



Padrões de tempo médio das intervenções de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: um estudo observacional*

Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study

Estándares de tiempo medio de las intervenciones de enfermería en la Estrategia de Salud de la Familia: un estudio observacional

Daiana Bonfim¹, Fernanda Maria Togeiro Fugulin¹, Ana Maria Laus², Marina Peduzzi¹, Raquel Rapone Gaidzinski¹

Como citar este artigo:

Bonfim D, Fugulin FMT, Laus AM, Peduzzi M, Gaidzinski RR. Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):118-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100016>

* Extraído da tese "Planejamento da força de trabalho de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: indicadores de carga de trabalho", Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2014. Contemplada com o Prêmio Destaque USP 2015.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To determine time standards for interventions and activities conducted by nursing professionals in Family Health Units (FHU) in Brazil to substantiate the calculation of work force. **Method:** This was an observational study carried out in 27 FHU, in 12 municipalities in 10 states, in 2013. In each unit, nursing professionals were observed every 10 minutes, for eight work hours, on five consecutive days via the work sampling technique. **Results:** A total of 32,613 observations were made, involving 47 nurses and 93 nursing technicians/assistants. Appointments were the main intervention carried out by nurses, with a mean time of 25.3 minutes, followed by record-keeping, which corresponded to 9.7%. On average, nursing technicians/assistants spent 6.3% of their time keeping records and 30.6 intervention minutes on immunization/vaccination control. **Conclusion:** The study resulted in standard times of interventions carried out by the FHU nursing team, which can underpin the determination of nursing staff size and human resource policies. Furthermore, the study showed the panorama of interventions currently employed, allowing for the work process to be reviewed and optimized.

DESCRIPTORS

Primary Health Care; Community Health Nursing; Public Health Nursing; Health Manpower; Workload.

Autor correspondente:

Daiana Bonfim
Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Cerqueira César
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
daiana.bonfim@gmail.com

Recebido: 01/10/2015
Aprovado: 14/12/2015

INTRODUÇÃO

Poucos estudos têm investigado como os profissionais de enfermagem utilizam seu tempo de trabalho em unidades de Atenção Primária à Saúde (APS). Por outro lado, é notória a necessidade de informações que subsidiem a tomada de decisão dos gestores, tanto no planejamento da força de trabalho como na análise e implementação de mudanças na prática de enfermagem, frente aos avanços propostos nos modelos de atenção à saúde.

No Brasil, o fortalecimento da APS se deu por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A busca por serviços de atenção básica, pelos brasileiros, aumentou entre 1981 e 2008, cerca de 450%⁽¹⁾, atingindo em 2011 uma cobertura de 95% dos municípios brasileiros e 53% da população brasileira com ESF⁽²⁾.

Na ESF, a equipe é multiprofissional e composta, no mínimo, 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, com carga horária de 40 horas semanais, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada pode ser redistribuída entre outros serviços de saúde do município⁽³⁾. Esta equipe mínima é responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição, o que recentemente passou para aproximadamente 2.000 pessoas⁽⁴⁾.

Estudos descrevem evidências positivas da implantação da ESF⁽⁵⁻⁶⁾, contudo salientam que um dos grandes empecilhos para a sua efetiva consolidação está na falta quantitativa e qualitativa de profissionais preparados para lidar com as novas atribuições exigidas por este modelo assistencial⁽⁷⁾.

Além disso, os parâmetros preconizados para todo o país, referentes ao quantitativo de profissionais para a ESF, nem sempre atendem às características epidemiológicas locais e às exigências do modelo de vigilância à saúde⁽⁸⁾. Portanto, prever o número de profissionais necessários para o atendimento das demandas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) não é uma tarefa fácil.

O planejamento da força de trabalho em saúde é uma questão ampla e complexa, que perpassa não somente o processo técnico, mas também político e ético, dependendo de valores que refletem as escolhas políticas, econômicas e sociais que estão na base de um sistema de saúde. Ele busca o equilíbrio entre o que se tem disponível como força de trabalho e o quantitativo necessário para realizar os serviços de saúde. É considerado um processo sistemático para estimar o número de profissionais e as competências necessárias para atingir as políticas e metas de saúde. Esse planejamento requer monitoramento, avaliação contínua, e evidências para embasá-lo, com dados confiáveis e disponíveis sobre o trabalho realizado.

