



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO” – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Flávia Carraro Zopi

**DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO BÁSICA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani

**Botucatu
2016**

Flávia Carraro Zopi

**DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
BÁSICA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani

**Botucatu
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Zopi, Flávia Carraro.

Dimensionamento de pessoal de enfermagem na atenção básica em uma região de saúde / Flávia Carraro Zopi. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Capes: 40406008

1. Enfermagem. 2. Equipe de enfermagem. 3. Downsizing organizacional. 4. Cuidados primários de saúde. 5. Recursos humanos na saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica; Dimensionamento de pessoal; Enfermagem; Recursos humanos de enfermagem.

Flávia Carraro Zopi

**DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
BÁSICA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Comissão Examinadora

Profa Dra Carmen Maria Casquel
Monti Juliani
Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”

Profa Dra Regina Stella Spagnolo
Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”

Profa Dra Raquel Rapone Gaidzinski
Universidade de São Paulo

Botucatu, 24 de fevereiro de 2016.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,

*Exemplos de coragem e determinação.
A vocês, todo meu amor e admiração.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por me confiar o dom da vida. Sei que os obstáculos colocados até aqui é porque acreditou que eu poderia ultrapassá-los e adquirir sabedoria com eles.

Aos meus pais, Isabel e José, por nunca medirem esforços para me oferecer o melhor. Cada vitória minha é o resultado de tantos ensinamentos transmitidos por vocês. Obrigada por sempre acreditarem no meu potencial.

À minha irmã Carol que mesmo com a distância sempre se fez tão presente. Saiba que você é um grande exemplo de que todos os sonhos são alcançáveis. “[...] por toda a minha vida”. Ao meu cunhado Rafael pela sincera torcida por mim.

Ao meu querido Bruno, por estar ao meu lado em todos os momentos. Seu amor é um grande incentivo na busca dos meus objetivos. Obrigada por participar ativamente de todas as etapas desse sonho.

À minha família, pela união e carinho. As orações de vocês chegaram ao céu.

À minha orientadora, professora Carmen, pela confiança de permitir ser sua orientanda e pela paciência em todas as minhas dificuldades e medos. Sua dedicação profissional é uma grande inspiração para mim.

Às professoras Wilza, Regina Stella e Miriam pelas considerações feitas no exame geral de qualificação, as quais contribuíram imensamente para a melhoria desse trabalho. A todos os professores que fizeram parte da minha trajetória na enfermagem. Vocês me ensinaram toda grandeza da profissão.

A toda equipe da biblioteca do câmpus de Botucatu pela disponibilidade dos serviços prestados. Aos estatísticos Hélio e Eloisa por toda assessoria e sugestões na análise

dos dados da pesquisa. Aos funcionários do departamento de enfermagem, sempre muito atenciosos e prontos.

Aos gestores e enfermeiros do Polo Cuesta pela autorização, colaboração e participação na pesquisa. À Paola por me auxiliar na coleta de dados.

A todos meus amigos que a vida me deu, seja na escola, universidade e intercâmbio, por compartilharmos sorrisos e angústias. Todos os momentos com vocês são sempre muito especiais.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

"Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer."

Mahatma Gandhi
(1869 – 1948)

Resumo

O dimensionamento de pessoal de enfermagem constitui-se como importante ferramenta do gerenciamento que visa promover condições ideais para a efetivação da atenção à saúde. Porém, no contexto da atenção básica, percebem-se poucos estudos que abordam os instrumentos utilizados para dimensionar a equipe de enfermagem. O objetivo da pesquisa foi investigar a prática do dimensionamento de pessoal de enfermagem e analisar a adequação da equipe à carga média de trabalho das atividades nas Unidades de Saúde de uma Região de Saúde. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa. Esta pesquisa teve como contexto as Unidades Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde da Região de Saúde Polo Cuesta, inseridas no Departamento Regional de Saúde de Bauru. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário elaborado para essa pesquisa, disponível na plataforma FormSUS do DATASUS. Embora a maioria (91,38%) dos entrevistados considerou importante a utilização de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem, notou-se que boa parte (39,65%) não utiliza nenhum método de dimensionamento. Dentre os desafios encontrados para dimensionar a equipe, foram citados: falta de governabilidade para contratação, sobrecarga de trabalho e falta de conhecimento sobre o assunto. Grupos educativos em saúde e visitas domiciliares são atividades que deixam de serem executadas devido à escassez de profissionais. Verificou-se variação na carga média de trabalho em Unidades do mesmo modelo de atenção ou diferente modelo.

Descritores: Dimensionamento de pessoal, Atenção Básica, Enfermagem, Recursos humanos de Enfermagem.

ABSTRACT

The Nursing personnel downsizing, constitutes an important management implement to promote ideal conditions for the processing of health care. However in the context of primary health care are perceived few studies that address the instruments used to scale the nursing staff. This research aimed to investigate the practice of nursing personnel and review the adequacy of staff to the demand for activities in the health units of a Health Region. This is an exploratory, descriptive and quantitative study. The context of this research is Healthcare Units of the Region Health Polo Cuesta, included in the Regional Health Department of Bauru. To collect data, we used a questionnaire prepared for this survey, available in FormSUS platform DATASUS. Although the majority (91.38%) of the interviewee considered important to use a method to scale the nursing staff, it was noted that most (39.65%) does not use any scaling method. Among the challenges to scale the staff were cited: lack of governance for hiring, work overload and lack of knowledge on the subject. Educational groups in health and domiciliary visits are activities that fail to be executed due to the shortage of professionals. There was variation in demand for activities in units of the same type of attention or different model.

Descriptors: Nursing personnel downsizing, Primary Care, Nursing, Nursing human resources.

Lista de ilustrações

Figura 1 – Regiões de Saúde do Departamento Regional de Saúde de Bauru.	33
--	----

Lista de tabelas

Tabela 1 – Composição do Polo Cuesta segundo municípios, população feminina, masculina e total. Polo Cuesta, SP, 2015.	34
Tabela 2 – Unidade Básica de Saúde e Unidade Saúde da Família do Polo Cuesta. Polo Cuesta, SP, 2015.	35
Tabela 3 – Quantitativo de Enfermeiros do Polo Cuesta segundo o município. Polo Cuesta, SP, 2015	36
Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo sexo, faixa etária, procedência, ano de formação e titulação. Polo Cuesta, SP, 2015.	444
Tabela 5 - Tempo de serviço e número de horas semanais trabalhadas na Unidade. Polo Cuesta, SP, 2015.	455
Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo a função que ocupam na Unidade. Polo Cuesta, SP, 2015.	455
Tabela 7 - Distribuição de habitantes por Unidade Básica de Saúde e Unidade Saúde da Família. Polo Cuesta, SP, 2015.	466
Tabela 8 - Perfil das Unidades de Saúde segundo tipo de atendimento, modelo de atenção, número de equipes saúde da família, enfermeiros, técnicos e auxiliares e ACS. Polo Cuesta, SP, 2015.	466
Tabela 9 - Ausência ou existência de licença médica e motivos que levam o afastamento do profissional. Polo Cuesta, SP, 2015.	477
Tabela 10 - Utilização de um método para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.	488
Tabela 11 - Correlação entre utilização de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem e o número de profissionais da equipe. Polo Cuesta, SP, 2015.....	499
Tabela 12 - Correlação entre a utilização de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem e a função do enfermeiro. Polo Cuesta, SP, 2015.	499
Tabela 13 - Correlação entre ano de formação e utilização de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.....	5050
Tabela 14 - Correlação entre o tempo de serviço e utilização de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.....	5050

Tabela 15 - Método utilizado pelos enfermeiros para dimensionar a equipe de enfermagem e suficiência do método utilizado. Polo Cuesta, SP, 2015.	5151
Tabela 16 - Forma de cálculo considerado adequado para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.	5252
Tabela 17 - Correlação entre a utilização de um instrumento de dimensionamento e modelo de atenção da unidade. Polo Cuesta, SP, 2015.	5353
Tabela 18 - Proporção de profissionais frente à demanda e nota da adequação da unidade. Polo Cuesta, SP, 2015.	5454
Tabela 19 - Correlação entre utilizar um instrumento para o dimensionamento e nota em relação à demanda/profissionais da equipe.	5454
Tabela 20 - Distribuição das atividades que não são realizadas devido à escassez de pessoal. Polo Cuesta, SP, 2015.	5555
Tabela 21 – Média mensal de atividades realizadas nas Unidades Saúde da Família. Polo Cuesta, SP, 2015.	566
Tabela 22 – Média mensal de atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. Polo Cuesta, SP, 2015.	566
Tabela 23 - Média de tempo, em minutos, referido como necessário para nas atividades realizadas nas Unidades Saúde da Família. Polo Cuesta, SP, 2015.	577
Tabela 24 - Média de tempo, em minutos, referido como necessário para as atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. Polo Cuesta, SP, 2015.	577
Tabela 25 - Produto das atividades realizadas nas unidades de saúde*: coleta, curativo, medicação, vacinação, inalação, eletrocardiograma. Polo Cuesta, SP, 2015.	588
Tabela 26 – Produto das atividades realizadas nas unidades de saúde*: pré-consulta, pós-consulta, grupos educativos aos usuários e visita domiciliar. Polo Cuesta, SP, 2015.	599
Tabela 27 – Carga média de trabalho das atividades realizadas nas unidades de saúde* por profissional da equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.	6060
Tabela 28 – Carga média de trabalho das consultas de enfermagem realizadas nas unidades de saúde* por enfermeiro. Polo Cuesta, SP, 2015.	622

Lista de quadros

Quadro 1 - Motivos que levam os enfermeiros não utilizarem um método para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.....	488
Quadro 2 - Pontos acerca da suficiência dos métodos utilizados para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.	5151
Quadro 3 - Desafios para realizar o dimensionamento de pessoal. Polo Cuesta, SP, 2015.	522

Lista de abreviaturas

SUS – Sistema Único de Saúde
IOM – Institute of Medicine
SCP – Sistema de Classificação de Pacientes
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
AB – Atenção Básica
UE – Unidade Especial
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade Saúde da Família
PSF – Programa Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
ACS – Agente Comunitário de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
DRS – Departamento Regional de Saúde
DRS VI – Departamento Regional de Saúde de Bauru
RRAS – Redes Regionais de Atenção à Saúde
RAAS 09 – Rede Regional de Atenção à Saúde 09

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1 Gerenciamento e recursos humanos em enfermagem	19
1.2 Dimensionamento de pessoal de enfermagem	21
1.3 Atenção Básica à Saúde	25
2. OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo Geral	30
2.2 Objetivos Específicos	30
3. MATERIAL E MÉTODO	32
3.1 Tipo de estudo.....	32
3.2 Local do estudo	32
3.3 População alvo.....	35
3.3.1 Critérios de inclusão	35
3.3.2 Critérios de exclusão.....	36
3.4 Amostra do estudo	37
3.5 Coleta de dados	37
3.5.1 Instrumento para a coleta de dados	38
3.6 Variáveis.....	39
3.7 Análise Estatística	39
3.8 Procedimentos Éticos.....	4040
4. RESULTADOS	433
5. DISCUSSÃO	644
6. CONCLUSÃO.....	744
REFERÊNCIAS.....	777

Apêndices

Anexos

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1 Gerenciamento e recursos humanos em enfermagem

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, formuladas em conjunto com entidades de ensino e serviço e orientadas na busca de um profissional preparado para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), apontam como uma das competências essenciais do enfermeiro o gerenciamento. Assim traz,

Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde⁽¹⁾.

A ação do gerenciamento é conferida privativamente ao enfermeiro por meio da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe, no 11º artigo sobre regulamentação do exercício da Enfermagem no Brasil, que declara as atividades privativas do enfermeiro: direção dos órgãos de enfermagem da instituição de saúde pública e privada e à chefia de serviço e de unidade de enfermagem; a organização e a direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares; o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem⁽²⁾.

O gerenciamento constitui uma importante ferramenta para efetivação das políticas de saúde, além de procurar atingir as necessidades do usuário assistido e metas da organização na qual o profissional está inserido, busca condições para a realização de uma assistência de enfermagem mais humanizada^(3,4). A enfermagem faz uso do gerenciamento em todo o seu processo de trabalho, tendo como foco principal a essência da profissão, isto é “o cuidar”.

Embora espere-se que o enfermeiro disponha de conceitos administrativos que possam ser utilizados no processo de trabalho, estudo mostra uma prática gerencial ineficaz por parte desses profissionais. Isso ocorre devido à ausência de

métodos ou instrumentos baseados em evidências, gerenciando por meio do “feeling”⁽³⁾. Essa maneira empírica de realizar o processo de trabalho acarreta na depreciação do serviço, gerando danos ao usuário assistido. Dessa forma, fica evidenciada a necessidade da existência de ferramentas que auxiliem o enfermeiro solucionar problemas, dimensionar recursos, desenvolver estratégias e organizar o método e a dinâmica do trabalho⁽⁴⁾.

O processo de trabalho de gerenciamento em enfermagem baseia-se em determinado objeto, sendo ele a organização de trabalho e os recursos humanos de enfermagem, e utiliza-se de instrumentos técnicos próprios como o planejamento, o recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem, a educação continuada, a supervisão, a avaliação de desempenho e o dimensionamento⁽⁵⁾.

Esses instrumentos são descritos como

[...] um conjunto de técnicas, saberes e tecnologias utilizadas para operar o processo que visa promover condições para a atenção às necessidades de saúde, conforme uma dada concepção do processo saúde-doença e de modelo assistencial⁽⁶⁾.

A enfermagem dispende de recursos humanos qualificados, trabalho sistematizado e utilizando seus instrumentos próprios, consegue alcançar as condições adequadas para a prestação da assistência e ambiente de trabalho favorável, podendo assim desenvolver a atenção à saúde. Porém, quando há fragmentação desse sistema é ineficaz a prática de uma assistência apropriada ao usuário. Posto isso, a presença de um quadro de pessoal não somente qualitativo como quantitativo é peça fundamental em todo o processo de trabalho.

Surgiram por meio de Florence Nightingale, pioneira da enfermagem, as primeiras estratégias de planejamento de recursos humanos em enfermagem. Esses métodos eram baseados na subjetividade e na proporção entre trabalhadores e tarefas, considerando a gravidade dos pacientes⁽⁷⁾. A administração hospitalar era um dos maiores temas de estudo de Florence, de acordo com a sua obra escrita em 1859, o livro "*Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é*"⁽⁸⁾.

No Brasil, os estudos sobre recursos humanos em saúde contaram com expressivas contribuições desde os anos 60. Na década de 70, período da

Programação em Saúde no Estado de São Paulo, os enfermeiros atuavam em centros de saúde, executando atividades preferencialmente gerenciais, como controle e coordenação do pessoal de enfermagem. Em meados dos anos 80 estudos do trabalho de enfermagem foram iniciados e desde então, constituem uma importante contribuição para a compreensão da enfermagem como prática especializada e articulada às demais práticas na área da saúde⁽⁹⁾. Porém, apenas na década de 90 órgãos oficiais de enfermagem e saúde no Brasil estabeleceram critérios que orientam o planejamento de recursos humanos em enfermagem⁽¹⁰⁻¹²⁾. Em 1996, o Institute of Medicine (IOM) anunciou um relatório no qual afirmava a importância de estabelecer relação adequada enfermeiro/paciente na distribuição de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, de acordo com suas habilidades para garantir a segurança do paciente⁽¹³⁾.

