



Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de Saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação

Tool to measure workload of health professionals in primary health care: development and validation

Instrumento para medir la carga de trabajo de los profesionales de la salud en la atención primaria: desarrollo y validación

Daiana Bonfim¹, Maria José Bistafa Pereira², Célia Regina Pierantoni³, Ana Estela Haddad⁴, Raquel Rapone Gaidzinski⁵

¹Doutora em Ciências, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

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

³Professora Associada, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴Professora Associada, Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, São Paulo, SP, Brasil.

⁵Professora Titular, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To develop and validate an instrument that addresses the interventions/activities carried out by the family health team as reference for staff planning. **Method:** Methodological research developed in stages: instrument development, content validation, and pilot test in three units located in the southeastern region of Brazil. **Results:** 39 interventions were validated in a single instrument to measure workload for clinician, dental surgeon, oral health technician/assistant, nurse, nurse assistant, and community health agent. In the pilot test, the instrument contained 100% of the interventions observed and the observers reached 93.7% agreement. **Conclusion:** The proposed instrument is an innovating tool because of its configuration for health team and supports staff planning in primary health care.

DESCRIPTORS

Primary Health Care; Human Resources in Health; Workload; Validation Studies, Planning.

Autor Correspondente:

Raquel Rapone Gaidzinski.
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05403-000 - São Paulo, SP, Brasil
raqui@usp.br

Recebido: 30/11/2014
Aprovado: 13/02/2015

INTRODUÇÃO

O avanço, expansão e representação da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto internacional, como a base dos sistemas de saúde é evidente⁽¹⁾. Estudos internacionais mostram que países com sistemas de saúde fortemente orientados à APS têm maior probabilidade de apresentar resultados melhores e mais equitativos por serem mais eficientes, terem menores custos na atenção à saúde e alcançarem melhor satisfação do usuário do que aqueles cujos sistemas têm apenas uma fraca orientação à APS⁽²⁾.

Um sistema baseado na APS deve fundamentar-se no planejamento que oferece recursos adequados e sustentáveis apropriados às necessidades de saúde, visto que o investimento em força de trabalho foi enfatizado como uma área essencial que requer atenção, uma vez que a qualidade dos serviços de saúde depende muito das pessoas que neles trabalham⁽²⁾. Assim, é eminente a necessidade e importância de se compreender o planejamento da força de trabalho na APS.

No Brasil, a APS tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sua estratégia prioritária para sua expansão e consolidação⁽³⁾, sendo inegável que a ampliação do acesso da população brasileira à APS aconteceu simultaneamente a um processo continuado de readequação e refinamento da própria ESF⁽⁴⁾. A busca por serviços da atenção básica pelos brasileiros aumentou, entre 1981 e 2008, cerca de 450%, com salto de 42% em 1998, e para 57% em 2008⁽⁵⁾. Em 2011, atingiu-se uma cobertura de 95% dos municípios brasileiros e 53% da população brasileira com ESF⁽⁶⁾.

Nas últimas décadas, questões referentes à gestão da força de trabalho na saúde têm estado no centro das discussões das políticas de saúde no Brasil, sendo considerado importante fator de mudança e apontadas como de grande relevância, para qualquer nova direção política⁽⁷⁾.

Para os gestores da atenção primária, o planejamento dos profissionais está diretamente relacionado à Política Nacional de Atenção Básica que define a equipe mínima de uma Unidade de Saúde da Família (USF), composta por: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal⁽³⁾.

Contudo, os parâmetros preconizados para todo o país, referentes ao quantitativo de profissionais para a USF nem sempre atendem às características epidemiológicas locais e às exigências do modelo de vigilância à saúde, que demandam ações além do atendimento clínico culturalmente presente nas unidades de saúde⁽⁸⁾. Logo, questiona-se se o quadro de profissionais proposto pela Política Nacional de Atenção Básica para a USF é adequado para atender à carga de trabalho presente nessas Unidades, bem como a população adscrita no território.