O tempo médio de cuidado para atender às necessidades dos usuários/família/comunidade é a variável central dos

métodos de dimensionamento de profissionais de saúde. Todavia, muitas medidas de tempo são embasadas, apenas, no julgamento ou na experiência profissional. Há escassez de estudos que apontem medidas de tempo objetivas e empíricas para realização das intervenções/atividades na ESF.

Métodos atuais, como o *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN)⁽⁹⁾, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), vem sendo aplicado em organizações de saúde de diferentes países, avançando na proposta do planejamento da força de trabalho para todos os membros da equipe, o que sinaliza um grande potencial para a sua aplicabilidade na ESF. A sua principal variável é baseada em padrões de tempo, ou seja, o tempo necessário para um profissional treinado, qualificado e motivado para realizar uma intervenção/atividade com padrões profissionais satisfatórios nas condições e circunstâncias de cada localidade⁽⁹⁾.

Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivo determinar padrões de tempo das intervenções/atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem em Unidades de Saúde da Família (USF) no Brasil, para subsidiar o cálculo da força de trabalho.

MÉTODO

Estudo observacional realizado por meio da técnica de amostragem do trabalho. Em pesquisas sobre o tempo de trabalho dos profissionais de saúde, recomenda-se a realização da coleta de dados em serviços considerados de boas práticas. Assim, na escolha do local de estudo, optou-se por uma amostra intencional, fundamentada nos seguintes critérios: localização geográfica, ter equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal completa, ter conceito ótimo na avaliação realizada pelo Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso da Atenção Básica (PMAQ-AB) no ciclo 1.

No processo de avaliação, para maior comparabilidade de desempenho entre equipes, o PMAQ considerou 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, classificando cada município em diferentes estratos considerando os aspectos: sociais, econômicos e demográficos. 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)⁽¹⁰⁾.

Os estratos socioeconômicos demográficos são: Estrato 1 (pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes); Estrato 2 (pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes); Estrato 3 (pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes); Estrato 4 (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 (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); e Estrato 6 (população

acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85)⁽¹⁰⁾.

Seguindo essa orientação foi possível realizar a coleta de dados nas cinco regiões geográficas, em 10 estados, 12 municípios e 27 USF do Brasil.

Os participantes deste estudo foram enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem das USF que estavam presentes no momento da coleta e consentiram em participar da pesquisa. Os enfermeiros que atuavam, exclusivamente, na função de gerentes das unidades foram excluídos da amostra.

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizada uma visita ao campo com o objetivo de planejar a logística para a coleta de dados, apresentar a pesquisa aos profissionais das equipes das USF e esclarecer que, em nenhum momento, seria realizada avaliação da qualidade do serviço prestado, pois este já havia sido avaliado pelo PMAQ e a unidade em foco foi considerada de excelência. Durante toda a coleta esta premissa foi reforçada, minimizando assim a reatividade dos profissionais à observação direta do seu trabalho.

A escala mínima de pesquisadores para o campo, considerando a equipe mínima proposta para a USF foi: um supervisor e um observador para seis profissionais. Buscou-se priorizar escalas em que o observador acompanhava a mesma categoria profissional e os mesmos profissionais durante todo o período de coleta.

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 de sua especificidade.

Os dados foram coletados por meio de observação estruturada, não participativa e as intervenções/atividades eram registradas a cada 10 minutos, durante todo o período de trabalho da unidade (8 horas diárias), por uma semana de trabalho (5 dias), no período de março a outubro de 2013.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi desenvolvido e validado para a equipe de profissionais da ESF (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico/auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde), sendo composto por 39 intervenções de saúde, atividades associadas, atividades pessoais, tempo de espera e de ausência. Este instrumento foi codificado e informatizado, o que permitiu o uso em *tablets* para o registro das observações⁽¹¹⁾.

Os observadores foram enfermeiros que receberam treinamento teórico e prático de 20 horas. O teste de confiabilidade, entre os observadores, foi realizado durante a coleta de dados.

Para as intervenções externas à USF, como a visita domiciliar ou grupos na comunidade, o observador não acompanhou o profissional, apenas registrou o período em que ele permaneceu na intervenção realizada. Para melhor controle foi solicitado que o profissional comunicasse a seu observador o momento em que iria se ausentar da unidade e o momento de retorno. Conversas entre os profissionais dentro dos consultórios foram assumidas como de natureza profissional.