Considerando que os enfermeiros necessitam averiguar, constantemente, a qualidade da prática profissional realizada por sua equipe e o impacto dessa prática para o usuário, e servir-se dos resultados encontrados como instrumento gerencial para instituir intervenções pertinentes no processo de trabalho, a exemplo o número de profissionais da categoria, utiliza-se a estratégia de dimensionamento de pessoal de enfermagem⁽¹⁴⁾.

1.2 Dimensionamento de pessoal de enfermagem

O dimensionamento de pessoal de enfermagem se constitui como

Etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem direta ou indiretamente prestadas à clientela⁽¹⁵⁾.

Pode também ser compreendido como

[...] um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem necessário para prover os cuidados de enfermagem, que garantem a qualidade, previamente

estabelecida, a um grupo de paciente/clientes, de acordo com a filosofia e estrutura da organização, bem como a singularidade de cada serviço⁽¹⁶⁾.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é um instrumento gerencial privativo dos enfermeiros, uma vez que estes profissionais identificam e avaliam em seu ambiente de serviço os recursos existentes, face às necessidades do usuário⁽¹⁷⁾, podendo elaborar proposta adequadas para melhoria de próprio trabalho e de sua equipe, visto o pensamento crítico que a formação desse profissional lhe confere.

Ao discutir o tema do dimensionamento de pessoal, há uma tendência de conferir os recursos humanos como responsável pelos altos custos da saúde. Porém,

[...] o processo de atendimento em saúde é fundamentalmente uma relação de pessoas que implica em interação, intervenção e trocas. A resolubilidade e a qualidade do atendimento em saúde estão intrinsecamente relacionadas aos recursos humanos que os desenvolvem⁽⁷⁾.

Iniciaram-se antes de 1939 os métodos para dimensionar o pessoal de enfermagem. Primeiramente com um método intuitivo ou das relações de proporção. Já em 1939 passa a ser utilizado a variável horas médias e cuidado, em 1947 introdução das variáveis relativas às ausências e em 1960 o surgimento do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)⁽¹⁸⁾. Somente em 1996, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 189/96, estabeleceu parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem, apoiando-se em características à instituição/empresa, ao serviço de enfermagem. Anteriormente a esse ano não havia, no Brasil, normatização legal para esses aspectos.

A Resolução nº 189/96 estabeleceu então

Art. 1º - As instituições de saúde do país deverão levar em conta, para o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem, o estabelecido na presente Resolução.

Art. 2º - O dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem deverá basear-se em características relativas.

I - à instituição/empresa:

- missão;
- porte;
- estrutura organizacional e física;

- tipos de serviços e/ou programas;
 - tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas;
 - política de pessoal, de recursos materiais e financeiros;
 - atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas;
 - indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.
- II - ao serviço de Enfermagem:
- fundamentação legal do exercício profissional, (Lei nº 7.498/86; Decreto nº 94.406/87);
 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as Resoluções COFEN e Decisões dos CORENs.
 - Técnico- Administrativa:
 - Dinâmica das Unidades nos diferentes turnos.
 - Modelo Gerencial.
 - Modelo Assistencial.
 - Métodos de Trabalho.
 - Jornada de Trabalho.
 - Carga Horária Semanal.
 - Níveis de Formação dos Profissionais.
 - Padrões de Desempenho dos Profissionais.
 - Índice de Segurança Técnica (IST) não inferior a 30%.
 - Índice da proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio.
 - Indicadores de avaliação da qualidade da assistência, com vista à adequação quanti/qualitativa do quadro de profissionais de Enfermagem.
- III - A clientela:
- Sistema de Classificação de Pacientes (SCP);
 - Realidade sociocultural e econômica⁽¹⁹⁾.

Em 2004, o COFEN modifica a Resolução nº 189/96 e publica a Resolução nº 293/2004. A Resolução⁽²⁰⁾ traz parâmetros qualitativos e sugere um tratamento especial para algumas situações como: aumento de número de horas para a prestação do cuidado conforme complexidade, sendo mais significativo para os intensivos, orientação quanto ao índice de segurança técnica, isto é, um acréscimo no quantitativo por categoria profissional para a cobertura das ausências ao serviço, orientando que, esse índice não seja inferior a 15%. Assim, em 2004 entrou em vigor a resolução que

fixa estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde e assemelhados⁽²⁰⁾.

No que diz respeito ao dimensionamento em Unidades de Atenção Básica (AB), a Resolução nº 293/2004, apresenta em “Unidades Assistenciais Especiais” atividades (pré consulta, consulta, tratamento, preparo de material, esterilização, chefia, coordenação ou supervisão, etc) que são observadas nas unidades da AB, assim como áreas operacionais (consultório, sala de exame, sala de imunização, sala de esterilização, sala de eletrocardiograma, etc) e período de trabalho de 8 horas diárias. Ainda na Resolução, é apresentado em anexo, recomendações para o cálculo do dimensionamento para Unidade Especial (UE) por meio da fórmula “Constante de Marinho”⁽²⁰⁾:

$$KM_{SF} = \frac{PT \times IST}{JST}$$

Onde:

KM = Constante de Marinho

SF = Sítio funcional

PT = Período de trabalho

IST = Índice de segurança técnico

JST = Jornada semanal de trabalho

Depois de obtido o valor da Constante de Marinho, calcula-se a Quantidade de pessoal da UE, por categoria:

$$QP(Enf)_{UE} = TSF_{ENF} \times KM_{UE} \qquad QP(TE|AE)_{UE} = TSF_{(TE|AE)} \times KM_{UE}$$

Onde:

QP = Quantidade de Pessoal

Enf = Enfermeiro

TE/AE = Técnico e auxiliar de enfermagem

TSF = Total de sítios funcionais

KM = Constante de Marinho

Embora a Resolução⁽²⁰⁾ considere atividades executadas nas unidades da AB e proponha parâmetros para dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem, observa-se ausência de parâmetros para o tempo de assistência próprio dessas unidades⁽²¹⁾. Paralelamente a isso, na área da AB identificam-se poucos estudos que abordam os instrumentos e metodologia utilizada no planejamento quantitativo e qualitativo dos profissionais de enfermagem⁽²²⁾, o que dificulta o planejamento do dimensionamento de pessoal.

A busca por modelos que ajustem o pessoal de enfermagem de acordo com a realidade dos serviços e características da clientela têm se dado de forma gradual. O avanço nos estudos sobre dimensionamento tem se mostrado mais expansível na área hospitalar desde 2004, já no âmbito da AB são ainda recentes, porém, promissoras.

Ao considerar o contexto da AB, nos deparamos com o enfermeiro no papel de coordenador de uma equipe, que requer, como uma das principais funções, a do gerenciamento da equipe de enfermagem e do serviço de saúde para a produção do cuidado, no qual a utilização de métodos que possibilitem um planejamento de acordo com a demanda da comunidade é de extrema importância⁽²¹⁾. É fundamental que esse profissional tenha claro o conceito de gerenciamento e saiba utilizar-se de instrumentos que o auxiliem no processo de trabalho, visando melhoria neste nível de atenção à saúde, considerada a sua relevância no Sistema Único de Saúde.

1.3 Atenção Básica à Saúde

O SUS, instituído pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, regulamentada pelo Decreto 7.508 de 2011, está pautado na reorientação do modelo assistencial do Brasil⁽²³⁾. Nesse Sistema, a AB compreende importante nível de articulação da rede de atenção à saúde com o acesso livre de todos os indivíduos de uma comunidade a serviços de saúde. As terminologias Atenção Básica à Saúde e Atenção Primária à Saúde são consideradas sinônimos, utilizadas na nomenclatura oficial e acadêmica, sendo a primeira reconhecida predominantemente no Brasil^(24,25).

A AB tem como fundamental *locus* de atuação as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Saúde da Família (USF). Ambas são caracterizadas por estabelecimento de vínculo, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, em âmbito individual ou coletivo⁽²⁶⁾.

O Programa Saúde da Família (PSF) iniciou-se no nordeste do país em 1994, tendo como princípios a territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilidade e priorização de grupos populacionais com mais risco de morbidade e mortalidade. Desde o final da década de 90, o Ministério da Saúde assumiu o Programa como a principal estratégia de organização da AB no país. Em 2006 o PSF passou ser designado Estratégia Saúde da Família (ESF)^(27,28).

A ESF concretizou-se a partir do trabalho de equipe constituída por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), delimitada por um território previamente definido, assumindo a responsabilidade da população compreendida nessa mesma área. A essa equipe atribui-se as ações de saúde dos indivíduos e das famílias de forma integral e contínua⁽²⁷⁾. Em 2000, a equipe Saúde da Família passou a contar com um cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

No que diz respeito à atenção prestada na ESF

[...] está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e o levantamento de seus problemas de saúde mais expressivos, buscando-se soluções, seja na rede de serviços de saúde seja na sociedade em geral, através da intersetorialidade. Trata-se de um atendimento humanizado, resolutivo e de qualidade⁽²⁷⁾.

Quanto à população assistida por cada equipe de saúde a família, a Portaria nº 2.488, de outubro de 2011, afirma que

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele

território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe⁽²⁹⁾.

No cenário da UBS, observam-se equipes compostas por médicos (clínico, pediatra e ginecologista-obstetras), enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas e pessoal de apoio técnico. Ainda, em algumas unidades, nota-se a presença de outros especialistas como oftalmologista, dermatologista, cardiologista, entre outros. A demanda se apresenta espontânea e/ou encaminhada por outros serviços. Não há adstrição de clientela e a delimitação geográfica da área se refere às ações de vigilância à saúde⁽³⁰⁾. O fluxo de atendimento é de acordo com a demanda espontânea que geralmente ocorre devido a presença de especialidades médicas⁽²⁶⁾.

Entre as competências dos enfermeiros que atuam em UBS e USF, encontram-se as atividades de gerenciamento. Essas ações devem ser integradas com o trabalho em equipe, com foco na qualidade do cuidado integral e promoção da saúde da população, fazendo cumprir-se os princípios dos SUS⁽³¹⁾. Estudos apontam que, no Brasil, há predomínio de enfermeiros no gerenciamento da AB. Isso não ocorre de forma tão expressiva em países europeus ou no Sistema Nacional de Saúde Inglês, o qual o serviço de atenção primária ou enfermeiros atuam na maioria no gerenciamento dos cuidados paliativos, doenças crônicas e na educação em saúde^(32,33).

A literatura apresenta que é cada vez mais crescente a apropriação de cargos de coordenação das USF por parte dos enfermeiros^(34,35). Porém, a tarefa de coordenar uma equipe saúde da família exige superação do que é usualmente exercido por esse profissional. Além das atividades já esperadas por um enfermeiro, isto é, o assistir, a função de coordenar uma USF lhe atribui outras funções⁽³⁵⁾. Um estudo realizado em uma USF no Sul do país, mostrou que no trabalho gerencial do enfermeiro, a dimensão administrar corresponde a 33% do seu tempo em atividades laborais, apresentando-se atrás da dimensão assistir com 42%⁽³⁶⁾.

Devida as inúmeras responsabilidades dentro das unidades de saúde, os enfermeiros sofrem com a sobrecarga e falta de tempo para cumprir com as atividades sob sua responsabilidade⁽³⁷⁾. Para os enfermeiros que atuam na gerência e na assistência, a sobreposição de tarefas é um obstáculo no processo de trabalho, influenciando assim, na qualidade de trabalho e atendimento aos usuários do SUS. Dessa

forma a utilização de instrumentos que promovam adequação no quantitativo dos recursos humanos se faz necessária a fim de amenizar as dificuldades do seu trabalho.

A temática de dimensionamento tem sido um dos pontos principais para enfermeiros e administradores da área, porém, a escassez de parâmetros na AB para o planejamento de recursos humanos chama atenção, vista a importância e benefícios de um serviço adequadamente dimensionado. Aí reside a justificativa para o desenvolvimento desta pesquisa.

Mediante esse cenário, a pesquisa teve como proposta responder às seguintes perguntas: como se dá o processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma região de saúde do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS VI)? Qual a adequação da equipe relacionada à demanda de algumas atividades realizada nas Unidades de Saúde? Quais as deficiências e desafios apontados pelos enfermeiros gerentes de Unidades considerando a demanda de trabalho e a suficiência da equipe de enfermagem?

Objetivos

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Investigar a prática do dimensionamento de pessoal de enfermagem e analisar a adequação da equipe à carga média de trabalho de algumas atividades realizadas nas Unidades de Saúde de uma Região de Saúde a partir da avaliação de enfermeiros de Unidades Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar os métodos utilizados pelos enfermeiros para dimensionar o pessoal de enfermagem.
- ✓ Identificar o tempo gasto na execução de determinadas atividades da equipe de enfermagem.
- ✓ Calcular a carga média de trabalho
- ✓ Identificar, a partir do entendimento dos enfermeiros, se a equipe de enfermagem existente está adequada à carga média de trabalho da unidade.
- ✓ Identificar os desafios apontados pelos enfermeiros para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem.
- ✓ Verificar se existem atividades que deixam de ser realizadas devido à escassez de pessoal de enfermagem.
- ✓ Apontar possíveis contribuições advindas das sugestões dos enfermeiros para melhorar o dimensionamento de pessoal nas unidades.

Material e método

3. Material e método

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento transversal.

A pesquisa exploratória é realizada em uma área com pouco conhecimento científico acumulado ou sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que poderão, todavia, surgir durante a pesquisa ou ao seu final ^(38,39).

Na pesquisa descritiva pretende-se descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Realiza-se o estudo, análise, registro e a interpretação dos fatos sem a interferência do pesquisador. Não assume compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para algumas explicações ^(38,39).

A abordagem quantitativa utiliza procedimentos estruturados e instrumentos formais para a coleta de dados, enfatizando a objetividade. Traduz a realidade de uma população ou grupo, em números que posteriormente são analisados e classificados através de procedimentos estatísticos ⁽⁴⁰⁾.

Um dos delineamentos mais usados em pesquisas, o delineamento transversal é amplamente utilizado para descrição de características da população, no qual todas as medições são realizadas em um único momento, portanto não há seguimentos dos indivíduos estudados ⁽⁴¹⁾.

