UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DAIANA BONFIM

**Planejamento da força de trabalho de
enfermagem na Estratégia de Saúde da Família:
indicadores de carga de trabalho**

São Paulo
2014

DAIANA BONFIM

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raquel Rapone Gaidzinski

Versão corrigida da tese conforme CoPGr N°6018. O original encontra-se na biblioteca da EEUSP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD).

**São Paulo
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Bonfim, Daiana

Planejamento da força de trabalho de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: indicadores de carga de trabalho / Daiana Bonfim. São Paulo, 2014.

404 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raquel Rapone Gaidzinski

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Enfermagem. 2. Atenção primária à saúde. 3. Recursos humanos. 4. Carga de trabalho – enfermagem. 5. Equipe de enfermagem I. Título.

Nome: Daiana Bonfim

Título: Planejamento da força de trabalho de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: indicadores de carga de trabalho

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

DEDICATÓRIA

*“ O saber a gente aprende com os mestres e com os livros.
A sabedoria, se aprende é com a vida e com os humildes.”*
(Cora Coralina)

Aos que são eternos a meu coração,

*Meu Pai - Adalto Bonfim
Minha Mãe - Iraci Marquini Bonfim,*

Pelo amor e sabedoria infinita, dedico-lhes todas as minhas conquistas!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço, em especial, a quem sempre com alegria, proporcionou-me oportunidades de trilhar caminhos de sonhos e conquistas.

A uma pessoa incrível, orientadora, professora, mãe e avó que, com carinho, sabedoria e saber conduziu-me em grandes desafios, não só acadêmicos, mas também da vida.

Obrigada por tudo vivido e compartilhado.

Obrigada por desafiar-se na Atenção Primária!

Obrigada por me desafiar no Dimensionamento!

Meu muito obrigada, à ***Prof.^a Dr.^a Raquel Rapone Gaidzinski***

AGRADECIMENTOS

♪... *E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vai
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar
É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai à vida
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração... ♪*
(Gonzaguinha)

A *Deus*, por sempre olhar por mim, e Maria passar à frente na minha vida.

A minha irmã, *Sabrina*, por todo amor, cuidado, carinho, inspiração na vida acadêmica e aventuras ao redor do mundo.

A *Bia*, que há 10 anos aceitou dividir comigo o desafio de nossa primeira iniciação científica, pela longa trajetória de amizade e histórias incontáveis.

A *Ana Lucia*, pelo convívio, boas comidas e queijos.

A *Patrícia*, que foi meu presente da representação discente e a *Bárbara*, meu presente do PAE, amigas da pós-graduação para a vida.

A *Liliana* pelo carinho, amizade, risadas e boas conversas.

Aos amigos *Cristiane, Camila, Jackeline, Rosicler, Luana, Cristiani, Cássia, João Paulo, Welton, Willian, Flávio, Ricardo, Denise Midori, Fernando, Juliana, Thais, Talita, Auryana, Denise Fornazari, Ana Fuza, Paula Fioravanti, Vanessa, Rafaela Andolhe e Andréa* por sempre torcerem por mim.

Aos meus *Tios e Tias* que contribuíram para minha formação.

A quem ainda não entende o motivo de tanto trabalho e viagens, mas sempre me recebe com carinho e amor, minhas afilhadas, *Geovanna e Maria Carolina*.

Ao *Ricardo Góes* por compartilhar comigo os momentos de angústia, ansiedade, ideias e aventuras e, mesmo assim, aceitar o desafio deste trabalho com muita competência e carinho. Muito obrigada, sua parceria foi fundamental.

À *Prof.^a Dr.^a Fernanda M. T. Fugulin* e à *Prof.^a Dr.^a Márcia Cubas*, pelas contribuições durante o exame de qualificação.

Às *professoras e funcionários do Departamento de Orientação Profissional (ENO)* pelo acolhimento, inspiração, suporte e inúmeras oportunidades de desenvolvimento profissional.

Às *professoras da FAMERP*, casa da qual sou filha, pela dedicação e competência que contribuíram para minha formação.

Ao grupo de pesquisadores dos Observatórios em Recursos Humanos em Saúde, pelas valiosas discussões, elaborações e desenvolvimento do instrumento de medida de carga de trabalho em ESF e do projeto que este doutorado é parte. Obrigada a *Ana Estela Haddad, Ana Emília Leal, Ana Maria Laus, Célia R. Pierantoni, Carla Cruz, Cilene Junqueira, Fernanda M. T. Fugulin, Marcia Melo, Maria J Bistafa Pereira, Maria Ruth Santos, Maria Isabel de C. de Souza, Marina Peduzzi, Mary C. Skelton, Silvana Mishima, Geisa C Souza, Irene Mari, Jaqueline Silva, Karen S. Matsumoto, Tania França e Thereza Varellá*.

À *Prof.^a Dr.^a Célia Regina Pierantoni*, pela introdução do método WISN no Brasil.

Ao *Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde*, pelo suporte durante a seleção dos locais de coleta de dados.

Aos observadores de campo (carinhosamente "*Bonde da Pesquisa*"), pelo trabalho desenvolvido e todas as oportunidades que pude compartilhar com vocês, bons e inesquecíveis momentos. Por transformarem a sequência de 10 minutos em horas de boas e eternas lembranças. Meu muito obrigada a *Camila Gonçalves, Heloisa, Anna Carolina, Ariana, Caroline, Livia, Beatriz, Cristina,*

Camila Picharillo, Elliz, Eliane, Giovanna, Hélio, Janaína, Mayra, Marcela, Maria Rosa, Nencis, Priscila, Rafael, Eliane e Tays.

Ao grupo de pesquisa da EE USP por compartilhar os desafios do planejamento da força de trabalho em várias áreas da saúde.

A *Marcinha e Silvana*, pela competência, orientações e carinho em meio as burocracias da pós-graduação.

Ao Sr. *Raul Gaidzinski*, pelas dúvidas esclarecidas, compartilhamento do seu saber e contribuições estatísticas.

Às amigas *Carla e Ana Laus*, companheiras dos desafios das publicações e eventos científicos.

A *Mariana Cabral* que, em meio às dificuldades no processo de solicitação do doutorado sanduíche me auxiliou e torceu até o fim.

A *Kitéria*, pela amizade internacional. Juntas, os desafios diários do doutorado sanduíche em Toronto transformaram-se em emoções, superações, alegrias e muito aprendizado. Obrigada, pelo incentivo de sempre!

Às professoras, aos funcionários e aos colegas de doutorado da Universidade de Toronto: *Prof.^a Dr.^a Judy Watt-Watson, Prof.^a Dr.^a Lianne Jeffs, Prof.^a Dr.^a Freida Chavez's, Prof.^a Dr.^a Debora Kirschbaum-Nitkin, Colleen, Yao Wang e Luck*, pela oportunidade, acolhida, orientações e ensinamentos.

Aos meus *professores de inglês*, em especial, ao *Thiago*, por auxiliar-me a superar as barreiras da língua em cada nova tarefa.

Às *Unidades de Saúde da Família* e a todos os *trabalhadores* que participaram em algum momento desta pesquisa.

Aos órgãos financiadores desta pesquisa, *CAPES e OPAS/MS* e a *Pró-reitoria de pós-graduação da USP*, pelo apoio nos eventos científicos internacionais.

Tem gente que começa com a gente lá do começo, tem gente que entra no meio, e outros já quase ali no final. Tem gente que fica,

e há aqueles que foram embora...

Mas, o importante mesmo, é que todos fizeram parte desta história...

Meu muito Obrigada!

Bonfim, D. Planejamento da força de trabalho de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: indicadores de carga de trabalho [tese]. São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: Embora exista forte evidência de que a força de trabalho de saúde afeta os resultados dos usuários/família/comunidade, o quantitativo de trabalhadores de enfermagem, muitas vezes, não é fundamentado por investigações científicas. Na Estratégia de Saúde da Família é preconizado um parâmetro para o país que nem sempre atende as características socioeconômico-demográficas locais, visto que este é fundamentado em critério populacional. **Objetivo:** Propor padrões de tempo para intervenções/ atividades de enfermagem em Unidade de Saúde da Família (USF) para cálculo da força de trabalho. **Método:** Pesquisa metodológica de campo, multicêntrica com abordagem quantitativa e amostragem intencional em 27 USF, em 12 estados e cinco regiões geográficas. Para a identificação da carga de trabalho foi aplicada a técnica amostragem de trabalho, com observação de 34 enfermeiros e 66 técnicos/auxiliares de enfermagem a cada 10 minutos, durante a jornada de trabalho em uma semana típica de trabalho. As USF selecionadas foram avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, como de desempenho ótimo. O instrumento de medida da carga de trabalho utilizado foi elaborado pelo grupo de pesquisadores dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, para todas categorias de trabalhadores em USF. O cálculo do tempo das intervenções/atividades de enfermagem fundamentou-se na categorização proposta pelo método de planejamento da força de trabalho WISN. **Resultados:** Foram realizadas 32.613 observações, sendo 15% amostras de reteste, com percentual de 79% de concordância entre os observadores de campo. Das 27.846 observações regulares, 9.198 (33%) foram de enfermeiros e 18.648 (67%) de técnicos/auxiliares de enfermagem. Considerando a amostra brasileira, os enfermeiros despenderam durante a jornada de trabalho: 59,1% em intervenções de enfermagem (30,5% em cuidado direto e 28,7% em cuidado indireto), 7% em atividades associada, 13,2% em atividades pessoais, 3% em tempo de espera, 14,7% em ausências e 3% do tempo de trabalho não houve observação. Os técnicos/auxiliares de enfermagem, despenderam: 40,7% em intervenções de enfermagem (24,7% em cuidado direto e 16% em cuidado indireto), 13,7% atividades associadas, 15,8% atividades pessoais, 15,6% tempo de espera, 11,7% do tempo estiveram ausentes e 2,5% do seu tempo de trabalho não houve observação. A produtividade real e potencial dos enfermeiros correspondeu a 66% e 84%, e dos técnicos/auxiliares de enfermagem 55% e 83%, respectivamente. **Conclusão:** Os resultados forneceram uma visão geral das intervenções/atividades de enfermagem realizadas na USF, bem como elas distribuíram-se dentro do tempo de trabalho, o que pode subsidiar a revisão de algumas práticas e otimização da força de trabalho de enfermagem para atender as necessidades de saúde dos usuários. Outro importante achado são os padrões de tempo que subsidiaram o planejamento da força de trabalho de enfermagem na ESF e a aplicação do método WISN, propiciando discussões e reflexões sobre a política atual de planejamento de trabalhadores de enfermagem para a ESF.

Palavras-chaves: Enfermagem. Atenção Primária á Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Carga de trabalho. Equipe de enfermagem.

Bonfim, D. Planning the nursing workforce in Family Health Strategy: workload indicators [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Background: Although strong evidence of health workers affecting health outcomes exists, nurses frequently do not plan the workforce based on scientific investigation. In Family Health Strategy, a single parameter is recommended to be used throughout the whole country, which does not meet the local socioeconomic characteristics, because it is based only on number of inhabitants. **Aim:** to propose standard references for duration of nursing interventions / activities at Family Health Units (FHU) and to calculate nursing workforce. **Methods:** It was conducted a methodological research field, multicenter with a quantitative approach and purposive sampling in 27 FHUs, in 12 states in all 5 geographical regions. The work sampling technic was used to identify the workload with observations every 10 minutes for nurses and nurse assistants during a typical working week. FHUs were selected according to the evaluation developed by National Program to improve Access and Quality of Primary Care (PMAQ). The instrument used to measure the workload was developed by a group of Human Health Resources Observatories which is applicable to all categories of workers in FHUs. The standard references were calculated based on interventions / activities proposed by Workload Indicators Staffing Need (WISN). **Results:** 32.613 observations were conducted, and 15% was sample retest, with result in 79% agreement among observers. 27.846 observations were regular. Furthermore, 9.198 (33%) were observations of nurses and 18.648 (67%) were observations of nurse assistants. Nurses, in Brazil, spend their working time as following: 59.1% in interventions (30.5% direct care and 28.7% indirect care), 7% in unit-related activity, 13.2% in personal activity, 3% standby time, 14.7% absence and 3% was not observed. Nurse assistants, in Brazil, spend their working time as following: 40.7% in interventions (24.7% in direct care and indirect care in 16%), 13.7% unit-related activity, 15.8% in personal activity, 15.6% standby time, 11.7% absence and 2.5% was not observed. The current productivity and potential productivity of nurses, in Brazil, were 66% and 84% respectively; and of Nurse Assistants were 55% of current productivity and 83% of potential productivity. **Conclusion:** The results provide both an overview of nursing interventions / activities at FHUs, as well as how they are distributed within the working time. These results can support an eventual redesign of some practices and process optimization of nursing workforce in order to better meet the needs of users. Another important finding is the standard reference for interventions duration which gives support to the planning of the nursing workforce in FHUs and the application of the WISN method. So, these data can support discussions and reflections on the current planning policy for nursing staff at FHUs.

Keywords: Nursing. Primary Health Care. Health Manpower. Workload. Nursing team.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	PORCENTAGEM DE COBERTURA ESTIMADA DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA/ BRASIL/ JANEIRO/ 2013.....	51
FIGURA 2 -	APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE COLETA DE DADOS INFORMATIZADOS. SÃO PAULO, 2012.	97
FIGURA 3 -	CADASTRO DOS TRABALHADORES OBSERVADOS. PROGRAMA DE COLETA DE DADOS INFORMATIZADO – SÃO PAULO, 2012	97
FIGURA 4 -	REGISTRO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS TRABALHADORES OBSERVADOS. PROGRAMA DE COLETA DE DADOS INFORMATIZADO – SÃO PAULO, 2012.....	98
FIGURA 5 –	CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS.....	105
FIGURA 6 –	CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO O DESEMPENHO PROGRAMA PMAQ (ADAPTADA). BRASIL– 2014.	106
FIGURA 7 -	PROTOCOLO DE ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA.	108
FIGURA 8-	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES EM CUIDADO DIRETO E INDIRETO, SEGUNDO OS MUNICÍPIOS E ESTRATOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS OBSERVADOS, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	165
FIGURA 9 -	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO MUNICÍPIO, ESTADO, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	178
FIGURA 10 -	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO MUNICÍPIO, ESTADO, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	180
FIGURA 11 -	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO MUNICÍPIO, ESTADO, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014	190
FIGURA 12 -	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO CIDADE, ESTADO, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014	200

FIGURA 13 -	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO CIDADE, ESTADO, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	202
FIGURA 14 -	MODELO DE CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM. (ADAPTADO. TRADUÇÃO LIVRE)	318
FIGURA 15 –	REFLEXÃO SOBRE A PROPOSTA DE MODELO DE CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM ADAPTADO PARA ESF-BRASIL – 2014.....	319

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$ REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	152
GRÁFICO 2 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$ REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	153
GRÁFICO 3 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	155
GRÁFICO 4 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO OS ESTRATOS, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	155
GRÁFICO 5 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	156
GRÁFICO 6 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO OS ESTRATOS, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	156
GRÁFICO 7 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	161
GRÁFICO 8 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	162
GRÁFICO 9 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	162
GRÁFICO 10 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	163
GRÁFICO 11 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE REGISTRO DA INTERVENÇÃO DOCUMENTAÇÃO OBSERVADAS NOS	

	ENFERMEIROS, BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	164
GRÁFICO 12 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE REGISTROS DA INTERVENÇÃO DOCUMENTAÇÃO OBSERVADAS NOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	164
GRÁFICO 13 –	COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO TEMPO DESPENDIDO EM INTERVENÇÕES DE CUIDADOS DIRETOS, INDIRETOS, ATIVIDADE ASSOCIADAS, ATIVIDADES PESSOAIS, TEMPO DE ESPERA E AUSÊNCIA ENTRE OS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, DURANTE A JORNADA DE TRABALHO, NO BRASIL, NO PERÍODO DE MARÇO A OUTUBRO. BRASIL – 2014.	166
GRÁFICO 14 –	COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO TEMPO DESPENDIDO, EM INTERVENÇÕES DE CUIDADOS DIRETOS, INDIRETOS, ATIVIDADE ASSOCIADAS, ATIVIDADES PESSOAIS, TEMPO DE ESPERA E AUSÊNCIA ENTRE OS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	167
GRÁFICO 15 –	COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO TEMPO DESPENDIDO EM INTERVENÇÕES DE CUIDADOS DIRETOS, INDIRETOS, ATIVIDADE ASSOCIADAS, ATIVIDADES PESSOAIS, TEMPO DE ESPERA E AUSÊNCIA ENTRE OS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	168
GRÁFICO 16 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS DE CADA UMA DAS ATIVIDADES ASSOCIADAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013, NO BRASIL. BRASIL – 2014.	169
GRÁFICO 17 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS DE CADA UMA DAS ATIVIDADES PESSOAIS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	170
GRÁFICO 18 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS DO TEMPO DE ESPERA DOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO O MUNICÍPIO E ESTADO, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013, EM RELAÇÃO A MÉDIA DO BRASIL. BRASIL – 2014.	171
GRÁFICO 19 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS DAS AUSÊNCIAS OBSERVADAS NOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013, EM RELAÇÃO A MÉDIA DO BRASIL. BRASIL – 2014.	172

GRÁFICO 20 -	COMPARAÇÃO ENTRE O TEMPO DE ESPERA E AUSÊNCIA OBSERVADO NOS ENFERMEIROS, SEGUNDO O MUNICÍPIO, ESTADO E OS ESTRATOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	173
GRÁFICO 21 -	COMPARAÇÃO ENTRE O TEMPO DE ESPERA E AUSÊNCIA OBSERVADO EM TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO O MUNICÍPIO, ESTADO E OS ESTRATOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	174
GRÁFICO 22 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	175
GRÁFICO 23 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO O ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	176
GRÁFICO 24 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	177
GRÁFICO 25 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	179
GRÁFICO 26 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO REALIZADAS ENFERMEIROS, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	182
GRÁFICO 27 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO REALIZADAS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	182
GRÁFICO 28 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO REALIZADAS ENFERMEIROS, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	184
GRÁFICO 29 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO REALIZADAS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	184

GRÁFICO 30 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE REGISTROS DA INTERVENÇÃO DOCUMENTAÇÃO REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	185
GRÁFICO 31 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE REGISTRO DA INTERVENÇÃO DOCUMENTAÇÃO REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	185
GRÁFICO 32 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	187
GRÁFICO 33 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	188
GRÁFICO 34 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	189
GRÁFICO 35 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	189
GRÁFICO 36 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO REALIZADAS ENFERMEIROS, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	192
GRÁFICO 37 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO REALIZADAS TÉCNICO/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	192
GRÁFICO 38 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO REALIZADAS ENFERMEIROS, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014	194
GRÁFICO 39 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO REALIZADAS TÉCNICO/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, ESTRATO	

	SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	194
GRÁFICO 40 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE REGISTRO DA INTERVENÇÃO DOCUMENTAÇÃO REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	195
GRÁFICO 41 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE REGISTRO DA INTERVENÇÃO DOCUMENTAÇÃO REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	195
GRÁFICO 42 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	197
GRÁFICO 43 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	198
GRÁFICO 44 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	199
GRÁFICO 45 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELOS TÉCNICO/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	201
GRÁFICO 46 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO REALIZADAS ENFERMEIRO, COM FREQUÊNCIA $\geq$ 1% ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	204
GRÁFICO 47 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO REALIZADAS PELOS TÉCNICO/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, COM FREQUÊNCIA $\geq$ 1%, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	204
GRÁFICO 48 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO REALIZADAS ENFERMEIROS, COM FREQUÊNCIA $\geq$ 1%, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	206

GRÁFICO 49 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO REALIZADAS TÉCNICO/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, COM FREQUÊNCIA $\geq 1\%$, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	206
GRÁFICO 50 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE REGISTRO DA INTERVENÇÃO DOCUMENTAÇÃO REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	207
GRÁFICO 51 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE REGISTROS DA INTERVENÇÃO DOCUMENTAÇÃO REALIZADAS PELOS TÉCNICO/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	207
GRÁFICO 52 –	COMPARAÇÃO DO PRODUTIVIDADE REAL COM PRODUTIVIDADE POTENCIAL E O TEMPO POTENCIAL DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO MUNICÍPIO, ESTADO, ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	209
GRÁFICO 53 –	COMPARAÇÃO DA PRODUTIVIDADE REAL E POTENCIAL DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO MUNICÍPIO/ESTADO/ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO COM A PRODUTIVIDADE REAL E POTENCIAL BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	210
GRÁFICO 54 –	COMPARAÇÃO DA PRODUTIVIDADE REAL COM A PRODUTIVIDADE POTENCIAL E O TEMPO POTENCIAL DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM SEGUNDO MUNICÍPIO/ESTADO/ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	212
GRÁFICO 55 –	COMPARAÇÃO DA PRODUTIVIDADE REAL E POTENCIAL DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM SEGUNDO MUNICÍPIO/ESTADO/ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO COM A PRODUTIVIDADE REAL E POTENCIAL BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	213
GRÁFICO 56 –	COMPARAÇÃO DA PRODUTIVIDADE REAL E POTENCIAL DOS ENFERMEIROS COM A PRODUTIVIDADE REAL E POTENCIAL DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	214
GRÁFICO 57 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO 1 A 4, ESTADO GO, CIDADE CO02 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014	380
GRÁFICO 58 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO 1 A	

	4, ESTADO MS, CIDADE CO03 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	380
GRÁFICO 59 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO 1 A 4, ESTADO CE, CIDADE NE02 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	381
GRÁFICO 60 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO 1 A 4, ESTADO AM, CIDADE NO01 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	381
GRÁFICO 61 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO 1 A 4, ESTADO MG, CIDADE SE02 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	382
GRÁFICO 62 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 1 A 4, ESTADO GO, CIDADE CO02 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	382
GRÁFICO 63 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 1 A 4, ESTADO MS, CIDADE CO03 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	383
GRÁFICO 64 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 1 A 4, ESTADO CE, CIDADE NE02 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	383
GRÁFICO 65 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 1 A 4, ESTADO AM, CIDADE NO01 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	384
GRÁFICO 66 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 1 A 4, ESTADO MG, CIDADE SE02 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	384
GRÁFICO 67 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO 5, ESTADO CE, CIDADE NE01 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	389
GRÁFICO 68 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO 5, ESTADO RO, CIDADE NO02 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	389

GRÁFICO 69 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 5, ESTADO CE, CIDADE NE01 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.	390
GRÁFICO 70 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 5, ESTADO RO, CIDADE NO02 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.	390
GRÁFICO 71–	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIRO, SEGUNDO ESTRATO 6, ESTADO MS, CIDADE CO01 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.	397
GRÁFICO 72 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIRO, SEGUNDO ESTRATO 6, ESTADO PE, CIDADE NE03 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.	398
GRÁFICO 73 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIRO, SEGUNDO ESTRATO 6, ESTADO SP, CIDADE SE01, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.	398
GRÁFICO 74 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIRO, SEGUNDO ESTRATO 6, ESTADO SC, CIDADE SU01 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.	399
GRÁFICO 75 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIRO, SEGUNDO ESTRATO 6, ESTADO PR, CIDADE SU02 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.	399
GRÁFICO 76 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 6, ESTADO MS, CIDADE CO01 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.	400
GRÁFICO 77 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 6, ESTADO PE, CIDADE NE03 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.	400
GRÁFICO 78 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 6, ESTADO SP, CIDADE SE01 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.	401
GRÁFICO 79 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 6, ESTADO SC, CIDADE	

**SU01 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013.
BRASIL– 2014. 401**

**GRÁFICO 80 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FREQUÊNCIAS
REALIZADAS PELOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE
ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO 6, ESTADO PR, CIDADE
SU02 NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013.
BRASIL– 2014. 402**

LISTA DE QUADROS

QUADRO 2 -	INSTRUMENTO PARA MEDIDA DA CARGA DE TRABALHO PELA TÉCNICA AMOSTRAGEM DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, COM A DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES PERTINENTES AOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM - SÃO PAULO, 2012.	88
QUADRO 3 -	INSTRUMENTO DE MEDIDA DA CARGA DE TRABALHO EM USF CODIFICADO PARA USO <i>TABLET</i> DURANTE A COLETA DE DADOS. BRASIL– 2014.	95
QUADRO 4 -	CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES. BRASIL– 2014	100
QUADRO 6 -	DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS COMO CAMPO DE PESQUISA, SEGUNDO REGIÃO, ESTADO E ESTRATOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS. BRASIL – 2012.	109
QUADRO 7 -	ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O TREINAMENTO DOS OBSERVADORES DE CAMPO. BRASIL-2012.....	111
QUADRO 8 –	CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES/ATIVIDADES SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERVENÇÕES/ATIVIDADES PADRÃO, INTERVENÇÕES/ATIVIDADES DE SUPORTE E INTERVENÇÕES/ATIVIDADES ADICIONAIS, PROPOSTAS PELO <i>WISN</i> . BRASIL– 2014.....	121

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES PARTICIPANTES DA OFICINA DE VALIDAÇÃO. BRASIL- 2012.....	86
TABELA 2 -	CARACTERIZAÇÃO DOS OBSERVADORES DE CAMPO - BRASIL, 2012	113
TABELA 3 -	NÚMERO DE OBSERVAÇÕES SIMULTÂNEAS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO E CONCORDÂNCIA NO REGISTRO DAS OBSERVAÇÕES DAS INTERVENÇÕES, REALIZADAS PELOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL - 2014.	138
TABELA 4 -	DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM OBSERVADOS, SEGUNDO O ESTRATO SÓCIO DEMOGRÁFICO, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL - 2014.	139
TABELA 5 -	CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM OBSERVADOS, BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL 2014	140
TABELA 6 -	CARACTERIZAÇÃO DAS 27 USF OBSERVADAS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL - 2014.	144
TABELA 7 -	QUANTIDADE DE OBSERVAÇÕES REALIZADAS, SEGUNDO OS ESTADOS POR REGIÃO GEOGRÁFICA, ESTRATOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS E TIPO DE COLETA (REGULAR OU RETESTE) NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL - 2014.....	147
TABELA 8 -	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES/ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIRO E TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL - 2014.	149
TABELA 9 -	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES/ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIRO E TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL - 2014.	149
TABELA 10 -	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES, ATIVIDADES ASSOCIADAS, ATIVIDADES PESSOAIS E OUTRAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, NO BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL - 2014.	150
TABELA 11 -	DISTRIBUIÇÃO DAS DEZ INTERVENÇÕES MAIS FREQUENTES OBSERVADAS EM ENFERMEIROS, NO	

	PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013, NO BRASIL. BRASIL – 2014.....	154
TABELA 12 –	DISTRIBUIÇÃO DAS DEZ INTERVENÇÕES MAIS FREQUENTES OBSERVADAS EM TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013, NO BRASIL. BRASIL – 2014.	154
TABELA 13 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO, PARA OS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	158
TABELA 14 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO, PARA OS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, BRASIL, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	160
TABELA 15 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO, PARA OS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	181
TABELA 16 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO, PARA OS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	183
TABELA 17 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO, PARA OS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	191
TABELA 18 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO, PARA OS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	193
TABELA 19 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO, REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	203
TABELA 20 –	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO, PARA OS ENFERMEIROS E TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.	205

TABELA 21 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE PRODUTIVIDADE REAL ENTRE ENFERMEIROS EM ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, ESTRATO 5 E ESTRATO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	208
TABELA 22 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE TEMPO POTENCIAL ENTRE ENFERMEIROS EM ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, ESTRATO 5 E ESTRATO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	208
TABELA 23 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE PRODUTIVIDADE POTENCIAL ENTRE ENFERMEIROS EM ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4, ESTRATO 5 E ESTRATO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014	209
TABELA 24 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE PRODUTIVIDADE REAL ENTRE TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM EM ESTRATOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS DE 1 A 4, ESTRATO 5 E ESTRATO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014	211
TABELA 25 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE TEMPO POTENCIAL ENTRE TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM EM ESTRATOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS DE 1 A 4, ESTRATO 5 E ESTRATO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014	211
TABELA 26 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE PRODUTIVIDADE POTENCIAL ENTRE TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM EM ESTRATOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS DE 1 A 4, ESTRATO 5 E ESTRATO 6, NO PERÍODO ENTRE MARÇO E OUTUBRO DE 2013. BRASIL – 2014.....	211
TABELA 27 -	DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DE ESPERA E TEMPO PESSOAL PROPORCIONALMENTE ENTRE AS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DO ENFERMEIRO, BRASIL. BRASIL – 2014.	215
TABELA 28 -	DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DE ESPERA E TEMPO PESSOAL PROPORCIONALMENTE ENTRE AS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DO TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, BRASIL. BRASIL – 2014.....	216
TABELA 29 -	DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DE ESPERA E TEMPO PESSOAL PROPORCIONALMENTE ENTRE AS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DO ENFERMEIRO, SEGUNDO ESTRATOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS. BRASIL – 2014.....	218
TABELA 30 -	DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DE ESPERA E TEMPO PESSOAL PROPORCIONALMENTE ENTRE AS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DO TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS. BRASIL – 2014.....	220
TABELA 31 –	COMPARAÇÃO DE DOIS GRUPOS (BRASIL E ESTRATO DE 1 A 4) PARA IDENTIFICAÇÃO DA DIFERENÇA DA MÉDIA DOS	

	TEMPOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. BRASIL – 2014.....	223
TABELA 32 –	COMPARAÇÃO DE DOIS GRUPOS (BRASIL E ESTRATO 5) PARA IDENTIFICAÇÃO DA DIFERENÇA DA MÉDIA DOS TEMPOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. BRASIL – 2014.....	225
TABELA 33–	COMPARAÇÃO DE DOIS GRUPOS (BRASIL E ESTRATO 6) PARA IDENTIFICAÇÃO DA DIFERENÇA DA MÉDIA DOS TEMPOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. BRASIL – 2014.....	227
TABELA 34 -	DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DAS INTERVENÇÕES DE SUPORTE E ADICIONAIS, DOS ENFERMEIROS, BRASIL. BRASIL – 2014.....	229
TABELA 35 -	DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DAS INTERVENÇÕES DE SUPORTE E ADICIONAIS, DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, BRASIL. BRASIL – 2014.....	231
TABELA 36 -	DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DAS INTERVENÇÕES/ATIVIDADES DE SUPORTE E ADICIONAIS DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO. BRASIL – 2014.	233
TABELA 37 -	DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DAS INTERVENÇÕES/ATIVIDADES DE SUPORTE E ADICIONAIS DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO. BRASIL – 2014.....	235
TABELA 38 -	DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NA USF X. BRASIL – 2014.....	237
TABELA 39 -	CÁLCULO DO TEMPO DE TRABALHO DISPONÍVEL (TTD) SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL, DA USF X, REFERENTE AO ANO DE 2013. BRASIL - 2014.....	239
TABELA 40 -	DADOS DE PRODUÇÃO DA USF X PROJETADOS SEGUNDO PARÂMETROS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) ⁽⁹⁹⁾. BRASIL – 2014.	240
TABELA 41 -	SIMULAÇÃO 1 DA NECESSIDADE DE ENFERMEIROS PARA A USF X, BASEADA NA PRODUÇÃO ANUAL/2013. BRASIL - 2014.....	242
TABELA 42 -	SIMULAÇÃO 2 DA NECESSIDADE DE ENFERMEIROS PARA A USF X, BASEADO NOS PARÂMETROS DO MS ⁽⁹⁹⁾. BRASIL - 2014.....	244
TABELA 43 -	SIMULAÇÃO 1 DA NECESSIDADE DE TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM PARA A USF X, COM BASE NA PRODUÇÃO ANUAL/2013. BRASIL - 2014.....	246
TABELA 44 -	NECESSIDADE DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM PARA A USF X, SEGUNDO MÉTODO WISN, NAS SIMULAÇÕES 1 E 2. BRASIL – 2014.	248

TABELA 45–	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES OBSERVADAS EM ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTADO E CIDADE DO ESTRATO 1 A 4, PERÍODO MARÇO A OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	374
TABELA 46 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES OBSERVADAS EM TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTADO E CIDADE DO ESTRATO 1 A 4, PERÍODO MARÇO A OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	377
TABELA 47 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES OBSERVADAS EM ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTADO E CIDADE DO ESTRATO 5 PERÍODO MARÇO A OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	385
TABELA 48 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES OBSERVADAS EM TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTADO E CIDADE DO ESTRATO 5, PERÍODO MARÇO A OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	387
TABELA 49–	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES OBSERVADAS EM ENFERMEIROS, SEGUNDO ESTADO E CIDADE DO ESTRATO 6, PERÍODO MARÇO A OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	391
TABELA 50 –	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES OBSERVADAS EM TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO ESTADO E CIDADE DO ESTRATO 6, PERÍODO MARÇO A OUTUBRO DE 2013. BRASIL– 2014.....	394

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
SUS	- Sistema único de saúde
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
USF	- Unidade de Saúde da Família
WISN	- <i>Workload Indicators of Staffing Need</i>
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
DAB	- Departamento de Atenção Básica
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
SF	- Sítio funcional
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
IST	- Índice de segurança técnico
SGETS	- Secretaria de Gestão do trabalho e da educação em saúde
PMAQ-AB	- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PIB	- Produto Interno Bruto
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	40
1.1	OBJETIVO	43
1.1.1	Geral	43
1.1.2	Específicos:.....	43
2	BASE TEÓRICA E PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS.....	47
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	47
2.2	FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE.....	57
2.3	MÉTODOS DE PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE	62
2.4	MÉTODOS PARA MENSURAÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO	72
3	MÉTODO.....	81
3.1	NATUREZA DO ESTUDO	82
3.2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	82
3.2.1	Identificação da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem em USF	82
3.2.1.1	Construção de instrumento de medida da carga de trabalho, para aplicação da técnica de amostragem do trabalho.....	82
3.2.1.2	Mensuração do tempo despendido em intervenção/atividades de enfermagem.....	101
3.2.2	Aplicação dos parâmetros de carga de trabalho no método de dimensionamento <i>Workload Indicators of Staffing Need (WISN)</i> para os trabalhadores de enfermagem	124
3.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	133
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	134
4	RESULTADOS	136
4.1	PARTE 1: IDENTIFICAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM USF	137
4.1.1	Instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em USF	137
4.1.1.1	Teste de confiabilidade entre os observadores	137

4.1.2	Mensuração do tempo despendido em intervenções/atividades de enfermagem em USF.....	138
4.1.2.1	Caracterização dos participantes	138
4.1.2.2	Caracterização das USF.....	144
4.1.2.3	Quantidade de observações no território nacional.....	146
4.1.2	Distribuição das frequências das intervenções/atividades realizadas pelos trabalhadores de enfermagem	148
4.1.3.1	Brasil.....	148
4.1.3.2	Estrato 1 a 4	174
4.1.3.3	Estrato 5.....	186
4.1.3.4	Estrato 6.....	196
4.1.4	Produtividade	208
4.1.5	Cálculo do tempo das intervenções	214
4.1.5.1	Rateio dos tempos.....	214
4.1.5.2	Tempo das intervenções padrão	222
4.1.5.3	Tempo das intervenções/atividades de suporte e adicionais	229
4.2	PARTE 2: APLICAÇÃO DOS PARÂMETROS DE CARGA DE TRABALHO NO MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO <i>WORKLOAD INDICATORS STAFFING NEED (WISN)</i> PARA OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM	237
5	DISCUSSÃO	250
5.1	O INSTRUMENTO	250
5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	254
5.3	CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES.....	255
5.4	FREQUÊNCIAS DAS INTERVENÇÕES/ATIVIDADES	257
5.4.1	Cuidado Direto: enfermeiro	257
5.4.2	Cuidado direto – Técnico/Auxiliar de enfermagem	268
5.4.3	Cuidado Indireto – Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de enfermagem.....	273
5.4.4	Cuidado direto e cuidado indireto: proporções entre Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de enfermagem	284
5.5	ATIVIDADES ASSOCIADAS AO TRABALHO.....	289
5.6	ATIVIDADES PESSOAIS.....	291
5.7	TEMPO DE ESPERA E AUSÊNCIA	293

5.8	DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES/ATIVIDADES.....	295
5.9	PRODUTIVIDADE.....	299
5.10	PADRÕES DE TEMPO E CARGA DE TRABALHO.....	307
5.11	MÉTODO <i>WISN</i>	320
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	330
7	CONCLUSÕES.....	336
8	REFERÊNCIAS.....	340
APÊNDICES	359	
ANEXO	403	

APRESENTAÇÃO

O estudo desenvolvido apresenta questões relativas ao planejamento da força de trabalho da equipe de enfermagem, em especial, na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Este estudo foi descrito em sete capítulos:

O primeiro capítulo, Introdução, apresenta o tema de investigação, a justificativa e os objetivos da pesquisa;

O segundo capítulo, Base teórica e pressupostos conceituais, tece considerações sobre Atenção Primária à Saúde e segue para apresentação de tópicos relativos à força de trabalho em saúde. Logo após, perpassa pelos métodos de planejamento da força de trabalho em enfermagem, finalizando com os estudos de metodologias de medidas de tempo;

O terceiro capítulo, Método, discorre sobre como foram estruturadas as etapas de desenvolvimento da pesquisa;

O quarto capítulo, Resultados, apresenta os dados relativos à amostra do Brasil e dos estratos socioeconômico-demográficos de certificação dos municípios pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), proposto pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde;

O quinto capítulo, Discussão, discorre sobre a análise dos resultados dialoga com a literatura referente ao tema em estudo, apontando reflexões sobre a prática atual de enfermagem na ESF e demonstra a aplicação dos valores de tempo, encontrados neste estudo no método de planejamento da força de trabalho *WISN* ;

O sexto capítulo, Considerações finais, aponta as limitações do estudo, bem como sua aplicabilidade no contexto da prática de enfermagem das USF; e

Finalmente, o sétimo e último capítulo, Conclusões, traz as contribuições mais relevantes da pesquisa.

Capítulo 1: Introdução e Objetivo

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa no contexto internacional o avanço no modo de se pensar e organizar a oferta de serviços de saúde, sendo considerada a base dos sistemas de saúde e essencial a seu bom desempenho ⁽¹⁾.

Nos últimos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem difundido, com base na Estratégia da Saúde da Família (ESF), uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada à família e à comunidade, com potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando, assim, o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos ⁽²⁾.

Entre as reformas realizadas no sistema, diante da proposta ESF, destaca-se a busca para o fortalecimento da APS, como coordenadora e porta de entrada do sistema de saúde. Todavia, para que as potencialidades da ESF obtenham sucesso, sua implementação depende de incentivos financeiros federais e de uma adequada política de gestão da força de trabalho ⁽²⁾.

Nas últimas décadas, questões referentes à gestão da força de trabalho na saúde têm estado no centro das discussões das políticas de saúde no Brasil, sendo consideradas importante fator de mudança e apontadas como de grande relevância, para qualquer nova direção política ⁽³⁾.

A gestão da força de trabalho em saúde representa um novo desafio aos gestores de diversos países, pois os trabalhadores da saúde são fundamentais para atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio ⁽⁴⁾.

O planejamento de trabalhadores na saúde é um processo complexo, pois envolve aspectos técnicos, políticos, necessidades da população e resultados de saúde ⁽⁴⁾.

Assim, é preciso considerar não só os aspectos técnicos relacionados com o dimensionamento quantitativo, como as competências e a distribuição dos trabalhadores, mas também as implicações políticas, os valores e as escolhas que os gestores precisam fazer dentro das limitações dos recursos disponíveis ⁽⁴⁾.

O número insuficiente de trabalhadores de saúde, devido aos escassos recursos financeiros e a distribuição desigual de trabalhadores nos diferentes níveis de assistência constitui, para gestão da força de trabalho, um dos principais obstáculos ⁽⁴⁾.

Desse modo, estudos sobre como a equipe de enfermagem distribui seu tempo, bem como as análises sobre o quantitativo e qualitativo de trabalhadores necessários para atender às necessidades dos usuários, famílias e comunidade são fundamentais para prestar uma assistência de qualidade a um custo efetivo e propiciar o acesso frente à demanda expressa e reprimida dos usuários/família/comunidade no cotidiano das unidades de saúde.

Destaca-se o avanço nas discussões de questões referentes ao dimensionamento do quadro de trabalhadores, com foco na enfermagem, sobretudo nos diferentes serviços oferecidos na área de assistência hospitalar, tais como Resoluções e Portarias que estabelecem indicadores de tempos de cuidados, conforme a classificação do grau de dependência dos pacientes ^(5,6).

Assim, os estudos sobre dimensionamento de trabalhadores de enfermagem em unidades hospitalar vêm avançando na problematização e

aperfeiçoamento de métodos para a classificação de pacientes e identificação do tempo despendido no cuidado prestado, bem como criando proposições sobre o quantitativo e qualitativo adequado de enfermagem para áreas especializadas, além de relacionar o quadro de profissionais com indicadores de qualidade dos serviços prestados ⁽⁷⁻¹⁶⁾.

Todavia, surpreendentemente, no contexto da APS há poucos dados sobre o tema dimensionamento de trabalhadores, bem como sobre como os enfermeiros distribuem seu tempo de trabalho. Tópicos como estes vêm sendo discutidos mais recentemente.

Os parâmetros preconizados para todo o país, referentes ao quantitativo de trabalhadores para a ESF nem sempre atendem às características epidemiológicas locais e as exigências do modelo de vigilância à saúde, que demandam ações além do atendimento clínico culturalmente presente nas unidades de saúde ⁽¹⁷⁾.

Assim, embora fortes evidências mostrem que os trabalhadores de saúde afetam os resultados dos pacientes/usuários/famílias/comunidade, na prática, em especial da APS, o planejamento da força de trabalho é realizado, na maioria das vezes, fundamentado apenas na experiência e no julgamento intuitivo dos gestores, gerando conflitos entre o custo e o benefício; o pessoal e o institucional; o capital e o trabalho e o técnico e o ético.

Diante da relevância da fundamentação das variáveis que compõem o processo de planejamento da força de trabalho, em especial, os referentes ao quadro de trabalhadores de enfermagem suscitam-se os seguintes questionamentos:

- O quadro de trabalhadores de enfermagem proposto pela política nacional de atenção básica para a ESF é adequado para atender à carga de trabalho presente nas USF?
- Como se distribui a carga de trabalho no cotidiano da prática dos trabalhadores de enfermagem em USF?

- Quais as intervenções/atividades de enfermagem que mais contribuem para o dimensionamento da carga de trabalho de enfermagem?
- Qual o tempo médio de assistência de enfermagem despendido na realização das intervenções/atividades de enfermagem em USF?
- Qual a estratégia mais adequada para a identificação da carga de trabalho de enfermagem em USF?
- Qual a produtividade dos profissionais de enfermagem nas USF?
- Os tempos de assistência identificados correspondem aos valores de tempo referidos na literatura?
- Qual é o método mais adequado para o dimensionamento dos trabalhadores de enfermagem em USF?

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Geral

Propor padrões de tempo para intervenções/ atividades de enfermagem em USF para cálculo da força de trabalho.

1.1.2 Específicos:

- Mensurar o tempo despendido pelos trabalhadores na realização das intervenções/atividades de enfermagem em USF;
- Calcular a produtividade do enfermeiro e do técnico/auxiliar de enfermagem; e

- Aplicar os indicadores de carga de trabalho, propostos neste estudo, no método de cálculo de dimensionamento – *Workload Indicators Staffing Needs (WISN)*.

Capítulo 2:

Base teórica e pressupostos conceituais

2 BASE TEÓRICA E PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A Atenção Primária em Saúde (APS) vem sendo reconhecida como um dos componentes chave para o desenvolvimento do sistema de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende a APS, desde 1978 com o “Saúde para Todos”, e há evidências consideráveis dos benefícios da APS, com impactos positivos nos indicadores de saúde da população ⁽¹⁸⁾.

Estudos internacionais mostram que países com sistemas de saúde fortemente orientados à APS têm maior probabilidade de apresentar resultados melhores e mais equitativos por serem mais eficientes, terem menores custos na atenção à saúde e alcançarem melhor satisfação do usuário do que aqueles cujos sistemas têm apenas uma fraca orientação a APS ⁽¹⁸⁾.

Para isso, é necessária uma sólida fundamentação legal, institucional e organizacional, bem como profissionais, recursos financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis ⁽¹⁸⁾.

Experiências em países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos demonstram que a APS pode ser adaptada e interpretada para se ajustar a uma grande variedade de contextos políticos, sociais e culturais ⁽¹⁸⁾.

Contudo, devem ser adotadas práticas otimizadas de organização e gerenciamento em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolver mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde ⁽¹⁸⁾.

Além disso, um sistema baseado na APS deve fundamentar-se no planejamento que oferece recursos adequados e sustentáveis apropriados às necessidades de saúde, visto que o investimento em recursos força de trabalho foi enfatizado, como uma área essencial que requer atenção, uma vez que a qualidade dos serviços de saúde depende muito das pessoas que neles trabalham ⁽¹⁸⁾.

Uma das definições considerada a mais completa para APS seria

“[...] estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde – mediante um pacto social - que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo” ⁽¹⁹⁾

No Brasil, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, o termo “Atenção Primária à Saúde” é considerado equivalente à “Atenção Básica” ⁽²⁰⁾.

Assim, define-se Atenção Básica como:

“[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.”⁽²⁰⁾

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para sua expansão e consolidação⁽²⁰⁾.

O Programa de Saúde da Família (PSF) nasceu, em 1994, cercado por um contexto rico de influências nacionais e internacionais, que o apoiaram na incorporação como política prioritária. Em 1997, o programa passou a ser considerado uma estratégia, Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁽²⁰⁾.

Define-se ESF como

“[...] um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.”⁽²¹⁾

A decisão de reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização, inaugurado com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi o norte inspirador da implementação da ESF nos mais diversos municípios brasileiros⁽²¹⁾.

Mas, a ESF foi implantada não só para organizar a atenção primária no SUS temporária, porém, essencialmente, para estruturar esse sistema público de saúde, visto que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS ⁽²¹⁾.

Atualmente, a ESF é vista como

“[...] uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade”. ⁽²⁰⁾

A inegável expansão de acesso da população brasileira à APS aconteceu simultaneamente a um processo continuado de readequação e refinamento da própria ESF ⁽²¹⁾.

A busca por serviços da atenção básica, pelos brasileiros, aumentou entre 1981 e 2008, cerca de 450%, com salto de 42%, em 1998, para 57%, em 2008 ⁽²²⁾.

Assim, em 2011, a ESF atingiu uma cobertura de 95% dos municípios brasileiros e 53% da população brasileira (figura 1) ⁽²³⁾.

Figura 1 - Porcentagem de cobertura estimada de equipes de saúde da família/ Brasil/ janeiro/ 2013.

*Legenda: Porcentagem da cobertura de Equipes de Saúde da Família. Brasil – Janeiro de 2013.

Fonte: IBGE/DAB/MS (base populacional, 2011).

Cores: verde = 90 e acima (3526), amarelo = 50 a 89 (1178), vermelho = 0 a 49 (588), municípios silenciosos (268).

Fonte: Secretária do estado de Goiás. Situação de Saúde de Goiás – Cartilha de Indicadores de Saúde Georeferenciados ⁽²⁴⁾

A qualificação da ESF e de outras estratégias de organização da atenção básica segue as diretrizes do Departamento de Atenção Básica (DAB) e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais ⁽²⁰⁾.

Na ESF, a equipe é multiprofissional e composta por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população ⁽²⁰⁾.

A equipe mínima definida para ESF é composta por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e um auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal ⁽²⁰⁾.

Esta equipe mínima era responsável por no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Todavia, a Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, aponta ser necessário que as equipes responsabilizem-se pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximando para 2.000 pessoas por equipe; e altera o cálculo do teto máximo de Equipes de Saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, passando a ser obtido mediante a equação: $\text{População}/2.000$ ⁽²⁵⁾.

Ainda, é recomendado considerar para o número de pessoas por equipe o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, e , quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe ⁽²⁰⁾.

No caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), – o número máximo de ACS é calculado pela equação: população/400. Para municípios dos Estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, população da área urbana/400 + população da área rural/280 ⁽²⁰⁾.

A carga horária estipulada é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde, membros da equipe de saúde da família, com exceção dos profissionais médicos, cuja jornada pode ser redistribuída entre os serviços de saúde do município ⁽²⁰⁾.

A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial ⁽²⁰⁾.

A equipes são o ponto de contato entre o sistema de saúde local e buscam integrar-se aos serviços da rede de saúde, e as atividades de promoção e serviços de saúde podem ser realizadas na unidade, no domicílio do paciente ou na comunidade ⁽²²⁾.

O enfermeiro encontra um importante espaço de atuação na ESF. É considerado um profissional fundamental no sistema de saúde, assim como a enfermagem, que por meio de práticas interativas e integradoras de cuidado, adquire repercussão na educação e promoção da saúde, no fomento de políticas voltadas ao bem-estar social das famílias e comunidades ⁽²⁶⁾.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, cabe ao enfermeiro:

“ I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no

domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS”⁽²⁰⁾.

Além dessas atribuições, o enfermeiro da ESF deve planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente, conforme os critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros. Para supervisão de 12 ACS, é pensado um enfermeiro⁽²⁰⁾.

As atribuições do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem na ESF são:

“ I - Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; III - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; IV - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente⁽²⁰⁾.

Estudo realizado na região Sul do Brasil mostrou que a equipe de ESF compreende o enfermeiro como um elemento significativo na rede de relações e interações do ACS com a comunidade, sendo o mediador e uma liderança, pois fornece suporte clínico na organização do cuidado e

gerencial da unidade de saúde, além de fomentar boas relações, direcionar as atividades da equipe e conduzir o fluxo de informações ⁽²⁷⁾.

Logo, a pesquisa mostrou que o enfermeiro atua responsabilizando-se e visando à corresponsabilização da equipe, com participação ativa nas reuniões, articulando as opiniões, elaborando as estratégias de ação e incentivando a equipe no seu direcionamento e implementação ⁽²⁷⁾.

A experiência inovadora da ESF no âmbito municipal trouxe um impacto tanto relacionado ao comprometimento de recursos federais, para expansão da rede local, como também às novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com essa política. Todavia, entre os desafios está a capacitação dos gestores para o exercício de gestão da atenção primária, focada nas famílias e comunidades ⁽²¹⁾.

O dilema de superar a etapa da expansão e passar para uma discussão mais formuladora da consolidação da qualidade das ações do programa e sua interação com a rede assistencial do SUS marcam alguns dos desafios pragmáticos para os gestores, pois a ESF não representa um projeto acabado de atenção primária, mas uma política pública em processo evolutivo ⁽²¹⁾.

Em municípios de grande porte, ainda se encontram problemas evidentes que dificultam sua expansão, como o acesso aos serviços especializados, referência e contrarreferência, apoio diagnóstico e o não enfrentamento dos determinantes sociais em saúde ⁽²⁸⁾.

Estudo de revisão que buscou identificar se a ESF tem sido capaz de modificar o modelo de atenção e as práticas de saúde, encontrou mudanças positivas apontadas em todos os artigos analisados, mas também limitações que entravam a implantação da ESF. Dessa forma, pontuam que as mudanças vêm ocorrendo, mas, de forma parcial e não são capazes alterar o modelo de atenção, não sendo evidenciado o caráter substitutivo da estratégia ⁽²⁸⁾.

A maioria dos avanços limita-se à prática assistencial, ao atendimento da demanda, como o acolhimento, vínculo e as orientações fornecidas aos usuários. Pouco avanço ainda se encontra em questões reorientadoras do modelo, focadas nas necessidades, como a exploração do território, a educação em saúde, a participação popular, o planejamento, a avaliação e a articulação da rede de atenção ⁽²⁸⁾.

Entre as limitações da ESF, encontram-se as mudanças político-institucionais que levam a relações de trabalho nos moldes antigos, que produzem práticas na mesma lógica, contradizendo-se na educação permanente que aborda uma lógica no modelo de atenção alternativo, enquanto na prática os modelos de gestão mantêm a lógica tradicional e os serviços não se constituem espaços de aprendizagem. Fragilidade esta da dimensão político-institucional que reflete na técnico-assistencial. ⁽²⁸⁾

Todavia, encontram-se também evidências de aspectos que se mostraram potencializadores de mudanças, como a melhoria da capacidade de gestão, política de pessoal, as políticas intersetoriais e a articulação entre os níveis de atenção ⁽²⁸⁾.

Além disso, evidências mostram que, com a implantação do ESF, houve melhora nos indicadores de saúde, sugerindo que a implantação do PSF não é o único, mas contribui para a redução da mortalidade infantil, evidenciada nos estudos que avaliaram o período entre 1990 e 2002, e associou o aumento de 10% na cobertura do PSF e a redução de 4,5% em mortalidade infantil no Brasil ⁽²⁹⁾ e no período entre 1996-2004, por meio de análise de regressão multivariada em 771 municípios brasileiros, evidenciou uma redução de 13,0%, 16,0 % e 22,0% nos municípios com implantação, respectivamente, incipiente, intermediário e consolidado do PSF ⁽³⁰⁾.

Estudo realizado entre 2000 e 2006 demonstra a eficácia do PSF na melhoria da qualidade da informação vital e na redução de mortes sem assistência nos municípios brasileiros, em razão de sua capacidade de obter informações sobre a situação de saúde da comunidade e por sua prerrogativa de aumentar o acesso da população a cuidados médicos, demonstrando a

eficácia da abordagem em preencher a lacuna entre os menos desenvolvidos, as comunidades rurais e o sistema nacional de saúde ⁽³¹⁾.

Evidências, ainda, mostram o declínio das taxas de hospitalização por gastroenterite entre crianças com idade inferior a 5 anos, em alta pobreza no Nordeste brasileiro, associadas ao aumento da cobertura do PSF e outros esforços de saúde pública ⁽³²⁾.

Outro estudo verificou o impacto da ESF sobre a saúde bucal na população de 12 municípios, por meio de uma amostra de 59.221 indivíduos, verificando que, tanto o acesso a ações preventivas coletivas quanto o tratamento da dor de dente apontam para um efeito positivo no modelo de prática da saúde bucal na ESF. Mas, os desfechos cobertura de exodontia e tratamento restaurador demonstraram efeito negativo ou sem efeito na maioria dos municípios pesquisados ⁽³³⁾.

Encontraram-se também estudos sobre o impacto das ações de imunização pelo PSF na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, no período 1995- 2002, em pesquisa que demonstrou aumento de todas as médias das coberturas vacinais (176% BCG, 223% pólio, 52% DPT, 61% sarampo) e redução da mortalidade infantil por causas evitáveis (12,7 óbitos/ano), mesmo sem ocorrer a diminuição da pobreza absoluta no município ou aumento das coberturas das redes públicas de saúde e esgoto ⁽³⁴⁾.

Apesar das evidências positivas da implantação da ESF, autores salientam que um dos grandes empecilhos para a efetiva consolidação da ESF é a falta quantitativa e qualitativa de profissionais preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo modelo assistencial ⁽³⁵⁾.

2.2 FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Muitos fatores e variáveis influenciam o bom desempenho do sistema de saúde, entre eles, os trabalhadores, que, desempenham papel

fundamental para a prestação dos serviços à população. Assim, cabem aos gestores, planejadores e profissionais envolvidos na tomada de decisão garantir que o número certo de pessoas, com as habilidades certas, estejam no lugar certo e na hora certa para prestar serviço e atender às necessidades de saúde da população a um custo acessível ⁽⁴⁾.

Dado o papel essencial desempenhado pela força de trabalho na proteção, promoção e restauração da saúde das populações, é imperativo que o desenvolvimento, implantação e utilização dessa força de trabalho seja cuidadosamente planejado e consiga garantir sua capacidade contínua para atender às diversas e mutáveis necessidades de saúde da população de uma forma eficaz e eficiente ⁽³⁶⁾.

Entretanto, o planejamento da força de trabalho em saúde é uma questão ampla e complexa, que perpassa não somente pelo processo técnico, mas também político, dependendo de valores que refletem as escolhas políticas, econômicas e sociais que estão na base de um sistema de saúde presente na organização dos sistemas nacionais dos diversos países ⁽⁴⁾.

O processo de planejamento da força de trabalho busca um equilíbrio entre o que está disponível em termos de trabalhadores para a saúde, e o que é realmente necessário para realizar os serviços de saúde. Considera-se que o planejamento ⁽⁴⁾

“ [...] é o processo de estimar o número de pessoas e o tipo de conhecimentos, habilidades e atitudes que precisam para atingir metas de saúde pré-determinados e, finalmente, os objetivos do estado de saúde. Esse planejamento também envolve a especificação de quem vai fazer o quê, quando, onde, como e com que recursos para o grupo populacional ou indivíduos, de modo que o conhecimento e as habilidades necessárias para o desempenho adequado podem ser disponibilizados de acordo com as políticas pré-determinadas e cronogramas. Esse planejamento deve ser um processo contínuo e não esporádico, e requer monitoramento e avaliação contínua” ⁽³⁷⁾.

Evidências mostram que os trabalhadores de saúde afetam os resultados de saúde. A densidade de trabalhadores de saúde é significativa

na contabilização dos índices de mortalidade materna, mortalidade infantil, mortalidade de menores de 5 anos e taxas de imunização de países ⁽³⁸⁾.

Análises transversais de dados ligados a 10.184 enfermeiras e 232.342 pacientes, estudados em unidades de cirurgia geral, ortopedia, cirurgia vascular que receberam alta hospitalar entre 1 de abril de 1998 e 30 de novembro de 1999 em 168 hospitais gerais de adulto na Pensilvânia, mostraram que a cada paciente adicional por enfermeira foi associado um aumento de 7% na probabilidade de morte dentro de 30 dias de internação e aumento de 7% na probabilidade de falha de atendimento ⁽³⁹⁾.

No que se refere à enfermagem e ao hospital cada paciente adicional por enfermeira foi associado com aumento de 23% na probabilidade de *burnout* e de aumento de 15% na probabilidade de insatisfação no trabalho. Assim, hospitais com altos índices de pacientes por enfermeiro, experiência, maior mortalidade, aumento de taxas de falha no atendimento, e os enfermeiros são mais propensos ao cansaço e insatisfação no trabalho ⁽³⁹⁾.

Evidências reforçam a necessidade de incluir medidas de carga de trabalho e do ambiente de trabalho em estudos sobre a relação quadro de enfermeiros e os resultados dos pacientes em unidades de enfermagem hospitalar. Estudo mostrou que onde a carga horária foi aumentada pela rotatividade, e os enfermeiros sofreram abuso emocional, o cuidado deteriorou-se. Ao contrário disso, onde enfermeiros sentiram uma sensação de autonomia ou controle sobre sua própria prática e uma adequação do número de trabalhadores, eles foram capazes de serem produtivos dentro dos limites de pessoal da unidade e dos diferentes tipos de profissionais da unidade ⁽⁴⁰⁾.

Um bom planejamento requer uma boa evidência para embasá-lo. Os esforços para apoiar o planejamento da força de trabalho para enfermeiros, em estudo canadense, foram significativamente prejudicados, pela falta de dados relevantes, confiáveis e disponíveis sobre o trabalho de enfermeiros ⁽³⁶⁾.

Assim, estudo aponta áreas específicas em que faltam dados para o planejamento adequado dos enfermeiros e que requerem, portanto, uma atenção especial para o investimento, sendo elas: a quantidade e o tipo de serviços prestados por enfermeiros, de acordo com as necessidades de saúde do paciente/população, inclusive, a investigação sobre qualquer aspecto do trabalho realizado por enfermeiros que trabalham fora do ambiente hospitalar (por exemplo, cuidados de longa duração, atendimento domiciliar e na comunidade); o nível de serviço que eles prestam, as taxas de atividade, as taxas de participação e produtividade, o nível de retenção de enfermeiros, entre outros. ⁽³⁶⁾

Além disso, o processo de planejamento da força de trabalho em saúde precisa ser entendido como uma função estratégica e um processo contínuo e iterativo, a fim de que os modelos de planejamento sejam enriquecidos e apoiados por dados que reflitam tanto as mudanças planejadas e não planejadas nos diversos níveis determinantes de oferta e demanda ^(36,41).

Em muitos países, uma discussão atual sobre as questões de força de trabalho está na escassez e previsão de enfermeiros para as próximas décadas, o que acabará por restringir a reforma e a inovação do sistema de saúde ⁽⁴²⁾.

O perfil global mostra que existem mais de 59 milhões de trabalhadores de saúde no mundo, distribuídos de forma desigual entre os países e dentro deles. Eles são encontrados, predominantemente, em áreas mais ricas, onde as necessidades de saúde são menos graves. Seus números permanecem, lamentavelmente, insuficientes para atender às necessidades de saúde, a falta total está na ordem de 4,3 milhões de trabalhadores ⁽⁴³⁾.

Os sistemas de saúde, as tendências profissionais, entre outros fazem com que a determinação do número ideal de enfermeiros seja muito complexa para qualquer país ⁽⁴²⁾.

Estudos realizados em vários países na Europa, como o RN4CAST, tiveram como objetivo principal ampliar e refinar os modelos típicos de previsão considerando fatores como: características de ambientes de trabalho e qualificação da força de trabalho de enfermagem e o impacto sobre a retenção de enfermeiro; o desgaste entre os enfermeiros e os resultados dos pacientes. Assim, buscaram simular cenários para ilustrar o que acontece com a qualidade da assistência ao paciente e os resultados de enfermagem quando diferentes aspectos da força de trabalho de enfermagem são alterados ⁽⁴²⁾.

Análises recentes de trabalhadores para a saúde concluíram que todos os países podem obter ganhos em saúde por meio de mais investimentos estratégicos em gestão da sua força de trabalho de enfermagem ⁽⁴²⁾.

Entretanto, encontram-se poucos registros de planejamento e previsão de força de trabalho de enfermagem para calcular com maior precisão as necessidades futuras e informar as intervenções políticas que evitem a escassez cíclica ⁽⁴²⁾.

Estudo de revisão sobre os métodos de previsão concluiu que os métodos apresentam precisão e utilidade para situações específicas, mas nenhum provou precisão para previsão de longo prazo ou para estimar as necessidades de grandes áreas geográficas ou populações ⁽⁴⁴⁾.

Embora existam muitos desafios, a formulação de políticas eficazes de planejamento da força de trabalho é possível quando os países têm as ferramentas ou o apoio técnico, necessário para garantir atividades de planejamento tecnicamente sólidas ⁽⁴⁵⁾.

2.3 MÉTODOS DE PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Várias abordagens vêm sendo propostas e utilizadas para estimar a oferta e as necessidades de trabalhadores para a saúde. Estes vários métodos têm diferentes pressupostos, requisitos de dados e custos e respondem a diferentes tipos de perguntas ⁽⁴⁾.

Atualmente, as tecnologias de planejamento da força de trabalho buscam combinação de métodos quantitativos e qualitativos que abordem aspectos gerenciais e econômicos, contribuindo, assim, para a integração e coordenação do planejamento da força de trabalho no contexto nacional e no desenvolvimento de políticas ⁽⁴⁾.

O planejamento da força de trabalho em nível macro é claramente imprescindível para determinar quantos enfermeiros são necessários e onde eles serão necessários ⁽⁴⁶⁾. Contudo, os gestores que realizam o planejamento da força de trabalho, muitas vezes, não têm dados suficientes para fundamentar suas decisões ⁽⁴⁾.

Informações abrangentes e objetivas das atividades realizadas pelos trabalhadores e das necessidades do usuário são necessárias, além de instrumentos de fácil uso que permitam mensurar a carga de trabalho em APS ⁽⁴⁷⁾.

Os métodos para avaliar a carga de trabalho de enfermagem são fundamentados, basicamente em atividades realizadas ou no grau de dependência dos usuários, famílias e comunidade ⁽⁴⁷⁾.

Os métodos para o planejamento da força de trabalho em APS são classificados em quatro categorias ^(48,49):

- Julgamento profissional;
- Análise da demanda ou modelo baseado em atividades;

- Baseado em população e necessidades de saúde; e
- Dependência dos usuários da comunidade.

O julgamento profissional ou consenso entre gerentes/profissionais é considerado uma decisão subjetiva e criticado pela falta de uma base empírica. Críticos questionam como a relação entre categorias de profissionais e a qualidade da prestação de cuidados pode ser explicada utilizando este método. Além disso, argumentam que a categoria de trabalhadores relativamente fixa gerada pelo método, baseadas historicamente, são inflexíveis e insensíveis à flutuação da quantidade de usuários, tendo como resultado a possibilidade dos trabalhadores de enfermagem serem sub ou superestimados ^(48,49).

A análise da demanda ou modelo baseado em atividades é usada em situações específicas. Este método é um processo de multimétodos que visam a examinar a carga de trabalho de enfermagem em termos de atividade, desenvolver um modelo da demanda de enfermagem comunitária baseada em atividades e criar equipes de enfermagem comunitária referência em relação ao modelo de demanda (número de casos), geralmente, dentro de um contexto local ^(48,49).

Este método pode ser descrito em três fases ⁽⁴⁹⁾.

A primeira fase do processo examina como os enfermeiros da comunidade despendem seu tempo considerando dados existentes na unidade, incluindo: encaminhamentos; cuidados diretos e indiretos ao usuário; trabalho administrativo; tempo de deslocamento e pausas. Os dados podem ser extraídos de prontuários, perfil da demanda, auditorias e relatórios gerados em sistema de tecnologia da informação. Tais dados são analisados por estatística descritiva para fornecer um quadro inicial de atividades de enfermagem comunitária ⁽⁴⁹⁾.

A segunda etapa consiste na projeção das atividades que são desenvolvidas baseadas em demandas, usando a média dos escores estatísticos derivados dos dados analisados. Estes dados podem ser

comparados com diretrizes de práticas baseadas em evidência, políticas e opinião de expertes ⁽⁴⁹⁾.

O terceira etapa é o processo de *benchmarks*, ou seja, a comparação com o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem de unidades de referência em relação aos modelos propostos ⁽⁴⁹⁾.

Este método foi criticado por reduzir a enfermagem a uma lista de tarefas, contudo, uma lista detalhada das atividades de enfermagem exigidas para um usuário não é diferente do plano de cuidados de enfermagem ^(48,49).

Assim, o método tem o potencial de fornecer informações das atividades de saúde pública, identificar os recursos potenciais e as implicações em educação e treinamento ⁽⁴⁹⁾. Além disso, mostra como os trabalhadores despendem seu tempo, sendo útil para calcular o número e a composição da equipe; equalizar as cargas de trabalho e determinar a eficiência e a eficácia ⁽⁴⁸⁾.

Uma das limitações do método de análise da demanda é que existe a possibilidade da escolha de uma unidade com baixo desempenho. Portanto, é necessário considerar os indicadores de qualidade de assistência e de gestão, bem como as diretrizes de boas práticas baseadas em evidência e opinião de expertes das unidades de referência ⁽⁴⁹⁾.

O método baseado em população e necessidades de saúde, conforme os determinantes sociais, econômicos e ambientais para o planejamento e desenvolvimento da força de trabalho, utiliza dados empíricos relativos aos determinantes da saúde como base para determinar a combinação entre o tamanho e a habilidade da equipe de enfermagem ⁽⁴⁹⁾. Em estudo no Reino Unido, foram utilizados por volta de 90 variáveis, entre elas, indicadores de mortalidade, morbidade, dados socioeconômicos e demográficos ⁽⁴⁸⁾.