O material disponibilizado aos pesquisadores e de uso obrigatório foi composto por: avental com identificação

“pesquisador”, crachá e *tablet*. Todos os observadores tinham direito a uma hora de almoço e intervalos para necessidades pessoais com cobertura do supervisor de campo que atuava como facilitador, assegurando o bom andamento da coleta e realização do teste de confiabilidade.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (n° 170278) aprovou este estudo e obteve-se a anuência das Secretárias de Saúde dos Municípios. Todos os procedimentos seguiram as diretrizes traçadas pela Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram analisados, estatisticamente, por estratos agrupados de 1 a 4, 5 e 6, 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.

Para os cálculos do tempo médio das intervenções/atividades foram realizados os seguintes ajustes:

O tempo de espera foi distribuído proporcionalmente entre as intervenções que preveem situações de espera pelo usuário em atraso, faltante ou quando o profissional está escalado para aquele tipo de atendimento, como é comum na sala de imunização. As intervenções acrescidas deste tempo foram: assistência em exame/procedimento, atendimento à demanda espontânea, consulta, controle de imunização/vacinação, procedimentos ambulatoriais e visita domiciliar.

O tempo despendido em atividades pessoais foi distribuído entre todas as intervenções de cuidado e atividades associadas, tendo em vista que a literatura mostra a importância desse tempo para questões referentes à saúde do trabalhador e à satisfação no trabalho.

O cálculo do tempo de cada intervenção/atividade, segundo a categoria profissional, foi obtido pelas 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 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 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.

Para a intervenção visita domiciliar, visando uma melhor avaliação do tempo médio dessa intervenção, o NO_i considerado referiu-se ao número de visitas realizadas e não ao número de amostras observadas.

A produtividade dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem foi analisada considerando o tempo efetivo de trabalho, ou seja, a soma dos percentuais de tempo de trabalho que o profissional despende em intervenções de cuidado direto e indireto em atividades associadas ao trabalho e tempo de espera.

RESULTADOS

Cento e quarenta profissionais (enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem) foram observados no território brasileiro, produzindo um total de 32.613 observações, 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. Em 15% do total de observações foi realizado o teste de confiabilidade, obtendo-se 79% de concordância entre os observadores de campo.

A maioria dos enfermeiros participantes da pesquisa era do gênero feminino (91%), com faixa etária entre 30 e 39 anos (47%), com especialização lato senso (92%), em saúde pública/saúde coletiva (38%), seguida de medicina de família e comunidade (13%). Em relação à experiência profissional, 32% têm entre 10 e 15 anos, 34% apresentam de 5 a 10 anos de experiência em APS e 47% de 1 a 5 anos em USF.

No que se refere à categoria profissional técnico/auxiliar de enfermagem, os participantes da pesquisa eram do sexo feminino (91%), faixa etária entre 30 e 49 anos, com ensino fundamental, 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%).

Das 27 USF observadas 48% (13) pertenciam aos estratos 1 a 4; 11% (3) ao estrato 5 e 41% (11) ao estrato 6, com cobertura em região urbana (81%), mas também mista (7%) e rural (11%). Predominou a composição de uma única equipe (52%), com maior variedade do número de equipes nas unidades de estrato 6. A maioria das USF são campos de ensino (93%).

Após retirar o percentual de observações realizadas simultaneamente para o teste de confiabilidade, analisamos 27.846 observações distribuídas, como mostra a Tabela 1.

A frequência e os tempos médios das intervenções observadas estão apresentados nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 1 – Distribuição das intervenções/atividades realizadas pelos enfermeiros e técnico/auxiliar de enfermagem, segundo estratos socioeconômicos demográficos, no período entre março e outubro de 2013 – Brasil, 2015.

	Estrato 1 a 4				Estrato 5				Estrato 6				Brasil			
	Enfermeiro		Téc./Aux.		Enfermeiro		Téc./Aux.		Enfermeiro		Téc./Aux.		Enfermeiro		Téc./Aux.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Intervenções	1950	60	2559	47	775	53	797	31	2713	61	4243	40	5438	59	7599	41
Cuidado direto	961	49	1588	62	434	56	627	79	1407	52	2397	56	2802	52	4612	61
Cuidado indireto	989	51	971	38	341	44	170	21	1306	48	1846	44	2636	48	2987	39
Atividades Associadas	358	11	654	12	56	4	174	7	232	5	1700	16	646	7	2528	14
Atividades Pessoais	367	11	873	16	130	9	315	12	720	16	1765	17	1217	13	2953	16
Tempo de espera	104	3	617	11	27	2	399	16	146	3	1898	18	277	3	2914	16
Ausência	403	12	665	12	392	27	791	31	553	12	731	7	1348	15	2187	12
Sem observação	82	3	104	2	90	6	92	4	100	2	271	3	272	3	467	3
Tempo efetivo de trabalho	2412	74	3830	70	858	58	1370	53	3091	69	7841	74	6361	69	13041	70
Total	3264	100	5472	100	1470	100	2568	100	4464	100	10608	100	9198	100	18648	100