3.2 Local do estudo

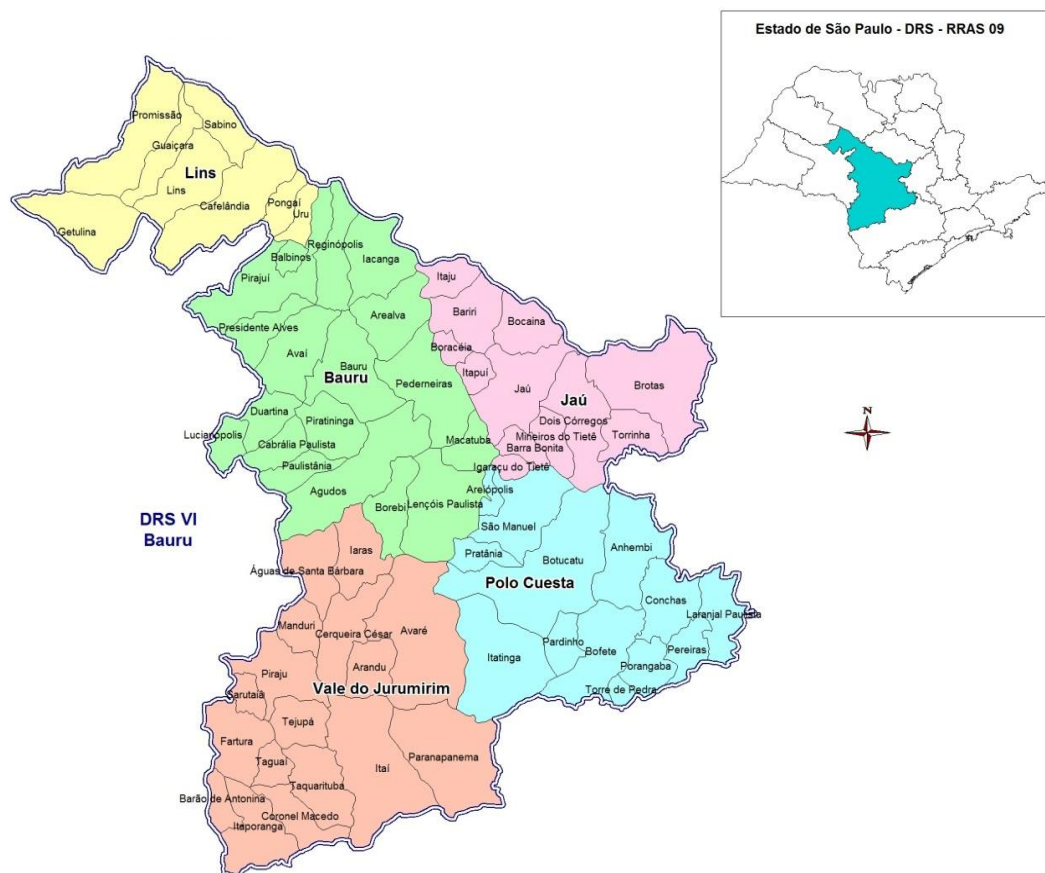
Este estudo abrangeu o primeiro nível de atenção do SUS, considerando-se a densidade tecnológica, portanto as UBS e USF da Região de Saúde do Polo Cuesta.

O Estado de São Paulo está dividido em dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de

Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil. Além da divisão em Departamentos Regionais, o Estado contempla dezessete Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado num determinado território⁽⁴²⁾.

O Polo Cuesta, localizado na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, está inserido no DRS VI e na Rede Regional de Atenção à Saúde 09 (RRAS 09). A Figura 1 ilustra a DRS VI e suas Regiões de Saúde.

Figura 1 – Regiões de Saúde do Departamento Regional de Saúde de Bauru.



Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Saúde

Posto isto, o Polo Cuesta é entendido como uma Região de Saúde com população total de 279.326 habitantes distribuídos em 13 municípios, sendo Botucatu o município mais populoso. A tabela 1 detalha os dados desta Região.

Tabela 1 – Composição do Polo Cuesta segundo municípios, população feminina, masculina e total. Polo Cuesta, SP, 2015.

DRS	Região de Saúde	Município	População feminina	População masculina	População total
		Anhembi	2.744	2.909	5.653
		Areiópolis	5.126	5.453	10.579
		Bofete	4.712	4.906	9.618
		Botucatu	65.567	61.761	127.328
		Conchas	8.097	8.191	16.288
		Itatinga	8.822	9.230	18.052
DRS 6	Polo Cuesta	Laranjal Paulista	12.786	12.465	25.251
		Pardinho	2.738	2.844	5.582
		Pereiras	3.668	3.786	7.454
		Porangaba	4.050	4.276	8.326
		Pratânia	2.220	2.379	4.599
		São Manuel	19.576	18.766	38.342
		Torre de Pedra	1.066	1.1888	2.254
Total			141.172	138.154	279.326

Fonte: Secretaria do Estado de São Paulo – Censo 2010

No que diz respeito às unidades da AB, a Região conta com 53 unidades, 33 USF e 20 UBS, sendo Botucatu a cidade com maior número de unidades. A tabela 2 apresenta a quantidade de unidades (UBS e USF) do Polo Cuesta de acordo com os municípios que compõe essa região.

Tabela 2 – Unidade Básica de Saúde e Unidade Saúde da Família do Polo Cuesta. Polo Cuesta, SP, 2015.

Município	UBS	USF	Total
Anhembi	0	2	2
Areiópolis	0	3	3
Bofete	1	0	1
Botucatu	7	12	19
Conchas	0	4	4
Itatinga	2	0	2
Laranjal Paulista	6	0	6
Pardinho	1	0	1
Pereiras	0	3	3
Porangaba	0	3	3
Pratânia	0	1	1
São Manuel	2	5	7
Torre de Pedra	1	0	1
Total	20	33	53

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde do Polo Cuesta

3.3 População alvo

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo enfermeiros que atuam em UBS ou USF localizadas nos municípios do Polo Cuesta e que aceitaram participar do estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1)

A escolha do profissional enfermeiro se deu pelo fato de que o dimensionamento de pessoal de enfermagem é um instrumento privativo a ele. Portanto, foram incluídos no estudo, sujeitos que forneceram dados valiosos, relevantes e suficientes para exprimir as informações pretendidas.

A Região de Saúde do Polo Cuesta apresenta 67 enfermeiros, 28 deles localizados em Botucatu. A tabela 3 aponta a distribuição dos enfermeiros nos 13 municípios da Região.

Tabela 3 – Quantitativo de Enfermeiros do Polo Cuesta segundo o município. Polo Cuesta, SP, 2015

Município	Número de enfermeiros (UBS E USF)
Anhembi	2
Areiópolis	3
Bofete	2
Botucatu	28
Conchas	3
Itatinga	2
Laranjal Paulista	6
Pardinho	1
Pereiras	3
Porangaba	3
Pratânia	2
São Manuel	11
Torre de Pedra	1
Total	67

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde do Polo Cuesta

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo enfermeiros que estavam de licença médica no período de coleta de dados com a impossibilidade de comunicação via e-mail, telefone ou pessoalmente.

3.4 Amostra do estudo

A amostra do estudo abrangeu todos os enfermeiros que atuam em UBS ou USF da Região de Saúde Polo Cuesta.

3.5 Coleta de dados

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, foi solicitado a cada Secretaria de Saúde dos municípios do Polo Cuesta, uma lista dos enfermeiros que exercem suas atividades junto às UBS ou USF. Cada lista fornecida continha o nome, e-mail e telefone pessoal ou do local de trabalho do profissional.

Após obter o e-mail dos enfermeiros iniciou-se a coleta de dados no dia 13 de abril de 2015, por meio do questionário (Apêndice 2) elaborado para essa pesquisa, disponibilizado por um link enviado no e-mail pessoal ou institucional do enfermeiro. A mensagem do e-mail englobava o título da pesquisa, breve informações sobre os aspectos éticos, a identificação das pesquisadoras envolvidas e o link de acesso ao questionário. Cada questionário respondido gerou um relatório enviado diretamente e exclusivamente à gestora do questionário contendo o TCLE e todas as respostas daquele participante.

Os e-mails foram enviados duas vezes por semana, terças e quintas feiras a fim de aumentar a adesão dos profissionais à pesquisa. Após um mês desde o primeiro envio, foram realizadas ligações telefônicas para reforçar a participação na pesquisa através do link disponibilizado via e-mail. Após 20 dias sem retorno online do questionário, este foi entregue impresso para os enfermeiros que ainda não havia apresentado uma devolutiva para a pesquisa, com data para o recolhimento já estipulada, encerrando a coleta de dados no dia 12 de junho de 2015.

3.5.1 Instrumento para a coleta de dados

O questionário para a coleta de dados foi elaborado para essa pesquisa e esteve disponível através do FormSUS⁽⁴³⁾ o qual consiste um serviço do DATASUS para a criação de formulários na Web. Para a criação do formulário foi necessário, primeiramente, se cadastrar como Gestor de Formulário do FormSUS⁽⁴³⁾. O sistema coleta dados do público alvo pretendido, armazena de forma organizada e gera relatórios rapidamente. O gestor pode acessar aos dados em qualquer lugar via Internet, assim como o público pode responder a um formulário em qualquer computador.

Após a formulação do questionário, o mesmo foi submetido à avaliação de docentes da área de Gerência em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu. Essas profissionais acessaram o link que dá acesso ao questionário, simularam o preenchimento e opinaram quanto à compreensão das questões, tempo e dificuldades de preenchimento. Após essa avaliação foi realizado um piloto distribuído aleatoriamente para enfermeiros do Estado de São Paulo que não faziam parte da população estudada a fim de adequar o instrumento em questão.

O TCLE estava inserido na primeira etapa do questionário. O profissional que aceitou participar da pesquisa informou seu nome completo, e-mail, cidade e data.

Após o TCLE o questionário apresenta quatro grupos de perguntas referentes à:

1. Dados Pessoais
2. Dados Profissionais
3. Local de Atendimento
4. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem

3.6 Variáveis

Variáveis sociodemográficas do enfermeiro

Variáveis associadas ao trabalho

Variáveis associadas ao dimensionamento de pessoal de enfermagem

3.7 Análise Estatística

Foi utilizada estatística descritiva dos dados com frequências e porcentagens para as variáveis qualitativas, e média, mediana, desvio padrão, valores de mínimo e valores de máximos para as variáveis quantitativas.

Para verificar a associação de variáveis de interesse e se utilizam um instrumento para o dimensionamento de pessoal de enfermagem foi realizado o Teste Qui quadrado ou Exato de Fisher quando necessário.

Considerou-se $p < 0,05$ com nível de significância para as análises.

O programa utilizado foi o programa SAS for Windows, versão 9.2®.

As questões abertas do instrumento foram categorizadas de acordo com um eixo comum entre elas e então calculado a porcentagem de cada categoria.

Para cálculo da carga de trabalho, obtêm-se primeiramente o produto de cada atividade envolvida no estudo pela seguinte fórmula:

$$P = F \times TM$$

Onde:

P = Produto da atividade executada

F = Frequência da atividade em um mês típico

TM = Tempo médio gasto para execução da atividade (em minutos)

Após calcular o produto de todas as atividades contempladas na pesquisa, somam-se todos os valores, obtendo-se uma demanda total das atividades, em

minutos. Seguidamente, divide-se a demanda total por 60, a fim de obter o valor da demanda total em horas:

$$D = \frac{\sum P}{60}$$

Onde:

D = Demanda total das atividades executadas (em horas)

P = Produto da atividade exercida

Por enfim, utiliza-se a seguinte equação para calcular o valor da carga média de trabalho por profissional de enfermagem por dia:

$$C = \left(\frac{D}{22}\right) \div QP_{\langle Enf|TE|AE \rangle} \qquad C = \left(\frac{D}{22}\right) \div QP_{(Enf)}$$

Onde:

C = Carga média de trabalho

D = Demanda total (em horas)

QP = Quantidade de pessoal de enfermagem

Para obter a carga de trabalho de atividades restritas ao enfermeiro, como a consulta de enfermagem, utiliza-se os mesmos cálculos, porém em QP deverá ser considerado somente o número de enfermeiros.

3.8 Procedimentos Éticos

Conforme requisição da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob o Número do Parecer 944.190 em reunião do dia 02/02/2015

(Anexo 1). Esta pesquisa também foi aprovada pela Diretora da Instituição (Anexo2) e pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu (Anexo 3).

Resultados

4. Resultados

Apresentam-se aqui os dados coletados, procurando seguir a mesma sequência do roteiro de perguntas disponíveis no questionário da pesquisa. Ressalta-se que as unidades de saúde (UBS e USF) serão denominadas pelo modelo de atenção e números cardinais, garantindo assim o anonimato dos participantes.

O questionário foi entregue para 67 enfermeiros, ou seja, número total da amostra proposta. Foram respondidos 58 questionários, considerando que, 7 enfermeiros se recusaram a participar do estudo e 2 enfermeiros estavam atendendo em unidade de saúde em construção, portanto não estavam realizando os procedimentos de rotina da unidade.

A primeira parte constitui-se da caracterização dos sujeitos de pesquisa segundo sexo, idade, município, ano de formação profissional, titulação e modalidade de pós-graduação que possui, quando for o caso. A tabela 4 representa esses dados.

Em relação ao sexo e idade dos participantes, predomina o feminino (93,0%, n=54) na faixa etária de 23 a 30 anos (41,3%, n=24). Observa-se que os mesmos pertencem a 12 municípios diferentes, sendo o mais prevalente Botucatu (46,5%, n=27). Salienta-se que um município não possui enfermeiros participantes na pesquisa devido a não concordância em participar do estudo.

Analisando o ano de formação dos enfermeiros, percebe-se que a maior parte se formou no período de 2005 a 2015 (68,9%, n=31). Há predomínio de enfermeiros que possuem pós-graduação (81,0%, n=47), sendo a categoria de pós-graduação mais frequente, lato sensu (80,8%, n=38), considerando lato sensu as especializações e stricto sensu os mestrados e doutorados. Destaca-se que 10,5% (n=4) das especializações citadas eram na área de gestão em saúde.

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo sexo, faixa etária, procedência, ano de formação e titulação. Polo Cuesta, SP, 2015.

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	54	93,1
	Masculino	4	6,9
Faixa etária	23 a 30	24	41,3
	31 a 37	14	24,1
	38 a 43	20	34,4
Municípios	Anhembi	2	3,4
	Areiópolis	2	3,4
	Bofete	2	3,4
	Botucatu	27	46,5
	Conchas	2	3,4
	Itatinga	2	3,4
	Laranjal Paulista	4	6,9
	Pereiras	2	3,4
	Porangaba	2	3,4
	Pratânia	2	3,4
	São Manuel	10	17,2
Torre de Pedra	1	1,7	
Ano de Formação	1990 – 2004	18	31,0
	2005 – 2014	40	68,9
Titulação	Somente graduação	11	18,9
	Pós-graduação	47	81,0
Pós-graduação	Lato sensu	38	80,8
	Stricto sensu	6	12,7
	Ambas	3	6,3
Total			100,0

A segunda parte organiza-se por informações referentes ao tempo de serviço, jornada de trabalho semanal e função que ocupam em suas respectivas unidades de saúde. As tabelas 5 e 6 apontam os dados.

Analisando o tempo de atuação na Unidade de Saúde, o maior tempo encontrado foi de 204 meses (17 anos) e o menor tempo igual a 1 mês, portanto observa-se uma média de 46,4 ($\pm 50,6$) meses. No que diz respeito à jornada de trabalho semanal, constata-se uma média de 39,7 ($\pm 1,6$) horas semanais.

Tabela 5 - Tempo de serviço e número de horas semanais trabalhadas na unidade. Polo Cuesta, SP, 2015.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Tempo de serviço na unidade de saúde (meses)	46,9	50,6	24	1	204
Jornada de trabalho (horas)	39,7	1,6	40	30	44

Em relação à função que ocupam na unidade de saúde, há predominância de enfermeiros que exercem ambas as funções, gerencial e assistência (74,1%, n=43).

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo a função que ocupam na unidade. Polo Cuesta, SP, 2015.

Função na unidade	N	%
Gerencial	9	15,5
Assistencial	6	10,3
Ambas	43	74,1
Total		100,0

Em seguida são apresentados dados da terceira parte do questionário, o qual traz informações que retratam o perfil das unidades de saúde dos enfermeiros participantes da pesquisa.

