consulta pré-natal 03.01.01.012-9 - consulta puerperal 03.01.01.023-4 - consulta pré-natal do parceiro 03.01.14.001-4 - atendimento de paciente em cuidados paliativos 03.01.01.026-9 - avaliação do crescimento na puericultura

		03.01.01.027-7 - avaliação do desenvolvimento da criança na puericultura 03.01.04.014-1 - inserção do dispositivo intra-uterino (diu) 03.01.04.015-0 - retirada do dispositivo intra-uterino (diu) 03.01.01.028-5 - avaliação do estágio de maturação sexual (consiste na avaliação do estágio de maturação sexual do adolescente) 02.01.02.003-3 - coleta de material do colo de útero para exame e citopatológico
Administração de medicamentos	Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos	01.01.04.005-9 - administração de vitamina a 03.01.10.019-5 - administração de medicamentos por via endovenosa 03.01.10.020-9 - administração de medicamentos por via intramuscular 03.01.10.021-7 - administração de medicamentos por via oral 03.01.10.022-5 - administração de medicamentos por via subcutânea (sc) 03.01.10.023-3 - administração tópica de medicamento(s) 03.01.10.024-1 - administração de penicilina para tratamento de sífilis 03.01.05.012-0 - terapia de reidratação parenteral 03.01.10.018-7 - terapia de reidratação oral 03.01.10.010-1 - inalação / nebulização
Assistência em exames	Assistência ao usuário e a outro provedor de cuidados de saúde durante um procedimento ou exame	02.14.01.004-0 - teste rápido para detecção de hiv na gestante ou pai/parceiro 02.14.01.005-8 - teste rápido para detecção de infecção pelo hiv 02.14.01.006-6 - teste rápido de gravidez 02.14.01.007-4 - teste rápido para sífilis 02.14.01.008-2 - teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro 02.14.01.009-0 - teste rápido para detecção de hepatite c 02.14.01.010-4 - teste rápido para detecção de infecção pelo hbv 02.14.01.012-0 - teste rápido para dengue igg/igm 02.14.01.016-3 - teste rápido para detecção de sars-covid-2 02.14.01.015-5 - teste rápido de proteinúria 02.01.02.002-5 - coleta de linfa para pesquisa de m. lepra e 02.01.02.005-0 - coleta de sangue para triagem neonatal 03.01.10.026-8 - preparação para o eletrocardiograma 01.01.04.011-3 - dispensação de suplemento de ferro

		03.01.04.009-5 - exame do pé diabético 03.01.09.003-3 - avaliação multidimensional da pessoa idosa 03.09.05.004-9 - sessão de auriculoterapia 03.01.10.015-2 - retirada de pontos de cirurgias (por paciente) 02.14.01.001-5 - glicemia capilar 03.01.10.027-6 - curativo especial 03.01.10.028-4 - curativo simples 03.01.10.006-3 - cuidados com estomas 03.01.10.004-7 - cateterismo vesical de alívio 03.01.10.005-5 - cateterismo vesical de demora 03.01.10.013-6 - ordenha mamária
Controle de imunização/vacinação	monitoração do estado de imunização, facilitação do acesso às imunizações e provisão de imunizantes para prevenir doenças transmissíveis	e-sus - relatório gerencial de vacinação
Monitoração de sinais vitais	verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal.	03.01.10.003-9 - aferição de pressão arterial 03.01.10.025-0 - aferição de temperatura
Medidas antropométricas	Verificação de medidas antropométricas	01.01.04.002-4 - avaliação antropométrica 01.01.04.008-3 - medição de peso 01.01.04.007-5 - medição de altura
Punção de vaso: amostra do sangue venoso	Coleta de amostra de sangue venoso	02.01.02.004-1 - coleta de material para exame laboratorial
Visita domiciliar	Realização dos cuidados a usuários/população para integrar e otimizar o uso de recursos, assegurar a qualidade dos cuidados de saúde e alcançar os resultados desejados na perspectiva de favorecer a interação com a dinâmica das relações familiares e o estabelecimento de vínculos.	03.01.05.014-7 - visita domiciliar por profissional de nível superior 01.01.03.001-0 - visita domiciliar por profissional de nível médio 03.01.01.013-7 - consulta/atendimento domiciliar 01.01.03.002-9 - visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior 03.01.05.010-4 - visita domiciliar pós óbito 03.01.05.005-8 - assistência domiciliar por profissional de nível médio
Promoção de ações educativas	Desenvolvimento de ações de educação em saúde para indivíduos, famílias, grupos ou	01.01.01.001-0 - atividade educativa / orientação em grupo na atenção primária
	com unidades, bem como a orientação específica de um usuário, família, acompanhante ou cuidador.	03.01.04.008-7 - atendimento em grupo na atenção primária

\* Bonfim D, MJB Pereira, Pierantoni CR, Haddad AE, Gaidzinski RR. Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação. Rev Esc Enferm USP - 2015; 49(Esp2): 25-34

### Observações sobre a produção anual das intervenções/atividades de cuidado direto ( $P_i$ )

Intervenções / Atividades de cuidado direto	Observações sobre a Produção Anual
Consulta de Enfermagem	Tudo que é realizado dentro da consulta é considerado como consulta (para o cálculo do dimensionamento). Exemplo: sinais vitais verificados dentro da consulta não devem ser contabilizados na intervenção monitoramento dos sinais vitais. Se for realizado procedimentos, como coleta de citopatológico de colo de útero, entre outros, dentro da consulta, é considerado somente o lançamento da produção de consulta (não deve duplicar em procedimento). Tudo que acontece dentro da consulta já está considerando no tempo da consulta, pois o parâmetro do tempo médio, considera a consulta completa.
Escuta inicial da demanda espontânea	Número de atendimentos realizados
Administração de medicamentos	Número de pessoas medicadas.
Controle de imunização e vacinação	Número de pessoas vacinadas. Não é número de doses realizadas.
Monitoramento dos Sinais vitais	Número de pessoas com sinais vitais verificados fora da consulta, fora de grupos educativos, etc. É um procedimento isolado.



Medidas antropométricas	Número de pessoas com medidas antropométricas verificadas fora da consulta, fora de grupos educativos, etc. É um procedimento isolado.
Punção de vaso: amostra de sangue venoso	Número de pessoas que realizaram coleta de sangue. Não é número de exames, ou tubos de sangue coletados.
Visita domiciliar	Número de Visitas domiciliares
Promoção de ações educativas	Número de grupos realizados. Não é número de pessoas/usuários por grupo.