*Téc./Aux.: Técnico/auxiliar de enfermagem. ** **Cuidado direto**: cuidado prestado diretamente ao usuário/família/comunidade; **Cuidado indireto**: cuidado prestado distante do usuário/família/comunidade, mas em seu benefício; **Atividades associadas ao trabalho**: aquelas que podem ser executadas por outros profissionais 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 profissionais; **Tempo de espera**: quando o profissional 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; e **Ausência**: quando o profissional durante a jornada de trabalho ausenta-se para realizar atividades não relacionadas à USF, como atrasos e saídas antecipadas.

Tabela 2 – Tempo médio em minutos e probabilidade de ocorrência (%) das intervenções realizadas pelos enfermeiros em USF – Brasil, 2015.

Intervenções	Estrato de 1 a 4		Estrato 5		Estrato 6		Brasil	
	Tempo	freq. (%)	Tempo	freq. (%)	Tempo	freq. (%)	Tempo	freq. (%)
Ações educativas dos trabalhadores de saúde	24,0	0,6	174,0	6,3	67,0	2,0	73,0	2,1
Administração de medicamentos	12,0	0,1	-	-	13,0	0,0	13,0	0,1
Apoio ao estudante	11,0	0,4	13,0	0,9	11,0	2,0	12,0	1,0
Assistência em exames/procedimentos	14,0	0,3	-	-	20,0	1,0	19,0	0,6
Atendimento à demanda espontânea	30,8	8,5	32,1	5,5	16,1	7,5	23,3	7,5
Consulta	32,4	7,1	36,7	13,4	19,4	14,2	25,3	11,6
Controle de doenças transmissíveis	11,0	0,0	12,0	0,3	-	-	12,0	0,1
Controle de imunização/vacinação	24,0	1,3	27,0	0,2	29,0	0,0	25,0	0,7
Controle de infecção	12,0	0,0	11,0	0,3	12,0	0,0	12,0	0,1
Controle de suprimentos	11,0	0,6	-	-	12,0	1,0	12,0	0,5
Organização do processo de trabalho	11,0	2,9	11,0	1,7	12,0	5,0	12,0	3,7
Desenvolvimento de processo/rotinas administrativas	13,0	0,8	-	0,0	13,0	0,0	13,0	0,3
Documentação	11,0	11,6	12,0	5,7	13,0	16,0	12,0	12,4
Interpretação de dados laboratoriais	12,0	0,4	11,0	0,1	11,0	0,0	11,0	0,2
Mapeamento e territorialização	12,0	0,3	-	0,0	15,0	0,0	13,0	0,1
Monitorização de sinais vitais	12,0	0,6	13,0	0,2	13,0	0,0	12,0	0,3
Orientação quanto ao Sistema de Saúde	12,0	1,1	12,0	0,2	13,0	1,0	12,0	1,0
Procedimentos ambulatoriais	21,6	0,1	44,0	0,1	14,5	0,2	19,3	0,1
Promoção de ações educativas	19,4	2,5	44,6	4,8	31,4	1,9	28,0	2,6
Referência e contrarreferência	11,0	0,5	-	-	13,0	0,0	11,0	0,3
Reunião administrativa	75,0	6,4	324,0	7,0	37,0	5,0	60,0	5,9
Reunião avaliação dos cuidados profissionais	63,0	1,1	58,0	1,2	29,0	3,0	35,0	1,9
Supervisão dos trabalhos da unidade	12,0	0,3	12,0	0,1	14,0	1,0	13,0	0,4
Troca de informação sobre cuidados de saúde	12,0	6,4	12,0	3,5	12,0	7,0	12,0	6,2
Vigilância em saúde	12,0	0,6	-	-	13,0	2,0	12,0	1,3
Visita domiciliar	25,9	8,1	66,1	5,1	54,1	3,9	35,6	5,6

Tabela 3 – Tempo médio em minutos e probabilidade de ocorrência (%) das intervenções realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem em USF – Brasil, 2015.