Observando na tabela 7 o número de habitantes cadastrados nas unidades, percebe-se maior concentração de habitantes em Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 7 - Distribuição de habitantes por Unidade Básica de Saúde e Unidade Saúde da Família. Polo Cuesta, SP, 2015.

Modelo de atenção	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
UBS	13306,8	6536,9	13765	1000	24000
USF	4831,5	3090,1	3790	1000	14000

Em relação ao tipo de atendimento na unidade de saúde, observa-se prevalência (53,4%, n=31) de atendimentos agendados, isto é, atendimentos já previstos em agenda médica ou do enfermeiro. No que se refere ao modelo de atenção na qual trabalham, há predominância de USF (56,9%, n=33), sendo a maioria constituída por apenas uma equipe Saúde da Família por Unidade Saúde da Família (63,6%, n=21). Analisando o número de profissionais da equipe de enfermagem, observa-se predomínio de um enfermeiro (55,1%, n=32), 1 a 6 técnicos e auxiliares (58,6%, n=34) e 0 a 3 ACS por unidade de saúde, considerando que as UBS não contam com essa categoria profissional. A tabela 8 ilustra essas informações.

Tabela 8 - Perfil das unidades de saúde segundo tipo de atendimento, modelo de atenção, número de equipes saúde da família, enfermeiros, técnicos e auxiliares e ACS. Polo Cuesta, SP, 2015. (continua)

Variável	Categoria	N	%
Tipo de atendimento	Atendimentos agendados	31	53,4
	Demanda espontânea	27	46,5
Modelo de atenção	UBS	25	43,1
	USF	33	56,9
Número de equipes saúde da família	1	21	63,6
	2	9	27,2
	3	3	9,0

Tabela 8 - Perfil das unidades de saúde segundo tipo de atendimento, modelo de atenção, número de equipes saúde da família, enfermeiros, técnicos e auxiliares e ACS. Polo Cuesta, SP, 2015. (conclusão)

Variável	Categoria	N	%
Nº de enfermeiros	1	32	55,1
	2	21	36,2
	3	4	6,9
	4	1	1,7
Nº de técnicos e auxiliares	1 a 6	34	58,6
	7 a 12	23	39,6
	13 a 19	1	1,7
Nº de agentes comunitários de saúde	0 a 3	31	53,4
	4 a 7	20	34,4
	8 a 12	7	12,0
Total			100,0

Verifica-se por meio da tabela 9 a predominância de unidades que não há funcionários afastados por licença médica (67,2%, n=39). Nos casos de existência de funcionários afastados, nota-se que a maior ocorrência acontece devido doenças psiquiátricas (30,4%, n=7). Os motivos das licenças foram categorizados de acordo com a similaridade das respostas.

Tabela 9 - Ausência ou existência de licença médica e motivos que levam o afastamento do profissional. Polo Cuesta, SP, 2015.

Variável	Categoria	N	%
Licença médica	Sim	19	32,7
	Não	39	67,2
Motivo da licença médica	Câncer	2	8,6
	Cirurgia	4	17,4
	Doença Psiquiátrica	7	30,4
	Licença maternidade	2	8,6
	Doença ortopédica	5	21,7
	Outros	3	13,0
Total			100,0

As tabelas e quadros a seguir descrevem aspectos acerca do dimensionamento de pessoal de Enfermagem nas unidades de saúde, segundo os enfermeiros entrevistados. Os dados são apresentados com base em perguntas fechadas e abertas.

A tabela 10 expõe como os enfermeiros percebem a importância do dimensionamento e da utilização de um método para dimensionar o pessoal de enfermagem. Observa-se que a maior parte dos enfermeiros faz uso de algum método de dimensionamento de pessoal de enfermagem (60,3%, n=35). O quadro 1 subsequente mostra os motivos que levam parte dos enfermeiros (39,6%, n=23) não utilizarem um método. Os motivos foram categorizados de acordo com a similaridade das respostas.

Tabela 10 - Utilização de um método para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.

Variável	Categoria	N	%
Considera importante utilizar um instrumento de dimensionamento	Sim	53	91,3
	Não	0	0,0
	Em parte	5	8,6
Utiliza algum método para dimensionar	Sim	35	60,3
	Não	23	39,6
Total			100,0

Quadro 1- Motivos que levam os enfermeiros não utilizarem um método para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.

Motivos	%
Adequação da equipe de enfermagem já dentro do previsto	8,6
Déficit de pessoal de enfermagem torna inviável realizar o cálculo	21,7
Função do gestor municipal	13,0
Função do enfermeiro gerencial	8,6
Pouco tempo de serviço na unidade	8,6
Falta de treinamento/conhecimento sobre o assunto	26,0
Falta de apoio do gestor municipal	13,0

A tabela 11 a seguir indica que não há relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) ao correlacionar o fato dos enfermeiros utilizarem um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem e a adequação da equipe de acordo com a demanda. É constatado que enfermeiros que aplicam um instrumento de dimensionamento o fazem independentemente da adequação de profissionais em relação à demanda.

Tabela 11 - Correlação entre utilização de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem e o número de profissionais da equipe. Polo Cuesta, SP, 2015.

Número de profissionais proporcional à demanda	Utiliza algum instrumento para dimensionar a equipe		$p = 0.5680$
	Não n (%)	Sim n (%)	
Em parte	6 (26,0)	10 (28,5)	
Não	12 (52,1)	21 (60,0)	
Sim	5 (21,7)	4 (11,4)	

Ao verificar a correlação entre a utilização de um instrumento para dimensionar a equipe e a função que o enfermeiro ocupa na unidade de saúde, nota-se uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Pode-se dizer, portanto que enfermeiros gerenciais procuram utilizar mais um instrumento de dimensionamento em contrapartida dos enfermeiros assistenciais. A tabela 12 constata essa informação.

Tabela 12 - Correlação entre a utilização de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem e a função do enfermeiro. Polo Cuesta, SP, 2015.

Função do enfermeiro	Utiliza algum instrumento para dimensionar a equipe		$p = 0.0048$
	Não n (%)	Sim n (%)	
Ambas	15 (65,2)	28 (80,0)	
Assistencial	6 (26,0)	0 (00,0)	
Gerencial	2 (8,7)	7 (20,0)	

Ao verificar, por meio da tabela 13, a relação entre o ano de formação e a utilização ou não de um instrumento para o dimensionamento de pessoal de enfermagem, é possível observar que não houve relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), sugerindo então que enfermeiros que se formaram a partir do ano da Resolução nº 293/04 não necessariamente utilizam um método de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Tabela 13 - Correlação entre ano de formação e utilização de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.

Ano de formação	Utiliza algum instrumento para dimensionar a equipe		p= 0.4580
	Não n (%)	Sim n (%)	
1990 – 2004	8 (47,0)	9 (52,9)	
2004 – 2014	15 (36,5)	26 (63,4)	

Ao correlacionar o tempo de serviço e a utilização de um instrumento para o dimensionamento, verifica-se conforme tabela 14 que não há significância ($p < 0,05$) entre as variáveis, podendo-se dizer que o fato de um enfermeiro trabalhar mais tempo em determinada unidade não interfere no uso do dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Tabela 14 - Correlação entre o tempo de serviço e utilização de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.

Tempo de serviço	Utiliza algum instrumento para dimensionar a equipe		p= 0.7018
	Não n (%)	Sim n (%)	
0 a ≤ 6 meses	3 (42,8)	4 (57,1)	
>6 meses a ≤ 2 anos	8 (33,3)	16 (66,6)	
>2 anos a ≤ 6 anos	3 (30,0)	7 (70,0)	
> 6 anos	7 (50,0)	7 (50,0)	

A tabela 15 apresenta os métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem utilizados pelos enfermeiros em suas respectivas unidades e a consideração do método ser suficiente conforme referido por eles. A maioria dos profissionais apontam utilizar o cálculo previsto pela Resolução COFEN 293/04 (82,8%, n=29), sendo que a maior parte (57,1%, n=20) considera suficiente o método empregado.

Tabela 15 - Método utilizado pelos enfermeiros para dimensionar a equipe de enfermagem e suficiência do método utilizado. Polo Cuesta, SP, 2015.

Variável	Categoria	N	%
Método para dimensionar a equipe de enfermagem	COFEN 293/2004	29	82,8
	Escala de trabalho	5	14,2
	Demanda de serviço	1	2,8
Suficiência do método utilizado	Sim	20	57,1
	Não	1	2,8
	Em parte	14	40,0
Total			100,0

O quadro 2 traz opiniões dos enfermeiros que utilizam algum método de dimensionamento de pessoal de enfermagem a respeito da eficiência desses métodos. Os comentários foram categorizados de acordo com a similaridade das respostas.

Quadro 2 - Pontos acerca da suficiência dos métodos utilizados para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015. (continua)

Comentários	%
O cálculo proposto (COFEN 293/2004) não está apropriado para a realidade/necessidade da USF.	25,0
O cálculo (COFEN 293/2004) superestima o número de pessoal da equipe de enfermagem.	12,5
O cálculo (COFEN 293/2004) não considera ausências previstas e não prevista.	6,2
O cálculo (COFEN 293/2004) é apropriado, porém a contratação não depende do enfermeiro.	12,5

Quadro 2 - Pontos acerca da suficiência dos métodos utilizados para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015. (conclusão)

Comentários	%
O cálculo deveria ser determinado pela carga de trabalho da unidade.	37,5
O cálculo deveria ser determinado pelo número de pacientes e atividades exercidas na unidade.	6,2

A tabela 16 expressa a forma de cálculo que os enfermeiros consideraram adequada para dimensionar o pessoal de enfermagem. Observa-se predominância do cálculo baseado com base na população (60,3%, n=35), considerando que se trata de uma recomendação do Ministério da Saúde para USF.

Tabela 16 - Forma de cálculo considerado adequado para dimensionar a equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015.

Forma de cálculo adequado	N	%
Dimensionar com base na população	35	60,3
Dimensionar com base no número de postos de trabalho	19	32,7
Outros (população e postos de trabalho)	2	3,4
Outros (atividades exercidas)	2	3,4
Total		100,0

O quadro 3 exprime os desafios encontrados pelos enfermeiros ao realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem. As respostas foram classificadas em 7 categorias de acordo com a similaridade das opiniões.

Quadro 3 - Desafios para realizar o dimensionamento de pessoal. Polo Cuesta, SP, 2015. (continua)

Desafios	%
Falta de governabilidade para a contratação após realizar o cálculo	16,6
Modelo de atenção baseado na livre demanda (UBS)	3,7
Demanda de trabalho excessiva/sobrecarga de trabalho	35,1
Exercer ambas as funções (assistencial e gerencial) na unidade	3,7

Quadro 3 - Desafios para realizar o dimensionamento de pessoal. Polo Cuesta, SP, 2015. (conclusão)

Desafios	%
Falta de apoio da gestão municipal	3,7
Conhecimento insuficiente sobre o assunto	29,6
Falta de um instrumento ideal para dimensionar a equipe	7,4

Ao correlacionar a utilização de um instrumento de dimensionamento e o modelo de atenção das unidades, observa-se uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis. Pode-se constatar através da tabela 17 que enfermeiros de USF utilizam mais um instrumento de dimensionamento em relação aos profissionais que trabalham em UBS.

Tabela 17 - Correlação entre a utilização de um instrumento de dimensionamento e modelo de atenção da unidade. Polo Cuesta, SP, 2015.

Utiliza algum instrumento para dimensionar a equipe	Modelo de atenção		p= 0.0268
	UBS n (%)	USF n (%)	
Não	14 (60,8)	9 (39,1)	
Sim	11 (31,4)	24 (68,5)	

A tabela 18, expressa como os enfermeiros percebem o número de profissionais frente à demanda da unidade, onde há prevalência (56,9%, n=33) de enfermeiros que consideram que o número de profissionais não está consoante com a demanda de sua unidade. Ao solicitar uma nota da percepção sobre a adequação, considerando: 0= equipe inadequada para atender a demanda; 5= equipe suficiente para atender o básico da demanda; 10= equipe adequada para todas as necessidades da demanda, 37,9% (n=22) dos enfermeiros conferiram nota 5.

Tabela 18 - Proporção de profissionais frente à demanda e nota da adequação da unidade. Polo Cuesta, SP, 2015.

Variável	Categoria	N	%
Número de profissional proporcional à demanda	Sim	9	15,5
	Não	33	56,9
	Em parte	16	27,5
Nota	0 a 4	21	36,2
	5	22	37,9
	6 a 10	15	25,8
Total			100,0

A tabela 19 analisa a correlação entre a utilização de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem e a nota dada pelos enfermeiros a respeito da demanda e o número de profissionais da equipe. Observa-se relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as duas variáveis, podendo dizer que enfermeiros que afirmaram utilizar um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem, atribuíram notas ≥ 5 , diferentemente daqueles que disseram não utilizar um instrumento.

Tabela 19 - Correlação entre utilizar um instrumento para o dimensionamento e nota em relação à demanda/profissionais da equipe.

Nota	Utiliza algum instrumento para dimensionar a equipe		p= 0.0064
	Não n (%)	Sim n (%)	
0 a 4	14 (66,6%)	7 (33,3%)	
5	5 (22,7)	17 (77,2%)	
6 a 8	4 (26,6%)	11 (73,3)	

A tabela 20 indica todas as atividades que não são realizadas nas unidades, devido à escassez de pessoal, de acordo com os enfermeiros participantes do estudo.

Parte dos enfermeiros (30,2%, n=23) afirmou que não há atividades que deixam de serem executadas. Em sequência, observa-se maior prevalência nas atividades de grupos educativos/educação em saúde (27,6%, n=21) e visitas domiciliares (21,0%, n=16), como sendo as que não são realizadas em suas unidades.

Tabela 20 - Distribuição das atividades que não são realizadas devido à escassez de pessoal. Polo Cuesta, SP, 2015.

Atividade não realizada	N	%
Acolhimento	1	1,3
Atividades gerenciais	3	3,9
Consulta de enfermagem	4	5,2
Educação continuada	4	5,2
Grupos educativos/educação em saúde	21	27,6
Pré consulta/Pós consulta	2	2,6
Reunião em equipe	1	1,3
Visitas Domiciliares	16	21,0
Vacinas	1	1,3
Não há	23	30,2
Total		100,0

Nesse momento são apresentados dados referentes à produção de trabalho específico da equipe de enfermagem, a partir das atividades executadas nas unidades. Não significa que a equipe de enfermagem realiza apenas esse trabalho, porém esses foram os passíveis de quantificação para o estudo, por serem ações consideradas caracteristicamente realizadas pela equipe de enfermagem.

As tabelas 21 e 22 referem-se ao número de vezes que cada atividade ocorre em um mês típico nas Unidades Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, respectivamente. Percebe-se um maior registro de pré-consultas (811,2 \pm 660,4) e menor em grupos educativos aos usuários (16,9 \pm 72,5) no que diz respeito às Unidades Saúde da Família. O mesmo ocorre em Unidades Básicas de Saúde, nas quais se observa maior número de pré-consultas (1330,0 \pm 967,5) e menor de grupos educativos (5,74 \pm 10,9).

Tabela 21 – Média mensal de atividades realizadas nas Unidades Saúde da Família. Polo Cuesta, SP, 2015.