### Tempos médios das intervenções/atividades de cuidado direto e indireto (atualização em 2022)

Os tempos médios foram obtidos a partir do estudo de *time-motion* realizado em 31 equipes de saúde da família (ESF), localizadas na cidade de São Paulo – SP, durante dois momentos de observação direta (março a agosto de 2021 e março a agosto de 2022). Utilizar os parâmetros abaixo preferencialmente para ESF de municípios de grande porte populacional

Tabela 1: Tempo médio em horas das intervenções/atividades de cuidados diretos em ESF. São Paulo, 2022

INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO	Enfermeiro (horas)	Aux/tec Enf (horas)
Consulta de Enfermagem	0,26	-
o Consulta de Pré natal	0,49	-
Escuta inicial da demanda espontânea	0,11	0,18
Administração de medicamentos	0,10	0,12
Assistência em exames	0,10	0,07
Procedimentos ambulatoriais	0,33	0,28
o Curativo	0,41	0,32

	Campanha	Rotina	Campanha	Rotina
Controle de imunização e vacinação				
Procedimento de imunização e vacinação	0,08	0,18	0,09	0,19
o Recepção, leitura da carteira de vacina, checagem do histórico e anotação	0,05	0,06	0,04	0,10
o Preparo, aplicação e orientação	0,03	0,06	0,03	0,09
Monitoramento dos Sinais vitais	0,10		0,05	
Medidas antropométricas	0,03		0,031	
Punção de vaso: amostra de sangue venoso	0,10		0,11	
Visita domiciliar	0,21		0,27	
Promoção de ações educativas	0,69		-	

Fonte: Projeto "Painel de pacientes nas Equipes de Saúde da Família". Pesquisa dora responsável: Profa. Dra. Daiana Bonfim. Financiamento: PPSUS/FAPESP

Tabela 2: Probabilidade de ocorrência (%) das intervenções realizadas pelos enfermeiros e aux./ téc. de enf. em ESF. São Paulo, 2022

Intervenção/atividade de cuidado indireto	Percentual do Tempo	
	Enfermeiro	Auxiliar/Técnico de Enfermagem
Ações educativas dos trabalhadores de saúde	1,3%	0,41%
Controle de infecção	0,33%	1,91%
Controle de suprimentos	1,09%	1,52%
Organização do processo de trabalho	6,90%	7,37%
Documentação	12,87%	11,63%
Desenvolvimento de processos e protocolos de cuidado	0,68%	-
Interpretação de dados laboratoriais	0,33%	-
Identificação de risco	0,09%	2,73%
Reunião administrativa	2,50%	1,10%

Reunião p/ avaliação dos cuidados profissionais	2,03%	1,86%
Supervisão dos trabalhadores da unidade	0,18%	0,27%
Supervisão Segurança	0,34%	0,32%
Transporte Interinstitucional	0,17%	0,23%
Troca de informação sobre cuidados de saúde	11,34%	5,25%
Vigilância em saúde	1,80%	1,14%
Apoio ao estudante	1,38%	0,01%
Avaliação de desempenho	1,80%	00,1%

Fonte: Projeto "Painel de pacientes nas Equipes de Saúde da Família". Pesquisa dora responsável: Profa. Dra. Daiana Bonfim. Financiamento: PPSUS/FAPESP

**Tempo médio das intervenções/atividades segundo Bonfim (2016)**

Tabela 1: Tempo médio em horas das intervenções de cuidados diretos, realizadas pelos enfermeiros e pelos téc./aux. de enf. em USF. Brasil – 2016

INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO	BRASIL		ESTRATO 1 A 4		ESTRATO 5		ESTRATO 6	
	enf	téc./aux.	enf	téc./aux.	enf	téc./aux.	enf	téc./aux.
Atendimento à demanda espontânea	0,39	0,54	0,51	0,26	0,53	0,65	0,27	0,50
Consulta	0,42	0,00	0,54	0,00	0,61	0,00	0,32	0,00
Administração de medicamentos	0,21	0,22	0,21	0,21	0,00	0,23	0,21	0,22
Assistência em exames	0,31	0,38	0,23	0,80	0,00	0,80	0,34	0,24
Procedimentos ambulatoriais	0,32	0,46	0,36	0,73	0,73	0,68	0,24	0,34
Controle de imunização e vacinação	0,42	0,51	0,40	0,66	0,45	0,65	0,49	0,35
Sinais vitais e medidas antropométricas	0,20	0,22	0,19	0,22	0,21	0,21	0,22	0,22
Punção de vaso: amostra de sangue ven.	0,31	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31	0,21
Visita domiciliar	0,59	0,79	0,43	0,81	1,10	1,19	0,90	0,66
Promoção de ações educativas	0,47	0,46	0,32	0,42	0,74	0,41	0,52	0,48

Tabela 2: Tempo médio em minutos e probabilidade de ocorrência (%) das intervenções realizadas pelos téc./aux. de enf. em USF. Brasil – 2016

INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO	BRASIL		ESTRATO 1 A 4		ESTRATO 5		ESTRATO 6	
	enf	téc./aux.	enf	téc./aux.	enf	téc./aux.	enf	téc./aux.
Ações educativas dos trabalhadores de saúde	2,1	1,4	0,6	0,7	6,3	2,3	1,9	1,6
Controle de infecção	0,1	1,5	0,0	1,5	0,3	0,4	0,1	1,8
Controle de suprimentos	0,5	3,7	0,7	2,3	0,0	1,7	0,6	5,1
Organização do processo de trabalho	3,7	1,0	3,1	1,4	1,7	0,0	5,2	1,1
Documentação	12,4	9,5	12,2	9,7	5,7	3,3	15,9	11,1
Interpretação de dados laboratoriais	0,2	0,1	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2
Mapeamento e territorialização	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Referencia e contrarreferência	0,3	0,3	0,6	0,8	0,0	0,0	0,2	0,0
Reunião administrativa	5,9	1,5	6,8	1,7	7,0	0,0	5,2	1,7
Reunião p/ avaliação dos cuidados profissionais	1,9	1,0	1,1	0,2	1,2	0,0	2,8	1,8
Supervisão dos trabalhos da unidade	0,4	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,6	0,1
Troca de informação sobre cuidados de saúde	6,2	3,0	6,7	3,3	3,5	1,6	7,2	3,2
Vigilância em saúde	1,3	0,4	0,7	0,2	0,0	0,3	2,5	0,6
Ocasionais indiretas	10,5	18,8	8,8	13,9	5,6	8,5	8,0	25,0
<b>PERCENTUAL DO TEMPO TOTAL</b>	<b>45,6</b>	<b>42,2</b>	<b>42,3</b>	<b>35,8</b>	<b>31,5</b>	<b>18,1</b>	<b>50,3</b>	<b>53,3</b>

\*Estratos disponível em: Brasil. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Manual instrutivo, 2012.