Intervenções	Estrato de 1 a 4		Estrato 5		Estrato 6		Brasil	
	Tempo	freq. (%)	Tempo	freq. (%)	Tempo	freq. (%)	Tempo	freq. (%)
Ações educativas dos trabalhadores de saúde	26	0,70	135	2,30	87	2,00	66	1,40
Administração de medicamentos	12,8	1,10	13,9	2,30	13,5	1,50	13,4	1,50
Apoio ao estudante	12	0,30	-	0,00	14	0,20	13	0,30
Apoio ao médico	12	0,10	19	0,10	19	0,10	18	0,10
Assistência em exames/procedimentos	48,2	0,60	48,1	1,00	14,6	1,50	23	1,20
Atendimento à demanda espontânea	15,8	0,10	39	1,60	30,2	0,90	32,2	0,80
Controle de eletrólitos	12	0,00	13	0,50	12	0,10	12	0,10
Controle de imunização/vacinação	39,3	6,50	39	10,20	21,1	5,20	30,6	6,20
Controle de infecção	13	1,40	15	0,40	14	2,00	13	1,40
Controle de suprimentos	13	2,30	15	1,60	13	5,00	13	3,60
Organização do processo de trabalho	12	1,30	-	-	13	1,00	13	1,00

continua...

...continuação

Intervenções	Estrato de 1 a 4		Estrato 5		Estrato 6		Brasil	
	Tempo	freq. (%)	Tempo	freq. (%)	Tempo	freq. (%)	Tempo	freq. (%)
Cuidados de urgência/emergência	38	0,10	-	-	11	0,00	20	0,10
Desenvolvimento da saúde comunitária	12	0,10	-	-	14	0,00	13	0,10
Desenvolvimento de processo/rotinas administrativas	13	0,20	-	-	13	0,00	13	0,10
Documentação	13	9,50	14	3,20	13	11,00	13	9,30
Identificação de risco	-	0,00	14	0,20	13	1,00	13	0,40
Monitorização de sinais vitais	13,1	5,60	12,8	3,90	13	4,00	13	4,50
Orientação quanto ao Sistema de Saúde	13	1,50	14	1,80	13	2,00	13	1,50
Procedimentos ambulatoriais	44,1	1,60	40,9	1,30	20,2	2,30	27,8	1,90
Promoção de ações educativas	25,1	1,00	24,6	0,30	28,6	1,70	27,6	1,30
Punção de vaso: amostra de sangue venoso	-	-	-	-	12,5	1,60	12,5	0,90
Referência e contrarreferência	13	0,80	-	-	13	0,00	13	0,30
Reunião administrativa	60	1,70	-	-	88	2,00	74	1,40
Reunião avaliação dos cuidados profissionais	62	0,20	-	-	44	2,00	45	1,00
Supervisão segurança	13	0,10	-	-	13	0,20	13	0,20
Transporte institucional	14	1,00	-	-	13	0,00	14	0,40
Troca de informação sobre cuidados de saúde	13	3,30	15	1,60	13	3,00	13	3,00
Vigilância em saúde	12	0,20	15	0,30	12	1,00	13	0,40
Visita domiciliária	48,5	10,20	71,6	2,00	39,7	2,30	47,7	4,60

DISCUSSÃO

A importância desta investigação, inédita no Brasil, está na diversidade e extensão nacional das realidades estudadas, no quantitativo de observações e na identificação das frequências das intervenções/atividades executadas pelos profissionais de enfermagem, possibilitando um cálculo mais realista e objetivo do tempo médio das intervenções e consequentemente da carga de trabalho nas USF.

Os resultados indicaram que os enfermeiros despendem mais tempo, na sua jornada de trabalho, em intervenções de cuidado direto, indireto e em períodos de ausência do que os técnicos/auxiliares de enfermagem. Contudo, o nível técnico consome mais tempo em atividades associadas, atividades pessoais e tempo de espera.

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 expressiva frequência de seu tempo de trabalho em poucas intervenções.

Intervenções como: Consulta, Atendimento à Demanda Espontânea e Visita Domiciliária foram observadas entre as atividades mais frequentes, e configuram uma tríade característica da dimensão assistencial, com expressiva representação na carga de trabalho do enfermeiro em USF. Além disso, são práticas com potencialidade para ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo de reorganização do processo de trabalho⁽¹²⁾.

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 pouco em Consulta, quando comparados com USF do estrato 6. Na maioria, são municípios menores que recebem a demanda espontânea, mas ainda não incorporaram a Consulta de enfermagem no cotidiano das práticas do enfermeiro em USF.