Variável	Média	Desvio Padrão
Coleta	155,0	131,0
Curativo	34,6	34,4
Medicação	132,6	126,2
Vacinação	203,7	144,3
Inalação	25,4	24,7
Eletrocardiograma	60,5	208,2
Pré-consulta	811,2	660,4
Consulta de Enfermagem	340,1	373,3
Pós-consulta	800,0	685,4
Grupos educativos	16,9	72,5
Visitas domiciliares	238,9	419,0

Tabela 22 – Média mensal de atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. Polo Cuesta, SP, 2015.

Variável	Média	Desvio Padrão
Coleta	468,8	581,4
Curativo	64,1	74,2
Medicação	429,0	645,4
Vacinação	369,3	319,4
Inalação	75,3	101,1
Eletrocardiograma	50,6	70,8
Pré-consulta	1300,0	967,5
Consulta de Enfermagem	211,9	305,3
Pós-consulta	1192,1	933,2
Grupos educativos	5,7	10,9
Visitas domiciliares	67,2	185,5

As tabelas 23 e 24 referem-se ao tempo gasto em determinadas atividades, de acordo com USF e UBS respectivamente. Observa-se que em USF a atividade que

demanda maior tempo são os grupos educativos aos usuários (39,6 ±23.1) e nas UBS, visitas domiciliares (32,8 ± 17.6).

Tabela 23 - Média de tempo, em minutos, referido como necessário para nas atividades realizadas nas Unidades Saúde da Família. Polo Cuesta, SP, 2015.

Variável	Média	Desvio Padrão
Coleta	10,6	4,9
Curativo	20,0	9,9
Medicação	12,1	7,4
Vacinação	13,3	5,8
Inalação	10,4	7,4
Eletrocardiograma	10,3	8,0
Pré-consulta	9,7	5,5
Consulta de Enfermagem	31,5	8,9
Pós-consulta	10,4	4,9
Grupos educativos	39,6	23,1
Visitas domiciliares	36,8	15,0

Tabela 24 - Média de tempo, em minutos, referido como necessário para as atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. Polo Cuesta, SP, 2015.

Variável	Média	Desvio Padrão
Coleta	10,2	5,4
Curativo	23,8	14,3
Medicação	13,0	6,7
Vacinação	12,2	6,7
Inalação	12,4	7,0
Eletrocardiograma	12,0	7,0
Pré-consulta	11,0	5,5
Consulta de Enfermagem	26,0	8,4
Pós-consulta	12,0	5,9
Grupos educativos	31,0	24,8
Visitas domiciliares	32,8	17,6

As tabelas 25 e 26 apresentam o produto da execução de determinadas atividades (coleta, curativo, medicação, vacinação, inalação, eletrocardiograma, pré consulta, pós consulta, grupos educativos e visitas domiciliares) nas unidades de saúde. O cálculo foi obtido pela multiplicação do número de atividades realizadas em um mês típico da unidade pelo tempo gasto para realizar essas atividades.

Tabela 25 - Produto das atividades realizadas nas unidades de saúde*: coleta, curativo, medicação, vacinação, inalação, eletrocardiograma. Polo Cuesta, SP, 2015. (continua)

Modelo de Atenção	Coleta (min)	Curativo (min)	Medicação (min)	Vacinação (min)	Inalação (min)
USF 1	5000	5040	1100	840	200
USF 2	500	300	500	0	75
USF 3	2100	180	1000	3000	75
USF 4	950	300	275	1500	0
USF 5	2625	840	1200	1875	980
USF 6	2100	375	350	5100	50
USF 7	1400	375	350	5100	50
USF 8	2800	375	350	5100	50
USF 9	1550	2160	5175	1950	960
USF 10	0	90	50	2000	60
USF 11	1000	1200	1000	3000	600
USF 12	750	360	200	2500	0
USF 13	1200	120	330	2700	20
USF 14	0	0	0	0	0
USF 15	2250	300	525	3900	225
USF 16	1500	300	2000	7500	250
USF 17	800	200	250	75	75
USF 18	9000	580	3970	3200	350
USF 19	250	1500	1200	0	900
USF 20	4800	440	225	0	50
USF 21	750	300	3600	6000	1800
USF 22	570	420	1010	6750	150
USF 23	620	420	1500	4500	500
USF 24	3600	4800	3000	4050	300
USF 25	3200	750	3000	4000	375
USF 26	600	160	1800	3200	60
USF 27	2400	600	3750	4600	200
USF 28	400	180	1065	2250	120
USF 29	700	360	100	3200	0
USF 30	3760	500	300	3960	275
USF 31	1470	600	3000	850	290
UBS 1	1800	600	440	1100	375
UBS 2	7500	7500	5700	12000	4000
UBS 3	0	1350	15000	0	500
UBS 4	31350	740	22180	4850	1460
UBS 5	2500	2400	4500	22500	600
UBS 6	1600	900	1600	1200	375
UBS 7	500	150	150	50	80
UBS 8	5200	285	1270	4500	190
UBS 9	1500	500	800	2610	330
UBS 10	600	4500	4000	10000	4000
UBS 11	3000	3600	1200	6000	600
UBS 12	3000	1800	300	3000	100
UBS 13	6500	900	1600	0	2000
UBS 14	0	0	2500	0	820
UBS 15	1810	210	185	1750	30

Tabela 25 - Produto das atividades realizadas nas unidades de saúde*: coleta, curativo, medicação, vacinação, inalação, eletrocardiograma. Polo Cuesta, SP, 2015. (conclusão)

Modelo de Atenção	Coleta (min)	Curativo (min)	Medicação (min)	Vacinação (min)	Inalação (min)
UBS 16	1500	2400	6000	5000	1000
UBS 17	750	1600	3000	5000	1000
UBS 18	10000	520	300	3000	150
UBS 19	2000	450	800	9000	0
UBS 20	3000	750	3450	7500	300
UBS 21	4210	1280	700	9210	40
UBS 22	7500	900	300	8000	100

* Foram excluídas da tabela duas USF e três UBS devido à falta de informação para a realização do cálculo.

Tabela 26 – Produto das atividades realizadas nas unidades de saúde*: pré-consulta, pós-consulta, grupos educativos aos usuários e visita domiciliar. Polo Cuesta, SP, 2015. (continua)

Modelo de Atenção	Eletrocardiograma (min)	Pré-consulta (min)	Pós-consulta (min)	Grupos educativos (min)	Visita Domiciliar (min)
USF 1	150	2000	1000	240	900
USF 2	0	4000	4000	300	1200
USF 3	500	3000	3000	480	800
USF 4	0	0	1750	120	300
USF 5	200	7200	14400	160	60000
USF 6	0	25000	37500	60	4000
USF 7	0	25000	37500	60	4000
USF 8	0	25000	37500	60	4000
USF 9	450	7980	10830	15	2450
USF 10	30	6000	0	0	240
USF 11	1000	18000	18000	240	1800
USF 12	0	4500	3000	120	400
USF 13	0	6000	3000	180	1800
USF 14	1200	3750	7500	0	800
USF 15	450	5700	8400	480	900
USF 16	1200	14250	12000	900	1400
USF 17	375	3000	3000	150	3000
USF 18	1785	350	0	0	1140
USF 19	0	3000	1500	240	2400
USF 20	0	6600	6600	240	2640
USF 21	1000	7500	7500	0	900
USF 22	320	2850	2850	12420	10680
USF 23	480	8000	12000	120	7120
USF 24	600	7000	14000	240	420
USF 25	300	7000	10500	360	1560
USF 26	200	3000	6000	0	240
USF 27	1000	6000	300	800	1440
USF 28	90	8250	12000	480	240
USF 29	0	2355	3700	0	200
USF 30	450	3930	3930	240	5040
USF 31	480	3750	3750	40	3840
UBS 1	120	7500	8000	120	150
UBS 2	0	30000	30000	900	3000
UBS 3	300	30000	45	40	300
UBS 4	360	0	0	0	6120
UBS 5	800	30000	40000	0	240
UBS 6		1000	3000	240	400
UBS 7	0	1000	1000	60	100
UBS 8	315	5200	6000	120	17560
UBS 9	400	3000	6000	240	160
UBS 10	6000	2000	2000	300	1000

Tabela 26 – Produto das atividades realizadas nas unidades de saúde*: pré-consulta, pós-consulta, grupos educativos aos usuários e visita domiciliar. Polo Cuesta, SP, 2015. (conclusão)

Modelo de Atenção	Eletrocardiograma (min)	Pré-consulta (min)	Pós-consulta (min)	Grupos educativos (min)	Visita Domiciliar (min)
UBS 11	300	20000	20000	120	900
UBS 12	300	10000	10000	120	900
UBS 13	0	9000	10000	120	300
UBS 14	0	13000	13000	120	400
UBS 15	270	9290	4645	60	480
UBS 16	2000	9000	9000	0	0
UBS 17	1000	9000	12000	0	0
UBS 18	480	6565	6565	100	200
UBS 19	0	22500	20000	0	600
UBS 20	600	6000	7000	3000	600
UBS 21	2640	27390	82170	600	150
UBS 22	1500	20250	20250	0	90

* Foram excluídas da tabela duas USF e três UBS devido à falta de informação para a realização do cálculo.

A tabela 27 reflete a carga média de trabalho das atividades citadas anteriormente. Primeiramente é apresentada a demanda total em minutos e em horas. Sequencialmente, é dividida pela média de dias úteis de um mês (22 dias) a fim de obter a carga horária requerida de acordo com as atividades contempladas no estudo. O resultado então é dividido pelo número de profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) que a unidade possui, obtendo-se a carga média de trabalho por profissional da enfermagem por dia.

Tabela 27 – Carga média de trabalho das atividades realizadas nas unidades de saúde* por profissional da equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015. (continua)

Modelo de Atenção	Demanda (min)	Demanda (horas)	Demanda/dia (horas)	Total de profissionais de Enfermagem	Carga média de trabalho por profissional de Enfermagem/dia (horas)
USF 1	16470	274,5	12,4	2	6,2
USF 2	10875	181,3	8,2	3	2,7
USF 3	14135	235,6	10,7	4	2,6
USF 4	5195	86,6	3,9	3	1,3
USF 5	89480	1491,3	67,7	9	7,5
USF 6	74535	1242,3	56,4	9	6,2
USF 7	73835	1230,6	55,9	9	6,2
USF 8	75235	1253,9	56,9	9	6,3
USF 9	33520	558,7	25,3	8	3,1
USF 10	8470	141,2	6,4	3	2,1
USF 11	45840	764,0	34,7	9	3,8
USF 12	11830	197,2	8,9	3	2,9
USF 13	15350	255,8	11,6	3	3,8
USF 14	13250	220,8	10,0	2	5,0

Tabela 27 – Carga média de trabalho das atividades realizadas nas unidades de saúde* por profissional da equipe de enfermagem. Polo Cuesta, SP, 2015. (conclusão)

Modelo de Atenção	Demanda (min)	Demanda (horas)	Demanda/dia (horas)	Total de profissionais de Enfermagem	Carga média de trabalho por profissional de Enfermagem/dia (horas)
USF 15	23130	385,5	17,5	4	4,3
USF 16	41300	688,3	31,2	9	3,4
USF 17	10925	182,1	8,2	3	2,7
USF 18	20375	339,6	15,4	4	3,8
USF 19	10990	183,2	8,3	2	4,1
USF 20	21595	359,9	16,3	4	4,0
USF 21	29350	489,2	22,2	9	2,4
USF 22	38020	633,7	28,8	10	2,8
USF 23	35260	587,7	26,7	10	2,6
USF 24	38010	633,5	28,7	9	3,2
USF 25	31045	517,4	23,5	5	4,7
USF 26	15260	254,3	11,5	4	2,8
USF 27	21090	351,5	15,9	5	3,2
USF 28	25075	417,9	18,9	5	3,8
USF 29	10615	176,9	8,0	3	2,6
USF 30	22385	373,1	16,9	2	8,4
USF 31	18070	301,2	13,6	2	6,8
UBS 1	20205	336,8	15,3	7	2,1
UBS 2	100600	1676,7	76,2	12	6,3
UBS 3	47535	792,3	36,0	12	3,0
UBS 4	67060	1117,7	50,8	11	4,6
UBS 5	103540	1725,7	78,4	9	8,7
UBS 6	10315	171,9	7,8	4	1,9
UBS 7	3090	51,5	2,3	3	0,7
UBS 8	40640	677,3	30,7	9	3,4
UBS 9	15540	259,0	11,7	8	1,4
UBS 10	34400	573,3	26,0	9	2,9
UBS 11	55720	928,7	42,2	10	4,2
UBS 12	32520	542,0	24,6	10	2,4
UBS 13	30420	507,0	23,0	3	7,6
UBS 14	29840	497,3	22,6	6	3,7
UBS 15	18730	312,2	14,1	9	1,5
UBS 16	35900	598,3	27,1	12	2,2
UBS 17	33350	555,8	25,2	12	2,1
UBS 18	27880	464,7	21,1	7	3,0
UBS 19	55350	922,5	41,9	9	4,6
UBS 20	32200	536,7	24,3	8	3,0
UBS 21	128390	2139,8	97,2	23	4,2
UBS 22	58890	981,5	44,6	9	4,9

* Foram excluídas da tabela duas USF e três UBS devido à falta de informação para a realização do cálculo.

A tabela 28 expõe a carga média de trabalho das consultas de enfermagem. Optou-se por separar a consulta de enfermagem das demais atividades, por se tratar de uma prática privativa do enfermeiro. Primeiramente é apresentada a demanda em minutos e horas. Em seguida, é dividida pela média de dias úteis no mês (22 dias). O resultado é dividido pelo número de enfermeiros da unidade, obtendo-se a carga média de trabalho por enfermeiro, por dia.

Tabela 28 – Carga média de trabalho das consultas de enfermagem realizadas nas unidades de saúde* por enfermeiro. Polo Cuesta, SP, 2015.