Por exemplo, em unidades de atenção primária com maior proporção de adultos idosos em sua população, têm uma demanda de suporte domiciliar para cuidados intermediários e intensivos que requerem especial consideração por parte dos serviços de enfermagem comunitária. Dados de

mortalidade e morbidade atuam como um indicador indireto para dependência do paciente e carga trabalho de enfermagem. Dados socioeconômicos, como os níveis de pobreza, mostram o crescente número de pessoas pobres que sofrem de doenças crônicas; desta forma, requerem enfermeiros com habilidades em reabilitação ⁽⁴⁹⁾.

O método de dependência dos usuários da comunidade enfatiza que as atividades de enfermagem não podem, por si só, ser uma medida precisa da carga de trabalho e que a dependência do paciente e a qualidade do cuidado prestado devem ser consideradas. Por outro lado, o método é complexo, sendo necessário um *software* e a tecnologia de informação, a fim de facilitar sua aplicação ⁽⁴⁹⁾.

Nessa perspectiva, foi proposto um algoritmo, partindo de quatro componentes: um sistema de classificação dos pacientes para identificar a dependência de cuidado, bem como do suporte necessário da comunidade; o procedimento do cálculo da carga de trabalho, baseado na classificação dos pacientes; a taxa de absenteísmo dos trabalhadores, os dados estatísticos de rotatividade e o índice de qualidade ⁽⁵⁰⁾.

O cálculo da carga de trabalho, baseado na classificação dos pacientes, estima o tempo médio de assistência de enfermagem que o paciente requer por dia, conforme a classificação de dependência. A proporção de tempo é, então, multiplicada pelo número de pacientes por categoria de dependência para proporcionar um índice de carga de trabalho para cada equipe de enfermagem comunitária ⁽⁴⁹⁾.

A vantagem do método de dependência dos usuários da comunidade é que eles usam a relação enfermeiro-paciente para gerar o tempo requerido, sendo um meio para racionalizar e priorizar a carga de trabalho ⁽⁴⁹⁾.

Entre os métodos propostos aponta-se a limitação de serem pensados para serviços fragmentados, considerando que todos os métodos têm pontos fracos, e os resultados são susceptíveis de serem criticados.

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio das políticas de atenção básica, determina um quadro de profissionais para unidades de saúde da família baseado em uma proporção relativa a famílias/população. Todavia, na literatura, não há referências sobre a razão desta composição.

Em relação à legislação brasileira, a Resolução COFEN nº 293/2004⁽⁵⁾ propõe o cálculo de dimensionamento de trabalhadores de enfermagem para unidades especiais, incluindo as unidades em regime ambulatorial.

Conforme o Anexo II dessa Resolução, as unidades especiais são definidas como:

“Locais onde são desenvolvidas atividades especializadas por profissionais de saúde, em regime ambulatorial, ou para atendimento de demanda ou de produção de serviços, com ou sem auxílio de equipamentos de alta tecnologia” e, dessa forma, a unidade de medida a ser adotada para o cálculo de pessoal de enfermagem corresponde àquela identificada como Sítio Funcional (SF)”⁽⁵⁾.

No inciso 3º do Artigo 4º da Resolução nº 293/04 do COFEN, o SF é definido como:

“Unidade de medida com significado tridimensional que considera a(s) atividade(s) desenvolvida(s), a área operacional ou o local da atividade e o período de trabalho”, devendo ser aplicada nos serviços em que a referência não possa ser associada ao número de pacientes/dia”.⁽⁵⁾

O SF1 significa um sítio funcional com um único trabalhador; SF2 consiste em um sítio funcional com dois trabalhadores e, assim, continuamente. Para a operacionalização do cálculo dos Sítios Funcionais, o COFEN, seção São Paulo (COREN – SP), recomenda que sejam realizados, em cada área operacional, espelhos semanais de alocação de trabalhadores por um período mínimo de três semanas, com a finalidade de melhor refletir a realidade das unidades e validar o número correto de trabalhadores⁽¹¹⁾.

A análise da aplicação desta “unidade de medida” permite verificar que a quantidade de trabalhadores necessários para a realização das atividades assistenciais, em cada local de atendimento, é estabelecida de forma empírica, fundamentada na experiência e no julgamento intuitivo dos enfermeiros ⁽¹¹⁾.

Além disso, a carga de trabalho semanal proposta na equação considera que as pessoas trabalham ininterruptamente, ou seja, sem pausas na jornada de trabalho, o que é um equívoco.

Estudos realizados ressaltam que os níveis de produtividade da enfermagem devem ser mantidos em 85%, com variações de 5%. Níveis acima de 90% podem representar elevação dos custos, queda na qualidade da assistência ao paciente e nos resultados de enfermagem e níveis abaixo de 80% indica maior probabilidade de satisfação dos profissionais e redução do absenteísmo ⁽⁵¹⁾.

O *método de Gaidzinski* considera que, para realizar o dimensionamento de trabalhadores de enfermagem, é preciso conhecer os valores, os objetivos e as propostas assistenciais, ou seja, o que se compreende por assistência de enfermagem ⁽⁵²⁾.

Define o dimensionamento de trabalhadores como um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo dos trabalhadores necessários para atender às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade, de acordo com a singularidade dos serviços, que garantam a segurança dos usuários e dos trabalhadores ⁽⁵³⁾.

Este método foi estruturado e organizado nas variáveis: Carga média de trabalho, Índice de Segurança Técnica (IST) e Tempo efetivo de trabalho ⁽⁵³⁾.

A variável carga de trabalho é compreendida como o volume de trabalho referente às intervenções realizadas frente à demanda dos usuários/famílias/comunidade apresentadas à equipe de saúde e respondidas por meio de cuidados diretos e/ou indiretos.

A carga média de trabalho da unidade, expressa na quantidade de trabalho, é resultante do somatório do produto da quantidade média diária de usuários ou grupo de usuários assistidos pelo tempo médio despendido por intervenção/atividade enfermagem⁽⁵³⁾.

A variável IST consiste em um acréscimo no quantitativo da força de trabalho de enfermagem, para a cobertura das ausências ao serviço que podem ser previstas e não previstas⁽⁵³⁾. As ausências previstas para a APS são os dias relativos às férias, e as ausências não previstas são os dias referentes às faltas, às licenças e ao treinamento e desenvolvimento da força de trabalho.

A identificação da variável tempo efetivo de trabalho considera o tempo da jornada de trabalho, determinado pelo serviço⁽⁵³⁾.

No entanto, desde os primeiros estudos sobre o trabalho, observa-se que os trabalhadores não são produtivos, igualmente, durante a jornada de trabalho, por realizarem uma série de pausas necessárias a seu bem estar físico e emocional, tais como: o atendimento de necessidades fisiológicas; períodos de descanso; trocas de informações não ligadas ao trabalho; comemorações e outros. Dessa forma, sugere-se que sejam consideradas as perdas de produtividade dos trabalhadores, mediante a redução das horas disponíveis do trabalhador em seus turnos de trabalho^(52,54).

O *método de Gaidzinski*^(52,54) tem uma alta aplicabilidade, sobretudo nas unidades hospitalares, descrito em uma ampla literatura^(7-9,11,12,14,15,55-57) e também foi adaptado em um software⁽⁵⁸⁾.

Atualmente, busca-se um planejamento voltado a uma equipe multidisciplinar, com a combinação de dois ou mais métodos (triangulação), que produzem resultados mais consistentes e geram mais confiança aos gestores⁽⁵⁹⁾.

O *Workload Indicators of Staffing Need (WISN)* é um método proposto pela Organização Mundial de Saúde, para o planejamento de todos trabalhadores de uma instituição de saúde⁽⁶⁰⁾.

O *WISN* é fundamentado na carga de trabalho do trabalhador, com padrões de atividade (tempo) aplicáveis para cada componente da carga de trabalho e no tempo disponível de cada trabalhador. É uma metodologia que busca determinar a quantidade de trabalhadores necessários e avaliar a pressão da carga de trabalho da unidade sob os trabalhadores de saúde ⁽⁶⁰⁾.

Para a aplicação do método *WISN* recomenda-se a realização de um conjunto de etapas sequenciais: definir a (s) categoria (s) profissional (is) prioritária (s) e o (s) tipo (s) de unidades de saúde; calcular o Tempo de Trabalho Disponível; definir os componentes da carga de trabalho; estabelecer os Padrões de Atividades; definir as Cargas de Trabalho Padrão; calcular os Fatores de Ajuste; definir as necessidades de pessoal e analisar e interpretar os resultados ⁽⁶⁰⁾.

O *WISN* é considerado simples de ser aplicado, pois baseia-se em dados e estatísticas disponíveis. Além disso, fornece resultados como a diferença entre o número real e o calculado de trabalhadores de saúde, identificando a falta ou excesso de trabalhadores para determinada categoria profissional; define prioridades na alocação de novos trabalhadores ou na transferência de pessoal existente, com base na identificação de desigualdades em termos de pessoal; ajuda a determinar a melhor maneira de distribuir e transferir atribuições para diferentes categorias de trabalhadores de saúde; permite a comparação do desempenho profissional entre as unidades de saúde; pode ser utilizado para planejar as necessidades futuras de pessoal, por meio de dados as sobre cargas de trabalho dos serviços previstos para o futuro e possibilita analisar o impacto das diferentes condições de emprego nas necessidades de pessoal ⁽⁶⁰⁾.

Entretanto, pontua-se que o método tem limitações quanto ao uso das estatísticas anuais dos serviços para avaliar as cargas de trabalho, pois a precisão do método depende da precisão das próprias estatísticas. Assim, a qualidade dos registros é de grande importância, já que o sub-registro da carga de trabalho pode resultar em subdimensionamento do pessoal ⁽⁶⁰⁾.

Na aplicação do *WISN* em uma província da Indonésia, as parteiras afirmaram que o método é útil porque ajudou a focar mais claramente seu tempo de trabalho em atividades chave, além de possibilitar uma análise de sua própria situação de trabalho nas suas unidades ⁽⁶¹⁾.

Nesta aplicação, o *WISN* mostrou que as parteiras estavam despendendo até 50% do tempo em atividades não relacionadas à obstetriz (cuidado ao idoso, cuidado dos pacientes com tuberculose e malária). Assim, a proposição inicial de que o número de parteiras era insuficiente para a carga de trabalho de parteira, sem o esclarecimento necessário, que o *WISN* fornece, poderia ter resultado em um aumento do número de parteiras, em lugar de enfermeiros ⁽⁶¹⁾.

Em províncias de Moçambique, o *WISN* foi empregado com o objetivo de avaliar sua aplicabilidade e assim, expandir o uso de medidas de carga de trabalho para o processo de tomada de decisão. Como resultado, com base no cálculo do número de pessoal, concluiu-se que todas as unidades de saúde estavam com falta de clínicos gerais, enfermeiros e parteiras. Portanto, as atividades eram realizadas em um tempo muito inferior ao padrão mínimo requerido, resultando em baixa qualidade. Além disso, a distribuição de enfermeiros estava desequilibrada na cidade de Nampula, pois havia um grande desequilíbrio entre o hospital e os centros de saúde ⁽⁶¹⁾.

Assim, os resultados disponibilizados pelo aplicação do *WISN* podem ser utilizados para subsidiar a tomada de decisão em diferentes situações, tais como auxiliar na determinação da melhoria da situação de pessoal existente, apoiar na definição de prioridades na alocação de novos profissionais ou na transferência de pessoal existente, com base na identificação de desigualdades entre as unidades de saúde, possibilitando decidir por meio da análise da carga de trabalho, quais unidades devem receber prioridade máxima, bem como permite comparar o desempenho profissional entre as unidades estudadas ⁽⁶⁰⁾.

Em vista dos métodos descritos na literatura, para os trabalhadores de enfermagem, considera-se que o dimensionamento para o atendimento das demandas da comunidade na APS é mais complexo do que dentro dos hospitais ⁽⁵⁹⁾.

Com frequência, há escassez de dados sobre os trabalhadores de enfermagem que atuam na APS, e os existentes devem ser tratados com cautela.

Em estudo de revisão sobre os métodos para mensurar a carga de trabalho de enfermagem comunitária, foi constatado que um dos maiores desafios para os enfermeiros é garantir pessoal para atender à demanda de carga de trabalho, sendo assim, uma das principais preocupações é a produção de dados mensuráveis que possam refletir com maior precisão a carga de trabalho diária da enfermagem na comunidade ⁽⁴⁷⁾.

Resultado de estudo sugere que, provavelmente, não seja possível determinar sistemas de planejamento da força de trabalho perfeitos ou relações enfermeiro-paciente, se a qualidade do ambiente de trabalho e carga de trabalho foram consideradas ⁽⁴⁰⁾.

Em razão do aumento crescente da carga de trabalho, os gerentes de enfermagem precisam de ferramentas que os ajudem a alocar os trabalhadores para os setores/unidades. Tais ferramentas devem basear-se em medições objetivas do tempo ⁽⁶²⁾. Contudo, há, surpreendentemente, poucos dados básicos sobre como enfermeiros distribuem seu tempo ⁽⁶³⁾.

Sem uma base adequada para projetar horas de cuidados de enfermagem, gerentes de enfermagem estão em uma posição ruim para articular e defender seus requisitos de recursos de enfermagem ⁽⁶⁴⁾.

A variável tempo é considerada a mais difícil de ser obtida e também a mais importante para a aplicação de alguns métodos como o *WISN*, pois, entre as etapas de aplicação, uma, em especial, dedica-se ao levantamento de tempo necessário para um profissional treinado, qualificado e motivado

realizar uma atividade com padrões profissionais satisfatórios nas condições e circunstâncias de cada localidade ⁽⁶⁰⁾.

2.4 MÉTODOS PARA MENSURAÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO

A literatura aponta três métodos mais frequentemente utilizados em pesquisas de mensuração de tempo: auto-relato, tempo e movimento, e amostragem do trabalho ^(62,65,66).

O método de auto-relato é o de mais baixo custo, mas é considerado o mais problemático, pois fatores intervenientes, como o preenchimento de formulários durante o trabalho, a possibilidade de mudanças de comportamento e os efeitos de conveniência social o tornam-no menos objetivo, porque só dependem do julgamento ^(62,66).

Estudos comparando auto-relato com outras técnicas, como a amostragem de trabalho, tempo e movimento, mostraram que em auto-relatos os tempos são superestimados. Estudo comparou auto relatos com resultados de estudos prévios de observação direta utilizando a técnica de amostragem do trabalho e mostrou uma maior porcentagem relatada para as atividades de cuidados diretos e menor porcentagem para as atividades pessoais. Outro estudo comparou auto-relato com técnica de tempo e movimento mostrando que as atividades nos auto-relatos são duas ou três vezes mais longas do que as observadas no estudo de tempo e movimento. Além disso, um número maior de atividades for observado pelo método de tempo e movimento quando comparadas ao auto-relato ⁽⁶⁶⁾.

No método de tempo e movimento, o profissional é seguido pelo observador durante todas as atividades realizadas, considerando a extensão exata do tempo necessário para realizá-las, sendo medidas e gravadas em um instrumento. Assim, estudos que aplicam esse método são intensos, pois requerem a proporção de um observador para profissional, por longos

períodos de tempo, o que pode influenciar no comportamento do profissional, além de ser um método caro, por requerer muitos observadores para se obter um número representativo de observações ⁽⁶⁵⁾.

A amostragem do trabalho permite observar o trabalho e o tempo gasto entre as atividades. Este método consiste em observações intermitentes, ao acaso e instantâneas das atividades de trabalho de vários trabalhadores por observadores independentes, que registram as diversas atividades em formulários de coleta de dados. A atividade exata é registrada, mas o tempo real gasto em atividades não. A teoria da amostragem do trabalho é baseada nas leis da probabilidade, que indicam que a observação tomada em momentos aleatórios repetidos terá a mesma distribuição ⁽⁶⁷⁾.

Inicialmente, este método foi desenvolvido pela engenharia industrial, para medição e análise do trabalho, sendo aplicado a pessoas ou grupos cujo trabalho não é de natureza repetitiva ⁽⁶²⁾. Primeiramente, Tippet em 1935, usou-o com o intuito de obter informações sobre a indústria têxtil britânica ⁽⁶⁸⁾.

Na área da saúde, um dos primeiros estudos de amostragem do trabalho foi realizado em um hospital geral de Massachusetts, em 1950, com um grupo de enfermeiras, mostrando o que as enfermeiras faziam, quanto tempo era despendido em atividades e qual a frequência das interrupções. Os resultados encontrados foram utilizados para a criação de um programa de ação direcionado para aumentar a quantidade de tempo ininterrupto que a enfermeira poderia gastar na avaliação e o planejamento da assistência ao paciente, bem como em discussões sobre cuidado com equipes médicas e de enfermagem ⁽⁶⁸⁾.

Diversos estudos vêm utilizando a amostragem de trabalho para descrever como as enfermeiras despendem seu tempo, pois há necessidade de obter dados mensuráveis para subsidiar a tomada de decisão. Este método vem se mostrando consistente e útil para a análise da distribuição das atividades dos profissionais em relação ao tempo, ao relacionamento e à

distribuição entre os diferentes tipos de atividades, bem como a produtividade ⁽⁶⁷⁾.

A maioria da literatura sobre a amostragem de trabalho discute os aspectos positivos e negativos da aplicação desse método. Um dos pontos de desvantagem está no fato desta técnica não fornecer informação sobre a qualidade e complexidade do trabalho, bem como o desempenho e o trabalho oculto, muitas vezes, realizado pelo profissional de enfermagem ^(47,69-71).

Ao buscar responder a estas questões, foi realizado um estudo com equipe de enfermagem de diferentes setores em um hospital que formulou três suposições sobre o método de amostragem do trabalho: 1- o cuidado de enfermagem é complexo, pois envolve o pensamento crítico, a avaliação contínua e a avaliação durante as fases de todo o atendimento direto e indireto; 2- uma multiplicidade dos processos de pensamento e intervenções podem ocorrer em qualquer momento durante os episódios de cuidado; 3- estes processos não são capturados no método de amostragem do trabalho ⁽⁶⁷⁾.

Outras críticas ainda são levantadas, como nos estudos de enfermagem em ambientes comunitários, em que visitas domiciliares são realizadas, existe a dificuldade de aplicação da técnica em razão da exigência de negociar a permissão para um observador acessar várias casas ⁽⁴⁷⁾.

Outro aspecto está na possibilidade do profissional observado alterar o seu comportamento, contudo estudos realizados mostraram que os enfermeiros rapidamente se acostumam com a presença do observador, tendo assim, um baixo impacto nas atividades observadas ^(67,69,72-74).

A primeira grande vantagem da aplicação do método de amostragem do trabalho, para a enfermagem está no fato de ser um método particularmente adequado para a captura de dados precisos sobre um

trabalho, com um número de atividades altamente variáveis e realizadas por vários trabalhadores ⁽⁷²⁾.

Além disso, é utilizado como um método válido para quantificar o tempo necessário para o atendimento de cuidado direto, indireto e atividades relacionadas à unidade, que os profissionais de enfermagem realizam, bem como os dados do estudo de tempo oferecem oportunidades para impactar a prática clínica, resultando em melhores resultados aos pacientes e profissionais ^(62,75).

O método é, ainda, ideal para trabalhos de alta variabilidade, sendo considerado mais preciso do que os auto-relatos, além de permitir a observação de muitos profissionais ao mesmo tempo, o que resulta em grandes conjuntos de dados ⁽⁶⁷⁾. Além disso, apresenta vantagens sobre os estudos de tempo e movimento em termos de efeito sobre participantes, custos e observações, pois estas podem ser realizadas ao longo de um período prolongado de tempo, e, assim, diminuir os efeitos das variações cíclicas ^(65,73,76).

Estudo utilizando a amostragem do trabalho, conduzido em um hospital em Sydney (Austrália), concluiu que a amostragem do trabalho: facilita a análise sobre quais, quando e em que proporções as atividades estão sendo realizadas; é um veículo para discutir e verificar os pontos de vista sobre a forma de gestão de pessoal e assistência ao paciente em um nível organizacional; é uma ferramenta de gestão ideal e participativa, pois depende da participação ativa de todos os membros da organização e fornece aos gerentes e funcionários informações úteis sobre os dados que podem basear-se para a tomada de decisões sobre o pessoal; e, ainda, como instrumento de informação e de gerenciamento fornece tipos de dados que irão propiciar aos gestores de saúde, uma gestão de recursos mais adequada, diante dos contextos organizacionais.

Assim, o estudo concluiu que o fornecimento de dados de base, como o encontrado por meio da técnica de amostragem de trabalho, fornece um ponto de referência para medir as mudanças futuras, apesar da

necessidade de aprofundamento das investigações com a aplicação de diversos tipos de metodologias ⁽⁷⁶⁾.

A amostragem do trabalho pode ser aplicada por dois diferentes meios: técnica de amostragem por auto-relato, na qual os trabalhadores registram as atividades que estão realizando quando solicitados por meio de sinal; e técnica de amostragem observacional, onde se tem a presença do observador que realiza as observações e registra as atividades realizadas pelo trabalhador ⁽⁶⁹⁾.

Na Austrália, foi realizado um estudo que comparou os dois modos de aplicação da técnica, quando aplicadas em enfermeiras de um mesmo setor, apontando que a amostragem de trabalho por meio de auto-relato dos enfermeiros foi difícil e questionável quanto à qualidade dos dados, concluindo que a técnica por meio de auto-relato não é um método confiável para a obtenção com precisão das atividades realizadas pelas enfermeiras dos setores ⁽⁶⁹⁾.

Todavia, a amostragem do trabalho observacional forneceu dados que pareciam refletir com mais precisão os padrões de trabalho e também teve menos impacto na equipe, pois permitiu uma coleta de dados muito mais rápida, apesar desse método exigir um maior compromisso em termos de pessoal. Outro aspecto, foi o alto número de horas gastas para obter os dados por meio da técnica de auto-relato, em razão da relutância dos profissionais para o auto-relato, o que gerou uma coleta de dados consideravelmente prolongada ⁽⁶⁹⁾.

Outro aspecto, relativo a este método, refere-se aos intervalos utilizados para a coleta de dados que podem ser aleatórios ou fixos. A escolha da frequência de observação/alerta depende da técnica utilizada e da natureza do estudo ⁽⁶⁹⁾. Contudo, estudo aponta explicações quantitativas das vantagens do intervalo fixo de amostragem ⁽⁷⁷⁾.

Assim, diversas pesquisas utilizaram intervalos fixos que podem variar de 5 a 20 minutos, conforme os dados do quadro 1.

Quadro 1 - Intervalos fixos realizados em estudos de amostragem do trabalho. Brasil- 2014.

Autor	Frequência utilizada	Profissional observado	Tipo de Unidade
Mayer (1992) ⁽⁷⁸⁾	5 minutos	Enfermeiro	Ambulatório
Dellefield, Harrington, Kelly (2012) ⁽⁷⁹⁾	5 minutos	Enfermeiro	Home care
Williams, Harris, Turner-Stokes (2009) ⁽⁸⁰⁾	5 minutos	Enfermeiro	Hospital – unidade neuro-reabilitação
Gardner GGA (2010) ⁽⁷¹⁾	10 minutos	Enfermeiro	Hospital
Urden, Roode, (1997) ⁽⁶⁷⁾	10 minutes	Enfermeiro	Medico-cirúrgica, Unidade terapia intensiva adulta, Pediatria, Enfermaria cirurgia, Emergência, Obstétrica
Chaboyer W, Wallis M, Duffield C, Courtney M, Seaton P, Holzhauser K, et al. (2008) ⁽⁷²⁾	10 minutos	Enfermeiro	2 hospitais Austrália, setor de clínica médica
Walker, Donoghue, & Mitten-Lewis (2007) ⁽⁸¹⁾	10 minutos	Enfermeiro	Hospital
Gardner G, Gardner A, Middleton S, Della P, Kain V, Doubrovsky A (2010) ⁽⁸²⁾	10 minutos	Enfermeiros especialistas	6 estados da Austrália, Hospital
Duffield, Management, Wise (2003) ⁽⁷⁶⁾	10 minutos	Enfermeiro	Hospital
Herdman TH, Burgess LP a, Ebright PR, Paulson SS, Powell-Cope G, Hancock H, et al (2009) ⁽⁸³⁾	10 minutos	Equipe de enfermagem	Hospital
Duffield C, Forbes J, Fallon A, et al, (2005) ⁽⁸⁴⁾	10 minutos	Enfermeiros e enfermeiros clínico especialistas	Hospital
Mello, M C. (2011) ⁽⁸⁾	10 minutos	Equipe de enfermagem	Hospital- unidade Clínica médica, cirúrgica, Unidade de terapia intensiva
Garcia, EA., Fugulin, FMT (2010) ⁽¹¹⁾	10 minutos	Enfermeiro	Hospital- Unidade de emergência
Soares, AVN (2009) ⁽¹⁵⁾	10 minutos	Equipe de enfermagem	Hospital- Unidade de Alojamento conjunto
Linden L, English K (1994) ⁽⁷⁵⁾	12 minutos	Enfermeiro	Hospital
Bonfim, D.(2010) ⁽⁸⁵⁾	15 minutos	Enfermeiro e Auxiliar de enfermagem	Unidade Básica de Saúde
Possari, JF (2011) ⁽⁷⁾	15 minutos	Profissionais de Enfermagem	Hospital- Unidade de Centro cirúrgico
Bordin, LC , Fugulin, F.MT(2009) ⁽¹²⁾	15 minutos	Enfermeiro	Hospital- Unidade Médico-cirúrgica
Upenieks, VV, (1998) ⁽⁸⁶⁾	20 minutos	Enfermeiro	Hospital
Munyisia, Yu, & Hailey (2011) ⁽⁷⁴⁾	9 minutos para pacientes de alto cuidados em casa (high care house) e 5 minutos para pacientes de baixos cuidados em casa (low care house)	Enfermeiro	Home Care
Ampt, Westbrook, Creswick, & Mallock, (2007) ⁽⁶⁹⁾	32 alertas por hora, uma enfermeira para blocos de 2 horas e um total máximo de 4 horas por turno.	Enfermeiro	Hospital- enfermaria cirúrgica

E. Oddone, Weinberger, Hurder, Henderson, & Simel, (1995) ⁽⁸⁷⁾	5 beeps por hora	Enfermeiro	Clínica de triagem – Atenção Primária
Oddone EGSSD (1993) ⁽⁸⁸⁾	3.2 beeps por hora	Médicos Residentes	hospital
Reid R, 1975 (1975) ⁽⁸⁹⁾	10 observações por hora	Enfermeira de família, Recepcionista e Assessor de laboratório	Unidade de saúde rural

Outro aspecto importante na amostragem do trabalho refere-se aos observadores. A maioria dos estudos não descreve o processo de seleção dos observadores, mas é previsível que a preferência recaia sobre os enfermeiros por estarem mais familiarizados com as atividades ⁽⁶⁵⁾. Contudo, outros profissionais de saúde, sem experiência, vêm se mostrando eficazes para a coleta de dados pela amostragem do trabalho quando capacitados por um programa de treinamento ⁽⁶⁹⁾.

Os estudos descrevem diversos tipos de treinamento realizados de diferentes modos quanto à estratégia utilizada, a carga horária e o teste de confiabilidade, na maioria deles, as etapas de discussão teórica e treinamento prático são realizadas ^(62,67,69,71,79,80,82).

Na etapa final do treinamento, o teste de confiabilidade entre os observadores é realizado ^(62,67,69,71,79,80), pois considera-se que o enfermeiro realiza mais de uma função ao mesmo tempo, e os observadores devem ter clareza, como são tomadas as decisões sobre o que registrar, devendo ser sempre a atividade principal, ou seja, o principal motivo pelo qual a enfermeira está realizando a atividade ⁽⁷³⁾.

Estudos apresentam grande variação entre os índices de confiabilidade: 95% ⁽⁸²⁾, 91% ^(67,73), 90% ⁽⁷¹⁾, 85% ⁽⁶⁹⁾, 84% ⁽⁶²⁾. Recomenda-se que o índice seja de 90% ^(67,69).

Em alguns estudos, ainda, foram realizados o teste de confiabilidade em dois momentos: no treinamento e durante a coleta dados, obtendo uma melhora no índice final, de 85% para 89% ⁽⁶⁹⁾ e de 90% para 91% ⁽⁶⁷⁾. Recomenda-se, que durante todo o período de coleta de dados, devam ser realizados testes aleatórios de vários observadores na codificação da mesma

atividade, sendo calculada uma concordância maior que 90% para afirmar uma adequada confiabilidade interna ⁽⁷³⁾.

Assim, no que se refere à técnica de amostragem do trabalho, estudos afirmam que está é uma metodologia útil para usar para a descrição precisa da distribuição do tempo entre os cuidados de enfermagem direto e indireto ⁽⁷⁹⁾, além de propiciarem uma análise sobre quais atividades estão sendo realizadas, quando e em que frequências, fornecendo assim, um veículo para os trabalhadores discutirem e verificarem as suas opiniões sobre a forma de gestão da assistência ao paciente e de pessoal, em um nível organizacional ⁽⁷⁶⁾.

Capítulo 3: Método

3 MÉTODO

O método deste estudo foi organizado em:

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Pesquisa metodológica de campo, multicêntrica com abordagem quantitativa e amostragem intencional.

A pesquisa metodológica de campo é uma investigação empírica em que ocorre um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo, refere-se à elaboração de instrumentos de captação da realidade para atingir um determinado fim ⁽⁹⁰⁾.

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atingir aos objetivos deste estudo, seguiram-se os seguintes procedimentos metodológicos:

3.2.1 Identificação da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem em USF

3.2.1.1 Construção de instrumento de medida da carga de trabalho, para aplicação da técnica de amostragem do trabalho

O requisito mais importante para medir a carga de trabalho dos profissionais, pela técnica de amostragem do trabalho é ter um adequado instrumento de coleta de dados ⁽⁷⁶⁾.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi proposto e elaborado baseado no instrumento de Bonfim ⁽⁵⁵⁾.

O referido instrumento é composto por 46 intervenções de enfermagem em atenção primária à saúde, foi elaborado por meio de uma lista de 155 atividades de cuidado, identificadas por meio de revisão

bibliográfica, leitura de prontuários de famílias e observação dos profissionais em USF, posteriormente mapeados, por meio da técnica de mapeamento cruzado ⁽⁹¹⁾, em intervenções, conforme a *Classificação de Intervenções de Enfermagem – NIC* ⁽⁹²⁾ e validado em oficinas de trabalho com profissionais da área.

Para a elaboração do instrumento, a autora considerou intervenção como sendo:

[...] qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente [...] incluindo intervenções de cuidado direto (tratamento realizado por meio da interação com os pacientes), intervenções de cuidado indireto (tratamento do paciente realizado a distância, mas em seu benefício ou em benefício de um grupo de pacientes), intervenções na comunidade ou em saúde pública (tem como alvo promover e conservar a saúde das populações) ⁽⁹²⁾

O teste piloto do instrumento de Bonfim ⁽⁵⁵⁾ evidenciou que as intervenções/atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem estão contempladas no instrumento, possibilitando, assim, por meio de sua aplicação identificar as intervenções de enfermagem mais frequentes, no cotidiano de uma equipe de enfermagem em USF e subsidiar a mensuração da carga de trabalho e o dimensionamento de pessoal.

Diante dos resultados positivos do teste realizado com o instrumento proposto por Bonfim ⁽⁵⁵⁾, foi encaminhada uma proposta pela coordenação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGETS) para ampliação do instrumento a todos os profissionais da equipe de saúde da família.

Diante das intervenções propostas por Bonfim ⁽⁵⁵⁾ foi guiada a discussão, análise e reestruturação das atividades na perspectiva da saúde coletiva e com amplitude suficiente a abranger todos os profissionais em um único instrumento: enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos, cirurgiões dentistas, técnicos/auxiliares de saúde bucal, e agentes comunitários de saúde.

A construção coletiva foi realizada pelo grupo de pesquisadores das Estações de Trabalho da Rede ObservaRH das Escolas de Enfermagem de São Paulo e de Ribeirão Preto, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, do Instituto de Medicina Social e da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, gestores de USF e pesquisadores com expertise nas áreas de gerenciamento em enfermagem, APS, uso de linguagem padronizada e metodologias para o dimensionamento da força de trabalho em saúde.

Para a ampliação e elaboração do instrumento, o grupo de pesquisadores realizou seis oficinas de trabalho, com duração média de 8 horas cada. O produto final foi um instrumento único, para a equipe de profissionais da USF, composto por 38 intervenções de cuidado direto e indireto, além de instrumentos de caracterização da unidade e dos trabalhadores observados (Apêndice AA e AB).

Este novo instrumento foi submetido à validação de conteúdo por juízes selecionados com base nos critérios:

- Pertencer às categorias profissionais: médico; enfermeiro e cirurgião dentista, com experiência na área de APS e possuir conhecimento para avaliar as atividades realizadas pelos agentes comunitários, técnicos/ auxiliares de enfermagem, técnicos/auxiliares de saúde bucal;
- Trabalhar em USF consolidadas e reconhecidas como de boas práticas de saúde;
- Ser trabalhador de saúde com experiência no uso de classificações das práticas em saúde; e
- Aceitar participar do processo de validação de conteúdo.

Seguindo-se estes critérios foram selecionados: um representante de cada categoria que integra as USF das cidades de São Paulo, Ribeirão Preto e Rio de Janeiro e dois enfermeiros com experiência na taxonomia da

Classificação de Intervenções de Enfermagem – *NIC* ⁽⁹²⁾. Portanto, participaram da etapa de validação de conteúdo 11 trabalhadores da saúde.

A validação aconteceu em dois momentos:

- I. Entrega e devolutiva do instrumento com avaliação da clareza do nome e da definição de cada uma das 38 intervenções pelos juízes. Considerou-se que as respostas deveriam apresentar, no mínimo, 80% de concordância por categoria de trabalhador;
- II. Oficina de validação do conteúdo, realizada em 10/05/2012, durante 8 horas, com a presença de todos os juízes para discussão e análise de pontos discordantes e ajuste consensual do instrumento final.

Na primeira etapa da validação, via e-mail, obteve-se concordância de 81,1% entre os enfermeiros, 61,3% entre médicos e 84,4% entre os cirurgiões dentistas. As intervenções que apresentaram discordâncias foram discutidas na segunda etapa da validação, em oficina de trabalho.

Na Oficina, participaram três enfermeiros, três médicos, três cirurgiões dentistas, dois enfermeiros especialistas em linguagem padronizada, três observadores e dois coordenadores. Os dados da tabela 1 ilustram a caracterização dos participantes.

Tabela 1 - Caracterização dos juízes participantes da oficina de validação. Brasil– 2012.

Variáveis		N	%
Gênero	Feminino	7	63
	Masculino	4	34
Idade (anos)	Mínima	29	-
	Máxima	51	-
	Média	35	-
	Não Respondeu	2	-
Escolaridade (n=14)(anos)	Tipo		
	Especialização latu senso	5	45
	Residência	4	36
	Mestrado	3	27
	Doutorado	2	18
Área da pós-graduação (n=19)	Saúde da Família	8	72
	Saúde Pública/Saúde Coletiva	4	36
	Ciências	2	18
	Acupuntura	1	9
	Fundamentos de	1	9
	Enfermagem/Enfermagem	1	9
	Gestão em Saúde	1	9
	Urgência, Emergência e UTI	1	9
Experiência profissional em saúde (meses)	Mínima	27	-
	Máxima	324	-
	Média	149	-
Experiência profissional em APS (meses)	Mínima	0	-
	Máxima	312	-
	Média	101	-
Tempo de trabalho em USF (meses)	Mínima	0	-
	Máxima	129	-
	Média	53	-
Regime de trabalho	Período integral	11	100
Carga semanal de trabalho	40 horas	11	100
Experiência em linguagem padronizada/ NIC*	Mínima	39	-
	Máxima	120	-
	Média	73	-

Fonte: arquivo da pesquisadora

Nas intervenções em que houve discordância, por uma ou mais categorias, fez-se o debate entre os juízes presentes e as alterações sugeridas foram incorporadas, por consenso, ao instrumento.

A inclusão de uma nova intervenção foi sugerida - Coordenação do processo de trabalho - com origem na divisão das atividades das intervenções Delegação e Organização/distribuição das atividades de trabalho, totalizando assim, com 39 intervenções validadas (Apêndice AC).

Ao final da oficina, os juízes afirmaram que o instrumento contemplava as intervenções realizadas pelos trabalhadores de saúde no cotidiano da prática das USF.

Assim, os dados do quadro 3 apresentam a composição do instrumento das intervenções de saúde em USF, com a descrição das atividades pertinentes aos trabalhadores de enfermagem.

Quadro 2 - Instrumento para medida da carga de trabalho pela técnica amostragem do trabalho dos profissionais de saúde, com a descrição das atividades pertinentes aos trabalhadores de enfermagem - São Paulo, 2012.

Intervenção	Definição	Exemplos de atividades
Ações educativas dos trabalhadores de saúde	Desenvolvimento e participação das ações de educação permanente.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ações de educação permanente. - Participar das atividades de educação permanente; - Realizar leitura de manuais e protocolos do serviço/MS
Administração de Medicamentos	Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não-prescritos.	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar medicamentos de tratamento prescrito; - Realizar inalação; - Administrar medicamentos por via endovenosa; - Administrar medicamentos por via intradérmica; - Administrar medicamentos por via intramuscular; - Administrar medicamentos por via oral; - Administrar medicamentos por via sublingual; - Administrar medicamentos por via subcutânea.
Apoio ao estudante	Assistência e apoio ao estudante em experiência de aprendizagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar estudantes em situações de aprendizagem no campo de prática
Apoio ao Médico	Colaboração com os médicos na assistência ao usuário.	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar em procedimentos ambulatoriais.
Assistência em exames/ procedimentos	Assistência ao usuário e a outro provedor de cuidados de saúde durante um procedimento ou exame.	<ul style="list-style-type: none"> - Coletar Papanicolau (auxiliar de enfermagem); - Coletar urina; - Coletar fezes; - Realizar eletrocardiograma; - Realizar teste de sensibilidade; - Realizar teste de gravidez; - Realizar teste de glicemia capilar; - Acondicionar exames para transporte; - Preparar material para exame específico; - Coletar escarro; - Coletar secreção vaginal e/ou anal;
Assistência na amamentação	Preparo de uma mãe novata para amamentar o seu bebê.	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno - Orientar quanto aos cuidados com a mama e pega adequada do bebê <p>Orientar, auxiliar e realizar ordenha mamária.</p>
Atendimento à demanda espontânea	Atendimento do usuário sem agendamento prévio, desde a sua chegada até a sua saída, que inclui práticas de produção e promoção de saúde com co-responsabilização da equipe/ usuário.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar atendimento da demanda espontânea;
Avaliação de desempenho	Avaliação sistemática do desempenho profissional.	Avaliar/participar da avaliação de desempenho do pessoal da saúde
Coleta de dados de pesquisa científica	Coleta de dados para pesquisa científica.	Participar de coleta de dados para pesquisa.
Consulta	Aplicação de conhecimento especializado/específico para prestação de um conjunto de atividades a um indivíduo voltadas para o restabelecimento ou a manutenção da saúde.	Realizar observação clínica, anamnese, exame físico, levantamento de hipóteses diagnósticas, prescrição de enfermagem e orientações em todas as fases do ciclo vital (Enfermeiro).
Controle de Doenças transmissíveis	Ações dirigidas a uma comunidade para reduzir e controlar a incidência e a prevalência de doenças transmissíveis.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ações de vigilância em saúde para as doenças transmissíveis, tais como controle de contactantes, notificação compulsória, coleta de exames para verificação epidemiológica; - Monitorizar as doenças de notificação compulsória; - Coletar exames para verificação epidemiológica.

continua

continuação

Intervenção	Definição	Exemplos de atividades
Controle de Eletrólitos	Promoção do equilíbrio de eletrólitos e prevenção de complicações resultantes de níveis anormais ou indesejados de eletrólitos séricos.	- Administrar terapia de reidratação oral e venosa.
Controle de Imunização/ vacinação	Monitoração do estado de imunização, facilitação do acesso às imunizações e provisão de imunizantes para prevenir doenças transmissíveis.	- Avaliar a situação vacinal - Administrar vacina; - Participar de campanha de vacinação.
Controle de Infecção	Minimizar o risco de contaminação e transmissão de agentes infecciosos.	- Supervisionar o processo de esterilização de instrumentais; - Limpar, acondicionar e esterilizar material; - Avaliar a esterilização; - Higienização das mãos; - Trocar/higienizar materiais e equipamentos; - Instituir precauções padrão.
Controle de Suprimentos	Solicitação, aquisição e manutenção de itens adequados ao oferecimento de cuidados ao usuário.	- Analisar, avaliar, prever, prover e requisitar material permanente e de consumo; - Providenciar reparo e manutenção de aparelhos e equipamentos
Organização do processo de trabalho	Organização e distribuição das atividades do trabalho nos serviços de saúde.	- Distribuir tarefas; - Elaborar escalas; - Atender atividade técnica/administrativa
Cuidados de urgência/emergência	Provisão de medidas para salvar uma vida em situação de risco.	- Participar de atendimento de urgência e emergência.
Desenvolvimento da saúde comunitária	Apoio à comunidade para identificação de problemas de saúde, mobilização de recursos e implementação de soluções.	Participar de projetos junto à comunidade; - Participar em eventos comunitários estimulando a mobilização social e orientação sobre as ações de saúde; - Participar de reuniões do conselho de saúde, conselho distrital de saúde, conselho local de saúde, conselho municipal de saúde;
Desenvolvimento de processos e rotinas administrativas	Construção e uso de uma sequência programada de processos e rotinas administrativas para melhorar os resultados desejados para o usuário, a um custo eficiente.	- Elaborar, implantar ou adaptar protocolos de cuidados.
Desenvolvimento de protocolos de cuidados	Construção e uso de uma sequência programada de atividades de cuidado para melhorar os resultados desejados para o usuário, a um custo eficiente.	- Elaborar, implantar normas/rotinas administrativas.
Documentação	Anotação de dados e informações pertinentes ao usuário, à família, a população e ao território.	- Registrar o resultado de exames no prontuário do usuário; - Elaborar relatórios e boletins; - Preencher documentos de registros da vigilância; - Controlar e registrar as atividades dos programas de saúde do ministério da saúde; - Registrar os cuidados de enfermagem prestados - Elaborar escalas de trabalho; - Registrar o encaminhamento do usuário para atendimento com outro profissional no serviço;
Identificação de Risco	Análise de fatores potenciais de risco (biológicos, sociais, ambientais e do trabalho) à saúde e priorização de estratégias de redução de riscos para um indivíduo ou um grupo.	- Analisar relatório com dados populacionais gerados nos Sistemas de Informação (consolidado) - Participar da programação da unidade de saúde - Identificar riscos em indivíduos, família, comunidade e território

continua

continuação

Intervenção	Definição	Exemplos de atividades
Interpretação de dados laboratoriais	Análise de dados laboratoriais do usuário para auxiliar na tomada de decisão.	- Analisar resultados de exames para levantamento de prioridades.
Mapeamento e territorialização	Reconhecimento de características estruturais, sociais, econômicas, políticas, culturais, ambientais e de interação social da área de abrangência da unidade de saúde bem como sua delimitação.	- Participar do mapeamento, e territorialização.
Monitoração de sinais vitais	Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações.	- Verificar sinais vitais: frequência respiratória, frequência cardíaca, aferir pressão arterial e verificar temperatura; - Realizar medidas antropométricas.
Orientação quanto ao Sistema de Saúde	Facilitação do acesso e uso adequado do usuário/população aos serviços de saúde.	- Orientar sobre as ações e serviços de saúde disponíveis na rede de serviços de saúde e espaços de gestão coletiva/colegiada dos diversos segmentos, inclusive a população. - Realizar agendamento de consultas.
Procedimentos Ambulatoriais	Aplicação de conhecimento especializado e habilidade específica para realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos.	- Realizar sondagem nasogástrica. - Realizar sondagem vesical de alívio e demora; - Retirar sonda vesical de demora. - Realizar curativos. - Avaliar lesão - Realizar cauterização umbilical - Retirar pontos de suturas. - Trocar bolsa de colostomia.
Procedimentos coletivos	Ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, e oferecidos de forma contínua.	
Promoção de ações educativas	Desenvolvimento de ações de educação em saúde para indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, bem como a orientação específica de um usuário, família, acompanhante ou cuidador visando a sua compreensão sobre um procedimento ou tratamento prescrito.	- Realizar ações educativas de promoção à saúde e prevenção de agravos junto ao grupo de usuários em escolas, comunidade, na sala de espera. - Executar atividades junto ao grupo de usuários: tratamento e controle de doenças crônicas; - Orientar o usuário para coleta de exames; - Orientar quanto a medicamentos; - Orientar quanto ao uso de aparelho de controle da glicemia capilar; - Orientar cuidados com sonda vesical de demora e alívio; - Orientar cuidados com sonda nasogástrica; - Orientar cuidados com curativos; - Orientar cuidados com bolsa colostomia; - Orientar o público quanto à imunização
Punção de vaso: amostra do sangue venoso	Coleta de amostra de sangue venoso de uma veia não-canalada.	- Coletar sangue para exames.

continua

continuação

Intervenção	Definição	Exemplos de atividades
Referência e contra-referência	Encaminhamento e monitoramento dos usuários para a atenção secundária, terciária e outros serviços.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar, contatar, solicitar atendimento do usuários nos serviços especializados. - Participar do plano terapêutico dos usuários assistidos na atenção secundária, terciária e outros serviços
Reunião administrativa	Reunião administrativa para planejamento, discussão e avaliação de assuntos técnicos e administrativos relacionados à organização do serviço.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar e/ou participar de reuniões com a equipe de saúde.
Reunião para avaliação dos cuidados multiprofissionais	Planejamento e avaliação pela equipe multiprofissional da oferta do cuidado integral ao usuário/população.	<ul style="list-style-type: none"> - Participar com a equipe de saúde do planejamento, do gerenciamento e da avaliação das ações de saúde com base nos problemas de saúde de sua micro área, identificando famílias de riscos e grupos vulneráveis; - Participar em matriciamento das diferentes linhas de cuidado
Supervisão dos trabalhadores da unidade	Facilitação do provimento de cuidado de alta qualidade aos usuários por outros indivíduos.	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisionar as ações desenvolvidas pelos trabalhadores da equipe de saúde
Supervisão Segurança	Coleta e análise propositais e contínuas de informações sobre o ambiente do serviço para serem utilizadas na promoção e na manutenção da segurança do usuário.	<ul style="list-style-type: none"> - Checar e avaliar material/equipamentos utilizados no serviço; - Controlar rede de frio; - Testar material a ser comprado.
Transporte interinstitucional	Transporte do usuário da unidade para outra instituição de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar transporte; - Monitorar e acompanhar usuários em situações de risco.
Troca de informações sobre cuidados de saúde	Fornecimento de informações sobre os cuidados do usuário/população a outros profissionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir o caso com outro profissional (em local diferente de reunião de equipe).
Vigilância em saúde	Ações de impacto nas causas evitáveis no âmbito epidemiológico, sanitário e ambiental.	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar diabéticos, hipertensos, usuários com problemas de saúde mental e casos de carências nutricionais (anemia, desnutrição e obesidade); - Realizar investigação epidemiológica (busca ativa); - Realizar ações de vigilância sanitária e ambiental e análise de indicadores epidemiológicos; - utilizar indicadores de vigilância epidemiológica; - Realizar ações de investigação de óbitos infantis, neonatais, maternos e outros, de acordo com protocolo vigente; - Supervisionar administração de medicamentos de uso de longa duração (tratamento supervisionado).
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.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar atendimento clínico em domicílio - Realizar busca ativa e acompanhar famílias. - Orientar e supervisionar ações para a segurança no lar e prevenção de acidentes domésticos

Fonte: arquivo da pesquisadora

Após a validação de conteúdo, realizou-se o teste piloto do instrumento na prática clínica, por meio da técnica de amostragem do trabalho.

O teste piloto do instrumento teve por finalidade testar: a abrangência das intervenções realizadas em USF; a facilidade de uso como ferramenta de coleta de dados; a viabilidade de um observador localizar os profissionais a serem observados e o registro da intervenção/atividade a cada 10 min.

O teste piloto foi realizado, no período entre junho, julho e outubro de 2012, em três USF localizadas nos Municípios de São Paulo, Ribeirão Preto e Rio de Janeiro. Estas unidades foram selecionadas pelos pesquisadores como USF de boas práticas.

O período amostral, em dias de observação, foi obtido, por meio da equação proposta por Barbetta⁽⁹³⁾, com erro tolerável de 5%, considerando-se: o número de trabalhadores da USF; a jornada de trabalho e o intervalo de observação de 10 min. A amostra correspondeu a cinco dias, em média, de observação em cada USF selecionada.

Para a coleta de dados, o instrumento foi estruturado, levando-se em consideração que cada observador consegue acompanhar seis trabalhadores de forma sequencial. Além disso, optou-se por enfermeiros como observadores, em razão da sua maior familiaridade com as intervenções/atividades e situações observadas, bem como pela interface que esses trabalhadores estabelecem com as outras categorias profissionais.

Foram selecionadas quatro observadoras de campo para cada USF que participaram de um programa de treinamento teórico-prático, com carga horária de 20h, ministrado pela pesquisadora que versou sobre os objetivos e as etapas metodológicas da pesquisa, a forma de preenchimento do instrumento em campo e o significado de cada intervenção presente no instrumento, durante três dias, 20, 21 e 22/06/12.

Para cada USF, foram mantidos os mesmos observadores durante todo o funcionamento das unidades em estudo, sendo realizado de 12 a 8 horas diárias de observação.

O teste de confiabilidade do instrumento entre os observadores foi realizado, nas três USF, com base em uma amostra de 20% do total das

observações. Este teste consistia na observação conjunta da prática profissional realizada pelo supervisor e observador, seguido da classificação da atividade observada na intervenção mais adequada.

Nesse momento, por parte do supervisor era permitido o esclarecimento de dúvidas do observador após a anotação da intervenção, não sendo possível sua alteração, após a discussão e o esclarecimento do supervisor. Realizou-se no mínimo 1h de teste de confiabilidade por dia por observador de campo, atingindo até 90,4% de concordância.

A aplicação prática desse instrumento em uma amostra representativa, dos trabalhadores de enfermagem de USF, forneceu maior segurança para obter os dados necessários ao presente estudo, ou seja, a distribuição da frequência e do tempo despendido nas intervenções de enfermagem, bem como, para análise do tempo de trabalho produtivo, por meio do método amostragem do trabalho.

Além disso, possibilitou também verificar que um observador de campo consegue acompanhar seis trabalhadores, com média de pausa de 4 min entre cada observação de 10 min, a depender da planta física da unidade em estudo, com possibilidade de ampliar, quando extremamente, necessária a relação de profissionais observados por observador de campo.

Observou-se também a necessidade de criar subcategorias para a intervenção Documentação, sendo estratificada em: 211: documentação relativa à consulta ou procedimentos clínicos, 212: documentação relativa à visita domiciliar, 213: documentação relativa a vigilância. Para documentação relativa a rotinas administrativas da unidade, como por exemplo, ficha de produção, relatórios gerenciais, entre outros se considerou-se 21- Documentação.

Vale ressaltar que a documentação realizada durante a consulta era considerada a intervenção consulta e não documentação, bem como durante a visita domiciliar, procedimentos ambulatoriais, imunização/vacinação, e administração de medicamentos. Desse modo, somente foi considerado

documentação quando o profissional estava voltado à atividade de documentar e essa era a atividade-fim, não sendo realizada concomitante ao atendimento ou procedimento.

Com a finalidade de aprimorar a coleta de dados, pelos observadores de campo em todas as unidades a serem estudadas, o instrumento validado foi transformado em um aplicativo computacional, desenvolvido para a pesquisa, cujas intervenções e atividades foram codificadas, o que permitiu o registro das observações em *tablet* (sistema operacional android) e o armazenamento local e virtual das informações.

Para uso das intervenções no instrumento informatizado, foi elaborado um quadro de codificação das intervenções (quadro 3)

Quadro 3 - Instrumento de medida da carga de trabalho em USF codificado para uso *tablet* durante a coleta de dados. Brasil– 2014.

Projeto Dimensionamento de Recursos Humanos em Saúde
EEUSP / Departamento de Orientação Profissional (ENO)

Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419, Cerqueira César, 05403-000 São Paulo SP ☐ (11) 3061 75 51

Tabela de codificação das Intervenções/atividades em Atenção Primária à Saúde

Intervenções em Atenção Primária à Saúde	
1. Ações educativas dos trabalhadores de saúde	22. Identificação de Risco
2. Administração de Medicamentos	23. Interpretação de dados laboratoriais
3. Apoio ao estudante	24. Mapeamento e territorialização
4. Apoio ao Médico	25. Monitoração de sinais vitais
5. Assistência em exames/ procedimentos	26. Orientação quanto ao Sistema de Saúde
6. Assistência na amamentação	27. Procedimentos Ambulatoriais
7. Atendimento à demanda espontânea	28. Procedimentos coletivos
8. Avaliação de desempenho	29. Promoção de ações educativas
9. Coleta de dados de pesquisa científica	30. Punção de vaso: amostra do sangue venoso
10. Consulta	31. Referência e contrarreferência
11. Controle de Doenças transmissíveis	32. Reunião administrativa
12. Controle de Eletrólitos	33. Reunião para avaliação dos cuidados multiprofissionais
13. Controle de Imunização/ vacinação	34. Supervisão dos trabalhadores da unidade
14. Controle de Infecção	35. Supervisão Segurança
15. Controle de Suprimentos	36. Transporte interinstitucional
16. Organização do processo de trabalho	37. Troca de informações sobre cuidados de saúde
17. Cuidados de urgência/emergência	38. Vigilância em saúde
18. Desenvolvimento da saúde comunitária	39. Visita Domiciliar
19. Desenvolvimento de processos e rotinas administrativas	
20. Desenvolvimento de protocolos de cuidados	
21. Documentação (material administrativo)	
211 - Registro relativo à consulta e a procedimentos clínicos	
212 - Registro relativo à Visita Domiciliar	
213 - Registro relativo à Vigilância	
Tempo de espera	Atividades pessoais
51. Tempo de espera	52. Alimentação/hidratação
	53. Atender telefone/realizar ligação pessoal
	54. Socialização com colegas
	55. Descanso (ler revistas, Internet)
	56. Eliminações fisiológicas
	57. Organizar/participar de confraternizações
Atividades associadas	Outras atividades
40. Atender telefone/ligar para outras unidades/verificar e-mails da unidade	60 a 79, reclassificada de acordo com a observação:
41. Limpeza da unidade	97. Outras atividades associadas
42. Agendamento consulta	98. Outras atividades pessoais
43. Agendamento exames	94. Sem observação
44. Recepção	95. Ausência (profissional não estava na unidade, seja por atraso, seja por saída antecipada.
45. Fornecimento de atestado de comparecimento	96. Não encontrado (profissional não encontrado na unidade no momento da observação)
46. Auditoria prontuários	99. Horário de almoço do profissional observado
47. Convocação de usuário com alteração nos resultados dos exames	
48. Conferência de recebimento de resultado de exames	
49. Entrega de insumos aos usuários	
50. Pegar/procurar exames e prontuários	

Nota: durante o horário de almoço do observador, este é coberto por outro observador ou pelo supervisor.

- Mesmo usuário marcar: nº + U. (Exemplo: 7:00: 10, 7:10: 10U, 7:20: 10U)

- Intervenções em que o estudante está acompanhando junto com o profissional e não é a intervenção *Apoio ao estudante*, colocar a letra **E**.

Exemplo: 10E

Fonte: arquivo da pesquisadora

O instrumento informatizado foi testado, pela pesquisadora e uma mestrande, em uma sessão de 3 horas de observação em uma USF, para verificar a viabilidade da dinâmica de coleta de dados, bem como aprimorar as potencialidades do programa.

Este aplicativo permite realizar o cadastro dos trabalhadores e o armazenamento de dados observados durante uma hora. Após uma hora, os dados são gravados e uma nova tela abre-se. Após a etapa gravar, não é permitido realizar alterações nos dados. Assim, em momentos em que era percebido o envio incorreto de dados, os observadores de campo comunicavam ao supervisor e enviavam e-mail, relatando a situação e solicitando a alteração no banco de dados.

Diariamente, após a finalização da coleta de dados, os observadores de campo acionavam o aplicativo em área com acesso à internet (Wi-Fi), e encaminhavam todos os dados registrados durante um dia de observação, para o banco de dados on-line. O mecanismo de transmissão de dados foi realizado por meio da sincronização dos arquivos no Dropbox® (sistema de armazenamento em nuvem). Cada *tablet* teve seu próprio diretório e armazenava os arquivos nas pastas com sua identificação. Todos os *tablets* foram numerados e guardavam os arquivos em subdiretório com esse mesmo número.

Os arquivos do Dropbox® eram transferidos para o servidor e recebiam um novo nome, que o identificava com o campo estudado, com acesso on-line mediante aplicação de usuário e senha. Os arquivos organizados foram transformados em XLS (Excel®) e ajustados individualmente. Nesse ajuste, foram verificadas as duplicidades de registros, identificados os registros de reteste, verificado o número de observações realizadas para cada profissional; o período de almoço de cada profissional, de acordo, com o funcionamento dos serviços visitados e identificados os registros com apontamento da observação de intervenção/atividade com o mesmo usuário.

As figuras 2, 3 e 4 ilustram o instrumento informatizado aplicado a *tablets* utilizados, individualmente, por todos os observadores durante a coleta de dados.

Figura 2 - Apresentação do programa de coleta de dados informatizados. São Paulo, 2012.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Figura 3 - Cadastro dos trabalhadores observados. Programa de coleta de dados informatizado – São Paulo, 2012

Fonte: arquivo da pesquisadora

Figura 4 - Registro das intervenções realizadas pelos trabalhadores observados. Programa de coleta de dados informatizado – São Paulo, 2012.

Dimensionamento de Recursos Humanos em Atenção Primária à Saúde - Coordenação: Profa. Dra. Raquel Rapone Gaidzinski

Nome do pesquisador:

Código do serviço:

Data: 02/09/2013

Hora: 21:08

Nome do profissional	:00	:10	:20	:30	:40	:50	Observações:
-- Seleção --	☐	☐	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
-- Seleção --	☐	☐	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
-- Seleção --	☐	☐	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
-- Seleção --	☐	☐	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
-- Seleção --	☐	☐	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
-- Seleção --	☐	☐	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
-- Seleção --	☐	☐	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
-- Seleção --	☐	☐	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
-- Seleção --	☐	☐	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
-- Seleção --	☐	☐	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
-- Seleção --	☐	☐	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>

EEUSP - Observatório de Recursos Humanos

Fonte: arquivo da pesquisadora

Para a análise, as intervenções e as atividades do instrumento foram classificadas em seis categorias, considerando:

- **Intervenção** - qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico, realizado por um trabalhador de saúde para melhorar os resultados obtidos pelos usuários, família e comunidade ⁽⁹²⁾.
 - **Intervenções de cuidados diretos** - tratamento realizado por meio da interação com o usuário, família e comunidade, configurando-se nas ações de aspectos fisiológicos e psicossociais que envolvem as ações práticas e as de apoio e aconselhamento ⁽⁹²⁾.
 - **Intervenções de cuidados indiretos** – tratamento realizado distante do usuário, família e comunidade, mas, em seu benefício que abrangem ações voltadas ao gerenciamento da unidade e de colaboração interdisciplinar ⁽⁹²⁾.
- **Atividades associadas ao trabalho** - aquelas que podem ser executadas por outros trabalhadores de outras categorias, mas que o profissional de saúde assume.

- **Atividades pessoais** - pausas necessárias na jornada de trabalho para o atendimento das necessidades fisiológicas e de comunicação pessoal dos trabalhadores.

Além das intervenções e atividades previstas no instrumento, seu teste clínico permitiu observar situações do cotidiano dos trabalhadores das USF que foram classificadas em:

- **Tempo de espera:** quando o trabalhador está em seu posto de trabalho disponível para o atendimento, aguardando o usuário e/ou profissional, que não está presente no momento da observação, seja por falta e/ou atraso do usuário, ausência de demanda ou o outro profissional está ocupado em outra atividade.
- **Ausente:** quando o profissional durante a jornada de trabalho ausenta-se para realizar atividades não relacionadas à USF, como atrasos e saídas antecipadas.
- **Não observado:** quando o observador de campo não consegue registrar a intervenção/atividade.

Assim, as intervenções e atividades foram agrupadas em 20 Intervenções de cuidado direto, 19 intervenções de cuidado indireto, 14 atividades associadas, 7 atividades pessoais e 1 tempo de espera. (Quadro 4)

Quadro 4 - Classificação das intervenções e atividades. Brasil– 2014

Intervenções	
Cuidado Direto	Cuidado Indireto
Administração de medicamentos	Ações educativas dos trabalhadores de saúde
Apoio ao médico	Apoio ao estudante
Assistência em exames/procedimentos	Avaliação de desempenho
Assistência na amamentação	Coleta de dados de pesquisa científica
Atendimento a demanda espontânea	Controle de Infecção
Consulta	Controle de suprimentos
Controle de doenças transmissíveis	Organização do processo de trabalho
Controle de eletrólitos	Desenvolvimento de processos e rotinas administrativas
Controle de imunização/vacinação	Desenvolvimento de protocolos de cuidados
Cuidados de urgência/emergência	Documentação
Desenvolvimento da saúde comunitária	Identificação de risco
Monitoração de sinais vitais	Interpretação de exames laboratoriais
Orientação quanto ao sistema de saúde	Mapeamento e territorialização
Procedimentos ambulatoriais	Referência e contrarreferência
Procedimentos coletivos	Reunião administrativa
Promoção de ações educativas	Reunião para avaliação dos cuidados multiprofissionais
Punção de vaso: amostra do sangue venoso	Supervisão dos trabalhadores da unidade
Transporte interinstitucional	Supervisão segurança
Vigilância em saúde	Troca de informações sobre cuidados de saúde
Visita domiciliar	
Atividades	
Associada	Pessoal
Atender telefone/ligar para outras unidades	Alimentação/hidratação
Verificar e-mails da unidade	Atender telefone/realizar ligação pessoal
Limpeza da unidade	Socialização com colegas
Agendamento de consulta	Leitura de jornal, revistas, internet
Agendamento de exames	Eliminações fisiológicas
Recepção	Confraternizações
Fornecimento de atestado de comparecimento	Outras atividades pessoais
Auditoria de prontuários	
Convocação de usuários com alteração nos resultados de exames	
Conferência de recebimento de resultado de exames	
Entrega de insumos aos usuários	
Pegar/procurar exames e prontuários	
Outras atividades associadas	
Organização de sala	
Tempo de espera	

Fonte: arquivo pessoal pesquisadora

3.2.1.2 Mensuração do tempo despendido em intervenções/atividades de enfermagem

O levantamento da frequência e do tempo despendido em intervenções/atividades pelos profissionais de enfermagem foi realizado considerando os princípios da técnica amostragem do trabalho.

3.2.1.2.1 Local do estudo

Em pesquisas de estudo de tempo, recomenda-se a realização da coleta de dados em serviços considerados de qualidade, pois, quando se propõe realizar o planejamento da força de trabalho, os melhores parâmetros para um planejamento adequado são buscados.

Quando um instrumento de medição é desenvolvido com base em uma prática limitada por uma série de problemas de recursos, há o risco do sistema desenvolvido não refletir com precisão o serviço real ditado pela necessidade da comunidade ⁽⁹⁴⁾.

Assim, na escolha do local de estudo, optou-se por uma amostra intencional, baseada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

No Brasil, o PMAQ é o primeiro programa de avaliação da qualidade da Atenção Básica, instituído pela Portaria 1.654 GM/MS, 19 de julho de 2011, pelo Ministério da Saúde, que vincula o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas Equipes de Atenção Básica (EAB). Ele está organizado em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização ^(95,96).

A avaliação realizada pelo programa é baseada em escores de três componentes: a realização da autoavaliação pela EAB (dez por cento do

total do escore), independente daquilo que se responda; o desempenho da EAB nos 24 indicadores monitorados durante toda a fase de desenvolvimento (20%), e a aplicação dos instrumentos de avaliação na terceira fase (70%) ^(95,96).

A fase de maior pontuação, terceira fase, consiste na avaliação externa, em que se realiza um conjunto de ações que averigua as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa ⁽⁹⁶⁾.

Todo o processo de avaliação externa é conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos ⁽⁹⁶⁾.

A terceira fase subdivide-se em duas dimensões ⁽⁹⁶⁾:

- I - Certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestões municipais participantes do PMAQ: avaliação do acesso e da qualidade das EAB participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes;
- II - Avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica não relacionada ao processo de certificação: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde EAB e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços.

No que diz respeito à verificação dos padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes, o processo de avaliação externa consiste na aplicação de um instrumento organizado em quatro grandes dimensões e subdimensões, alinhados aos padrões da autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (AMAQ), e suas

respectivas formas de verificação, que representam ou traduzem a qualidade esperada, como mostra os dados do quadro 5 ⁽⁹⁶⁾.

Quadro 5 – Quatro dimensões e subdimensões do instrumento do processo de avaliação externa. Fonte: Brasil, 2012. Saúde mais perto de você – Acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão municipal	Implantação e implementação da atenção básica no município
		Organização e integração da rede de atenção à saúde
		Gestão do trabalho
		Participação, controle social e satisfação do usuário
	Coordenação da Atenção Básica	Apoio Institucional
		Educação Permanente
		Gestão do monitoramento e avaliação- M A
	Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e equipamentos
		Insumos, imunológicos e medicamentos
Equipes	Perfil, processo de trabalho e atenção a saúde	Perfil da equipe
		Organização do processo de trabalho
		Atenção integral a saúde
		Participação, controle social e satisfação do usuário

Fonte: 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.

A certificação tem como base principal evidências constatadas por meio de documentos (atas, relatórios, instrumentos, prontuários etc.), de observação direta e outras fontes verificáveis, considerando também soluções locais e inovações que cumpram os objetivos vinculados ao padrão, sobretudo os relacionados aos processos de trabalho, não limitando à criatividade e pró- atividade das equipes e da gestão municipal ⁽⁹⁶⁾.

No processo de avaliação, para maior comparabilidade de desempenho entre equipes, foi considerada a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, bem como as diferenças dos municípios participantes e as especificidades de respostas demandadas aos sistemas locais de saúde e às EAB. Assim, na classificação de desempenho das equipes, cada município foi distribuído em diferentes estratos e comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato ⁽⁹⁶⁾.

Os municípios participantes foram distribuídos em seis estratos de certificação, considerando os aspectos: sociais, econômicos e demográficos, e foi elaborado um índice de zero a dez, composto por cinco indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) per capita (peso 2), Percentual da população com Plano de Saúde (peso 1), Percentual da população com Bolsa Família (peso 1), Percentual da população com extrema pobreza (peso 1) e Densidade demográfica (peso 1) ⁽⁹⁶⁾.

O índice elaborado varia de zero a dez, dentro dos cinco indicadores, e recebem diferentes pesos, considerando para cada município a menor pontuação entre o percentual da população com Bolsa Família e o percentual da população em extrema pobreza ⁽⁹⁶⁾.