Diferentemente, nas USF do estrato 6 a intervenção Consulta, seguida de Atendimento à Demanda Espontânea destacaram-se, com maior percentual de ocorrência quando comparado com os outros estratos. Por outro lado, em intervenções como Visita Domiciliar e Promoção de Ações Educativas despendem um percentual inferior, inferindo-se que municípios mais desenvolvidos e/ou de grande porte populacional têm o tempo despendido nas intervenções de cuidado direto do enfermeiro mais direcionadas ao atendimento clínico e, menos, em atividades externas e educativas.

A categoria técnico/auxiliar de enfermagem é pouco descrita na literatura. Observa-se que um quarto do seu tempo de trabalho está sendo despendido em cuidado direto, e apesar de não se encontrar estudos que permitam comparações, acredita-se que a proporção encontrada deve ser repensada frente à dinâmica de trabalho deste profissional, que tem suas potencialidades pouco exploradas. Há a necessidade de reordenamento de suas práticas direcionadas à integralidade da atenção⁽¹³⁻¹⁴⁾.

No Brasil, as intervenções Controle de Imunização/Vacinação e Administração de Medicamentos são realizadas prevalentemente pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pois os enfermeiros não as realizam ou quando o fazem, despendem por volta de 0,1% do seu tempo de trabalho.

Ressalta-se 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 importância do enfermeiro na gestão/organização/coordenação do processo de trabalho e no atendimento clínico.

As intervenções de cuidado indireto foram expressivas para a carga de trabalho. Evidenciou-se que o enfermeiro despende até cinco vezes mais tempo que o técnico/auxiliar de enfermagem em Reuniões Administrativas, mesmo quando não são exclusivamente gerentes da unidade, assim como na Organização do Processo de Trabalho.

A intervenção Documentação foi observada como uma das mais frequentes para os enfermeiros e técnicos/auxiliares. Contudo, valores encontrados em estudos realizados em outras realidades como centro cirúrgico, casa de repouso e centros comunitários americanos mostram percentuais superiores⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Destaca-se, ainda, o quão importante é o cuidado prestado de forma indireta ao usuário/família/comunidade, acrescentando força à ideia de que muito do que é realizado pela enfermagem é invisível⁽¹⁸⁾.

Entre as intervenções mais frequentes de cuidado indireto está a Troca de Informação sobre Cuidados de Saúde, considerada neste estudo como um resultado positivo e importante, pois esta é uma intervenção que potencializa a comunicação, as relações de trabalho entre os profissionais da equipe e oportuniza as práticas colaborativas. Nota-se uma maior frequência desta intervenção em estratos que apresentam o maior percentual de tempo despendido em Atendimento à Demanda Espontânea.

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 técnicos/auxiliares de enfermagem. Todavia, unidades de estratos de 1 a 4 representam somente 0,6% para ambas as categorias. Avaliadores que participaram do PMAQ observaram que não há uma adequada formação dos profissionais ou ações de educação permanente em saúde que apoiem o bom desenvolvimento das equipes⁽¹⁹⁾.

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 serem considerados um entrave para o desenvolvimento de suas atividades com qualidade^(13-14,20).

A pequena participação dos técnicos/auxiliares de enfermagem em Reunião para Avaliação de Cuidados Multidisciplinares retrata a ausência deste profissional nos momentos de planejamento e discussão do cuidado, reforçando seu papel técnico institucionalizado. É necessário redimensionar o papel do técnico/auxiliar de enfermagem dentro da equipe de saúde da família.

A mobilização de recursos apropriados de cuidados de enfermagem é uma preocupação para gerentes de enfermagem em todo o mundo. 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 dos profissionais⁽²¹⁾.

A aplicação dos tempos médios do Brasil e/ou dos estratos socioeconômicos e demográficos em métodos que possibilitem o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem possibilitará a projeção de acordo com população de sua área de abrangência, portanto, próxima às realidades dos municípios e à proposta da ESF.

Para a intervenção Consulta, o tempo médio do Brasil ficou em 25,3 minutos (DP=17,6). Os parâmetros do Ministério da Saúde propõem 3 consultas/horas, ou seja, 20 minutos por consulta⁽²²⁾. Segundo a *Nursing Interventions Classification* (NIC), o tempo médio de uma consulta é de 46 a 60 minutos⁽²³⁾, valor superior ao encontrado neste estudo. Entretanto, vale ressaltar que os tempos sugeridos pela taxonomia NIC⁽²³⁾ são baseados nas opiniões de profissionais, que tendem a ser superiores aos valores mensurados. Além da NIC, não foram encontradas outras pesquisas que ofereçam dados para comparação do tempo das demais intervenções e atividades realizadas na APS e, principalmente, na ESF.