**Anexo II****CADERNO DE EXERCÍCIO - DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL****UNIDADE DE INTERNAÇÃO**

Fórmula:

$$QP = \frac{\{(PCM \times 4) + (PCI \times 6) + (PCAD \times 10) + (PCSI \times 10) + (PCIt \times 18) \times DS \times IST\}}{CHS}$$

Onde:

PCM = paciente de cuidados mínimos  
 PCI = paciente de cuidados intermediário  
 PCAD = paciente de cuidado de alta dependência  
 PCSI = paciente de cuidado semi-intensivo  
 PCIt = paciente de cuidado intensivo  
 DS = dias de semana  
 IST = índice de segurança técnica  
 CHS = carga horária semanal

1. Unidade de Clínica médica com 40 leitos e taxa de ocupação de 80%, cujo SCP revelou que 20 pacientes são de cuidados mínimos, 10 de cuidados intermediários, 7 de cuidados de alta dependência e 3 de cuidados semi-intensivos. A carga horária semanal da equipe de enfermagem é de 36 horas. Quantos profissionais serão necessários.

Taxa de ocupação:

Cuidados mínimos  $20 \times 80\% = 16$

Cuidados intermediários  $10 \times 80\% = 8$

Cuidados alta dependência  $7 \times 80\% = 5,6$

Cuidados semi-intensivos  $3 \times 80\% = 2,4$

$$QP = \frac{\{(16 \times 4) + (8 \times 6) + (5,6 \times 10) + (2,4 \times 10) \times 7 \times 1,15\}}{36}$$

36

$$QP = \frac{192 \times 7 \times 1,15}{36} = 42,93 = 43$$

36

Prevalência Cuidados Mínimos, portanto, 33% serão Enfermeiros

$$43 \times 33\% = 14,19 = 14 \text{ enfermeiros}$$

$$43 \times 67\% = 28,81 = 29 \text{ Técnicos de enfermagem}$$

**OBS.:** Este quantitativo de profissionais, deverá ser distribuído em escala de acordo com a necessidade e rotina do setor.

2. Unidade de Terapia Intensiva com 15 leitos, 100% de ocupação, SCP com 08 pacientes de cuidados semi-intensivos e 7 de cuidados intensivos, CHS dos profissionais de enfermagem de 30 horas. Quantos profissionais serão necessários.

$$QP = \frac{(8 \times 10) + (7 \times 18) \times 7 \times 1,15}{30}$$

$$QP = \frac{206 \times 7 \times 1,15}{30} = 55,27 = 55$$

Prevalência Intensivos, portanto, 52% serão Enfermeiros

$$55 \times 52\% = 28,6 = 29 \text{ Enfermeiros}$$

$$55 \times 48\% = 26,4 = 26 \text{ Técnicos de Enfermagem}$$

3. Unidade de Pediatria com 26 leitos e taxa de ocupação de 75%, cujo SCP revelou que 20 são de cuidados intermediários e 6 de cuidados semi-intensivos, a CHS é de 40 horas. Quantos profissionais serão necessários.

Taxa de ocupação 75%

Cuidados intermediários  $20 \times 75\% = 15$

Cuidados semi-intensivos  $6 \times 75\% = 4,5$

$$QP = \frac{\{(15 \times 6) + (4,5 \times 10) \times 7 \times 1,15\}}{40} \quad \text{---} \quad QP = 27,16 = 27$$

Prevalência cuidados intermediários, portanto 33% são enfermeiros

$$27 \times 33\% = 8,91 = 9 \text{ Enfermeiros}$$

$$27 \times 67\% = 18,09 = 18 \text{ Técnicos de Enfermagem}$$

**UNIDADES DE APOIO**

**CENTRAL DE MATERIAL**

**Fórmula:**

$$QP = \frac{[(NMP1 \times TMP1) + (NMP2 \times TMP2) + (NMP3 \times TM3) + \dots] \times DS \times IST}{CHS}$$

Onde: NMP = número médio de procedimentos

TMP = tempo médio do procedimento

DS = dias da semana

IST = índice de segurança técnica

CHS = carga horária semanal

#### Aplicar

ÁREA	Descrição de atividades	Tempo Minuto	Padrão Hora
Suja ou contaminada (expurgo)	Recepção e recolhimento dos materiais contaminados*	2	0,033
	Limpeza dos materiais*	2	0,033
Controle de materiais em consignação	Recepção dos materiais em consignação*	6	0,1
	Conferência dos materiais Consignados após cirurgia	9	0,15
	Devolução dos materiais em consignação*	3	0,05
Preparo de materiais	Secagem e distribuição dos materiais após limpeza*	3	0,05
	Inspeção, teste, separação e secagem dos materiais *	3	0,05
	Montagem e embalagem dos materiais *	3	0,05
	Montagem dos materiais de assistência ventilatória *	2	0,033
Esterilização de materiais	Montagem da carga de esterilização **	8	0,133
	Retirada da carga estéril e verificação da esterilização**	3	0,05
	Guarda dos Materiais **	4	0,066
Armazenamento e distribuição de materiais	Montagem dos carros de transporte das Unidades	5	0,083
	Organização e controle do ambiente e materiais estéreis *	1	0,016
	Distribuição dos materiais e roupas estéreis	2	0,033

- \* Para cada Kit contabilizar 10 peças
- \*\* Considerar cada montagem completa da autoclave 1

#### Exercício:

1. Central de Material, com a produção média, conforme descrito na tabela abaixo, cuja carga horária semanal dos profissionais de enfermagem 30 h/semanais. Qual o quantitativo de Técnico de Enfermagem necessários:

$$QP_{Téc.Enf} = \frac{[(NMP1 \times TMP1) + (NMP2 \times TMP2) + (NMP3 \times TM3) + \dots] \times DS \times IST}{CHS}$$