O PIB per capita do ano de 2008 foi utilizado e realizada uma normalização em que foi atribuída uma pontuação de zero a cinco para a metade dos municípios com menores valores do PIB per capita e de cinco a dez para a outra metade ⁽⁹⁶⁾.

Os dados da densidade demográfica foram calculados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com forte variabilidade entre o menor e o maior valor. O percentual de extrema pobreza foi calculado pelo IBGE, com base no universo preliminar do censo de 2010, em que cada município obteve uma pontuação de zero a dez, de acordo com o percentual de pessoas que não está em extrema pobreza ⁽⁹⁶⁾.

O percentual do Bolsa Família foi informado pelo Ministério do desenvolvimento e combate à fome em 2010. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, de acordo com o percentual de pessoas que não recebem o Bolsa Família ⁽⁹⁶⁾.

Desse modo, os dados da figura 5 ilustram os estratos socioeconômico-demográficos de certificação e os critérios de inclusão dos municípios no PMAQ.

Figura 5 – Critérios de estratificação dos municípios.

Estrato 1	• Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
Estrato 2	• Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
Estrato 3	• Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
Estrato 4	• Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
Estrato 5	• Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
Estrato 6	• Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Fonte: 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.

A classificação dos municípios, conforme o estrato de certificação está disponível para consulta no site http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php

Com base avaliação externa, as equipes podem ser classificadas, conforme os dados da figura 6.

Figura 6 – Classificação das equipes de saúde da família segundo o desempenho programa PMAQ (adaptada). Brasil– 2014.

Fonte: 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.

Assim, para a seleção dos campos de pesquisa, consideraram-se as unidades de boas práticas, utilizando a classificação, conforme o desempenho PMAQ e os seguintes critérios de inclusão:

- Contemplar as cinco grandes regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul);

- Contemplar três municípios em cada região, preferencialmente, que não fossem na mesma unidade federativa;
- Ter desempenho ótimo na avaliação do PMAQ;
- Ter no mínimo, três USF com equipe completa (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista, técnico/auxiliar de saúde bucal); e
- Contemplar a distribuição das unidades selecionadas entre todos os estratos.

O processo de seleção do campo de pesquisa foi realizado em dois momentos: levantamento dos municípios e inclusão do município como campo de coleta de dados.

No primeiro momento, realizou-se o levantamento dos municípios, durante duas oficinas de trabalho com representantes do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde onde foram apontados 15 estados e 30 municípios distribuídos nas cinco regiões do país, que contemplavam no total 194 USF, com equipe de saúde da família completas, consideradas de desempenho ótimo pelo PMAQ.

No segundo momento seguiu-se o protocolo de entrada no campo de pesquisa, conforme ilustra a figura 7.

Figura 7 - Protocolo de entrada no campo de pesquisa.

Após esses procedimentos, foi possível proceder a coleta de dados, durante o período entre março e outubro de 2013, nas cinco regiões geográficas, em 10 estados, 12 municípios e 27 USF, distribuídas conforme os dados do quadro 6.

Quadro 6 - Distribuição dos municípios selecionados como campo de pesquisa, segundo região, estado e estratos socioeconômico-demográficos. Brasil – 2012.

Região	Estado	Estrato		
		1 a 4	5	6
Sul	PR			SU02
	SC			SU01
Sudeste	SP			SE01
	MG	SE02		
Centro-oeste	MS			CO01
	MS	CO03		
	GO	CO02		
Norte	AM	NO01		
	RO		NO02	
Nordeste	CE	NE02		
	PE			NE03
	CE		NE01	

Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

3.2.1.2.2 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem das USF que estavam presentes no momento da coleta e consentiram participar da pesquisa.

Os enfermeiros que estavam atuando, exclusivamente na função de gerentes das unidades, foram excluídos da amostra.

3.2.1.2.3 Observadores de campo

Os critérios utilizados para a seleção dos observadores de campo foram:

- Ser enfermeiro;
- Ter disponibilidade para viajar;
- Participar do treinamento teórico e prático, com bom desempenho.

A busca dos observadores ocorreu por meio de indicação dos professores participantes da pesquisa e o contato deu-se via e-mail.

A. Treinamento

O programa do treinamento foi estruturado com carga horária de 20 horas durante três dias para o grupo A e dois dias para o grupo B.

O treinamento foi desenvolvido segundo o programa apresentado no quadro 7.

Para o grupo B, o momento de discussão foi realizado logo após o treinamento prático, o que propiciou uma discussão mais efetiva, visto que as situações vivenciadas estavam mais nítidas para os participantes.

Quadro 7 - Atividades realizadas durante o treinamento dos observadores de campo. Brasil-2012

Dia		Atividade
Dia 1	Teórico (8h)	<p>Realizado na Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da pesquisa; • Apresentação do objetivo e metodologia; • Apresentação do instrumento de coleta de dados; • Discussão de cada intervenção do instrumento, bem como suas particularidades e situações em que são observadas com maior frequência; • Apresentação do material utilizado na coleta; e • Treinamento do uso do tablet.
Dia 2	Prático (8h)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizado em duas USF na cidade de São Paulo, compostas por seis ESF. • Em duplas os observadores realizaram a observação a cada 10 min de dois profissionais e registravam no instrumento informatizado no tablet. Na primeira hora, a dupla foi acompanhada pela pesquisadora para o esclarecimento de dúvidas, discussão da atividade observada versus intervenção do instrumento; direcionamento para o reconhecimento da atividade-fim para as situações em que o profissional estava realizando várias atividades ao mesmo tempo e direcionando a melhor maneira e postura durante os momentos de observação. • Foi solicitado que as situações de maior dúvida ou conflito, entre as duplas durante a escolha da intervenção fossem anotadas para discussão posterior em grupo.
Dia 3	Discussão (4h)	<ul style="list-style-type: none"> • Foi solicitado que cada dupla apresentasse a situação ou intervenção que causou maior dúvida no momento da observação; e • Discussão em grupo sobre qual a decisão mais correta e esclarecimento do conceito de cada intervenção e as regras para tomada de decisão entre as intervenções, respeitando as peculiaridades dos conceitos.

Fonte: arquivo pessoal pesquisadora

Durante o treinamento, optou-se por não realizar o teste de confiabilidade entre observadores, pois considerou-se, assim como em outros estudos, que nesse momento é mais apropriado realizar um trabalho mais próximo aos observadores de campo e proporcionar a abordagem com o instrumento de coleta de dados ⁽⁸⁰⁾.

Participaram do treinamento: grupo A – nove enfermeiros (sete gênero feminino, dois gênero masculino, sete recém-formados, uma com

residência em saúde da família, uma doutoranda e uma mestranda) e duas cirurgiãs dentistas; grupo B – oito enfermeiros (sete gênero feminino, um do gênero masculino, sete recém formados e uma com residência em saúde da família) e um cirurgião dentista. Ambos os treinamentos foram realizados pela pesquisadora.

Durante o treinamento, o desempenho de cada participante foi avaliado considerando a habilidade do observador de campo com o instrumento, a atenção no momento da observação em campo, sua postura e relacionamento profissional entre os membros do grupo. Isto subsidiou a elaboração das escalas e a formação das equipes de coleta de dados de acordo com as particularidades de cada campo de coleta de dados.

Assim, participaram efetivamente da coleta de dados 16 observadores que possuíam a seguinte caracterização de acordo com os dados da tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos observadores de campo – Brasil, 2012

Observadores	N	%
	16	100
Gênero		
Feminino	14	87,5
Masculino	2	12,5
Idade		
20 a 25 anos	10	62,5
25 a 30 anos	3	18,7
30 a 35 anos	1	6,2
40 a 45 anos	1	6,2
45 a 55 anos	1	6,2
Escolaridade		
Graduação		
Enfermagem	13	81
Odontologia	3	19
Tempo de formação		
menor de 1 ano	7	43,75
de 1 a 5 anos	6	37,50
de 5 a 10 anos	1	6,2
maior de 10 anos	2	12,5
Pós-graduação		
Residência em saúde da família e/ou saúde coletiva	2	12,5
Mestrado	1	6,2
Mestrado em andamento	2	12,5
Outra especialização	5	31,2
Experiência Profissional		
de 1 a 5 anos		
Atenção Primária á saúde e/ou Unidade de Saúde da Família	2	12,5
Consultório odontológico	1	6,2
Outros	2	12,5
Mais de 10 anos		
Consultório odontológico	2	12,5

Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

Os cirurgiões dentistas foram treinados para realizar a coleta de dados e observação somente relativa aos cirurgiões dentistas e técnico/auxiliar de saúde bucal, foco do projeto maior. Os enfermeiros foram treinados para realizar observação de todos os profissionais (enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, médico, agente comunitário de saúde, cirurgião dentista e técnico/auxiliar de saúde bucal).

3.2.1.2.4 Dinâmica da coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizada uma visita ao campo por um enfermeiro mestrando e com experiência como observador em coletas de dados anteriores. Para a visita seguiu-se um check list de informações que deveriam ser levantadas nos campos de coleta (Apêndice AD).

O objetivo da visita ao campo foi apresentar a pesquisa aos trabalhadores das equipes das USF e realizar uma avaliação prévia das condições das USF (estrutura física, acesso da equipe, equipe disponível para a semana da coleta), bem como a logística de transporte, alojamento e alimentação para o grupo de observadores de campo.

Preconizou-se a obrigatoriedade da realização da visita, anteriormente à entrada no campo, pois, dessa maneira, os trabalhadores passariam a conhecer o objetivo do trabalho e teriam maior clareza de como seria a coleta de dados e quais instrumentos seriam utilizados, sendo uma estratégia para diminuir a possibilidade de mudança de comportamento do profissional durante a observação e estimular um maior número de trabalhadores a participar da pesquisa ⁽⁷⁰⁾.

Durante a visita, foi esclarecido aos trabalhadores das USF que, em nenhum momento seria realizada avaliação da qualidade do serviço prestado, pois partiu-se do princípio de que esta variável já tinha sido

avaliada pelo PMAQ e a unidade em foco era considerada de excelência. Durante toda a coleta, esta premissa foi reforçada.

Em estudo piloto de observação sobre como as enfermeiras distribuíam seu tempo clínico em atendimento domiciliar, os autores também lembravam aos participantes que o foco era apenas na frequência de desempenho das atividades de atendimento e não na avaliação de sua qualidade, para assim, minimizar a reatividade dos trabalhadores ⁽⁷⁹⁾.

A visita prévia foi a fonte de informação que subsidiou o planejamento da escala dos observadores de campo, pois para sua elaboração foram considerados: número de profissionais disponíveis para serem observados, período de funcionamento da unidade e estrutura física (unidade plana ou com andares).

Assim, a escala mínima de observadores para o campo, considerando uma equipe mínima de trabalhadores da USF foi: um supervisor, um observador para seis e até 10 profissionais a depender da categoria profissional e um observador para o consultório dentário.

Na literatura, estudo piloto realizado em unidade de neuroreabilitação, utilizando amostragem do trabalho, apontou ser considerada possível uma escala de 10 a 12 enfermeiros, por observador, com observação a cada 5 minutos ⁽⁸⁰⁾.

Buscou-se priorizar escalas em que o observador acompanhava a mesma categoria profissional e os mesmos profissionais durante o período de coleta, em razão do grande número de observações que são tomadas na técnica de amostragem do trabalho, acredita-se que a utilização de poucos observadores diminui o risco de reatividade dos trabalhadores e desconforto pela presença dos observadores ⁽⁷⁹⁾.

Para o presente estudo, optou-se por utilizar observações com intervalos fixos de 10 minutos em todo o período de funcionamento da USF, durante cinco dias de uma semana típica de trabalho.

Os observadores não estabeleceram contato prévio com os profissionais. As observações foram não participativas e o profissional somente era questionado sobre a atividade quando o observador não tinha clareza da atividade realizada pelo trabalhador.

Durante as rodadas de observação é recomendável que o observador deixe a área observada, imediatamente, após a conclusão de cada observação ⁽⁷⁹⁾.

Assim, os observadores com frequência ficavam nos corredores das unidades, local considerado ideal para o distanciamento dos profissionais e ainda possibilitava o acompanhamento do fluxo dos profissionais, bem como a visualização da troca ou permanência do mesmo usuário durante mais de uma rodada.

Para as intervenções externas à USF, como a visita domiciliar ou grupos na comunidade, o observador não acompanhou o trabalhador, apenas registrou o período em que permaneceu na intervenção realizada. Para melhor controle foi solicitado ao trabalhador que comunicasse a seu observador, o momento em que iria se ausentar da unidade e o momento de retorno.

Outro aspecto estabelecido, assim como em outros estudos, foi que para a situação em que o profissional estava caminhando pelo corredor no momento da anotação, o observador deveria acompanhar o profissional até a realização da atividade subsequente ou interação com outro profissional, ou equipamento, pois não foi considerado andar pelo corredor como uma atividade ^(80,89).

Para identificar as subcategorias da intervenção - documentação, em alguns momentos foi necessário abordar o trabalhador para o esclarecimento sobre no que consistiu o registro em execução. Outra intervenção que requereu maior atenção do observador foi durante o momento de troca de informações entre os profissionais da unidade.

Para atividades de grupos, reunião e consulta, o observador não participou da atividade, ou seja, não ficou dentro da sala com o trabalhador, pois considerou-se a informação fornecida pelo trabalhador, checando a cada rodada de observação se o trabalhador mantinha-se na mesma atividade relatada.

Conversas entre os profissionais dentro dos consultórios foram assumidas como de natureza profissional ⁽⁸⁹⁾.

Outro aspecto importante foi a identificação quando a intervenção mantinha-se em realização no mesmo usuário em mais do que uma rodada de observação, para tanto, utilizou-se da letra U, com a codificação da intervenção. Isso possibilitou uma análise mais próxima das variações de tempos mínimos e máximos despendidos nas intervenções.

O material disponibilizado aos pesquisadores e de uso obrigatório foi composto por: avental com identificação “pesquisador”, crachá e *tablet*. Estudo aponta a importância do uso de grandes *botons*, indicando que eles são pesquisadores em coleta de dados ⁽⁶⁷⁾.

Todos os observadores de campo tinham direito a uma hora de almoço e coberturas do supervisor para lanches durante o período de coleta. Além disso, o número de trabalhadores observados foi pensado considerando que entre as rodadas de observação é possível um breve descanso.

Toda equipe de coleta foi composta por um supervisor. O supervisor foi um observador que participou do treinamento e que já havia participado da coleta de dados com amostragem do trabalho, apresentando habilidade com o instrumento, bem como na aplicação da técnica de coleta de dados e liderança do grupo.

No campo de coleta, o supervisor atuou como facilitador, pois foi responsável pela rerepresentação da pesquisa no primeiro dia de campo, bem como pelo esclarecimento de dúvidas dos profissionais e inserção dos observadores na rotina da equipe. Além disso, foi responsável por realizar o

relatório da coleta na unidade, levantar dados de produção da USF, assegurar o bom andamento da coleta, gerenciar conflitos entre os observadores e realizar o teste de confiabilidade (Apêndice AE).

O papel do supervisor também foi utilizado em outros estudos, em que um membro da equipe de coleta de dados foi designado, como líder da equipe de pesquisa para cada unidade. Esta pessoa era responsável por analisar se todos os instrumentos de coleta de dados estavam completos e garantir que a coleta de dados ocorresse no horário ⁽⁶⁷⁾.

Realizou-se o teste de confiabilidade entre os observadores diariamente, no mínimo por uma hora com cada observador. Para isso, o supervisor acompanhava simultaneamente com o observador a rodada de observação e cada um anotava em seu *tablet* o código da intervenção. Quando o supervisor notou que o observador não estava com a compreensão e interpretação correta da intervenção/atividade foi realizada a discussão, orientação e esclarecimento, após finalizada a anotação. A mesma técnica de confiabilidade com verificação no local foi utilizada em estudo na Austrália ao longo da coleta de dados ⁽⁷²⁾.

3.2.1.2.5 Produtividade

A produtividade dos enfermeiros e técnicos/auxiliar de enfermagem foi analisada considerando:

- **Produtividade real (PR):** O percentual de tempo de trabalho que o profissional despende em intervenções de cuidado direto e indireto e em atividades associadas ao trabalho.

$\text{PR} = \text{frequência de intervenções (cuidado direto e indireto)} + \text{frequência das atividades associadas ao trabalho}$

- **Tempo potencial (TP):** Tempo de trabalho no qual o profissional não está utilizando em benefício do usuário/família/comunidade, mas tem o potencial para ser utilizado.

$$\text{TP} = \text{frequência do tempo de espera} + \text{frequência do tempo de ausência}$$

- **Produtividade potencial (PP):** é a produtividade que poderia ser atingida pelo profissional, considerando o tempo potencial.

$$\text{PP} = \text{PR} + \text{PT}$$

3.2.1.2.6 Cálculo do tempo

Dentre os métodos de dimensionamento de profissionais de enfermagem apresentados na literatura, considera-se que o método proposto pela OMS (2010) ⁽⁶⁰⁾, denominado *WISN* seja o mais adequado para o planejamento da força de trabalho em APS.

Para proceder o cálculo seguindo esse método, os tempos foram calculados, conforme a classificação das intervenções apresentada na figura 7.

Figura 7 - Classificação das intervenções em padrão, de suporte e adicionais segundo método WISN. Brasil– 2014.

<p>Intervenções padrão (<i>Health service activities</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • intervenções/atividades de saúde realizadas por todos os membros de uma categoria profissional que identifica a especificidade do trabalho e que geralmente são registradas.
<p>Intervenções/ atividades de suporte (<i>Support activities</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • aquelas intervenções que complementam as atividades de saúde, realizadas por todos os membros de uma categoria profissional e que não são geralmente registradas.
<p>Intervenções/ atividades adicionais (<i>Additional activities</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • intervenções que complementam as atividades de saúde, realizadas por alguns membros de uma categoria profissional e cujas estatísticas não são registradas regularmente.

Fonte: Adaptado dos conceitos descritos em WISN: User's manual ⁽⁶⁰⁾

Dessa forma, as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem foram classificadas, conforme os dados do quadro 8.

Quadro 8 – Classificação das intervenções/atividades segundo a classificação intervenções/atividades padrão, intervenções/atividades de suporte e intervenções/atividades adicionais, propostas pelo WISN. Brasil– 2014.

Categoria profissional		Enfermeiro	Técnico/Auxiliar de enfermagem
Grupo de Carga de trabalho		Componente da Carga de trabalho	
Intervenções padrão (Health service activities)		07 - Atendimento à demanda espontânea	02 - Administração de medicamentos
		10 - Consulta	05 - Assistência em exames/procedimentos
		27 - Procedimentos ambulatoriais	07 - Atendimento a demanda espontânea
		29 - Promoção de ações educativas	13 - Controle de imunização/vacinação
		39 - Visita domiciliar	25 - Monitorização de sinais vitais
			27 - Procedimentos ambulatoriais
			29 - Promoção de ações educativas
			30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso
			39 - Visita domiciliar
Intervenções/atividades de suporte (Support Activities)		02 - Administração de medicamentos	04 - Apoio ao médico
		04 - Apoio ao médico	06 - Assistência na amamentação
		05 - Assistência em exames/procedimentos	12 - Controle de eletrólitos
		06 - Assistência na amamentação	14 - Controle de infecção
		08 - Avaliação de desempenho	15 - Controle de suprimentos
		11 - Controle de doenças transmissíveis	16 - Organização do processo de trabalho
		13 - Controle de imunização/vacinação	17 - Cuidados de urgência/emergência
		14 - Controle de infecção	18 - Desenvolvimento da saúde comunitária
		15 - Controle de suprimentos	
		16 - Organização do processo de trabalho	19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas
		17 - Cuidados de urgência/emergência	21 - Documentação
		19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	22 - Identificação de risco
		21 - Documentação	24 - Mapeamento e territorialização
		22 - Identificação de risco	26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde
		23 - Interpretação de dados laboratoriais	31 - Referência e contrarreferência
		24 - Mapeamento e territorialização	32 - Reunião administrativa
		25 - Monitorização de sinais vitais	33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais
		26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	34 - Supervisão dos trabalhos da unidade
		30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	35 - Supervisão segurança
		31 - Referência e contrarreferência	36 - Transporte institucional
			37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde
		32 - Reunião administrativa	38 - Vigilância em saúde
		33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	Atividades associadas
		34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	
		35 - Supervisão segurança	
		37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	
		38 - Vigilância em saúde	
		Atividades associadas	
Intervenções/atividades adicionais (Additional activities)		01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde
		03 - Apoio ao estudante	03 - Apoio ao estudante

Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

Para os cálculo do tempo e da frequência das intervenções/atividades foram realizados os seguintes ajustes:

- O tempo de espera foi distribuído proporcionalmente (rateado) entre as intervenções que prevêm situações de espera pelo usuário em atraso, faltante ou quando o profissional está escalado para aquele tipo de atendimento, como é o caso comum na sala de imunização. As intervenções rateadas foram: 05 – Assistência em exame/procedimento, 07 – Atendimento à demanda espontânea, 10 – Consulta, 13 – Controle de imunização/vacinação, 27 – Procedimentos ambulatoriais e 39 – Visita domiciliar.
- O tempo pessoal observado na unidade foi distribuído entre todas as intervenções e atividades associadas, tendo em vista que a literatura mostra a importância desse tempo para questões referentes à saúde do trabalhador, bem como à satisfação.

A- Cálculo do tempo de intervenções padrão

Para o cálculo do tempo de cada intervenção padrão, segundo a categoria profissional, foram utilizadas as seguintes equações:

Equação 1:

$$TO = NO \times 10 \text{ min}$$

TO = Tempo Observado de cada intervenção/atividade;

NO = Número de amostras observadas.

*10 minutos se refere ao intervalo de tempo utilizado na técnica de amostragem do trabalho.

Equação 2:

$$\overline{TP}_i = \frac{TO_i + TER_i + TPR_i}{NO_i}$$

Onde:

$\overline{TP}_i$ = Tempo médio padrão da intervenção i ;

TO_i = Tempo observado total da intervenção i ;

TER_i = Tempo de espera rateado na intervenção i ;

TPR_i = Tempo pessoal e rateado na intervenção/atividade i ;

NO_i = Número de observações da intervenção i .

Para as intervenções: ações de educativas dos trabalhadores de saúde; administração de medicamentos; apoio ao médico; assistência exames/procedimentos; assistência na amamentação; atendimento à demanda espontânea; consulta; controle de imunização/vacinação; cuidado de urgência/emergência; procedimentos ambulatoriais; promoção de ações educativas; punção de vaso: amostra de sangue venoso; reunião administrativa; reunião para avaliação dos cuidados multidisciplinares; vigilância em saúde e troca de informações sobre cuidados de saúde; a variável NO_i correspondeu ao número de registros considerando o mesmo usuário ou a mesma atividade, ou seja, a frequência da intervenção e não da amostra. Por exemplo, durante 40 minutos foi observada a realização de uma consulta com o mesmo usuário, sendo computado, apenas, uma e não quatro observações.

Para a intervenção visita domiciliar, o NO_i considerado referiu-se ao número de visitas realizadas e não ao número de amostras observadas, para uma melhor avaliação do tempo médio dessa intervenção. Este dado foi obtido por meio de registros da produção por trabalhador, realizado pelo supervisor de campo por meio da indicação do número de casas visitadas, após o retorno do trabalhador à USF.

Para o tempo das intervenções padrão, foram estimados os valores do intervalo de confiança ao nível de 95% do parâmetro tempo.

B. Cálculo do tempo de intervenções/atividades de suporte e adicionais

Para as intervenções/atividades de suporte e adicionais, foi calculada a distribuição percentual de tempo na realização de intervenção/atividade, durante a jornada de trabalho.

$$FI (\%) = TO + RTE + RAP$$

- FI* = Percentual de tempo das intervenções/atividades de suporte e adicionais;
- TO* = Tempo observado de cada intervenção/atividade;
- RTE* = Rateio do tempo de espera atribuído às intervenções: assistência em exames/procedimentos; atendimento à demanda espontânea; consulta; controle de imunização/vacinação; procedimentos ambulatoriais e visita domiciliar.
- RAP* = Rateio do tempo pessoal atribuído às intervenções e atividades associadas observadas.

3.2.2 Aplicação dos parâmetros de carga de trabalho no método de dimensionamento *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN) para os trabalhadores de enfermagem

Os indicadores de tempo médio relativo e a cada intervenção de cuidados diretos e indiretos, as atividades associadas ao trabalho, bem como o tempo pessoal obtidos neste estudo, foram aplicados no método de dimensionamento WISN, com a finalidade de testar a utilização desses indicadores no cálculo da carga de trabalho dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem em USF e do quadro de trabalhadores de enfermagem resultante.

Para a aplicação do método *WISN* é recomendada a realização de um conjunto de oito etapas sequenciais ⁽⁶⁰⁾:

I. Definição da categoria profissional prioritária e o tipo de unidade de saúde

Pode se aplicar a todas as categorias de profissionais de saúde e a todos os tipos de unidades ⁽⁶⁰⁾. Neste estudo, foram analisados os trabalhadores de enfermagem de USF.

II. Cálculo do Tempo de Trabalho Disponível (TTD)

O TTD refere-se ao tempo que um trabalhador de saúde tem disponível em um ano para realizar seu trabalho, descontando-se as ausências previstas (férias e feriados) e não previstas (licenças médicas e treinamento). Pode ser expresso em dias ou horas por ano ⁽⁶⁰⁾.

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

Em que :

- TTD* = tempo de trabalho disponível por profissional;
A = número de dias de trabalho possíveis em um ano (obtidos pela multiplicação do número de semanas em um ano (52) pelo número de dias de trabalho em 1 semana);
B = número de dias de ausência em razão de feriados em um ano;
C = número de dias de ausência em razão de férias em um ano;
D = número de dias de ausência em razão de licença de saúde em um ano;
E = número de dias de ausência em razão de outras licenças, tais como treinamento, em um ano.
F = número de horas trabalhadas em 1 dia.

III. Definição dos componentes da carga de trabalho

Esta etapa consiste em definir as atividades de trabalho que ocupam a maior parte do tempo diário desses profissionais, sendo considerados os componentes da carga de trabalho, as atividades mais importantes na agenda

diária de um profissional de saúde, sabendo que cada componente tem sua necessidade específica de tempo ⁽⁶⁰⁾.

Autores do método apontam que para a maior parte das categorias profissionais, são suficientes, em geral, quatro a cinco atividades registradas, e três a quatro atividades complementares da categoria, porque elas ocupam a maior parte do tempo de trabalho diário ⁽⁶⁰⁾.

“ [...] Adicionar componentes de carga de trabalho que são realizados em pouco tempo fará pouca diferença para o cálculo final dos profissionais necessários. Uma lista detalhada dos componentes de carga de trabalho, naturalmente, melhora a precisão dos resultados finais, mas também aumenta o custo de aplicação. A precisão acrescida raramente compensa o aumento do custo em termos de tempo e esforço” ⁽⁶⁰⁾.

As intervenções foram agrupadas em três componentes da carga de trabalho, como são descritas na figura 7 e no quadro 8. Considerou-se ainda que as intervenções associadas são atividades de suporte; o tempo das atividades pessoais foi rateado em todas as intervenções e o tempo de espera nas intervenções específicas a este. O tempo de ausência não foi considerado para o cálculo de pessoal.

IV. Estabelecimento dos Padrões de Serviço

Esta etapa consiste em calcular o tempo que as categorias profissionais têm disponível para trabalhar em um ano, determinando quanto tempo de trabalho cada categoria leva se tiver bom desempenho. Isso significa desenvolver padrões de serviço ⁽⁶⁰⁾.

“Padrão de Serviço: é o tempo necessário para um profissional treinado, qualificado e motivado realizar uma atividade com padrões profissionais satisfatórios, nas condições e circunstâncias de cada unidade ⁽⁶⁰⁾”.

Dois padrões de serviço são descritos considerados separadamente, pois o cálculo ocorre de forma diferente:

▪ **Padrão de Atividade**

“É o tempo padrão dos atendimentos realizados e registrados rotineiramente” ⁽⁶⁰⁾.

É o tempo médio que um profissional de saúde necessita para realizar a atividade, considerando que a estimativa de tempo deve incluir o tempo necessário para concluir todos os trabalhos relacionados com a atividade de serviços que está sendo realizada. Assume-se, também, que um profissional de saúde é bem treinado, qualificado e está motivado, assim, o tempo que ele gastará em uma atividade estará relacionado com a qualidade do serviço prestado ⁽⁶⁰⁾.

▪ **Padrão de ajuste**

“É o tempo padrão para atividades que não são registradas regularmente” ⁽⁶⁰⁾.

Faz parte do padrão de ajuste as intervenções/atividades dos dois componentes da carga de trabalho: intervenções/atividades de suporte e intervenções/atividades adicionais. Logo, são as atividades cujas estatísticas nem sempre estão disponíveis.

O padrão de ajuste é classificado em:

- Padrão de Ajuste da Categoria (PAC): *ajuste de tempo utilizado para atividades realizadas por todos os membros de uma determinada categoria profissional* ⁽⁶⁰⁾.

Nessa etapa os tempos podem ser expressos como tempo de trabalho efetivo ou como uma porcentagem do tempo de trabalho. Recomenda-se:

- a) Fazer uma lista das atividades de suporte não registrada, realizada pela categoria profissional que está sendo estudada;
- b) Anotar o tempo ocupado por cada uma delas;
- c) Converter o tempo real em um percentual de tempo de trabalho para cada atividade relacionada;

- d) Somar todos os percentuais para obter o percentual total de PAC⁽⁶⁰⁾.

Para as etapas b e c foram utilizadas as frequências observadas neste estudo, conforme a categoria profissional.

- Padrão de Ajuste Individual (PAI): *ajuste de tempo utilizado para atividades realizadas por alguns membros de uma determinada categoria profissional*⁽⁶⁰⁾. Para isso, é necessário:
 - a) Anotar o número de profissionais da categoria que realiza cada intervenção e o tempo despendido por eles;
 - b) Multiplicar o número de profissionais da categoria pelo tempo que a atividade demanda em um ano; repetir para cada atividade da carga de trabalho;
 - c) Somar os resultados, para calcular o PAI total em 1 ano⁽⁶⁰⁾.

As distribuições percentuais e os tempos médios das intervenções propostas por este estudo foram usadas, conforme a categoria profissional.

Os autores consideram que as atividades realizadas, apenas por alguns membros da equipe, não ocupam muito tempo de trabalho anual disponível da categoria⁽⁶⁰⁾.

V. Definição das Cargas de Trabalho Padrão

A carga de trabalho padrão “é a quantidade de trabalho de uma atividade registrada que um profissional de saúde pode realizar em um ano, se o tempo de trabalho total for gasto apenas nessa atividade”⁽⁶⁰⁾.

Ao aplicar-se esta carga de trabalho padrão para o trabalho anual realizado em uma unidade de saúde, irá mostrar quantas pessoas em cada categoria serão necessárias para a realização da carga de trabalho relatados⁽⁹⁷⁾.

Seu cálculo dependerá se o padrão da atividade for expresso em tempo unitário da atividade ou como razão de atendimentos, podendo ser assim apresentado:

➤ **Carga de trabalho padrão** = TTD em um ano dividido pelo tempo unitário da atividade ⁽⁶⁰⁾

ou

➤ **Carga de trabalho padrão** = TTD em um ano multiplicado pela razão de atendimentos ⁽⁶⁰⁾

VI. Cálculo dos Fatores de Ajuste

Para os componentes da carga de trabalho cujas estatísticas de rotina são coletadas e disponibilizadas anualmente, por meio das cargas de trabalho padrão é possível saber quanto trabalho um profissional de saúde poderá realizar em 1 ano em relação a todas as intervenções/atividades dos serviços de saúde ⁽⁶⁰⁾.

Contudo, para os componentes da carga de trabalho, de suporte e adicionais, ou seja, as intervenções/atividades que os trabalhadores realizam, mas não são registradas rotineiramente, é necessário converter os padrões de ajustes, anteriormente calculados, em fatores de ajuste, de acordo com duas equações ⁽⁶⁰⁾:

A. Fator de ajuste da categoria (FAC)

O Fator de Ajuste da Categoria (FAC) é a expressão numérica utilizada para considerar, no cálculo de uma determinada categoria profissional, as intervenções/ atividades não registradas realizadas por todos os membros ⁽⁶⁰⁾.

$$FAC = 1 / [1 - (Total\ PAC / 100)]$$

FAC = fator de ajuste da categoria
PAC = padrão de ajuste da categoria

O total *PAC* utilizado foi a soma das frequências das intervenções/atividades de suporte observadas neste estudo.

B. Fator de ajuste individual (FAI)

O Fator de Ajuste Individual (FAI) é a expressão numérica utilizada para considerar, no cálculo de uma determinada categoria profissional, as atividades não registradas realizadas por alguns membros⁽⁶⁰⁾.

O FAI mostra quantos equivalentes de tempo integral (ou que proporção do tempo dos membros da categoria profissional) são necessários para cobrir o tempo utilizado para atividades complementares de alguns membros da categoria. O FAI não é um multiplicador, é um fator adicionado ao número total de pessoal necessário na etapa final do método⁽⁶⁰⁾.

Para calcular o FAI, deverá ser dividido o Padrão de Ajuste Individual (PAI) total anual pelo Tempo de Trabalho Disponível (TTD)⁽⁶⁰⁾.

VII. **Determinação das necessidades de pessoal com base no método**

Para determinar o número de trabalhadores, é necessário lidar com todos os componentes da carga de trabalho. Para isso, é preciso ter acesso às estatísticas do ano anterior de todas as unidades de saúde cuja necessidade de pessoal será calculada. São necessários dados para cada intervenção/atividade dos serviços de saúde para a qual foi determinada uma carga de trabalho padrão.

Para o cálculo do número total de trabalhadores necessário recomenda-se:

- a) **Para as intervenções padrão:** divide-se cada componente da carga de trabalho (cujos dados serão obtidos com base nas estatísticas de atendimento anual) pela respectiva carga de trabalho padrão. Isto dará o número de profissionais de saúde de que se necessita para a atividade nessa unidade de saúde. Acrescenta-se as necessidades de todos os componentes de carga de trabalho em conjunto. A resposta que obtiver será a necessidade de pessoal total para todas as intervenções/atividades dos serviços de saúde ⁽⁶⁰⁾.
- b) **Para as atividades de suporte:** multiplica-se a resposta obtida (a necessidade de pessoal das atividades de serviços de saúde) pelo Fator de Ajuste da Categoria. Isto dará o número de profissionais de saúde necessários para todas as intervenções/atividades dos serviços de saúde e intervenções/atividades complementares da categoria ⁽⁶⁰⁾.
- c) **Para as intervenções/atividades adicionais (realizadas por alguns membros da categoria profissional),** adicionar o Fator de Ajuste Individual à necessidade de pessoal calculada ⁽⁶⁰⁾.

Assim,

$$\text{Necessidade de trabalhadores total baseada WISN} = \text{Intervenções/Atividades registradas} \times \text{Fator de ajuste da categoria} + \text{Fator de ajuste individual}$$

Para o cálculo do número de trabalhadores de enfermagem em USF, foi utilizado o número de usuários da área adscrita, de acordo com a intervenção/atividade e não somente a produção, pois acredita-se que o cálculo baseado na produção da unidade reflete o que aquele número de profissionais está conseguindo produzir, a demanda que está sendo atendida, e não necessariamente o que deveria produzir. Assim, se o cálculo for realizado baseado na população adscrita da USF será possível incluir,

inclusive, a demanda reprimida, e assim, a projeção do número de trabalhadores ficará mais próxima do que a população necessita, em relação ao número de atendimentos disponíveis.

Finaliza-se o cálculo, considerando que o resultado será o número de trabalhadores necessário para cada unidade para dar conta de todos os componentes de carga de trabalho da categoria ⁽⁶⁰⁾.

O total final da necessidade de trabalhadores pode ser uma fração, que precisa ser arredondada para um número inteiro. Recomenda-se:

- – 1,1 é arredondado para baixo 1 e >1,1 – 1,9 é arredondado para cima 2
- – 2,2 é arredondado para baixo 2 e >2,2 – 2,9 é arredondado para cima 3
- – 3,3 é arredondado para baixo 3 e >3,3 – 3,9 é arredondado para cima 4
- – 4,4 é arredondado para baixo 4 e >4,4 – 4,9 é arredondado para cima 5
- – 5,5 é arredondado para baixo 5 e >5,5 – 5,9 é arredondado para cima 6

VIII. Análise e interpretação dos resultados

Após o cálculo do número de trabalhadores necessários, é possível realizar dois tipos de análises:

- **Diferença:** ao comparar a diferença entre os níveis de pessoal atual e necessário, identificam-se as unidades de saúde que estão com falta ou excesso relativo de pessoal ⁽⁶⁰⁾; e
- **Razão:** ao 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 ⁽⁶⁰⁾.

Na primeira análise, verifica-se a diferença entre o número de pessoal atual e o necessário. Na segunda, examina-se a relação entre esses dois números por meio de uma razão próxima, no qual se considerou próximo de um (~ 1) o quadro de pessoal atual que está em equilíbrio com as demandas de pessoal para a carga de trabalho da unidade de saúde; uma razão maior que um (>1) evidencia excesso de pessoal em relação à carga de trabalho e, por outro lado, uma razão inferior a um (<1) indica que o número atual de profissionais é insuficiente para lidar com a carga de trabalho. Portanto, quanto menor a razão maior será a pressão no trabalho ⁽⁶⁰⁾.

O resultado da diferença entre o número real e o calculado de profissionais de saúde mostra a falta ou excesso de pessoal para determinada categoria profissional, em uma determinada unidade de saúde. A razão entre número real e o número necessário de profissionais é a medida da pressão de carga de trabalho à qual a equipe está submetida (positiva negativa ou equilibrada) ⁽⁶⁰⁾.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em banco de dados construído para a pesquisa. Para as variáveis quantitativas foram realizadas medidas de tendência central (médias), de dispersão (desvio-padrão) e descritos os valores máximos e mínimos.

Os dados foram, estatisticamente, analisados por estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos e considerando-se o total das USF amostradas no Brasil, com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das USF, bem como propiciar parâmetros de tempo que possam ser aplicados, em diferentes realidades.

Os intervalos de confiança obtidos, no nível de 95%, para os parâmetros tempos encontrados nos estratos de 1 a 4, estrato 5 e estrato 6 foram comparados com os correspondentes intervalos de confiança dos

mesmos parâmetros obtidos para o total das USF do Brasil mediante o teste da diferenças das médias.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (n. 170278). (Anexo 1)

Após o esclarecimento dos objetivos do estudo e anuência dos profissionais, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice AF) em duas vias para ser assinado, livremente pelos mesmos.

Garantiu-se o anonimato, sigilo e informado que os dados destinam-se somente para fins científicos, cujos resultados serão publicados em periódicos especializados e divulgados em eventos científicos.

A cada participante foi assegurado o direito de desistir de participar da pesquisa sem nenhum tipo de prejuízo. Todos os procedimentos seguiram as diretrizes traçadas pela Resolução n° 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde ⁽⁹⁸⁾.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados foram organizados e apresentados em duas partes que se subdividem em:

4.1 PARTE 1: IDENTIFICAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM USF

4.1.1 Instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em USF

O instrumento utilizado para a coleta de dados é composto por 39 intervenções, todas foram propostas por Bonfim ⁽⁵⁵⁾ foram incluídas no instrumento medida de carga de trabalho da equipe de saúde da família, dentro das alterações ou dos agrupamentos realizados, neste estudo: 7 (18%) permaneceram iguais; 6 (15%) intervenções tiveram modificações na nomenclatura, 11 (28%) mudaram a definição, 8 (21%) houve alterações na nomenclatura e definição e 7 (18%) foram novas propostas.

A comparação entre o instrumento de Bonfim ⁽⁵⁵⁾ e o instrumento de medida de carga de trabalho da equipe de saúde da família está apresentada no Apêndice AG.

4.1.1.1 Teste de confiabilidade entre os observadores

Foram realizadas 4.767 (14,6%) observações simultâneas entre o observador e o supervisor de campo, com concordância média de 79% entre os observadores, na identificação das intervenções, conforme os estratos socioeconômico-demográfico estabelecidos pelo PMAQ nas USF investigadas: de 1 a 4; 5 e 6 (tabela 3).

Tabela 3 – Número de observações simultâneas, segundo estrato socioeconômico-demográfico e concordância no registro das observações das intervenções, realizadas pelos trabalhadores de enfermagem, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Estrato socioeconômico- demográfico (PMAQ)	Discordante		Concordante		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 a 4	378	20	1555	80	1933	41
5	108	29	269	71	377	8
6	514	21	1943	79	2457	52
Total	1000	21	3767	79	4767	100

Fonte: arquivo da pesquisadora

4.1.2 Mensuração do tempo despendido em intervenções/atividades de enfermagem em USF

4.1.2.1 Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa 140 trabalhadores de enfermagem, distribuídos conforme a categoria profissional e o estrato socioeconômico-demográfico (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição do número de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem observados, segundo o estrato sócio demográfico, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Profissional	Estrato de 1 a 4		Estrato 5		Estrato 6		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermeiro	15	39	11	34	21	30	47	34
Técnico/Auxiliar de enfermagem	23	61	21	66	49	70	93	66
Total	38	100	32	100	70	100	140	100

Fonte: arquivo da pesquisadora

A caracterização dos participantes da pesquisa está descrita nos dados da tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem observados, Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil 2014

	Enfermeiro								Téc./Aux. de Enfermagem								Total geral N %		
	1 – 4 N %		5 N %		6 N %		Subtotal Enfermeiro N %		1 – 4 N %		5 N %		6 N %		Subtotal Téc./Aux. de enf. N %				
Sexo																			
Feminino	14	93%	11	100%	18	86%	43	91%	23	100%	20	95%	42	86%	85	91%	128	91%	
Masculino	1	7%	0	0%	3	14%	4	9%	0	0%	1	5%	6	12%	7	8%	11	8%	
Não respondeu	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%	1	1%	
Faixa etária																			
de 20 a 29 anos	2	13%	2	18%	6	29%	10	21%	4	17%	6	29%	13	27%	23	25%	33	24%	
de 30 a 39 anos	9	60%	4	36%	9	43%	22	47%	9	39%	8	38%	10	20%	27	29%	49	35%	
de 40 a 49 anos	3	20%	3	27%	4	19%	10	21%	6	26%	3	14%	18	37%	27	29%	37	26%	
de 50 a 59 anos	0	0%	2	18%	2	10%	4	9%	3	13%	4	19%	7	14%	14	15%	18	13%	
de 60 a 69 anos	1	7%	0	0%	0	0%	1	2%	1	4%	0	0%	1	2%	2	2%	3	2%	
Escolaridade																			
Ensino fundamental ou médio ou técnico	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	20	87%	17	81%	41	84%	78	84%	78	56%	
Graduação	3	20%	2	18%	3	14%	8	17%	1	4%	1	5%	5	10%	7	8%	15	11%	
Graduação em andamento	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%	1	1%	
Pós-graduação	12	80%	9	82%	18	86%	39	83%	1	4%	1	5%	1	2%	3	3%	42	30%	
Não respondeu	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%	2	10%	1	2%	4	4%	4	3%	
Pós Graduação																			
Residência ou especialização	12	100%	8	89%	16	89%	36	92%	1	100%	1	100%	1	100%	3	100%	39	93%	

Resultados

Não respondeu	0	0%	1	11%	2	11%	3	8%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	7%
Tipo																		
Educação em saúde/Saúde Pública/Saúde Coletiva	1	8%	0	0%		0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Enfermagem em Urgência/Emergência	0	0%	0	0%	1	6%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Gineco-obstetrícia	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Gineco-Obstetrícia	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%		0%	0	0%	1	2%
Gineco-Obstetricia/Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Gineco-obstetrícia/saúde pública-saúde coletiva	0	0%	0	0%	1	6%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Instrumentador Cirúrgico	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	25%	1	2%
Letras	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%	1	25%	1	2%
MBA Gestão e auditoria sistemas saúde	1	8%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
MBA gestão hospitalar/centro cirúrgico/PSF	0	0%	0	0%	1	6%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Medicina de Família e Comunidade	1	8%	0	0%	4	22%	5	13%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	12%
Medicina de Família e Comunidade/Saúde pública/Saúde coletiva	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
saúde da família, pneumologia sanitária	0	0%	0	0%	1	6%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%

Resultados

Saúde do Adolescente/Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Saúde família/Enfermagem obstetrícia/Gerência Unidade de saúde	1	8%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Saúde Pública/Saúde Coletiva	4	33%	3	33%	8	44%	15	38%	1	100%	0	0%	1	50%	2	50%	17	40%
Saúde Pública/Saúde coletiva (finalizando)	1	8%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Urgência/Emergência	1	8%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
UTI adulto/Saúde Pública/Saúde Coletiva com ênfase em saúde da família.	1	8%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Não respondeu	1	8%	1	11%	2	11%	4	10%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	9%
Experiência profissional																		
< de 01 ano		0%	2	18%	1	5%	3	6%	1	4%	1	5%		0%	2	2%	5	4%
de 01 a 05 anos	3	20%	1	9%	5	24%	9	19%	6	26%	6	29%	5	10%	17	18%	26	19%
de 05 a 10 anos	3	20%	2	18%	4	19%	9	19%	6	26%	4	19%	14	29%	24	26%	33	24%
de 10 a 15 anos	6	40%	5	45%	4	19%	15	32%	3	13%	5	24%	15	31%	23	25%	38	27%
de 15 a 20 anos	2	13%	1	9%	3	14%	6	13%	4	17%	1	5%	3	6%	8	9%	14	10%
de 20 a 25 anos	1	7%		0%	1	5%	2	4%		0%	3	14%	2	4%	5	5%	7	5%
≥ de 25 anos		0%		0%	3	14%	3	6%	3	13%	1	5%	10	20%	14	15%	17	12%
Experiência em APS																		
< de 01 ano	4	27%	2	18%	2	10%	8	17%	4	17%	1	5%	3	6%	8	9%	16	11%
de 01 a 05 anos	2	13%	2	18%	5	24%	9	19%	5	22%	11	52%	15	31%	31	33%	40	29%
de 05 a 10 anos	5	33%	4	36%	7	33%	16	34%	8	35%	4	19%	18	37%	30	32%	46	33%
de 10 a 15 anos	4	27%	2	18%	3	14%	9	19%	5	22%	3	14%	8	16%	16	17%	25	18%

Resultados

de 15 a 20 anos	0%	1	9%	2	10%	3	6%	1	4%		0%	0%	1	1%	4	3%		
de 20 a 25 anos	0%		0%	1	5%	1	2%		0%	2	10%	0%	2	2%	3	2%		
≥ de 25 anos	0%		0%	1	5%	1	2%		0%		0%	5	10%	5	5%	6	4%	
Tempo de trabalho em USF																		
< de 01 ano	7	47%	3	27%	2	10%	12	26%	7	30%	1	5%	7	14%	15	16%	27	19%
de 01 a 05 anos	3	20%	8	73%	11	52%	22	47%	6	26%	13	62%	20	41%	39	42%	61	44%
de 05 a 10 anos	3	20%		0%	5	24%	8	17%	7	30%	2	10%	14	29%	23	25%	31	22%
de 10 a 15 anos	2	13%		0%	2	10%	4	9%	3	13%	3	14%	6	12%	12	13%	16	11%
≥ de 15 anos	0	0%		0%	1	5%	1	2%	0	0%	2	10%	2	4%	4	4%	5	4%
Empregador																		
Órgão Governamental	15	100%	11	100%	21	100%	47	100%	23	100%	16	76%	44	90%	83	89%	130	93%
Órgão não governamental	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	24%	0	0%	5	5%	5	4%
Não respondeu	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	10%	5	5%	5	4%
Faixa salarial																		
Entre R\$ 546,00 e R\$ 1000,00	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	21	91%	14	67%	1	2%	36	39%	36	26%
Entre R\$ 1001,00 e R\$ 2000,00	0	0%	1	9%	0	0%	1	2%	2	9%	7	33%	26	53%	35	38%	36	26%
Entre R\$ 2001,00 e R\$ 3000,00	10	67%	3	27%	2	10%	15	32%	0	0%	0	0%	14	29%	14	15%	29	21%
Entre R\$ 3000,00 e R\$ 4000,00	3	20%	6	55%	3	14%	12	26%	0	0%	0	0%	4	8%	4	4%	16	11%
Entre R\$ 4001,00 e R\$ 5000,00	2	13%	1	9%	11	52%	14	30%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	14	10%
Entre R\$ 5000,00 e R\$ 6000,00	0	0%	0	0%	2	10%	2	4%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
Acima de R\$ 6000,00	0	0%	0	0%	2	10%	2	4%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
Não respondeu	0	0%	0	0%	1	5%	1	2%	0	0%	0	0%	4	8%	4	4%	5	4%

4.1.2.2 Caracterização das USF

Foram estudadas 27 USF no território nacional, sendo: 13 (48%) USF pertencentes aos estratos 1, 2, 3 e 4; 3 (11%) USF ao estrato 5 e 11 (41%) USF ao estrato 6. A caracterização destas USF está apresentada nos dados da tabela 6.

Tabela 6 – Caracterização das 27 USF observadas, segundo estrato socioeconômico-demográfico, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

	Estrato de 1 a 4		Estrato 5		Estrato 6		Total	
Ano implantação da ESF	N	%	N	%	N	%	N	%
1997-2000	5	38	1	33%	0	0%	6	22%
2001-2005	2	15	10	33%	8	73%	11	41%
2006-2010	2	15		0%	1	9%	3	11%
2011-2012	3	23	1	33%	2	18%	6	22%
Não respondeu	1	8	0	0%	0	0%	1	4%
População adstrita da USF								
até 2000	2	15%	0	0%	2	18%	4	15%
2001-4000	7	54%	0	0%	2	18%	9	33%
4001-8000	2	15%	1	33%	4	36%	7	26%
8001-12000	0	0%	0	0%	1	9%	1	4%
12000-20000	1	8%	1	33%	1	9%	3	11%
> 20000	0	0%	1	33%	1	9%	2	7%
Não respondeu	1	8%	0	0%	0	0%	1	4%
Número de famílias								
< 1000	5	38%	0	0%	3	27%	8	30%
1001 - 2000	6	46%	0	0%	3	27%	9	33%
2001-4000	1	8%	2	67%	3	27%	6	22%
4001-6000	0	0%	1	33%	2	18%	3	11%
Não respondeu	1	8%	0	0%	0	0%	1	4%
Número de equipes								
1	10	77%	0	0%	4	36%	14	52%
2	2	15%	1	33%	2	18%	5	19%
3	0	0%	0	0%	1	9%	1	4%
4	0	0%	1	33%	1	9%	2	7%
5	0	0%	0	0%	1	9%	1	4%
6	0	0%	1	33%	0	0%	1	4%

Resultados

Não respondeu	1	8%	0	0%	2	18%	3	11%
Profissionais								
Enfermeiro	15	6%	16	8%	24	8%	55	7%
Téc./Aux. de Enfermagem	24	10%	31	15%	58	18%	113	15%
Médico Saúde da Família	3	1%	4	2%	21	7%	28	4%
Médico Clínico	12	5%	9	4%	4	1%	25	3%
Médico Pediatra	0	0%	1	0%	0	0%	1	0%
Médico Ginecologista	0	0%	3	1%	0	0%	3	0%
Médico: Outra especialidade	1	0%	1	0%	1	0%	3	0%
Cirurgião Dentista	15	6%	3	1%	17	5%	35	5%
Téc./Aux. de Saúde Bucal	16	7%	10	5%	27	8%	53	7%
Agente Comunitário de Saúde	93	39%	72	34%	123	39%	288	38%
Administrativo	10	4%	14	7%	16	5%	40	5%
Outros	50	21%	45	22%	28	9%	123	16%
Unidade/localização								
Mista	1	8%	0	0%	1	9%	2	7%
Rural	3	23%	0	0%	0	0%	3	11%
Urbana	9	69%	3	100%	10	91%	22	81%
Computador								
Sim	11	85%	2	67%	11	100%	24	89%
Não	2	15%	1	33%	0	0%	3	11%
Acesso a internet								
Sim	7	54%	1	33%	11	100%	19	70%
Não	6	46%	2	67%	0	0%	8	30%
Campo de estágio								
Sim	12	92%	3	100%	10	91%	25	93%
Não	1	8%	0	0%	1	9%	2	7%
Número de crianças								
menor 500	10	77%	1	33%	4	36%	15	56%
501 a 1000	0	0%	1	33%	2	18%	3	11%
maior 1001	0	0%	1	33%	4	36%	5	19%
Não respondeu	3	23%	0	0%	1	9%	4	15%
Número de gestantes								
até 50	11	85%	0	0%	6	55%	17	63%
51-100	1	8%	1	33%	3	27%	5	19%
maior 101	0	0%	2	67%	2	18%	4	15%
Não respondeu	1	8%	0	0%	0	0%	1	4%
Número de acamados/impossibilitados								
até 20 usuários	3	23%	1	33%	5	45%	9	33%
21 a 50 usuários	8	62%	1	33%	2	18%	11	41%
maior que 51 usuários	1	8%	1	33%	2	18%	4	15%
Não respondeu	1	8%	0	0%	2	18%	2	7%

Fonte: arquivo da pesquisadora

4.1.2.3 Quantidade de observações no território nacional

Foram realizadas 32.613 observações, nas 27 USF investigadas, sendo: 10.669 (33%) em municípios estrato de 1 a 4; 4.415 (13%) em municípios estrato 5 e 17.529 (54%) em municípios de estrato 6, distribuídas em coleta regular e reteste conforme mostram os dados da tabela 7.

Tabela 7 – Quantidade de observações realizadas, segundo os estados por região geográfica, estratos socioeconômico-demográficos e tipo de coleta (regular ou reteste) no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Região e local	Estrato de 1 a 4			Estrato 5			Estrato 6			Total Geral		
	Coleta regular	Coleta reteste		Coleta regular	Coleta reteste		Coleta regular	Coleta reteste		Coleta regular	Coleta reteste	
	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%
Centro-Oeste	3504	851	8,0				2448	279	1,6	5952	1130	3,5
MS-CO01							2448	279	1,6	2448	279	0,9
GO-CO02	2064	491	4,6							2064	491	1,5
MS-CO03	1440	360	3,4							1440	360	1,1
Nordeste	1296	213	2,0	1728	202	4,6	1248	191	1,1	4272	606	1,9
CE-NE01				1728	202	4,6				1728	202	0,6
CE-NE02	1296	213	2,0							1296	213	0,7
PE-NE03							1248	191	1,1	1248	191	0,6
Norte	1536	412	3,9	2310	175	4,0				3846	587	1,8
AM-NO01	1536	412	3,9							1536	412	1,3
RO-NO02				2310	175	4,0				2310	175	0,5
Sudeste	2400	457	4,3				4464	445	2,5	6864	902	2,8
SP-SE01							4464	445	2,5	4464	445	1,4
MG-SE02	2400	457	4,3							2400	457	1,4
Sul							6912	1542	8,8	6912	1542	4,7
SC-SU01							1680	869	5,0	1680	869	2,7
PR-SU02							5232	673	3,8	5232	673	2,1
Total Geral	8736	1933	18,1	4038	377	8,5	15072	2457	14,0	27846	4767	14,6

Fonte: arquivo da pesquisadora

4.1.2 Distribuição das frequências das intervenções/atividades realizadas pelos trabalhadores de enfermagem

Os resultados da distribuição das frequências das intervenções/atividades realizadas pelos trabalhadores de enfermagem, durante a jornada de trabalho estão apresentados no total do território nacional e por estratos socioeconômico-demográficos do PMAQ, segundo a sua classificação em: intervenções de cuidado direto; de cuidado indireto; atividades associadas; atividades pessoais; tempo de espera; ausência do trabalhador e sem observação de campo.

4.1.3.1 Brasil

Durante o período de coleta de dados, foi possível realizar 27.846 observações regulares dos trabalhadores de enfermagem, sendo 33% das observações de enfermeiros e 67% de técnicos/auxiliares de enfermagem, distribuídas, conforme os dados das tabelas 8 e 9.

Tabela 8 – Distribuição das intervenções/atividades realizadas pelos enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Brasil	Enfermeiro		Técnico/Auxiliar de enfermagem		Total	
	N	%	N	%	N	%
Intervenções	5438	59,1	7599	40,7	13037	47
<i>Cuidado Direto</i>	2802	30,5	4612	24,7	7414	27
<i>Cuidado Indireto</i>	2636	28,7	2987	16,0	5623	20
Atividade Associada	646	7,0	2528	13,6	3174	11
Atividades Pessoais	1217	13,2	2953	15,8	4170	15
Tempo de espera	277	3,0	2914	15,6	3191	11
Ausência	1348	14,7	2187	11,7	3535	13
Sem observação	272	3,0	467	2,5	739	3
Total	9198	100,0	18648	100,0	27846	100

Fonte: arquivo da pesquisadora

Tabela 9 – Distribuição das intervenções/atividades realizadas pelos enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem, segundo estratos socioeconômico-demográficos, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

	Estrato 1 a 4				Estrato 5				Estrato 6			
	Enfermeiro		Téc./Aux de enfermagem		Enfermeiro		Téc./Aux de enfermagem		Enfermeiro		Téc./Aux de enfermagem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Intervenções	1950	60	2559	47	775	53	797	31	2713	61	4243	40
Atividade Associada	358	11	654	12	56	4	174	7	232	5	1700	16
Atividades Pessoais	367	11	873	16	130	9	315	12	720	16	1765	17
Tempo de espera	104	3	617	11	27	2	399	16	146	3	1898	18
Ausência	403	12	665	12	392	27	791	31	553	12	731	7
Sem observação	82	3	104	2	90	6	92	4	100	2	271	3
Total	3264	100	5472	100	1470	100	2568	100	4464	100	10608	100

Fonte: arquivo da pesquisadora

As frequências em que as 27.846 observações foram realizadas pela equipe de enfermagem podem ser visualizadas na tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição das intervenções, atividades associadas, atividades pessoais e outras realizadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Brasil Intervenções	Enfermeiro		Técnico/Auxiliar de enfermagem	
	N	%	N	%
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	161	1,8	191	1,0
02 - Administração de medicamentos	8	0,1	273	1,5
03 - Apoio ao estudante	79	0,9	37	0,2
04 - Apoio ao médico	1	0,0	15	0,1
05 - Assistência em exames/procedimentos	35	0,4	222	1,2
06 - Assistência na amamentação	1	0,0	2	0,0
07 - Atendimento a demanda espontânea	692	7,5	141	0,8
08 - Avaliação de desempenho	12	0,1	0	0,0
09 - Coleta de dados de pesquisa científica	0	0,0	0	0,0
10 - Consulta	1065	11,6	4	0,0
11 - Controle de doenças transmissíveis	5	0,1	0	0,0
12 - Controle de eletrólitos	0	0,0	20	0,1
13 - Controle de imunização/vacinação	24	0,3	1165	6,2
14 - Controle de infecção	9	0,1	177	0,9
15 - Controle de suprimentos	38	0,4	463	2,5
16 - Organização do processo de trabalho	272	3,0	128	0,7
17 - Cuidados de urgência/emergência	9	0,1	9	0,0
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	0	0,0	8	0,0
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	22	0,2	11	0,1
20 - Desenvolvimento de protocolos de cuidados	0	0,0	0	0,0
21 - Documentação	894	9,7	1173	6,3
22 - Identificação de risco	2	0,0	46	0,2
23 - Interpretação de dados laboratoriais	15	0,2	11	0,1
24 - Mapeamento e territorialização	10	0,1	6	0,0
25 - Monitorização de sinais vitais	24	0,3	832	4,5
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	75	0,8	192	1,0
27 - Procedimentos ambulatoriais	13	0,1	361	1,9
28 - Procedimentos coletivos	0	0,0	0	0,0
29 - Promoção de ações educativas	235	2,6	245	1,3
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	5	0,1	165	0,9
31 - Referência e contrarreferência	22	0,2	38	0,2
32 - Reunião administrativa	470	5,1	180	1,0
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	138	1,5	125	0,7
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	26	0,3	6	0,0
35 - Supervisão segurança	5	0,1	22	0,1
36 - Transporte institucional	0	0,0	52	0,3

Resultados

37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	461	5,0	373	2,0
38 - Vigilância em saúde	99	1,1	55	0,3
39 - Visita domiciliar	511	5,6	851	4,6
Subtotal Intervenções	5438	59,1	7599	40,7
Atividades Associadas				
40 - Atender telefone/ligar para outras unidades/verificar e-mail da unidade	71	0,8	103	0,6
41 - Limpeza da unidade	3	0,0	21	0,1
42 - Agendamento consulta	19	0,2	30	0,2
43 - Agendamento exames	14	0,2	12	0,1
44 - Recepção	43	0,5	1009	5,4
45 - Fornecimento de atestado de comparecimento	0	0,0	1	0,0
46 - Auditoria prontuários	2	0,0	0	0,0
47 - Convocação de usuário com alteração nos resultados dos exames	6	0,1	1	0,0
48 - Conferencia de recebimento de resultado de exames	22	0,2	66	0,4
49 - Entrega de insumos aos usuários	26	0,3	469	2,5
50 - Pegar/procurar exames e prontuários	54	0,6	154	0,8
97 - Outras atividades associadas	322	3,5	420	2,3
80 - Organização de sala	64	0,7	242	1,3
Subtotal Atividades associadas	646	7,0	2528	13,6
Atividades Pessoais				
52 - Alimentação/hidratação	224	2,4	844	4,5
53 - Atender telefone/realizar ligação pessoal	56	0,6	140	0,8
54 - Socialização com colegas	600	6,5	1406	7,5
55 - Descanso (ler revista, internet)	21	0,2	80	0,4
56 - Eliminações fisiológicas	64	0,7	130	0,7
57 - Organizar/participar de confraternizações	67	0,7	95	0,5
98 - Outras atividades pessoais	185	2,0	258	1,4
Subtotal atividades pessoais	1217	13,2	2953	15,8
Outras				
51 - Tempo de espera	277	3,0	2914	15,6
95 - Ausência	1348	14,7	2187	11,7
94 - Sem observação	272	3,0	467	2,5
Total geral	9198	100,0	18648	100,0

Fonte: arquivo da pesquisadora

As intervenções com frequência $\geq$ a 1%, realizadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem são apresentadas nos dados dos gráficos 1 e 2 respectivamente.

Gráfico 1 – Distribuição percentual das intervenções com frequência $\geq$ 1% realizadas pelos enfermeiros, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 2 – Distribuição percentual das intervenções com frequência $\geq$ 1% realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Os dados das tabelas 11 e 12 mostram as dez intervenções mais frequentes para o enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem no Brasil.

Tabela 11 – Distribuição das dez intervenções mais frequentes observadas em enfermeiros, no período entre março e outubro de 2013, no Brasil. Brasil – 2014.

Top 10 - Brasil Intervenções	Enfermeiro	
	N	%
10 - Consulta	1065	11,6
21 - Documentação	894	9,7
07 - Atendimento a demanda espontânea	692	7,5
39 - Visita domiciliar	511	5,6
32 - Reunião administrativa	470	5,1
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	461	5,0
16 - Organização do processo de trabalho	272	3,0
29 - Promoção de ações educativas	235	2,6
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	161	1,8
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	138	1,5
Subtotal	4899	53,3

Fonte: arquivo da pesquisadora

Tabela 12 – Distribuição das dez intervenções mais frequentes observadas em técnico/auxiliar de enfermagem, no período entre março e outubro de 2013, no Brasil. Brasil – 2014.

Top 10 - Brasil Intervenções	Técnico/Auxiliar de enfermagem	
	N	%
21 - Documentação	1173	6,3
13 - Controle de imunização/vacinação	1165	6,2
39 - Visita domiciliar	851	4,6
25 - Monitorização de sinais vitais	832	4,5
15 - Controle de suprimentos	463	2,5
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	373	2,0
27 - Procedimentos ambulatoriais	361	1,9
02 - Administração de medicamentos	273	1,5
29 - Promoção de ações educativas	245	1,3
05 - Assistência em exames/procedimentos	222	1,2
Subtotal	5958	31,9

Fonte: arquivo da pesquisadora

Os dados dos gráficos 3,4,5,6 demonstram, graficamente, a distribuição percentual do tempo de trabalho dos enfermeiros e técnicos/

auxiliares de enfermagem, durante a jornada de trabalho, conforme os tipos de intervenções/atividades no Brasil e sua comparação entre os estratos socioeconômico-demográficos.

Gráfico 3 – Distribuição das intervenções e atividades realizadas pelos enfermeiros, Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 4 – Distribuição das intervenções e atividades realizadas pelos enfermeiros, segundo os estratos, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 5 – Distribuição das intervenções e atividades realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 6 – Distribuição das intervenções e atividades realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo os estratos, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

As tabelas 13 e 14 apresentam as intervenções de cuidado direto e indireto realizadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, no Brasil.

Tabela 13 – Distribuição das intervenções de cuidado direto, para os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Brasil Intervenções de cuidado direto	Enfermeiro		Técnico/Auxiliar de enfermagem		Total	
	N	%	N	%	N	%
39 - Visita domiciliar	511	5,6	851	4,6	1362	4,9
13 - Controle de imunização/vacinação	24	0,3	1165	6,2	1189	4,3
10 - Consulta	1065	11,6	4	0,0	1069	3,8
25 - Monitorização de sinais vitais	24	0,3	832	4,5	856	3,1
07 - Atendimento a demanda espontânea	692	7,5	141	0,8	833	3,0
29 - Promoção de ações educativas	235	2,6	245	1,3	480	1,7
27 - Procedimentos ambulatoriais	13	0,1	361	1,9	374	1,3
02 - Administração de medicamentos	8	0,1	273	1,5	281	1,0
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	75	0,8	192	1,0	267	1,0
05 - Assistência em exames/procedimentos	35	0,4	222	1,2	257	0,9

Resultados

30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	5	0,1	165	0,9	170	0,6
38 - Vigilância em saúde	99	1,1	55	0,3	154	0,6
36 - Transporte institucional	0	0,0	52	0,3	52	0,2
04 - Apoio ao medico	1	0,0	15	0,1	16	0,1
12 - Controle de eletrólitos	0	0,0	20	0,1	20	0,1
17 - Cuidados de urgência/emergência	9	0,1	9	0,0	18	0,1
06 - Assistência na amamentação	1	0,0	2	0,0	3	0,0
11 - Controle de doenças transmissíveis	5	0,1	0	0,0	5	0,0
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	0	0,0	8	0,0	8	0,0
28 - Procedimentos coletivos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Subtotal Intervenções cuidado direto	2.802	30,5%	4.612	24,7%	7.414	26,6%

Fonte: arquivo da pesquisadora

Tabela 14 – Distribuição das intervenções de cuidado indireto, para os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Brasil Intervenções cuidado indireto	Enfermeiro		Técnico/Auxiliar de enfermagem		Total	
	N	%	N	%	N	%
21 - Documentação	894	9,7	1173	6,3	2067	7,4
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	461	5,0	373	2,0	834	3,0
32 - Reunião administrativa	470	5,1	180	1,0	650	2,3
15 - Controle de suprimentos	38	0,4	463	2,5	501	1,8
16 - Organização do processo de trabalho	272	3,0	128	0,7	400	1,4
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	161	1,8	191	1,0	352	1,3
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	138	1,5	125	0,7	263	0,9
14 - Controle de infecção	9	0,1	177	0,9	186	0,7
03 - Apoio ao estudante	79	0,9	37	0,2	116	0,4
22 - Identificação de risco	2	0,0	46	0,2	48	0,2
31 - Referência e contrarreferência	22	0,2	38	0,2	60	0,2
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	22	0,2	11	0,1	33	0,1
23 - Interpretação de dados laboratoriais	15	0,2	11	0,1	26	0,1
24 - Mapeamento e territorialização	10	0,1	6	0,0	16	0,1
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	26	0,3	6	0,0	32	0,1
35 - Supervisão segurança	5	0,1	22	0,1	27	0,1
08 - Avaliação de desempenho	12	0,1	0	0,0	12	0,0
09 - Coleta de dados de pesquisa científica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 - Desenvolvimento de protocolos de cuidados	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Subtotal Intervenções cuidados indiretos	2636	28,7	2987	16,0	5623	20,2

Fonte: arquivo da pesquisadora

As intervenções de cuidado direto e cuidado indireto com frequência $\geq 1\%$, conforme a categoria profissional podem ser visualizadas nos dados dos gráficos 7,8,9,10.