As atividades associadas representaram 7% do tempo dos enfermeiros no Brasil, e o dobro do tempo para os técnicos/auxiliares de enfermagem. Logo, é fundamental o levantamento de questões e estudos referentes aos profissionais de apoio administrativo nas USF para que, assim, os profissionais de saúde possam dedicar o tempo de trabalho ao usuário/família/comunidade, e a unidade tenha um apoio administrativo capacitado e dedicado para tal função.

O tempo de espera é uma atividade pouco encontrada na literatura, pois, muitas vezes, não é considerada uma categoria de análise, sendo também mais característica em tipos de serviços não hospitalares, como os ambulatórios e de unidades de saúde da atenção primária. Observa-se nas USF alto percentual de tempo de espera dos técnicos/auxiliares de enfermagem, pois há uma restrição ao programado e dificuldade na otimização do tempo de trabalho da prática diária, bem como a oferta de serviços/atividades dinâmicos atrativos e acessíveis à comunidade.

Na literatura também não foram encontradas referências que descrevam os períodos de ausência durante a jornada de trabalho, observada e evidenciada somente por este estudo. Contudo, é importante enfatizar que esse período de ausências observado nas USF vai contra ao preconizado pelas diretrizes da atenção básica⁽³⁾, além de interferir diretamente no tempo efetivo de trabalho.

A mensuração da carga de trabalho da enfermagem e a utilização de dados relativos ao tempo despendido em atividades não relacionadas com a assistência possibilita compreender o significado do tempo efetivo de trabalho, bem como a produtividade nos serviços de saúde, além de ser uma importante ferramenta de gestão.

Observa-se um tempo em potencial que pode ser utilizado em benefício do usuário, como o tempo em espera e o tempo que o profissional está ausente da unidade em seu horário de trabalho, de modo a elevar a produtividade de ambas as categorias para índices em torno de 80%.

Estudo mostra que o acesso, resolubilidade e cobertura universal são questões que caminham concomitantemente com a produtividade dos profissionais. Práticas precárias de saúde, prestadas pelos profissionais, contribuem para a baixa utilização dos serviços de saúde pelas populações vulneráveis, e um melhor desempenho destes pode aumentar o seu uso⁽²⁴⁾.

Os resultados deste estudo trazem possibilidades de debates e reflexões sobre o processo de trabalho, bem como o efetivo trabalho da equipe de enfermagem em USF.

Esta investigação apresenta limitações. Os números restritos dos achados na literatura sobre a proporção de tempo despendido com o usuário/família/comunidade em APS, bem como em USF dificultam o debate sobre quais proporções seriam mais adequadas e eficazes na prestação de cuidados em APS/ESF e como contribuiriam para a melhoria dos resultados e do acesso aos serviços. Contudo, os resultados provenientes deste estudo constituem referência para futuras investigações sobre o gerenciamento de recursos humanos em saúde.

CONCLUSÃO

Os tempos médios despendidos em intervenções de assistência de enfermagem encontrados neste estudo são inéditos para a realidade da atenção primária brasileira. Constituem-se nos elementos fundamentais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem na ESF, sendo possível serem aplicados em diferentes métodos. Além disso, este estudo avança na proposição de tempos médios das intervenções, considerando a diversidade de práticas e realidades das USF no âmbito nacional.

Ressalta-se a contribuição para o conhecimento em dimensionamento de profissionais de enfermagem na APS, por meio da ESF, tópico anteriormente explorado somente no contexto da enfermagem em unidades hospitalares no Brasil. Contudo, ainda são necessárias investigações, como as correlações entre o tempo e o perfil do profissional, 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), e a competência profissional.

Esta pesquisa fornece um panorama das atuais intervenções/atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na ESF, podendo ser utilizada para otimização da força de trabalho e do processo de trabalho.

Os parâmetros de tempo identificados 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 importante instrumento de gestão para a categoria enfermagem, mas com possibilidade de expansão da técnica de investigação a todas as categorias profissionais que compõem a ESF.

A aplicação destes resultados em outros cenários nacionais possibilitará realizar comparações entre as cargas de trabalho, bem como entre o número de profissionais e, assim, identificar o real desequilíbrio da força de trabalho nas USF do país. Portanto, os achados apresentados constituem-se em um relevante referencial para subsidiar os processos decisórios e influenciar as políticas públicas de planejamento da força de trabalho no Brasil.