O processo de planejamento da força de trabalho busca equilíbrio entre o que está disponível em termos de profissionais para a saúde, e o que é realmente necessário para realizar os serviços de saúde. Considera-se que o planejamento é o processo sistemático de estimar o número de pessoas e as competências que precisam para atingir as políticas e metas de saúde predeterminadas, considerando-se as necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade, bem como a segurança desses e dos profissionais de saúde. Esse planejamento requer monitoramento e avaliação contínua.

A alocação de profissionais humanos em saúde, porém, não se restringe somente ao uso de instrumentos analíticos para quantificar indivíduos. É preciso calcular o número necessário de profissionais com competências específicas que os habilite a desempenhar tarefas consoantes aos princípios e necessidades dos serviços de saúde⁽⁹⁾.

Esse processo complexo que envolve aspectos técnicos, éticos e políticos, carece de dados consistentes, confiáveis e disponíveis sobre o trabalho realizado em uma USF, assim como de instrumentos de fácil aplicabilidade na realidade das unidades de saúde.

Instrumentos de medida de tempo são encontrados na literatura em diferentes áreas de atuação e com uma notável concentração na aplicação e desenvolvimento para os profissionais de enfermagem⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Contudo, mesmo diante da expressiva quantidade e diversidade de intervenções/atividades que as equipes de saúde da família realizam, ainda há escassez de literatura referente a instrumentos de pesquisas de tempo para equipes compostas por diferentes categorias profissionais, bem como para atenção primária; que descrevam quais são as atividades realizadas e também, metodologicamente, qual é a melhor maneira de realizar investigações sobre as intervenções dos profissionais de saúde na atenção primária.

MÉTODOS PARA MENSURAÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO

A literatura aponta três métodos mais frequentemente utilizados em pesquisas de mensuração de tempo: autorrelato, tempo e movimento, e amostragem do trabalho⁽¹³⁻¹⁵⁾.

O método de autorrelato é o de mais baixo custo, mas é considerado o mais problemático, pois fatores intervenientes, como o preenchimento de formulários durante o trabalho, a possibilidade de mudanças de comportamento e os efeitos de conveniência social o tornam menos objetivo, porque só dependem do julgamento^(13,15). Estudos comparando autorrelato com outras técnicas, como a amostragem de trabalho, tempo e movimento, mostraram que em autorrelatos os tempos são superestimados⁽¹⁵⁾.

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

um método caro, por requerer muitos observadores para se obter um número representativo de observações⁽¹⁵⁾.

A amostragem do trabalho permite observar o trabalho e o tempo gasto entre as atividades. Este método consiste em observações intermitentes, ao acaso e instantâneas das atividades de trabalho de vários trabalhadores por observadores independentes, que registram as diversas atividades em formulários de coleta de dados. A atividade exata é registrada, mas o tempo real gasto em atividades, não. A teoria da amostragem do trabalho é baseada nas leis da probabilidade, que indicam que a observação tomada em momentos aleatórios repetidos terá a mesma distribuição⁽¹⁰⁾.

Diversos estudos vêm utilizando a amostragem de trabalho para descrever como os enfermeiros despendem seu tempo, pois há necessidade de obter dados mensuráveis para subsidiar a tomada de decisão. Este método vem se mostrando consistente e útil para a análise da distribuição das atividades dos profissionais em relação ao tempo, ao relacionamento e à distribuição entre os diferentes tipos de atividades, bem como da produtividade⁽¹⁰⁾.

O método é, ainda, ideal para trabalhos de alta variabilidade, sendo considerado mais preciso do que os autorrelatos, além de permitir a observação de muitos profissionais ao mesmo tempo, o que resulta em grandes conjuntos de dados⁽¹⁰⁾. Além disso, apresenta vantagens sobre os estudos de tempo e movimento em termos de efeito sobre participantes, custos e observações, pois estas podem ser realizadas ao longo de um período prolongado de tempo, e, assim, diminuir os efeitos das variações cíclicas^(14,16-17).