Gráfico 7 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado direto realizadas pelos enfermeiros, com frequência $\geq 1\%$, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 8 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado indireto realizadas pelos enfermeiros, com frequência $\geq 1\%$, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 9 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado direto realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, com frequência $\geq 1\%$, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 10 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado indireto realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, com frequência $\geq 1\%$, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A intervenção de cuidado indireto documentação, conforme a categoria profissional, foi subdividida em quatro tipos de registros relativos a: material administrativo; a consulta e/ou procedimentos clínicos; visita domiciliar e vigilância (gráficos 11 e 12).

Gráfico 11 – Distribuição percentual dos tipos de registro da intervenção documentação observadas nos enfermeiros, Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 12 – Distribuição percentual dos tipos de registros da intervenção documentação observadas nos técnicos/auxiliares de enfermagem, Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição da frequência de intervenções de cuidado direto e cuidado indireto, conforme a categoria profissional, entre os municípios que compõe os estratos de 1 a 4; 5 e 6 é visualizada graficamente nos dados apresentados na figura 8.

Figura 8- Distribuição percentual das intervenções em cuidado direto e indireto, segundo os municípios e estratos socioeconômico-demográficos observados, no Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

O gráfico 13 compara a distribuição do percentual de tempo despendido em intervenções de cuidados diretos, indiretos, atividades associadas, atividades pessoais, tempo de espera e ausência, durante a jornada de trabalho, entre os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem.

Gráfico 13 – Comparação da distribuição percentual do tempo despendido em intervenções de cuidados diretos, indiretos, atividade associadas, atividades pessoais, tempo de espera e ausência entre os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, durante a jornada de trabalho, no Brasil, no período de março a outubro. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Os gráficos 14 e 15 comparam por estrato socioeconômico-demográficos e Brasil, a distribuição do percentual do tempo despendido em intervenções de cuidados diretos, indiretos, atividade associadas, atividades pessoais, tempo de espera e ausência entre os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo a categoria profissional.

Gráfico 14 – Comparação da distribuição percentual do tempo despendido, em intervenções de cuidados diretos, indiretos, atividade associadas, atividades pessoais, tempo de espera e ausência entre os enfermeiros, segundo estrato socioeconômico-demográficos, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 15 – Comparação da distribuição percentual do tempo despendido em intervenções de cuidados diretos, indiretos, atividade associadas, atividades pessoais, tempo de espera e ausência entre os técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográficos, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

As frequências das atividades associadas e pessoais realizadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, considerando em separado cada uma delas, estão apresentadas, comparativamente, nos gráficos 16 e 17.

Gráfico 16 – Distribuição percentual das frequências de cada uma das atividades associadas realizadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, no período entre março e outubro de 2013, no Brasil. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 17 – Distribuição percentual das frequências de cada uma das atividades pessoais realizadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

O tempo de espera está graficamente representado no gráfico 18, segundo as USF estudadas e a categoria profissional.

Gráfico 18 – Distribuição percentual das frequências do tempo de espera dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo o município e estado, no período entre março e outubro de 2013, em relação à média do Brasil. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

O percentual do tempo em que os profissionais de enfermagem estiveram ausentes, durante a jornada de trabalho, segundo os estratos socioeconômico-demográficos está demonstrado nos dados do gráfico 19.

Gráfico 19 – Distribuição percentual das frequências das ausências observadas nos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, no período entre março e outubro de 2013, em relação à média do Brasil. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A comparação entre a proporção de tempo despendido por enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem em tempo de espera e ausência, segundo o município e os estratos socioeconômico-demográficos, são apresentados nos gráficos 20 e 21.

Gráfico 20 - Comparação entre o tempo de espera e ausência observado nos enfermeiros, segundo o município, estado e os estratos socioeconômico-demográficos, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 21 - Comparação entre o tempo de espera e ausência observado em técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo o município, estado e os estratos socioeconômico-demográficos, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

4.1.3.2 Estrato 1 a 4

A distribuição percentual das intervenções/atividades nas 3.264 observações de enfermeiros e nas 5472 observações de técnicos/auxiliares de enfermagem das USF dos estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4 está apresentada detalhadamente por estado e municípios no Apêndice AH.

A distribuição das intervenções observadas, no agrupamento de todas as USF estrato de 1 a 4, para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem está demonstrada nos gráficos 22 e 23.

Gráfico 22 – Distribuição percentual das frequências das intervenções realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 23 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo o estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A frequência das intervenções/atividades realizadas pelos enfermeiros em unidades de estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4 está distribuída segundo mostram os dados do gráfico 24.

Gráfico 24 – Distribuição percentual das intervenções e atividades realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição da frequência de intervenções e atividades observadas entre os enfermeiros segundo os municípios que compõe o estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4 está descrita graficamente na figura 9.

Figura 9 - Distribuição percentual das intervenções e atividades realizadas pelos enfermeiros, segundo município, estado, estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A frequência das intervenções/atividades realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem em unidades de estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4 está distribuída segundo mostra o gráfico 25.

Gráfico 25 – Distribuição percentual das intervenções e atividades realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição da frequência de intervenções e atividades observadas entre os técnicos/auxiliares de enfermagem segundo os municípios que compõem o estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4 está descrita graficamente na figura 10.

Figura 10 - Distribuição percentual das intervenções e atividades realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo município, estado, estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição das intervenções em cuidados diretos, para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem é mostrada nos dados da tabela 14 e nos gráficos 26 e 27.

Tabela 15 – Distribuição das intervenções de cuidado direto, para os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Intervenções de cuidado direto	Estrato 1 a 4			
	Enfermeiro		Téc./Aux. de enfermagem	
	N	%	N	%
02 - Administração de medicamentos	4	0,1	58	1,1
04 - Apoio ao médico	0	0,0	3	0,1
05 - Assistência em exames/procedimentos	8	0,2	35	0,6
06 - Assistência na amamentação	0	0,0	0	0,0
07 - Atendimento a demanda espontânea	277	8,5	7	0,1
10 - Consulta	233	7,1	0	0,0
11 - Controle de doenças transmissíveis	1	0,0	0	0,0
12 - Controle de eletrólitos	0	0,0	2	0,0
13 - Controle de imunização/vacinação	19	0,6	353	6,5
17 - Cuidados de urgência/emergência	1	0,0	5	0,1
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	0	0,0	3	0,1
25 - Monitorização de sinais vitais	17	0,5	308	5,6
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	33	1,0	63	1,2
27 - Procedimentos ambulatoriais	4	0,1	86	1,6
29 - Promoção de ações educativas	81	2,5	54	1,0
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	0	0,0	0	0,0
36 - Transporte institucional	0	0,0	47	0,9
38 - Vigilância em saúde	19	0,6	7	0,1
39 - Visita domiciliar	264	8,1	557	10,2
Subtotal Intervenções de cuidado direto	961	29,5	1588	29,0

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 26 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado direto realizadas enfermeiros, com frequência $\geq 1\%$, estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 27 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado direto realizadas técnicos/auxiliares de enfermagem, com frequência $\geq 1\%$, estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição das intervenções em cuidados indiretos, para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem está mostrada nos dados da tabela 16 e gráficos 28 e 29.

Tabela 16 – Distribuição das intervenções de cuidado indireto, para os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Intervenções de cuidado indireto	Estrato 1 a 4			
	Enfermeiro		Téc./Aux. de enfermagem	
	N	%	N	%
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	19	0,6	33	0,6
03 - Apoio ao estudante	12	0,4	12	0,2
08 - Avaliação de desempenho	0	0,0	0	0,0
14 - Controle de infecção	1	0,0	62	1,1
15 - Controle de suprimentos	20	0,6	100	1,8
16 - Organização do processo de trabalho	90	2,8	61	1,1
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	21	0,6	9	0,2
21 - Documentação	354	10,8	418	7,6
22 - Identificação de risco	1	0,0		0,0
23 - Interpretação de dados laboratoriais	11	0,3		0,0
24 - Mapeamento e territorialização	8	0,2	6	0,1%
31 - Referência e contrarreferência	17	0,5	35	0,6
32 - Reunião administrativa	196	6,0	76	1,4
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	33	1,0	9	0,2
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	10	0,3		0,0
35 - Supervisão segurança	1	0,0	6	0,1
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	195	6,0	144	2,6
Subtotal Intervenções de cuidado indireto	989	30,3	971	17,7

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 28 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado indireto realizadas enfermeiros, com frequência $\geq 1\%$, estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 29 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado indireto realizadas técnicos/auxiliares de enfermagem, com frequência $\geq 1\%$, estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A especificidade dos registros da intervenção documentação para enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem dos estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4 são descritas nos gráficos 30 e 31.

Gráfico 30 – Distribuição percentual dos tipos de registros da intervenção documentação realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 31 – Distribuição percentual dos tipos de registro da intervenção documentação realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

4.1.3.3 Estrato 5

A distribuição percentual das intervenções/atividades presentes nas 1.470 observações de enfermeiros e 2.568 observações de técnicos/auxiliares de enfermagem das USF do estrato socioeconômico-demográfico 5 está detalhada por municípios e estado no Apêndice AI.

A distribuição das intervenções observadas em USF estrato socioeconômico-demográfico 5 realizadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem foi agrupada conforme mostram os gráficos 32 e 33.

Gráfico 32 – Distribuição percentual das frequências das intervenções realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 33 – Distribuição percentual das frequências das intervenções realizadas pelos técnico/auxiliar de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição da frequência das intervenções/atividades realizadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem está apresentada nos gráficos 34 e 35.

Gráfico 34 – Distribuição percentual das intervenções e atividades realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 35 – Distribuição percentual das intervenções e atividades realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição da frequência de intervenções e atividades observadas entre os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, conforme os municípios que compõe o estrato socioeconômico-demográfico 5, está descrita graficamente na figura 11.

Figura 11 - Distribuição percentual das intervenções e atividades realizadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo município, estado, estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição das intervenções em cuidados diretos, para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem é mostrada nos dados da tabela 17 e gráficos 36 e 37.

Tabela 17 – Distribuição das intervenções de cuidado direto, para os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Intervenções de cuidado direto	Estrato 5			
	Enfermeiro		Téc./Aux. de enfermagem	
	N	%	N	%
02 - Administração de medicamentos	0	0,0	59	2,3
04 - Apoio ao médico	0	0,0	1	0,0
05 - Assistência em exames/procedimentos	0	0,0	25	1,0
06 - Assistência na amamentação	0	0,0	0	0,0
07 - Atendimento a demanda espontânea	81	5,5	42	1,6
10 - Consulta	197	13,4	0	0,0
11 - Controle de doenças transmissíveis	4	0,3	0	0,0
12 - Controle de eletrólitos	0	0,0	9	0,4
13 - Controle de imunização/vacinação	1	0,1	261	10,2
17 - Cuidados de urgência/emergência	0	0,0	0	0,0
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	0	0,0	0	0,0
25 - Monitorização de sinais vitais	2	0,1	100	3,9
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	2	0,1	32	1,2
27 - Procedimentos ambulatoriais	2	0,1	34	1,3
29 - Promoção de ações educativas	70	4,8	7	0,3
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	0	0,0	0	0,0
36 - Transporte institucional	0	0,0	0	0,0
38 - Vigilância em saúde	0	0,0	6	0,2
39 - Visita domiciliar	75	5,1	51	2,0
Subtotal Intervenções de cuidado direto	434	29,5	627	24,4

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 36 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado direto realizadas enfermeiros, com frequência $\geq 1\%$, estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 37 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado direto realizadas técnico/auxiliares de enfermagem, com frequência $\geq 1\%$, estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição das intervenções em cuidados indiretos para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem é mostrada nos dados da tabela 18 e gráficos 38 e 39.

Tabela 18 – Distribuição das intervenções de cuidado indireto, para os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Intervenções de cuidado Indireto	Estrato 5			
	Enfermeiro		Téc./Aux. de enfermagem	
	N	%	N	%
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	60	4,1	55	2,1
03 - Apoio ao estudante	10	0,7	0	0,0
08 - Avaliação de desempenho	0	0,0	0	0,0
14 - Controle de infecção	4	0,3	6	0,2
15 - Controle de suprimentos	0	0,0	26	1,0
16 - Organização do processo de trabalho	21	1,4	0	0,0
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	0	0,0	0	0,0
21 - Documentação	67	4,6	54	2,1
22 - Identificação de risco	0	0,0	4	0,2
23 - Interpretação de dados laboratoriais	1	0,1	0	0,0
24 - Mapeamento e territorialização	0	0,0	0	0,0
31 - Referência e contrarreferência	0	0,0	0	0,0
32 - Reunião administrativa	118	8,0	0	0,0
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	16	1,1	0	0,0
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	1	0,1	0	0,0
35 - Supervisão segurança	1	0,1	0	0,0
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	42	2,9	25	1,0
Subtotal Intervenções de cuidado indireto	341	23,2	170	6,6

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 38 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado indireto realizadas enfermeiros, com frequência $\geq 1\%$, estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 39 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado indireto realizadas técnico/auxiliares de enfermagem, com frequência $\geq 1\%$, estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

A especificidade da intervenção no que se refere ao tipo de registro de cuidado indireto documentação para enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem está evidenciada nos gráficos 40 e 41.

Gráfico 40 – Distribuição percentual dos tipos de registro da intervenção documentação realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 41 – Distribuição percentual dos tipos de registro da intervenção documentação realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico 5, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

4.1.3.4 Estrato 6

A distribuição percentual das intervenções/atividades nas 1.470 observações de enfermeiros e nas 2.568 observações de técnicos/auxiliares de enfermagem das USF do estrato 6 está apresentada por município e estado no Apêndice AJ.

A distribuição das intervenções observadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem está demonstrada nos gráficos 42 e 43.

Gráfico 42 – Distribuição percentual das frequências das intervenções realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 43 – Distribuição percentual das frequências das intervenções realizadas pelos técnico/auxiliar de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A frequência das intervenções/atividades realizadas pelos enfermeiros está distribuída, segundo mostra o gráfico 44.

Gráfico 44 – Distribuição percentual das intervenções e atividades realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição da frequência de intervenções e das atividades observadas entre os enfermeiros conforme as cidades que compõem o estrato 6 está descrita graficamente na figura 12.

Figura 12 - Distribuição percentual das intervenções e atividades realizadas pelos enfermeiros, segundo cidade, estado, estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

A frequência das intervenções/atividades realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem é distribuída segundo mostra o gráfico 45.

Gráfico 45 – Distribuição percentual das intervenções e atividades realizadas pelos técnico/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição da frequência de intervenções e atividades observadas entre os técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo os municípios que compõem o estrato socioeconômico-demográfico 6 está descrita graficamente na figura 13.

Figura 13 - Distribuição percentual das intervenções e atividades realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo cidade, estado, estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição das intervenções em cuidados diretos para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, conforme o estrato socioeconômico-demográfico 6, está mostrada na tabela 19 e gráficos 46 e 47.

Tabela 19 – Distribuição das intervenções de cuidado direto, realizadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013.Brasil – 2014.

Intervenções de cuidado direto	Estrato 6			
	Enfermeiro		Téc./Aux. de enfermagem	
	N	%	N	%
02 - Administração de medicamentos	4	0,1	156	1,5
04 - Apoio ao médico	1	0,0	11	0,1
05 - Assistência em exames/procedimentos	27	0,6	162	1,5
06 - Assistência na amamentação	1	0,0	2	0,0
07 - Atendimento a demanda espontânea	334	7,5	92	0,9
10 - Consulta	635	14,2	4	0,0
11 - Controle de doenças transmissíveis	0	0,0	0	0,0
12 - Controle de eletrólitos	0	0,0	9	0,1
13 - Controle de imunização/vacinação	4	0,1	551	5,2
17 - Cuidados de urgência/emergência	8	0,2	4	0,0
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	0	0,0	5	0,0
25 - Monitorização de sinais vitais	5	0,1	424	4,0
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	40	0,9	97	0,9
27 - Procedimentos ambulatoriais	7	0,2	241	2,3
29 - Promoção de ações educativas	84	1,9	184	1,7
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	5	0,1	165	1,6
36 - Transporte institucional	0	0,0	5	0,0
38 - Vigilância em saúde	80	1,8	42	0,4
39 - Visita domiciliar	172	3,9	243	2,3
Subtotal Intervenções de cuidado direto	1407	31,5	2397	22,6

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 46 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado direto realizadas enfermeiro, com frequência $\geq 1\%$ estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 47 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado direto realizadas pelos técnico/auxiliares de enfermagem, com frequência $\geq 1\%$, estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

A distribuição das intervenções em cuidados indiretos, para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, conforme o estrato socioeconômico-demográfico 6, está mostrada nas tabela 20 e gráficos 48 e 49.

Tabela 20 – Distribuição das intervenções de cuidado indireto, para os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Intervenções de cuidado indireto	Estrato 6			
	Enfermeiro		Téc./Aux. de enfermagem	
	N	%	N	%
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	82	1,8	103	1,0
03 - Apoio ao estudante	57	1,3	25	0,2
08 - Avaliação de desempenho	12	0,3	0	0,0
14 - Controle de infecção	4	0,1	109	1,0
15 - Controle de suprimentos	18	0,4	337	3,2
16 - Organização do processo de trabalho	161	3,6	67	0,6
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	1	0,0	2	0,0
21 - Documentação	473	10,6	701	6,6
22 - Identificação de risco	1	0,0	42	0,4
23 - Interpretação de dados laboratoriais	3	0,1	11	0,1
24 - Mapeamento e territorialização	2	0,0	0	0,0
31 - Referência e contrarreferência	5	0,1	3	0,0
32 - Reunião administrativa	156	3,5	104	1,0
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	89	2,0	116	1,1
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	15	0,3	6	0,1
35 - Supervisão segurança	3	0,1	16	0,2
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	224	5,0	204	1,9
Subtotal Intervenções de cuidado indireto	1306	29,3	1846	17,4

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 48 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado indireto realizadas enfermeiros, com frequência $\geq 1\%$, estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 49 – Distribuição percentual das intervenções de cuidado indireto realizadas técnico/auxiliares de enfermagem, com frequência $\geq 1\%$, estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A especificidade dos tipos de registros da intervenção documentação para enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem está demonstrada nos gráficos 50 e 51.

Gráfico 50 – Distribuição percentual dos tipos de registro da intervenção documentação realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

Gráfico 51 – Distribuição percentual dos tipos de registros da intervenção documentação realizadas pelos técnico/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

4.1.4 Produtividade

Diante dos dados encontrados neste estudo, foi possível verificar a produtividade dos trabalhadores de enfermagem nas USF investigadas.

A- Enfermeiros

A produtividade real, o tempo potencial e a produtividade potencial analisadas para os enfermeiros em USF, conforme os estratos socioeconômico-demográficos e no Brasil são mostradas nas tabelas 21, 22 e 23.

Tabela 21 – Distribuição percentual de produtividade real entre enfermeiros em estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, estrato 5 e estrato 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Produtividade real	Enfermeiro							
	Estrato de 1 a 4		Estrato 5		Estrato 6		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Intervenções	1950	59,7	775	52,7	2713	60,8%	5438	59%
Atividade Associada	358	11,0	56	3,8	232	5,2%	646	7%
Total	2308	70,7	831	56,5	2945	66,0	6084	66

Fonte: arquivo da pesquisadora

Tabela 22 – Distribuição percentual de tempo potencial entre enfermeiros em estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, estrato 5 e estrato 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Tempo potencial	Enfermeiro							
	Estrato de 1 a 4		Estrato 5		Estrato 6		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tempo de espera	104	3,2	27	1,8	146	3,3	277	3
Ausência	403	12,3	392	26,7	553	12,4	1348	15
Total	507	15,5	419	28,5	699	15,7	1625	18

Fonte: arquivo da pesquisadora

Tabela 23 – Distribuição percentual de produtividade potencial entre enfermeiros em estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, estrato 5 e estrato 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Produtividade potencial	Enfermeiro							
	Estrato de 1 a 4		Estrato 5		Estrato 6		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Produtividade real	2308	70,7	831	56,5	2945	66,0	6084	66
Tempo em potencial	507	15,5	419	28,5	699	15,7	1625	18
Produtividade potencial	2815	86,2	1250	85,0	3644	81,6	7709	84

Fonte: arquivo da pesquisadora

A comparação entre a produtividade real e a produtividade potencial dos enfermeiros, conforme os estratos socioeconômico-demográficos, é apresentada no gráfico 52.

Gráfico 52 – Comparação do produtividade real com produtividade potencial e o tempo potencial dos enfermeiros, segundo município, estado, estrato socioeconômico-demográfico, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Fonte: arquivo da pesquisadora

A comparação entre a produtividade real e a produtividade potencial dos enfermeiros segundo os estratos socioeconômico-demográficos, com a produtividade real e potencial do Brasil está apresentada no gráfico 53 .

Gráfico 53 – Comparação da produtividade real e potencial dos enfermeiros, segundo município/estado/estrato socioeconômico-demográfico com a produtividade real e potencial Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

B- Técnicos/Auxiliares de enfermagem

A produtividade real, o tempo potencial e a produtividade potencial analisada para os técnicos/auxiliares de enfermagem em USF, conforme os estratos socioeconômico-demográficos e Brasil são mostradas nas tabelas 24, 25 e 26.

Tabela 24 – Distribuição percentual de produtividade real entre técnicos/auxiliares de enfermagem em estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4, estrato 5 e estrato 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Produtividade real	Técnico/Auxiliar de enfermagem							
	Estrato 1 a 4		Estrato 5		Estrato 6		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Intervenções	2559	46,8	797	31,0	4243	40,0	7599	41
Atividade Associada	654	12,0	174	6,8	1700	16,0	2528	14
Total	3213	58,7	971	37,8	5943	56,0	10127	55

Fonte: arquivo da pesquisadora

Tabela 25 – Distribuição percentual de tempo potencial entre técnicos/auxiliares de enfermagem em estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4, estrato 5 e estrato 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Tempo potencial	Técnico/Auxiliar de enfermagem							
	Estrato 1 a 4		Estrato 5		Estrato 6		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tempo de espera	665	12,2	399	15,5	731	6,9	2914	16
Ausência	617	11,3	791	30,8	1898	17,9	2187	12
Total	1282	23,4	1190	46,3	2629	24,8	5101	28

Fonte: arquivo da pesquisadora

Tabela 26 – Distribuição percentual de produtividade potencial entre técnicos/auxiliares de enfermagem em estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4, estrato 5 e estrato 6, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014

Produtividade potencial	Técnico/Auxiliar de enfermagem							
	Estrato 1 a 4		Estrato 5		Estrato 6		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Produtividade real	3213	58,7	971	37,8	5943	56,0	10127	55
Tempo em potencial	1282	23,4	1190	46,3	2629	24,8	5101	28
Produtividade potencial	4495	82,1	2161	84,2	8572	80,8	15228	83

Fonte: arquivo da pesquisadora

A comparação entre a produtividade real e a produtividade potencial dos técnicos/auxiliares de enfermagem, conforme os estratos socioeconômico-demográficos está apresentada no gráfico 54.

Gráfico 54 – Comparação da produtividade real com a produtividade potencial e o tempo potencial dos técnicos/auxiliares de enfermagem segundo município/estado/estrato socioeconômico-demográfico, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

A comparação entre a produtividade real e a produtividade potencial dos técnicos/auxiliares de enfermagem, conforme o estrato socioeconômico-demográfico, com a produtividade real e potencial do Brasil é apresentada no gráfico 55.

Gráfico 55 – Comparação da produtividade real e potencial dos técnicos/auxiliares de enfermagem segundo município/estado/estrato socioeconômico-demográfico com a produtividade real e potencial Brasil, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

C- Comparação entre enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem

A produtividade real e a produtividade potencial dos enfermeiros comparada com a produtividade real e potencial dos técnicos/ auxiliares de enfermagem pode ser visualizada no gráfico 56.

Gráfico 56 – Comparação da produtividade real e potencial dos enfermeiros com a produtividade real e potencial dos técnicos/auxiliares de enfermagem, no período entre março e outubro de 2013. Brasil – 2014.

Fonte: arquivo da pesquisadora

4.1.5 Cálculo do tempo das intervenções

4.1.5.1 Rateio dos tempos

4.1.5.1.1 Rateio: Brasil

Nas tabelas 27 e 28 estão apresentados os valores dos tempos das intervenções e das atividades associadas acrescidos dos valores dos tempos de espera (quando pertinente) e do tempo pessoal para os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, respectivamente.

Tabela 27 - Distribuição do tempo de espera e tempo pessoal proporcionalmente entre as intervenções e atividades do enfermeiro, Brasil. Brasil – 2014.

Enfermeiro - Brasil	Número de amostras observadas	Tempo observado (TO)	Tempo com rateio (TO+TER + TPR)
Intervenções	5438	54.380	80.293
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	161	1.690	2.101
02 - Administração de medicamentos	8	80	100
03 - Apoio ao estudante	79	790	913
04 - Apoio ao médico	1	10	11
05 - Assistência em exames/procedimentos	35	350	561
06 - Assistência na amamentação	1	10	11
07 - Atendimento a demanda espontânea	692	6.920	13.599
08 - Avaliação de desempenho	12	120	174
10 - Consulta	1065	10.650	18.614
11 - Controle de doenças transmissíveis	5	50	58
13 - Controle de imunização/vacinação	24	240	602
14 - Controle de infecção	9	90	105
15 - Controle de suprimentos	38	380	438
16 - Organização do processo de trabalho	272	2.720	3.250
17 - Cuidados de urgência/emergência	9	90	92
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	22	220	278
21 - Documentação (material administrativo)	894	8.940	10.904
22 - Identificação de risco	2	20	23
23 - Interpretação de dados laboratoriais	15	150	171
24 - Mapeamento e territorialização	10	100	130
25 - Monitorização de sinais vitais	24	240	286
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	75	750	907
27 - Procedimentos ambulatoriais	13	130	232
29 - Promoção de ações educativas	235	2.350	2.851
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	5	50	56
31 - Referência e contrarreferência	22	220	252
32 - Reunião administrativa	470	4.700	5.207
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	138	1.380	1.630
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	26	260	344
35 - Supervisão segurança	5	50	62
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	461	4.610	5.451
38 - Vigilância em saúde	99	990	1.161
39 - Visita domiciliar	511	5.110	9.719

Resultados

Atividades associadas	646	6.460	7.750
Tempo de espera	277	2.770	
Atividades pessoais	1217	12.170	

Fonte: arquivo da pesquisadora

Tabela 28 - Distribuição do tempo de espera e tempo pessoal proporcionalmente entre as intervenções e atividades do técnico/auxiliar de enfermagem, Brasil. Brasil – 2014.

Técnico/Auxiliar de enfermagem - Brasil	Número de amostras observadas	Tempo observado (TO)	Tempo com rateio (TO+TER + TPR)
Intervenções	7599	75.990	132.112
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	191	1.910	2.271
02 - Administração de medicamentos	273	2.730	3.491
03 - Apoio ao estudante	37	370	494
04 - Apoio ao médico	15	150	211
05 - Assistência em exames/procedimentos	222	2.220	4.958
06 - Assistência na amamentação	2	20	25
07 - Atendimento a demanda espontânea	141	1.410	4.405
10 - Consulta	4	40	138
12 - Controle de eletrólitos	20	200	244
13 - Controle de imunização/vacinação	1165	11.650	34.497
14 - Controle de infecção	177	1.770	2.374
15 - Controle de suprimentos	463	4.630	5.890
16 - Organização do processo de trabalho	128	1.280	1.657
17 - Cuidados de urgência/emergência	9	90	123
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	8	80	105
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	11	110	144
21 - Documentação (material administrativo)	1173	11.730	15.227
22 - Identificação de risco	46	460	600
23 - Interpretação de dados laboratoriais	11	110	148
24 - Mapeamento e territorialização	6	60	79
25 - Monitorização de sinais vitais	832	8.320	10.808
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	192	1.920	2.500
27 - Procedimentos ambulatoriais	361	3.610	8.275
29 - Promoção de ações educativas	245	2.450	3.229
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	165	1.650	2.058
31 - Referência e contrarreferência	38	380	481
32 - Reunião administrativa	180	1.800	2.369
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	125	1.250	1.571
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	6	60	78
35 - Supervisão segurança	22	220	281
36 - Transporte institucional	52	520	609

Resultados

37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	373	3.730	4.870
38 - Vigilância em saúde	55	550	686
39 - Visita domiciliar	851	8.510	17.216
Atividades associadas	2528	25.280	32.365
Tempo de espera	2914	29.140	
Atividades pessoais	2953	29.530	

Fonte: arquivo da pesquisadora

4.1.5.1.2 Rateio: Estratos socioeconômico-demográficos(PMAQ)

Nos dados das tabelas 29 e 30 estão demonstrados os valores dos tempos das intervenções e atividades associadas adicionados dos tempos de espera (quando pertinente) e do tempo pessoal, segundo a categoria profissional e os estratos socioeconômico-demográficos.

Tabela 29 - Distribuição do tempo de espera e tempo pessoal proporcionalmente entre as intervenções e atividades do enfermeiro, segundo estratos socioeconômico-demográficos. Brasil – 2014.

Enfermeiro	Estrato 1 a 4			Estrato 5			Estrato 6		
	Número de amostras observadas	Tempo observado (TO)	Tempo com rateio (TO+ RTE + RAP)	Número de amostras observadas	Tempo observado (TO)	Tempo com rateio (TO+ RTE + RAP)	Número de amostras observadas	Tempo observado (TO)	Tempo com rateio (TO+ RTE + RAP)
Intervenções	1.950	19.500	30.770	775	7.750	13.241	2713	27.130	36.282
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	19	190	216	60	600	868	82	820	1.017
02 - Administração de medicamentos	4	40	50	-	-	-	4	40	51
03 - Apoio ao estudante	12	120	133	10	100	127	57	570	654
04 - Apoio ao médico	-	-	-	-	-	-	1	10	11
05 - Assistência em exames/procedimentos	8	80	111	-	-	-	27	270	450
06 - Assistência na amamentação	-	-	-	-	-	-	1	10	11
07 - Atendimento a demanda espontânea	277	2.770	6.735	81	810	1.989	334	3.340	4.876
08 - Avaliação de desempenho	-	-	-	-	-	-	12	120	174
10 - Consulta	233	2.330	5.286	197	1.970	4.696	635	6.350	8.632
11 - Controle de doenças transmissíveis	1	10	11	4	40	47	-	-	-
13 - Controle de imunização/vacinação	19	190	458	1	10	27	4	40	117
14 - Controle de infecção	1	10	12	4	40	45	4	40	48
15 - Controle de suprimentos	20	200	226	-	-	-	18	180	212
16 - Organização do processo de trabalho	90	900	1.017	21	210	239	161	1.610	1.994

17 - Cuidados de urgência/emergência	1	-	-	-	-	-	8	80	92
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	21	210	265	-	-	-	1	10	13
21 – Documentação	354	3.540	4.056	67	670	791	473	4.730	6.057
22 - Identificação de risco	1	10	12	-	-	-	1	10	11
23 - Interpretação de dados laboratoriais	11	110	128	1	10	11	3	30	33
24 - Mapeamento e territorialização	8	80	99	-	-	-	2	20	31
25 - Monitorização de sinais vitais	17	170	196	2	20	26	5	50	65
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	33	330	383	2	20	24	40	400	500
27 - Procedimentos ambulatoriais	4	40	86	2	20	44	7	70	101
29 - Promoção de ações educativas	81	810	952	70	700	803	84	840	1.097
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	-	-	-	-	-	-	5	50	56
31 - Referência e contrarreferência	17	170	188	-	-	-	5	50	63
32 - Reunião administrativa	196	1.960	2.250	118	1180	973	156	1.560	1.984
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	33	330	377	16	160	173	89	890	1.080
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	10	100	119	1	10	12	15	150	212
35 - Supervisão segurança	1	10	11	1	10	13	3	30	39
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	195	1.950	2.226	42	420	484	224	2.240	2.741
38 - Vigilância em saúde	19	190	223	-	-	-	80	800	938
39 - Visita domiciliar	264	2.640	4.946	75	750	1.852	172	1.720	2.922
Atividades associadas	358	3.580	4.162	56	560	636	232	2.320	2.953
Tempo de espera	104	1.040		27	270		146	1.460	
Atividades pessoais	367	3.670		130	1.300		720	7.200	

Fonte: arquivo da pesquisadora

Tabela 30 - Distribuição do tempo de espera e tempo pessoal proporcionalmente entre as intervenções e atividades do técnico/auxiliar de enfermagem, segundo estratos socioeconômico-demográficos. Brasil – 2014.

Técnico/Auxiliar de enfermagem	Estrato 1 a 4			Estrato 5			Estrato 6		
	Número de amostras observadas	Tempo observado (TO)	Tempo com rateio (TO + RTE + RAP)	Número de amostras observadas	Tempo observado (TO)	Tempo com rateio (TO + RTE + RAP)	Número de amostras observadas	Tempo observado (TO)	Tempo com rateio (TO + RTE + RAP)
Intervenções	7599	75.990	132.112	797	7.970	21.234	4243	42.430	63.014
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	191	1.910	2.271	55	550	540	103	1.030	1.328
02 - Administração de medicamentos	273	2.730	3.491	59	590	767	156	1.560	1.995
03 - Apoio ao estudante	37	370	494	-	-	-	25	250	345
04 - Apoio ao médico	15	150	211	1	10	19	11	110	155
05 - Assistência em exames/procedimentos	222	2.220	4.958	25	250	1.057	162	1.620	2.358
06 - Assistência na amamentação	2	20	25	-	-	-	2	20	25
07 - Atendimento a demanda espontânea	141	1.410	4.405	42	420	1.640	92	920	2.654
10 - Consulta	4	40	138	-	-	-	4	40	138
12 - Controle de eletrólitos	20	200	244	9	90	114	9	90	105
13 - Controle de imunização/vacinação	1165	11.650	34.497	261	2.610	10.141	551	5.510	11.346
14 - Controle de infecção	177	1.770	2.374	6	60	91	109	1.090	1.472
15 - Controle de suprimentos	463	4.630	5.890	26	260	386	337	3.370	4.235
16 - Organização do processo de trabalho	128	1.280	1.657	-	-	-	67	670	900
17 - Cuidados de urgência/emergência	9	90	123	-	-	-	4	40	46
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	8	80	105	-	-	-	5	50	69

19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	11	110	144	-	-	-	2	20	26
21 - Documentação	1173	11.730	15.227	54	540	754	701	7.010	9.123
22 - Identificação de risco	46	460	600	4	40	57	42	420	542
23 - Interpretação de dados laboratoriais	11	110	148	-	-	-	11	110	148
24 - Mapeamento e territorialização	6	60	79	-	-	-	-	-	-
25 - Monitorização de sinais vitais	832	8.320	10.808	100	1.000	1.283	424	4.240	5.488
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	192	1.920	2.500	32	310	420	97	970	1.250
27 - Procedimentos ambulatoriais	361	3.610	8.275	34	340	1.351	241	2.410	4.016
29 - Promoção de ações educativas	245	2.450	3.229	7	70	99	184	1.840	2.429
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	165	1.650	2.058	-	-	-	165	1.650	2.058
31 - Referência e contrarreferência	38	380	481	-	-	-	3	30	40
32 - Reunião administrativa	180	1.800	2.369	-	-	-	104	1.040	1.408
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	125	1.250	1.571	-	-	-	116	1.160	1.447
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	6	60	78	-	-	-	6	60	78
35 - Supervisão segurança	22	220	281	-	-	-	16	160	204
36 - Transporte institucional	52	520	609	-	-	-	5	50	64
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	373	3.730	4.870	25	250	364	204	2.040	2.672
38 - Vigilância em saúde	55	550	686	6	60	75	42	420	525
39 - Visita domiciliar	851	8.510	17.216	51	510	2.078	243	2.430	4.323
Atividades associadas	2528	25.280	32.365	174	1.740	2.269	1700	17.000	21.782
Tempo de espera	2914	29.140		399	3.990		1898	18.980	
Atividades pessoais	2953	29.530		315	3.150		1765	17.650	

Fonte: arquivo da pesquisadora

4.1.5.2 Tempo das intervenções padrão

4.1.5.2.1 Tempo padrão: Brasil e estrato de 1 a 4

Nos dados da tabela 31 estão demonstrados os valores dos tempos das intervenções padrão, segundo a categoria profissional, comparando a média do tempo do Brasil com estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4.

Tabela 31 – Comparação de dois grupos (Brasil e estrato de 1 a 4) para identificação da diferença da média dos tempos das intervenções de enfermagem. Brasil – 2014.

Brasil							Estrato de 1 a 4									
Categoria profissional e intervenção padrão - Brasil	FO	TMI (minutos)	DP	95% IC			FO	TMI (minutos)	DP	95% IC			INTERVALO DE CONFIANÇA DA DIFERENÇA DAS MÉDIAS			SIGNIFICÂNCIA DA DIFERENÇA
Enfermeiro				Li	-	Ls				Li	-	Ls	Li	-	Ls	
07 - Atendimento a demanda espontânea	584	23,3	15,7	22	-	24,6	219	30,8	19,2	28,2	-	33,3	5,43	-	9,57	S
10 - Consulta	736	25,3	17,6	24	-	26,6	163	32,4	17,4	29,8	-	35,1	4,86	-	9,34	S
27 - Procedimentos ambulatoriais	12	19,3	9,1	14,1	-	24,5	4	21,6	6	15,7	-	27,5	-13,57	-	18,17	NS
29 - Promoção de ações educativas	102	28	39,7	20,3	-	35,7	49	19,4	17,1	14,6	-	24,2	-29,61	-	12,41	NS
39 - Visita domiciliar	273	35,6	6,7	34,8	-	36,4	191	25,9	6,7	24,9	-	26,8	-10,10	-	-9,30	S
Téc./Aux. de enfermagem																
02 - Administração de medicamentos	260	13,4	4,2	12,9	-	13,9	57	12,8	1,6	12,4	-	13,2	-0,73	-	-0,47	NS (VISUAL)
05 - Assistência em exames/procedimentos	216	23	19,3	20,4	-	25,5	32	48,2	21,8	40,7	-	55,8	8,92	-	41,48	S
07 - Atendimento a demanda espontânea	137	32,2	19,3	28,9	-	35,4	7	15,8	6,9	10,7	-	20,9	-25,88	-	-6,92	S
13 - Controle de imunização/vacinação	1.128	30,6	17,3	29,6	-	31,6	331	39,3	16,7	37,5	-	41,1	7,61	-	9,79	S
25 - Monitorização de sinais vitais	829	13	1,5	12,9	-	13,1	308	13,1	1	13	-	13,2				NS (VISUAL)
27 - Procedimentos ambulatoriais	298	27,8	22,6	25,2	-	30,3	66	44,1	27,8	37,4	-	50,8	3,13	-	29,47	S

Resultados

29 - Promoção de ações educativas	117	27,6	32,7	21,7	-	33,5	28	25,1	31,2	13,5	-	36,6	-45,56	-	40,56	NS
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	164	12,5	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
39 - Visita domiciliar	361	47,7	14,5	46,2	-	49,2	223	48,5	13,7	46,7	-	50,3	-0,60	-	2,20	NS
Total geral (intervenção padrão)	5.945	23	17	22,1	-	23	2.085	24,9	17,7	24,1	-	25,6	1,70	-	2,10	S

S = Houve diferença estatisticamente significativa (test t).

NS = Não houve diferença estatisticamente significativa, pois os intervalos de confiança (IC) incluiu o zero.

NS (Visual) = Não houve estatisticamente significativa, pois os intervalos de confiança (IC) se sobrepõem e as médias estão dentro do IC do grupo oposto.

Fonte: Arquivo do pesquisador.

4.1.5.2.2 Brasil e estrato 5

Nos dados da tabela 32 estão demonstrados os valores dos tempos das intervenções padrão, segundo a categoria profissional e o estrato socioeconômico-demográfico 5.

Tabela 32 – Comparação de dois grupos (Brasil e estrato 5) para identificação da diferença da média dos tempos das intervenções de enfermagem. Brasil – 2014.

Brasil							Estrato 5									
Categoria profissional e intervenção padrão - Brasil	FO	TMI (minutos)	DP	95% IC			FO	TMI (minutos)	DP	95% IC			INTERVALO DE CONFIANÇA DA DIFERENÇA DAS MÉDIAS			SIGNIFICÂNCIA DA DIFERENÇA
													Li	-	Ls	
Enfermeiro																
07 - Atendimento a demanda espontânea	584	23,3	15,7	22	-	24,6	62	32,1	12	29,1	-	35,1	6,09	-	11,51	S
10 - Consulta	736	25,3	17,6	24	-	26,6	128	36,7	20,9	33,1	-	40,3	7,63	-	15,17	S
27 - Procedimentos ambulatoriais	12	19,3	9,1	14,1	-	24,5	1	44	-	-	-	-				
29 - Promoção de ações educativas	102	28	39,7	20,3	-	35,7	18	44,6	61,9	16	-	73,2	-207,21	-	240,41	NS
39 - Visita domiciliar	273	35,6	6,7	34,8	-	36,4	28	66,1	2,5	65,2	-	67	30,08	-	30,92	S
Téc./Aux. de enfermagem																
02 - Administração de medicamentos	260	13,4	4,2	12,9	-	13,9	55	13,9	4,1	12,9	-	15	0,11	-	0,89	NS VISUAL
05 - Assistência em exames/procedimentos	216	23	19,3	20,4	-	25,5	22	48,1	19,8	39,8	-	56,3	5,89	-	44,31	S
07 - Atendimento a demanda espontânea	137	32,2	19,3	28,9	-	35,4	42	39	-	-	-	-				
13 - Controle de imunização/vacinação	1.128	30,6	17,3	29,6	-	31,6	260	39	6,3	38,2	-	39,8	7,99	-	8,81	S
25 - Monitorização de sinais vitais	829	13	1,5	12,9	-	13,1	100	12,8	1	12,6	-	13				NS VISUAL
27 - Procedimentos ambulatoriais	298	27,8	22,6	25,2	-	30,3	33	40,9	8,4	38,1	-	43,8	9,30	-	16,90	S
29 - Promoção de ações educativas	117	27,6	32,7	21,7	-	33,5	4	24,6	21,9	3,2	-	46,1	-129,83	-	123,83	NS

Resultados

30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	164	12,5	1,2	-	-	-	-		-	-	-	-				
39 - Visita domiciliar	361	47,7	14,5	46,2	-	49,2	29	71,6	6,2	69,4	-	73,9	22,00	-	25,80	S
Total geral (intervenção padrão)	5.945	23	17	22,1	-	23	851	32,7	17	31,5	-	33,8	9,32	-	10,08	S

S = Houve diferença estatisticamente significativa (test t).

NS = Não houve diferença estatisticamente significativa, pois os intervalos de confiança (IC) incluiu o zero.

NS (Visual) = Não houve estatisticamente significativa, pois os intervalos de confiança (IC) se sobrepõem e as médias estão dentro do IC do grupo oposto.

Fonte: Arquivo do pesquisador.

4.1.5.2.3 Brasil e estrato 6

Nos dados da tabela 33 estão demonstrados os valores dos tempos das intervenções padrão, segundo a categoria profissional e o estrato socioeconômico-demográfico 6 .

Tabela 33– Comparação de dois grupos (Brasil e estrato 6) para identificação da diferença da média dos tempos das intervenções de enfermagem. Brasil – 2014.

Brasil							Estrato 6									
Categoria profissional e intervenção padrão - Brasil	FO	TMI (minutos)	DP	95% IC			FO	TMI (minutos)	DP	95% IC			INTERVALO DE CONFIANÇA DA DIFERENÇA DAS MÉDIAS			SIGNIFICÂNCIA DA DIFERENÇA
Enfermeiro													Li	-	Ls	
07 - Atendimento a demanda espontânea	584	23,3	15,7	22	-	24,6	303	16,1	8,6	15,1	-	17,1	-7,86	-	-6,54	S
10 - Consulta	736	25,3	17,6	24	-	26,6	445	19,4	13,7	18,1	-	20,7	-6,73	-	-5,07	S
27 - Procedimentos ambulatoriais	12	19,3	9,1	14,1	-	24,5	7	14,5	1,7	13,2	-	15,7	-12,09	-	2,49	NS
29 - Promoção de ações educativas	102	28	39,7	20,3	-	35,7	35	31,4	45,6	16,2	-	46,5	-69,99	-	76,79	NS
39 - Visita domiciliar	273	35,6	6,7	34,8	-	36,4	54	54,1	6,8	52,3	-	55,9	17,48	-	19,52	S
Téc./Aux. de enfermagem																
02 - Administração de medicamentos	260	13,4	4,2	12,9	-	13,9	148	13,5	4,8	12,7	-	14,3	-0,13	-	0,33	NS
05 - Assistência em exames/procedimentos	216	23	19,3	20,4	-	25,5	162	14,6	8,3	13,3	-	15,8	-10,51	-	-6,29	S
07 - Atendimento a demanda espontânea	137	32,2	19,3	28,9	-	35,4	88	30,2	23	25,4	-	35	-10,57	-	6,57	NS
13 - Controle de imunização/vacinação	1.128	30,6	17,3	29,6	-	31,6	537	21,1	16,4	19,7	-	22,5	-10,25	-	-8,75	S
25 - Monitorização de sinais vitais	829	13	1,5	12,9	-	13,1	421	13	1,9	12,9	-	13,2	-0,02	-	0,02	NS
27 - Procedimentos ambulatoriais	298	27,8	22,6	25,2	-	30,3	199	20,2	18	17,7	-	22,7	-10,88	-	-4,32	S
29 - Promoção de ações educativas	117	27,6	32,7	21,7	-	33,5	85	28,6	33,9	21,4	-	35,8	-21,22	-	23,22	NS

Resultados

30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	164	12,5	1,2	-	-	-	164	12,5	1,2	-	-	-				
39 - Visita domiciliar	361	47,7	14,5	46,2	-	49,2	109	39,7	14,3	37	-	42,3	-10,42	-	-5,58	S
Total geral (intervenção padrão)	5.945	23	17	22,1	-	23	3.009	18	14,8	17,5	-	18,6	-5,12	-	-4,88	S

S = Houve diferença estatisticamente significativa (test t).

NS = Não houve diferença estatisticamente significativa, pois os intervalos de confiança (IC) incluiu o zero.

NS (Visual) = Não houve estatisticamente significativa, pois os intervalos de confiança (IC) se sobrepõem e as médias estão dentro do IC do grupo oposto.

Fonte: Arquivo do pesquisador.

4.1.5.3 Tempo das intervenções/atividades de suporte e adicionais

4.1.5.3.1 Tempo das intervenções/atividades de suporte e adicionais: Brasil

Nas tabelas 34 e 35, estão demonstrados os valores dos tempos das intervenções de suporte e adicionais, segundo a categoria profissional, no Brasil.

Tabela 34 - Distribuição do tempo das intervenções de suporte e adicionais, dos enfermeiros, Brasil. Brasil – 2014.

Intervenções e atividade associada - Brasil	FO	Tempo total (TO+RTE+RAP)	Tempo médio (minutos)	Frequência (%)
Enfermeiro		87.772		10,7
Intervenção padrão		45.015		7,8
Intervenções de suporte e adicionais	2.941	42.757	15	17,5
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	25	1.818	73	2,1%
02 - Administração de medicamentos	8	100	13	0,1%
03 - Apoio ao estudante	79	913	12	1,0%
04 - Apoio ao médico	1	11	11	0,0%
05 - Assistência em exames/procedimentos	30	561	19	0,6%
06 - Assistência na amamentação	1	11	11	0,0%
08 - Avaliação de desempenho	12	174	14	0,2%
11 - Controle de doenças transmissíveis	5	58	12	0,1%
13 - Controle de imunização/vacinação	24	602	25	0,7%
14 - Controle de infecção	9	105	12	0,1%
15 - Controle de suprimentos	38	438	12	0,5%
16 - Organização do processo de trabalho	272	3.250	12	3,7%
17 - Cuidados de urgência/emergência	9	104	12	0,1%
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	22	278	13	0,3%
21 - Documentação	894	10.904	12	12,4%
22 - Identificação de risco	2	23	11	0,0%
23 - Interpretação de dados laboratoriais	15	171	11	0,2%
24 - Mapeamento e territorialização	10	130	13	0,1%
25 - Monitorização de sinais vitais	24	286	12	0,3%
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	75	907	12	1,0%
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	3	56	19	0,1%

Resultados

31 - Referência e contrarreferência	22	252	11	0,3%
32 - Reunião administrativa	87	5.207	60	5,9%
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	46	1.630	35	1,9%
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	26	344	13	0,4%
35 - Supervisão segurança	5	62	12	0,1%
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	459	5.451	12	6,2%
38 - Vigilância em saúde	93	1.161	12	1,3%
Atividades associadas	645	7.750	12	8,8%

Fonte: arquivo da pesquisadora

Tabela 35 - Distribuição do tempo das intervenções de suporte e adicionais, dos técnicos/auxiliares de enfermagem, Brasil. Brasil – 2014.

Intervenções e atividade associada - Brasil	FO	Tempo total (TO+RTE+RAP)	Tempo médio (minutos)	Frequência (%)
Téc./Aux. de enfermagem		164.441		20,0
Intervenção padrão		88.937		15,4
Intervenções de suporte e adicionais	5.459	75.503	14	30,8
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	34	2.235	66	1,4%
03 - Apoio ao estudante	37	494	13	0,3%
04 - Apoio ao medico	12	211	18	0,1%
06 - Assistência na amamentação	2	25	12	0,0%
10 - Consulta	4	138	35	0,1%
12 - Controle de eletrólitos	20	244	12	0,1%
14 - Controle de infecção	177	2.374	13	1,4%
15 - Controle de suprimentos	463	5.890	13	3,6%
16 - Organização do processo de trabalho	128	1.657	13	1,0%
17 - Cuidados de urgência/emergência	6	123	20	0,1%
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	8	105	13	0,1%
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	11	144	13	0,1%
21 - Documentação	1.173	15.227	13	9,3%
22 - Identificação de risco	46	600	13	0,4%
23 - Interpretação de dados laboratoriais	11	148	13	0,1%
24 - Mapeamento e territorialização	6	79	13	0,0%
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	191	2.500	13	1,5%
31 - Referência e contrarreferência	38	481	13	0,3%
32 - Reunião administrativa	32	2.369	74	1,4%
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	35	1.571	45	1,0%
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	6	78	13	0,0%
35 - Supervisão segurança	22	281	13	0,2%
36 - Transporte institucional	44	609	14	0,4%
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	372	4.870	13	3,0%
38 - Vigilância em saúde	54	686	13	0,4%
Atividades associadas	2.527	32.365	13	19,7%

Fonte: arquivo da pesquisadora

4.1.5.3.2 Estratos

Nos dados das tabelas 36 e 37 estão descritos os tempos para intervenções/atividades de suporte e adicionais para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem de acordo com os estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4, 5 e 6.

Tabela 36 - Distribuição do tempo das intervenções/atividades de suporte e adicionais dos enfermeiros, segundo estrato socioeconômico-demográfico. Brasil – 2014.

Intervenções e atividade associada	Estrato de 1 a 4				Estrato 5				Estrato 6			
	FO	Tempo total (TO+RTE+ RAP)	Tempo médio (minutos)	Freq (%)	FO	Tempo total (TO+RTE +RAP)	Tempo médio (minutos)	Freq (%)	FO	Tempo total (TO+RTE +RAP)	Tempo médio (minutos)	Freq
Enfermeiro		34.944		9,4		13.877		17,50		38.951		10,40%
<i>Intervenção padrão</i>		18.004		6,4		9.383		14,7		17.628		8%
<i>Intervenções de suporte e adicionais</i>	1.244	16.940	14	19,1	222	4.493	20	29,2	1.47 5	21.323	14	15%
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	9	216	24	0,6%	5	868	174	6,3%	11	734	67	2%
02 - Administração de medicamentos	4	50	12	0,1%	-	-	-	0,0%	4	51	13	0%
03 - Apoio ao estudante	12	133	11	0,4%	10	127	13	0,9%	57	654	11	2%
04 - Apoio ao médico	-	-	-	0,0%	-	-	-	0,0%	1	11	11	0%
05 - Assistência em exames/procedimentos	8	111	14	0,3%	-	-	-	0,0%	22	450	20	1%
06 - Assistência na amamentação	-	-	-	0,0%	-	-	-	0,0%	1	11	11	0%
08 - Avaliação de desempenho	-	-	-	0,0%	-	-	-	0,0%	12	174	14	0%
11 - Controle de doenças transmissíveis	1	11	11	0,0%	4	47	12	0,3%	-	-	-	0%
13 - Controle de imunização/vacinação	19	458	24	1,3%	1	27	27	0,2%	4	117	29	0%
14 - Controle de infecção	1	12	12	0,0%	4	45	11	0,3%	4	48	12	0%
15 - Controle de suprimentos	20	226	11	0,6%	-	-	-	0,0%	18	212	12	1%
16 - Organização do processo de trabalho	90	1.017	11	2,9%	21	239	11	1,7%	161	1.994	12	5%
17 - Cuidados de urgência/emergência	1	12	12	0,0%	-	-	-	0,0%	8	92	11	0%

Resultados

19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	21	265	13	0,8%	-	-	-	0,0%	1	13	13	0%
21 - Documentação	354	4.056	11	11,6%	67	791	12	5,7%	473	6.057	13	16%
22 - Identificação de risco	1	12	12	0,0%	-	-	-	0,0%	1	11	11	0%
23 - Interpretação de dados laboratoriais	11	128	12	0,4%	1	11	11	0,1%	3	33	11	0%
24 - Mapeamento e territorialização	8	99	12	0,3%	-	-	-	0,0%	2	31	15	0%
25 - Monitorização de sinais vitais	17	196	12	0,6%	2	26	13	0,2%	5	65	13	0%
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	33	383	12	1,1%	2	24	12	0,2%	40	500	13	1%
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	-	-	-	0,0%	-	-	-	0,0%	3	56	19	0%
31 - Referência e contrarreferência	17	188	11	0,5%	-	-	-	0,0%	5	63	13	0%
32 - Reunião administrativa	30	2.250	75	6,4%	3	973	324	7,0%	54	1.984	37	5%
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	6	377	63	1,1%	3	173	58	1,2%	37	1.080	29	3%
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	10	119	12	0,3%	1	12	12	0,1%	15	212	14	1%
35 - Supervisão segurança	1	11	11	0,0%	1	13	13	0,1%	3	39	13	0%
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	193	2.226	12	6,4%	42	484	12	3,5%	224	2.741	12	7%
38 - Vigilância em saúde	19	223	12	0,6%	-	-	-	0,0%	74	938	13	2%
Atividade associada	358	4.162	12	11,9%	55	636	12	4,6%	232	2.953	13	8%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Tabela 37 - Distribuição do tempo das intervenções/atividades de suporte e adicionais dos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato socioeconômico-demográfico. Brasil – 2014.

Intervenções e atividade associada	Estrato de 1 a 4				Estrato 5				Estrato 6			
	FO	Tempo total (TO+RTE+ RAP)	Tempo médio (minutos)	Freq. (%)	F O	Tempo total (TO+RTE+ RAP)	Tempo médio (minutos)	Freq.	FO	Tempo total (TO+RTE+ RAP)	Tempo médio (minutos)	Freq. ·
Téc./Aux. de enfermagem		56.165		15,1		23.503		29,7%		84.772		23%
<i>Intervenção padrão</i>		33.855		12,0		18.415		28,8%		36.667		16%
<i>Intervenções de suporte e adicionais</i>	1.65 9	22.310	13	25,1	33 8	5.088	15	33,1%	3.46 2	48.106	14	34%
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	15	390	26	0,7%	4	540	135	2,3%	15	1.304	87	2%
03 - Apoio ao estudante	12	149	12	0,3%	-	-	-	0,0%	25	345	14	0%
04 - Apoio ao médico	3	37	12	0,1%	1	19	19	0,1%	8	155	19	0%
06 - Assistência na amamentação	-	-	-	0,0%	-	-	-	0,0%	2	25	12	0%
10 - Consulta	-	-	-	0,0%	-	-	-	0,0%	4	138	35	0%
12 - Controle de eletrólitos	2	25	12	0,0%	9	114	13	0,5%	9	105	12	0%
14 - Controle de infecção	62	812	13	1,4%	6	91	15	0,4%	109	1.472	14	2%
15 - Controle de suprimentos	100	1.270	13	2,3%	26	386	15	1,6%	337	4.235	13	5%
16 - Organização do processo de trabalho	61	756	12	1,3%	-	-	-	0,0%	67	900	13	1%
17 - Cuidados de urgência/emergência	2	77	38	0,1%	-	-	-	0,0%	4	46	11	0%
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	3	36	12	0,1%	-	-	-	0,0%	5	69	14	0%

Resultados

19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	9	118	13	0,2%	-	-	-	0,0%	2	26	13	0%
21 - Documentação	418	5.349	13	9,5%	54	754	14	3,2%	701	9.123	13	11%
22 - Identificação de risco	-	-	-	0,0%	4	57	14	0,2%	42	542	13	1%
23 - Interpretação de dados laboratoriais	-	-	-	0,0%	-	-	-	0,0%	11	148	13	0%
24 - Mapeamento e territorialização	6	79	13	0,1%	-	-	-	0,0%	-	-	-	0%
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	63	830	13	1,5%	31	420	14	1,8%	97	1.250	13	2%
31 - Referência e contrarreferência	35	440	13	0,8%	-	-	-	0,0%	3	40	13	0%
32 - Reunião administrativa	16	961	60	1,7%	-	-	-	0,0%	16	1.408	88	2%
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	2	125	62	0,2%	-	-	-	0,0%	33	1.447	44	2%
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	-	-	-	0,0%	-	-	-	0,0%	6	78	13	0%
35 - Supervisão segurança	6	76	13	0,1%	-	-	-	0,0%	16	204	13	0%
36 - Transporte institucional	39	545	14	1,0%	-	-	-	0,0%	5	64	13	0%
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	144	1.834	13	3,3%	25	364	15	1,6%	203	2.672	13	3%
38 - Vigilância em saúde	7	87	12	0,2%	5	75	15	0,3%	42	525	12	1%
Atividade associada	654	8.314	13	14,8%	173	2.269	13	9,7%	1.700	21.782	13	26%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

4.2 PARTE 2: APLICAÇÃO DOS PARÂMETROS DE CARGA DE TRABALHO NO MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO *WORKLOAD INDICATORS STAFFING NEED (WISN)* PARA OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Para a aplicação do método *WISN* foi realizada uma simulação de uma USF fictícia, denominada USF X.

A USF X está localizada em um município na região sudeste, classificado como estrato 6. Esta USF atende a uma área com 892 famílias, sendo cadastrados 3.210 usuários conforme os dados apresentados na tabela 38.

Tabela 38 - Distribuição dos usuários cadastrados na USF X. Brasil – 2014.

Informações	Número de usuários cadastrados na USF X
<i>Faixa etária</i>	
<1 ano	32
1 a 4 anos	160
5 a 6 anos	96
7 a 9 anos	138
10 a 14 anos	257
15 a 19 anos	225
20 a 39 anos	1220
40 a 49 anos	442
50 a 59 anos	346
> 60 anos	289
Número de mulheres de 15 a 49 anos	603
Número de mulheres de 20 a 59 anos	683
Número de gestantes	18
Número de Hipertensos	384
Número de diabéticos	125
Número de acamados/impossibilitados	18

Fonte: arquivo da pesquisadora

A USF X é composta de uma equipe, que corresponde a um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e um auxiliar de limpeza.

Esta USF funciona de segunda à sexta-feira, das sete às 17 horas. Todos os trabalhadores são contratados para 40 horas semanais de trabalho e oito horas diárias.

A enfermeira atua também como gerente da unidade. As atividades de recepção são realizadas pelos ACS e técnicos/auxiliares de enfermagem. A unidade também recebe alunos do curso de graduação de enfermagem durante 2 meses no ano. Nesse município, os usuários em tratamento de tuberculose e hanseníase são acompanhados e tratados em centros especializados, e esta USF realiza o acompanhamento indireto desses pacientes em tratamento e a busca ativa de casos.

Duas simulações de aplicação do método *WISN* foram realizadas. Na primeira simulação, os dados de produção utilizados para os cálculos foram baseados no atendimento realizado no ano de 2013 na USF X. A segunda simulação, realizada somente para os enfermeiros, utilizou-se parâmetros nacionais de produção indicados pelo Ministério da saúde ⁽⁹⁹⁾, para calcular o número de enfermeiros necessários para atender a toda população adscrita do território da USF X.

A aplicação do método *WISN* recomenda a realização de um conjunto de etapas sequenciais :

1. Definição da categoria profissional prioritária e o tipo de unidade de saúde

O método *WISN* pode ser aplicado a todas as categorias de profissionais de saúde e a todos os tipos de unidades. Neste estudo, optou-se por analisar os profissionais de enfermagem – enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem.

2. Cálculo o Tempo de Trabalho Disponível (TTD) de cada Trabalhador

O TTD foi calculado com dados referentes ao ano de 2013 da USF X, como mostra a tabela 39.

Tabela 39 - Cálculo do tempo de trabalho disponível (TTD) segundo a categoria profissional, da USF X, referente ao ano de 2013. Brasil - 2014.

USF X	Enfermeira	Técnico/Auxiliar de enfermagem
Variáveis TTD	Nº de dias	Nº de dias
Número de dias de trabalho possíveis em um ano	52 semanas * 5 dias= 260	52 semanas* 5dias =260
Número de dias de ausência em razão dos feriados em um ano	7	7
Número de dias de ausência em razão das férias em um ano	30	30
Número de dias de ausência por licença-saúde (em um ano)	3	3
Número de dias de treinamento (em um ano)	12	3
Número de dias de ausência em razão a outras licenças (em um ano)	1	1

Fonte: arquivo da pesquisadora

- **TTD enfermeiro** = $[260 - (7 + 30 + 3 + 13)] \times 8 = 1.656$ horas/ano/profissional
- **TTD técnico/auxiliar de enfermagem** = $[260 - (7 + 30 + 3 + 4)] \times 8 = 1.728$ horas/ano/profissional

3. Definição dos componentes da carga de trabalho

Os componentes foram definidos de acordo com os dados apresentados no quadro 8.

4. Identificação dos padrões de serviço

Os padrões de serviços aplicados são os tempos médios encontrados nesta pesquisa. Para as simulações, foi aplicado o tempo médio do Brasil.

5. Calculo das cargas de trabalho

A **carga de trabalho anual** refere-se à produção da USF em um ano. Para a simulação 1 foram utilizados os dados de produção. Na simulação 2 foram utilizados os dados referentes a parâmetros ⁽⁹⁹⁾, com o objetivo de projetar a produção que a USF teria, conforme as recomendações e coberturas indicadas, como mostra a tabela 40.

Tabela 40 - Dados de produção da USF X projetados segundo parâmetros do ministério da saúde (MS) ⁽⁹⁹⁾. Brasil – 2014.

Número total de usuários cadastrados: 3210 usuários			
Intervenção	N de usuários (total da área)	Número preconizado parâmetros MS ⁽⁹⁹⁾	Número de intervenções necessárias/ano
Consulta de enfermagem			
Adulto			
HA	384	4 cons/usuário/ano- 65% cobertura	1000
DIA	125	4 cons/usuário/ano - 80% cobertura	400
Idoso			
maior de 60 anos	289	1 cons/ano	289
Crianças			
0 a 1 ano	32	4 cons/ano	128
1 a 4 anos	160	2 cons/ano	320
5 a 6 anos	96	1 cons/ano	96
Mulher - Consulta			
Cons. Gineco (mulheres de 20 a 59 anos)	683	*1 consulta para 50%	342
Gestante - Cons. pré natal	18	3 cons/gestante	54
Planejamento familiar (mulheres de 15 a 49 anos)	603	1 cons/pop. Alvo (45% mulher idade fértil)/ano - 50% de cobertura	135
TOTAL Consulta			2764
Atendimento a demanda espontânea			1605

Resultados

Cons/atend. urgência clínica básicas	0,5 cons/hab/ano	1605
TOTAL Atendimento a demanda espontânea		1605
Promoção de ações educativas (Grupos)	Número de grupos/mês	
Grupo de Pré-natal	1	15 usuários por grupo 15 pac/mês *12=180pac/ano
Grupo de crônicos (HA e DIA)	2	15 usuários por grupo 30 pac/mês *12=360 pac/ano
Outros (segundo a necessidade da área)	2	15 usuários por grupo 30 pac/mês *12=360 pac/ano
TOTAL Grupo		900
Visita domiciliar (VD)		
Acamados/impossibilitados	18	*6 VD/ano 108
maior de 60 anos	289	50%pop >60anos, 1/a 144
Visita de RN	10	1 VD/RN 10
TOTAL VD		262
Para as intervenções: Procedimentos ambulatoriais foram considerados a produção anual da USF simulada, pois não foi encontrado parâmetros de projeção na população.		
* O número de VD para acamados/impossibilitados tem como parâmetros a experiência da autora		

Fonte: arquivo da pesquisadora

A **carga de trabalho padrão** calculada por meio da multiplicação do TTD com o número de usuários/hora encontrados pelo tempos médios.

6. Calculo da necessidade de trabalhadores

Todas as etapas realizadas para a simulação 1 do cálculo da necessidade de enfermeiros na USF X estão descritas nos dados da tabela 41.