RESUMO

Objetivo: Determinar padrões de tempo das intervenções/atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem em Unidades de Saúde da Família (USF) no Brasil, para subsidiar o cálculo da força de trabalho. **Método:** Estudo observacional, realizado em 27 USF, 10 estados, 12 municípios, no ano de 2013. Em cada Unidade os profissionais de enfermagem foram observados a cada dez minutos, durante oito horas de trabalho, em cinco dias consecutivos, por meio da técnica amostragem do trabalho. **Resultados:** Foram observados 47 enfermeiros e 93 técnicos/auxiliares de enfermagem, obtendo-se o total de 32.613 observações. A principal intervenção realizada pelas enfermeiras foi a consulta, com tempo médio de 25,3 minutos, seguida de documentação, que correspondeu a 9,7%. Os técnicos/auxiliares de enfermagem utilizaram, em média, 6,3% em documentação e 30,6 minutos na intervenção controle de imunização/vacinação. **Conclusão:** O estudo fornece padrões de tempos das intervenções realizadas pela equipe de enfermagem em USF, subsidiando a aplicação de métodos de dimensionamento de profissionais de enfermagem e políticas públicas de recursos humanos. Além disso, apresenta o panorama das atuais intervenções desenvolvidas, possibilitando revisão e otimização do processo de trabalho.

DESCRITORES

Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem em Saúde Pública; Recursos Humanos em Saúde; Carga de Trabalho.

RESUMEN

Objetivo: Determinar estándares de tiempo de las intervenciones/actividades por los profesionales de enfermería en Unidades de Salud de la Familia (USF) en Brasil, para subsidiar el cálculo de la fuerza de trabajo. **Método:** Estudio observacional, llevado a cabo en 27 USF, 10 estados, 12 municipios, el año de 2013. En cada Unidad los profesionales de enfermería fueron observados cada diez minutos, durante ocho horas de trabajo, en cinco días consecutivos, por medio de la técnica de muestreo del trabajo. **Resultados:** Fueron observados 47 enfermeros y 93 técnicos/auxiliares de enfermería, lográndose el total de 32.613 observaciones. La principal intervención llevada a cabo por las enfermeras fue la consulta, con tiempo medio de 25,3 minutos, seguida de documentación, que correspondió al 9,7%. Los técnicos/auxiliares de enfermería utilizaron, en promedio, el 6,3% en documentación y 30,6 minutos en la intervención control de inmunización/vacunación. **Conclusión:** El estudio suministra estándares de tiempos de las intervenciones realizadas por el equipo de enfermería en USF, subsidiando la aplicación de métodos de dimensionamiento de profesionales de enfermería y políticas de recursos humanos. Además, presenta el panorama de las actuales intervenciones desarrolladas, posibilitando una revisión y optimización del proceso de trabajo.

DESCRIPTORES

Atención Primaria de Salud; Enfermería; Enfermería en Salud Comunitaria; Enfermería en Salud Pública; Recursos Humanos en Salud; Carga de Trabajo.

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
2. 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.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília; 2012.
4. 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 [Internet]. Brasília 2013 [citado 2015 nov. 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html
5. 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.
6. 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.
7. Marques D, Silva E. A Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):545-50.
8. 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: CEPESC/IMS/UERJ; 2011.
9. World Health Organization. WISN - Workload Indicators of Staffing Need: user's manual [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2015 Nov 22]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44414/1/9789241500197_users_eng.pdf
10. 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; 2012.
11. Bonfim D, Pereira MJB, Pierantoni CR, Haddad AE, Gaidzinski RR. Tool measuring workload of health professionals in Primary Care: development and validation. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;49(n.spe 2). In press.
12. 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.
13. 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.
14. Ogata M, França Y. Nursing assistant performance in the Family Health Strategy. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):506-11.
15. Possari JF, Gaidzinski RR, Lima AFC, Fugulin FMT, Herdman TH. Use of the nursing intervention classification for identifying the workload of a nursing. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2015;23(5):781-8.
16. 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 J Issues Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 10];17(2):3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22686111>
17. 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.
18. 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.
19. Fausto M, Fonseca H. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes; 2013.
20. Feitosa L, Feitosa J, Coriolano M. Conhecimentos e práticas do auxiliar de enfermagem em sala de imunização. *Cogitare Enferm*. 2010;15(4):695-701.
21. Morris R, MacNeela P, Scott A, Treacy P, Hyde A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *J Adv Nurs*. 2007;57(5):463-71.
22. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Parâmetros para programação das ações básicas de saúde. Brasília; 2001.
23. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. Classificação das Intervenções de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
24. Rowe AK, 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.