ÁREA	Descrição de atividades	Tempo hs	Quant. materiais	Total
Suja ou contaminada (expurgo)	Recepção e recolhimento dos materiais contaminados*	0,033	110	3,63
	Limpeza dos materiais*	0,033	110	3,63
Controle de materiais em consignação	Recepção dos materiais em consignação* Conferência dos materiais	0,1	10	1
	Consignados após cirurgia	0,15	10	1,5
	Devolução dos materiais em consignação*	0,05	10	0,5
Preparo de materiais	Secagem e distribuição dos materiais após limpeza*	0,05	110	5,5
	Inspeção, teste, separação e secagem dos materiais *	0,05	110	5,5
	Montagem e embalagem dos materiais *	0,05	110	5,5
	Montagem dos materiais de assistência ventilatória *	0,033	30	0,99
Esterilização de materiais	Montagem da carga de esterilização **	0,133	4	0,532
	Retirada da carga estéril e verificação da esterilização**	0,05	4	0,2
	Guarda dos Materiais **	0,066	4	0,264
Armazenamento e distribuição de materiais	Montagem dos carros de transporte das Unidades	0,083	10	0,83
	Organização e controle do ambiente e materiais estéreis *	0,016	4	0,064
		0,016		
	Distribuição dos materiais e roupas estéreis	0,033	40	1,32
<b>TOTAL</b>				<b>30,96</b>

$$QP_{Téc.Ent} = \frac{\text{Total NMP}_{1,2,3...} \times 7 \times DS \times IST}{CHS}$$

$$QP_{Téc.Ent} = \frac{30,96 \times 7 \times 1,15}{30}$$

$$QP_{Téc.Ent} = 8,3 = 8$$



**Para o Cálculo de ENFERMEIRO, utilizar a Unidade Especial**

ÁREAS		De 2ª a 6ª feira (x 5)				Sábado e domingo (x 2)				Total SF	
		M	T	N1	N2	M	T	N1	N2	ENF	TEC
Recepção de material	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NM										
Limpeza e desinfecção	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	NM										
Preparo do material	NS	1	1	1	1	1	1	1	1	28	
	NM										
Esterilização	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	NM										
Coordenador	NS	1								5	
	NM										
	NM										
<b>TOTAL</b>										<b>33</b>	<b>-</b>

$$QP_{\text{Ent}} = \frac{SF \times PT \times IST}{CHS}$$

Onde:

SF = total de sítios funcionais

PT = Período de trabalho

CHS = Carga horária semanal

$$QP_{\text{Ent}} = \frac{33 \times 6 \times 1.15}{30}$$

$$QP_{\text{Ent}} = 7,59 = 8 - \text{Enfermeiros a serem distribuídos em escala, sendo um, Coordenador}$$

2. Central de Material, com a produção média, conforme descrito na tabela abaixo, cuja carga horária semanal dos profissionais de enfermagem 40 h/semanais, diária de 8 h. Qual o quantitativo de Técnico de Enfermagem necessários, cujo funcionamento é de 2ª feira a 6ª feira.

ÁREA	Descrição de atividades	Tempo hs	Quant. materiais	Total	
Suja ou contaminada (expurgo)	Recepção e recolhimento dos materiais contaminados*	0,033	200	6,6	
	Limpeza dos materiais*	0,033	200	6,6	
Controle de materiais em consignação	Recepção dos materiais em consignação*	0,1	-	-	
	Conferência dos materiais Consignados após cirurgia	0,15	-	-	
	Devolução dos materiais em consignação*	0,05	-	-	
Preparo de materiais	Secagem e distribuição dos materiais após limpeza*	0,05	200	10	
	Inspeção, teste, separação e secagem dos materiais *	0,05	200	10	
	Montagem e embalagem dos materiais *	0,05	200	10	
	Montagem dos materiais de assistência ventilatória *	0,033	20	0,66	
Esterilização de materiais	Montagem da carga de esterilização **	0,133	4	0,532	
	Retirada da carga estéril e verificação da esterilização**	0,05	4	0,2	
	Guarda dos Materiais **	0,066	4	0,264	
Armazenamento e distribuição de materiais	Montagem dos carros de transporte das Unidades	0,083	10	0,83	
	Organização e controle do ambiente e materiais estéreis *	0,016	4	0,064	
	Distribuição dos materiais e roupas estéreis		0,016		
			0,033	30	0,99
<b>TOTAL</b>				<b>45,64</b>	

**Equação:**

$$QP_{Téc.Enf} = \frac{[(NMP1 \times TMP1) + (NMP2 \times TMP2) + (NMP3 \times TM3) + \dots] \times DS \times IST}{CHS}$$

$$QP_{Téc.Enf} = \frac{\text{Total NMP}_{1,2,3...} \times 5 \times DS \times IST}{CHS}$$

$$QP_{Téc.Enf} = \frac{45,64 \times 5 \times 1,15}{40}$$

$$QP_{Téc.Enf} = 6,56 = 7 \text{ -- a serem distribuídos em escala}$$

## Para o Cálculo de Enfermeiro, utilizar Unidades Especiais

AREAS		De 2ª a 6ª feira (x 5)				Sábado e domingo (x 2)				Total SF	
		M	T	N1	N2	M	T	N1	N2	ENF	TEC
Recepção de material	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NM										
Limpeza e desinfecção	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	NM										
Preparo do material	NS	1	1	1	1	-	-	-	-	20	
	NM										
Esterilização	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	NM										
Coordenador 1,25	NS	1								5	
	NM										
	NM										
<b>TOTAL</b>										25	-

$$QP_{Enf} = \frac{SF \times PT \times IST}{CHS}$$

Onde:

SF = total de sítios funcionais

PT = Período de trabalho

CHS = Carga horária semanal

$$QP_{Enf} = \frac{25 \times 8 \times 1,15}{40}$$

$$QP_{Enf} = 5,75 = 6$$

- 6 Enfermeiros a serem distribuídos em escala, sendo um, Coordenador de Enfermagem, sendo uma, a coordenadora de enfermagem.

## CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Setores	Total de horas Enfermeiro	Total de horas Tec. Enf..	Total de horas por exame
Mamografia *	0	0,3	0,3
Medicina Nuclear	0,3	0,7	1,0
Rx convencional *	0	1,0	1,0
Tomografia	0,1	0,4	0,5
USG	0,1	0,3	0,4
Intervenção Vascular	2,0	5,0	7,0
Ressonância Magnética	0,2	0,8	1,0

Nota: O Cálculo do THE das diferentes categorias profissionais deverá ser realizado separadamente, uma vez que os tempos de participação são distintos. O Serviço deverá garantir a presença no mínimo de um Enfermeiro durante todo período em que ocorra assistência de Enfermagem

## Exercício:

1. Em uma Unidade de Imagem, que funciona de 2ª a 6ª feira, no horário de 7 as 19 horas, cuja CHS dos profissionais de enfermagem é de 30 horas, verificou-se que a média diária de exames, segundo os últimos 90 dias foi de:

Mamografia * = 21
Medicina Nuclear = 3
Rx convencional * = 59
Tomografia = 5
USG = 15
Intervenção Vascular = 2
Ressonância Magnética = 6