Modelo de Atenção	Demanda (min)	Demanda (horas)	Demanda/dia (horas)	Total de Enfermeiros	Carga média de trabalho por Enfermeiro (horas)
USF 1	4200	70,0	3,1	1	3,2
USF 2	10000	166,7	7,5	1	7,6
USF 3	4500	75,0	3,4	1	3,4
USF 4	3600	60,0	2,7	1	2,7
USF 5	4800	80,0	3,6	2	1,8
USF 6	3750	62,5	2,8	3	0,9
USF 7	3750	62,5	2,8	3	0,9
USF 8	3750	62,5	2,8	3	0,9
USF 9	2820	47,0	2,1	1	2,1
USF 10	2400	40,0	1,8	1	1,8
USF 11	12000	200,0	9,0	2	4,5
USF 12	3600	60,0	2,7	1	2,7
USF 13	8000	133,3	6,0	1	6,1
USF 14	9600	160,0	7,2	1	7,3
USF 15	10400	173,3	7,8	1	7,9
USF 16	14000	233,3	10,6	2	5,3
USF 17	3600	60,0	2,7	1	2,7
USF 18	8700	145,0	6,5	1	6,6
USF 19	2000	33,3	1,5	1	1,5
USF 20	1500	25,0	1,1	1	1,1
USF 21	4500	75,0	3,4	2	1,7
USF 22	3000	50,0	2,2	2	1,1
USF 23	11400	190,0	8,6	2	4,3
USF 24	12000	200,0	9,0	2	4,5
USF 25	6000	100,0	4,5	1	4,5
USF 26	6000	100,0	4,5	1	4,5
USF 27	2400	40,0	1,8	1	1,8
USF 28	6150	102,5	4,6	1	4,7
USF 29	3150	52,5	2,3	1	2,4
USF 30	3940	65,7	2,9	1	3,0
USF 31	4620	77,0	3,5	1	3,5
UBS 1	1500	25,0	1,1	1	1,1
UBS 2	10000	166,7	7,5	1	7,6
UBS 3	6000	100,0	4,5	1	4,5
UBS 4	900	15,0	0,6	2	0,3
UBS 5	12000	200,0	9,0	2	4,5
UBS 6	1000	16,7	0,7	1	0,8
UBS 7	600	10,0	0,4	1	0,5
UBS 8	8400	140,0	6,3	2	3,2
UBS 9	4200	70,0	3,1	1	3,2
UBS 10	4500	75,0	3,4	1	3,4
UBS 11	4500	75,0	3,4	2	1,7
UBS 12	3000	50,0	2,2	2	1,1
UBS 13	600	10,0	0,4	1	0,5
UBS 14	3150	52,5	2,3	1	2,4
UBS 15	3600	60,0	2,7	2	1,4
UBS 16	4500	75,0	3,4	2	1,7
UBS 17	4500	75,0	3,4	2	1,7
UBS 18	2400	40,0	1,8	2	0,9
UBS 19	600	10,0	0,4	3	0,2
UBS 20	2550	42,5	1,9	2	1,0
UBS 21	7680	128,0	5,8	4	1,5
UBS 22	8700	145,0	6,5	1	6,6

* Foram excluídas da tabela duas USF e três UBS devido à falta de informação para a realização do cálculo.

Discussão

5. Discussão

O perfil da amostra estudada nas UBS e USF do Polo Cuesta, mostra a predominância do sexo feminino entre os profissionais enfermeiros. Esse dado corrobora com estudos realizados na Atenção Básica, que também reportam a predominância feminina nas unidades de saúde^(44,45). No que diz respeito à faixa etária, percebe-se uma população mais jovem em comparação a outros estudos^(46,47,48). O maior número de unidades de saúde em Botucatu pode ser justificado pelo fato de ser o município mais populoso da referida região de saúde⁽⁴²⁾.

O estudo permitiu visualizar que a formação da maior parte dos enfermeiros é relativamente recente, justificado pela pouca idade da população. Em relação à qualificação, os dados corroboram com a literatura, apontando que a maioria dos enfermeiros busca realizar cursos de especialização^(46,47,48). As áreas mais citadas são especialização na área de gestão, administração e organização de serviço em AB^(46,47).

Ao considerarmos o tempo de serviço na atual unidade de saúde que trabalham, percebe-se uma grande variação de tempo, sendo o mínimo um mês, máximo 17 anos e em média quatro anos aproximadamente. Esse intervalo de tempo é também verificada em outros estudos com enfermeiros que atuam na atenção básica, sendo constatada a média de tempo serviço na atual unidade de 3 anos^(45,47,48). A jornada semanal de trabalho apontada foi em média, 40 horas semanal. Isso se justifica uma vez que o Ministério da Saúde preconiza que profissionais de saúde membros da equipe Saúde da Família, à exceção dos médicos, que devem obedecer às jornadas específicas, de acordo com o número desses profissionais por ESF⁽⁵⁰⁾.

Em relação à função que ocupam na unidade de saúde verifica-se predominância (74,1%) de enfermeiros que desempenham ambas as funções (assistencial e gerencial). Por meio da literatura, observa-se comum a realização de atividades assistenciais e gerenciais pelo enfermeiro inserido na Atenção Básica^(23,28,51,52). A prática de gerenciar deve estar voltada para a manutenção da qualidade assistencial, pois a função administrativa é fundamental para a execução eficaz do cuidado, sendo então duas práticas articuladas⁽³⁾.

Constata-se pelo perfil das unidades onde estão inseridos os enfermeiros do estudo que as USF atendem em média 4831 habitantes, ou seja, um número superior da média recomendada pelo Ministério da saúde (3000 habitantes por ESF). Esse fato pode gerar uma sobrecarga de trabalho para equipe, refletindo na qualidade da assistência prestada e na capacidade de trabalho dos profissionais da equipe. O grande número de pacientes leva alguns profissionais a burocratizarem o atendimento, comprometendo assim a percepção das necessidades dos usuários e o desenvolvimento das reais potencialidades do serviço⁽⁵³⁾.

O estudo mostrou predominância de atendimentos agendados na maioria (53,4%) das unidades de saúde, diferindo com uma pesquisa realizada no interior de Minas Gerais na qual somente 21,0% dos atendimentos eram agendados⁽⁵⁴⁾. Esse assunto é de grande importância em questão da melhoria na qualidade de serviço. Embora as unidades devam estar sempre preparadas para receber procuras espontâneas, deve-se ter em mente que a sobrecarga ocasionada pela demanda espontânea acarreta perda de potenciais ações programadas dessas unidades gerando, para os profissionais da saúde, a sensação de pouca resolubilidade do serviço⁽⁵⁵⁾.

Os dados também demonstram que a região de saúde conta com maior número de USF (56,9%) em relação à UBS (43,1%), divergindo de um estudo⁽⁵⁶⁾ realizado em 37 municípios de uma mesma região de saúde do Estado de São Paulo, no qual foi contatado um maior número de UBS (57) frente às USF (26). Percebe-se uma tendência de desenvolvimento da qualidade de saúde oferecida na região do Polo Cuesta por possui maior número de USF, uma vez que a ESF é vista como modelo assistencial que visa à melhoria da qualidade de vida da comunidade, substituindo o modelo hegemônico, centrado na cura e nos procedimentos médicos⁽⁵²⁾.

O estudo demonstrou que embora a maioria (67,2%) das unidades não possua funcionários afastados por licença médica, 32,7% apresentam essa realidade. Dentre os motivos que levam os funcionários solicitarem afastamento, em primeiro lugar encontram-se as doenças psíquicas (30,4%), seguido por doenças ortopédicas (21,7%). A literatura traz que é cada vez mais comum o surgimento de doenças ocupacionais na vida dos trabalhadores que atuam na atenção básica, com prevalência da síndrome de

Burnout (esgotamento profissional)⁽⁵⁷⁾. Uma pesquisa realizada na rede básica do município Botucatu trouxe que 52,0% dos enfermeiros e 56,2% dos auxiliares de enfermagem apresentavam transtornos mentais comuns⁽⁵⁸⁾, muito acima do encontrado (14,6%) em outro estudo realizado no sul e no nordeste do Brasil⁽⁵⁹⁾. Doenças ortopédicas também aparecem em estudos como problemas relatados por profissionais que atuam na atenção básica^(57,60).

Concentrando-se em questão ao uso de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem, verifica-se que a maioria (60,3%) utiliza um método de dimensionamento. Por meio da Resolução COFEN nº 293/04⁽²⁰⁾ podemos constatar que compete ao enfermeiro estabelecer o quadro quantitativo de profissionais necessários para a assistência de enfermagem, portanto espera-se que o enfermeiro da atenção básica cumpra o estabelecido pelo Conselho. Porém percebe-se que uma porcentagem considerável (39,6%) de enfermeiros que relataram não dimensionar sua equipe. Essa informação confirma o fato de que definir número de profissionais necessários é um grande desafio na atenção básica⁽⁶¹⁾, uma vez que os gestores ainda não possuem conhecimentos necessários para o planejamento da força de trabalho⁽⁶²⁾.

O argumento de que o número de pessoal da equipe já está dentro do previsto ou o déficit de profissionais impede a utilização de um método para dimensionar a equipe de enfermagem não justifica o não uso, uma vez que o dimensionamento representa a aplicação de um processo sistemático que visa também mostrar a real necessidade de recursos humanos para o serviço de saúde.

Trata-se também de um equívoco responsabilizar o gestor municipal à função de dimensionar a equipe de enfermagem. Como já mencionado anteriormente⁽²⁰⁾, cabe ao enfermeiro o cálculo do quantitativo da equipe de enfermagem. Assim como é errôneo afirmar que é função somente do enfermeiro gerencial calcular o número de profissionais da equipe, pois se deve considerar que a maioria das (55,1%) das unidades possui somente um enfermeiro, sendo este responsável pelo dimensionamento de pessoal de enfermagem, independentemente da função (assistencial ou gerencial) que ocupa.

É também uma das justificativas para a não utilização de um instrumento de dimensionamento da equipe, a falta de conhecimento/treinamento sobre o assunto.

Embora sejam escassos estudos realizados na atenção básica, estudo⁽⁶³⁾ realizado em contexto hospitalar aponta o desconhecimento e o não uso do dimensionamento pelo profissional enfermeiro. Esse fato demonstra a necessidade das instituições investirem em educação permanente/continuada como forma de qualificar esses profissionais a desenvolverem domínio de atividades ainda pouco exploradas.

Ainda é apontada pelos enfermeiros, a falta de envolvimento dos gestores da saúde na prática do dimensionamento de pessoal. Estudos^(44,60) expõem a insatisfação dos enfermeiros quanto à participação dos gestores para a realização de suas atividades e o não desenvolvimento de políticas de saúde para a melhoria da qualidade de vida desses profissionais. Isso provoca desestímulo na potencialidade dos trabalhadores uma vez que gestores que estão próximos aos profissionais da saúde fortalecem a cooperação entre a equipe e a autonomia do enfermeiro para gerenciar as atividades da unidade⁽⁴⁵⁾ bem como na tomada de decisões.

Ao estabelecer uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a função do enfermeiro e a utilização de um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem e obter a constatação de que enfermeiros gerenciais utilizam-se mais do dimensionamento quando comparados aos enfermeiros assistenciais, evidencia-se uma sobrecarga na assistência o que resulta no afastamento das atividades de gerenciamento. Ao distanciar a prática gerencial do cuidado, o enfermeiro possibilita precedente para que suas atividades sejam subordinadas à outra categoria profissional, favorecendo uma ruptura entre o planejamento e o cuidado em enfermagem⁽³⁾. Esse conflito de dimensões, assistencial e gerencial, é também verificado em estudos, os quais relatam a dificuldade em articular ambas as atividades^(51,64).

Verificando a correlação entre o uso de um instrumento para dimensionar a equipe e o ano de formação, percebe-se que não há relação estatisticamente ($p < 0,05$) entre as variáveis, evidenciando que o ano da publicação da Resolução 293/2004 não interfere na tomada de decisão daqueles que se formaram após divulgação. Embora a partir de 2004 o número de pesquisa sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem tenha crescido, boa parte dos estudos, todos realizados em âmbito hospitalar^(65,66,67,68,17,69,70,71,72) no período de 2003 a 2013 verificaram que há um expressivo déficit de enfermeiros nos locais em que foram realizadas as pesquisas. Um

desses dos estudos⁽⁷²⁾ apontou que o número de enfermeiros correspondia a um terço do número esperado. Talvez isso possa ser explicado pelo ainda desconhecimento ou a não utilização de instrumentos para o uso do dimensionamento de pessoal como apontam alguns estudos qualitativo⁽⁶³⁾.

Quanto à correlação ao tempo de atuação na atual unidade de saúde e a utilização de um instrumento para dimensionar a equipe, obtêm-se uma relação que não indica significância ($p < 0,05$). Possivelmente enfermeiros que estão a menos tempo inseridos em seus locais de trabalhados tendem a levar certo tempo até se adaptarem ao novo ambiente e então exercerem suas atividades plenamente. Por outro lado estudos na atenção básica mostram uma correlação entre o tempo de serviço igual ou superior a um ano e aumento do estresse do profissional^(57,73), o que afeta diretamente na execução de tarefas que estão sob responsabilidade desse profissional.

É verificado que a maioria dos enfermeiros (82,8%) utiliza a Resolução nº 293/2004 como parâmetro para cálculo para dimensionar a equipe de enfermagem. Tal dado é esperado uma vez que a referida Resolução é a única e oficial orientação de cálculo estabelecido para Atenção Básica. Ainda, uma parcela desses profissionais (14,2%) relata utilizar a escala de trabalho como um método de dimensionamento, assim como visto em um estudo realizado em nove hospitais do interior paulista⁽⁶³⁾, porém ressalta-se que embora a escala de trabalho seja uma ferramenta de organização do trabalho, não a torna suficiente para o provimento de pessoal⁽⁷⁴⁾, sendo esta uma ferramenta de organização dos elementos da equipe em turnos de atendimento do serviço na qual o número de pessoal da equipe é um dos fatores que interfere em sua elaboração.

Faz-se necessário nesse momento analisar o cálculo proposto pela Resolução 293/2004⁽²⁰⁾, por meio da “Constante de Marinho”, com o intuito de ponderar as considerações dos participantes a respeito do mesmo. Observa-se que a Constante de Marinho (KM) é obtida pela multiplicação do período de trabalho (PT) e o índice de segurança técnico (IST) tendo o seu produto dividido pela jornada semanal de trabalho do profissional (JST). Nota-se presença da variável IST, podendo então afirmar que o referido cálculo prevê um acréscimo percentual no quantitativo de pessoal para a cobertura de todos os tipos de ausência previstas em lei.

Depois de obtido o valor de KM, realiza-se o cálculo da Quantidade de Pessoal da unidade especial, por categoria (QP(Enf) ou QP(AU/TE)) por meio da multiplicação do total de sítios funcionais (TSF) e da KM, finalizando o cálculo de dimensionamento para AB. Observa-se que embora o cálculo traga, por meio dos sítios funcionais (SF), as atividades que são exercidas, não é considerado o tempo gasto em cada uma das atividades desses SF, podendo o cálculo subestimar ou superestimar o número de profissionais necessários para determinado SF, por exemplo, em uma sala de curativo na qual não é conhecido o número de pacientes e o tempo gasto para realizar os curativos que variam de acordo com a complexidade, torna-se impreciso estipular o número de profissionais necessários para esse atendimento.

Embora nesse estudo a maioria (82,8%) afirme dimensionar a equipe de enfermagem com base na Resolução 293/2004⁽²⁰⁾ observa-se que grande parte (60,35%) dos enfermeiros considera adequado dimensionar a equipe de enfermagem de acordo com a população compreendida na unidade de saúde. O referido cálculo é proposto pelo Ministério da Saúde⁽²⁹⁾ orientando às ESF somente o número de pessoas a serem atendidas por USF. Nessa recomendação percebe-se ausência de variáveis que considerem as atividades de diferentes níveis de complexidade realizadas nas unidades. Embora seja citado o grau de vulnerabilidade das famílias atendidas, não há explicação para compreender o mencionado nível de vulnerabilidade.

Alguns pontos são destacados pelos entrevistados a respeito dos desafios ao realizar o dimensionamento de pessoal, sendo um deles, a falta de governabilidade na contratação de novos profissionais para a equipe, corroborando com estudos realizados em contexto hospitalar^(75,76) os quais apontam a falta de governabilidade do enfermeiro em relação ao provimento de recursos humanos de enfermagem. Faz-se então necessário que o dimensionamento de pessoal possa subsidiar na negociação da ampliação do quadro de pessoal junto aos departamentos responsáveis pelas contratações.

Adicionalmente à falta de governabilidade, pode-se observar a partir da experiência profissional que, algumas vezes, há também a falta de respaldo. Ou seja, ainda que o enfermeiro realize o dimensionamento e o reporte ao gestor, nem sempre haverá a contratação necessária. Este fato, aliado à falta de autonomia para

composição da equipe, pode representar um desestímulo ao profissional na realização dessa atividade.