Tabela 41 - Simulação 1 da necessidade de enfermeiros para a USF X, baseada na produção anual/2013. Brasil - 2014

Categoria profissional: Enfermeiro (fonte: produção da USF X referente ao ano de 2013)					
TTD: 1656					
Brasil					
Intervenção padrão	Carga de trabalho anual registrada (Produção anual) (usuários)	tempo médio (minutos)	Número de usuário/hora	Carga de trabalho padrão (Brasil)	Necessidade de pessoal da categoria /Brasil
07 - Atendimento a demanda espontânea	480	23,3	2,6	4264,4	0,1
10 - Consulta	696	25,3	2,4	3927,3	0,2
27 - Procedimentos ambulatoriais	60	19,3	3,1	5148,2	0,0
29 - Promoção de ações educativas	450	28,0	2,1	3548,6	0,1
39 - Visita domiciliar	57	35,6	1,7	2791,0	0,0
A. Necessidade de pessoal total para atividades dos serviços de saúde					0,4
Atividades de suporte					PAC (Percentual de tempo de trabalho) - Brasil
02 - Administração de medicamentos					0,1%
04 - Apoio ao médico					0,0%
05 - Assistência em exames/procedimentos					0,6%
06 - Assistência na amamentação					0,0%
08 - Avaliação de desempenho					0,2%
11 - Controle de doenças transmissíveis					0,1%
13 - Controle de imunização/vacinação					0,7%
14 - Controle de infecção					0,1%
15 - Controle de suprimentos					0,5%
16 - Organização do processo de trabalho					3,7%
17 - Cuidados de urgência/emergência					0,1%
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas					0,3%
21 - Documentação					12,4%
22 - Identificação de risco					0,0%
23 - Interpretação de dados laboratoriais					0,2%
24 - Mapeamento e territorialização					0,1%

25 - Monitorização de sinais vitais	0,3%
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	1,0%
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	0,1%
31 - Referencia e contrarreferência	0,3%
32 - Reunião administrativa	5,9%
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	1,9%
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	0,4%
35 - Supervisão segurança	0,1%
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	6,2%
38 - Vigilância em saúde	1,3%
Atividades associadas	8,8%
Percentual de PAC total	45,4%
B. Fator de ajuste da Categoria: { 1 / [1 - (percentual de PAC total / 100)]}	1,83
Intervenções/ Atividades adicionais	<div>Número de profissionais realizando a atividade</div> <div>PAI (tempo de trabalho real por pessoa)- Brasil</div> <div>PAI anual (para todo o pessoal que realiza a atividade) Brasil</div>
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	<div>1</div> <div>73 minutos, 6 vezes no ano</div> <div>7,3horas</div>
03 - Apoio ao estudante	<div>1</div> <div>13 minutos, 40 vezes no ano</div> <div>8,6 horas</div>
PAI total em um ano	15,9 horas
C. Fator de ajuste Individual (PAI / TTD anual total)	0,009
Necessidade de pessoal total baseada no WISN: (A x B + C)	(0,4×1,83+0,009)= 0,7

Fonte: arquivo da pesquisadora

Todas as etapas realizadas para a simulação 2 do cálculo da necessidade de enfermeiros na USF X estão descritas nos dados da tabela 42.

Tabela 42 - Simulação 2 da necessidade de enfermeiros para a USF X, baseado nos parâmetros do MS ⁽⁹⁹⁾. Brasil - 2014

Categoria profissional: Enfermeiro (fonte: parâmetros MS)					
TTD: 1656					
Brasil					
Intervenção padrão	Carga de trabalho anual registrada (Produção anual) (usuários)	tempo médio (minutos)	Número de usuário/hora	Carga de trabalho padrão (Brasil)	Necessidade de pessoal da categoria /Brasil
07 - Atendimento à demanda espontânea	1605	23,3	2,6	4264,4	0,4
10 - Consulta	2764	25,3	2,4	3927,3	0,7
27 - Procedimentos ambulatoriais	60	19,3	3,1	5148,2	0,0
29 - Promoção de ações educativas	900	28,0	2,1	3548,6	0,3
39 - Visita domiciliar	262	35,6	1,7	2791,0	0,1
A. Necessidade de pessoal total para atividades dos serviços de saúde					1,4
Intervenções/ Atividades de suporte					PAC (Percentual de tempo de trabalho) - Brasil
02 - Administração de medicamentos					0,1%
04 - Apoio ao médico					0,0%
05 - Assistência em exames/procedimentos					0,6%
06 - Assistência na amamentação					0,0%
08 - Avaliação de desempenho					0,2%
11 - Controle de doenças transmissíveis					0,1%
13 - Controle de imunização/vacinação					0,7%
14 - Controle de infecção					0,1%
15 - Controle de suprimentos					0,5%
16 - Organização do processo de trabalho					3,7%
17 - Cuidados de urgência/emergência					0,1%
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas					0,3%
21 - Documentação					12,4%

22 - Identificação de risco	0,0%		
23 - Interpretação de dados laboratoriais	0,2%		
24 - Mapeamento e territorialização	0,1%		
25 - Monitorização de sinais vitais	0,3%		
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	1,0%		
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	0,1%		
31 - Referência e contrarreferência	0,3%		
32 - Reunião administrativa	5,9%		
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	1,9%		
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	0,4%		
35 - Supervisão segurança	0,1%		
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	6,2%		
38 - Vigilância em saúde	1,3%		
Atividades associadas	8,8%		
Percentual de PAC total	45,4%		
B. Fator de ajuste da Categoria: {1 / [1 - (percentual de PAC total / 100)]}	1,83		
Intervenções/ Atividades adicionais	Número de profissionais realizando a atividade	PAI (tempo de trabalho real por pessoa)- Brasil	PAI anual (para todo o pessoal que realiza a atividade) Brasil
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	1	73 minutos, 6 vezes no ano	7,3horas
03 - Apoio ao estudante	1	13 minutos, 40 vezes no ano	8,6 horas
PAI total em um ano			15,9 horas
C. Fator de ajuste Individual (PAI / TTD anual total)			0,009
Necessidade de pessoal total baseada no WISN: (A x B + C)			(1,4x1,83+0,009)= 2,57

Fonte: arquivo da pesquisadora

Para os técnicos/auxiliares de enfermagem foram realizadas as etapas apresentadas na tabela 43 somente com dados referente à produção (simulação 1), em razão da ausência de parâmetros para projetar todas as intervenções/atividades realizadas por essa categoria profissional.

Tabela 43 - Simulação 1 da necessidade de técnicos/auxiliares de enfermagem para a USF X, com base na produção anual/2013. Brasil - 2014

Categoria profissional: Técnico/auxiliar de enfermagem					
TTD: 1728					
Brasil					
Intervenção padrão	Carga de trabalho anual registrada (Produção anual) (usuários)	tempo médio (minutos)	Número de usuário/hora	Carga de trabalho padrão (Brasil)	Necessidade de pessoal da categoria /Brasil
02 - Administração de medicamentos	860	13,4	4,5	7737,3	0,1
05 - Assistência em exames/procedimentos	147	23	2,6	4507,8	0,0
07 - Atendimento a demanda espontânea	629	32,2	1,9	3219,9	0,2
13 - Controle de imunização/vacinação	1913	30,6	2,0	3388,2	0,6
25 - Monitorização de sinais vitais	2577	13	4,6	7975,4	0,3
27 - Procedimentos ambulatoriais	912	27,8	2,2	3729,5	0,2
29 - Promoção de ações educativas	940	27,6	2,2	3756,5	0,3
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	1319	12,5	4,8	8294,4	0,2
39 - Visita domicilia	520	47,7	1,3	2173,6	0,2
A. Necessidade de pessoal total para atividades dos serviços de saúde					2,1
Atividades de suporte					PAC (Percentual de tempo de trabalho) - Brasil
03 - Apoio ao estudante					0,3%
04 - Apoio ao médico					0,1%
06 - Assistência na amamentação					0,0%
12 - Controle de eletrólitos					0,1%
14 - Controle de infecção					1,4%
15 - Controle de suprimentos					3,6%
16 - Organização do processo de trabalho					1,0%
17 - Cuidados de urgência/emergência					0,1%
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária					0,1%

19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	0,1%		
21 - Documentação	9,3%		
22 - Identificação de risco	0,4%		
24 - Mapeamento e territorialização	0,0%		
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	1,5%		
31 - Referência e contrarreferência	0,3%		
32 - Reunião administrativa	1,4%		
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	1,0%		
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	0,0%		
35 - Supervisão segurança	0,2%		
36 - Transporte institucional	0,4%		
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	3,0%		
38 - Vigilância em saúde	0,4%		
Percentual de PAC total	24,7%		
B. Fator de ajuste da Categoria: {1 / [1 - (percentual de PAC total / 100)]}	1,32		
Intervenções/ Atividades adicionais	Número de profissionais realizando a atividade	PAI (tempo de trabalho real por pessoa)- Brasil	PAI anual (para todo o pessoal que realiza a atividade) Brasil
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	1	66 minutos, 6 vezes no ano	6,6 horas
PAI total em um ano			6,6
C. Fator de ajuste Individual (PAI / TTD anual total)			0,003
Necessidade de pessoal total baseada no WISN: (A x B + C)			(2,1*1,32+0,003)= 2,775

Fonte: arquivo da pesquisadora

7. Análise e interpretação dos dados

A necessidade de trabalhadores de enfermagem, conforme a categoria profissional, para a USF X, na simulação 1 e 2 encontra-se descrita nos dados da tabela 44.

Tabela 44 - Necessidade de trabalhadores de enfermagem para a USF X, segundo método WISN, nas simulações 1 e 2. Brasil – 2014.

Categoria profissional	USF X			
	Situação atual			
	Número atual	Número necessário	Índice WISN	Diferença
Enfermeiro (simulação 1)	1	1	1	0
Enfermeiro (simulação 2)	1	3	0,3	-2
Técnico/auxiliar de enfermagem (simulação 1)	2	3	0,6	-1

Fonte: arquivo da pesquisadora

Capítulo 5: Discussão dos resultados

5 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados está apresentada da seguinte forma:

5.1 O INSTRUMENTO

O instrumento de medida de carga de trabalho de equipe de saúde da família, validado no conteúdo e na prática clínica, utilizado para a coleta de dados desta pesquisa destaca-se pela sua amplitude, pois foi o único instrumento de medida da carga de trabalho encontrado na literatura com possibilidade de ser aplicado a todos os membros da equipe de saúde de uma USF. Ressalta-se que 100% das intervenções/atividades de enfermagem observadas nesta pesquisa estavam presentes no referido instrumento.

Na literatura, é possível encontrar instrumentos desenvolvidos com o propósito de identificação da carga de trabalho, mas somente para uma determinada categoria profissional, como o desenvolvido na Austrália desenhado para diferentes cenários e contextos, incluindo áreas rurais, remotas, comunidade e hospitalar, contudo com amplitude reduzida às *Nurse Practitioners*,⁽⁸²⁾ e o desenvolvido na Bélgica, para enfermeiros, o *Belgian Nursing Minimum Dataset (B-NMDS-2)* composto por 78 itens, estruturados em 6 grupos baseados na *Nursing Interventions Classification (NIC)*⁽⁶²⁾.

Uma ferramenta perfeita para mensurar o trabalho de enfermagem é pouco provável que exista; no entanto, a importância de estabelecer o número e a composição dos trabalhadores de enfermagem nos diferentes tipos de serviços de saúde como um todo, não pode ser subestimada, pois os modos como a força de trabalho e o financiamento são alocados afetam o cuidado de enfermagem⁽¹⁰⁰⁾.

O agrupamento das atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem, nos diversos instrumentos utilizados para a amostragem do trabalho vem sendo realizado de diferentes maneiras, o que pode dificultar a comparação entre os resultados dos estudos⁽⁶⁷⁾.

Frequentemente, os agrupamentos encontrados são quatro: cuidado direto; cuidado indireto; relacionado ao serviço/unidade; e pessoal^(71-73,75,76,78,80,82,84,87,101).

Encontra-se também agrupamentos, como: cuidado direto; administração de medicamentos; atividades de comunicação; atividades de documentação; cuidado indireto; atividades pessoais; em trânsito e outras⁽⁷⁴⁾. Ou como: cuidado direto, cuidado indireto, tarefas de medicação, documentação, comunicação profissional, atividades relacionadas ao setor/ala, em trânsito, supervisão, social e outras⁽⁶³⁾; e alguns menos comuns como: formação de pessoal; tempo de espera; atividades docentes e de pesquisa⁽¹⁰²⁾.

Considera-se em trânsito o tempo entre as tarefas, tais como o tempo gasto andando no corredor ⁽⁷⁴⁾ e também o tempo entre tarefas e pacientes, excluindo o movimento entre o cuidado aos pacientes em um quarto compartilhado e/ou o movimento dentro de um quarto individual ⁽⁶³⁾. No presente estudo, esta categoria não foi considerada, pois foi percebida de maior relevância a intervenção/atividade seguinte ao deslocamento e não o deslocamento em si.

Em relação ao agrupamento de atividades na categoria “relacionada com o serviço”, observa-se que a definição aproxima-se do conceito de atividade associada, como “tarefas que não são de enfermagem (chamadas de trabalho associado), geralmente, as funções de hotelaria ou de assistentes administrativos ⁽¹⁰³⁾.

Contudo, na maioria dos estudos, as atividades que compõem essa categoria não se ajustam perfeitamente à categorização das atividades associadas propostas no presente estudo. Como por exemplo, as atividades relacionadas com o serviço/unidade são consideradas: atividades não específicas do paciente e incluem: participação em reuniões; realização de ensino em serviço; pesquisa e auditoria, e administração ⁽⁸²⁾; atividades que não são específicas do paciente e incluem responsabilidades clínicas de liderança que fazem parte do papel do enfermeiro e dos padrões de competência ⁽⁷¹⁾, incluindo a coordenação de leitos e de pessoal ⁽⁶³⁾.

Normalmente, são atividades relacionadas com a manutenção geral da unidade de enfermagem e não específicas do paciente, incluindo o trabalho de escritório, limpeza, pedidos de suprimentos, verificação de equipamentos e participação em reuniões ⁽⁷³⁾, ou seja, atividades que estão relacionadas com a manutenção geral da unidade ⁽⁷⁵⁾ e com seu bom funcionamento ⁽⁸⁰⁾.

Além disso, em outros estudos, a atividade medicação foi agrupada em duas categorias: como cuidado direto quando se está administrando o medicamento e indireto no momento do preparo ^(72,84). Outra atividade em que o agrupamento se difere, é a reunião, poucos estudos corroboram com o

agrupamento em cuidado indireto ⁽⁸⁰⁾, predominando o agrupamento em atividades relacionadas ao serviço/unidade ^(71-73,76,78,82,84).

Desse modo, deve-se ter cautela na comparação dos estudos, visto que não existe uma padronização das definições nem dos agrupamentos, dificultando a comparação entre os resultados ⁽⁷³⁾. Isso reforça a relevância de instrumentos que se embasam em taxonomias, como a *Nursing Intervention Classification (NIC)* para a área da enfermagem ^(7,8,15,55,104,105) ⁽⁶²⁾, pois possibilita maior padronização de linguagem o que, sem dúvida, facilita o uso e a interlocução do instrumento no cenário internacional.

Foram realizadas 4.767 observações simultâneas (reteste), correspondendo a 14,6% do total das observações no território nacional, para verificar o grau de concordância entre os observadores de campo com o supervisor da coleta de dados sendo considerada como amostra de reteste: 18,1% em USF estrato de 1 a 4, 14% em estrato 6 e somente 8,5% em estrato 5. Esta variação percentual deveu-se ao fato de que as unidades menores com menor número de profissionais, como as observadas nos estratos de 1 a 4, possibilitam um maior número de observações simultâneas. Todavia, nas unidades com estratos 5 e 6 em razão da dinâmica de trabalho e um número maior de profissionais, possibilitaram um menor percentual de coleta reteste.

Assim, esses fatores influenciaram não só no número de coleta do reteste, mas também no número de concordância entre os observadores. O maior índice de concordância (80%) de classificação foi nos estratos de 1 a 4, pois permitiu ao supervisor melhores condições de acompanhar a rotina da unidade, bem como, de todos os profissionais observados, facilitando o momento da observação conjunta do supervisor com o observador.

A concordância média, considerando o total de observações realizadas no território nacional ficou em 79%, valor abaixo do apresentado pela literatura de 95% ⁽⁸²⁾, 91% ^(67,73), 90% ⁽⁷¹⁾, 85% ⁽⁶⁹⁾ e 84% ⁽⁶²⁾. Mas, os estudos encontrados realizaram grande parte do teste de concordância/confiabilidade em treinamento ^(62,69,71,82), ou seja, em ambiente

projetado, existindo assim, uma redução das situações adversas e inesperadas de organização e funcionamento da unidade em estudo.

Ainda, em outro estudo, considerou-se satisfatório o índice de 85%, pois um terço das discrepâncias estava relacionada com o sincronismo e não à interpretação das atividades ⁽⁶⁹⁾. Assim, para as realidades estudadas considerou-se 79% um índice aceitável frente às diferentes infraestruturas e tipos de organização do trabalho observado no Brasil.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo, 140 profissionais de enfermagem, sendo 34% enfermeiros e 66% técnicos/auxiliares de enfermagem. A distribuição do número de enfermeiros entre os estratos ficou em torno de 30% da amostra, com maior percentual nos estratos de 1 a 4 ^(39%). Entre os técnicos/auxiliares de enfermagem, a distribuição ficou em torno de 60% - 70% com destaque de 70% no estrato 6.

No total de trabalhadores observados predominou a proporção de um enfermeiro para cada um ou dois técnicos/auxiliares de enfermagem.

Verificou-se que a maioria dos enfermeiros participantes da pesquisa era do gênero feminino (91%), com faixa etária entre 30 e 39 anos (47%), com especialização *latu senso* (92%) em saúde pública/ saúde coletiva (38%), seguido de medicina de família e comunidade (13%). Em relação à experiência profissional, 32% têm entre 10 e 15 anos de experiência, 34% apresentam de 5 a 10 anos de experiência em APS e 47% de 01 a 05 anos em USF.

Em São Paulo foi realizado um estudo nas USF que encontrou enfermeiros com predomínio do gênero feminino (89,0%), faixa etária de 30 a 39 anos (36,2%), e um conjunto expressivo de formados em cursos de especialização (67,3%), com tempo de trabalho no PSF de 1 a 2 anos (51,9%) e de 3 a 4 anos (30%), e tipo de contrato CLT(81,1%) ⁽¹⁰⁶⁾.

Estudos nacionais e internacionais identificaram também que a maioria dos enfermeiros pertencia ao gênero feminino, com percentuais de 98,1% ⁽¹⁰⁷⁾, 72,8% ⁽⁷⁾, 66,7% ⁽¹²⁾, 86% ⁽⁷²⁾, 100% ⁽¹¹⁾ e 100% ⁽¹⁵⁾.

No que se refere à categoria profissional técnico/auxiliar de enfermagem, os participantes da pesquisa eram também, do sexo feminino (91%), faixa etária entre 30 a 49 anos, com ensino fundamental ou médio ou técnico completo (84%), experiência profissional de 5 a 10 anos (26%), e experiência em APS e em USF, respectivamente, de 1 a 5 anos (33%) (42%).

Estudo mostrou que os auxiliares de enfermagem no PSF do Município de São Paulo, eram 91,3% sexo feminino, faixa etária distribuída de modo equitativo, com proporções de 28,7% de 30 a 39 anos e 28,2% para 40 a 49 anos, o tempo de trabalho no PSF foi de 1 a 2 anos (52,7%), e a maioria concluiu o ensino médio (60,2%) ⁽¹⁰⁸⁾.

Estudo encontrou também, que os auxiliares de enfermagem eram mais velhos que os enfermeiros ⁽⁷²⁾.

Em relação ao vínculo empregatício, 100% dos enfermeiros e 89% dos técnicos/auxiliares de enfermagem eram empregados por órgão governamental. Destaca-se o predomínio da faixa salarial entre R\$ 2001,00 e R\$ 3000,00 (32%) para enfermeiros e entre R\$ 546,00 e R\$ 1000,00 (39%) para os técnicos/auxiliares de enfermagem. Estudo realizado com profissionais do PSF encontrou que os enfermeiros consideravam sua remuneração razoável, mas que para maioria dos auxiliares de enfermagem ela era considerada baixa ⁽¹⁰⁹⁾.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES

Na maioria das USF estudadas, (41%) implantaram a ESF entre 2001 e 2005, com variação entre os estratos socioeconômico-demográficos, pois as unidades com estrato de 1 a 4 iniciaram mais cedo a implantação,

entre 1997 e 2000 (38%) e continuam 2011-2012 (23%), diferente das unidades estudadas no estrato 5, com datas de implantação diversas e unidades de estratos 6, com implantação um pouco tardia entre 2001-2005 (73%) e um percentual atual mais discreto, 2011-2012 (18%).

A população adstrita para as USF predominou em 2.001 – 4.000 habitantes (33%) e a composição de uma única equipe (52%). É possível encontrar este predomínio também, em unidades de estrato 6 (36%), contudo estas USF apresentaram uma maior variedade do número de equipes nas unidades, sendo diferente do verificado nas USF dos estratos de 1 a 4 que concentram alto percentual em uma equipe (77%).

Os profissionais que compõem as USF são enfermeiros (7%), técnicos/auxiliares de enfermagem (15%), médicos de família (4%), médico/ clínico (3%), cirurgião dentista (5%), técnico/auxiliar de saúde bucal (7%), agente comunitário de saúde (38%), administrativo (5%) e outros (16%).

As unidades têm cobertura em região urbana (81%), mas também mista (7%) e rural (11%), com maior concentração de rural no estrato de 1 a 4. A maioria das USF observadas são campos de estágio (93%).

Além disso, 89% das USF têm acesso a computador, mas somente 70% têm acesso à internet, evidenciando uma maior discrepância entre as unidades de estratos de 1 a 4 e estrato 5 com acesso à internet respectivamente 54% e 33% e as USF em estrato 6, no qual tanto a presença do computador como o acesso à internet estão em 100% das unidades estudadas.

Estudo aponta a necessidade de informatizar a rede pública e capacitar os profissionais para trabalhar com programas, a fim de efetivar o modelo assistencial e assim, auxiliar no reconhecimento de situações de vulnerabilidade social e em saúde ⁽¹¹⁰⁾.

5.4 FREQUÊNCIAS DAS INTERVENÇÕES/ATIVIDADES

5.4.1 Cuidado Direto: enfermeiro

As 39 intervenções foram agrupadas em 20 (51%) intervenções de cuidado direto e 19 (49%) intervenções de cuidado indireto.

Para o enfermeiro 59% de seu tempo foi consumido em intervenções, destas, 30% foram de cuidado direto.

De maneira semelhante, os achados reforçam e corroboram com pesquisas que consideram que os enfermeiros, geralmente, despendem, aproximadamente, um terço do seu tempo com assistência direta aos pacientes, e isso não tem mudado ao longo do tempo ^(63,72).

A afirmação também se sustenta entre os diferentes estratos socioeconômico-demográficos, pois o tempo dedicado diretamente ao usuário/família/comunidade representa, aproximadamente, um terço do tempo total de trabalho do enfermeiro, com uma pequena variação entre os percentuais de 29,5% em estrato de 1 a 4 e estrato 5, e 31,5% em estrato 6.

Resultados com proporções semelhantes ao deste estudo foram encontrados na literatura nacional e internacional.

No Brasil, estudo desenvolvido em ambulatório de oncologia e hematologia encontrou 30% ⁽⁹⁾ e em outra pesquisa realizada em ambulatório de quimioterapia, em uma cidade do interior de São Paulo, 33,2% ⁽¹⁰⁾.

Em um hospital na Austrália identificaram 30,6% ⁽⁸¹⁾, em casas de repouso 31% ⁽⁷⁹⁾, para enfermeiras de comunidade 32% ⁽¹¹¹⁾, na Bélgica, em 13.292 observações em 48 setores (cirurgia, medicina interna, geriatria) de 10 hospitais observaram-se 32,2% ⁽⁶²⁾.

Entretanto, achados com proporções superiores aos do presente estudo, também foram encontrados na literatura, com predomínio de pesquisas realizadas em ambiente hospitalar como: estudo em alojamento conjunto com 39% ⁽¹⁵⁾, em unidade de emergência 35% ⁽¹¹⁾, unidade de clínica médica 34,5% ⁽⁸⁾.

Em dois hospitais na Austrália, com 14.528 observações realizadas em 114 enfermeiras, foram encontrados 34,8% ⁽⁷²⁾, clínica cirúrgica 35,7% ⁽⁸⁾. Outra pesquisa desenvolvida na Austrália, com *nurse practitioners*, foram obtidas 12.189 observações em 15 diferentes tipos de serviço, e com um percentual médio em cuidado direto de 36,1%; na unidade de terapia intensiva em hospital de ensino foram encontradas 37,9% ⁽⁸⁾

Em unidade de neuroreabilitação com total de 3.386 observações em enfermeiros, foram verificadas 37% ⁽⁸⁰⁾, bem como o estudo em seis setores hospitalares com 37% ⁽⁶⁷⁾; o estudo realizado em centro cirúrgico de um hospital oncológico foram obtidas 42,7% ⁽⁷⁾, 44% em um pré-teste de instrumento de amostragem do trabalho em uma USF ⁽⁸⁵⁾, 74% no estudo para teste de instrumento de classificação para enfermeiras de comunidade ⁽¹¹²⁾, e em estudo multicêntrico com mais de 16.600 horas de observação em 347 clínicas médicas foram obtidas 44% (setor/ala alta qualidade) ⁽¹¹³⁾.

Na literatura, ainda é possível encontrar proporções inferiores de cuidado direto, comparando com os valores do presente estudo como: 28,2% em hospital ⁽⁷⁶⁾; 26,3% em enfermeiros clínicos especialistas de hospital ⁽⁸¹⁾; 25,3% em *nurse practitioner* ⁽⁸⁹⁾; 22% em unidade médico-cirúrgica ⁽¹²⁾; 24,8% em estudo longitudinal em hospitais da Austrália ⁽⁶³⁾; 11,1% em ambulatório ⁽⁷⁸⁾ e 7,7% em duas casas de repouso, com 110 leitos, na Austrália ⁽⁷⁴⁾.

Diante desses achados, cabe destacar que entre os estudos que mais se aproximaram da proporção de tempo em cuidado direto encontrado em USF, estão, entre outros, os realizados em unidades como casa de repouso, ambulatório e comunidade, diferentemente da literatura com proporções superiores que, predominantemente, acontecem em unidades hospitalares.

Assim, em unidades hospitalares o percentual de tempo despendido em cuidado direto ao paciente apresenta uma tendência a ser maior do que o de outros tipos de serviços/unidades.

Além disso, considera-se também que esta variação de tempo encontrada entre os estudos pode ser atribuída não só aos diferentes tipos de setores e ambientes estudados, mas também à classificação das atividades, definição das atividades, bem como os dados desses estudos foram tratados ⁽⁷⁴⁾.

As intervenções mais frequentes de cuidado direto realizadas pelos enfermeiros em USF no Brasil foram: consulta (11,6%), atendimento á demanda espontânea (7,5%), visita domiciliar (5,6%) e promoção de ações educativas (2,6%).

A intervenção consulta é considerada uma atividade privativa do enfermeiro, denominada consulta de enfermagem, segundo a Lei do Exercício Profissional, nº. 7.498/86 ^(5,114), e obrigatória na assistência de enfermagem em todos os níveis de cuidado à saúde, seja em instituição pública ou privada (Resolução COFEN nº.159/93) ⁽¹¹⁵⁾.

A implementação da ESF favoreceu o avanço da implantação da consulta de enfermagem em UBS, em razão do maior número de contratação de enfermeiros que realizam essa atividade, de forma contínua, constituindo uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família ⁽¹¹⁶⁾.

No Brasil, foi observado que o enfermeiro consome da jornada de trabalho, em média, 11,6% em consulta, e nas unidades dos estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4, 5 e 6, respectivamente, apresentam 7,1%, 13,4% e 14,2%.

Pesquisas nacionais encontraram proporções de 2,2% em ambulatório de quimioterapia ⁽¹⁰⁾ e 0,2% em ambulatório de oncologia e hematologia ⁽⁹⁾ em hospitais, mostrando, assim, que esta é uma intervenção

característica, dentre outras, central do trabalho do enfermeiro de atenção primária à saúde em USF no Brasil.

Estudo avaliativo da consulta de enfermagem desenvolvido em Curitiba, analisou dados secundários e mostrou que o enfermeiro utiliza 16% de sua jornada para a realização de consulta de enfermagem. Contudo, este foi considerado um baixo índice, realizando, então, uma previsão de 50% da carga horária dos enfermeiros a ser aplicada em consultas, afirmando que do baixo índice emerge a vulnerabilidade do enfermeiro para o desempenho de uma função privativa, o que pode vir a refletir, entre outras coisas, em sua invisibilidade perante a sociedade ⁽¹¹⁷⁾.

Todavia, em comparação com os resultados encontrados, observados em USF consideradas entre as melhores do Brasil, notou-se que despender 50% do tempo de trabalho do enfermeiro em consulta é um parâmetro ainda longe de ser alcançado na realidade de prática do enfermeiro em USF. A maior proporção de tempo consumido em consulta observado foi de 22,1% em PE NE03 (estrato 6), 19,8% CE NE02 (estrato de 1 a 4) e 17,5% SP SE01 (estrato 6), todavia a menor proporção pode chegar ainda a 0,7% em MS CO03 (estrato de 1 a 4) e 1,4% em SC SU01 (estrato 6).

Estudo que avaliou a produção de consultas de enfermagem em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte evidenciou que o número de consultas realizadas está abaixo dos parâmetros recomendados. Para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil os enfermeiros realizaram 26,1% e deveria ser 57%, para o pré-natal (23,6% e parâmetro de 42,5%) e no acompanhamento de hipertenso chegou a 5,8% quando deveria ser 50%. Assim, autores alertam que a baixa produção de consultas de enfermagem em ESF sinaliza repercussões preocupantes, tanto para a política de atenção básica, como para a prática autônoma da profissão ⁽¹¹⁸⁾.

Portanto, apesar da consulta de enfermagem ser uma intervenção que despende, de modo geral, grande parte do tempo dos enfermeiros, considerando que entre dois dos três agrupamentos de estratos socioeconômico-demográficos analisados, bem como no cenário nacional

esta foi a intervenção de maior frequência realizada pelos enfermeiros, ela ainda é uma intervenção assumida de forma discreta em algumas realidades observadas com frequências próximas a zero, mesmo sendo esta, de uso exclusivo dos enfermeiros e prática fundamental dentro da proposta da ESF para o cuidado prestado ao usuário/família/comunidade.

Dessa forma, ainda há necessidade da consulta de enfermagem ser uma prática consolidada, dentre as intervenções realizadas pelos enfermeiros em todas as USF, sobretudo, dentre aquelas consideradas de referência e de qualidade pelo Ministério da Saúde por meio do PMAQ.

A prática clínica ampliada, ou seja, as práticas de acolhimento, a consulta de enfermagem, a visita domiciliar/atendimento domiciliar, o trabalho em grupo, em que é realizada a escuta das necessidades, não se limitando à estrutura formal de uma consulta com foco no indivíduo doente, mas, sim, ampliando o olhar para a família e o contexto onde vive o usuário/família; é uma das ações constitutivas da dimensão assistencial do trabalho do enfermeiro que, entre outras práticas, responde às necessidades de saúde da população. Contudo, para sua construção é necessário que o próprio trabalhador compreenda o processo e também reconheça que depende dele a conquista desse espaço e a consolidação de sua prática⁽¹¹⁹⁾.

O estudo realizado em Curitiba, ainda, evidenciou que o índice de cobertura de consulta de enfermagem para a população, em geral atingiu a média de 0,08% consulta de enfermagem por habitante, o que representou a cobertura de 6% da população, variando entre os distritos de 1% a 11%. Diante dos resultados, os autores afirmaram que grande parte da população não conhece a consulta de enfermagem, logo, não reconhece o enfermeiro como um profissional apto e resolutivo para atender às suas necessidades⁽¹¹⁷⁾.

O que se observou, na literatura, são realidades em que a consulta, ainda, é considerada uma forma de aliviar a demanda espontânea ou médica, um local para a realização de vacinas para a gestante, para esclarecer algumas informações que o médico não fez ou ainda um espaço para atender

à demanda reprimida, utilizando espaços improvisados e compartilhando a mesma sala com outro profissional, estando ambos em atendimento ou aguardando o atendimento médico para utilizar a sala, além da ausência de um agendamento sistemático ^(119,120), condições essas que dificultam a efetividade, a consolidação e o reconhecimento social da consulta de enfermagem.

A literatura aponta que, para a realização de uma consulta de qualidade, é fundamental que os serviços de saúde disponham de estruturas adequadas no que se refere à área física e instalações, disponibilidade de material e equipamentos, número adequado de enfermeiros com capacitação específica, que interajam com o cliente e família na perspectiva da criação de vínculo e respeito à autonomia do usuário ⁽¹¹⁶⁾.

Ao analisarem as consultas de enfermagem em puericultura, os enfermeiros também enfrentam dificuldades, como a valorização da assistência à saúde centrada no médico, que tem como consequência a insegurança das mães frente ao atendimento de enfermagem em consulta, bem como a ausência de recursos físicos e equipamentos adequados para realizar a intervenção. Todavia, mesmo diante das dificuldades, os enfermeiros consideraram ser este um atendimento muito importante para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, bem como para a melhor compreensão das mães em relação ao aleitamento materno e ao cuidado prestado, aproximando o profissional das famílias e melhorando a aceitação pela comunidade ⁽¹²¹⁾.

A visão da assistência medicalizada, na perspectiva da atenção médica exclusiva, reforça um modelo assistencial centrado nas queixas físicas ⁽¹²⁰⁾, ao contrário da consulta de enfermagem, que é contra-hegemônica ao modelo biomédico, pois é voltada ao cuidado, às ações de prevenção de doenças e promoção da saúde ⁽¹¹⁷⁾.

Outro aspecto a se destacar refere-se o uso incipiente de taxonomias ou linguagem padronizada na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, em consultas, pois somente 21% da totalidade das consultas realizadas na

avaliação das unidades em Curitiba utilizaram, por exemplo, a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) ⁽¹¹⁷⁾.

Resultados positivos são mostrados em estudo sobre a consulta de enfermagem ao usuário com diabetes no PSF, concluindo que mesmo com dificuldades, a consulta foi percebida, para os enfermeiros e usuários, como contribuidora para o controle do diabetes, consistindo em uma oportunidade de favorecer a adesão terapêutica ⁽¹²²⁾.

Estudos realizados há dez anos relatavam que o enfermeiro no PSF desenvolvia prioritariamente atividades administrativas e educativas, em detrimento de ações clínicas ⁽¹²³⁾. Esse cenário vem sofrendo alterações, pois no presente estudo intervenções, como consulta e atendimento à demanda espontânea estão entre as mais frequentemente, realizadas pelos enfermeiros.

Isso demonstrou avanço e a possibilidade do enfermeiro identificar seu espaço e sua importância frente aos benefícios de sua prática para a população. Autores defendem que a unidade básica deve ter suas funções ampliadas para atender aos problemas de saúde de uma população, realizando além da prevenção e promoção, o atendimento clínico ampliado ⁽¹²³⁾.

O enfermeiro despendeu até 8,5% de seu tempo em Atendimento à Demanda Espontânea em USF dos estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4, 7,5% no estrato 6; 5,5% no estrato 5 e 7,5% no Brasil.

A proposta de implantação do acolhimento no município de Betim (MG) mostrou que a reorganização do trabalho com base no acolhimento resultou maior resolutividade no trabalho do enfermeiro na assistência, além do aumento de sua autonomia ⁽¹²⁴⁾.

A intervenção Atendimento à Demanda Espontânea foi considerada uma parte da definição de acolhimento encontrada na literatura, pois esta pode ser definida, de modo não excludente, como “uma postura diante do usuário e suas necessidades”, ou ainda, uma atividade oferecida pela

unidade, um “dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade, uma etapa do processo de trabalho que tem como objetivo atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando as ações receptoras dos usuários no serviço” ⁽¹²⁵⁾, conceito este compreendido e utilizado nas observações realizadas neste estudo.

Ao pensar que o Atendimento à Demanda Espontânea foi a segunda intervenção mais frequente realizada pelos enfermeiros, e diante da potencialidade dessa intervenção na perspectiva de ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar, como dispositivo de reorganização do processo de trabalho ⁽¹²⁵⁾, observa-se uma incorporação dessa prática no processo de trabalho do enfermeiro possibilitando, por meio desta, regular o acesso da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário ⁽¹²³⁾.

Em Campinas, foi realizado um estudo em unidades básicas encontrou que a enfermagem está envolvida no acolhimento, ficando responsável pela maior parte das atividades. Os resultados mostraram que, apesar da prática do acolhimento funcionar ainda, em uma lógica médico-centrada, com baixa resolutividade e baixa autonomia da enfermagem, evidencia-se um rearranjo importante da prática de enfermagem nas unidades ⁽¹²⁵⁾. Reconhece-se assim, que a prática do acolhimento, bem como o acesso, constituem-se como desafios na construção de um cuidado integral e são elementos fundamentais para a gestão e avaliação dos serviços ⁽¹²⁶⁾.

A literatura aponta que o acolhimento, observado nas unidades básicas do município de Campinas, configurou-se como atribuição da enfermagem, e atividade destacadamente realizada pelos auxiliares de enfermagem ⁽¹²⁵⁾.

Diferente do resultado encontrado no presente estudo, no Brasil, a intervenção Atendimento à Demanda Espontânea não apareceu entre as dez intervenções mais frequentes para o técnico/auxiliar de enfermagem, não sendo esta uma realidade nacional, pois os profissionais de nível médio

ainda dedicam grande parte do seu tempo de trabalho a procedimentos e atividades técnicas.

Em sequência, a análise da intervenção Visita Domiciliar chama atenção ao fato de que independente do estrato socioeconômico-demográfico em que a USF se encontra, a Visita Domiciliar está entre as três intervenções que os enfermeiros mais despendem tempo em cuidado direto ao paciente, sendo respectivamente 8,1%, 5,1%, 3,9% para os estratos de 1 a 4, 5 e 6.

Destacam-se as unidades dos estratos de 1 a 4 em que essa intervenção foi observada com proporção superior à média do Brasil (5,6%) e o declínio do percentual de tempo despendido em Visita Domiciliar, de acordo com o crescimento dos estratos.

Estudos realizados sobre Visita Domiciliar mostraram que esta é a intervenção externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes, e o agente comunitário à saúde, o profissional que dedica mais tempo, apesar de toda a equipe, incluindo a enfermeira também desenvolver essa intervenção (127,128).

Considera-se a Visita Domiciliar como uma oportunidade de conhecer o usuário em seu ambiente e em sua família, proporcionando acompanhamento das famílias e dos usuários, bem como a longitudinalidade do cuidado (128).

Além disso, a Visita Domiciliar constitui um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. Contudo, para que seja efetiva, ela deverá ser conduzida por meio de um processo racional, orientada por objetivos definidos e pautados nos princípios da eficiência, com a finalidade de favorecer o restabelecimento da independência, a preservação da autonomia do usuário, a redução de gastos hospitalares e o fortalecimento de vínculos (127,129).

A literatura mostra que a utilidade, bem como a importância da Visita Domiciliar, como instrumento de assistência de saúde desenvolvido

pelo enfermeiro que atua no PSF, vem se consolidando. Entretanto, estudo aponta a necessidade de maior otimização dessa intervenção no contexto da saúde da família como um meio de melhor promover a saúde dos usuários/família/comunidade ⁽¹²⁹⁾.

Em outros estudos, observa-se que as atividades realizadas durante as visitas possuem caráter essencialmente curativo e individual, limitando-se a procedimentos de enfermagem, como: curativos, medicação, verificação de sinais vitais, com abordagem individual e restrita ao cuidador sobre o cuidado a ser prestado ⁽¹³⁰⁾. Contudo, a Visita Domiciliar também foi apontada como uma tecnologia no cuidado à saúde da família ⁽¹²⁸⁾ e potencializadora para o acolhimento de situações, como por exemplo, casos de violência contra a mulher ⁽¹³¹⁾.

Na literatura, não foram encontrados estudos com amostragem do trabalho que descrevessem percentuais de tempo dedicado à intervenção Visita Domiciliar. Assim, essa intervenção, juntamente com a Consulta e Atendimento à Demanda Espontânea forma uma tríade característica do trabalho desenvolvido na USF, de modo quase exclusivo, de maior frequência e, portanto, com carga de trabalho expressiva para o trabalho do enfermeiro em atenção primária e ESF.

Em sequência, na análise das intervenções dos cuidados diretos mais frequentes do enfermeiro está a intervenção Promoção de Ações Educativas, a quarta mais frequente dos cuidados diretos em todos os estratos e no Brasil. O percentual de tempo dedicado chega a 4,8% no estrato 5; 2,5% nos estratos de 1 a 4; 1,9% no estrato 6 e 2,6% no Brasil.

Considerando as particularidades da ESF, afirma-se que a educação em saúde é uma das atividades imprescindíveis no processo de trabalho das equipes ⁽¹³²⁾.

Todavia, estudo qualitativo realizado no Paraná evidenciou que os enfermeiros enfrentam diferentes entraves no desenvolvimento da educação em saúde referente: aos usuários; aos membros da equipe multiprofissional;

aos gestores e à insuficiência de recursos físicos, materiais e financeiros. O estudo concluiu que apesar das limitações, o enfermeiro precisa buscar soluções de modo que possa viabilizar o desenvolvimento da prática educativa na ESF, pois considera esta atividade, como uma prática que alicerça e reorienta toda a APS⁽¹³²⁾.

Outra dificuldade apontada nesse estudo foi a insuficiência de trabalhadores na ESF, bem como sua rotatividade e profissionais que não atuam, conforme a proposta de trabalho da ESF, o que acarreta insatisfação e desmotivação, bem como um trabalho voltado na maior parte do tempo em atendimento à demanda⁽¹³²⁾.

Assim, pôde-se inferir que os cuidados diretos prestados pelos enfermeiros em USF dos estratos de 1 a 4 foram mais focados no Atendimento à Demanda Espontânea e Visita Domiciliar e muito pouco em Consulta, quando comparados com USF do estrato 6. Na maioria, são municípios menores que recepcionam a demanda espontânea, mas ainda não incorporaram a Consulta de enfermagem como intervenção importante e relevante no cotidiano das práticas do enfermeiro em USF.

Diferentemente, observou-se que nas USF do estrato 6 a intervenção Consulta, seguida de Atendimento à Demanda Espontânea destacaram-se, com maior percentual quando comparado com os outros estratos. Além disso, observou-se, que em intervenções como Visita Domiciliar e Promoção de Ações Educativas, as USF sempre despendem um percentual inferior aos outros estratos, podendo-se inferir que municípios mais desenvolvidos e/ou de grande porte populacional têm as atividades de cuidado direto do enfermeiro focada no atendimento clínico e, menos, em atividades externas e educativas.

Em contrapartida, os enfermeiros de USF do estrato 5 destacaram-se na maior proporção de tempo dedicado à Promoção de Ações Educativas e mantiveram-se no nível intermediário entre os outros estratos em intervenções, como Consulta, Atendimento à Demanda Espontânea e Visita Domiciliar.

Assim, diante destas proposições, observou-se um concentrado homogêneo de intervenções de cuidado direto em todos os estratos analisados, mas com uma diversidade peculiar na priorização dessas intervenções frente à atuação do enfermeiro em USF.

5.4.2 Cuidado direto – Técnico/Auxiliar de enfermagem

Os técnicos/auxiliares de enfermagem despendem 25% do tempo de trabalho em intervenções de cuidado direto.

Comparando com a literatura, essa proporção está abaixo da encontrada em estudos realizados nos setores hospitalares como: 61,8% em unidade de terapia intensiva ⁽⁸⁾; 51% em unidades de neuroreabilitação ⁽⁸⁰⁾; 50,1% em clínica médica ⁽⁸⁾; 48,7% em clínica cirúrgica ⁽⁸⁾; 42,2% em hospital na Austrália. ⁽⁷²⁾; 38% em ambulatório de oncologia e hematologia ⁽⁹⁾, 36% em hospital ⁽⁶⁷⁾ e 32,1% em outro hospital na Austrália ⁽⁸¹⁾. Em USF, ressalta-se o estudo de Bonfim ⁽⁸⁵⁾ com 43%.

Todavia, proporções menores também foram evidenciadas em estudos realizados em ambulatório com 13,6% ⁽⁷⁸⁾ e 4,8% em duas casas de repouso na Austrália ⁽⁷⁴⁾.

Encontraram-se poucos estudos, na literatura nacional, que realizaram a observação do trabalho dos técnicos/auxiliares de enfermagem, sobretudo para o ESF, em que há um número reduzido de observações sistematizadas e oportunidades de capacitação e educação permanente específicas para a categoria ⁽¹⁰⁸⁾. Além disso, na literatura internacional esse profissional, muitas vezes, não existe.

Assim, nenhum estudo encontrado corroborou os dados desta pesquisa. Mas, somente um quarto do tempo dos técnicos/auxiliares foi despendido com o cuidado direto aos usuários/família/comunidade nas USF em análise, proporção que deve ser questionada e repensada frente à

dinâmica de trabalho desse profissional, que tem suas potencialidades pouco exploradas.

As intervenções de cuidado diretos mais frequentes realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem no Brasil foram: Controle de Imunização/ Vacinação (6,2%), Visita Domiciliar (4,6%), Monitorização de Sinais Vitais (4,5%), Procedimentos Ambulatoriais (1,9%), Administração de Medicamentos (1,5%) e Promoção de Ações Educativas (1,3%).

No Brasil, a intervenção Controle de Imunização/Vacinação é realizada prevalentemente pelos técnicos/auxiliares de enfermagem. Neste estudo, despenderam até 10,2%, do seu tempo de trabalho em USF no estrato 5, corroborando assim, o tempo encontrado na literatura, 10%. Entretanto, esse percentual foi observado em enfermeiros de centros de saúde comunitário nos Estados Unidos da América (EUA) ⁽¹³³⁾.

A reflexão da dinâmica dessa prática é necessária, visto que o enfermeiro dedica a essa intervenção menos de 1% do seu tempo total de trabalho. Autores já apontaram que a porcentagem de tempo observado do enfermeiro em atividade de vacinação é relativamente pequena, comparecendo somente quando é solicitado para resolver alguma dificuldade, sendo realizada, geralmente, por auxiliares de enfermagem ⁽¹³⁴⁾.

Pesquisa que teve como objetivo analisar conhecimentos e práticas do auxiliar de enfermagem em sala de imunização, identificou alguns problemas como a mecanicidade do trabalho, a capacitação deficiente e a falta de orientações à clientela quanto à finalidade e reações adversas, recomendando, assim, um maior investimento na educação permanente desses profissionais, buscando agregar conhecimento científico ao cotidiano do trabalho para uma atuação mais fortalecida e humanizada ⁽¹³⁵⁾.

Além disso, é importante que haja uma supervisão por parte dos enfermeiros, visto que ele é o responsável pela equipe de enfermagem, cabendo-lhe orientar o profissional para realização da atividade de forma correta em todas dimensões ⁽¹³⁵⁾.

Ao reforçar a importância dos profissionais de enfermagem na realização da intervenção Imunização/Vacinação, foi realizado um estudo que evidenciou que uma maior densidade de enfermeiros aumenta a disponibilidade dos serviços de vacinação ao longo do tempo, tornando mais provável que as crianças serão vacinadas de forma mais adequada. Ainda descobriu que a densidade de enfermeiros foi significativamente associada com a cobertura de três vacinações, mas a densidade de médico não. Assim, concluiu que o quantitativo de profissionais de saúde pode ser um fator limitante na cobertura de vacinação, nos países em desenvolvimento ⁽¹³⁶⁾.

A intervenção Visita Domiciliar apresentou grande destaque entre as intervenções/atividades realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pois representou até 10,2% do tempo de trabalho nos estratos de 1 a 4. Contudo, nos estratos 5 e 6 o percentual correspondeu, somente a 2% e 2,3%, respectivamente.

A literatura aponta que as visitas realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem têm por finalidade a identificação de problemas de saúde, o controle e/ou tratamento de doenças ou grupos de risco (crianças com vacinas atrasadas), a investigação de casos suspeitos e a busca ativa de doenças de notificação compulsória ⁽¹³⁷⁾.

Assim, mesmo que a Visita Domiciliar ainda aconteça pautada em procedimentos, nota-se um avanço na prática desse profissional frente ao modelo proposto pela ESF quando ele passa a incorporar, de forma expressiva, essa intervenção em seu rol de intervenções cotidianas. Observa-se que essa intervenção foi expressiva, tanto para os enfermeiros como aos técnicos/auxiliares de enfermagem nas USF dos estratos de 1 a 4, sugerindo a incorporação da intervenção por parte da equipe de enfermagem.

A Monitorização de Sinais Vitais representou 5,6% do tempo nas USF dos estratos de 1 a 4, 3,9%; no estrato 5, 4%; no estrato 6 e no Brasil 4,5%.

A literatura aponta percentuais próximos aos observados em clínica médica (4,6%) ⁽⁸⁾; clínica cirúrgica (3,4%) ⁽⁸⁾, unidade de terapia intensiva (4,5%) ⁽⁸⁾; alojamento conjunto (4%) ⁽¹⁵⁾ e 5,3% em USF (85). Outros percentuais superiores também são encontrados, como 9,4% em ambulatório de oncologia e hematologia ⁽⁹⁾ e 14,16% em recuperação pós- anestésica ⁽⁷⁾.

Assim, cabe destacar que o tempo dedicado à Monitoração dos Sinais Vitais foi próximo ao encontrado em rotinas de unidades hospitalares. Questiona-se, então, qual está sendo a real finalidade dessa intervenção na ESF, como e para que essa intervenção vem sendo desenvolvida, visto que, muitas vezes, tem o único propósito de realização de pré-consulta do médico e/ou enfermeiro ou triagem para controle e repressão da demanda ⁽¹³⁷⁾ e não de vigilância à saúde.

Os Procedimentos Ambulatoriais, incluindo aqui procedimentos como curativos, são concentrados em USF de estrato 6, e representaram até 2,3% do tempo consumido pelos técnicos/auxiliares de enfermagem. Contudo, assim como o Controle de Imunização/Vacinação esta é uma intervenção de pouca frequência para enfermeiros (menor que 1%) e predomínio dos técnicos/auxiliares de enfermagem.

A intervenção Administração de Medicamentos é, entre outras, uma atividade típica do técnico/auxiliar de enfermagem, pois os enfermeiros não a realizam ou quando a fazem, despendem por volta de 0,1% do seu tempo de trabalho. Pelo contrário, esta atividade consome até 2,3% do tempo dos técnicos/auxiliares de enfermagem em unidades dos estrato 5 e 1,1% e 1,5% nos estratos de 1 a 4 e 6.

Estudo realizado em USF encontrou 3,4% para técnicos/auxiliares de enfermagem e 0% para enfermeiros ⁽⁸⁵⁾. Em ambulatório de oncologia e hematologia os enfermeiros e os técnicos de enfermagem despenderam 2,1% ⁽⁹⁾. Em unidade de clínica médica, clínica cirúrgica e terapia intensiva, os técnicos despenderam em Administração de Medicamentos 15,8%, 16,5% e 15,4%, respectivamente, e os enfermeiros 1,2%, abaixo de 1% e

2,4%, respectivamente ⁽⁸⁾. Em alojamento conjunto esta proporção foi de 13% para técnicos de enfermagem e 1% para enfermeiros ⁽¹⁵⁾.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo na Austrália realizado em diferentes tipos de unidades e setores, que encontrou 1,4% do tempo de trabalho das *nurse practitioners* em Administração de Medicamentos, os autores consideraram esse valor um baixo percentual ⁽⁸²⁾.

Quando comparado a dados com a literatura, observa-se que mesmo em unidades hospitalares, o técnico/auxiliar de enfermagem é o responsável por essa intervenção, e os enfermeiros, mesmo em unidades críticas, ainda despendem um tempo desprezível em sua jornada de trabalho.

Contudo, diferente dos resultados citados, outro estudo, que considerou as três atividades para observação (preparo, administração e documentação da medicação) em casa de repouso, encontrou um percentual de tempo despendido em 18,1% para enfermeiros e 17,8% para técnicos de enfermagem ⁽⁷⁴⁾.

Estudo realizado em doze unidades básicas de saúde mostrou que os erros mais frequentes na administração de medicamentos foram: administração em local incorreto (42%), dose errada (18,6%) e via errada (11,6%). Os fatores de risco para a ocorrência de erros foram relacionados ao próprio profissional, como a falta de atenção ou distração (33,8%) e a falta de conhecimento (16,9%). Além disso, a maioria dos erros foi cometida por auxiliares de enfermagem (62,5%), seguida por auxiliar de farmácia (16,6%) (138).

Assim, destas observações são discutidas questões referentes à segurança do paciente/usuário frente à administração de medicamentos em USF, salientando a importância de uma maior supervisão dos técnicos/auxiliares de enfermagem, já que a falta de conhecimento ou inexperiência é uma causa comum de erros, com complicações severas ao paciente ⁽¹³⁸⁾.

Em relação à intervenção Promoção de Ações Educativas, o percentual despendido pelos técnicos/auxiliares de enfermagem foi menor que dos enfermeiros, com 0,3% em USF de estrato 5; 1,0% nos estratos de 1 a 4 e 1,7% no estrato 6. No cenário Brasil, representou 1,3% do tempo de trabalho.

Vale ressaltar que são características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, entre outras, “desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários” ⁽²⁰⁾.

Um estudo realizado apontou que os auxiliares de enfermagem participam das atividades desenvolvidas com os grupos, contudo não se sentem preparados para desenvolver técnicas participativas, concluindo que a ESF precisa redimensionar o papel desse profissional, resgatando sua função educativa na comunidade ⁽¹³⁷⁾.

O técnico/auxiliar de enfermagem é um profissional de essencial importância no desenvolvimento de diversas intervenções nas USF, mas, o modo como ele presta o cuidado direto, focado em técnicas e procedimentos, reforça o modelo assistencial curativo, e aponta para a necessidade de reordenamento das práticas direcionadas à integralidade da atenção ^(137,139).

5.4.3 Cuidado Indireto – Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de enfermagem

No que se refere às intervenções de cuidado indireto este estudo mostrou que os **enfermeiros** despenderam 29% do tempo de trabalho em cuidados indiretos, chegando a 30,3% em USF dos estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4; 29,3% do estrato 6 e 23,2% do estrato 5.

Valores similares foram observados no teste de um instrumento de classificação de pacientes em comunidade, mais especificamente, para visita domiciliar na Irlanda, com 26% do tempo dedicado a cuidados indiretos⁽¹¹²⁾.

Resultados aproximados foram evidenciados em estudo realizado em ambiente hospitalar, com 23% (setor/ala de alta qualidade)⁽¹¹³⁾ e 22%⁽⁶⁷⁾.

Todavia, proporções superiores são mais frequentes na literatura como 32% em diferentes tipos de serviços na Austrália⁽⁸²⁾, 32% em USF⁽⁸⁵⁾, 35% em emergência⁽¹¹⁾, 36,7% em hospital geral⁽⁶²⁾, 37% em unidades de neuroreabilitação⁽⁸⁰⁾, 40% unidade terapia intensiva⁽⁸⁾, 42% em centro cirúrgico oncológico⁽⁷⁾, 43,2% em ambulatório de quimioterapia⁽¹⁰⁾, 43,8% clínica médica⁽⁸⁾, 43,5% em clínica cirúrgica⁽⁸⁾, 43% em alojamento conjunto⁽¹⁵⁾, 44,6% em hospitais⁽⁸¹⁾, 45,2% em hospitais na Austrália⁽⁷⁶⁾, 45,5% em quatro clínicas de dois hospitais australianos⁽⁷²⁾ e 48,0% (enfermeiros clínicos especialistas) de hospitais metropolitanos⁽⁸¹⁾.

Todavia, na literatura também se encontram estudos com proporções inferiores 13% e 16,1% do tempo em cuidados indiretos⁽⁶³⁾.

De modo geral, a literatura aponta uma proporção de tempo despendido pelos enfermeiros em cuidado indireto sempre abaixo da metade do total das observações. Esta afirmação sustenta-se nos resultados apresentados anteriormente, entretanto, em alguns tipos de unidades a proporção foi superior, como 59% em casas de repouso⁽⁷⁹⁾, 58,9% em ambulatório⁽⁷⁸⁾, 52% em ambulatório oncológico e hematologia⁽⁹⁾ e 50% em unidade médico-cirúrgica⁽¹²⁾.

No presente estudo, o tempo despendido em cuidado indireto para **técnicos/auxiliares de enfermagem** foi de 16%, valor semelhante aos achados em unidades de neuroreabilitação com 17%⁽⁸⁰⁾.

Outros estudos evidenciados na literatura têm uma proporção variável, com 11,8% em unidade de terapia intensiva⁽⁸⁾, 13% em USF⁽⁸⁵⁾, 20% em clínica médica⁽⁸⁾, 21,7% em clínica cirúrgica⁽⁸⁾, 24% em hospital

⁽⁶⁷⁾, 40% em ambulatório oncologia e hematologia ⁽⁹⁾, 42,2% em hospital ⁽⁷²⁾, 41,6% em hospital ⁽⁸¹⁾ e 47,1% em ambulatório ⁽⁷⁸⁾.

As intervenções de cuidados indiretos mais frequentes observadas em **enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem**, analisadas nesta pesquisa para o cenário Brasil, foram respectivamente: Documentação (9,7% e 6,3%), Reunião Administrativa (5,1% e 1%), Troca de Informação sobre Cuidados de Saúde (5,0% e 2%) e Ações Educativas dos Trabalhadores de Saúde (1,8% e 1%).

A Organização do Processo de Trabalho (3,0%) e a Reunião para Avaliação dos Cuidados Profissionais (1,5%) estão entre as mais frequentes somente para os enfermeiros, e o Controle de Suprimentos (2,5%) só para o técnico/auxiliar de enfermagem.

Achado similar para as duas categorias profissionais foi o predomínio da intervenção Documentação, como cuidado indireto.

O tempo dedicado à intervenção Documentação pelos enfermeiros no Brasil (9,7%) foi igual ao encontrado em estudo longitudinal em hospitais da Austrália, 9,7% ⁽⁶³⁾ e próximo de outro estudo conduzido na Austrália com as *nurse practitioners* que obteve 7% ⁽⁸²⁾.

Similaridades, também foram encontradas entre as proporções despendidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, citadas na literatura, 7,3% ⁽⁶³⁾, com os resultados obtidos neste estudo para o Brasil (6,3%), nos estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4 (7,6%) e no estrato 6 (6,6%). O estrato 5 despendeu 2,1%.

Todavia, notou-se que o tempo encontrado neste estudo, 9,7% e 6,3%, despendido em registros, foi baixo, quando comparado com a literatura nacional e internacional.

Estudo realizado em oito centros comunitários de saúde nos Estados Unidos da América, observou 10 enfermeiras durante 61 horas encontrou que 25% do tempo foi gasto no preenchimento de documentos, tanto

eletrônicos quanto em papel, incluindo documentação nos prontuários de atendimentos, bem como completando formulários e outros papeis de trabalho para os pacientes ⁽¹³³⁾.

Semelhante a estes achados estão os de estudo realizado com enfermeiros de saúde da comunidade com 23% do tempo de trabalho, sendo consumidos em registros, 75% dispendendo de 1 a 4 minutos ⁽¹¹¹⁾.

A literatura ainda cita pesquisa realizada com enfermeiros em casas de repouso evidenciando que 48% do tempo produtivo dos enfermeiros estão envolvidos em documentação, e esta proporção representa 73% do tempo das atividades de cuidado indireto ⁽⁷⁹⁾.

Além disso, encontrou-se também referências de tempo consumido em Documentação para enfermeiros e técnicos de enfermagem, respectivamente, de 23% e 11% em hospital ⁽⁶⁷⁾; 17,7% e 29% em estudo de casas de repouso na Austrália ⁽⁷⁴⁾ e 26,4% e 14,4% em ambulatório de oncologia e hematologia ⁽⁹⁾.

Estudos nacionais em realidades hospitalares evidenciaram que o enfermeiro consome em Documentação 6,74% em emergência ⁽¹¹⁾; 11,5% em ambulatório de quimioterapia ⁽¹⁰⁾; 16,1% clínica médica ⁽⁸⁾; 17,2% em clínica cirúrgica ⁽⁸⁾; 17,9% em unidade de terapia intensiva ⁽⁸⁾; 18,4% em unidade médico-cirúrgica ⁽¹²⁾ e 18,6% em centro cirúrgico oncológico ⁽⁷⁾.

Assim, diante dessas proporções pode-se inferir que apesar da Documentação representar uma das intervenções de maior frequência e tempo consumido pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem em USF, ela ainda está abaixo dos índices mais frequentes presentes na literatura internacional e nacional.

Cabe destacar a disparidade entre o percentual despendido pelas USF do estrato 5 quando comparado com os outros estratos e no Brasil, pois, enquanto observam-se valores entre 9% e 10% para o enfermeiro e entre 6% e 7% para o técnico/auxiliar de enfermagem, no estrato 5, o percentual não chega à metade do observado nos demais estratos.

A documentação em enfermagem não é apenas uma obrigação profissional, mas também uma necessidade para manter a qualidade do cuidado ⁽⁷⁴⁾.

Neste estudo, a intervenção Documentação foi subdividida em categorias, com o predomínio do registro relativo a material administrativo para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, respectivamente, Brasil (79% e 78%); estratos de 1 a 4 (83% e 77%); estrato 5 (57% e 81%) e estrato 6 (80% e 79%).

Observou-se ainda que o tempo despendido em Documentação relativo à vigilância, para técnico/auxiliar de enfermagem ficou em torno de 2%, em todos os estratos, e o baixo percentual de Documentação relativo à consulta/procedimentos clínicos deve-se ao fato dessa intervenção ser realizada concomitantemente ou subsequente ao atendimento clínico/procedimento, sendo computada como tempo de Consulta/procedimento e não como Documentação.

Em hospital na Austrália, cerca de 30% do tempo do enfermeiro foram utilizados em registros formais, como registro de informações do paciente, e os autores observaram que houve aumento dessa proporção ao longo do tempo ⁽⁶³⁾.

Em sequência, da análise das intervenções mais frequentes de cuidado indireto está a Troca de Informação sobre Cuidados de Saúde, considerada neste estudo como um resultado positivo.

Enfermeiros dependeram até 6% do tempo de trabalho nas USF dos estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4 ; 2,9% no estrato 5; 5% no estrato 6 e 5% no Brasil. Achados com 4,5% em ambulatório de oncologia e hematologia ⁽⁹⁾, 4,6% em unidade de terapia intensiva ⁽⁸⁾, 5,9% em clínica médica e clínica cirúrgica ⁽⁸⁾ corroboram o estudo em pauta.

Os técnicos/auxiliares de enfermagem despenderam até 2,6% em USF nos estratos de 1 a 4; 1% no estrato 5; 1,9% no estrato 6 e 2% no Brasil. Os achados mais comuns na literatura nacional e que corroboram

esta pesquisa foram: 2,1% em ambulatório de oncologia e hematologia ⁽⁹⁾; 1,8% em unidade de clínica cirúrgica ⁽⁸⁾ e 1% em unidade de terapia intensiva ⁽⁸⁾.

Estudo com 1.890 observações realizadas com enfermeiros de ambulatório de quimioterapia evidenciou 12,2% do tempo em Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde ⁽¹⁰⁾.

Estudo desenvolvido na Austrália demonstrou que a troca de conhecimentos, bem como as boas relações de trabalho e boa comunicação entre os membros da equipe foram consideradas cruciais para aperfeiçoar o trabalho em equipe, ⁽¹⁴⁰⁾ sugerindo, assim, que esse tempo despendido nessa intervenção indireta é legítimo e importante ⁽⁷²⁾.

Pesquisa realizada em casas de repouso evidenciou que 48,4% do tempo das enfermeiras e 37,7% do técnico de enfermagem foram despendidos em comunicação, considerando nessa intervenção todas as atividades relacionadas à comunicação oral, como troca de informações sobre os residentes, discussão com os trabalhadores de saúde, receber e fazer ligações e orientação aos profissionais ⁽⁷⁴⁾.

Além disso, foi observado que pessoal de enfermagem em casas de repouso tem uma tendência de se comunicar, constantemente, entre si e com outras pessoas sobre as necessidades dos cuidados atuais dos residentes/pacientes e planos de cuidados posteriores para que possam trabalhar de forma colaborativa no cuidado ⁽⁷⁴⁾.

Estudo com enfermeiro de família realizou 870 observações e encontrou um percentual de, aproximadamente, 16% do tempo de trabalho em comunicação com profissional e consulta de supervisão via telefone com médico ⁽⁸⁹⁾.

Em unidade de clínica médica, cinco atividades que compõem a intervenção comunicação compreenderam um total de 33,1% do total de observações realizadas em enfermeiros ⁽⁷²⁾.

Entre outros, o papel do enfermeiro é reconhecido pela capacidade de promover a interação e a associação entre os usuários, à equipe de saúde da família e a comunidade ⁽²⁶⁾.

No presente estudo, observou-se que o maior percentual de tempo despendido na intervenção Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde foi nas USF dos estratos de 1 a 4, que também apresentaram o maior percentual em Atendimento à Demanda Espontânea. Assim, essas situações propiciam, ao enfermeiro a troca de informações entre os profissionais, atividade informalmente citada, como interconsulta.

Esta situação foi comum ao cotidiano também para os auxiliares de enfermagem pois, quando não conseguiam resolver um problema, eles recorriam a outros componentes da equipe: a outro auxiliar de enfermagem ou aos ACS, passando aos enfermeiros e, por último, ao médico ⁽¹⁰⁸⁾.

No que se refere à intervenção Ações Educativas dos Trabalhadores de Saúde, observou-se que os enfermeiros dedicam maior percentual de tempo quando comparado ao dos técnicos/auxiliares de enfermagem. Enfermeiros despenderam nas USF do estrato 5 até 4,1%; 1,8% do estrato 6 e no Brasil, e somente 0,6% dos estratos de 1 a 4. Técnicos/auxiliares de enfermagem despenderam no máximo 2,1% em estrato 5; 1% em estrato 6 e no Brasil, e somente 0,6% em estratos de 1 a 4.

Estudo realizado em UBS identificou que a maioria das atividades educativas dos trabalhadores é realizada externamente ao serviço, bem como a origem da demanda podem não expressar as necessidades do serviço e de seus trabalhadores, além do predomínio de atividades educativas voltadas ao público-alvo de uma área profissional específica ⁽¹⁴¹⁾.

Avaliadores que participaram do PMAQ observaram que não há uma adequada formação dos profissionais ou ações de educação permanente em saúde que apoie o bom desenvolvimento das equipes ⁽¹⁴²⁾.

Vários estudos apontaram a necessidade de educação permanente voltada aos profissionais de enfermagem, recomendando um maior

investimento, pois os auxiliares de enfermagem queixam-se da escassez de cursos e quando, esporadicamente, são oferecidos abordam temas, que muitas vezes, não condizem com as reais necessidades do cotidiano do processo de trabalho, além de considerarem um entrave para o desenvolvimento de suas atividades com qualidade ^(135,137,139).

Entretanto, observou-se que o baixo percentual despendido em desenvolvimento dos trabalhadores não acontece somente em USF, pois estudos nacionais relataram 1,9% para enfermeiros e 0% para técnicos/auxiliar de enfermagem em ambulatório de oncologia e hematologia ⁽⁹⁾; 1% para ambos em clínica médica, 1,3% e 1% para enfermeiros de clínica cirúrgica e unidade de terapia intensiva, respectivamente, e menor de 1% para os técnicos ⁽⁸⁾.