## ENFERMEIRO

Setores	Total de horas Enfermeiro	número de exames	Total de horas
Mamografia *	0	21	0
Medicina Nuclear	0,3	3	0,9
Rx convencional *	0	59	0
Tomografia	0,1	5	0,5
USG	0,1	15	1,5
Intervenção Vascular	2,0	2	4,0
Ressonância Magnética	0,2	6	1,2
<b>TOTAL</b>			<b>8,1</b>

$$QP_{\text{Enf}} = \frac{\text{THE} \times \text{DS} \times 1,15}{30}$$

$$QP_{\text{Enf}} = \frac{8,1 \times 5 \times 1,15}{30} \quad QP_{\text{Enf}} = 1,55 = 2 \text{ Enfermeiros}$$

#### TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Setores	Total de horas Tec. Enf	Total de horas Tec. Enf..	Total de horas por exame
Mamografia *	0,3	21	6,3
Medicina Nuclear	0,7	3	2,1
Rx convencional *	1,0	59	59
Tomografia	0,4	5	2
USG	0,3	15	4,5
Intervenção Vascular	5	2	14
Ressonância Magnética	0,2	6	1,2
<b>TOTAL</b>			<b>89,1</b>

$$QP_{\text{Téc.}} = \frac{89,1 \times 5 \times 1,15}{30} \quad QP_{\text{Téc.}} = 17 \text{ Técnicos de Enfermagem}$$

#### HEMODIÁLISE

4 horas de cuidado de enfermagem / paciente / turno; 1 profissional para 2 pacientes;

Como proporção mínima de profissional/paciente/sessão, 25% dos profissionais devem ser enfermeiros e 75% técnicos de enfermagem.

#### Equação

$$QP = \frac{NMP \times HE \times DS \times IST}{CHS}$$

Onde: QP = quadro de profissionais

NMP = número médio de pacientes

HE = horas de enfermagem

DS = dias da semana de funcionamento

IST = índice de segurança técnica

CHS = carga horária semanal

#### Exercícios:

1. **Unidades de Hemodiálise que possui 20 máquinas** - apresenta uma média diária com base nos últimos três meses de **20 pacientes/turno**. O setor funciona de **7 às 19 horas**, em **dois turnos de segunda a sábado**. A Carga Horária Semanal (CHS) é de **30 horas**. Perguntam-se quantos profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) são necessários para a unidade

$$QP = \frac{N^{\circ} \text{ médio de pacientes} \times \text{Horas de Enf.} \times \text{DS} \times \text{IST}}{\text{CHS}}$$

CHS

$$QP = \frac{20 \times 4 \times 6 \times 1,15}{30}$$

30

$$QP = 18$$

Sendo:

25% Enfermeiro = 4,5 = 5 e

75% Técnicos de Enfermagem = 13

2. **Unidades de Hemodiálise que possui 30 máquinas** - apresenta uma média diária com base nos últimos três meses de 25 pacientes/turno. O setor funciona de 7 às 19 horas, em dois turnos de segunda a sábado. A Carga Horária Semanal (CHS) é de 40 horas. Perguntam-se quantos profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) são necessários para a unidade.

$$QP = \frac{N^{\circ} \text{ médio de pacientes} \times \text{Horas de Enf.} \times DS \times IST}{CHS}$$

CHS

$$QP = \frac{25 \times 4 \times 8 \times 1,15}{40}$$

40

$$QP = 14,25 = 14$$

Sendo:

$$25\% \text{ Enfermeiro} = 3,5 = 4 \text{ e}$$

$$75\% \text{ Técnicos de Enfermagem} = 10,5 = 11$$

#### Ambulatório de Oncologia e Hematologia

Segundo o estudo apresentado pela Enfermeira Lélia Gonçalves Rocha Martin, o tempo médio de cuidados diários dedicados a cada paciente atendido no ambulatório de Oncologia e Hematologia pela Equipe de Enfermagem foi **3,31 horas, sendo 80% horas do Enfermeiro e 20% horas do Técnico de Enfermagem.**

##### • Carga média de trabalho

$$C = [h \times (n + Sn)]$$

Onde:

c = carga média de trabalho

h = tempo médio diário de cuidado por paciente

n = quantidade média diária de pacientes atendidos na unidade

Sn = desvio padrão da quantidade de pacientes atendidos na unidade = 4,4

##### a) Quantidade média de Enfermeiros

$$Q_{Enf} = \left[ \frac{P_{Enf} \cdot C}{t_{Enf}} \right] \cdot (1 + IST_{Enf})$$

##### b) Quantidade média de Técnicos de Enfermagem

$$Q_{Tec} = \left[ \frac{P_{Tec} \cdot C}{t_{Tec}} \right] \cdot (1 + IST_{Tec})$$

onde:

C = Carga média de trabalho;

tEnf = Tempo médio da jornada de trabalho do enfermeiro;

tTec = Tempo médio da jornada de trabalho do técnico de enfermagem;

PEnf = proporção de participação do enfermeiro na carga de trabalho da unidade;

PTec = proporção de participação do técnico de enfermagem na carga de trabalho da unidade;

IST índice de segurança técnica dos enfermeiros.

##### Exercício:

1. Um ambulatório de oncologia, que funciona de segunda a sexta feira, atendendo em média 40 pacientes dia, qual número necessário de profissionais sabendo que a carga horaria semanal dos funcionários é de 30 horas?

$$C = 3,31 \times (40 + 4,4) \quad C = 146,94$$

$$QP_{Enf} = \frac{(P_{enf} \cdot C) \times 1,15}{CHS}$$

$$QP_{enf} = \frac{(80\% \times 146,94) \times 1,15}{30}$$

$$QP_{enf} = 4,5 = 5$$

$$C = 3,31 \times (40 + 4,4) \quad C = 146,94$$

$$QP_{Tec} = \frac{(P_{tec} \cdot C) \times 1,15}{CHS}$$

$$QP_{Tec} = \frac{(20\% \times 146,94) \times 1,15}{30}$$

$$QP_{Tec} = 1,12 = 1$$

2. Um ambulatório de oncologia, que funciona de segunda a sábado, atendendo em média 50 pacientes dia, qual número necessário de profissionais sabendo que a carga horaria semanal dos funcionários é de 40 horas?