O modelo de atenção também é visto como um dos desafios para os enfermeiros inseridos em UBS. Por meio da literatura^(4,45,77) é possível verificar que a grande demanda de atendimento não é um problema citado somente por enfermeiros que atuam em UBS, como aqueles que estão em USF, embora um estudo realizado nas regiões Sul e Nordeste do Brasil revelou maior número de procedimentos básicos de enfermagem executados e menor número de enfermeiros em UBS em relação às USF⁽⁷³⁾. A excessiva demanda é vista então como um fator dificultador do processo de trabalho, o que gera conflitos na realização do gerenciamento de cuidados⁽⁴⁵⁾, assim como a sobrecarga de trabalho e de papéis, uma vez que o enfermeiro é responsável por parte da assistência oferecida na unidade bem como as responsabilidades administrativas^(78,79,80).

Estudo⁽⁸¹⁾ realizado em um município no Rio Grande do Norte aponta que a maioria (52,8%) da população relata estar insatisfeito com o número de consultas oferecidas pela unidade pesquisa e atribui essa insatisfação a uma demanda reprimida existente, devido à alta procura do serviço em relação ao número de profissionais da saúde, ratificando com a percepção dos enfermeiros desse estudo ao avaliarem a proporção entre demanda e profissionais. Ainda, outro estudo⁽⁸²⁾ realizado em todas regiões do Brasil, indica problemas como: insuficiência de trabalhadores, rotatividade e profissionais que não atuam conforme a proposta de trabalho da ESF.

O enfermeiro ao utilizar de um instrumento que dimensione a sua equipe de enfermagem espera que o cálculo colabore na argumentação para futuras contratações, aumentando o quadro de profissionais e assim promover condições ideais em termos numéricos de recursos humanos, garantindo a melhoria do padrão de assistência para a qualidade do atendimento. Sendo assim, presume-se que ao utilizar uma ferramenta de dimensionamento, o profissional componha adequadamente a proporção do número de membros da equipe frente à demanda da unidade.

Por consequência da escassez de profissionais, parte dos enfermeiros (69,7%) citou não realizar algumas atividades em suas unidades, sendo as mais prevalentes: grupos educativos/educação em saúde (27,6%) e visitas domiciliares

(21,0%). Esse fato é também descrito em um estudo⁽⁴⁵⁾ o qual aponta a orientação em grupo aos usuários como uma atividade que deixa de ser realizada devido a sobrecarga de usuários para um só profissional. Ainda um estudo⁽⁸³⁾ aponta que enfermeiros produzem mais pesquisa a respeito de educação em saúde em grupo, refletindo uma maior preocupação desses profissionais com essa temática em relação aos outros profissionais.

Outros estudos^(84,85) mostram que embora os enfermeiros compreendam a importância das visitas domiciliares, a sobrecarga de atividades interfere a realização das visitas. Desse modo, na ausência de grupos educativos e visitas domiciliares os profissionais deixam de desenvolver atividades com objetivo de promover saúde e melhorar a qualidade de vida da população⁽⁸⁷⁾, pois trata-se de ações previstas pelo MS.

Ao analisar a média de atividades realizadas pelas unidades, percebe-se predomínio das UBS em relação às USF em termos de média de procedimentos. Esse aspecto talvez possa ser justificado pela média de habitantes (13306,86) atendidos pelas UBS ser maior, o que gera maior demanda de procedimentos para esse modelo de atenção. Percebe-se maior proporção de procedimentos (coleta, curativo, medicação, vacinação, pré-consulta e pós-consulta) em UBS, corroborando com um estudo⁽⁷³⁾ realizado em 240 unidades (UBS e USF) no sul e nordeste do país, o qual aponta os atendimentos básicos de enfermagem com proporção significativamente maior em UBS ($p < 0,001$). Por outro lado, nesse mesmo estudo, a proporção de visitas domiciliares é quatro vezes maior em USF, semelhante os achados desta pesquisa.

Considerando a média de tempo gasto para realização de procedimentos, observa-se similaridade entre os modelos, com maior variação nos grupos educativos. Percebe-se que enfermeiros das UBS apontam as visitas domiciliares como a atividade que despense maior tempo (32,80 minutos), quando comparada individualmente com outras atividades, enquanto profissionais de USF apontam os grupos educativos (39,61 minutos). É compreensível que essas atividades demandem maior tempo, uma vez que na visita domiciliar é realizada a anamnese do paciente, orientações gerais e procedimentos (curativos, sondagem, medicação, entre outros) se necessário, contando com a participação dos familiares que se encontram no momento da visita; assim como

nos grupos educativos observa-se um número elevado de usuários inseridos em um mesmo espaço, com o intuito de debater temas em comum sendo estimulados a compartilharem experiência e adquirirem novos conhecimentos⁽⁸³⁾.

Ao analisar a tabela da carga média de trabalho, percebe-se variação em unidades do mesmo modelo, sendo que 45,4% dos profissionais inseridos em USB consomem até 3 horas, do dia de trabalho, na realização das atividades investigadas e 13,6% consomem mais de 6 horas. Considerando as USF, 43,3% dos profissionais despendem um tempo maior que 3 horas e menor igual a 6 horas executando as atividades e 20,0% um tempo maior que 6 horas. Essa variação reflete a diferença no tempo da assistência que ocorre nas unidades de saúde para a execução das mesmas atividades. Essa variação deve ser considerada ao pensar na construção de instrumentos que auxiliem no dimensionamento de pessoal de enfermagem da atenção básica.

Enfatiza-se que todos os valores de tempo utilizados para o cálculo da carga média de trabalho das atividades foram referidos por questionário pelos enfermeiros das unidades de saúde e considerados em média

Cabe ressaltar ainda, que o tempo encontrado não significa que os trabalhadores estejam com tempo ocioso, levantamos as atividades que são exclusivamente realizadas pelos profissionais da equipe de enfermagem. Há muitas outras atividades realizadas por essa equipe que integram o processo de trabalho realizado pelas equipes de saúde e que, justamente por não serem apenas da enfermagem, ou apoiarem o trabalho de outros profissionais, não permitem ter o tempo de execução isolado. Acrescenta-se a esse contexto, a questão do tempo produtivo do trabalho que não deve exceder 85% da carga horária.

Conhecer o tempo gasto nas atividades executadas nas unidades serve de subsídio para refletir sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem, assim como visto em estudos realizados na assistência domiciliar⁽⁸⁷⁾ e unidade de terapia intensiva⁽⁸⁸⁾. O dimensionamento de recursos humanos, os custos e o tempo despendido para a realização de atividades e procedimentos são motivos de preocupação dos enfermeiros uma vez que a qualidade do serviço e da assistência depende da adequação desses recursos, que muitas vezes são escassos⁽⁸⁹⁾.

Conclusão

6. Conclusão

A realização desse estudo, com enfoque na prática do dimensionamento de pessoal de enfermagem e na carga média de trabalho das unidades de saúde do Polo Cuesta, permitiu concluir que:

- ✓ A maioria dos enfermeiros (91,3%) considera importante a utilização de um instrumento que dimensione o pessoal de enfermagem, sendo que 60,3% relatou dimensionar a equipe.
- ✓ Dentre os motivos que levam os enfermeiros não dimensionar sua equipe de enfermagem estão: falta de treinamento/conhecimento sobre o assunto (26,0%), déficit de pessoal de enfermagem (21,7%), função do gestor municipal (13,0%) e falta de apoio do gestor municipal (13,0%).
- ✓ A Resolução COFEN nº293/2004 é método mais utilizado (82,8%) entre os profissionais que dimensionam sua equipe de enfermagem. Embora 57,15% dos enfermeiros relataram ser suficiente o método utilizado, alguns pontos foram mencionados acerca da Resolução: não está apropriado para a realidade/necessidade da USF (25,0%), deveria ser determinado pela carga de trabalho (37,5%) superestima o número de pessoal de enfermagem (12,5%), e é apropriado, porém a contratação não depende do enfermeiro (12,5%)
- ✓ A maioria dos enfermeiros (60,3%) considera como forma mais adequada de dimensionar a equipe de enfermagem, o cálculo com base na população.
- ✓ Dentre os desafios para realizar o dimensionamento de pessoal nas unidades, foram apontados: demanda de trabalho excessiva/sobrecarga de trabalho (35,1%), falta de conhecimento sobre o assunto (29,6%) e falta de governabilidade para contratação após realizar o cálculo (16,6%),
- ✓ A maioria dos enfermeiros (56,9%) considera que o número de profissionais não está adequada à demanda da unidade e 37,9%

desses profissionais atribuem nota 5 (em uma escala de 0 a 10) quanto à adequação da unidade.

- ✓ Enfermeiros que utilizam um instrumento para dimensionar a equipe de enfermagem atribuem notas maiores em relação demanda/profissionais.
- ✓ Dentre as atividades que deixam de ser executadas devido à escassez de pessoal foram mais citadas: grupos educativos/educação em saúde (27,6%) e visitas domiciliares (21,0%), sendo um dado preocupante do estudo.
- ✓ Observa-se que as UBS possuem maiores médias de atividades realizadas em relação às USF e média de tempo reportada para a realização das atividades similar, com maior variação de tempo em visitas domiciliares, grupos educativos e consulta de enfermagem.
- ✓ Em relação à carga média de trabalho das unidades, verifica-se variação em unidades do mesmo modelo de atenção ou diferente modelo. Isso significa que utilizar apenas o parâmetro populacional não responde adequadamente à realidade, diferenças importantes são verificadas em unidades de população semelhante, assim futuros estudos que levem ao aprofundamento da questão são importantes.

Referências

Referências

- 1 - Conselho Nacional de Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da União. 2001 Nov 7; Sec 1.
- 2 - Presidência da República (BR). Casa Civil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1986 Jun 26; Sec 1.
- 3 - Montezli JH, Peres AM. Competência gerencial do enfermeiro: Conhecimentos publicados em periódicos brasileiros. Cogitare Enferm. 2009;14(3):553-8.
- 4 – Fernandes MC, Barros AS, Silva LMS, Nóbrega MFB, Silva MRF, Torres RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. Rev Bras Enferm. 2010;63(1):11-5.
- 5 - Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem.In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.
- 6 - Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
- 7 - Magalhães ANM, Riboldi CO; Dall’agnol CM. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafios para as lideranças. Rev Bras Enferm. 2009;62(4):608-12.
- 8 - Formiga JMM, Germano RM. Por dentro da história: o ensino de administração em Enfermagem. Rev Bras Enferm . 2005;58(2): 222-6.
- 9 - Matumoto et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2001;19(1):123-30.
- 10 - Ribeiro CM. Sistema de classificação de pacientes como subsídio para movimento de pessoal de Enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1972.
- 11 - Alcalá MU, Nunes ME, Kato T, Reigada I, Silva RL, Yoshimura DK. Cálculo de pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência. São Paulo: Secretaria de Higiene e Saúde; 1982.

- 12 - Campedelli MC, Taketo C, Sancinetti TR, Benko MA. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. Rev Esc Enf USP. 1987;21(1):3-15
- 13 - Institute of Medicine. Nursing staff in hospitals and nursing homes. Is it adequate? Washington (DC): National Academy Press; 1996. p. 169-88.
- 14 - Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. Acta Paul Enferm. 2006;19(1):88-91.
- 15 - Kurcgant P, Cunha K, Gaidzinski RR: Subsídios para a estimativa de pessoal em enfermagem. Enfoque. 1989;17(3):79-81.
- 16 – Gaidzinsk RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: in: Kurcgant, P. et al. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- 17 - Matsushita MS, Adami NP, Carmagnani MIS. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo. Acta Paul Enferm 2005.18(1):9-19.
- 18 - Gaidzinski RR. O dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
- 19 – Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução 189/96. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Brasília; 1996.
- 20 - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Resolução 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. São Paulo; 2004.
- 21 - Bonfim D. Identificação das intervenções da enfermagem na atenção básica à saúde como parâmetro para o dimensionamento dos trabalhadores. Dissertação [mestrado]. São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.
- 22 - Bonfim D, Gaidzinski RR, Santos FM, Gonçalves CS, Fugulin FMT. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(6):1462-70.
- 23 - Silva LMS, Fernandes MC, Mendes EP, Evangelista NC, Torres RAM. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. Rev enferm UERJ. 2012 20(2): 784-8.
- 24 – Santos AS, Miranda MRC. A enfermagem em gestão na atenção primária. Barueri, SP: Manole; 2007.

- 25 - Alves OSF, Moraes MLE, Mot MLB. Narrativas de vivências em Políticas Públicas de Saúde no Estado de São Paulo. Florianópolis: s.n.; 2006.
- 26 - Soares CES, Biagolini REM, Bertolozzi MR. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(4): 915-21.
- 27 - Guedes JS, Santos RNB, Di Lorenzo RAV. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo. Saúde Soc . 2011;20(4): 875-883.
- 28 – Spagnuolo RS, Juliani CMCM, Spiri WC, Bocchi SCM, Martins STF. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multidisciplinar. Cienc Cuid Saude. 2012;11(2): 226-34.
- 29 - Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.488 de 1 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011.
- 30 - Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(3):633-41.
- 31 – Brondoni Junior DA, Heck RM, Ceolin T, Viegas CRS. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. Rev Enferm UFSM. 2011;1(1):41-51.
- 32 – Chaves LPD, Tanaka OY. Nurses and the assessment in health system management. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(5):274-8.
- 33 - Cross S. The future: a primary care-led NHS. Br J Community Nur 2010; 5(4): 177-8.
- 34 - Cotta RMM, Schott M, Azevedo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família. Epidemiol Serv Saúde. 2006;15(3):7-8.
- 35 - Jonas LT, Rodrigues HC, Resck ZMR. A função gerencial do enfermeiro na estratégia de saúde da família: limites e possibilidades. Rev APS. 2011;14(1):28-38.
- 36 - Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Macagi STS. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia saúde da família. Rev Min Enferm. 2014;18(2):454-62.
- 37 - Oliveira FEL, Fernandes SCA, Oliveira LL, Queiroz JC, Azevedo VRC. A gerência do enfermeiro na estratégia saúde da família. Rev Rene. 2012;13(4):834-44.