Foi realizado um estudo que avaliou a implementação de um modelo de desenvolvimento profissional no qual os enfermeiros gastaram 80% do tempo na assistência direta ao paciente e 20% do seu tempo em desenvolvimento profissional para o aprendizado focado na a prática centrada no paciente, guiado pela teoria humanística do cuidado; mostraram também que as horas extras diminuíram significativamente, as horas de educação foram sustentadas ao longo do período de estudo, as horas de carga de trabalho por paciente/dia aumentaram significativamente, os índices de satisfação do paciente e da equipe foram expressivamente maiores. Entretanto, mais estudos se fazem necessários para uma avaliação contínua do modelo e suas implicações, bem como, a aplicação em APS ⁽¹⁴³⁾.

Portanto, vale destacar a importância de se considerar as Ações Educativas dos Trabalhadores de Saúde dentro do planejamento da força de trabalho em saúde.

Neste estudo, na categoria de cuidado indireto foram notadas diferenças entre as intervenções realizadas pelos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem.

A primeira refere-se à Reunião Administrativa que representou para os enfermeiros até 8% do tempo nas USF do estrato 5; 6% dos estratos de 1 a 4; 3,5% do estrato 6 e 5,1% no Brasil. Mas, os técnicos/auxiliares de enfermagem despenderam, no máximo, 1,4% em estrato de 1 a 4; 1% em estrato 6 e no Brasil e 0% em estrato 5.

Assim, observa-se que o enfermeiro despende até cinco vezes mais tempo que o técnico/auxiliar de enfermagem em reuniões administrativas, mesmo, quando não são exclusivamente gestores da unidade.

Estudo realizado na rede de atenção básica em Ribeirão Preto na década de 1990, descreveu que as reuniões de serviço, como aos enfermeiros, quanto para os auxiliares de enfermagem eram realizadas somente quando havia problemas a serem resolvidos, e esta há 20 anos não era uma atividade rotineira ⁽¹³⁴⁾.

Atualmente, a reunião passou a ser também um momento semanal em que é realizada a distribuição do tempo entre as atividades, como por exemplo, em USF São Paulo, os enfermeiros distribuíam o tempo da semana em três partes: consultas, visitas domiciliares e educação continuada na unidade, e as reuniões também estavam na agenda semanal das enfermeiras ⁽¹⁰⁶⁾.

Neste estudo, o percentual de tempo despendido em Reunião para Avaliação de Cuidados Multidisciplinares mostrou que esta intervenção para o enfermeiro foi de 1,5% no Brasil; 2% estrato 6; 1% nos estratos de 1 a 4 e no estrato 5. Para o técnico/auxiliar de enfermagem observou-se a ausência ou pequena participação nessa intervenção de 0% no estrato 5; 0,2% nos estratos de 1 a 4; 0,7% no Brasil e 1,1% no estrato 6.

Esta intervenção é fundamental para a planejamento do cuidado e o bom andamento da unidade. Autores descrevem que frequentemente, as enfermeiras aproveitam o momento de reunião de equipe para realização também do planejamento de serviços, como por exemplo, o envio de relatórios e coordená-los ⁽¹⁴⁴⁾.

Estudo em unidade de clínica médica evidenciou que os enfermeiros dispenderam de 10% a 20% do tempo em reuniões de equipe ⁽⁷²⁾.

Enfermeiros em unidades de neuorreabilitação consomem 3,8% em reunião, enquanto os outros níveis de enfermagem dispendem somente 0,1%. Assim, destacam a necessidade de uma análise cuidadosa ao planejar os plantões, devendo assegurar que as horas de enfermagem são suficientes e disponíveis para permitam a participação às reuniões, o fornecimento de cuidados diretos, bem como a supervisão de outros profissionais ⁽⁸⁰⁾.

Estudo conduzido na Austrália com as *nurse practitioners*, obteve 12.189 observações em 15 diferentes tipos de serviço e localização geográfica, considerou que tanto a reunião como o autodesenvolvimento profissional são uma atividade associada ao serviço, mas representaram, respectivamente 14,1% e 5,1% do tempo de trabalho das *nurses practitioners* ⁽⁸²⁾.

Entre as funções que a atenção básica deve cumprir para contribuir com o funcionamento das redes de atenção à saúde, está a coordenação do cuidado, para o qual é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, entre eles, a discussão e a análise de casos traçadores, eventos sentinela e incidentes críticos ⁽²⁰⁾. Em vista disso, espaços como reuniões de avaliação do cuidado profissional, são essenciais.

A Organização do Processo de Trabalho é uma intervenção característica do enfermeiro, representando, nesta análise, 3,6% do tempo de trabalho no estrato 6; 3,0% no Brasil; 2,8% nos estratos de 1 a 4 e 1,4% no estrato 5.

Avaliadores que participaram do PMAQ observaram que, entre todos os profissionais de saúde, a organização do trabalho é centrada no enfermeiro, indicando-o como interlocutor da equipe de avaliação, e geralmente este percebe-se sobrecarregado pela organização do trabalho dos ACS ⁽¹⁴²⁾.

A intervenção Organização do Processo de Trabalho também foi observada no estudo desenvolvido em um centro de saúde comunitário nos EUA, com, por exemplo, 18% do tempo dispendido em organização de visitas, independentemente do provedor que a realizará ⁽¹³³⁾.

Estudo aponta que quando o enfermeiro realiza melhor a dimensão clínica e a gestão do processo de trabalho na equipe, observa-se repercussões positivas na organização das ações na unidade básica de saúde, sendo essa uma das potências do seu agir previstas para a saúde coletiva ⁽¹¹⁸⁾.

Ainda afirma que o enfermeiro encontra um importante espaço de atuação na ESF que pode fortalecê-lo, pois a centralidade desse profissional na formação e na organização da força de trabalho de enfermagem nos serviços de saúde, a potência para o trabalho em equipe e a organização dos serviços nas USF são características de sua prática, bem como a diversidade das ações que desenvolve na saúde coletiva são potenciais de repercussão para a consolidação da ESF e do SUS ⁽¹¹⁸⁾.

A literatura aponta também que os enfermeiros possuem uma atuação relevante junto à equipe de saúde, fornecendo suporte clínico na organização do cuidado e do gerenciamento da unidade de saúde ao fomentar boas relações, direcionar as atividades da equipe e conduzir o fluxo de informações ⁽²⁷⁾.

A intervenção de cuidado indireto mais realizada de forma expressiva somente pelos técnicos/auxiliares de enfermagem foi o Controle de Suprimentos, com 3,2% no estrato 6; 1,8% nos estratos de 1 a 4; 1% no estrato 5 e 2,5% no Brasil. Assim, enquanto as intervenções de cuidado indireto do enfermeiro são mais de gestão e coordenação do cuidado/unidade, observa-se que para o nível técnico, são mais de suporte ao funcionamento da unidade.

Em vista dos achados, com proporções expressivas de tempo dispendido em intervenções de cuidado indireto, destacou-se o quão

importante é o cuidado prestado de forma indireta ao usuário/família/comunidade, e acrescenta força à ideia de que muito do que é importante no trabalho da enfermagem é relativamente invisível⁽⁸¹⁾.

5.4.4 Cuidado direto e cuidado indireto: proporções entre Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de enfermagem

Neste estudo, as proporções de tempo consumido em intervenções de cuidado direto e indireto são equilibradas, tanto para o enfermeiro 30% e 29%, como para o técnico/auxiliar de enfermagem, 25% e 16%.

De modo geral, os achados corroboram a literatura encontrada. Na maioria dos estudos, os enfermeiros despendem mais tempo em intervenções de cuidado indireto (aproximadamente entre 30% e 50%) que os técnicos/auxiliares de enfermagem (em torno de 20% com algumas exceções em serviços ambulatoriais que chegam a 40%).

Entretanto, os resultados deste estudo em USF foram contrários aos, frequentemente, encontrados na literatura para o cuidado direto, pois, na literatura os técnicos consomem mais tempo em cuidado direto, em torno de 40% e 50% do tempo que os enfermeiros que, geralmente, apresentam proporções entre 30% e 40%. Todavia, em USF os enfermeiros despendem mais tempo em cuidado direto com o usuário/família/comunidade do que os técnicos/auxiliares, inclusive, quando analisado por categorias entre os estratos.

Observa-se que, apesar dos técnicos/auxiliares de enfermagem despendem menos tempo em cuidados diretos com usuário do que o enfermeiro, esta diferença de tempo não está sendo compensada diretamente em cuidado indireto ao usuário, mas, sim, em outras atividades.

As dez intervenções mais frequentes, apresentadas neste estudo representaram 53,3% do tempo do enfermeiro distribuídas em cuidado direto (quatro, 27,3%) e cuidado indireto (seis, 26%). Entre elas, estão

algumas das atribuições específicas do enfermeiro, membro da equipe de atenção básica (20), como consulta (Consulta: 11,6%); visita domiciliar (Visita Domiciliar: 5,6%); atenção à demanda espontânea (Atendimento a Demanda Espontânea: 7,5%); atividades de educação permanente (Ações Educativas dos Trabalhadores de Saúde: 1,8%) e atividades em grupos (Promoção de Ações Educativas: 2,6%). Entretanto, a atribuição participação no gerenciamento de insumos (Controle de Suprimentos: 0,4%) e realizar procedimentos (Procedimentos Ambulatoriais: 0,1%) foi pouco observada como intervenção de consumo de tempo do enfermeiro.

Vale ressaltar ainda que as cinco intervenções que mais pesam na carga de trabalho do enfermeiro em USF representam cerca de 40% do tempo de trabalho consumido e são três das seis atribuições específicas do enfermeiro ⁽²⁰⁾.

Para o técnico/auxiliar de enfermagem, as dez intervenções mais frequentes representam 31,9% do tempo, distribuído em cuidados diretos (sete, 21,2%) e cuidados indiretos (três, 10,7%).

Entre as intervenções que mais pesam na carga de trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem em USF, estão três das atribuições específicas para a atenção básica ⁽²⁰⁾, entre elas, realização de procedimentos (Procedimento Ambulatoriais 1,9%; Administração de Medicamentos 1,5%; Monitoração de Sinais Vitais 4,5%; Controle de Imunização/Vacinação 6,2%), visita domiciliar (Visita Domiciliar: 4,6%), ações de educação em saúde (Promoção de Ações Educativas: 1,3%), gerenciamento dos insumos necessários (Controle de Suprimentos: 2,5%).

Todavia, as atribuições como: atenção à demanda espontânea e contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente têm baixas proporções de tempo observado, respectivamente, 0,8% (Atendimento à Demanda Espontânea) e 1,0% (Ações Educativas dos Trabalhadores de Saúde), não sendo consideradas intervenções de peso do cotidiano do técnico/auxiliar de enfermagem em nível discussão no Brasil,

embora sejam atribuições específicas na Política Nacional de Atenção Básica ⁽²⁰⁾.

As cinco intervenções que mais dispenderam tempo no trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem representam um quarto da jornada. Assim, observou-se que os técnicos/auxiliares de enfermagem, diferentemente dos enfermeiros, têm uma maior diversidade e amplitude do número de intervenções com baixa frequência, enquanto os enfermeiros têm alta e expressiva frequência de tempo em poucas intervenções.

No que concerne à distribuição do cuidado direto e indireto entre os estratos, observou-se uma disparidade entre as unidades dentro do estrato socioeconômico-demográfico de 1 a 4, que apesar de pertencerem ao mesmo grupo, a distribuição da proporção de tempo dedicado à intervenções realizadas direta e indiretamente com usuário/família/comunidade são opostas, pois, enquanto é observada alta proporção para enfermeiros de cuidado indireto nas USF em CO02; em NE02, é alta a proporção de cuidado direto .

Semelhante achado foi encontrado também em enfermeiros de unidades de estrato 6, porém, somente uma cidade destoou da prevalência de cuidado direto do estrato para uma alta frequência de intervenções de cuidado indireto.

Para os técnicos/auxiliares de enfermagem, foi observado um equilíbrio entre as intervenções que mais dispendem tempo, bem como a distribuição em cuidado direto e indireto, entre os municípios e dentro dos estratos socioeconômico-demográficos. Portanto, pode-se inferir que a organização do trabalho dos técnicos/auxiliares foi mais padronizada entre as unidades estudadas.

No entanto, para o enfermeiro, as intervenções mais frequentes foram diferentes entre os municípios de mesmo estrato socioeconômico-demográfico, podendo inferir que o trabalho, bem como a distribuição do seu tempo entre as intervenções/atividades é modelado a depender da

unidade, do processo de trabalho que se faz, embora todos estejam engajados em uma mesma estratégia e com as mesmas atribuições. Assim, reforça-se a afirmativa de que soluções locais diferenciadas, e até mesmo personalizadas são frequentes na ESF, desde sua implantação ⁽¹⁴⁵⁾.

A mediação entre as intervenções de cuidado direto e indireto está na coordenação do cuidado, uma abordagem que vem sendo realizada na prática dos enfermeiros em atenção primária nos EUA. Esta atividade composta de intervenções/atividades de categorização direta e indireta está sendo cotada como a atividade central e chave do trabalho do enfermeiro em APS ⁽¹³³⁾.

Estudo de amostragem do trabalho conduzido na Austrália com as *nurse practitioners* obteve 12.189 observações em 15 diferentes tipos de serviço e localização geográfica e apresentou 32% cuidados indiretos, sendo a coordenação do cuidado do paciente a atividade com maior percentual 10.8% ⁽⁸²⁾.

Todavia, os resultados do estudo realizado nos EUA, em oito centros comunitários, observando 10 enfermeiras, mostrou que pouco tempo ainda é dedicado à coordenação do cuidado, sendo despendido somente 15% do tempo do dia de trabalho em atividades que categorizam a coordenação do cuidado, o que seria a função do nível mais alto da enfermagem. Ainda, pontuam que um percentual substancial é despendido em atividades que poderiam ser assumidas por alguém com menor nível educacional ⁽¹³³⁾.

Assim, não sabem dizer qual é o percentual ideal de tempo alocado na coordenação do cuidado, mas acreditam ser improvável que 15% sejam suficientes. Então, consideram que a coordenação dos cuidados representa uma contribuição distinta que requer educação e tempo de enfermagem dedicado, separado das tarefas do dia a dia da prática ⁽¹³³⁾.

Nesse sentido, verifica-se que as intervenções de cuidado direto do enfermeiro estão mais voltadas ao atendimento do

usuário/família/comunidade, enquanto o técnico/auxiliar de enfermagem apresenta concentração de intervenções tecnicistas.

Estudo realizado em Ribeirão Preto, na década de 1990, identificou atividades centrais das UBSs, como: recepção da clientela, pré-consulta, consulta médica e pós-consulta que desdobravam em outras atividades auxiliares, ou seja, coleta de exames laboratoriais, curativos, aplicação de tratamentos como injeções, aerossóis, testes alérgicos, orientações sobre as prescrições e encaminhamentos a serviços de níveis secundários ⁽¹³⁴⁾, quadro situacional que pouco se modificou após 20 anos.

“ [...] a inserção do auxiliar de enfermagem na rede de atendimento básica a saúde tem se caracterizado por uma atuação quase que exclusiva no interior da unidade de saúde, responsabilizando-se, entre outras tarefas, por procedimentos ou técnicas em salas de vacina, de medicação, de curativos, ou de apoio a consulta médica ou de enfermagem, ou ainda, por atividades previstas em programas de controle/monitoramento de doenças prevalentes ou de grupos populacionais. A construção de um perfil também voltado para atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças implica em um olhar mais cuidadoso sobre esse profissional e, principalmente, um esforço especial de preparação e de educação continuada.”

(108)

Portanto, em relação ao trabalho desenvolvido pelo técnico/auxiliar de enfermagem, observado pelos autores por meio da identificação e análise das atividades desenvolvidas, verificou-se que grande parte do trabalho diário da ESF depende do trabalho desenvolvido pelo técnico/auxiliar de enfermagem, mas ainda é preciso redimensionar o papel desse profissional dentro da Equipe de Saúde da Família, reconhecendo e aceitando sua contribuição para o alcance das metas do programa, e investir na capacitação de um profissional cada vez mais competente para assistir os problemas de saúde mais comuns e manejar novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doenças, em geral ⁽¹³⁷⁾.

5.5 ATIVIDADES ASSOCIADAS AO TRABALHO

Nesta investigação, as atividades associadas representam 7% do tempo dos enfermeiros no Brasil, chegando a 11%, 4%, 5% respectivamente nos estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4, 5 e 6, e o dobro do tempo para os técnicos/auxiliares de enfermagem, 14%, podendo chegar a 16% no estrato 6.

Estudos nacionais observaram em enfermeiros proporções de 3,9% em clínica médica ⁽⁸⁾, 5,3% em unidade de terapia intensiva ⁽⁸⁾, 6,1% em clínica cirúrgica ⁽⁸⁾, 7% em alojamento conjunto ⁽¹⁵⁾, 7% em USF ⁽⁸⁵⁾, 8% em centro cirúrgico oncológico ⁽⁷⁾, 10% unidade médico cirúrgica ⁽¹²⁾, 11,6% em ambulatório de quimioterapia ⁽¹⁰⁾ e 12% em unidade emergência ⁽¹¹⁾.

Pesquisas internacionais também apontaram proporções similares para os enfermeiros, com 2,6% e 3,9% ⁽⁶³⁾; 4% ⁽⁶⁷⁾; 4,9% ⁽⁸¹⁾; 5,6% ⁽⁷²⁾; 6,9% ⁽⁸¹⁾ e 10% em unidades de neuroreabilitação ⁽⁸⁰⁾.

Proporções superiores ainda são encontradas com: 13,3% em ambulatório ⁽⁷⁸⁾, 19,9% em hospital ⁽⁷⁶⁾ 21,4% ⁽⁶²⁾ e 21% em setor/ala de alta qualidade ⁽¹¹³⁾.

Para o nível técnico, a literatura refere 3,0% em hospital ⁽⁷²⁾; 4% em unidade de terapia intensiva ⁽⁸⁾, 4% em alojamento conjunto ⁽¹⁵⁾, 4,7% em clínica médica ⁽⁸⁾, 5,1% em hospital ⁽⁸¹⁾, 5,3% em clínica cirúrgica ⁽⁸⁾, 10% em USF ⁽⁸⁵⁾, 10% em unidade de neuroreabilitação ⁽⁸⁰⁾, 12% em hospital ⁽⁶⁷⁾ e 20% em ambulatório ⁽⁷⁸⁾. Todavia, ressalta-se que, em muitos estudos internacionais, atividades como reuniões, controle de suprimentos e treinamento são consideradas atividades associadas.

Estudo realizado em seis setores hospitalares com 53.240 observações de enfermeiros generalistas e especialistas, apontou que os especialistas gastavam quantidade significativa de tempo em funções não previstas em seu papel, especialmente, em atividades como escritório,

reuniões e administração, questionando-se se esse seria o melhor uso de um profissional com expertise em clínica ⁽⁸⁴⁾.

Outro estudo ainda afirma que os enfermeiros, frequentemente, realizam o trabalho que seria de outros departamentos, como dieta, limpeza, transporte e farmácia, sendo entre outras, uma maneira inapropriada de aplicação da força de trabalho dos enfermeiros, impactando assim no tempo de assistência despendido ⁽¹⁴⁶⁾.

Em face às evidências internacionais e nacionais, observa-se que os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem ainda despendem uma significativa parte do seu tempo em atividades associadas e de pouco valor agregado ao cuidado do paciente.

Com destaque para o técnico/auxiliar em USF que, frente à literatura, em USF despende alto percentual quando comparado a outros ambientes/setores de trabalho. Na USF, destaca-se ainda a atividade associada à recepção, que representa 5,4% do tempo dos técnicos/auxiliares de enfermagem; sendo 3,8% estrato 1 a 4; 2,5% estrato 5 e até 6,9% estrato 6.

Outra atividade associada que foi, frequentemente, observada neste estudo referiu-se à entrega de insumos pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, sobretudo medicamentos na farmácia, chegando a 5,3% do tempo em PR SU02 e 2,4% em GO CO02. Estudo internacional apontou, também que os profissionais de enfermagem estão gastando grandes quantidades de tempo, entregando medicamentos da farmácia que poderiam ser propostas soluções de menor custo ⁽⁷⁶⁾.

Pesquisa sobre o planejamento do quadro de pessoal de enfermagem, para implantação de um novo hospital, mostrou que, após um ano de funcionamento, decisões importantes foram tomadas, como: ter profissionais administrativos realizando as tarefas administrativas, o que possibilitou mais tempo e disponibilidade da equipe de enfermagem para se dedicar ao cuidado dos pacientes ⁽⁵⁶⁾.

Em UBS da Região Sul do Brasil, estudo apontou que os enfermeiros deixam de executar ações próprias de sua competência profissional para cobrir o trabalho básico de enfermagem que dá suporte a todos os outros trabalhos da equipe, exemplificando com a visita domiciliar, considerada uma atividade estratégica na atenção básica, sendo uma das ações limitadas pela falta de profissionais de enfermagem ⁽¹⁴⁷⁾.

Ainda, observa-se a preocupação de gerentes frente ao trabalho administrativo que consumiu até 42% do tempo dos profissionais em estudo realizado na Inglaterra que apontou o cuidado direto ao paciente em segundo lugar, ao contrário das unidades observadas, que têm um quantitativo mais elevado de pessoal administrativo e, portanto, conseguem usufruir melhor do corpo clínico presente ⁽⁵⁹⁾.

Logo, é fundamental o levantamento de questões e estudos referentes aos profissionais de apoio administrativo nas USF, para que, assim, os trabalhadores de saúde possam dedicar o tempo de trabalho ao usuário/família/comunidade, e a unidade tenha um apoio administrativo, realmente, capacitado e dedicado para tal função.

5.6 ATIVIDADES PESSOAIS

A proporção de tempo despendido pelos **enfermeiros** em atividades pessoais foi, respectivamente, no Brasil e nos estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4; 5 e 6 são 13%, 11%, 9%, 16%.

Estudo em unidade hospitalar evidenciou proporção similar ao encontrado para o enfermeiro no Brasil, com 13,7% ⁽⁷²⁾.

Em sequência, estudo nacional corrobora o tempo de consumo para enfermeiros dos estratos de 1 a 4, observando também 11% em alojamento conjunto ⁽¹⁵⁾.

Ainda, em unidade hospitalar encontrou-se 9,7% de tempo pessoal ⁽⁶²⁾ próximo à proporção observada em enfermeiros de unidades e estrato 5.

Nas unidades estrato 6, destaca-se que 16% de consumo do tempo do trabalho dos enfermeiros em atividades pessoais correspondeu a valores semelhantes em USF ⁽⁸⁵⁾; unidade de neuroreabilitação ⁽⁸⁰⁾; ambulatório ⁽⁷⁸⁾; setor/ ala hospitalar de baixa qualidade ⁽¹¹³⁾ e unidade de terapia intensiva ⁽⁸⁾.

Outros achados comuns na literatura nacional e internacional foram: 6,6% em hospital ⁽⁷⁶⁾, 7,2% em centro cirúrgico oncológico ⁽⁷⁾, 12% em setor/ala de alta qualidade ⁽¹¹³⁾, 12% em ambulatório de quimioterapia ⁽¹⁰⁾, 14% em unidade hospitalar ⁽⁶⁷⁾, 14,7% em unidade cirúrgica ⁽⁸⁾, 18% em emergência ⁽¹¹⁾, 18% em clínica médico-cirúrgica ⁽¹²⁾, 18% em ambulatório de oncologia e hematologia ⁽⁹⁾, 18,8% em enfermeiros clínicos especialistas ⁽⁸¹⁾, 18,9% em enfermeiro de família ⁽⁸⁹⁾ e 19,9% em hospital ⁽⁸¹⁾.

De modo geral, os **técnicos/auxiliares de enfermagem** despendem uma maior proporção de tempo em atividades pessoais quando comparados aos enfermeiros, respectivamente, no Brasil, estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4, estrato 5 e estrato 6: 16%,16%,12%,17%.

Todavia, esta proporção ainda é inferior ao percentual evidenciado pelos estudos nacionais nos setores hospitalares, com 18% em alojamento conjunto ⁽¹⁵⁾, 22% em ambulatório de oncologia e hematologia ⁽⁹⁾, 22,4% em unidade de terapia intensiva ⁽⁸⁾, 24,3% em unidade clínica cirúrgica ⁽⁸⁾ e 25,2% em unidade de clínica médica ⁽⁸⁾.

Na literatura internacional, resultados semelhantes foram verificados, assim como o observado em estrato 6, com 17% em unidade hospitalar ⁽⁶⁷⁾ e outro ainda que se aproxima ao encontrado em estrato 5 com 13,6% evidenciado em clínica médica ⁽⁷²⁾.

Assim, como nos estudos nacionais, valores de 19,3% também foram observados em ambulatório ⁽⁷⁸⁾, 21,2% em hospital ⁽⁸¹⁾ e 22% em unidade de neuroreabilitação ⁽⁸⁰⁾.

Estudo infere que os auxiliares precisam de mais orientação e supervisão, a fim de trabalharem de forma mais eficiente, porque despendem maior proporção de tempo pessoal ⁽⁸¹⁾.

Todavia, outro estudo pontuou que o tempo relacionado às paradas para alimentação, hidratação e necessidades fisiológicas, bem como socialização entre os profissionais foi considerado como uma parte importante do trabalho diário da enfermagem, pois é o momento em que se permite desabafar, revigorar as energias e apoiar um ao outro. Entretanto, aponta que, em nenhum momento, esse benefício deverá ser efetuado em detrimento da assistência ao paciente ou as pausas deverão ser estendidas deixando os pacientes sem supervisão ⁽¹⁴⁸⁾.

5.7 TEMPO DE ESPERA E AUSÊNCIA

O **tempo de espera** é uma atividade pouco encontrada na literatura, pois, muitas vezes, não é considerado uma categoria de análise, sendo também mais característico em tipos de serviços não hospitalares, como os ambulatorios e de unidades de saúde da atenção primária. Para os **enfermeiros** em USF, deste estudo, representaram, respectivamente, no Brasil, estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4, estrato 5 e estrato 6: 3%, 3%, 2%, 3%.

Estudo nacional realizado em ambulatório de oncologia e hematologia observou 2,3% de tempo de espera em enfermeiros, valor semelhante ao evidenciado neste estudo ⁽⁹⁾.

O tempo de espera, referente ao enfermeiro, pode ser relacionado também ao acesso à USF. Estudo mostrou que, em localidades carentes, incluindo muitas vezes residentes sem carros e transporte público deficiente, pode-se esperar maior número de não comparecimento e mais pedidos de visitas domiciliares, sugerindo soluções simples, mas potencialmente

eficientes da literatura internacional, como o monitoramento via telefone (48).

Para **técnicos/auxiliares de enfermagem** do presente estudo, este valor chega a 16% no Brasil, 11% em unidades de estratos de 1 a 4; 15% em estrato 5 e 18% em estrato 6; proporção superior à encontrada na literatura, com 4,3% em ambulatório oncologia e hematologia ⁽⁹⁾. Seis (50%) municípios tiveram um tempo de espera acima da proporção encontrada no Brasil e, entre eles, observou-se uma grande variedade de proporções, o que é diferente do observado para os enfermeiros que têm uma proporção de tempo de espera mais próxima entre os municípios.

Observa-se nas USF a relação do alto percentual de tempo de espera dos técnicos/auxiliares de enfermagem com o planejamento do trabalho. Estudo realizado em USF de São Paulo identificou que para os auxiliares de enfermagem, o planejamento do trabalho está relacionado à obediência às escalas diárias, semanais ou mensais orientadas pelos enfermeiros ⁽¹⁰⁸⁾. Assim, restringe-se a atividade programada, não ampliando a possibilidade de atuação em outras atividades, otimização do tempo de trabalho e criação de novas alternativas na prática diária.

No mesmo estudo, outros auxiliares de enfermagem ainda referiram que “ (...) sendo os auxiliares de enfermagem também profissionais de saúde, como tal deveriam saber o que fazer”, destacando o desejo de autonomia profissional e de reconhecimento das especificidades de sua ação ⁽¹⁰⁸⁾, logo, um avanço em sua prática e potencialidade à ESF.

A atividade **Ausência** representa para os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, respectivamente: no Brasil (15% e 12%), estratos socioeconômico-demográficos de 1 a 4 (12% e 12%), estrato 5 (26% e 31%) e estrato 6 (13% e 7%). Contudo, na literatura não foram encontradas referências que descrevam esse tipo de atividade/prática, observada e evidenciada somente por este estudo.

Todavia, apresentam percentual expressivo, pois em todas as realidades observadas foram identificadas proporções que variam entre 2% e 31% para o enfermeiro e 1% e 32% para o técnico/auxiliar de enfermagem. Na realidade com o maior percentual de ausência, encontra-se nas unidades do estrato socioeconômico-demográfico 5.

É importante enfatizar que essa atividade vai contra as diretrizes da atenção básica, pois o descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes resulta em suspensão dos repasses de incentivos e compete as secretarias municipais de saúde “[...] assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e a modalidade de atenção”⁽²⁰⁾.

5.8 DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES/ATIVIDADES

Em nível de Brasil, os resultados deste estudo evidenciaram que o enfermeiro despende mais tempo em intervenções de cuidado direto e indireto do que o técnico/auxiliar de enfermagem. Contudo, o nível técnico consome mais tempo que o enfermeiro em atividades associadas, atividades pessoais e tempo de espera. O oposto ocorre para a categoria ausência.

Assim, cabe ressaltar que o enfermeiro se faz mais efetivo quando presente na unidade, visto que a proporção de tempo em intervenções é maior que a dos técnicos/auxiliares de enfermagem, que embora esteja mais presente na unidade, despende até 45% de seu tempo de trabalho em atividades que poderiam estar sendo realizadas por outro profissional (associadas), atividades pessoais e/ou não realizando nenhuma atividade (tempo de espera).

No que se refere à distribuição do tempo de trabalho do **enfermeiro** de USF, no Brasil, 59% estão organizados em torno das intervenções de

cuidado direto e indireto; 7% despendido em atividades associadas; 13% em atividades pessoais; 3% em espera; em 15% o profissional esta ausente da unidade e em 3% não foram possíveis de serem observados.

As melhores realidades, com distribuição mais equilibrada quanto ao volume de tempo despendido em intervenções, observadas no estudo, para o enfermeiro foram:

- AM NO01 (estratos de 1 a 4): 73% do tempo em intervenções; 6% em atividades associadas; 14% em atividade pessoal; 3% em tempo de espera; 3% em ausências e 2% sem observação e;
- SP SE01 (estrato 6): 72% em intervenções; 5% em atividade associada; 11% em atividade pessoal; 2% em tempo de espera; 7% em ausências e 3% sem observação.

As melhores proporções de tempo dedicadas pelos enfermeiros em intervenções concentram-se nos estratos: 6 (61%) e de 1 a 4 (60%).

A menor proporção de atividades associadas encontra-se no estrato 5 (4%), bem como a menor proporção de atividade pessoal (9%) e tempo de espera (2%). Entretanto, é no estrato 5 concentrou-se o maior percentual de tempo ausente da unidade (26%).

No que se refere ao **técnico/auxiliar de enfermagem**, a distribuição do tempo, no Brasil deu-se em: 41% em intervenções; 13% em atividades associadas; 16% em atividades pessoais; 16% em tempo de espera; 12% em ausente e 2% não observado.

Entre as realidades observadas, a melhor realidade foi MG SE02 (estratos de 1 a 4) que consome o tempo de trabalho em proporções de: 58% em intervenções, 5% em atividades associadas, 17% em atividades pessoais, 5% em tempo de espera, 13% em ausências e 2% não observado. Todavia, por outro lado, foram encontradas realidades com distribuição preocupante no que tange à efetividade na atenção básica, entre elas destacou-se CE NE01 (estrato 5): 28% em intervenções; 5% em atividades associadas; 16%

em atividades pessoais, 11% em tempo de espera, 32% em ausências e 8% sem observação.

Na análise da distribuição das proporções de tempo entre as intervenções/atividades observadas em técnicos/auxiliares de enfermagem entre os estratos socioeconômico-demográficos, notou-se que, nos estratos de 1 a 4 houve uma maior dedicação de tempo em intervenções (47%) e o menor tempo de espera (11%), inclusive, em três, dos cinco municípios o tempo de espera estava abaixo da proporção do Brasil. A menor proporção de atividade associada (7%) e pessoal (12%) está no estrato 5, porém também observou-se um menor percentual de intervenções (31%) e o maior percentual de ausência (31%) quando comparado entre os demais estratos. O estrato 6 destaca-se pelo maior tempo de espera (18%), mas, por outro lado, o menor percentual de ausência (7%).

Portanto, diante dessas proposições, importantes diferenças de frequências foram observadas, é preciso pensar no planejamento e aplicação do tempo de trabalho da equipe de enfermagem em USF, considerando que

“ [...] como o processo de trabalho na saúde é coletivo e, portanto, cada grupo de ações, realizado pelas diferentes categorias profissionais, é parte do processo de trabalho que é presidido por uma finalidade única e maior, que abarca todos os trabalhos aí contidos, não há como indicar determinadas funções para as diferentes categorias, sem que previamente tenha se decidido a qual finalidade o trabalho na saúde vai, quer ou pode atender [...]”⁽¹³⁴⁾

Estudo realizado nas unidades básicas de saúde em Curitiba, referiu que, em outras esferas da rede municipal de saúde, o enfermeiro ocupa posições que lhe conferem participação no processo decisório, o que pode reforçar a reorganização do processo de trabalho do enfermeiro assistencial, equacionando a relação tempo/atividade ⁽¹¹⁷⁾.

Pesquisa desenvolvida em atenção primária investigou enfermeiras de nove serviços de medicina geral durante 140 dias de trabalho, registrando 4.920 atividades, evidenciou que é a maior parte do dia de trabalho foi

consumida em atividades de pesquisa/investigação (42,5%); assistência ao paciente (28,8%); tempo pessoal (16,4%) e em trânsito (12,5%) ⁽⁸⁷⁾.

Pesquisa desenvolvida com enfermeiros de saúde da comunidade, por meio de observação contínua, durante oito dias encontrou que, aproximadamente, um terço do tempo do enfermeiro era utilizado diretamente com o paciente, e dois terços eram consumidos em planejamento e documentação, apesar do objetivo principal ser prover cuidados diretos de enfermagem à comunidade ⁽¹¹¹⁾.

Estudo com enfermeiro de família realizou 870 observações, por meio de amostragem do trabalho em clínicas médicas rurais, concluiu que um quarto do tempo dos enfermeiros é despendido em cuidado direto com pacientes, 25% são gastos mantendo registros de pacientes; atividades não produtivas consomem aproximadamente um quinto do dia e próximo de um oitavo do tempo está envolvido com conversas ao telefone relacionadas ao cuidado com o paciente ⁽⁸⁹⁾.

Investigação realizada em Recife descreveu que em uma semana típica, os enfermeiros ocupavam entre seis e sete turnos com consultas: pré-natal, puericultura, planejamento familiar e prevenção do câncer cervicouterino. No tempo restante, realizavam atividades educativas grupais, visitas domiciliares, reunião com equipe, atendimento dos doentes de tuberculose e hanseníase, supervisão de agente comunitário de saúde e auxiliares de enfermagem, consolidação dos relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica e coordenação das campanhas de vacinação e semanas comemorativas (amamentação, dengue, dentre outros). Além disso, quando eram também gerentes respondiam pela manutenção da unidade, suprimentos, marcação de consultas e exames especializados ⁽¹⁴⁹⁾.

Os números restritos dos achados na literatura sobre a proporção de tempo despendido com o usuário/família/comunidade em atenção primária à saúde, bem como em USF dificultam o debate sobre o que são as proporções mais adequadas e eficazes de prestação de cuidados em

APS/ESF e melhoria dos resultados, bem como dos indicadores referentes aos usuários/comunidade atendida.

5.9 PRODUTIVIDADE

A mensuração da carga de trabalho da enfermagem e a utilização de dados relativos ao tempo despendido em atividades não relacionadas com a assistência aos usuários/família/comunidade, possibilita compreender o significado da produtividade nos serviços de saúde, além de ser uma importante ferramenta de gestão da força de trabalho.

No entanto, a utilidade desses indicadores é altamente dependente da qualidade dos dados coletados e da solidez do processo analítico usado para compreender sua relevância para o ambiente de trabalho de enfermagem ⁽¹⁵⁰⁾.

Os achados mais comuns na literatura nacional consideram somente um tipo de produtividade, e esta engloba o percentual de tempo despendido em intervenções (cuidados diretos e cuidados indiretos) e atividades associadas ao trabalho, o que neste estudo, foram considerados como tempo de produtividade real.

Dentro dessa concepção, a produtividade real dos **enfermeiros** atingiu 70,7% nos estratos de 1 a 4; 56,5% no estrato 5; 66% em estrato 6 e 66% no Brasil.

Pesquisas em ambiente hospitalar encontram valores em torno de 80% a 90%. Em centro cirúrgico oncológico atingiu-se 92,7% ⁽⁷⁾; em alojamento conjunto 90% ⁽¹⁵⁾, em casa de repouso 90% ⁽⁷⁹⁾; em ambulatório de quimioterapia 88% ⁽¹⁰⁾; clínica cirúrgica 85% ⁽⁸⁾; unidade de terapia intensiva 83% ⁽⁸⁾; em ambulatório de oncologia e hematologia 82,2% ⁽⁹⁾; em clínica médica 82% ⁽⁸⁾; em emergência 82% ⁽¹¹⁾ e em clínica médico-cirúrgica 82% ⁽¹²⁾.

Contudo, na atenção básica poucos estudos são encontrados que referem questões de produtividade, entre eles, está o pré-teste de um instrumento de medida da distribuição do tempo, realizado em USF que encontrou produtividade de 84,4% para enfermeiros e 67,2% para técnicos/auxiliares de enfermagem⁽⁸⁵⁾.

No que se refere ao tempo potencial dos enfermeiros, ou seja tempo que poderia ser empregado na assistência, pois refere-se às ausências e ao tempo de espera, o percentual encontrado representou: 28,5% estrato 5; proporção superior ao Brasil (18%), 15,7% estrato 6 e 15,5% estratos de 1 a 4.

O enfermeiro apresentou, portanto, uma produtividade em potencial em torno de 80%, podendo atingir 86,2% em unidades dos estratos de 1 a 4, 85% no estrato 5, índices superiores ao Brasil (84%) e 81,6% estrato no 6.

Quando foi comparada a produtividade real com a potencial dos enfermeiros, observou-se que o índice da produtividade real foi mais variável entre os municípios, de 59% a 79% (estrato de 1 a 4), contudo a produtividade potencial apresentou valores mais comuns aos observados na literatura, com índices de 85% a 90% (estratos de 1 a 4).

Cabe destacar, ainda que o estrato 5 teve o maior tempo potencial, que somado à produtividade real de 50%, por exemplo, em NE01, poderia alcançar produtividade potencial de até 82%.

A menor diferença entre produtividade real e a potencial foi no AM NO01 (estratos de 1 a 4) e SP SE01 (estrato 6).

Ainda analisando a produtividade, verificou-se que o estrato 6 concentrou as unidades/municípios com uma discreta variação entre a produtividade real e potencial em: SP SE01, SC SU01 e PR SU02.

Contudo, nas unidades/ municípios em que o tempo potencial foi baixo, mesmo assim observou-se uma produtividade real e potencial abaixo do índice do Brasil, que pode indicar questões, como a alta concentração de

tempo em atividade pessoal, podendo ser esse o ponto central de entrave para a melhoria dos índices de produtividade.

Unidades/cidades com produtividade real abaixo do índice encontrado para o Brasil, como CE NE01, CE NE02, PE NE03, mas, que apresentam o tempo em potencial para atingir à produtividade potencial em nível Brasil, sugerem que o entrave esteve nas ausências dos profissionais e no tempo de espera.

Deve-se atentar que, apesar dos resultados indicarem *gaps* em variáveis, como tempo de espera, ausência, tempo pessoal e intervenções, o grande fator localizou-se no fluxo do processo de trabalho. Os dados nos trazem possibilidades de debates e reflexões sobre o cuidado prestado, bem como sobre o efetivo trabalho da equipe de enfermagem em USF, contudo deve-se considerar as questões como um todo.

Em entrevista, Aiken (2013) apontou que o ambiente de trabalho é um importante fator de mediação no impacto dos trabalhadores nos resultados dos pacientes, exemplificando com uma pesquisa realizada que evidenciou em hospital com bom ambiente de trabalho, que cada redução de um paciente por enfermeiros estava associada à diminuição da mortalidade em 14%, todavia, esta mesma redução de um paciente não teve nenhum efeito na diminuição da mortalidade em hospitais, com pobres ambientes de trabalho ⁽¹⁵¹⁾.

Em vista disso, abre-se a discussão para questões em torno da ampliação do quadro de profissionais de enfermagem em USF, que se trabalhado isoladamente, não deverá gerar o impacto necessário em USF, pois há outras questões que são problemas evidentes, como os ambientes de trabalho (absenteísmo, nível de autonomia e tomada de decisão, oportunidades de desenvolvimento profissional, relacionamento entre equipe, cultura organizacional, carga de trabalho e produtividade, entre outros) ⁽¹⁵²⁾.

A produtividade real dos **técnicos/auxiliares de enfermagem** ficou em torno de 50%, contudo no estrato 5 observou-se 37,8%, índice muito abaixo do encontrado para o Brasil (55%), dos estratos de 1 a 4 (58,7%) e do estrato 6 (56%).

Os achados mais comuns na literatura, nos serviços hospitalares, apontaram para 83% em alojamento conjunto (15); 78% em unidade de terapia intensiva; 76% em clínica cirúrgica; 75% clínica médica (8) e 77,6% em ambulatório de oncologia e hematologia ⁽⁹⁾.

O tempo potencial representou, aproximadamente, um quarto do tempo de trabalho, com distribuição de: 23,4% nos estratos de 1 a 4; 24,8% no estrato 6 e 28% no Brasil.

No estrato 5, esse índice chegou a 46,3%, ou seja, quase metade do tempo de trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem em unidades/municípios do estrato socioeconômico-demográfico 5 que têm potencial de ser empregado em intervenções/atividades em benefício do usuário/família/comunidade.

Cabe ressaltar que, no estrato 5, os municípios/unidades apresentaram tempo potencial maior que a produtividade real, além de apresentarem a pior produtividade real observada (42%).

Entre os estratos, a produtividade potencial predominou com índice em torno de 80% para o técnico/auxiliar de enfermagem. Destaca-se o estrato 5, em que foi possível visualizar o maior índice 84,2%, e a proporção superior ao esperado para Brasil (83%).

Essa contradição, entre o pior índice de produtividade real e o melhor índice de produtividade potencial, foi observada em um mesmo estrato, apontando para graves entraves ainda enfrentados em USF, como questões de ausência dos profissionais ao trabalho, logo, responsabilidade, ética e modelos de gestão acordados entre os profissionais; bem como dificuldade em pensar o serviço voltado para as necessidades da comunidade, de modo que o processo de trabalho, bem como a oferta de

serviços/atividades poderiam ser dinâmicas, atrativas, úteis e acessíveis à comunidade, reduzindo-se, assim, o tempo de espera do profissional, muitas vezes gerado pela “falta” de demanda.

O modelo de atendimento em equipe exige que os diferentes níveis de profissionais de enfermagem colaborem de forma mais eficaz, no uso de seu tempo, para maior benefício aos pacientes ⁽⁸¹⁾.

No período estudado, a produtividade real dos enfermeiros e técnicos/auxiliares representou um pouco mais da metade do tempo de trabalho em torno de 66% e 55%, respectivamente.

Observa-se que a diferença presente na produtividade real entre o enfermeiro e o técnico/auxiliar de enfermagem foi maior que a identificada na produtividade potencial, pois ambos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem tinham índices de 84% e 83% respectivamente.

Desse modo, a produtividade real dos enfermeiros foi superior às dos técnicos/auxiliares de enfermagem, assim como é conhecida e descrita pela literatura, e em geral, o nível técnico tem produtividade inferior, contudo, ambos têm potencial de tempo para atingir o mesmo índice de produtividade.

Nota-se que, somente, no PR SU02, a produtividade real dos técnicos/auxiliares de enfermagem foi próxima a dos enfermeiros. Além disso, no estrato 6 nos municípios SC SU01 e PR SU02, os enfermeiros apresentaram produtividade potencial abaixo dos técnicos/auxiliares de enfermagem, apesar da produtividade real ser superior, o que sugere que o entrave não está na ausência e no tempo de espera que gera o tempo potencial, mas, sim, na baixa frequência de intervenções e/ou alto tempo despendido em atividade pessoal.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde

“[...] o processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que

garantam o maior acesso possível, a vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado”⁽²⁰⁾

Como alta prioridade, estudos apontam a importância de se medir a produtividade da enfermagem⁽⁴⁷⁾. Contudo, a análise do conceito indicou que a produtividade pode ser definida de maneiras diferentes, e é medida utilizando uma vasta série de variáveis, muitas das quais não são operacionalmente definidas nos relatórios de pesquisa⁽¹⁵³⁾.

A definição mais comum de produtividade consiste em “horas de enfermagem por paciente-dia”, mas considera apenas o cuidado direto. É necessário considerar o contexto em que ocorre a prática de enfermagem e o efeito de todos os recursos consumidos⁽¹⁵⁰⁾.

Segundo *Canadian Institute for Health Information (CIHI)* a medida de produtividade é consistente com a visão de mundo que a “quantidade de cuidados de enfermagem” (cuidado direto) é o principal indicador de produtividade; no entanto, esta medida não contribui para o desenvolvimento de potenciais melhorias no custo e na qualidade do cuidado prestado. Além disso, observa-se uma escassez de pesquisas existentes para medir a carga de trabalho de enfermagem e a produtividade nos setores não hospitalares, incluindo comunidade, de longo prazo e cuidados de crônicos⁽¹⁵⁰⁾.

Estudo realizado em unidade cardiológica notou que a máxima produtividade (ou seja, a carga de trabalho dividido por horas trabalhadas) de qualquer profissional correspondeu a 93%; os 7% restantes destinaram-se às pausas remuneradas durante os quais nenhuma carga de trabalho estava contratualmente esperada. Concluíram que com 93% de produtividade, os enfermeiros estão trabalhando a todo vapor, sem flexibilidade para atender às demandas imprevistas ou a uma rápida mudança do quadro do paciente. Além disso, indicam que índices acima de 85% (+/-5%) conduzem custos mais elevados, o atendimento ao paciente é empobrecido, bem como os resultados de enfermagem e que, provavelmente, a produtividade seja mais baixa quando as unidades são especializadas^(51,150).

Para avaliar os benefícios potenciais e propiciar o aumento da produtividade do enfermeiro, estudo canadense simulou os efeitos de um aumento relativamente modesto 0,5% ao ano. Este aumento significou que um enfermeiro que era capaz de tratar 1.000 pacientes em 1 ano, se por meio de melhores condições e práticas de trabalho, seria capaz de tratar 1.005 pacientes no ano seguinte, o que melhoraria gradualmente, o nível geral de saúde canadense ⁽³⁶⁾.

Ainda na literatura, encontram-se estudos que usando observação, por meio de amostragem do trabalho, têm identificado ineficiências, sugerindo estratégias para melhorar a produtividade global. Assim, de modo geral, é comum a nesses estudos a relação entre o descompasso do papel/qualificação e as tarefas reais realizadas ⁽⁷⁰⁾.

Pesquisa aponta para a necessidade de maior investigação sobre a relação entre modelos de prestação de cuidados e a produtividade de enfermagem. Referem que somente alguns estudos incluíram a análise de produtividade, como uma parte da avaliação do modelo de prática. Atualmente, exige-se que os gestores de enfermagem tomem decisões sobre os modelos de cuidados de enfermagem e seu impacto sobre a produtividade ⁽¹⁵³⁾.

Cautela é necessária quando só medidas de produtividade são usadas para tomar decisões operacionais; até encontrarem maneiras de incorporarem as variáveis intangíveis para a medida de produtividade, haverá um elemento de subjetividade na utilização dos valores de produtividade ⁽¹⁵³⁾.

Assim, os resultados a respeito da produtividade deste estudo devem ser interpretados com cuidado, pois foi considerada a produtividade baseada somente no melhor uso e dinâmica do tempo de trabalho.

A que se considerar também os vários fatores que são intervenientes nesta variável, como característica do paciente, características do profissional, padrão de pessoal e organização do cuidado ⁽¹⁵⁰⁾.

Mas, acesso, resolubilidade e cobertura universal são questões que caminham concomitantemente com a produtividade dos profissionais e também são afetados. Práticas precárias de saúde prestadas pelos trabalhadores contribuem para a baixa utilização dos serviços de saúde pelas populações vulneráveis, e um melhor desempenho destes pode aumentar o uso dos serviços de saúde ⁽¹⁵⁴⁾.

Estudo apontou que o problema de desempenho insuficiente de profissionais de saúde em países de baixa e média renda é particularmente urgente. Os governos e as organizações não governamentais gastam muitos recursos nos trabalhadores da saúde e os sistemas que os suportam, e tais investimentos poderiam produzir maiores benefícios à sociedade do que fazem ⁽¹⁵⁴⁾.

Em países de baixa e média renda, os trabalhadores de saúde são essenciais para a realização de intervenções de saúde. Contudo, o desempenho insuficiente dos profissionais de saúde é um problema muito difundido. Assim, propõem uma agenda internacional de pesquisa colaborativa para gerar conhecimento sobre os determinantes de desempenho e sobre a eficácia das estratégias para melhorar o desempenho, bem como recomendam aos ministérios da saúde e as organizações internacionais contribuírem ativamente para traduzirem resultados de pesquisa em ação para melhorarem o desempenho de profissionais de saúde, e, assim, melhorarem a saúde ⁽¹⁵⁴⁾.

Dos vários determinantes que influenciam o desempenho, autores têm como convicção que a motivação individual e o compromisso são as chaves para a prestação de bons cuidados de saúde ⁽¹⁵⁵⁾.

Outros autores questionam “Qual o impacto de nossas práticas sobre a saúde da população pela qual nos responsabilizamos?”, partem da premissa de que as práticas de saúde determinam e são determinadas no cotidiano e, por isso, consideram que a enfermagem não é neutra, pois o não se fazer nada ou achar que não se tem nada a ver com o caso, já configura uma posição assumida de manutenção de deixar as coisas como estão ⁽¹⁵⁶⁾.

A de se assumir as responsabilidades pela presença ou ausência da prática e dos cuidados de enfermagem, sendo preciso que os gestores olhem também para o trabalhador como sujeito e não coisas, com vontades, desejos, que agem e reagem a tudo e a todos, executando práticas de saúde que conformam um dado modelo assistencial, que pode não ser exatamente aquele que desejaram ou que projetaram ⁽¹⁵⁶⁾.

Uma pesquisa realizada indicou evidências que confirmam que as estratégias de força de trabalho eficazes melhoram o desempenho dos sistemas de saúde, mesmo sob difíceis circunstâncias. Destacaram que o único meio para alcançar as metas de desenvolvimento do milênio relativo à saúde é por meio do trabalhador. Contudo, a construção de uma força de trabalho de alta performance exige um esforço duro, consistente e sustentada. Reforçam que, para os trabalhadores serem eficazes, devem ter recursos materiais, e para que utilizem esses insumos de forma eficiente devem ser motivados, qualificados e apoiados. Estratégias de força de trabalho adequadas podem gerar enormes ganhos de eficiência ⁽¹⁵⁷⁾.

5.10 PADRÕES DE TEMPO E CARGA DE TRABALHO

Surpreendentemente, existem poucos dados básicos sobre como os enfermeiros distribuem seu tempo ou o grau no qual se envolvem com outros profissionais de saúde na prestação de cuidados. Esta ausência de evidências dificulta o debate sobre quais são os níveis mais adequados e eficazes de prestação de cuidados diretos aos pacientes ⁽⁶³⁾.

Poucos pesquisadores vêm relatando a quantidade de tempo que os enfermeiros gastam em tarefas individuais, e outros apontam ser possível encontrar uma baixa correlação entre a carga de trabalho real e a percebida pelos trabalhadores ⁽¹⁵⁸⁾.

Enfermeiros de USF, em São Paulo, quando questionados sobre conseguir realizar tudo o que planejavam, no geral, responderam que não

conseguiram cumprir a totalidade daquilo que fora planejado por falta de tempo, e os motivos foram: excesso de demanda da unidade, atividades extras que surgiam no decorrer da semana, etc. Os autores consideraram que trabalhar com o indivíduo, a pessoa e a família traziam um acúmulo de atividades diversificadas que demandavam o uso de um tempo bastante extenso no trabalho, e os trabalhadores que conseguiam cumprir aquilo que havia sido planejado, colocavam no trabalho em equipe a resposta para o bom desempenho no cumprimento das atividades ⁽¹⁰⁶⁾.

Enfermeiros, ainda, relataram que não conseguem dedicar-se à educação em saúde por causa da grande demanda da população nas unidades, da insuficiência de pessoal na equipe e, sobretudo, no trabalho burocrático, de coordenação e de gerência da unidade, além de reuniões na Secretaria Municipal de Saúde que acabam tomando grande parte do tempo e sobrecarregando o trabalho diário ⁽³⁵⁾.

Na APS, este foi o primeiro estudo que propôs tempos padrão de enfermagem. Foram encontrados outros estudos similares em áreas ambulatoriais e hospitalares ⁽⁷⁻¹⁰⁾ que propuseram padrões de tempo, de acordo com a área investigada, como por exemplo, os tempos propostos por porte cirúrgico no estudo realizado em centro cirúrgico oncológico ⁽⁷⁾.

Estudo apontou que o trabalho do enfermeiro é caracterizado por um padrão de rápida mudança e tarefas curtas, sugeriu que há uma tendência geral na natureza do trabalho de enfermagem nos serviços hospitalares. Encontraram que em média os enfermeiros estudados mudavam de tarefas a cada 55 segundos ⁽⁶³⁾. A maioria do tempo médio estimado para as 542 intervenções *NIC*, 31,55% estava entre 16-30 minutos ⁽⁹²⁾.

Para a intervenção Consulta, o tempo médio Brasil ficou em 25,3 min (DP=17,6), estrato de 1 a 4: 32,4 min (DP=17,4), estrato 5: 36,7 min (DP=20,9) e estrato 6: 19,4 min (DP=13,7). Os parâmetros do Ministério da Saúde propõem 03 consultas/horas, ou seja, 20 minutos por consulta ⁽⁹⁹⁾, valor próximo ao encontrado no estrato socioeconômico-demográfico 6. Segundo a *NIC*, o tempo médio de uma consulta é de 46 a 60 min, valor

superior ao encontrado neste estudo ⁽⁹²⁾. Mas, vale ressaltar que os tempos sugeridos pela taxonomia *NIC* ⁽⁹²⁾ são baseados nas opiniões de profissionais, que tendem a ser superiores aos valores quando observados.

Estudo sobre o tempo médio da consulta de enfermagem no pré-natal, observou duração de 15 a 20 minutos nas consultas subsequentes, e 30 minutos nas primeiras consultas, variando em função do trimestre gestacional ⁽¹²⁰⁾. Outra investigação acompanhou duas unidades de saúde em Londres durante oito meses, encontrou média de tempo por consulta de 25,7 minutos em unidade Y e 20,6 minutos em unidade Z, com uma média anual de 0,8 consultas de enfermagem por pacientes em ambas ⁽¹⁵⁹⁾.

Outra pesquisa realizada em unidades de saúde em Curitiba encontrou um índice de cobertura geral da população de 0,08 consultas de enfermagem/habitante/ano, ou seja, 6% da população, além de uma maior concentração destas em unidades que atendiam uma classe social mais vulnerável e não em regiões com maior distribuição geográfica ⁽¹¹⁷⁾.

Para a intervenção Administração de Medicamentos, foi encontrado tempo médio da categoria técnico/auxiliar de enfermagem no Brasil: 13,4 min (DP=4,2); estrato de 1 a 4: 12,8 min (DP=1,6); estrato 5: 13,9 min (DP=4,1) e estrato 6: 13,5 min (DP=4,8). Segundo a taxonomia *NIC*, para enfermeiro assistencial é estimado 15 minutos ou menos ⁽⁹²⁾, corroborando os tempos médios encontrados.

Para a Assistência em Exames/Procedimentos, o tempo médio técnico/auxiliar de enfermagem foi Brasil: 23 min (DP=19,3); estrato de 1 a 4: 48,2 (DP=21,8); estrato 5: 48,1 min (DP=19,8); estrato 6: 14,6 min (DP=8,3). A *NIC* sugere para a intervenção Assistência em Exames de 16 a 30 minutos ⁽⁹²⁾.

A intervenção Monitorização de Sinais Vitais teve no Brasil tempo médio de 13 min (DP=1,5); estrato de 1 a 4: 13,1 min (DP=1,0); estrato 5: 12,8 min (DP=1,0); estrato 6: 13 min (DP=1,9). Comparando esses valores com o proposto pela taxonomia *NIC*, observa-se semelhança, pois é

proposto de 15 min ou menos para a categoria de enfermeiro assistencial⁽⁹²⁾.

Outra intervenção de importância para a USF foi o Controle de Imunização/Vacinação com tempos médios Brasil: 30,6 min (DP=17,3); estrato de 1 a 4: 39,3 min (DP=16,7); estrato 5: 39 min (DP=6,3); estrato 6: 21,1 min (DP=16,4). A literatura aponta valores de 16 a 30 minutos para a categoria enfermeiro assistencial⁽⁹²⁾, e 10 minutos⁽¹⁶⁰⁾.

A intervenção Procedimentos Ambulatoriais, para os enfermeiros, tem tempo médio Brasil: 19,3 min (DP=9,1); estrato de 1 a 4: 21,6 min (DP=6); estrato 5: 44 min; estrato 6: 14,5 min (DP=1,7). Autores encontraram tempo médio de 25 minutos⁽¹⁶⁰⁾.

Para a intervenção Visita Domiciliar, o tempo foi calculado na relação entre o número de visitas realizadas e o tempo despendido. A literatura descreve que o tipo visita, a carga de trabalho, o tempo de viagem e o tempo de coordenação do caso influenciam significativamente no tempo médio de visita⁽¹⁶¹⁾.

Neste estudo, o tempo médio de Visita Domiciliar para os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem foi, respectivamente, para Brasil: 35,6 minutos (DP = 6,7) e 47,7 minutos (DP=14,5), estrato de 1 a 4: 25,9 minutos (DP=6,7) e 48,5 minutos (DP=13,7), estrato 5: 66,1 (DP= 2,5) e 71,6 minutos (DP=6,2) e estrato 6: 54,1 minutos (DP =6,8) e 39,7 minutos (DP=14,3).

Estudo realizado em Ontário mediu o tempo médio de visita realizada por 38 enfermeiros e 11 auxiliares de enfermagem de casa de repouso, em 16 áreas geográficas atendidas pela agência. Os resultados mostraram que o tempo médio de atendimento por visita foi de 45,9 minutos (DP = 22,5) e os clientes receberam uma média de 22,8 visitas (DP = 27,2). Além disso, apontaram que a medida que os enfermeiros realizavam mais visitas e carga de trabalho diária aumentava, as visitas passaram a ser mais curtas⁽¹⁶²⁾.

Pesquisa realizada forneceu uma análise empírica do mecanismo pelo qual as variáveis clínicas, provedor, aspectos organizacionais e comunitários influenciam a utilização de enfermagem, medida por meio do tempo de visita e o número de visitas que os clientes recebem, demonstrando que, enquanto fatores clínicos foram preditivos de tempo visita, os fatores relacionados ao provedor e ao organizacional também foram importantes para explicar a variação no tempo da visita e mais preditivos para o número de visitas ⁽¹⁶²⁾.

Em serviços de saúde voltados à comunidade, estudos apontam que a variação na média do tempo de visita do enfermeiro ou o número de visitas de enfermagem está associado à: idade do usuário, diagnósticos de enfermagem, diagnósticos médicos, número de comorbidades e complicações, instabilidade clínica e renda ⁽¹⁵²⁾.

Estudo do tempo de assistência em enfermagem em unidades hospitalares, comparado com a Resolução COFEN N 293/04 ⁽⁵⁾, apontou que as informações obtidas em relação ao tempo de cuidado, como instrumento gerencial, possibilita avaliar as condições dos profissionais existentes e, ainda, correlacioná-las com os indicadores do processo assistencial, tais como: incidência de úlcera por pressão, de quedas, de não conformidade relacionadas à administração de medicamentos, de pneumonia associada à ventilação mecânica, entre outros efeitos adversos, relacionando-os com a qualidade e a segurança da assistência de enfermagem prestada. Além disso, propõe que a análise sistemática desse indicador permita também controlar as áreas de maior risco, com o objetivo de intensificar atitudes e propor melhorias contínuas que demonstrem maior cuidado no desenvolvimento das atividades profissionais ⁽¹⁶³⁾.

O tempo médio de assistência de enfermagem, conforme o tipo de cuidado despendido aos pacientes constitui nas unidades de internação hospitalares, um indicador objetivo para a avaliação do quantitativo e qualitativo dos profissionais de enfermagem ⁽¹⁶³⁾.

Assim, para a APS esta também é uma variável central para os cálculos e planejamento da força de trabalho. A aplicação em métodos que possibilitem a projeção do quadro de trabalhadores de enfermagem, baseados em tempos padrão do Brasil e/ou dos estratos socioeconômicos-demográficos referentes, possibilita a projeção, de acordo com população de sua área de abrangência, portanto, próximas às realidades dos municípios e à proposta da ESF.

Mais pesquisas são necessárias para definir um padrão ouro para medir a carga de trabalho de enfermagem. Autores descrevem para ambientes hospitalares uma vez que um padrão ouro seja alcançado, todas as instituições devem usar a mesma medida, podendo facilitar, assim, as comparações entre os cenários e regiões ⁽¹⁵⁰⁾.

Alguns estudos, relacionam o tempo e as atividades que são realizadas ao mesmo tempo, característica frequentemente encontrada em profissionais de enfermagem, pois os enfermeiros atendem a diversas necessidades simultaneamente, as conhecidas "multitarefa". Estudo longitudinal, em hospitais da Austrália observou 57 enfermeiras durante 191,3 horas e concluiu que em 5,8% do tempo eram realizadas multitarefas, e que as interrupções eram frequentes em média uma a cada 32 minutos, com maior frequência em momentos relacionados a preparo de medicação (25% das atividades de medicação observada) e documentação ⁽⁶³⁾.

Estudo realizado na Bélgica com o objetivo de determinar os tempos padrão por atividades de enfermagem e avaliar a correlação entre o tamanho do hospital e os tempos padrão de atividades, concluiu que diferentes métodos de medição eram necessários para gerar um tempo padrão objetivo, às atividades de enfermagem, e para determinar o método de medição mais adequado para cada atividade de enfermagem é preciso uma estimativa da frequência e da duração da atividade e afirma que não houve uma clara correlação entre os tempos padrão de atividades de enfermagem e o tamanho do hospital ⁽⁶²⁾.

Para estimativa dos tempos padrão, esse estudo na Bélgica utilizou de 3 técnicas de coleta de dados, amostragem do trabalho por observadores externos, e a medida direta do tempo por auto-registro e estimativa subjetiva do tempo. Os tempos padrão (apresentados como média - mínimo - máximo) experimentais obtidos no estudo de amostragem do trabalho e medida direta do tempo por auto-registro foram submetidos ao julgamento subjetivo dos enfermeiros, a fim de avaliar sua validade. Em caso de desacordo com os tempos padrão experimentais, os enfermeiros puderam dar sua própria estimativa de tempo, tendo em conta os limites impostos pelas definições. Isso se deve ao fato de que 31 de 56 atividades que haviam sido planejadas para medida de tempo com amostragem do trabalho, tiveram uma baixa frequência de ocorrência, além disso, houve grandes desvios padrão ⁽⁶²⁾.

No presente estudo, observou-se que para a intervenção Promoção de Ações Educativas, a amostra teve uma variação maior em torno da média, tanto para o enfermeiro (Brasil: 28 min, DP=39,7; estrato de 1 a 4: 19,4 min, DP=417,1; estrato 5: 44,6 min, DP=61,9; estrato 6: 31,4 min, DP=45,6), como para o técnico/auxiliar de enfermagem (Brasil: 27,6 min, DP=32,7; Estrato de 1 a 4: 25,1 min, DP=31,2; estrato 5: 24,6 min, DP=21,9; estrato 6: 28,6 min, DP=33,9), no Brasil e nos estratos socioeconômico-demográficos. Segundo a *NIC* para a intervenção Ensino: Grupo, na qual se assemelha a definição da intervenção Promoção de Ações Educativas, o enfermeiro assistencial pode despende até mais de uma hora ⁽⁹²⁾.

A intervenção Punção de Vaso: amostra de sangue venoso teve uma baixa frequência de observação, não sendo possível realizar o cálculo do desvio padrão, identificando somente o tempo médio para o Brasil. A média de tempo Brasil, para técnicos/auxiliares de enfermagem foi de 12,5 minutos. Segundo a *NIC*, a intervenção punção vaso amostra de sangue venoso realizada por enfermeiro assistencial tem média de tempo de 15 min ou menos ⁽⁹²⁾.

Autores descrevem que, para as atividades com baixa frequência de ocorrência, tais como gestão, que por meio de amostragem do trabalho e auto-registro não resultou em tempos normais adequados, os enfermeiros foram convidados a propor um tempo médio por atividade e por departamento. Mas, ao final, o estudo concluiu que apresentar os tempos padrão determinados por amostragem ou medição do tempo de trabalho direto, para os enfermeiros, submetendo a validação subjetiva, resulta em um aumento dos tempos, na maioria das vezes ⁽⁶²⁾.

Outros aspectos do cálculo do tempo consistiu em considerar que a atividade “administração” definida separadamente durante a amostragem do trabalho teve sua duração alocada proporcionalmente para as diferentes atividades de enfermagem, uma vez que foram adicionados um ajuste ponderado dos tempos estimados e a proporção relativa de cada atividade, contendo “administração” ⁽⁶²⁾.

No presente estudo, foi realizada a divisão em partes proporcionais do tempo pessoal e tempo de espera para as intervenções (que coube tempo de espera) e atividades associadas. Por meio desse rateio, foi possível adicionar tempo as intervenções, aproximando as médias, da realidade das práticas do cotidiano, uma vez que, entre a realização das intervenções/atividades, o trabalhador tem atividades pessoais, bem como ocorrem momentos de espera. Assim, os tempos propostos foram tempos que iam além do cuidado direto, quando consideradas variáveis já conhecidas do fluxo de trabalho.

Além disso, considera-se que parte do conteúdo de uma atividade é documentação ⁽⁶²⁾.

Outros autores levantaram questões - até que ponto a quantidade de tempo garante um atendimento seguro? ⁽⁶³⁾, e que o número correto de trabalhadores não é garantia de que melhores serviços irão surgir ⁽⁴⁸⁾. Compreende-se, aqui que, assim como o número adequado de trabalhadores, o tempo, é uma das variáveis que compõe o processo e a organização da

assistência prestada ao usuário/família e comunidade, sendo fator condicionante e condicionado também.