$$C = 3,31 \times (50 + 4,4) \quad C = 180$$

$$QP_{\text{Enf}} = \frac{(P_{\text{enf}} \cdot C) \times 1,15}{\text{CHS}}$$

$$QP_{\text{Enf}} = \frac{(80\% \times 180) \times 1,15}{40}$$

$$QP_{\text{Enf}} = 4,14 = 4$$

$$C = 3,31 \times (40 + 4,4) \quad C = 180$$

$$QP_{\text{Tec}} = \frac{(P_{\text{tec}} \cdot C) \times 1,15}{\text{CHS}}$$

$$QP_{\text{Tec}} = \frac{(20\% \times 180) \times 1,15}{40}$$

$$QP_{\text{Tec}} = 1,03 = 1$$

#### SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Considerar o Sistema de Classificação de Pacientes de Martins, (2007) agregado ao estudo de Vieira (2017), com 14 indicadores e 3 graus de classificação (GDD 1 ponto, GDI 2 pontos, GDP 3 pontos)

Classificação	Pontuação	Horas de Enfermagem	Distribuição
GDD	13 a 22 pontos	4 horas	33% Enfermeiros e 67% Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem
GDI	23 a 32 pontos	6 horas	36% Enfermeiros e 64% Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem
GDP	33 a 42 pontos	10 horas	42% Enfermeiros e 58% Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem

Onde: GDD – Grau de Dependência Discreta

GDI - Grau de Dependência Intermediária

GDP - Grau de Dependência Plena

Indicadores: 1) cuidados com a aparência e higiene; 2) expressão do pensamento; 3) humor; interação social; 4) atividades; 5) alimentação e hidratação; 6) sono; 7) medicação; 8) eliminações; 9) sinais vitais e outros controles; 10) problemas, 11) queixas somáticas. 12) comportamento relacionado ao suicídio; 13) abordagem familiar e 14) comportamento relacionado ao fumo.

#### Exercício:

1. Instituição hospitalar com 120 vagas e taxa de ocupação de 75%, 70 foram classificados como dependência discreta, 25 com dependência intermediária e 15 com dependência plena. A equipe de enfermagem tem carga horária semanal de 40 horas, qual o número necessário de profissionais de enfermagem?

Cálculo da Taxa de Ocupação:

- GDD = 70 x 75% = 52,5

- GDI = 25 x 75% = 18,75

- GDP = 15 x 75% = 11,25

$$QP = \frac{(GDD \times 4) + (GDI \times 6) + (GDP \times 10) \times DS \times 1,15}{\text{CHS}}$$

CHS

$$QP = \frac{(52,5 \times 4) + (18,75 \times 6) + (11,25 \times 10) \times 7 \times 1,15}{40}$$

40

$$QP = 82,5 = 83$$

A carga de trabalho de maior prevalência é dependência discreta, portanto:

33% Enfermeiros = 27,39 = 27 a serem distribuídos em escala.

67% Técnicos/Auxiliares de Enfermagem = 55,61 = 56 a serem distribuídos em escala.

2. Instituição hospitalar que mantém 20 vagas para Saúde Mental e Psiquiatria, com taxa de ocupação de 100%, 12 foram classificados como dependência discreta, 5 com dependência intermediária e 3 com dependência plena. A equipe de enfermagem tem carga horária semanal de 36 horas, qual o número necessário de profissionais de enfermagem?

Cálculo da Taxa de Ocupação:

$$QP = \frac{(GDD \times 4) + (GDI \times 6) + (GDP \times 10) \times DS \times 1.15}{CHS}$$

CHS

$$QP = \frac{(12 \times 4) + (2 \times 6) + (3 \times 10) \times 7 \times 1,15}{36}$$

36

$$QP = 20,12 = 20$$

A carga de trabalho de maior prevalência é dependência discreta, portanto:

**33% Enfermeiros = 6,6 = 7** a serem distribuídos em escala.

**67% Técnicos/Auxiliares de Enfermagem = 13,4 = 13** a serem distribuídos em escala.

#### CENTRO CIRÚRGICO

##### Porte Cirúrgico x tempo de duração do procedimento

Cirurgias de porte I: cirurgias cujo tempo de duração encontra-se no **intervalo de 0 a 2h.**

Cirurgias porte II: cirurgias cujo tempo de duração encontra-se no **intervalo acima de 2h até 4h.**

Cirurgias porte III: cirurgias cujo tempo de duração encontra-se no **intervalo acima de 4h até 6h.**

Cirurgias porte IV: cirurgias cujo tempo de duração encontra-se no **intervalo acima de 6h.**

Porte	Horas/ proc.	Tempo limpeza	Tempo espera	Total horas
Porte 1	1,4 horas/cir.	0,5	0,2	2,1
Porte 2	2,9 horas/cir.	0,5	0,2	3,6
Porte 3	4,9 horas/cir.	0,5	0,2	5,6
Porte 4	8,4 horas/cir.	0,5	0,2	9,1

#### Exercício:

Exercício 1 - Calcular o QP para um Bloco Cirúrgico composto por: **10 Salas de Cirurgia, sendo 9 para atendimento das cirurgias eletivas (de 8 às 17 horas de segunda a sexta) e uma para cirurgias de Urgência / Emergência (atendimento durante às 24 horas de segunda a segunda)**, que apresentou nas últimas 60 apurações realizadas pelo Sistema de Classificação das Cirurgias por porte diário de **9 de Porte I; 7 Porte II; 3 Porte III; 2 Porte IV e ainda 3 Cirurgias de U/E** sendo realizadas no turno da noite e finais de semana. A jornada semanal de trabalho nestes setores é de **30 horas**. A equipe é composta de Circulantes de sala:

$$HE \text{ porte} = (\text{Inst.} + \text{Cir}) \times \text{Tempo Cirúrgico} + \text{Tempo de Limpeza} + \text{Espera}$$

$$PI = 9 \times 2,1 = 18,9$$

$$PII = 7 \times 3,6 = 25,2$$

$$PIII = 3 \times 5,6 = 16,8$$

$$PIV = 2 \times 9,1 = 18,2$$

$$QP = \frac{(P1 \times 2,1) + (P2 \times 3,6) + (P3 \times 5,6) + (P4 \times 9,1) \times DS \times IST}{CHS}$$

$$QP_{Teo} = \frac{(18,9 + 25,2 + 16,8 + 18,2) \times 5 \times 1.15}{30}$$

30

$$QP_{Téc} \text{ total } 15,16 = 15$$

**OBS.:** Caso a Instituição tenha em seus quadros, equipe de enfermagem como instrumentador cirúrgico, multiplicar por 2 (15 x 2 = 30)

Para o cálculo de **Enfermeiro** e Técnico para os demais setores, utilizar Unidades Especiais

- 1 sala/24 horas, média 3 cirurgias dia
- Bloco Cirúrgico: Setor de Transporte de Pacientes + Setor de RPA (6 macas-leito)