- 38 – Vergara SC. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 3a ed. São Paulo: Atlas; 2000.
- 39 – Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
- 40 - Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 41 - Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & saúde*. 6a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
- 42 – Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde [Internet]. Regionais de Saúde [acesso 2015 Jun 25]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/>
- 43 – Departamento de Informática do SUS – DATASUS [Internet]. FormSUS [acesso 2014 Nov 10]. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php>.
- 44- Daubermann DC, Tonete VLP. Quality of work life of nurses in primary health care. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):277-83.
- 45- Fernandes MC, Silva LMS, Moreira TMM, Silva MRF. Fatores intervenientes na gerência do cuidado do enfermeiro: estudo descritivo. *Online braz nurs* [Internet].2013;12(2):522-33.
- 46- Nunes MBG, Robazzi MLCC, Terra FS, Mauro MYC, Zeitoune RCG, Secco IAO. Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na atenção à saúde da família. *Ver enferm UERJ*. 2010;18(2):204-9.
- 47- Fernandes MC, Barros AS, Silva LMS, Nóbrega MFB, Silva MRF, Torres RAM. *Ver Bras Enferm*. 2010;63(1):11-5.
- 48- Carvalho BG, Peduzzi M, Nunes EFPA, Leite FS, Silva JAM. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. *Rev Esc Enferm USP*;2014;48(5):907-14.
- 49- Silva MCF, Furegato ARF, Júnior MLC. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003;11(1):7-13.
- 50- Ministério da Saúde(BR). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília; 2012.
- 51- Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):249-57.
- 52- Neto FRGX, Sampaio JJC. Gerentes do território na estratégia saúde da família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Ver Bras Enferm*. 2007;60(6):687-95

- 53- Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(1).
- 54- Esperança NA, Cavalcante RB, Marcolino C. Estudo da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2006;10(1):30-6.
- 55- Teixeira MG, Rates SMM, Ferreira JM(organizadores). *O Coletivo de uma Construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte*. Rona. 2012.
- 56- Castanheira ERL, Dalben I, Almeida MAS, Puttini RF, Patrício KP, Machado DF, Júnior ALC, Nemes MIB. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(2):85-8.
- 57- Leonelli LV. *Estresse percebido em profissionais da atenção primária à saúde*. Dissertação [mestrado]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo, 2013.
- 58- Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1585-96.
- 59- Dilélio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX, Silveira DS, Silveira DS, Maia MFS, Osório A, Siqueira FV, Jardim VMR, Lemões MAM, Borges CLS. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):503-14.
- 60- Siqueira GFF, Barrêto AJR, Menezes MS, Alves SRP, Freitas FFQ. Trabalho do enfermeiro na atenção primária em saúde: conhecimento dos fatores estressores. *Ver Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2013;11(2):72-85.
- 61- Santos AS, Miranda SMRC. *A enfermagem na gestão em Atenção Primária à Saúde*. Barueru:Manole. 2007. P.166-97.
- 62- Hurst K. Primary and community care workforce planning and development. *J Adv Nurs*. 2006;55(6):757-69.
- 63- Campos LF, Melo MRAC. Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceitos, finalidades e utilização. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(6).
- 64- Vanderlei, MIG. *O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde no estado do Maranhão* [tese]. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2005.

- 65- Fakh FT, Carmagnani MIS, Cunha ICKO. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(2):183-7.
- 66- Nicola AL, Anselmi ML. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(2):186-90.
- 67- Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2003;11(6):832-9.
- 68- Girardello DTF, Nicola AL, Fernandes LM. Assistência de enfermagem: horas requeridas para o cuidado do paciente crítico. *Rev Rene.* 2013;14(6):1084-91.
- 69- Chenso MZB, Haddad MCL, Sêcco IAO, Dorigão AM, Nishiyama MN. Cálculo de pessoal de enfermagem em hospital universitário do Paraná: uma proposta de adequação. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.* 2004;25:81-92.
- 70- Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(3):379-84.
- 71- Cucolo DF, Perroca MG. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2010;18(2):9 telas.
- 72- Maya CM, Simões ALA. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. *Ver Bras Enferm.* 2011;64(5):898-904.
- 73- Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pùb.* 2008;24(1):193-201.
- 74- Souza GPS. A problemática da elaboração da escala mensal de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(1):137-41.
- 75- Campos LF, Melo MRAC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: parâmetros, facilidades e desafios. *Cogitare Enferm.* 2009;14(2):237-46.
- 76- Vituri DW, Lima SM, Kuwabara CCT, Gil RB, Évora YDM. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/MS. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(3): 547-56.
- 77- Nora CRD, Zoboll ELCP, Vieira M. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. *Ver Gaúcha Enferm.* 2015;36(1):112-21.
- 78- Nels MEB, Gelbcke FL. Carga de trabalho na enfermagem: variável do dimensionamento de pessoal. *Enfermagem em Foco.* 2011;2(1):6-9.

- 79- Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbke FL, Pires DEP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(2):368-77.
- 80- Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos Psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. Rev enferm UERJ. 2007;15(4):502-7.
- 81- Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Rev salud pública. 2010;12(3):402-13.
- 82 – Bonfim D. Planejamento da força de trabalho de enfermagem na Estratégia Saúde da Família: indicadores de carga de trabalho. Tese [doutorado]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo, 2014.
- 83- Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfermeiro no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto Enferm. 2007;16(2):233-8.
- 84- Acioli S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. Ver enferm UERJ. 2014;22(5):637-42.
- 85- Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções de equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Ver Bras Enferm. 2007;60(6):659-64.
- 86- Nascimento JS, Costa LMC, Santos RM, Anjos DS. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. Ver Bras Promoc Saude. 2013;26(4):513-22.
- 87- Castro ML, Shimizu HE. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. Acta Paul Enferm. 2015;28(1):32-40.
- 88- Tranquitelli AM, Ciampone MHT. Número de horas de cuidados de enfermagem Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. Ver Esc Enferm USP. 2007. 41(3):371-7.
- 89- Margarido ES, Castilho V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. Ver Esc Enferm USP. 2006;40(3):427-33.

Appendices

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA

Projeto de pesquisa: “Dimensionamento de pessoal de enfermagem na Atenção Básica em uma região de saúde”

Objetivo da pesquisa: Investigar a prática do dimensionamento de pessoal de enfermagem e analisar a adequação da equipe à demanda de atividades nas Unidades de Saúde a partir da avaliação de enfermeiros de Unidades Estratégia da Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde.

Você está convidado para participar da pesquisa de mestrado que tem como tema “Dimensionamento de pessoal de enfermagem na atenção básica em uma região de saúde”.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário, com duração de aproximadamente 20 minutos.

Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Enfermagem.

Este termo será armazenado no banco de dados do questionário da pesquisa.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da pesquisa: _____

RG: _____

Assinatura: _____

 Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani
 Orientadora

 Flávia Carraro Zopi
 Orientanda

Botucatu, ____ de _____ de 2015.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 e 3880-1609

Para maiores esclarecimentos entrar em contato com a orientadora e/ou orientada, respectivamente, pelos endereços, telefones ou e-mails a seguir:

End: Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina UNESP

Campus Universitário, s/n – Rubião Jr.

Fone: 38116070 / 38135264

Email: cjuliani@fmb.unesp.br

End: Rubens Francisco, 1607. Jd Cambuí

Fone: (14) 98101 2068

Email: flaviazopi@hotmail.com

Apêndice 2

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE

ATENÇÃO → Questões com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório!

Dados pessoais

*Iniciais do nome:

*Sexo:

*Idade:

*Ano de formação:

Possui Pós-graduação? (indique se mestrado, doutorado ou especialização e a linha de pesquisa):

Dados profissionais

*Número de horas semanais:

*Sua função na Unidade é:

- Assistencial
- Gerencial
- Ambas

Local de atendimento

*Nome da Unidade de Saúde (caso trabalhe em mais de uma unidade, opte responder por uma):

*Tempo de atuação na Unidade:

*Modelo de atenção:

- Unidade Saúde da Família
- Unidade Básica de Saúde
- Outra

Caso trabalhe em uma Unidade Saúde da Família, indique o número de equipes Saúde da Família da sua Unidade:

*Município:

*Número de habitantes atendidos pela unidade:

Número de famílias atendidas pela Unidade:

*Número de profissionais sob responsabilidade da enfermagem na Unidade (especificar o número de enfermeiros, auxiliares + técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros):

*Em sua Unidade predomina:

- Atendimentos agendados
- Demanda espontânea

Dimensionamento de pessoal de enfermagem

*Utiliza algum método para dimensionar a equipe de enfermagem:

Sim

*Qual método?:

Não

*Por quê não utiliza nenhum método para dimensionar a equipe? Como tem feito para gerenciar a quantidade de pessoas na equipe?:

Caso utilize algum método para dimensionar a equipe de enfermagem, considera que este seja suficiente para calcular o número de pessoal?

Sim

Não

Em parte

Comentário (caso deseje fazer algum):

*Mesmo que você não esteja aplicando um método de dimensionamento, qual a forma de cálculo considera mais adequada para as necessidades da Unidade?

- Dimensionar com base na população
- Dimensionar com base no número de postos de trabalho da Unidade
- Outro (Qual?) _____

*Você considera necessário e importante utilizar um instrumento para dimensionamento de equipe de enfermagem na prática profissional?

- Sim
- Não
- Em parte

Comentário (caso deseje fazer algum):

*Quais têm sido os desafios para realizar o dimensionamento?

*Em sua Unidade há profissionais de enfermagem de licença médica? Saberia indicar os motivos?

*Você considera que o número atual de profissionais em sua equipe de enfermagem está proporcional a demanda?

- Sim
- Não
- Em parte

Comentário (caso deseje fazer algum):

*Existem atividades que deixam de ser realizadas em função da escassez de pessoal? Liste as mais importantes.

*Você conhece a carga de trabalho da sua equipe? Se sim, indique.

*Indique alguns números existentes em sua unidade:

Carga horária semanal dos trabalhadores: 20h 30h 36h 40h 44h

*Qual horário de funcionamento da Unidade:

*Indique alguns números existentes na sua unidade:

Número de consultórios médicos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Outros? Quais?

*Indique alguns números existentes na sua unidade:

Número de salas de procedimentos (postos de trabalho) que requeiram a presença de um membro da equipe de enfermagem: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Número de salas de procedimentos (postos de trabalho) que requeiram a presença de um membro da equipe de enfermagem no horário noturno, quando for o caso:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Indique o número de funcionários necessários nas salas que requeiram um profissional de enfermagem:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Coleta -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curativo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicação -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacinação -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalação -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eletrocardiograma -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pré-consulta -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de enfermagem -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pós-consulta -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupos educativos de orientação aos usuários ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Indique o número de procedimentos realizados no mês típico na sua Unidade:

Coleta: _____

Curativo: _____

Medicação: _____

Vacinação: _____

Inalação: _____

Eletrocardiograma: _____
 Pré-consulta: _____
 Consulta de enfermagem: _____
 Pós-consulta: _____
 Grupos educativos de orientação aos usuários: _____
 Visitas domiciliares: _____

*Indique o tempo médio para realizar os procedimentos:

	Não é realizado	5min	10min	15min	20min	30min	40min
1h							
Coleta -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curativo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicação -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacinação -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalação -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eletrocardiograma -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pré-consulta -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de enfermagem -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pós-consulta -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupos educativos de orientação aos usuários-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitas domiciliares-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Enquanto líder da equipe de enfermagem, indique numa escala de 0 a 10 a sua percepção sobre a adequação, neste momento, entre a DEMANDA e o NÚMERO DE TRABALHADORES (considerando 0= equipe inadequada para atender a demanda; 5= equipe suficiente para atender o básico da demanda; 10= equipe adequada para todas as necessidades da demanda).

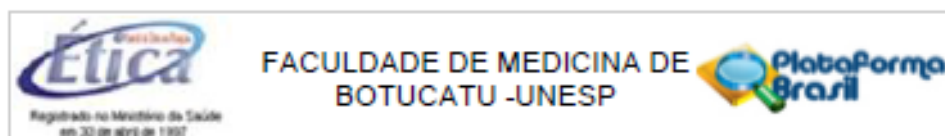
Adequação DEMANDA e NÚMERO DE TRABALHADORES:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outras informações que queira adicionar:

Anexos

Anexo 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem na Atenção Básica em uma Região de Saúde

Pesquisador: FLÁVIA CARRARO ZOPI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34611414.8.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Ampliação do número da amostra

Justificativa: Prezados Senhores,

Data do Envio: 29/12/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

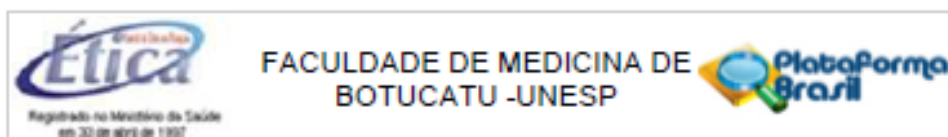
Número do Parecer: 944.190

Data da Relatoria: 01/02/2015

Apresentação da Notificação:

O tema básico do projeto de pesquisa é estudar como os enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde e Unidades Estratégicas de Saúde dimensionam a quantidade de profissionais de saúde nas suas unidades. A pesquisa apresenta relevância para a saúde pública no estado de São Paulo. A metodologia consta de questionários sobre funcionamento das unidades a serem estudadas, os quais serão aplicados aos enfermeiros, por e-mail. As pesquisadoras solicitaram, por meio de notificação, ampliação do número de amostras devido ao contato com enfermeiros ocorrer por meio do Conselho Regional de Enfermagem, entretanto, sem alteração da metodologia proposta anteriormente.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-070
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1808 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 944.190

Objetivo da Notificação:

Avallar, do ponto de vista dos enfermeiros, como são determinadas as equipes de profissionais de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades Estratégicas de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, uma vez que os voluntários participarão por meio de respostas de questionários sobre o funcionamento das unidades de saúde nas quais trabalham. Os benefícios são relativos ao planejamento futuro destas unidades de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Trata-se de pesquisa relevante e adequadamente elaborada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação adequada. Termo de consentimento adequado. Incluída a autorização do Conselho Regional de Enfermagem.

Recomendações:

Informar o novo tamanho amostral da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se em condições de ser aprovado pelo CEP. Não necessita ser enviado à CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP em reunião de 02 de fevereiro de 2.015, deliberou por APROVAR, a solicitação dos pesquisadores para "AMPLIAR O NÚMERO DE AMOSTRAS" para o presente estudo. O CEP, no entanto, solicita que os pesquisadores informem através de "NOTIFICAÇÃO", qual é o novo tamanho amostral da pesquisa.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-070
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1808 E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Anexo 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Dimensionamento de Processos de Enfermagem na Atenção Básica em uma Região de Saúde		2. Número de Participantes da Pesquisa: 60	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: FLÁVIA CARRARO ZOPPI			
6. CPF: 339.126.598-90	7. Endereço (Rua, n.º): RUBENS FRANCISCO, BOTUCATU SAO PAULO 18606637		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (14) 3815-3442	10. Outro Telefone:	11. Email: flaviazoppi@hotmail.com
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>10</u> / <u>07</u> / <u>2014</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP	14. CNPJ:	15. Unidade/Órgão: Departamento de Enfermagem	
16. Telefone: (14) 3895-1328	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Silvana Artoli Schellini</u>	CPF: <u>042.772.708-16</u>		
Cargo/Função: <u>Diretora FMB UNESP</u>			
Data: <u>10</u> / <u>07</u> / <u>2014</u>	 Assinatura Prof.ª Titular Silvana Artoli Schellini Diretora		
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

Anexo 3

unesp  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
Departamento de Enfermagem
BOTUCATU, SP - RUIBÃO JÚNIOR - CEP 18603-970 - Telefone (014) 3811-6070/6094 - FAX (014) 3813- 5264
E.Mail: cenf@fmb.unesp.br



D E C L A R A Ç Ã O

Declaro que tenho ciência e autorizo o desenvolvimento da pesquisa "*Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem na Atenção Básica em uma Região de Saúde*" a ser conduzida pela mestrande Flávia Carraro Zopi e orientada pela Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani, junto a esta Entidade, após aprovação do CEP.

Declaro que o Departamento de Enfermagem está de acordo com o desenvolvimento do projeto.

Por ser verdade, firmamos o presente em 06/08/2014.

Prof. Dra. Silvana Andrea Molina Lima
Chefe do Depto de Enfermagem