A mobilização de recursos apropriados de cuidados de enfermagem é uma preocupação para gerentes de enfermagem em todo o mundo, agravada ainda, pela escassez de enfermeiros disponíveis e pela preocupação com a oferta de padrões adequados de atendimento ao paciente. Assim, variáveis como o tempo médio das atividades de enfermagem são fundamentais, visto que os autores consideram que compreender o nível de carga de trabalho do enfermeiro é crucial para determinar o planejamento de trabalhadores apropriados ⁽¹⁶⁴⁾.

Em vista disso, estudo referiu que o grande número de definições de carga de trabalho implica uma diversidade na forma como a carga de trabalho de enfermagem vem sendo investigada nos estudos, entre eles, estudos em que a carga de trabalho é investigada como horas de enfermagem exigidas por ou atribuídas aos pacientes ⁽¹⁶⁵⁾.

Esta afirmação também se sustenta em autores que afirmaram que, na literatura não há relatos de uma definição comum de carga de trabalho de enfermagem, mas descrevem algumas definições como: carga de trabalho de enfermagem é “a quantificação do trabalho da enfermagem com o intuito de gerar subsídios para a gestão” e “a totalidade de tempo de enfermagem necessário para que todo o trabalho seja realizado ao longo de um determinado período de tempo”, considerando, assim, todo o trabalho realizado pelo enfermeiro e, portanto, também o trabalho não relacionado diretamente ao paciente, como o tempo em que podem estar envolvidos na gestão da unidade de enfermagem, com estudantes de enfermagem, participando de reuniões de pessoal e outras tarefas ⁽¹⁶⁴⁾.

Dentre as questões levantadas sobre a medida de carga de trabalho de enfermagem, estava a classificação de pacientes baseada na dependência, pois argumentaram que apenas a dependência não é uma medida adequada da carga de trabalho, uma vez que ela só capta um aspecto do trabalho do

enfermeiro, não sendo uma boa medida de tempo, por resultar em uma avaliação incompleta das atividades do trabalho de enfermagem ⁽¹⁶⁴⁾.

No entanto, a compreensão sobre o que impacta a carga de trabalho do enfermeiro e, conseqüentemente, o que deve ser considerado na alocação dos trabalhadores de enfermagem, ainda não é clara, e os sistemas disponíveis para a operacionalização da medição da carga de trabalho são, muitas vezes, inadequados ⁽¹⁶⁴⁾.

Investigações, realizadas na Tanzânia, desenvolveram uma metodologia para estabelecer a carga de trabalho do tratamento de tuberculose (TB) na atenção primária, para profissionais clínicos e laboratoriais. Consideraram a importância para a carga de trabalho o caminho do paciente para o diagnóstico e tratamento e a frequência de visitas ao serviço. Os métodos utilizados foram observação, cronometragem do tempo, entrevistas e revisão de prontuários, buscando avaliar a contribuição de diferentes fatores sobre a carga de trabalho. O cálculo do tempo necessário foi realizado por paciente, não foi distinto entre os profissionais, pois consideraram que diferentes tipos de prestadores de cuidados primários podem ser responsável por tarefas de tuberculose ⁽¹⁵⁸⁾.

Há uma série de fatores que influenciou o tempo necessário para um diagnóstico completo e tratamento de um usuário com TB . Em primeiro lugar, este foi influenciado pelo grau em que o trabalhador da saúde realizou as consultas, de acordo com o padrão, como descrito nas orientações de TB. No estudo, evidentemente, os trabalhadores da saúde, na maioria das situações, não executavam todas as tarefas descritas nas diretrizes padrão. Além disso, houve uma variação importante na frequência de visitas de acompanhamento entre pacientes individuais. Assim, o estudo piloto mostrou claramente que, dentro de uma doença como a TB, requer tratamento relativamente longo e frequentes contatos dos profissionais com os pacientes, a forma como os serviços estão organizados, os protocolos / diretrizes que são usados e até que ponto as normas são seguidas têm uma influência importante na carga de trabalho dos profissionais de saúde ⁽¹⁵⁸⁾.

Autores afirmam que alguns fatores têm um impacto direto sobre a relação enfermeiro-paciente, enquanto outros itens têm um efeito sobre a fluência do trabalho ou sobre a percepção subjetiva da carga de trabalho de enfermagem. Desse modo, consideraram que a carga de trabalho de enfermagem tem uma etiologia multicausal, sendo um conceito complexo (165).

Assim, rótulos conceituais de carga de trabalho são descritos de modo similar, mas a operacionalização desses conceitos é bastante diferente. Como por exemplo, o conceito de “intensidade de enfermagem”, que pode ser interpretado como: dar conta de todas as atividades que um enfermeiro realiza durante um turno ou pode ser interpretado como dar conta apenas das atividades que se relacionam com a assistência ao paciente. Logo, é importante que os gestores tenham clareza do conceito utilizado, que pode levar à mobilização de recursos inadequados, desconsiderando, por exemplo, as atividades de trabalho de enfermagem não relacionadas diretamente ao paciente (164).

Autores descrevem um modelo de carga de trabalho de enfermagem (figura 14), que avança na definição de um modelo mais complexo, apesar de ainda ser necessário examinar sua aplicação em diferentes contextos de cuidados de saúde, para validar sua capacidade de descrever o trabalho realizado pelos enfermeiros (164).

Figura 14 - Modelo de carga de trabalho de enfermagem. (Adaptado. Tradução livre)

Fonte: ⁽¹⁶⁴⁾

O conceito de carga de trabalho de enfermagem proposto pelos autores e descrito na figura 14 foi delineado para ilustrar o modo que a carga de trabalho é definida, de acordo com a quantidade ou o nível de trabalho que o enfermeiro deve realizar para dar conta de seu trabalho. Se a carga de trabalho depender da quantidade de trabalho do enfermeiro, então, será importante considerar como o trabalho será discriminado e influenciado ⁽¹⁶⁴⁾.

O conceito propõe que a carga de trabalho de enfermagem seja composta por três pontos: o montante ou o nível das atividades de enfermagem de cuidado direto; o montante ou o nível das atividades de enfermagem de cuidados indiretos e o montante ou o nível das atividades de enfermagem relacionadas com cuidados não relacionados aos pacientes ⁽¹⁶⁴⁾.

O nível de cuidados de enfermagem direto ou indiretamente relacionados ao paciente é aferido por meio da “intensidade dos cuidados de enfermagem”, ou seja, a necessidade do paciente pelos cuidados de

enfermagem, e este será dependente do grau de dependência do paciente, da severidade de sua doença, do tempo necessário para administrar o cuidado e da complexidade do atendimento . Da mesma forma, o nível de atividades de enfermagem não relacionadas com o paciente será dependente, por exemplo, do número de alunos na enfermagem, se houver reuniões de equipe e a quantidade de trabalho de apoio organizacional que é necessário em qualquer turno de enfermagem. Todos estes fatores são determinantes da carga de trabalho de enfermagem ⁽¹⁶⁴⁾.

Para a APS, propõe-se aqui, brevemente, uma reflexão e adaptação das variáveis intervenientes na carga de trabalho para a equipe de enfermagem em ESF, propondo que a intensidade de cuidados de enfermagem está relacionada às: necessidades de saúde do usuário, à autonomia do usuário, ao tempo necessário para realizar a intervenção e à complexidade e habilidade dos cuidados necessários. Além disso, considera-se também as atividades associadas ao trabalho e as intervenções de cuidado indireto (figura 15).

Figura 15 – Reflexão sobre a proposta de modelo de carga de trabalho de enfermagem adaptado para ESF- Brasil – 2014

Autores evidenciaram ser necessário que haja mais investigação para determinar os fatores que não estão estritamente relacionados à assistência ao paciente, mas que influenciam a carga de trabalho de enfermagem, bem como devem ser realizadas mais pesquisas para avaliar o impacto sobre os padrões de tempo das atividades de enfermagem de estruturas organizacionais ineficientes e com diferentes interpretações culturais da forma como uma atividade é conduzida ⁽⁶²⁾.

5.11 MÉTODO WISN

No presente estudo, a aplicação do método *WISN* em uma USF fictícia, deu-se por meio de simulações que buscaram analisar a aplicação dos parâmetros de tempo encontrados, frente à proposta de aplicação do método *WISN* em USF, e identificar diante dos resultados gerados, o que é necessário, em termos de número de trabalhadores de enfermagem, diante da capacidade de produção atual e diante dos parâmetros propostos para as intervenções/atividades dos programas comuns às USF.

O método *WISN* fornece um critério objetivo para os gestores de saúde priorizarem a situação de falta de trabalhadores, ou seja, para identificarem onde a necessidade é maior e onde é melhor alocar novos trabalhadores ⁽⁹⁷⁾. Contudo, apesar do método *WISN* ser uma maneira muito objetiva de estabelecer os níveis de pessoal, para sua execução é preciso uma equipe dedicada, com experiência suficiente para fazer os dados brutos serem significativos para os cálculos ⁽¹⁶⁶⁾.

Definir o tempo por unidade de serviço é um dos passos mais críticos em toda a tarefa de implementar o método *WISN* ⁽⁹⁷⁾. Autores afirmam que definir padrões de atividade que são atingíveis e razoáveis não é fácil ⁽¹⁶⁷⁾. Assim, considera-se ser uma variável importante e central para maior precisão do cálculo e dos resultados do método.

O manual do *WISN* orienta que este tempo pode ser calculado baseado nos atendimentos da unidade. Contudo, a melhor precisão está em estudos de tempo, que propõem parâmetros, que podem ser replicados e com as estatísticas disponíveis gerarem informações que auxiliem a realizar um planejamento mais “adequado”. As fontes de dados na USF são restritas no fornecimento de dados de suporte e sustentação do tempo despendido nas intervenções/atividades.

Outro aspecto relacionado ao cálculo da carga de trabalho anual refere-se aos dados de produção referentes ao ano anterior. Questiona-se aqui se o sistema atual de registro das informações de USF, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) disponibiliza os dados necessários para o cálculo, bem como o trabalho desenvolvido por todos os profissionais, visto que o estudo mostrou que o SIAB apresenta campos insuficientes para relatar o trabalho realizado pela equipe de enfermagem em USF⁽¹⁶⁸⁾.

Estudos na literatura, com aplicação do *WISN* em diferentes realidades internacionais utilizam diversas fontes de dados para o cálculo do tempo das atividades.

Em estudo realizado na Índia, o tempo de cada tarefa foi estimado utilizando duas fontes de dados: os padrões de serviço do guia de métodos *WISN*, com base nas observações na Tanzânia, Papua Nova Guiné, Quênia e Hong Kong; e as estimativas do tempo necessário para oferecer uma variedade de serviços de saúde materno-infantil, feita pelos profissionais de saúde em entrevistas e grupos focais⁽¹⁶⁹⁾. O estudo gerou padrões de tempo em minutos para cada atividade de saúde materno-infantil, que poderão ser aplicados a outros distritos na Índia. Desse modo, consideram que o *WISN* também é uma ferramenta útil para os defensores da sociedade civil que buscam responsabilizar os governos por suas garantias de serviço de saúde⁽¹⁶⁹⁾.

Autores descrevem ainda que os padrões de atividade no uso do método *WISN* encontrado em diferentes países mostram como os trabalhos

de diferentes categorias foram divididos em suas principais funções e tarefas, a fim de estabelecer padrões de atividade para cada um, mas as condições e as circunstâncias variam de um país para o outro, assim, os padrões de atividade também variam muito de país para país ⁽⁹⁷⁾, reforçando, a relevância dos padrões de tempo encontrados neste estudo.

Estudos internacionais com a aplicação *WISN* são descritos na literatura.

Em um distrito na Índia, em 18 serviços de saúde materno-infantil, os resultados encontrados mostraram que para atender, adequadamente à população, a oferta de profissionais de saúde deve ser reforçada por 43 médicos, 15 enfermeiros e 80 enfermeiras obstétricas. Logo, indicaram escassez significativas de trabalhadores necessários para atender às garantias do serviço de saúde materno-infantil ⁽¹⁶⁹⁾.

Além disso, o estudo levantou a questão - Qual é o tempo total necessário dos profissionais de saúde para atender esta população? Assim, explorou a capacidade das unidades de saúde para atender garantias de serviço prometidos pelo *India's National Rural Health Mission*. Desse modo, a demanda total para o cuidado materno-infantil foi calculada usando dados populacionais para a área materno-infantil e a oferta total para o cuidado materno-infantil foi calculada empregando dados secundários de trabalhadores fornecidos pelas clínicas estudadas. Para alguns serviços, foi calculada cada pessoa na população materno-infantil que espera para receber o atendimento, enquanto para os outros foram realizadas estimativas de quantos necessitam do serviço. Os requisitos de tempo para cada serviço de saúde materno-infantil foram multiplicados pelo tamanho da população relevante, para derivar o total de tempo necessário para atender à população por tipo de provedor ⁽¹⁶⁹⁾.

Outro estudo de aplicação em hospital foi realizado em Uganda em profissionais de enfermagem de diferentes departamentos. Para obter todas as atividades realizadas para cada tipo de profissional de enfermagem foram realizadas um questionário com os chefes de departamentos, bem como

observações e discussões em grupo com profissionais de alto nível e experientes de cada categoria de pessoal. O tempo das atividades foi identificado por meio de observação, e as médias calculadas foram discutidas em grupos de profissionais, para as atividades que eram raras e não podiam ser observadas diretamente, e profissionais experientes definiram o padrão da atividade ⁽¹⁷⁰⁾.

Por causa de desequilíbrios na composição dos profissionais entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem nos serviços, autores descrevem que, durante o levantamento das variáveis da aplicação *WISN*, foi possível identificar, que os auxiliares de enfermagem estavam realizando o trabalho destinado aos enfermeiros, comprometendo assim, a qualidade dos serviços prestados no departamento estudado ⁽¹⁷⁰⁾. O estudo realizado em hospital de Uganda encontrou desigualdades entre as equipes de enfermagem e entre os departamentos do hospital em termos de pressão de trabalho e apontou que a capacitação de todos os chefes de departamentos no uso do *WISN*, certamente, seria benéfico para o hospital ⁽¹⁷⁰⁾.

Na análise, não foi possível calcular quanto do tempo do pessoal de enfermagem foi gasto em atividades não técnicas. Este resultado teria fornecido uma orientação de quanto tempo de enfermagem foi utilizado de forma inadequada e quantos funcionários administrativos seriam necessários no hospital. Assim, o cálculo das necessidades dos profissionais para o administrativo também é necessário, em um estudo *WISN* ⁽¹⁷⁰⁾.

Estudo realizado em unidades de atenção primária rurais na África do Sul adaptou o *WISN* com o objetivo de quantificar as necessidades dos trabalhadores. O modelo integrou várias suposições com base em dados empíricos, incluindo o tempo e o tipo do profissional de saúde necessários para cada tipo de consulta, a quantidade de tempo de gestão necessária, a quantidade de suporte clínico necessário e os requisitos mínimos de trabalhadores por tipo de instalação, além do número de consultas relacionadas com o vírus imunodeficiência humano (HIV) por região. Consideraram também o tipo de unidade, o tempo mensal de viajar para

clínicas móveis, as horas de funcionamento por semana, entre outros. Os achados evidenciaram que em todos os distritos há grande variação no número de trabalhadores entre as unidades que conduzem ao uso ineficiente da equipe profissional, e que a proposta de aumentar o acesso aos cuidados de saúde nas áreas rurais pela extensão do horário de funcionamento implicaria um aumento significativo na exigência de trabalhadores ⁽¹⁷¹⁾.

Um grande estudo, aplicando o *WISN*, foi realizado na Namíbia. Para a identificação das atividades e tempos padrão, um workshop nacional foi realizado com 100 profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e auxiliares de farmácia), de 12 regiões para validar os principais componentes da carga de trabalho e os padrões de atividade estabelecidas, com base em um piloto realizado regionalmente. Os resultados *WISN* foram resumidos em escassez e desigualdade. Na análise encontraram que os enfermeiros são desigualmente distribuídos entre os diferentes tipos de instalações, sendo claramente desviados para hospitais ⁽¹⁶⁰⁾.

Como o exemplo da Namíbia, autores sugerem que os decisores políticos e gestores de serviços de saúde podem usar o método *WISN*, para estimar as exigências de profissionais de saúde para uma série de necessidades e cenários, incluindo a realização de ajustes de trabalhadores em resposta a implementação de novos serviços, a descentralização ou a reconfiguração de serviços de atenção primária ⁽¹⁶⁰⁾.

Autores apontam que os números de trabalhadores de enfermagem obtidos com a aplicação do *WISN* são requisitos para cobrir a carga de trabalho anual, assumindo que o fluxo de pacientes foi sobre média ao longo do ano. Na realidade, porém, há altos e baixos nas cargas de trabalho o que significa que, mesmo com os números de trabalhadores de enfermagem ideal, haveria momentos em que a equipe de enfermagem poderiam estar sob pressão e em outros momentos, não. Autores sugerem, portanto, que cabe aos gestores garantir que durante o tempo em que um setor não tem pacientes, os enfermeiros devem ser transferidos para outros setores que estejam mais ocupados naquele momento, em particular ⁽¹⁷⁰⁾.

Outro aspecto levantado por autores é que embora não existam diretrizes oficiais sobre quantas vezes realizar novamente os cálculos *WISN* é recomendável executar novas estimativas *WISN* a cada dois ou três anos, dependendo do ciclo orçamental. Os componentes da carga de trabalho devem ser reavaliados a cada cinco ou seis anos, para garantir que continuam a refletir as atividades atuais e as normas para o preenchimento dessas atividades. Se os sistemas de saúde adicionarem novos quadros ou implementarem a divisão de tarefas, o método *WISN* deverá ser usado para estimar a nova carga de trabalho aos quadros específicos ⁽¹⁶⁰⁾.

Outro ponto, também descrito por autores, está no fato de que apesar dos cálculos utilizados no *WISN* fornecerem uma apresentação clara e compreensível dos problemas de força de trabalho (excedente de pessoal, falta de pessoal, distribuição e alocação), bem como a forma como eles são graves, ele poderá parecer complexo para um profissional não treinado, sugerindo assim, a necessidade de formar um núcleo de profissionais especialistas na metodologia *WISN* e capazes de fazer os cálculos necessários para determinar as necessidades dos trabalhadores, ao mesmo tempo que os gestores do sistema de saúde precisarão de algum treinamento para entender como as técnicas e tecnologias do *WISN* poderão ser utilizadas por eles para melhorar sua tomada de decisão gerencial ⁽¹⁶⁷⁾.

Os resultados disponibilizados pelo *WISN* poderiam ser usados para identificar as opções de transferência para aliviar a pressão da carga de trabalho dos enfermeiros em algumas clínicas e reduzir o excesso em outros. Todavia, os resultados *WISN* por si só não são suficientes para a tomada de decisão, como o encerramento de um atendimento, pois decisões requerem também o conhecimento profundo das necessidades de saúde locais e do acesso aos serviços ⁽¹⁶⁰⁾.

Os resultados das simulações realizadas identificaram um índice de zero para enfermeiros em relação à produção anual, ou seja, a carga de trabalho é equilibrada entre a produção e o número de profissionais disponíveis na USF fictícia, diferente do índice encontrado dos enfermeiros

em simulação 2, de 0,3, que indica que para o atendimento de toda a população no território da USF fictícia, conforme os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde, tem somente 30% de enfermeiros necessários.

Para os técnicos/auxiliares de enfermagem, a simulação deste estudo apontou índice de 0,6 indicando que apenas 60% da carga de trabalho estão sendo cobertas. Comparada à atual normatização, na qual uma equipe de USF é composta por um enfermeiro e um ou dois auxiliares de enfermagem, a unidade fictícia X apresentada está com desequilíbrio na categoria técnica, frente à produção anual.

Em um serviço materno-infantil estudado na Índia, a relação *WISN* foi de 0,52 indicando que o fornecimento de horas de cuidados foi apenas ligeiramente melhor do que a metade do exigido ⁽¹⁶⁹⁾. Em centros de saúde em Namíbia, índices de 2,46 a 0,13 de trabalhadores de enfermagem foram encontrados entre as regiões estudadas ⁽¹⁶⁰⁾.

O primeiro uso do método *WISN* em um país, geralmente é para rever os atuais níveis de trabalhadores em relação às cargas de trabalho, baseando nas condições e cargas atuais de trabalho. Mas, requisitos alternativos podem ser realizados pautados nas cargas de trabalho previstas nos serviços planejados no futuro ⁽⁹⁷⁾.

Estudo realizado na Índia afirmou que o método *WISN* permite realizar cálculos e subtração simples, gerando informações sobre o *gap* que existe entre as promessas de realização e a real capacidade de cumprimento ⁽¹⁶⁹⁾.

Assim, a aplicação da carga de trabalho padrão para volumes anuais de carga de trabalho mostrou quantos trabalhadores em cada categoria são necessários a fim de realizar a carga de trabalho relatada, ou seja, a demanda que conseguiu ser atendida. Muitas vezes, esses subsídios não foram definidos para refletir a situação ideal.

Contudo, a carga de trabalho anual poderia ser revista para o que se espera atender, ou seja incluir também a demanda reprimida, de modo a

garantir a melhoria contínua do acesso, da qualidade, sem comprometer a eficiência dos atendimentos e a carga de trabalho dos trabalhadores.

Esta demanda reprimida pode ser calculada baseada em parâmetros do número de atendimentos necessários na população adscrita a unidade e também relacionada à proporção da população, que é considerada SUS dependente.

Um ensaio com aplicação *WISN* para a categoria médica em USF mostrou que nem sempre a carga de trabalho observada é realmente a demanda pelo serviço, visto que as unidades podem estar impossibilitadas de atender à demanda por serviços, cotejando, portanto, que a carga de trabalho utilizada para o cálculo de dimensionamento dos profissionais de saúde da família considere o número preconizado de habitantes do território sob responsabilidade da equipe ⁽¹⁷⁾.

Outros achados na literatura concluíram que o uso de uma ferramenta como *WISN*, quando adaptada à situação local, não só pode ajudar a melhorar o número de trabalhadores entre unidades, uma espécie de gestão otimizada de escassez, mas também pode ajudar a quantificar as lacunas e subsidiar com informações para o planejamento, treinamento e alocação de decisões em níveis: local, regional e nacional ⁽¹⁷¹⁾.

Para o enfermeiro, o estudo mostrou a importância de se avaliar a necessidade dos trabalhadores com base na equipe de enfermagem como um todo, pois a relação deve refletir a presença ou ausência dos profissionais de apoio que afetam a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem ⁽¹⁷¹⁾.

Com as simulações realizadas neste estudo, concluiu-se que o método *WISN* tem grande potencial e aplicabilidade em USF, além de se ser uma tecnologia, que, aplicada em conjunto com os tempos padrão propostos neste estudo, subsidia os gestores no planejamento da força de trabalho para ESF, permitindo realizar recomendações para uma distribuição mais equitativa dos trabalhadores entre as USF, de acordo com a necessidade local, além de possibilitar o atendimento não só às demandas de serviços

atuais, mas também desenvolver ações que busquem melhorar sua eficácia e eficiência e, assim, ampliem o acesso, a qualidade do cuidado e o atendimento prestado na USF e, conseqüentemente, as necessidades de saúde da população a que lhe é adscrita.

Capítulo 6: Considerações finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou dados que subsidiam o planejamento da força de trabalho de enfermagem em ESF e recomendações no que tanger ao processo de trabalho de enfermagem e políticas de recursos humanos, tanto locais como nacional. Todavia, é composto também de limitações a serem consideradas.

Entre as limitações, assim como apontado em outros estudos, está a técnica de amostragem do trabalho, que provê importantes informações para o gerenciamento dos serviços de saúde, mas, apresenta limitações.

Os observadores devem ser treinados, comprometidos e estar em um número adequado para cobrir todos os trabalhadores a serem observados, acima de tudo, requerem sutileza para perceber o momento de sair e entrar no espaço dos trabalhadores, de modo que não gere mudança na rotina da unidade, mesmo com as observações constantes. A coleta de dados teve um custo relativamente alto, a considerar a abordagem multicêntrica em todas as regiões geográficas do país. A técnica aplicada não permite avaliar a prática individual bem como a qualidade dos serviços prestados nem identificar a proporção de tempo gasto quando é realizada mais de uma atividade ao mesmo tempo, as conhecidas multitarefas. A possibilidade dos profissionais observados mudarem o comportamento por causa do estudo, acredita-se que este não foi um fator de grande impacto, pois notou-se que entre o segundo e terceiro dia de coleta de dados, os trabalhadores já apresentavam maior compreensão sobre o procedimento e qual o real objetivo do estudo, sentindo-se à vontade durante as observações.

Neste estudo, outras limitações foram percebidas, referem-se à observação da continuidade do atendimento/intervenção em um mesmo usuário, pois esta atividade requereu muita atenção, entendimento da rotina da USF estudada por parte dos observadores e supervisores, bem como a negociação com os profissionais da possibilidade de abrir ou não a porta durante alguns atendimentos, o que tornou uma das atividades mais

desafiadoras durante o primeiro dia de coleta de dados e adaptações da equipe de observadores, a depender do ambiente e abertura da equipe observada. Além disso, em alguns momentos ocorreu problemas com o *tablet*, que gerou perda de dados, sendo considerado tempo não observado.

Apesar das limitações, as estratégias utilizadas para coleta, paralelamente à técnica de amostragem do trabalho foram positivas, como: a visita prévia à entrada no campo de pesquisa; a permanência de um mesmo grupo de observadores durante toda a coleta de dados; o instrumento de medida de carga de trabalho que permitiu capturar todas as intervenções/atividades realizadas pelos trabalhadores de enfermagem em USF; o programa e a ferramenta digital, o *tablet* permitiram maior organização, agilidade e conforto durante a coleta de dados, além de reduzir a chance de erros, pois com sua introdução foi eliminada a etapa de digitação do banco de dados e a função do supervisor de campo foi fundamental para a organização do trabalho de coleta na USF, distribuição dos observadores, apoio e interpretação de situações inusitadas frente as intervenções descritas no instrumento de coleta de dados.

Vale ressaltar que foi criado vínculo com as equipes nas USF, mesmo que somente para a realização de observação, o que durante a coleta de dados facilitava o acesso as informações como melhor entendimento da rotina e atividades realizadas.

Este estudo foi uma primeira abordagem para avançar no debate do planejamento da força de trabalho em USF/APS. Ainda, são necessárias investigações, como: pesquisas de caráter longitudinal, utilização de diferentes métodos que subsidiem o cálculo do tempo de modo diferente a depender da atividade e mais profundamente o que a equipe de enfermagem realiza; bem como, as correlações entre o tempo e o perfil do trabalhador, as características do ambiente da USF, os indicadores de área e comunidade, os serviços apoiadores como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), análise dos custos, ou ainda estudos que englobem a natureza da atividade, o

tipo de interação (telefone, computador, tipo de profissional), a competência profissional e o tempo.

Assim, são necessárias mais pesquisas que contribuam para identificar como os trabalhadores de enfermagem que atuam nas USF impactam na saúde dos usuários/família/comunidade, bem como qual é o melhor parâmetro de proporções de intervenções/atividades para uma USF e sua relação com a produtividade.

Estudo realizado em Ribeirão Preto na década de 1990 considerou que, com a análise do processos de trabalho, em realidades concretas, pode-se apreender as contradições e dinâmicas da prática e contribuir com estratégias de mudança da realidade ⁽¹⁷²⁾.

Assim, diante dos resultados apontados, mudanças no ambiente de trabalho podem ocorrer, como as atribuições de trabalho de certas atividades que podem ser revistos. Alguns grupos de trabalhadores podem ter sua carga de trabalho reduzida, enquanto outros podem ter sua carga de trabalho aumentada; mudanças de expectativas em relação às atividades que são realmente necessárias ao trabalho. A documentação pode ser simplificada, a necessidade de reuniões pode ser reexaminada; discussão em torno das atividades associadas que exigem novas respostas do sistema visto que impactam na carga de trabalho de enfermagem; e do tempo não produtivo (tempo de espera e ausência) que impactam no acesso e na oferta de práticas voltadas às necessidades de saúde da comunidade em que a USF se insere.

A técnica amostragem do trabalho é um instrumento que fornece dados para diminuir as lacunas existentes entre a ESF e o planejamento da força de trabalho, quando possibilita aos gestores de saúde avanços na gestão em USF. Estes dados do presente estudo fornecem uma imagem de débitos de trabalho, áreas de deficiência e percepções sobre como melhorar a produtividade global da organização.

Os parâmetros de tempo propostos têm potencialidade de aplicação em métodos de planejamento de força de trabalho, em contextos locais,

municipais, estaduais e nacionais. Acredita-se que este é um instrumento de gestão limitado à categoria enfermagem, mas com possibilidade de expansão da técnica de investigação em todas as categorias profissionais que compõem a ESF.

A tecnologia de gestão para o planejamento da força de trabalho em USF com os padrões de tempo, por meio do método *WISN* têm limitações em sua aplicabilidade, mas, atualmente, é a ferramenta mais adequada para a análise das cargas de trabalho, bem como do número de trabalhadores de enfermagem necessários às USF.

Mais pesquisas e testes dos tempos apresentados e do instrumento de medida da carga de trabalho utilizado, bem como do método *WISN* são necessários em diferentes cenários nacionais, o que possibilitará realizar comparações entre as cargas de trabalho, bem como o número de profissionais e, assim, identificar o real desequilíbrio da força de trabalho em USF.

“O planejamento de força de trabalho baseado em serviço viabiliza a identificação de falhas nos serviços, podendo orientar os formuladores de políticas no planejamento, desenvolvimento profissional e currículos de formação. A implementação exigirá empenho dos decisores políticos e outras partes interessadas, bem como a avaliação contínua da sua eficácia. Mais amplamente, a eficácia contínua da abordagem dependerá de planejamento da força de trabalho que está sendo realizado de forma interativa, impulsionado pela reavaliação regular das necessidades de saúde da população e eficácia o planejamento da força de trabalho” ⁽¹⁷³⁾.

Há também necessidade de introduzir questões relativas às USF estudadas, visto que são certificadas pelo PMAQ como ótimas, mas, em algumas, é possível observar que intervenções importantes para o acesso, bem como o atendimento a comunidade, como a consulta de enfermagem, não estavam presentes de forma efetiva. A realidade é dinâmica e durante o processo as USF podem ter sofrido mudanças que comprometeram o desempenho avaliado, anteriormente, como ótimo pelo PMAQ – AB.

Ressalta-se também, a necessidade de refletir sobre a atuação do técnico/auxiliar de enfermagem mais efetiva frente ao potencial desta categoria em ações de saúde coletiva, e também a respeito da atuação do enfermeiro na ESF, a importância de seu papel no atendimento coletivo, gestão/organização/coordenação do processo de trabalho e também clínico.

Assim, os resultados deste estudo constituem-se como importante referencial para o planejamento da força de trabalho aos gestores, considerando a gerência um instrumento necessário para a efetivação de políticas ⁽¹⁷⁴⁾, propondo, assim, uma reflexão e reavaliação da política atual de planejamento da força de trabalho para a ESF.

Capítulo 7: Conclusões

7 CONCLUSÕES

A realização deste estudo permitiu concluir:

- ✓ O instrumento de medida de carga de trabalho utilizado para a coleta de dados possui 100% das intervenções/atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de enfermagem nas 27 USF, distribuídas nas cinco regiões geográficas do Brasil.
- ✓ A amostra das USF cobriu todas as regiões geográficas e 12 estados brasileiros e a técnica de amostragem do trabalho permitiu atingir os objetivos propostos.
- ✓ Foram realizadas 32.613 observações, sendo 15% amostras de reteste, com percentual de 79% de concordância entre os observadores de campo.
- ✓ Foram realizadas 27.846 observações dos trabalhadores de enfermagem, correspondendo a 33% enfermeiros e 67% técnicos/auxiliares de enfermagem.
- ✓ Os dados foram analisados por estrato socioeconômico-demográficos de certificação do PMAQ-AB com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das USF .
- ✓ Os enfermeiros despenderam o tempo de trabalho:
 - Brasil: 59% em intervenções (30,5% cuidado direto e 28,7% cuidado indireto), 7% em atividade associada, 13,2% em atividade pessoal, 3% em tempo de espera, 14,7% em ausência. 3% do tempo de trabalho não foram observados.
 - Estrato de 1 a 4: 60% em intervenções, 11% em atividade associada, 11% em atividade pessoal, 3% em tempo de espera, 12% em ausência e 3% não foi observado.

- Estrato 5: 53% em intervenções, 4% em atividade associada, 9% em atividade pessoal, 2% em tempo de espera, 27 % em ausência e 6% não foi observado.
- Estrato 6: 61% em intervenções, 5% em atividade associada, 16% em atividade pessoal, 3% em tempo de espera, 12% em ausência e 2% não foi observado.
- ✓ Os técnicos/auxiliares de enfermagem despenderam o tempo de trabalho:
 - Brasil: 40,7% em intervenções (24,7% em cuidado direto e 16% em cuidado indireto), 13,6% em atividade associada, 15,8% em atividade pessoal, 15,6% em tempo de espera e 11,7% em ausência. 2,5% do seu tempo de trabalho não foi observado.
 - Estrato de 1 a 4: 47% em intervenções, 12% em atividade associada, 16% em tempo pessoal, 12% em tempo de espera, 11% em ausência e 2% não foi observado.
 - Estrato 5: 31% em intervenções, 7% em atividade associada, 12% em tempo pessoal, 16% em tempo de espera, 31% em ausência, 4% não foi observado.
 - Estrato 6: 40% em intervenções, 16% em atividade associada, 17% em atividade pessoal, 7% em tempo de espera, 18% em ausência e 3% não foi observado.
- ✓ As 10 intervenções que pesam na carga de trabalho do enfermeiro, Brasil, são:
 - Enfermeiro: Consulta (11,6%), Documentação (9,7%), Atendimento a demanda espontânea (7,5%), Visita Domiciliar (5,6%), Reunião Administrativa (5,1%), Troca de Informações sobre cuidados de saúde (5%), Organização do processo de trabalho (3%), Promoção de ações educativas (2,6%), Ações

educativas dos trabalhadores de saúde (1,8%) e Reunião para avaliação dos cuidados profissionais (1,5%).

- Técnico/Auxiliar de enfermagem: Documentação (6,3%), Controle de imunização/vacinação (6,2%), visita domiciliar (4,6%), Monitorização dos sinais vitais (4,5%), Controle de suprimentos (2,5%), Troca de informações sobre cuidados de saúde (2%), Procedimento Ambulatorial (1,9%), Administração de medicamentos (1,5%), Promoção de ações educativas (1,3%), Assistência em exames/procedimentos (1,2%).

✓ A produtividade real foi:

- Dos enfermeiros: Brasil (66%), estrato de 1 a 4 (70,7%), estrato 5 (56,5%) e estrato 6 (66%).
- Dos técnicos/auxiliares de enfermagem: Brasil (55%), estrato de 1 a 4 (58,7%), estrato 5 (37,8%) e estrato 6 (56%)

✓ A produtividade potencial foi:

- Enfermeiros: Brasil (84%), estrato de 1 a 4 (86,2%), estrato 5 (85%) e estrato 6 (81,6%).
- Técnico/auxiliares de enfermagem: Brasil (83%), estrato de 1 a 4 (82,1%), estrato 5 (84,2%) e estrato 6 (80,8%)

✓ Os resultados do estudo forneceram uma visão geral das atuais intervenções da força de trabalho de enfermagem e intervenções/atividades na USF que poderão ser utilizados para revisão das práticas e otimização da força de trabalho de enfermagem para atender às necessidades de saúde dos usuários.

✓ Esta é uma pesquisa inédita em ESF.

✓ Neste estudo, os tempos encontrados subsidiam a aplicação do método WISN, foram tempos de intervenção padrão e

intervenções/atividades adicionais e percentuais de intervenções/atividades de suporte.

- ✓ Os padrões de tempo identificados nas intervenções realizadas pelos profissionais de enfermagem em USF subsidiaram o planejamento da força de trabalho na ESF.
- ✓ A simulação do método *WISN* mostrou que esta metodologia é passível de aplicação na USF, para o planejamento da força de trabalho.

8 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Sistema único de Saúde. Coleção pra entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011.v.1.
2. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à saúde. In: Giovanella, L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-627
3. Buchan J, Fronteira I, Dussault G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. *Human Resources for health*. 2011; 9(17): 3-13. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3152875&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals, 2005. *Health Policy Plan*. 2005 Sep;20(5):267-76. Epub 2005 Aug 2. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076934>
5. Brasil. Resolução COFEN N.293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados; 2004. p. 5. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/RESOLUCAO2932004.PDF>
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução N° 7/2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências; 2010. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/resolucao-07-anvisa-uti.htm>
7. Possari, JF. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em centro cirúrgico especializado em oncologia: análise dos indicadores intervenientes. [Tese]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
8. Mello, MC. Carga de trabalho em enfermagem: indicadores de tempo em unidade de clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva. [Tese]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
9. Martin LGR. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em ambulatório de oncologia e hematologia. [Dissertação]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

10. Souza CA De, Jericó MDC, Perroca MG. Measurement of nurses' workload in an oncology outpatient clinic. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2014;48(1):97–103. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100097&lng=en&nrm=iso&tlng=en
11. Garcia E de A, Fugulin F. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2010;44(4):1032-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/25.pdf>
12. Bordin L, Fugulin F. Nurses' time distribution: identification and analysis in a Medical-Surgical Unit. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2009;43(4):831–7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000400014&script=sci_arttext&tlng=es
13. Fugulin F. Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares: análise da resolução COFEN nº 293/04 [tese de livre docência]. São Paulo, Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010
14. Cruz CW. Construção de instrumento de medida do tempo de trabalho da enfermagem em centro de diagnóstico por imagem [Dissertação]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012
15. Soares A. Carga de trabalho de enfermagem em sistema de alojamento conjunto[tese]. São Paulo: Escola de enferamgem, Universidade de São Paulo; 2009.
16. Garcia, PC. Tempo de assistência de enfermagem em UTI e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. [Dissertação]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
17. Pierantoni C, Varella T, Santos M, Silva L. Indicadores de carga de trabalho para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. In: Pierantoni C, Dal Poz MR, França T. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro, RJ: CEPESC:IMS/UERJ:ObservaRH; 2011. p. 336.
18. Organização Pan-Americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-America da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington; 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf

19. Lado ERL, Cruz RB. Atención Primaria de Salud y medicina general integral. In: Sintés RA. Temas de medicina general integral, vol.1, salud y medicina. Havana: editorail ciencias médicas apud Andrade L, Barreto I, Bezerra R. Atención primária á saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond MJ, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ: Fio Cruz; 2006. p. 783–836.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
21. Andrade L, Barreto I, Bezerra R. Atención primária á saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond MJ, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ: Fio Cruz; 2006. p. 783–836.
22. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011;377(9779):1778–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>
23. Rasella D, Harhay O M, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 348:g4014. Available from: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014>
24. Girade HA, Kardec A, Filho DL, Cruvinel AM, Del M, Cala S, et al. Secretaria de estado da saúde de Goiás. Situação de Saúde de Goiás – Cartilha de Indicadores de Saúde Georreferenciados. Goiás; 2013, p.82 [cited 2014 Mai 20]. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/cartilha2013_final.pdf
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2355, de 10 de outubro de 2013. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família; 2013.
26. Backes DS, Backes MS, Lorenzini EA, Buscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):223–30.
27. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro : elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):557–63.

28. Silva L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva* . 2013;18(1):221-23. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n1/23.pdf>
29. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2465542&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
30. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2636620&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
31. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* . 2010 Jan;10:380. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3091549&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
32. Monahan LJ, Calip GS, Novo PM, Sherstinsky M, Casiano M, Mota E, et al. Impact of the Family Health Program on gastroenteritis in children in Bahia, Northeast Brazil: an analysis of primary care-sensitive conditions. *J Epidemiol Glob Health*. 2013;3(3):175-85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932060>
33. Pereira C, Roncalli A. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(3):449-62. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=616958&indexSearch=ID>
34. Guimarães T, Alves J, Tavares M. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda , Pernambuco. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(4):868-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/18.pdf>
35. Marques D, Silva E. A Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? *Rev Bras Enferm*. 2004;57(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500006&script=sci_abstract

36. Tomblin Murphy G, MacKenzie A, Alder R, Birch S, Kephart G, O'Brien-Pallas L. An applied simulation model for estimating the supply of and requirements for registered nurses based on population health needs. *Policy Polit Nurs Pract*. 2009 Nov;10(4):240–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20164064>
37. Hall T, Mejia A. Health manpower planning: principles, methods, issues. Geneva; 1978 apud Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals, 2005. *Health Policy Plan*. 2005 Sep;20(5):267–76. Epub 2005 Aug 2. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076934>
38. Crisp N, Gawanas B, Sharp I. Training the health workforce: scaling up, saving lives. *The Lancet*. 2008;371(9613):689–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18295028>
39. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2013;288(16):1987–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12387650>
40. Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M, et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res*. 2011;24(4):244–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20974086>
41. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet*. 2004;364(9443):1451–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15488222>
42. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs*; 2011;10(1):6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3108324&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
43. Organization World Health (WHO). Working together for health. The world health report 2006; 2006 p. 201. Available from: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
44. O'Brien-Pallas L, Baumann a, Donner G, Murphy GT, Lochhaas-Gerlach J, Luba M. Forecasting models for human resources in health care. *J Adv Nurs*. 2001;33(1):120–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11155116>

45. Glassman A, Becker L, Makinen M, de Ferranti D. Planning and costing human resources for health. *Lancet*. 2008;371:693–5.
46. Cramer ME, Chen L-W, Mueller KJ, Shambaugh-Miller M, Agrawal S. Predictive Model to Determine Need for Nursing Workforce. *Policy, Polit Nurs Pract*. 2004;5(3):174–90. Available from: <http://www.ingentaselect.com/rpsv/cgi-bin/cgi?ini=xref&body=linker&reqdoi=10.1177/1527154404266785>
47. Brady A-M, Byrne G, Horan P, Griffiths C, MacGregor C, Begley C. Measuring the workload of community nurses in Ireland: a review of workload measurement systems. *J Nurs manag*. 2007;15(5): 481–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17576246>
48. Hurst K. Primary and community care workforce planning and development. *J Adv Nurs*. 2006;55(6):757–69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03966.x>
49. Reid B, Kane K, C;Curran. District nursing workforce planning: a review of the methods. *Br J Community Nurs*. 2008;13(11):525–30.
50. Goldstone L a., Wing S, Barker L, Hughes a. But who will make the visits? A patient-related information system for management in district nursing. *Health Informatics J* . 2000;6(1):39–44. Available from: <http://jhi.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/146045820000600108>
51. OBrien-pallas L, Thomson D, Pink G, Kerr M, Li X, Meyer R. Evidence-based Standards for Measuring Nurse Staffing and Performance. Report for the Canadian Health Services Research Foundation. Revised and Resubmitted, September ; 2004. Available from: [http://fhs.mcmaster.ca/nru/documents/_VTI_CNF/Evidence%20Base d%20Standards%20for%20Measuring%20Nurse%20Staffing%20and %20Performance.pdf](http://fhs.mcmaster.ca/nru/documents/_VTI_CNF/Evidence%20Based%20Standards%20for%20Measuring%20Nurse%20Staffing%20and%20Performance.pdf)
52. Fugulin FMT, Gaidzinski R, Castilho V. Dotación del personal de enfermería en las instituciones de salud Gerenciamiento en Enfermería. In: KURCGANT P, organizador. Gerenciamiento em Enfermería. 2nd ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 2012. p. 123–37.
53. Fugulin F, Gaidzinski R, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Guanabara koogan, editor. Gerenciamiento em Enfermagem. 2nd ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara koogan; 2010.
54. Gaidzinski RR. O dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares[tese de livre docencia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

55. Bonfim D, Gaidzinski RR, Santos FM, Gonçalves CDS, Fugulin FMT. The identification of nursing interventions in primary health care: a parameter for personnel staffing. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1462–70. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23380792>
56. Rossetti A, Gaidzinski R. Estimativa do quadro de pessoal de enfermagem em um novo hospital. *Rev latino-am Enferm*. 2011;19(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_21.pdf
57. Tanos M, Massarollo M, Gaidzinski R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(3):376–82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a09>
58. Gaidzinski R, Fugulin F, Peres H, Castilho V, Massarollo M, Mira V, et al. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: inovação tecnológica. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n. esp. 2):1314–9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a29v43s2.pdf>
59. Hurst K. Primary and community care workforce planning and development. *J Adv Nurs*. 2006;55(6):757–69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03966.x>
60. World Health Organization. WISN - Workload Indicators of Staffing Need. User's manual. Geneva; 2010. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/
61. World Health Organization. Applying the WISN method in practice. Case studies from Indonesia, Mozambique and Uganda. Geneva; 2010. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/wisn_case_studies/en/
62. Myny D, Van Goubergen D, Limère V, Gobert M, Verhaeghe S, Defloor T. Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset. *J Adv Nurs*. 2010;66(1):92–102. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423437>
63. Westbrook JI, Duffield C, Li L, Creswick NJ. How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):319. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3238335&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

64. O'Brien-Pallas L, Irvine D, Peereboom E, Murray M. Measuring nursing workload: understanding the variability. *Nurs Econ.* 1997;15(4):171–82. Available from: <http://www.uic.edu/depts/oce/OCEweb/04FA/OBrien.pdf>
65. Pelletier D, Duffield C. Work sampling: valuable methodology to define nursing practice patterns. *Nurs Health Sci.* 2003;5(1):31–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12603719>
66. Bartholomeyczik S, Hunstein D. Time distribution of selected care activities in home care in Germany. *J Clin Nurs.* 2004;13(1):97–104. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687299>
67. Urden L, Roode J. Work sampling: A decision-making tool for determining resources and work redesign. *J Nurs Adm.* 1997;27(9):34–41. Available from: http://ovidsp.tx.ovid.com.myaccess.library.utoronto.ca/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi?&S=DOGIFPDMIMDDOHDLNCNKKAOBLI LIAA00&Link+Set=S.sh.22.23.26.29%7c9%7csl_10
68. Abdellah FG, Levine E. Work sampling applied to the study of nursing personnel. *Nurs Res.* 1954 Jun;3(1):11–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13166127>
69. Ampt A, Westbrook J, Creswick N, Mallock N. A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. *J Health Serv Res Policy.* 2007;12(1):18–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17244393>
70. Hodgkin S, Warburton J, Savy P. Using mixed methods to develop and implement a work sampling tool in residential aged care. *International Journal of Multiple Research Approaches.* 2012;6(1):23–32. Available from: <http://pubs.e-contentmanagement.com/doi/abs/10.5172/mra.2012.6.1.23>
71. Gardner GGA. Development and validation of a novel approach to work sampling: a study of nurse practitioner work patterns. *Aust J Adv Nurs.* 2010;27(4):4–13.
72. Chaboyer W, Wallis M, Duffield C, Courtney M, Seaton P, Holzhauser K, et al. A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: an observational study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(9):1274–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18243206>

73. Pelletier D, Duffield C. Work sampling: valuable methodology to define nursing practice patterns. *Nurs Health Sci.* 2003;5(1):31–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12603719>
74. Munyisia EN, Yu P, Hailey D. How nursing staff spend their time on activities in a nursing home: an observational study. *J Adv Nurs.* 2011;67(9):1908–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21466577>
75. Linden L, English K. Adjusting the cost-quality equation: utilizing work sampling and time study data to redesign clinical practice. *J Nurs Care Qual.* 1994;8(3):34–42. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:adjusting+the+cost-quality+equation:+utilizing+work+sampling+and+time+study+data+to+redesign+clinical+practice#0>
76. Duffield C, Management S, Wise W. Tell me what we do. using work sampling to find the answer. *Aust J Adv Nurs.* 2003;20(3):19–23.
77. Shu MH. Comparisons and Sensitivity Study for Investigation of Factors of Work Sampling Models. 2004;15(3):43–58.
78. Mayer GG. Work sampling in ambulatory care nursing. *Nurs Manage.* 1992; 23(9):52–6.
79. Dellefield ME, Harrington C, Kelly A. Observing how RNs use clinical time in a nursing home: a pilot study. *Geriatr Nurs.* 2012;33(4):256–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22341642>
80. Williams H, Harris R, Turner-Stokes L. Work sampling: a quantitative analysis of nursing activity in a neuro-rehabilitation setting. *J Adv Nurs.* 2009;65(10):2097–107. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19674172>
81. Walker K, Donoghue J, Mitten-Lewis S. Measuring the impact of a team model of nursing practice using work sampling. *Aust Health Rev.* 2007;31(1):98–107. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17266493>
82. Gardner G, Gardner A, Middleton S, Della P, Kain V, Doubrovsky A. The work of nurse practitioners. *J Adv Nurs.* 2010;66(10):2160–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636472>
83. Herdman TH, Burgess LP a, Ebright PR, Paulson SS, Powell-Cope G, Hancock H, et al. Impact of continuous vigilance monitoring on nursing workflow. *J Nurs Adm.* 2009;39(3):123–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19590468>

84. Duffield C, Forbes J, Ann F, Michael R, Wise W, Merrick ET. Nursing skill mix and nursing time: the roles of registered nurses and clinical nurse specialists. *Aust J Adv Nurs*. 2005;23(2):14–21. Available from: <http://epress.lib.uts.edu.au/research/handle/10453/6206>
85. Bonfim D. Identificação das intervenções de enfermagem na atenção básica a saúde como parametro para o dimensionamento de trabalhadores[dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
86. Upenieks V V. Work sampling. Assessing nursing efficiency. *Nurs Manage*. 1998;29(4):27–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9697490>
87. Oddone E, Weinberger M, Hurder a, Henderson W, Simel D. Measuring activities in clinical trials using random work sampling: implications for cost-effectiveness analysis and measurement of the intervention. *J Clin Epidemiol*. 1995;48(8):1011–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7775988>
88. Oddone EGSSD. Comparison of Houses staff's estimates of their workday activities with results of a random work-sampling study. *Acad Med*. 1993;68(11):859–61.
89. Reid R. A work sampling study of midlevel health professionals in a rural medical clinic. *Med Care*. 1975;XIII(3):241–9. Available from: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/3763389>
90. Moresi E. Metodologia da Pesquisa [internet]. Brasília - DF; 2003. p. 106.[cited 2013 Dez 16]. Disponível em: <http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>
91. Lucena ADF, Barros A. Mapeamento cruzado : uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(1):82–8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a11v18n1>
92. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 5th ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier; 2010
93. Barbetta P. Estatística aplicada às ciências sociais. 5th ed. Ed. UFSC; 2002.
94. Peters D. Development of a community health intensity rating scale. *Nurs Res*. 1988;37(4). Available from:

- http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1988/07000/Development_of_a_Community_Health_Intensity_Rating.3.aspx
95. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Reciis*. 2012;6(2). Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1083>
 96. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 62
 97. Hossain B, Alam SA. Likely benefit of using Indicators os staffing Need (WISN) for Human Resources Management and Planning in the Health Sector of Bangladesh. *Hum Resour Heal Dev*. 1999;3(2):99–111.
 98. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 99. Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de políticas de saúde, Departamento de Atenção Básica. Parâmetros para programação das ações básicas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 37.
 100. Arthur T, James N. Determining nurse staffing levels: a critical review of the literature. *J Adv Nurs*. 1994;19(3):558–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8014317>
 101. Duffield C, Forbes J. Nursing skill mix and nursing time: the roles of registered nurses and clinical nurse specialists. *Aust J Adv Nurs*. 2005;23(2):14–21. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=08130531&AN=19764777&h=G31o4QgM858aRcrI17pt4OTeMUZ0QLMyqMLVZczWjufdBgktvdrfroFx4Ux3%2B1iZZbld5d4Oc4cNcUOnE0N21A%3D%3D&crl=c>
 102. Pabst M, Scherubel J, Minnick A. The impact of computerized documentation on nurses' use of time. *Comp Nurs*. 1996;14:25–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8605657>
 103. Hurst K. UK ward design: patient dependency, nursing workload, staffing and quality-an observational study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(3):370–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17097658>

-
104. Cruz CWM da, Bonfim D, Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Laus AM. The Use of Nursing Interventions Classification (NIC) in Identifying the Workload of Nursing: An Integrative Review. *Int J Nurs Knowl*. 2014 Mar. 27 [Epub ahead of print]. DOI: 10.1111/2047-3095.12031 Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12031>.
 105. Santos NC, Fugulin FMT. Construção e validação de instrumento para identificação das atividades de enfermagem em unidades pediátricas: subsidio para determinação da carga de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1052–60. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24346443>
 106. Silveira C. Os enfermeiros do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. In: Silva JA, Seixas PHD, Marsiglia RMG. Os sujeitos do programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. São Paulo: Celag/Memnon; 2011. p. 276.
 107. Merrick E, Duffield C, Baldwin R, Fry M. Nursing in general practice: organizational possibilities for decision latitude, created skill, social support and identity derived from role. *J Adv Nurs*. 2012 Mar;68(3):614–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21771045>
 108. Marsiglia R. Os auxiliares de enfermagem do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. In: Silva JA, Seixas PHD, Marsiglia RMG. Os sujeitos do programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. São Paulo: Celag/Memnon Coletânea ObervaRHSP estudos e projetos; 2011. p. 125–92.
 109. Cotta R, Schott M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epid Serv Saúde*. 2006;15(3):7–18. Disponível em: http://www.sagrainterativo.com.br/uploads/arquivos/Sa_de_coletiva_Noite.PDF
 110. Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Cien Saude Colet*. 2009;14(supl.1):1541–52.
 111. Kissinger C. Community nursing administration: quantifying nursing utilization. *J Nurs Adm*. 1973;september:42–8.
 112. Byrne G, Brady A-M, Griffith C, Macgregor C, Horan P, Begley C. The Community Client Need Classification System - a dependency system for community nurses. *J Nurs Manag*. 2006;14(6):437–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16919121>

-
113. Hurst K. Relationships between patient dependency, nursing workload and quality. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(1):75–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15582641>
114. Brasil. Lei n 7.498/86 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 26 de Jun.1986. Seção 1:10.
115. Brasil. Resolução COFEN n. 159/1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem; 1993. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html
116. Saporoli E, Adami N. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):55–61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a10v20n1.pdf>
117. Silva S da, Cubas M. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba - PR. *Rev Esc Enferm da USP*. 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40509>
118. Pires MRGM. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2011;45(N.esp.2):1710–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800013&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
119. Matumoto S, Fortuna C. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2011;19(1):1–8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf
120. Rios C, Vieira N. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;477–86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>
121. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da estrutura destinada a consulta de enfermagem a criança na atenção básica. *Rev esc enferm USP*. 2010;44(1):92–8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a13v44n1.pdf>
122. Bezerra N. Consulta de enfermagem ao diabético no programa de saúde da família: percepção do enfermeiro e do usuário. *Rev RENE Fortaleza*. 2012;9(1)86-95 Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/526>

123. Schimith MD, Lima MAD da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1487–94
124. Franco T, Bueno W, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4th ed. São Paulo: Hucitec,; 2007
125. Takemoto M, Silva E. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. *Cad saúde pública*. 2007;23(2):331–40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf>
126. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha N de SPD, Uchoa A da C, Rocha P de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad saúde*. 2008;24(1 Suppl):100–10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>
127. Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LDC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2014; 23(1):165–75. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=en
128. Sakata K, Almeida M. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev bras enferm*. 2007;60(6):1–6. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19615&indexSearch=ID>
129. Souza C, Lopes S, Barbosa M. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. *Online Rev UFG[Internet]*. 2004 [cited 20 Mar 2014];6(n.esp.),dez. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia.
130. Oliveira R, Marcon S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2007;41(1):65–72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000100009&script=sci_abstract
131. Silva E da, Padoin S de M, Vianna L. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):608–13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v26n6/16.pdf>

-
132. Roecker S, Budó M, Marcon S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2012;46(3):641–9. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40992/0>
133. Anderson D, St. Hilaire D, Flinter M. Primary care nursing role and care coordination: an observational study of nursing work in a community health center. *Online Journal issues Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2013 dec 10];17(2):1–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22686111>
134. Almeida MCP, Mishima S, Silva E, Mello D. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde. In: Almeida MCP, Rocha SM. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.
135. Feitosa L, Feitosa J, Coriolano M. Conhecimentos e práticas do auxiliar de enfermagem em sala de imunização. *Cogitare Enferm. Enferm.* 2010;15(4):695–701. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/20370/13539>
136. Anand S, Bärnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis. *Lancet*. 2007;369(9569):1277–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17434403>
137. Shimizu H, Dytz J, Lima M, Moura A. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(5):713–20. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1933/1998>
138. Carvalho V, Cassiani S, Chiericato C, Miaso A. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1999;7(5):67–75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13506.pdf>
139. Ogata M, França Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):506–11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/10.pdf>
140. Connell BO, Duke M, Bennett P, Crawford S, Korfiatis V. The trials and tribulations of team-nursing. *Collegian*. 2006;13(3):11–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17036450>
141. Peduzzi M, Guerra D Del, Braga C, Lucena F, Silva J. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária. *Interface*.

- 2009;13(30):121–34. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>
142. Fausto M, Fonseca H. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro, RJ: Saberes; 2013. Disponível em:
http://issuu.com/idarteseventos/docs/pmaq_visualizacao
143. Bournes DA, Ferguson-Paré M. Human becoming and 80/20: an innovative professional development model for nurses. *Nurs Sci Q.* 2007;20(3):237–53. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17595405>
144. Kawata L, Mishima S, Chirelli M, Pereira M. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto Context. 2009;18(2):313–20.* Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/15.pdf>
145. Goulart F. Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 2007.
146. Prescott P, Phillips C, Ryan J, KO; T. Changing how nurses spend their time. *IMAGE J Nurs Scholarsh.* 1991;23(1):23–8.
147. Nauderer TM, Lima MAD da. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enferm.* 2008;16(5). Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_15.pdf
148. Lee DS. The morning tea break ritual: a case study. *Int J Nurs Pract.* 2001;7(2):69–73. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11811319>
149. Feliciano K, Kovacs M, Sarinho S. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(3):520–7. Disponível em:
<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n3/16.pdf>
150. O'Brien-Pallas L, Meyer R, Thomson D. Workload and Productivity. In: McGillis Hall L, organizadora. *Quality work environments for nurse and patient safety.* Toronto: Jones and Bartlett Publishers. 2005. p. 105 – 131.
151. Kerfoot KM, Douglas K. The impact of research on staffing: an interview with Linda Aiken - part 2. *Nurs Econ.* 2013;31(6):273–7.
152. McGillis Hall L. *Quality Work Environments For Nurse And Patient Safety.* Toronto: Jones and Bartlett Publishers. 2005. p. 265
 1&keywords=quality+work+environments+for+nurse+and+patient+safety

153. Holcomb BR, Hoffart N, Fox MH. Defining and measuring nursing productivity: a concept analysis and pilot study. *J Adv Nurs*; 2002;38(4):378–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02200.x>
154. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*. 2005;366(9490):1026–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16168785>
155. Harries AD, Salaniponi F. Improving health workers' performance in low-resource settings. *Lancet*. 2005;366(5):1606.
156. Matumoto S, Mishima S, Pinto I. Saúde Coletiva : um desafio para a enfermagem. *Cad Saude Publica*. 2001;17(1):233–41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000100025&script=sci_abstract
157. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*. 2004;364(9449):1984–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15567015>
158. Blok L, Van den Hof S, Mfinanga SG, Kahwa A, Ngadaya E, Oey L, et al. Measuring workload for tuberculosis service provision at primary care level: a methodology. *Hum Resour Health*. 2012;10(11):1–10. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3375184&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
159. Jeffreys L a, Clark a L, Koperski M. Practice nurses' workload and consultation patterns. *Br J Gen Pract*. 1995;45(397):415–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1239335&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
160. McQuide PA, Kolehmainen-Aitken RL, Forster N. Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health policy. *Hum Resour Health*. 2013;11:64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24325763>
161. Payne SM, Thomas CP, Fitzpatrick T, Abdel-Rahman M, Kayne HL. Determinants of home health visit length: results of a multisite prospective study. *Med Care*. 1998;36(10):1500–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9794343>
162. O'Brien-Pallas L, Doran DI, Cockerill M. Evaluation of a client care delivery model, part 1: Variability in nursing utilization in

- community home nursing. *Nurs Econ*. 2001;19(6):267–76. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:evaluation+of+a+client+care+delivery+model+part+1:+variability+in+nursing+utilization+in+community+home+nursing#0>
163. Soares A, Lima A, Rogenski K. Tempo de assistência de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *O Mundo da Saúde*, 2011;35(3):344–9. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/tempo_assistencia_enfermagem_indicador_gestao_pessoas.pdf
 164. Morris R, MacNeela P, Scott A, Treacy P, Hyde A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *J Adv Nurs*. 2007 Mar;57(5):463–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17284279>
 165. Myny D, Van Goubergen D, Gobert M, Vanderwee K, Van Hecke A, Defloor T. Non-direct patient care factors influencing nursing workload: a review of the literature. *J Adv Nurs*. 2011;67(10):2109–29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21722164>
 166. Musau P, Nyongesa P, Shikhule A, Birech E, Kirui D, Njenga M, et al. Workload Indicators of Staffing Need method in determining optimal staffing levels at Moi Teaching and Referral Hospital. *East Afr Med J*. 2008;85(5):232–9. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/18814533>
 167. Ozcan S, Hornby P. Determining hospital workforce requirements: a case study. *Hum Resour Dev J*. 1999;3(3):210–20. Available from: http://www.who.int/entity/hrh/en/HRDJ_3_3_05.pdf
 168. Bonfim D, Laus A, Fugulin F, Gaidzinski R. Comparação entre as intervenções de enfermagem realizadas e os registros em sistema informatizado para atenção básica. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):401–8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v26n4/v26n4a16.pdf>
 169. Hagopian A, Mohanty MK, Das A, House PJ. Applying WHO’s “workforce indicators of staffing need” (WISN) method to calculate the health worker requirements for India’s maternal and child health service guarantees in Orissa State. *Health Policy Plan*. 2012;27(1):11–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21296847>
 170. Mugisha J, Namaganda G. Using the workload indicator of staffing needs (WISN) methodology to assess work pressure among the nursing staff of Ikoror hospital. *Health Policy Dev*. 2008;6(1):1–15. Available from: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/38419>

171. Daviaud E. How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa. *Bull World Health Organ.* 2008;86(1):46–51. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/1/07-042283.pdf>
172. Almeida MCP, Rocha SM. *O Trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997.
173. Tomblin Murphy G, MacKenzie A, Rigby J, Rockwood K, Gough A, Greeley G, et al. Service-based health human resources planning for older adults. *J Am Med Dir Assoc* . 2013;14(8):611–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23664018>
174. Mishima S, Villa T, Silva E, Gomes E, Anselmi M, Pinto I, et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SM. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE AA: INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO TERRITORIAL DA UNIDADE EM ESTUDO
(Gerente da Unidade)

Município _____
 População (IBGE) _____
 Nome da unidade _____

Tipo de Unidade ☐ USF ☐ UBS ☐ Mista (USF + UBS)

Ano de início das atividades da Unidade _____ USF _____

População do território _____ habitantes

Nº de equipes (se ESF presente) _____ famílias completas
 _____ incompletas

Gestão ☐ Prefeitura ☐ Estado ☐ Organização Social ☐ Fundação Estatal
☐ Mista ☐ Org. Soc. Civil de Interesse Público ☐ Outro _____

Período de funcionamento _____ Dias da semana _____ Horário _____
 Atendimento Oferta programada _____ % Demanda espontânea _____ %

Quantitativo de profissionais da unidade:

☐ Enfermeiro	nº _____	☐ Cirurgião Dentista	nº _____
☐ Aux./Téc. de Enfermagem	nº _____	☐ Aux./ Técnico de Saúde Bucal	nº _____
☐ Médico (Clínica Médica)	nº _____	☐ Agente Comunitário de Saúde	nº _____
☐ Médico (Pediatria)	nº _____	☐ Administrativo	nº _____
☐ Médico (Gineco-Obstetrícia)	nº _____	☐ Outros _____	nº _____
☐ Médico de Família e Comunidade	nº _____	☐ Outros _____	nº _____
☐ Médico (outra)	nº _____	☐ Outros _____	nº _____

Localização ☐ Capital ☐ Reg. Metropolitana ☐ Interior ☐ Urbana ☐ Rural

Área de risco ☐ Não ☐ Sim Qual is)? _____

Para População usuária

A unidade está localizada em área de difícil acesso? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

Há sistema viário para acesso a unidade? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

O sistema viário atende a população usuária? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

A Unidade de Saúde

Possui infra estrutura adequada para funcionamento das equipes e atividades?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
Está equipada com computadores?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
Possui acesso a internet banda larga ou equivalente?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
É campo de estágio?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
Possui sistema de referencia e contra-referencia?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
Se sim, há mecanismos formais de articulação entre os serviços?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe

Condições de vulnerabilidade (Ficha A do SIAB)

Moradias em situação de risco?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
Lixo a céu aberto?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
Esgoto a céu aberto ou despejado em mananciais de água?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
Casas sem acesso a água intra domiciliar?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
Presença de vetores e roedores?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
Criadouro de animais?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
Concentração de famílias beneficiadas com Programas Sociais	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe

Característica da população adscrita (nº de)

Crianças _____	Gestantes _____	Idosos _____
Acamados e impossibilitados _____	Pessoas com deficiência _____	

Três acometimentos mais freqüentes

_____, _____, _____

Pontos positivos da área

_____, _____, _____

Produção mensal (Sistemas de Informação)

Nº de VD médicas _____	Nº de consultas de enfermagem _____
Nº de VD de enfermagem _____	Nº de consultas médicas _____
Nº de VD de aux. de enfermagem _____	Nº de procedimentos de enfermagem _____
Nº de VD de ACSs _____	Nº de procedimentos odontológicos _____

APÊNDICE AB: INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHADOR

ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO DE PESQUISA (Trabalhador observado)

UBS/PSF _____
Nome da equipe _____

Profissional ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Aux./Téc. Enfermagem
☐ Dentista ☐ ACS ☐ Aux/Tec. Saúde Bucal

Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino **Idade** _____

Escolaridade ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio ☐ Curso Técnico ☐ Graduação
☐ Pós Graduação:

Residência

☐ Multiprofissional em Saúde da Família ☐ Clínica ☐ Medicina de Família e Comunidade
☐ Geriatria ☐ Cirurgia ☐ Pediatria ☐ Gineco-Obstetrícia
☐ Outra _____ ☐ Outra _____

Especialização latu senso

☐ Saúde Pública/Saúde Coletiva ☐ Título de especialista em MFC pela AMB/SBMFC ☐ Clínica
☐ Planejamento em Saúde ☐ Cirurgia ☐ Gineco-Obstetrícia ☐ Pediatria ☐ Geriatria
☐ Outra _____ ☐ Outra _____

Mestrado

☐ Saúde da Família ☐ Saúde Pública ☐ Saúde Coletiva
☐ Outro _____ ☐ Outro _____

Doutorado

☐ Saúde da Família ☐ Saúde Pública ☐ Saúde Coletiva
☐ Outro _____ ☐ Outro _____

Experiência profissional na área de saúde ☐ Não ☐ Sim _____ anos _____ meses

Experiência profissional na área da Atenção Primária ☐ Não ☐ Sim _____ anos _____ meses

Tempo de trabalho na unidade _____ anos _____ Meses

Jornada de trabalho ☐ 4 h ☐ 6 h ☐ 8 h ☐ 12 h ☐ Outra: especificar _____

Carga semanal de trabalho ☐ 20 h ☐ 30 h ☐ 36 h ☐ 40 h ☐ 44 h ☐ Outra: especificar _____

Empregador ☐ Governo Municipal ☐ Governo Estadual ☐ Governo Federal ☐ ONG
☐ Fundação Estatal de Direito Privado ☐ Organização Social ☐ OSCIP
☐ Outro especificar _____

Vínculo ☐ CLT ☐ Estatutário ☐ Prestador de Serviço
☐ Cargo Comissionado ☐ Bolsista ☐ Cooperativa

Apêndices

	☐ Contrato verbal	☐ Outro especificar _____		
Faixa salarial	☐ Até R\$ 545,00	☐ Entre R\$ 546,00 e R\$ 1.000,00	☐ Entre R\$ 1.001,00 e R\$ 2.000,00	☐ Entre R\$ 2.001,00 e R\$ 3.000,00
	☐ Entre 3.001,00 e R\$ 4.000,00	☐ Entre R\$ 4.001,00 e R\$ 5.000,00	☐ Entre R\$ 5.001,00 e R\$ 6.000,00	☐ Acima de R\$ 6.000,00
Outra atividade remunerada	☐ Não	☐ Sim	Qual? _____	

APENDICE AC: Instrumento de medida de carga de trabalho da equipe de saúde da família

Categorias previstas: 1 - médico; 2 - cirurgião dentista, 3 - auxiliar de saúde bucal, 4 - técnico de saúde bucal, 5 – enfermeiro, 6 – auxiliar de enfermagem e 7 - agente comunitário de saúde.