UNIDADES/PROF	De 2ª a 6ª					Sábado e domingo				Total SF		
	feira	PROF	M	T	N1	N2	M	T	N1	N2	ENF	TEC
Enfermeiro Sala Cir. eletiva	NS	3	3	-	-	-	-	-	-	-	30	-
	NM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sala Cir. Urg./Emerg	NS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	-
	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
RPA (6 leitos)	NS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	-
	NM	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-	28
Transporte	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
<b>TOTAL</b>											<b>86</b>	<b>84</b>

Equação:

$$QP(SF) = \frac{TSF \times PT \times (1 + IST)}{CHS}$$

$$QP_{Enf} = \frac{86 \times 6 \times 1.15}{30}$$

$$QP_{enf} = 19,78 = 20 \text{ Enfermeiros}$$

$$QP_{Téc} = \frac{84 \times 6 \times 1.15}{30}$$

$$QP_{Téc} = 19,32 = 19 \text{ Técnicos de Enfermagem.}$$

Portanto, para este Bloco Cirúrgico são necessários:

**Enfermeiros = 20**

**Técnicos/Auxiliar de Enfermagem = 15 + 19 = 33**

#### UNIDADES ESPECIAIS

Locais onde são desenvolvidas atividades especializadas por profissionais de saúde:

- Ambulatório;
- Pronto Socorro;
- UPA;
- Centro Obstétrico.

Equação:

$$QP(SF) = \frac{TSF \times PT \times (1 + IST)}{CHS}$$

Onde:

TSF = Total de Sítios Funcionais

PT = Período de trabalho do profissional

ESPELHO SEMANAL PADRÃO													
Área Operacional (Local da Atividade)	Categoria Profissional	2ª a 6ª Feira				Subtotal de SF X 5	Sábado e Domingo				Subtotal de SF X 2	Total de SF NS	Total de SF NM
		M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
	NS												
	NM												
	NS												
	NM												
	MS												
	NM												

Onde: NS = nível superior

NM = nível médio

Observação: Sugere-se a utilização de uma série histórica de espelhos semanais, com a capacidade instalada e demandas atendidas, por no mínimo 4 a 6 semanas.

**Exercício:**

1. Qual o quadro necessário de enfermagem em um Pronto Atendimento que funciona 24 h, com jornada semanal de trabalho de 36hs (6 h/dia), com as seguintes salas de atendimento de enfermagem:

AREAS		De 2ª a 6ª feira (x 5)				Sábado e domingo (x 2)				Total SF	
		M	T	N1	N2	M	T	N1	N2	ENF	TEC
Sala de emergência	NS	1	1	1	1	1	1	1	1	28	-
	NM	2	2	2	2	2	2	2	2	-	56
Enfermaria de Observação 10 leitos	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NM	3	3	2	2	3	3	2	2	-	70
Sala de medicação / inalação	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NM	3	3	2	2	3	3	2	2	-	70
Sala de Sutura	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NM	2	2	1	1	2	2	1	1	-	42
Central de ambulância	NS	1	1	1	1	1	1	1	1	28	-
	NM	3	3	3	3	3	3	3	3	-	84
Enfermeiro/Coordenador	NS	2	1	1	1	1	1	1	1	33	-
	NM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>										<b>89</b>	<b>322</b>

$$QP = \frac{SF \times PT \times IST}{CHS}$$

$$QP_{Enf.} = \frac{89 \times 6 \times 1.15}{36}$$

$$QP_{Enf.} = 17$$

$$QP_{Téc.} = \frac{322 \times 6 \times 1.15}{36}$$

$$QP_{Téc.} = 61,71 = 62$$

2. Calcular o número de profissionais necessários a um Centro Obstétrico, cuja atuação é somente de Enfermeiros Obstétricas com 3 salas disponíveis para Parto Normal, sabendo-se que a equipe de enfermagem trabalha 40 horas semanais, 8 horas dias, com funcionamento 24 horas durante os 7 dias.

AREAS		De 2ª a 6ª feira (x 5)				Sábado e domingo (x 2)				Total SF	
		M	T	N1	N2	M	T	N1	N2	ENF	TEC
Sala de admissão	NS	1	1	1	1	1	1	1	1	28	-
	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
Enfermaria Pré Parto	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
Salas Parto	NS	3	3	3	3	3	3	3	3	84	-
	NM	3	3	3	3	3	3	3	3	-	84
Enfermaria de Pós Parto	NS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NM	1	1	1	1	1	1	1	1	-	28
Enfermeiro/Coordenador	NS	1	-	-	-	-	-	-	-	5	-
	NM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>										<b>117</b>	<b>168</b>

$$QP = \frac{SF \times PT \times IST}{CHS}$$

$$QP_{\text{Enf.}} = \frac{117 \times 8 \times 1.15}{40}$$

$$QP_{\text{Enf.}} = 20 \text{ a serem distribuídos para as 24 horas}$$

$$QP_{\text{Téc.}} = \frac{168 \times 8 \times 1.15}{40}$$

$$QP_{\text{Téc.}} = 38,64 = 39 \text{ a serem distribuídos para as 24 horas}$$

#### UNIDADE BÁSICA

##### Exercício:

**1. Unidades de Atenção Básica / ESF** - Considerando os parâmetros estabelecidos no Parecer Normativo, Extrato Brasil, que trata do dimensionamento de Profissionais de Enfermagem para as Unidades de Atenção Básica e de Saúde da Família com a adaptação ao método WISN. Calcular o número de Enfermeiros e de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem para atender as situações da unidade.

Considerar:

Unidade de Saúde da Família – com funcionamento de 40 horas semanais

Município Classificado ESTRATO 6

Parâmetro selecionado: **Brasil**

PERGUNTA-SE: Qual número de profissionais necessários

##### Cálculo do TTD

$$TTD = [A - (B + C + D + E)] \times h$$

**TTD** = tempo de trabalho disponível no ano por profissional da categoria em estudo;

**A** = Número de dias de trabalho possíveis em um ano obtido pela multiplicação do número de semanas em um ano (52 semanas) pelo número de dias trabalhados em uma semana pelos profissionais da categoria profissional em estudo;

**B** = Número de dias no ano de ausência em razão de feriados (nacionais, estaduais, municipais e institucionais) por profissional da categoria em estudo;

**C** = Número médio de dias de ausência por profissional em razão de férias em um ano; **D** = Número médio de dias de ausência por profissional em razão de ausências legais em um ano;

**E** = Número médio de dias de ausência por profissional em razão de outras licenças (ex: treinamento) em um ano;

**h** = Número de horas trabalhadas por profissional em um dia (jornada de trabalho).

ITEM	TEMPO DO TRABALHO DISPONIVEL (TTD)	CATEGORIA PROF. ENFERMEIRO
1	SEMANAS POR ANO	52
2	DIAS TRABALHADOS NA SEMANA (DIAS/PROFISSIONAL)	5
3	DIAS DE AUSENCIA POR FERIADOS NO ANO (DIAS NO ANO/PROFISSIONAL)	15
4	DIAS DE FERIAS (MEDIA DE DIAS POR ANO/PROFISSIONAL)	22
5	DIAS DE LICENCA DE SAUDE (MEDIA DE DIAS POR ANO/PROFISSIONAL)	12
6	DIAS DE AUSENCIA EM RAZAO DE OUTRAS LICENCA NO ANO (MEDIA)	6
7	JORNADA DE TRABALHO (HORAS DE TRABALHO POR DIA/PROFISSIONAL)	8
TTD	TEMPO DO TRABALHO DISPONIVEL (HORAS POR ANO/PROFISSIONAL)	1640

#### Dados da produção – Extrato Brasil - Enfermeiro

INTERVENÇÕES DE CUIDADOS DIRETO	PRODUÇÃO ANNUAL PROC. (P)	TEMPO MEDIO DAS INTERVENÇÕES (T) HORAS	QUANTIDADE REQUERIDA DE ENFERMEIRO $Q_{ENF}$ (PXT) / TTD
Atendimento à demanda espontânea	2400	0,39	0,57
Consulta	3840	0,42	0,98
Administração de medicamentos	1300	0,21	0,166
Assistência em exames	180	0,31	0,03
Procedimentos ambulatoriais	224	0,32	0,04
Controle de imunizações	560	0,42	0,15
Sinais Vitais e medidas antropométrica	4500	0,20	0,58
Punção de vaso: amostra de sangue venoso	300	0,31	0,06
Visita domiciliar	180	0,59	0,06
Promoção de ações educativas	90	0,47	0,02
<b>TOTAL</b>			<b>2,61</b>

INTERVENÇÕES DE CUIDADOS INDIRETOS ENFERMEIRO	% DE PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO
Ações Educativas dos Trabalhadores de Saúde	2,1
Controle de infecção	0,1
Controle de suprimentos	0,5
Organização do processo de trabalho	3,7
Documentação	12,4
Interpretação de dados laboratoriais	0,2
Mapeamento e territorialização	0,1
Referência e contrarreferência	0,3
Reunião Administrativa	5,9
Reunião para avaliação dos Cuidados Profissionais	1,9
Supervisão dos trabalhos da unidade	0,4
Troca de informação sobre cuidados de saúde	6,2
Vigilância em saúde	1,3
Ocasionais indiretas	10,5
<b>TOTAL</b>	<b>45,6</b>

$$Q_{Enf} = Q_{dir} / (1 - Q_{ind} \% / 100)$$

$$Q_{Enf} = 2.61 / 0,544$$

$$Q_{Enf} = 4.79 = 5$$

ITEM	TEMPO DO TRABALHO DISPONIVEL (TTD)	CATEGORIA PROF. TÉCNICO/AUX.
1	SEMANAS POR ANO	52
2	DIAS TRABALHADOS NA SEMANA (DIAS/PROFISSIONAL)	5
3	DIAS DE AUSENCIA POR FERIADOS NO ANO (DIAS NO ANO/PROFISSIONAL)	15
4	DIAS DE FERIAS (MEDIA DE DIAS POR ANO/PROFISSIONAL)	22
5	DIAS DE LICENCA DE SAUDE (MEDIA DE DIAS POR ANO/PROFISSIONAL)	12
6	DIAS DE AUSENCIA EM RAZAO DE OUTRAS LICENCA NO ANO (MEDIA)	6
7	JORNADA DE TRABALHO (HORAS DE TRABALHO POR DIA/PROFISSIONAL)	8
<b>TTD</b>	<b>TEMPO DO TRABALHO DISPONIVEL (HORAS POR ANO/PROFISSIONAL)</b>	<b>1536</b>

INTERVENCOES DE CUIDADOS DIRETO	PRODUÇÃO ANNUAL PROC. (P)	TEMPO MEDIO DAS INTERVENCOES (T) HORAS	QUANTIDADE REQUERIDA DE TECNICO Q <sub>ENF</sub> (PXT) / TTD
Atendimento à demanda espontânea	2400	0,54	0,84
Consulta	3840	0,0	0,0
Administração de medicamentos	2600	0,22	0,37
Assistência em exames	180	0,38	0,04
Procedimentos ambulatoriais	580	0,46	0,35
Controle de imunizações	1800	0,51	0,60
Sinais Vitais e medidas antropométrica	6500	0,22	0,93
Punção de vaso: amostra de sangue venoso	560	0,21	0,076
Visita domiciliar	500	0,79	0,26
Promoção de ações educativa	180	0,46	0,053
<b>TOTAL</b>			<b>3,51</b>

INTERVENÇÕES DE CUIDADOS INDIRETOS DO TECNICO/AUXILIAR	% DE PARTICIPAÇÃO DO TECNICO
Ações Educativas dos Trabalhadores de Saúde	1,4
Controle de infecção	1,5
Controle de suprimentos	3,7
Organização do processo de trabalho	1,0
Documentação	9,5
Interpretação de dados laboratoriais	0,1
Mapeamento e territorialização	0,0
Referência e contrarreferência	0,3
Reunião Administrativa	1,5
Reunião para avaliação dos Cuidados Profissionais	1,0
Supervisão dos trabalhos da unidade	0,0
Troca de informação sobre cuidados de saúde	3,0
Vigilância em saúde	0,4
Ocasionais indiretas	18,8
<b>TOTAL</b>	<b>42,2</b>

$$Q_{\text{Tec./Aux.}} = \frac{Q_{\text{dir}}}{(1 - Q_{\text{ind}} \% / 100)}$$

$$Q_{\text{Tec./Aux.}} = 3,51 / 0,578$$

$$Q_{\text{tec./Aux.}} = 6,07 = 6$$



Documento assinado eletronicamente por **BETÂNIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS - Coren-PB 42.725-ENF-IR, Presidente do Cofen**, em 15/03/2024, às 12:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.cofen.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.cofen.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0243666** e o código CRC **6636DB61**.

Referência: Processo nº 00196.001122/2023-78

SEI nº 0243666

Criado por [marcelo.ferreira.k2](#), versão 20 por [marcelo.ferreira.k2](#) em 14/03/2024 16:36:43.