INTERVENÇÕES EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Definição adotada	Categorias Profissionais
[Intervenção 01] Ações educativas dos trabalhadores de saúde Desenvolvimento e participação de ações de educação permanente.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 02] Administração de Medicamentos Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não-prescritos.	2, 5, 6, 7
[Intervenção 03] Apoio ao estudante Assistência e apoio ao estudante em experiência de aprendizagem.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 04] Apoio ao Médico Colaboração com os médicos na assistência ao usuário.	5, 6, 7
[Intervenção 05] Assistência em exames/ procedimentos Assistência ao usuário e a outro provedor de cuidados de saúde durante um procedimento ou exame.	2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 06] Assistência na amamentação Preparo de uma mãe para amamentar o seu bebê.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 07] Atendimento à demanda espontânea Atendimento do usuário sem agendamento prévio, que inclui práticas de produção e promoção de saúde com co-responsabilização da equipe/ usuário.	1, 2, 3, 4, 5, 6
[Intervenção 08] Avaliação de desempenho Avaliação sistemática do desempenho profissional.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 09] Coleta de dados de pesquisa científica Coleta de dados para pesquisa científica.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 10] Consulta Aplicação de conhecimento especializado/específico para prestação de um conjunto de atividades a um indivíduo voltadas para o restabelecimento ou a manutenção da saúde.	1, 2, 5, 6
[Intervenção 11] Controle de Doenças transmissíveis Ações dirigidas a uma comunidade para reduzir e controlar a incidência e a prevalência de doenças transmissíveis.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 12] Controle de Eletrólitos Promoção do equilíbrio de eletrólitos e prevenção de complicações resultantes de níveis anormais ou indesejados de eletrólitos séricos.	5, 6
[Intervenção 13] Controle de Imunização/ vacinação Monitoração do estado de imunização, facilitação do acesso às imunizações e provisão de imunizantes para prevenir doenças transmissíveis.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 14] Controle de Infecção Minimizar o risco de contaminação e transmissão de agentes infecciosos.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 15] Controle de Suprimentos Solicitação, aquisição e manutenção de itens adequados ao oferecimento de cuidados ao usuário. (NIC)	1, 2, 3, 4, 5, 6
[Intervenção 16] Organização do processo de trabalho Organização e distribuição das atividades do trabalho nos serviços de saúde.	1, 2, 5, 6
[Intervenção 17] Cuidados de urgência/emergência Provisão de medidas para salvar uma vida em situação de risco.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 18] Desenvolvimento da saúde comunitária Apoio à comunidade para identificação de problemas de saúde, mobilização de recursos e implementação de soluções.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 19] Desenvolvimento de processos e rotinas administrativas Construção e uso de uma sequência programada de processos e rotinas administrativas para melhorar os resultados desejados para o usuário, a um custo eficiente.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 20] Desenvolvimento de protocolos de cuidados Construção e uso de uma sequência programada de atividades de cuidado para melhorar os resultados desejados para o usuário, a um custo eficiente.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 21] Documentação Anotação de dados e informações pertinentes ao usuário, à família, a população e ao	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

território; registro relativo à consulta e a procedimentos clínicos; registro relativo à visita domiciliar; registro relativo à vigilância.	
[Intervenção 22] Identificação de Risco Análise de fatores potenciais de risco (biológicos, sociais, ambientais e do trabalho) à saúde e priorização de estratégias de redução de riscos para um indivíduo ou um grupo.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 23] Interpretação de dados laboratoriais Análise de dados laboratoriais do usuário para auxiliar na tomada de decisão.	1, 2, 5, 6
[Intervenção 24] Mapeamento e territorialização Reconhecimento de características estruturais, sociais, econômicas, políticas, culturais, ambientais e de interação social da área de abrangência da unidade de saúde bem como sua delimitação.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 25] Monitoração de sinais vitais e/ou medidas antropométricas Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal e/ou medidas antropométricas para determinar e prevenir complicações.	5, 6
[Intervenção 26] Orientação quanto ao Sistema de Saúde Facilitação do acesso e uso adequado do usuário/ população aos serviços de saúde.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 27] Procedimentos Ambulatoriais Aplicação de conhecimento especializado e habilidade específica para realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos.	1, 2, 3, 4, 5, 6
[Intervenção 28] Procedimentos coletivos Ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, e oferecidos de forma contínua.	2, 3, 4
[Intervenção 29] Promoção de ações educativas Desenvolvimento de ações de educação em saúde para indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, bem como a orientação específica de um usuário, família, acompanhante ou cuidador visando a sua compreensão sobre um procedimento ou tratamento prescrito.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 30] Punção de vaso: amostra do sangue venoso Coleta de amostra de sangue venoso de uma veia não-canulada.	1, 5, 6
[Intervenção 31] Referência e contra-referência Encaminhamento e monitoramento dos usuários para a atenção secundária, terciária e outros serviços.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 32] Reunião administrativa Reunião administrativa para planejamento, discussão e avaliação de assuntos técnicos e administrativos relacionados à organização do serviço.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 33] Reunião para avaliação dos cuidados multiprofissionais Planejamento e avaliação pela equipe multiprofissional da oferta do cuidado integral ao usuário/população.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 34] Supervisão dos trabalhadores da unidade Facilitação do provimento de cuidado de alta qualidade aos <u>usuários</u> por outros indivíduos. (NIC)	1, 2, 4, 5, 6
[Intervenção 35] Supervisão Segurança Coleta e análise propositais e contínuas de informações sobre o ambiente do serviço para serem utilizadas na promoção e na manutenção da segurança do usuário.	1, 2, 3, 4, 5, 6
[Intervenção 36] Transporte interinstitucional Transporte do usuário da unidade para outra instituição de saúde.	1, 5, 6
[Intervenção 37] Troca de informações sobre cuidados de saúde e/ou serviço de saúde Fornecimento de informações sobre os cuidados do usuário/população e/ou serviço de saúde a outros profissionais de saúde.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 38] Vigilância em saúde Ações de impacto nas causas evitáveis no âmbito epidemiológico, sanitário e ambiental.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
[Intervenção 39] 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.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Apêndice AD: Roteiro de visita as USF (pré-coleta de dados)

Roteiro de Visita às Unidades - Campo de coleta

Nome do pesquisador visitante:

Cidade/estado:

Unidades:

Roteiro:

1- Apresentação do projeto a equipe/gerente/profissional:

- Objetivo da pesquisa: identificar o tempo médio das intervenções/atividades, e utilizar alguns dados de produção para que assim, possamos propor um cálculo para o quadro de profissionais para a ESF que seja mais próximo da realidade das unidades.
- Seleção das cidades e unidades: baseada na avaliação PMAQ e Ministério da Saúde.
- Como será a coleta de dados: observação a cada 10 minutos, sem finalidade avaliativa e intervencionista, uso do tablete, 1 observador para cada 6 trabalhadores (os observadores são enfermeiros e dentistas).
- Colocar que é importante o máximo de participação de todos na pesquisa, pois estaremos observando o colega que está no mesmo ambiente de trabalho.
- Informar se o trabalhador desejar, ele poderá sair da pesquisa a qualquer momento.
- Abrir para o esclarecimento de dúvidas.

2- Levantamento de informações:

- Nome do gerente ou profissional que irá receber a equipe de observadores;
- Nome dos profissionais que aceitam participar da pesquisa (chegar com OK na lista dos profissionais);
- Conseguir a escala/agenda dos profissionais (principalmente médico e enfermeiro);
- Perguntar sobre como podemos acessar dados de produção semanal da equipe;
- Levantar os horários de entrada e saída dos profissionais, bem como funcionamento da unidade;
- Perguntar sobre um local para a equipe de observadores almoçar: se pode utilizar a copa ou restaurante próximo;
- Observar a estrutura física: tem escadas, andares?
- Informar e fechar a data para entrada do grupo de observadores em campo e início da coleta (ter certeza que será uma semana típica);
- Conversar com os profissionais sobre a possibilidade de abrir a porta do consultório para checagem da informação se é o mesmo usuário (principalmente médico e enfermeiro);
- Perguntar para a equipe de odontologia se o observador poderá ficar dentro do consultório (lembrar que este na maioria das vezes será um dentista);
- Levantar horários e dias em que o ACS vão até a unidade de saúde. Se não for diário, combinar para que todos estejam presentes na manhã do primeiro dia da coleta (para assinatura dos termos e entrega de material de coleta - apoio).

Apêndice AE: Guia de orientação do supervisão de campo

Guia para supervisor de campo

1. Responsabilidades:

- a. Dia anterior ao início da coleta de dados: entregar os tablets e a lista de profissionais que cada observador irá coletar para realização do cadastramento; entregar os instrumentos de apoio, TCLE, caracterizações e ficha de avaliação.
- b. No primeiro dia falar com o gerente/profissional responsável por receber a equipe.
- c. Realizar o re-teste diariamente.
- d. Esclarecer dúvidas, discutindo as situações (buscar sempre entender a situação por completo para decidir a intervenção).
- e. Coletar a produção semanal e preencher as fichas de produção.
- f. Realizar cobertura de horário de almoço.
- g. Cuidar com as conversas e postura da equipe de coleta durante o campo.
- h. Lembrar que todos devem ficar com o avental e crachá de identificação durante toda a coleta.
- i. Solicitar o preenchimento da caracterização da unidade para o responsável.
- j. Deixar 1 TCLE com a responsável pela unidade.
- k. Garantir que todos os profissionais observados tenham assinado e entregue o termo de consentimento, bem como a caracterização (completa).
- l. Realizar relatório da unidade segundo formulário.
- m. Realizar relatório de avaliação da coleta de dados.
- n. Entregar todos os documentos (relatório, TCLE, caracterização, produção, fichas de apoio, avaliações da coleta) no máximo até 1 semana após o término da coleta.
- o. Recolher os comprovantes aéreos ou ônibus utilizados para o transporte da equipe.

✓ Atentar para:

- Se todos estão cumprindo a ordem dos trabalhadores que foi estabelecida no início da manhã;
- Atentar e sempre lembrar a importância de colocar se é o mesmo usuário;
- Colocar que todas as dúvidas podem ser discutidas entre os coletadores, mas o supervisor deve ser consultado antes de realizar a marcação;
- É obrigatório todos os coletadores realizar 1 hora de almoço;
- Atentar para a intervenção documentação: para realizar a marcação esta deve ter conhecimento do conteúdo da documentação para assim realizar a classificação correta, não basta estar no computador ou escrevendo, devemos entender o processo, pois pode ser muito mais do que uma documentação, pode ser Referência e contrarreferência, identificação de risco..etc;

✓ **Orientação para o re-teste:**

- Realizar no mínimo 1 hora de reteste com cada observador (quanto mais melhor);
- No momento do re-teste o supervisor só pode esclarecer a dúvida após a marcação da intervenção e esta não pode ser alterada. Na próxima marcação (após a discussão) em que houver a mesma situação poderá marcar a intervenção discutida.

APÊNDICE AF : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -

OBSERVAÇÃO EM CAMPO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Método de dimensionamento da força de trabalho na Atenção Primária à Saúde

Eu Raquel Rapone Gaidzinski, professora da Escola de Enfermagem da USP, pretendo realizar uma pesquisa com o objetivo de construir uma metodologia de dimensionamento de recursos humanos na atenção primária à saúde (APS). Para atingir este objetivo preciso observá-lo (a) por alguns momentos durante a execução das suas atividades diárias na Unidade de Saúde da Família.

Eu _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa e estou ciente dos seus objetivos, finalidades e preenchimento deste termo em duas vias, ficando uma via comigo e outra com o pesquisador. Concordo em participar, voluntariamente, consentindo que a pesquisadora me observe durante a execução das minhas atividades diárias. A observação não ocasionará alterações na condução das minhas atividades diárias e será realizada no momento em que eu desejar. Tenho a garantia da pesquisadora de que posso solicitar a interrupção da observação a qualquer momento, além de desistir de participar da pesquisa não havendo qualquer prejuízo para minha pessoa. Tenho assegurado o meu anonimato e a garantia de que os resultados desta pesquisa serão utilizados e divulgados com finalidade única de contribuir para os conhecimentos científicos sem qualquer ganho pessoal e econômico da pesquisadora, sendo que a mesma poderá ser contatada pelos telefones: (11) 997205716 e e-mail: raqui@usp.br. Em relação à parte ética **poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa, órgão responsável pela aprovação deste projeto, pelo telefone (11) 3061-7548 ou e-mail: edipesq@usp.br**

Participante do estudo

Profª Drª Raquel Rapone
Gaidzinski

Data: __/__/____ Data: __/__/____

APÊNDICE AG : COMPARAÇÃO ENTRE O INSTRUMENTO DE BONFIM (2012) E INSTRUMENTO DE MEDIDA DE CARGA DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Comparação entre o instrumento de Bonfim⁽⁵³⁾ e o Instrumento de medida de carga de trabalho da equipe de saúde da família. Brasil- 2014.

Instrumento Bonfim (55) segundo NIC (92)		Instrumento de medida de carga de trabalho da equipe de saúde da família		Observação
Intervenções		Intervenções		
Nomenclatura	Definição NIC(92)	Nomenclatura	Definição	
Preceptor: estudante	Assistência e apoio a estudante em experiência de aprendizagem.	Apoio ao estudante	Assistência e apoio ao estudante em experiência de aprendizagem	Alteração na nomenclatura
Assistência em exames	Oferta de assistência ao paciente e a outro provedor de cuidados de saúde durante um procedimento ou exame	Assistência em exames/ procedimentos	Assistência ao usuário e a outro provedor de cuidados de saúde durante um procedimento ou exame	Alteração na nomenclatura
Acolhimento	Recepção baseada em critérios técnicos, protocolos ou fluxogramas clínicos com o foco principal no usuário e no seu contexto diante do problema apresentado e apreendido por uma escuta qualificada e resolutiva.	Atendimento à demanda espontânea	Atendimento do usuário sem agendamento prévio, que inclui práticas de produção e promoção de saúde com co-responsabilização da equipe/ usuário.	Alteração na nomenclatura e definição
Avaliação de desempenho de colega	Avaliação sistemática do desempenho de um colega comparado aos padrões profissionais da prática.	Avaliação de desempenho	Avaliação sistemática do desempenho profissional.	Alteração na nomenclatura e definição
Consulta	Uso de conhecimento especializado para trabalhar com aqueles que buscam ajuda na solução de algum problema, de modo a capacitar pessoas, famílias, grupos ou instituições a atingir metas identificadas.	Consulta	Aplicação de conhecimento especializado/ específico para prestação de um conjunto de atividades a um indivíduo voltadas para o restabelecimento ou a manutenção da saúde	Alteração na definição
Controle de Doenças transmissíveis	Trabalho com uma comunidade para reduzir e controlar a incidência e a prevalência de doenças contagiosas em uma população específica.	Controle de Doenças transmissíveis	Ações dirigidas a uma comunidade para reduzir e controlar a incidência e a prevalência de doenças transmissíveis	Alteração na definição
Cuidados de emergência	Provisão de medidas para salvar uma vida em situação de risco.	Cuidados de urgência/emergência	Provisão de medidas para salvar uma vida em situação de risco	Alteração na nomenclatura
Desenvolvimento da saúde comunitária	Auxílio a membros de uma comunidade para identificarem as preocupações comuns de saúde, mobilizarem recursos e implementarem soluções.	Desenvolvimento da saúde comunitária	Apoio à comunidade para identificação de problemas de saúde, mobilização de recursos e implementação de soluções.	Alteração na definição

Desenvolvimento de funcionários	Desenvolvimento, manutenção e monitoração da competência de funcionários.	Ações educativas dos trabalhadores de saúde	Desenvolvimento e participação de ações de educação permanente.	Alteração na nomenclatura e na definição
Documentação	Anotação em registro clínico de dados pertinentes ao paciente.	Documentação	Anotação de dados e informações pertinentes ao usuário, à família, a população e ao território	Alteração na definição
Ensino: grupo	Desenvolvimento, implementação e avaliação do programa de ensino de pacientes, para um grupo de indivíduos que apresentam a mesma condição de saúde.	Promoção de ações educativas	Desenvolvimento de ações de educação em saúde para indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, bem como a orientação específica de um usuário, família, acompanhante ou cuidador visando a sua compreensão sobre um procedimento ou tratamento prescrito.	Intervenção agrupada em uma nova intervenção
Educação para saúde	Desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento que promova a saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades.			
Ensino: procedimento/tratamento	Preparo de um paciente para compreender um procedimento ou tratamento prescrito e preparar-se psicologicamente para o mesmo			
Sondagem vesical	Inserção de uma sonda na bexiga para drenagem temporária ou permanente da urina.	Procedimentos Ambulatoriais	Aplicação de conhecimento especializado e habilidade específica para realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos	Intervenção agrupada em uma nova intervenção
Sondagem vesical intermitente	Uso periódico e regular de uma sonda para esvaziar a bexiga			
Sondagem gastrointestinal	Inserção de sonda no trato gastrointestinal			
Cuidados com lesões	: Prevenção de complicações em feridas e promoção de sua cicatrização			
Cuidados com local de incisão	Limpeza, monitoração e promoção da cicatrização em ferida fechada por suturas, grampos ou cliques.			
Cuidados com a pele: tratamento tópico	Aplicação de substâncias tópicas ou manipulação de dispositivos para promover a integralidade da pele e minimizar seu rompimento			
Cuidados com ostomias	manutenção da eliminação mediante um estoma e cuidados com o tecido circunjacente			
Reunião para avaliação dos cuidados multiprofissionais	Planejamento e avaliação dos cuidados do paciente por profissionais de saúde de outras disciplinas	Reunião para avaliação dos cuidados multiprofissionais	Planejamento e avaliação pela equipe multiprofissional da oferta do cuidado integral ao usuário/população	Alteração na definição
Supervisão de funcionários	Facilitação do provimento de cuidado de alta qualidade aos pacientes por outros indivíduos.	Supervisão dos trabalhadores da unidade	Facilitação do provimento de cuidado de alta qualidade aos usuários por outros indivíduos.	Alteração na nomenclatura

Transporte	Movimentação de um paciente de um local para o outro	Transporte interinstitucional	Transporte do usuário da unidade para outra instituição de saúde	Alteração na nomenclatura e definição
Gerenciamento de caso	Coordenação dos cuidados e amparo a determinados pacientes e populações de diferentes locais, para reduzir o custo e o uso de recursos, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e alcançar os resultados desejados.	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.	Alteração na nomenclatura e definição
Controle de Doenças transmissíveis	Trabalho com uma comunidade para reduzir e controlar a incidência e a prevalência de doenças contagiosas em uma população específica.	Vigilância em saúde	Ações de impacto nas causas evitáveis por ações adequadas de saúde de âmbito epidemiológico, sanitário e ambiental	Intervenção agrupada em uma nova intervenção
Controle do ambiente: comunidade	Monitoração e alteração das condições físicas, sociais, culturais, econômicas e políticas que afetam a saúde de grupos e comunidades.			
Delegação	Transferência da responsabilidade do desempenho dos cuidados com o paciente ao mesmo tempo em que há a obtenção do compromisso com o resultado	Organização do processo de trabalho	Organização e distribuição das atividades do trabalho nos serviços de saúde.	Alteração na nomenclatura e definição
Encaminhamento	Providência de serviços de outro provedor ou instituição de cuidados.	Referência e contrarreferência	Encaminhamento e acompanhamento dos usuários para a atenção secundária, terciária e outros serviços.	Alteração na nomenclatura e definição
		Procedimentos coletivos	Ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, e oferecidos de forma contínua	intervenção realizada somente pela equipe de odontologia e proposta pelo grupo

		Mapeamento e territorialização	Reconhecimento de características estruturais, sociais, econômicas, políticas, culturais, ambientais e de interação social da área de abrangência da unidade de saúde bem como sua delimitação	Intervenção proposta pelo grupo
		Reunião administrativa	Reunião administrativa para planejamento, discussão e avaliação de assuntos técnicos e administrativos relacionados à organização do serviço.	Intervenção proposta pelo grupo
Administração de Medicamentos	Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não-prescritos.	Administração de Medicamentos	Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não-prescritos	Sem alteração
Apoio ao Médico	Colaboração com os médicos para oferecer cuidado de qualidade ao paciente	Apoio ao Médico	Colaboração com os médicos na assistência ao usuário	Alteração na definição
Assistência na amamentação	Preparo de uma mãe novata para amamentar o seu bebê	Assistência na amamentação	Preparo de uma mãe para amamentar o seu bebê	Alteração na definição
Coleta de dados de pesquisa	Coleta de dados para pesquisa.	Coleta de dados de pesquisa científica	Coleta de dados para pesquisa científica	Alteração na nomenclatura
Controle de Eletrólitos	Promoção do equilíbrio de eletrólitos e prevenção de complicações resultantes de níveis anormais ou indesejados de eletrólitos séricos.	Controle de Eletrólitos	Promoção do equilíbrio de eletrólitos e prevenção de complicações resultantes de níveis anormais ou indesejados de eletrólitos séricos	Sem alteração
Controle de Imunização/vacinação	Monitoração do estado de imunização, facilitação do acesso às imunizações e provisão de imunizantes para prevenir doenças transmissíveis.	Controle de Imunização/vacinação	Monitoração do estado de imunização, facilitação do acesso às imunizações e provisão de imunizantes para prevenir doenças transmissíveis.	Sem alteração
Controle de Infecção	Minimizar a aquisição e a transmissão de agentes infecciosos	Controle de Infecção	Minimizar o risco de contaminação e transmissão de agentes infecciosos	Alteração na definição
Controle de Suprimentos	Garantia de aquisição e manutenção de itens adequados ao oferecimento de cuidados ao paciente.	Controle de Suprimentos	Solicitação, aquisição e manutenção de itens adequados ao oferecimento de cuidados ao usuário	Alteração definição
		Desenvolvimento de processos e rotinas administrativas	Construção e uso de uma sequência programada de processos e rotinas administrativas para melhorar os resultados desejados para o usuário, a um custo eficiente	Intervenção proposta pelo grupo

Desenvolvimento de protocolos de cuidados	Construção e uso de uma sequência programada de atividades de cuidado para melhorar os resultados desejados para o paciente, a um custo eficiente.	Desenvolvimento de protocolos de cuidados	Construção e uso de uma sequência programada de atividades de cuidado para melhorar os resultados desejados para o usuário, a um custo eficiente	Sem alteração
Identificação de Risco	Análise de fatores potenciais de risco à saúde e priorização de estratégias de redução de riscos para um indivíduo ou um grupo.	Identificação de Risco	Análise de fatores potenciais de risco (biológicos, sociais, ambientais e do trabalho) à saúde e priorização de estratégias de redução de riscos para um indivíduo ou um grupo	Alteração na definição
Interpretação de dados laboratoriais	Análise crítica de dados laboratoriais do paciente para auxiliar na tomada de decisão clínica.	Interpretação de dados laboratoriais	Análise de dados laboratoriais do usuário para auxiliar na tomada de decisão.	Sem alteração
Monitoração de sinais vitais	Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações.	Monitoração de sinais vitais e/ou medidas antropométricas	Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal e/ou medidas antropométricas para determinar e prevenir complicações.	Alteração na nomenclatura e na definição
Orientação quanto ao Sistema de Saúde	Facilitação do acesso e uso do paciente aos serviços de saúde adequados.	Orientação quanto ao Sistema de Saúde	Facilitação do acesso e uso adequado do usuário/ população aos serviços de saúde.	Alteração na definição
Punção de vaso: amostra do sangue venoso	Coleta de amostra de sangue venoso de uma veia não canulada	Punção de vaso: amostra do sangue venoso	Coleta de amostra de sangue venoso de uma veia não canulada	Sem alteração
Supervisão Segurança	Coleta e análise proposital e contínuas de informações sobre o paciente e o ambiente para serem utilizadas na promoção e na manutenção de sua segurança.	Supervisão Segurança	Coleta e análise proposital e contínuas de informações sobre o ambiente do serviço para serem utilizadas na promoção e na manutenção da segurança do usuário.	Sem alteração
Troca de informações sobre cuidados de saúde	Fornecimento de informações sobre os cuidados do paciente a outros profissionais de saúde.	Troca de informações sobre cuidados de saúde e/ou serviço de saúde	Fornecimento de informações sobre os cuidados do usuário/população e/ou serviço de saúde a outros profissionais de saúde.	Alteração na nomenclatura

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

APÊNDICE AH: TABELAS E GRÁFICOS REFERENTES AOS MUNICÍPIOS E ESTADOS OBSERVADOS DO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DE 1 A 4.

Tabela 45— Distribuição percentual das intervenções e atividades observadas em enfermeiros, segundo estado e cidade do estrato 1 a 4, período março a outubro de 2013. Brasil– 2014.

Enfermeiro	Estrato 1 a 4											
	GO		MS		CE		AM		MG		Total	
Intervenções/Atividades	CO02		CO03		NE02		NO01		SE02			
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	0	0,0%	3	0,4%	0	0,0%	8	2,1%	8	0,8%	19	0,6%
02 - Administração de medicamentos	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,3%	4	0,1%
03 - Apoio ao estudante	12	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	0,4%
04 - Apoio ao médico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
05 - Assistência em exames/procedimentos	2	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	0,6%	8	0,2%
06 - Assistência na amamentação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
07 - Atendimento a demanda espontânea	26	4,2%	126	17,5%	57	9,9%	52	13,5%	16	1,7%	277	8,5%
08 - Avaliação de desempenho	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
10 - Consulta	35	5,6%	5	0,7%	114	19,8%	43	11,2%	36	3,8%	233	7,1%
11 - Controle de doenças transmissíveis	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
13 - Controle de imunização/vacinação	4	0,6%	12	1,7%	3	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	19	0,6%
14 - Controle de infecção	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
15 - Controle de suprimentos	10	1,6%	4	0,6%	0	0,0%	3	0,8%	3	0,3%	20	0,6%
16 - Organização do processo de trabalho	43	6,9%	13	1,8%	2	0,3%	2	0,5%	30	3,1%	90	2,8%

17 - Cuidados de urgência/emergência	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	0	0,0%	2	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	19	2,0%	21	0,6%
21 - Documentação	69	11,1%	74	10,3%	36	6,3%	43	11,2%	132	13,8%	354	10,8%
22 - Identificação de risco	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
23 - Interpretação de dados laboratoriais	3	0,5%	2	0,3%	1	0,2%	5	1,3%	0	0,0%	11	0,3%
24 - Mapeamento e territorialização	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	0,8%	8	0,2%
25 - Monitorização de sinais vitais	1	0,2%	2	0,3%	1	0,2%	2	0,5%	11	1,1%	17	0,5%
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	10	1,6%	11	1,5%	6	1,0%	0	0,0%	6	0,6%	33	1,0%
27 - Procedimentos ambulatoriais	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	2	0,5%	1	0,1%	4	0,1%
29 - Promoção de ações educativas	6	1,0%	52	7,2%	7	1,2%	4	1,0%	12	1,3%	81	2,5%
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
31 - Referencia e contra-referencia	14	2,2%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,2%	17	0,5%
32 - Reunião administrativa	72	11,5%	30	4,2%	0	0,0%	19	4,9%	75	7,8%	196	6,0%
33 – Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	10	1,6%	9	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	14	1,5%	33	1,0%
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	0	0,0%	2	0,3%	0	0,0%	3	0,8%	5	0,5%	10	0,3%
35 - Supervisão segurança	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	39	6,3%	25	3,5%	11	1,9%	35	9,1%	85	8,9%	195	6,0%
38 - Vigilância em saúde	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	18	4,7%	0	0,0%	19	0,6%
39 - Visita domiciliar	5	0,8%	47	6,5%	52	9,0%	43	11,2%	117	12,2%	264	8,1%
Subtotal Intervenções	363	58,2%	425	59,0%	291	50,5%	282	73,4%	589	61,4%	1950	59,7%
Atividades associadas												
40 - Atender telefone/ligar para outras unidades/verificar e-mail da unidade	27	4,3%	6	0,8%	4	0,7%	0	0,0%	11	1,1%	48	1,5%
41 - Limpeza da unidade	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
42 - Agendamento consulta	3	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	4	0,1%
43 - Agendamento exames	11	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	12	0,4%
44 - Recepção	15	2,4%	1	0,1%	1	0,2%	0	0,0%	3	0,3%	20	0,6%
46 - Auditoria prontuários	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Apêndices

47 - Convocação de usuário com alteração nos resultados dos exames	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%	0	0,0%	2	0,1%
48 - Conferencia de recebimento de resultado de exames	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
49 - Entrega de insumos aos usuários	4	0,6%	1	0,1%	3	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	8	0,2%
50 - Pegar/procurar exames e prontuários	2	0,3%	3	0,4%	2	0,3%	4	1,0%	6	0,6%	17	0,5%
80 - Organização de sala	4	0,6%	3	0,4%	8	1,4%	5	1,3%	2	0,2%	22	0,7%
97 - Outras atividades associadas	39	6,3%	54	7,5%	29	5,0%	12	3,1%	91	9,5%	225	6,9%
Subtotal Atividades Associadas	106	17,0%	68	9,4%	47	8,2%	22	5,7%	115	12,0%	358	11,0%
Atividade Pessoal												
52 - Alimentação/hidratação	18	2,9%	19	2,6%	13	2,3%	10	2,6%	28	2,9%	88	2,7%
53 - Atender telefone/realizar ligação pessoal	4	0,6%	3	0,4%	1	0,2%	5	1,3%	7	0,7%	20	0,6%
54 - Socialização com colegas	18	2,9%	43	6,0%	43	7,5%	31	8,1%	60	6,3%	195	6,0%
55 - Descanso (ler revista, internet)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	0,6%	6	0,2%
56 - Eliminações fisiológicas	2	0,3%	2	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,2%	6	0,2%
57 - Organizar/participar de confraternizações	0	0,0%	6	0,8%	7	1,2%	2	0,5%	7	0,7%	22	0,7%
98 - Outras atividades pessoais	4	0,6%	17	2,4%	1	0,2%	0	0,0%	8	0,8%	30	0,9%
Subtotal Atividade pessoal	46	7,4%	90	12,5%	65	11,3%	48	12,5%	118	12,3%	367	11,2%
Outras												
51 - Tempo de espera	22	3,5%	8	1,1%	22	3,8%	12	3,1%	40	4,2%	104	3,2%
95 - Ausência	69	11,1%	117	16,3%	129	22,4%	12	3,1%	76	7,9%	403	12,3%
94 - Sem observação	18	2,9%	12	1,7%	22	3,8%	8	2,1%	22	2,3%	82	2,5%
Total	624	100,0%	720	100,0%	576	100,0%	384	100,0%	960	100,0%	3264	100,0%

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Tabela 46 – Distribuição percentual das intervenções e atividades observadas em técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estado e cidade do estrato 1 a 4, período março a outubro de 2013. Brasil– 2014.

Técnico/Auxiliar de enfermagem	Estrato 1 a 4											
	GO		MS		CE		AM		MG		Total	
Intervenções/Atividades	CO02		CO03		NE02		NO01		SE02			
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	28	2,4%	4	0,3%	33	0,6%
02 - Administração de medicamentos	15	1,0%	1	0,1%	1	0,1%	29	2,5%	12	0,8%	58	1,1%
03 - Apoio ao estudante	12	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	0,2%
04 - Apoio ao médico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,3%	0	0,0%	3	0,1%
05 - Assistência em exames/procedimentos	5	0,3%	19	2,6%	1	0,1%	7	0,6%	3	0,2%	35	0,6%
06 - Assistência na amamentação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
07 - Atendimento a demanda espontânea	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	6	0,4%	7	0,1%
10 - Consulta	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
12 - Controle de eletrólitos	2	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
13 - Controle de imunização/vacinação	122	8,5%	67	9,3%	53	7,4%	90	7,8%	21	1,5%	353	6,5%
14 - Controle de infecção	23	1,6%	19	2,6%	3	0,4%	8	0,7%	9	0,6%	62	1,1%
15 - Controle de suprimentos	26	1,8%	3	0,4%	9	1,3%	45	3,9%	17	1,2%	100	1,8%
16 - Organização do processo de trabalho	22	1,5%	1	0,1%	1	0,1%	3	0,3%	34	2,4%	61	1,1%
17 - Cuidados de urgência/emergência	0	0,0%	0	0,0%	3	0,4%	2	0,2%	0	0,0%	5	0,1%
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,3%	0	0,0%	3	0,1%
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	0,6%	9	0,2%
21 - Documentação	72	5,0%	40	5,6%	43	6,0%	176	15,3%	87	6,0%	418	7,6%
22 - Identificação de risco	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
23 - Interpretação de dados laboratoriais	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Apêndices

24 - Mapeamento e territorialização	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	0,4%	6	0,1%
25 - Monitorização de sinais vitais	33	2,3%	84	11,7%	70	9,7%	62	5,4%	59	4,1%	308	5,6%
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	20	1,4%	17	2,4%	10	1,4%	6	0,5%	10	0,7%	63	1,2%
27 - Procedimentos ambulatoriais	16	1,1%	26	3,6%	0	0,0%	32	2,8%	12	0,8%	86	1,6%
29 - Promoção de ações educativas	9	0,6%	16	2,2%	3	0,4%	23	2,0%	3	0,2%	54	1,0%
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
31 - Referencia e contrarreferência	28	1,9%	0	0,0%	3	0,4%	0	0,0%	4	0,3%	35	0,6%
32 - Reunião administrativa	13	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	7	0,6%	56	3,9%	76	1,4%
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	8	0,6%	9	0,2%
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
35 - Supervisão segurança	0	0,0%	5	0,7%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	6	0,1%
36 - Transporte institucional	0	0,0%	0	0,0%	3	0,4%	9	0,8%	35	2,4%	47	0,9%
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	37	2,6%	12	1,7%	16	2,2%	37	3,2%	42	2,9%	144	2,6%
38 - Vigilância em saúde	3	0,2%	0	0,0%	1	0,1%	3	0,3%	0	0,0%	7	0,1%
39 - Visita domiciliar	40	2,8%	13	1,8%	56	7,8%	50	4,3%	398	27,6%	557	10,2%
Subtotal Intervenções	498	34,6%	325	45,1%	277	38,5%	624	54,2%	835	58,0%	2559	46,8%
Atividades Associadas												
40 - Atender telefone/ligar para outras unidades/verificar e-mail da unidade	32	2,2%	1	0,1%	1	0,1%	4	0,3%	14	1,0%	52	1,0%
41 - Limpeza da unidade	3	0,2%	1	0,1%	6	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	10	0,2%
42 - Agendamento consulta	4	0,3%	1	0,1%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	6	0,1%
43 - Agendamento exames	7	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	0,1%
44 - Recepção	158	11,0%	5	0,7%	29	4,0%	4	0,3%	14	1,0%	210	3,8%
45 - Fornecimento de atestado de comparecimento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
47 - Convocação de usuário com alteração nos resultados dos exames	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
48 - Conferencia de recebimento de resultado de exames	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	2	0,0%
49 - Entrega de insumos aos usuários	35	2,4%	5	0,7%	4	0,6%	7	0,6%	2	0,1%	53	1,0%
50 - Pegar/procurar exames e prontuários	27	1,9%	17	2,4%	13	1,8%	4	0,3%	9	0,6%	70	1,3%

80 - Organização de sala	21	1,5%	4	0,6%	10	1,4%	19	1,6%	5	0,3%	59	1,1%
97 - Outras atividades associadas	50	3,5%	25	3,5%	13	1,8%	63	5,5%	33	2,3%	184	3,4%
Subtotal Atividades Associadas	338	23,5%	59	8,2%	78	10,8%	101	8,8%	78	5,4%	654	12,0%
Atividade Pessoal												
52 - Alimentação/hidratação	88	6,1%	44	6,1%	28	3,9%	63	5,5%	55	3,8%	278	5,1%
53 - Atender telefone/realizar ligação pessoal	14	1,0%	7	1,0%	7	1,0%	14	1,2%	10	0,7%	52	1,0%
54 - Socialização com colegas	60	4,2%	80	11,1%	72	10,0%	52	4,5%	87	6,0%	351	6,4%
55 - Descanso (ler revista, internet)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,2%	15	1,0%	17	0,3%
56 - Eliminações fisiológicas	11	0,8%	7	1,0%	0	0,0%	8	0,7%	11	0,8%	37	0,7%
57 - Organizar/participar de confraternizações	7	0,5%	6	0,8%	8	1,1%	16	1,4%	13	0,9%	50	0,9%
98 - Outras atividades pessoais	20	1,4%	12	1,7%	1	0,1%	9	0,8%	46	3,2%	88	1,6%
Subtotal Atividade pessoal	200	13,9%	156	21,7%	116	16,1%	164	14,2%	237	16,5%	873	16,0%
Outras												
51 - Tempo de espera	266	18,5%	132	18,3%	57	7,9%	85	7,4%	77	5,3%	617	11,3%
95 - Ausência	99	6,9%	39	5,4%	188	26,1%	158	13,7%	181	12,6%	665	12,2%
94 - Sem observação	39	2,7%	9	1,3%	4	0,6%	20	1,7%	32	2,2%	104	1,9%
Total	1440	100,0%	720	100,0%	720	100,0%	1152	100,0%	1440	100,0%	5472	100,0%

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 57 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato 1 a 4, estado GO, cidade CO02 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 58 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato 1 a 4, estado MS, cidade CO03 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 59 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato 1 a 4, estado CE, cidade NE02 no período entre março e outubro de 2013. Brasil–2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 60 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato 1 a 4, estado AM, cidade NO01 no período entre março e outubro de 2013. Brasil–2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 61 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato 1 a 4, estado MG, cidade SE02 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 62 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnico/auxiliar de enfermagem, segundo estrato 1 a 4, estado GO, cidade CO02 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 63 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnico/auxiliar de enfermagem, segundo estrato 1 a 4, estado MS, cidade CO03 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 64 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnico/auxiliar de enfermagem, segundo estrato 1 a 4, estado CE, cidade NE02 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 65 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnico/auxiliar de enfermagem, segundo estrato 1 a 4, estado AM, cidade NO01 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 66 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnico/auxiliar de enfermagem, segundo estrato 1 a 4, estado MG, cidade SE02 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

APÊNDICE AI: TABELAS E GRÁFICOS REFERENTES AOS MUNICÍPIOS E ESTADOS OBSERVADOS DO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 5.
Estrato 5

Tabela 47 – Distribuição percentual das intervenções e atividades observadas em enfermeiros, segundo estado e cidade do estrato 5 período março a outubro de 2013. Brasil– 2014.

Enfermeiro	Estrato 5					
	CE		RO		Total	
Intervenções/Atividades	NE01		NO02			
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	60	8,3%	0	0,0%	60	4,1%
02 - Administração de medicamentos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
03 - Apoio ao estudante	10	1,4%	0	0,0%	10	0,7%
04 - Apoio ao médico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
05 - Assistência em exames/procedimentos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
06 - Assistência na amamentação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
07 - Atendimento a demanda espontânea	42	5,8%	39	5,2%	81	5,5%
08 - Avaliação de desempenho	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
10 - Consulta	76	10,6%	121	16,1%	197	13,4%
11 - Controle de doenças transmissíveis	4	0,6%	0	0,0%	4	0,3%
13 - Controle de imunização/vacinação	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
14 - Controle de infecção	1	0,1%	3	0,4%	4	0,3%
15 - Controle de suprimentos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
16 - Organização do processo de trabalho	8	1,1%	13	1,7%	21	1,4%
17 - Cuidados de urgência/emergência	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
21 - Documentação	42	5,8%	25	3,3%	67	4,6%
22 - Identificação de risco	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
23 - Interpretação de dados laboratoriais	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
24 - Mapeamento e territorialização	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
25 - Monitorização de sinais vitais	2	0,3%	0	0,0%	2	0,1%
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	1	0,1%	1	0,1%	2	0,1%
27 - Procedimentos ambulatoriais	0	0,0%	2	0,3%	2	0,1%
29 - Promoção de ações educativas	24	3,3%	46	6,1%	70	4,8%
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
31 - Referencia e contra-referencia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
32 - Reunião administrativa	0	0,0%	118	15,7%	118	8,0%
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	0	0,0%	16	2,1%	16	1,1%
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
35 - Supervisão segurança	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%

Apêndices

37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	17	2,4%	25	3,3%	42	2,9%
38 - Vigilância em saúde	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
39 - Visita domiciliar	41	5,7%	34	4,5%	75	5,1%
Subtotal Intervenções	331	46,0%	444	59,2%	775	52,7%
Atividades associadas						
40 - Atender telefone/ligar para outras unidades/verificar e-mail da unidade	2	0,3%	0	0,0%	2	0,1%
41 - Limpeza da unidade	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
42 - Agendamento consulta	10	1,4%	1	0,1%	11	0,7%
43 - Agendamento exames	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
44 - Recepção	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
46 - Auditoria prontuários	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
47 - Convocação de usuário com alteração nos resultados dos exames	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
48 - Conferência de recebimento de resultado de exames	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
49 - Entrega de insumos aos usuários	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
50 - Pegar/procurar exames e prontuários	1	0,1%	1	0,1%	2	0,1%
80 - Organização de sala	5	0,7%	20	2,7%	25	1,7%
97 - Outras atividades associadas	9	1,3%	5	0,7%	14	1,0%
Subtotal Atividades Associadas	28	3,9%	28	3,7%	56	3,8%
Atividade Pessoal						
52 - Alimentação/hidratação	17	2,4%	3	0,4%	20	1,4%
53 - Atender telefone/realizar ligação pessoal	1	0,1%	2	0,3%	3	0,2%
54 - Socialização com colegas	64	8,9%	15	2,0%	79	5,4%
55 - Descanso (ler revista, internet)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
56 - Eliminações fisiológicas	1	0,1%	2	0,3%	3	0,2%
57 - Organizar/participar de confraternizações	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
98 - Outras atividades pessoais	11	1,5%	14	1,9%	25	1,7%
Subtotal Atividade pessoal	94	13,1%	36	4,8%	130	8,8%
Outras						
51 - Tempo de espera	20	2,8%	7	0,9%	27	1,8%
95 - Ausência	161	22,4%	231	30,8%	392	26,7%
94 - Sem observação	86	11,9%	4	0,5%	90	6,1%
Total	720	100,0%	750	100,0%	1470	100,0%

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Tabela 48 – Distribuição percentual das intervenções e atividades observadas em técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estado e cidade do estrato 5, período março a outubro de 2013. Brasil– 2014.

Técnico/Auxiliar de enfermagem	Estrato 5					
	CE		RO		Total	
	Intervenções/Atividades		NE01	NO02		
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	1	0,1%	54	3,5%	55	2,1%
02 - Administração de medicamentos	13	1,3%	46	2,9%	59	2,3%
03 - Apoio ao estudante	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
04 - Apoio ao médico	1	0,1%	0	0,0%	1	0,0%
05 - Assistência em exames/procedimentos	12	1,2%	13	0,8%	25	1,0%
06 - Assistência na amamentação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
07 - Atendimento a demanda espontânea	42	4,2%	0	0,0%	42	1,6%
10 - Consulta	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
12 - Controle de eletrólitos	1	0,1%	8	0,5%	9	0,4%
13 - Controle de imunização/vacinação	26	2,6%	235	15,1%	261	10,2%
14 - Controle de infecção	6	0,6%	0	0,0%	6	0,2%
15 - Controle de suprimentos	21	2,1%	5	0,3%	26	1,0%
16 - Organização do processo de trabalho	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
17 - Cuidados de urgência/emergência	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
21 - Documentação	41	4,1%	13	0,8%	54	2,1%
22 - Identificação de risco	4	0,4%	0	0,0%	4	0,2%
23 - Interpretação de dados laboratoriais	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
24 - Mapeamento e territorialização	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
25 - Monitorização de sinais vitais	19	1,9%	81	5,2%	100	3,9%
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	11	1,1%	21	1,3%	32	1,2%
27 - Procedimentos ambulatoriais	19	1,9%	15	1,0%	34	1,3%
29 - Promoção de ações educativas	6	0,6%	1	0,1%	7	0,3%
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
31 - Referencia e contra-referencia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
32 - Reunião administrativa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
35 - Supervisão segurança	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
36 - Transporte institucional	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	21	2,1%	4	0,3%	25	1,0%
38 - Vigilância em saúde	0	0,0%	6	0,4%	6	0,2%
39 - Visita domiciliar	38	3,8%	13	0,8%	51	2,0%
Subtotal Intervenções	282	28,0%	515	33,0%	797	31,0%

Atividades Associadas

40 - Atender telefone/ligar para outras unidades/verificar e-mail da unidade	3	0,3%	0	0,0%	3	0,1%
41 - Limpeza da unidade	2	0,2%	3	0,2%	5	0,2%
42 - Agendamento consulta	3	0,3%	0	0,0%	3	0,1%
43 - Agendamento exames	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
44 - Recepção	0	0,0%	63	4,0%	63	2,5%
45 - Fornecimento de atestado de comparecimento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
47 - Convocação de usuário com alteração nos resultados dos exames	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
48 - Conferencia de recebimento de resultado de exames	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
49 - Entrega de insumos aos usuários	1	0,1%	2	0,1%	3	0,1%
50 - Pegar/procurar exames e prontuários	6	0,6%	11	0,7%	17	0,7%
80 - Organização de sala	23	2,3%	23	1,5%	46	1,8%
97 - Outras atividades associadas	15	1,5%	19	1,2%	34	1,3%
Subtotal Atividades Associadas	53	5,3%	121	7,8%	174	6,8%

Atividade Pessoal

52 - Alimentação/hidratação	22	2,2%	14	0,9%	36	1,4%
53 - Atender telefone/realizar ligação pessoal	0	0,0%	5	0,3%	5	0,2%
54 - Socialização com colegas	134	13,3%	69	4,4%	203	7,9%
55 - Descanso (ler revista, internet)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
56 - Eliminações fisiológicas	1	0,1%	5	0,3%	6	0,2%
57 - Organizar/participar de confraternizações	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
98 - Outras atividades pessoais	7	0,7%	58	3,7%	65	2,5%
Subtotal Atividade pessoal	164	16,3%	151	9,7%	315	12,3%

Outras

51 - Tempo de espera	107	10,6%	292	18,7%	399	15,5%
95 - Ausência	319	31,6%	472	30,3%	791	30,8%
94 - Sem observação	83	8,2%	9	0,6%	92	3,6%
Total	100	100,0%	156	100,0%	256	100,0%
	8	%	0	%	8	%

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 67 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato 5, estado CE, cidade NE01 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 68 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiros, segundo estrato 5, estado RO, cidade NO02 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 69 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato 5, estado CE, cidade NE01 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 70 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato 5, estado RO, cidade NO02 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

APÊNDICE AJ: TABELAS E GRÁFICOS REFERENTES AOS MUNICÍPIOS E ESTADOS OBSERVADOS DO ESTRATO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO 6.

Estrato 6

Tabela 49— Distribuição percentual das intervenções e atividades observadas em enfermeiros, segundo estado e cidade do estrato 6, período março a outubro de 2013. Brasil– 2014.

Enfermeiro	Estrato 6											
	MS		PE		SP		SC		PR		total 6	
Intervenções/Atividades	CO01		NE03		SE01		SU01		SU02			
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	0	0,0%	26	3,6%	29	2,0%	17	5,9%	10	0,8%	82	1,8%
02 - Administração de medicamentos	2	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%	1	0,1%	4	0,1%
03 - Apoio ao estudante	22	3,1%	15	2,1%	14	1,0%	0	0,0%	6	0,5%	57	1,3%
04 - Apoio ao médico	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
05 - Assistência em exames/procedimentos	4	0,6%	0	0,0%	21	1,5%	1	0,3%	1	0,1%	27	0,6%
06 - Assistência na amamentação	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
07 - Atendimento a demanda espontânea	36	5,0%	7	1,0%	135	9,4%	1	0,3%	155	12,0%	334	7,5%
08 - Avaliação de desempenho	6	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	0,5%	12	0,3%
10 - Consulta	69	9,6%	159	22,1%	252	17,5%	4	1,4%	151	11,7%	635	14,2%
11 - Controle de doenças transmissíveis	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
13 - Controle de imunização/vacinação	3	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%	0	0,0%	4	0,1%
14 - Controle de infecção	1	0,1%	2	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	4	0,1%
15 - Controle de suprimentos	2	0,3%	1	0,1%	12	0,8%	1	0,3%	2	0,2%	18	0,4%
16 - Organização do processo de trabalho	32	4,4%	7	1,0%	69	4,8%	5	1,7%	48	3,7%	161	3,6%

Apêndices

17 - Cuidados de urgência/emergência	0	0,0%	0	0,0%	7	0,5%	0	0,0%	1	0,1%	8	0,2%
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	1	0,0%
21 - Documentação	90	12,5%	41	5,7%	179	12,4%	45	15,6%	118	9,1%	473	10,6%
22 - Identificação de risco	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
23 - Interpretação de dados laboratoriais	3	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,1%
24 - Mapeamento e territorialização	2	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
25 - Monitorização de sinais vitais	2	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,0%	0	0,0%	5	0,1%
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	5	0,7%	4	0,6%	14	1,0%	2	0,7%	15	1,2%	40	0,9%
27 - Procedimentos ambulatoriais	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	6	0,5%	7	0,2%
29 - Promoção de ações educativas	22	3,1%	5	0,7%	20	1,4%	1	0,3%	36	2,8%	84	1,9%
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	3	0,4%	0	0,0%	2	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,1%
31 - Referencia e contrarreferência	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	2	0,7%	1	0,1%	5	0,1%
32 - Reunião administrativa	13	1,8%	28	3,9%	72	5,0%	6	2,1%	37	2,9%	156	3,5%
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	13	1,8%	22	3,1%	29	2,0%	9	3,1%	16	1,2%	89	2,0%
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	2	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	10	3,5%	3	0,2%	15	0,3%
35 - Supervisão segurança	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	2	0,7%	0	0,0%	3	0,1%
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	37	5,1%	40	5,6%	73	5,1%	5	1,7%	69	5,3%	224	5,0%
38 - Vigilância em saúde	5	0,7%	14	1,9%	43	3,0%	1	0,3%	17	1,3%	80	1,8%
39 - Visita domiciliar	62	8,6%	15	2,1%	59	4,1%	3	1,0%	33	2,5%	172	3,9%
Subtotal Intervenções	438	60,8%	386	53,6%	1035	71,9%	120	41,7%	734	56,6%	2713	60,8%
Atividades associadas												
40 - Atender telefone/ligar para outras unidades/verificar e-mail da unidade	1	0,1%	3	0,4%	5	0,3%	8	2,8%	4	0,3%	21	0,5%
41 - Limpeza da unidade	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	0	0,0%	1	0,1%	3	0,1%
42 - Agendamento consulta	0	0,0%	3	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	4	0,1%
43 - Agendamento exames	2	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
44 - Recepção	2	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	18	6,3%	3	0,2%	23	0,5%
46 - Auditoria prontuários	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%

47 - Convocação de usuário com alteração nos resultados dos exames	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	2	0,7%	0	0,0%	4	0,1%
48 - Conferencia de recebimento de resultado de exames	0	0,0%	0	0,0%	21	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	21	0,5%
49 - Entrega de insumos aos usuários	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	8	2,8%	7	0,5%	17	0,4%
50 - Pegar/procurar exames e prontuários	0	0,0%	1	0,1%	31	2,2%	1	0,3%	2	0,2%	35	0,8%
80 - Organização de sala	3	0,4%	0	0,0%	5	0,3%	0	0,0%	9	0,7%	17	0,4%
97 - Outras atividades associadas	1	0,1%	25	3,5%	9	0,6%	35	12,2%	13	1,0%	83	1,9%
Subtotal Atividades Associadas	10	1,4%	32	4,4%	78	5,4%	72	25,0%	40	3,1%	232	5,2%
Atividade Pessoal												
52 - Alimentação/hidratação	8	1,1%	8	1,1%	30	2,1%	15	5,2%	55	4,2%	116	2,6%
53 - Atender telefone/realizar ligação pessoal	12	1,7%	7	1,0%	4	0,3%	5	1,7%	5	0,4%	33	0,7%
54 - Socialização com colegas	61	8,5%	39	5,4%	74	5,1%	34	11,8%	118	9,1%	326	7,3%
55 - Descanso (ler revista, internet)		0,0%	2	0,3%	3	0,2%	8	2,8%	2	0,2%	15	0,3%
56 - Eliminações fisiológicas	11	1,5%	0	0,0%	24	1,7%	10	3,5%	10	0,8%	55	1,2%
57 - Organizar/participar de confraternizações	9	1,3%	0	0,0%	8	0,6%	1	0,3%	27	2,1%	45	1,0%
98 - Outras atividades pessoais	5	0,7%	21	2,9%	18	1,3%	1	0,3%	85	6,6%	130	2,9%
Subtotal Atividade pessoal	106	14,7%	77	10,7%	161	11,2%	74	25,7%	302	23,3%	720	16,1%
Outras												
51 - Tempo de espera	36	5,0%	32	4,4%	21	1,5%	15	5,2%	42	3,2%	146	3,3%
95 - Ausência	102	14,2%	185	25,7%	103	7,2%	6	2,1%	157	12,1%	553	12,4%
94 - Sem observação	28	3,9%	8	1,1%	42	2,9%	1	0,3%	21	1,6%	100	2,2%
Total	720	100,0%	720	100,0%	1440	100,0%	288	100,0%	1296	100,0%	4464	100,0%

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Tabela 50 – Distribuição percentual das intervenções e atividades observadas em técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estado e cidade do estrato 6, período março a outubro de 2013. Brasil– 2014.

Técnico/Auxiliar de enfermagem	Estrato 6											
	MS		PE		SP		SC		PR			
	Intervenções/Atividades	CO01		NE03		SE01		SU01		SU02		total 6
01 - Ações educativas dos trabalhadores de saúde	25	1,4%	3	0,6%	1	0,0%	47	3,4%	27	0,7%	103	1,0%
02 - Administração de medicamentos	11	0,6%	6	1,1%	58	1,9%	6	0,4%	75	1,9%	156	1,5%
03 - Apoio ao estudante	10	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	15	0,4%	25	0,2%
04 - Apoio ao médico	3	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	8	0,6%	0	0,0%	11	0,1%
05 - Assistência em exames/procedimentos	7	0,4%	10	1,9%	103	3,4%	1	0,1%	41	1,0%	162	1,5%
06 - Assistência na amamentação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	2	0,0%
07 - Atendimento a demanda espontânea	31	1,8%	2	0,4%	25	0,8%	5	0,4%	29	0,7%	92	0,9%
10 - Consulta	2	0,1%	0	0,0%	2	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,0%
12 - Controle de eletrólitos	0	0,0%	0	0,0%	6	0,2%	0	0,0%	3	0,1%	9	0,1%
13 - Controle de imunização/vacinação	108	6,3%	76	14,4%	215	7,1%	32	2,3%	120	3,0%	551	5,2%
14 - Controle de infecção	28	1,6%	3	0,6%	35	1,2%	15	1,1%	28	0,7%	109	1,0%
15 - Controle de suprimentos	28	1,6%	6	1,1%	181	6,0%	30	2,2%	92	2,3%	337	3,2%
16 - Organização do processo de trabalho	21	1,2%	4	0,8%	10	0,3%	5	0,4%	27	0,7%	67	0,6%
17 - Cuidados de urgência/emergência	0	0,0%	0	0,0%	4	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,0%
18 - Desenvolvimento da saúde comunitária	5	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,0%
19 - Desenvolvimento de processo e rotinas administrativas	0	0,0%	1	0,2%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
21 - Documentação	144	8,3%	20	3,8%	272	9,0%	80	5,7%	185	4,7%	701	6,6%
22 - Identificação de risco	0	0,0%	0	0,0%	34	1,1%	0	0,0%	8	0,2%	42	0,4%
23 - Interpretação de dados laboratoriais	2	0,1%	0	0,0%	8	0,3%	0	0,0%	1	0,0%	11	0,1%
24 - Mapeamento e territorialização	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

25 - Monitorização de sinais vitais	55	3,2%	26	4,9%	210	6,9%	56	4,0%	77	2,0%	424	4,0%
26 - Orientação quanto ao Sistema de Saúde	18	1,0%	3	0,6%	32	1,1%	12	0,9%	32	0,8%	97	0,9%
27 - Procedimentos ambulatoriais	26	1,5%	13	2,5%	84	2,8%	56	4,0%	62	1,6%	241	2,3%
29 - Promoção de ações educativas	15	0,9%	1	0,2%	41	1,4%	12	0,9%	115	2,9%	184	1,7%
30 - Punção de vaso: amostra de sangue venoso	0	0,0%	4	0,8%	42	1,4%	0	0,0%	119	3,0%	165	1,6%
31 - Referência e contrarreferência	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	0	0,0%	3	0,0%
32 - Reunião administrativa	14	0,8%	0	0,0%	6	0,2%	0	0,0%	84	2,1%	104	1,0%
33 - Reunião para avaliação dos cuidados profissionais	4	0,2%	11	2,1%	43	1,4%	0	0,0%	58	1,5%	116	1,1%
34 - Supervisão dos trabalhos da unidade	0	0,0%	0	0,0%	5	0,2%	0	0,0%	1	0,0%	6	0,1%
35 - Supervisão segurança	0	0,0%	0	0,0%	9	0,3%	2	0,1%	5	0,1%	16	0,2%
36 - Transporte institucional	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,1%	5	0,0%
37 - Troca de informação sobre cuidados de saúde	31	1,8%	17	3,2%	49	1,6%	38	2,7%	69	1,8%	204	1,9%
38 - Vigilância em saúde	2	0,1%	0	0,0%	8	0,3%	0	0,0%	32	0,8%	42	0,4%
39 - Visita domiciliar	29	1,7%	24	4,5%	78	2,6%	12	0,9%	100	2,5%	243	2,3%
Subtotal Intervenções	620	35,9%	230	43,6%	1562	51,7%	419	30,1%	1412	35,9%	4243	40,0%
Atividades Associadas												
40 - Atender telefone/ligar para outras unidades/verificar e-mail da unidade	6	0,3%	2	0,4%	2	0,1%	25	1,8%	13	0,3%	48	0,5%
41 - Limpeza da unidade	0	0,0%	0	0,0%	5	0,2%	0	0,0%	1	0,0%	6	0,1%
42 - Agendamento consulta	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	3	0,2%	17	0,4%	21	0,2%
43 - Agendamento exames	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%	3	0,1%	5	0,0%
44 - Recepção	1	0,1%	1	0,2%	30	1,0%	226	16,2%	478	12,1%	736	6,9%
45 - Fornecimento de atestado de comparecimento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
47 - Convocação de usuário com alteração nos resultados dos exames	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
48 - Conferencia de recebimento de resultado de exames	1	0,1%	6	1,1%	53	1,8%	2	0,1%	2	0,1%	64	0,6%
49 - Entrega de insumos aos usuários	26	1,5%	9	1,7%	99	3,3%	70	5,0%	209	5,3%	413	3,9%
50 - Pegar/procurar exames e prontuários	4	0,2%	1	0,2%	32	1,1%	30	2,2%		0,0%	67	0,6%
80 - Organização de sala	21	1,2%	4	0,8%	40	1,3%	10	0,7%	62	1,6%	137	1,3%

Apêndices

97 - Outras atividades associadas	30	1,7%	7	1,3%	45	1,5%	65	4,7%	55	1,4%	202	1,9%
Subtotal Atividades Associadas	89	5,2%	32	6,1%	306	10,1%	432	31,0%	841	21,4%	1700	16,0%
Atividade Pessoal												
52 - Alimentação/hidratação	60	3,5%	14	2,7%	117	3,9%	115	8,3%	224	5,7%	530	5,0%
53 - Atender telefone/realizar ligação pessoal	29	1,7%	18	3,4%	16	0,5%	12	0,9%	8	0,2%	83	0,8%
54 - Socialização com colegas	263	15,2%	32	6,1%	177	5,9%	88	6,3%	292	7,4%	852	8,0%
55 - Descanso (ler revista, internet)	0	0,0%	6	1,1%	28	0,9%	16	1,1%	13	0,3%	63	0,6%
56 - Eliminações fisiológicas	16	0,9%	4	0,8%	19	0,6%	17	1,2%	31	0,8%	87	0,8%
57 - Organizar/participar de confraternizações	20	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,3%	21	0,5%	45	0,4%
98 - Outras atividades pessoais	7	0,4%	28	5,3%	27	0,9%	9	0,6%	34	0,9%	105	1,0%
Subtotal Atividade pessoal	395	22,9%	102	19,3%	384	12,7%	261	18,8%	623	15,8%	1765	16,6%
Outras												
51 - Tempo de espera	318	18,4%	45	8,5%	503	16,6%	242	17,4%	790	20,1%	1898	17,9%
95 - Ausência	234	13,5%	114	21,6%	151	5,0%	9	0,6%	223	5,7%	731	6,9%
94 - Sem observação	72	4,2%	5	0,9%	118	3,9%	29	2,1%	47	1,2%	271	2,6%
Total	1728	100,0%	528	100,0%	3024	100,0%	1392	100,0%	3936	100,0%	10608	100,0%

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 71— Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiro, segundo estrato 6, estado MS, cidade CO01 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 72 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiro, segundo estrato 6, estado PE, cidade NE03 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 73 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiro, segundo estrato 6, estado SP, cidade SE01, no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 74 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiro, segundo estrato 6, estado SC, cidade SU01 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 75 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos enfermeiro, segundo estrato 6, estado PR, cidade SU02 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 76 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato 6, estado MS, cidade CO01 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 77 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato 6, estado PE, cidade NE03 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 78 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato 6, estado SP, cidade SE01 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 79 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato 6, estado SC, cidade SU01 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Gráfico 80 – Distribuição percentual das frequências realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, segundo estrato 6, estado PR, cidade SU02 no período entre março e outubro de 2013. Brasil– 2014.

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

ANEXO

Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Método de dimensionamento da força de trabalho na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Raquel Rapone Gaidzinski

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06045512.0.1001.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 170.278

Data da Relatoria: 13/11/2012

Apresentação do Projeto:

A pesquisa será desenvolvida de forma articulada pelas seguintes instituições de ensino superior: Escolas de Enfermagem da USP de São Paulo e de Ribeirão Preto, da Faculdade de Odontologia da USP, Faculdade de Odontologia da UERJ, Faculdade de Enfermagem da UERJ e do Instituto de Medicina Social da UERJ da Rede Observatório em Recursos Humanos. A finalidade é elaborar uma proposta metodológica de dimensionamento da força de trabalho na atenção primária à saúde (APS). Esse estudo é continuidade do projeto Dimensionamento da força de trabalho: classificação na Estratégia de Saúde da Família, em amostra de abrangência nacional. Serão utilizados os instrumentos de medida de carga de trabalho construídos pelos participantes das quatro Estações de Trabalho, em conjunto com gestores de unidades de APS, fundamentados na Classificação das Práticas em APS. Serão contempladas as 15 Regiões de Saúde (Qualis SUS), com estudos em profundidade a partir dos resultados encontrados na amostra nacional.

O estudo será desenvolvido em três etapas: A- mensuração do tempo dispendido em intervenções, atividades associadas ao trabalho e atividades pessoais. Para isso será utilizado o instrumento elaborado por pesquisadores das Estações de Trabalho da Rede ObservaRH das Escolas de Enfermagem da USP de São Paulo e de Ribeirão Preto, da Faculdade de Odontologia da USP, Faculdade de Odontologia UERJ, Faculdade de Enfermagem UERJ, do Instituto de Medicina Social e por gestores de saúde, com expertise nas áreas de gestão na APS e de metodologias para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. Os trabalhadores de das Unidades serão observados no desempenho de suas atividades, por meio do método de amostragem do trabalho

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

(work sampling). O método de amostragem do trabalho consiste em fazer observações intermitentes, em período consideravelmente maior do que no estudo de cronometragem, e envolve uma estimativa da proporção do tempo despendido em um dado tipo de intervenção, por meio de observações instantâneas, intermitentes e espaçadas. Os dados serão armazenados em banco construído para esse fim. B- identificação da quantidade média de usuários atendidos, segundo a intervenção realizada/ tipo de atendimento. C- aplicação e descrição das etapas do método de dimensionamento dos trabalhadores na APS, com base nos indicadores de carga de trabalho. Os indicadores de tempo médio relativo a cada intervenção de cuidados diretos e indiretos, as atividades associadas ao trabalho, bem como os dados sobre o tempo produtivo, obtidos neste estudo, serão aplicados nos métodos de dimensionamento, tais como: Workload Indicators of Staffing Needs (WISN)¹¹, publicado em 2010 pela Organização Mundial da Saúde, com a finalidade de testar a utilização desses indicadores no cálculo da carga de trabalho e no quadro de trabalhadores em USF.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Construir uma metodologia de dimensionamento de recursos humanos na APS

Objetivo secundário:

Aplicar instrumentos de identificação da carga de trabalho em trabalhadores de unidades de saúde com Estratégia de Saúde da Família; elaborar indicadores de carga de trabalho para a equipe de trabalhadores na APS, considerando a diversidade das regiões de saúde do país; propor parâmetros para o dimensionamento de trabalhadores na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

não foram descritos riscos

Benefícios:

- Desenvolvimento de uma metodologia de dimensionamento de trabalhadores de saúde para a APS; - Desenvolvimento de parâmetros para o cálculo de trabalhadores na APS - Desenvolvimento de tecnologia para o fortalecimento do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este Comitê de Ética em pesquisa considera que não há óbices éticos para a execução da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segue as recomendações da Resolução 196/96.

Recomendações:

sem recomendações.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br