Na Austrália, foi realizado um estudo no qual a amostragem do trabalho observacional forneceu dados que pareciam refletir com mais precisão os padrões de trabalho e também teve menos impacto na equipe, pois permitiu uma coleta de dados muito mais rápida, apesar desse método exigir um maior compromisso em termos de pessoal⁽¹⁸⁾.

Outro aspecto, relativo a este método, refere-se aos intervalos utilizados para a coleta de dados que podem ser aleatórios ou fixos. A escolha da frequência de observação/alerta depende da técnica utilizada e da natureza do estudo⁽¹⁸⁾. Contudo, o estudo aponta explicações quantitativas das vantagens do intervalo fixo de amostragem⁽¹⁹⁾. Diversas pesquisas utilizaram intervalos fixos que podem variar de 5 a 20 minutos, com predomínio de tempos de 10 minutos^(10-11,17,20-22).

Assim, no que se refere à técnica de amostragem do trabalho, estudos afirmam que esta é uma metodologia útil para se usar na descrição precisa da distribuição do tempo entre os cuidados de enfermagem direto e indireto⁽²⁰⁾, além de propiciar uma análise sobre quais atividades estão sendo realizadas, quando e em que frequências, fornecendo assim um veículo para os trabalhadores discutirem e verificarem as suas opiniões sobre a forma de gestão da assistência ao paciente e de pessoal, em determinado nível organizacional⁽¹⁷⁾.

O presente estudo é parte de um grande projeto de planejamento da força de trabalho de saúde em atenção primária. Este artigo relata metodologicamente o desenvolvimento e a validação do instrumento de coleta de da-

dos para mensurar padrões de tempo, em nível nacional, das intervenções realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Desse modo, esta investigação tem como objetivo propor e validar um instrumento que contemple a relação das intervenções/atividades realizadas pela equipe de saúde da família, como referência para o planejamento da força de trabalho.

MÉTODOS

Pesquisa metodológica de abordagem quantitativa com amostragem intencional.

Para a construção e validação do instrumento de medida de carga de trabalho seguiram-se as etapas:

CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO INTERVENÇÕES/ATIVIDADES DE MEDIDA DA CARGA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A principal fundamentação teórica para a construção do instrumento foi a dissertação de mestrado de Bonfim⁽²³⁾, que identificou e classificou as atividades de enfermagem na atenção primária à saúde em 59 intervenções, segundo a Classificação de Intervenções de Enfermagem – *Nursing Interventions Classification (NIC)*.

A proposta de Bonfim⁽²³⁾ foi analisada, reestruturada e ampliada na perspectiva da saúde coletiva, pela *expertise* do grupo de pesquisadores das Estações de Trabalho dos Observatórios de Recursos Humanos das Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto da USP, da Faculdade de Odontologia da USP, do Instituto de Medicina Social, Faculdades de Odontologia e de Enfermagem da UERJ e por gestores de saúde, para identificar as intervenções/atividades dos trabalhadores que atuam na equipe de saúde da família: médicos; cirurgiões-dentistas; técnicos/auxiliares de saúde bucal; enfermeiros; técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Essa construção coletiva, pelo grupo de *expertises* em atenção primária, possibilitou ajustes conceituais e aproximação da terminologia utilizada pela *NIC* com a linguagem mais adequada às intervenções/atividades realizadas por todos trabalhadores da equipe de saúde da família.

Para elaboração do instrumento foram realizadas seis oficinas de trabalho, com duração média de 8 horas cada, resultando em um instrumento único para a equipe de profissionais da USF, composto por 38 intervenções de cuidado.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

O instrumento construído, com uma lista de 38 intervenções, definição de cada intervenção e descrição das atividades de cuidado realizadas pelos trabalhadores de saúde foi submetido à validação de conteúdo por juízes selecionados a partir dos critérios: pertencer às categorias: médico, enfermeiro e cirurgião-dentista, com experiência na área de APS e possuir conhecimento para avaliar as atividades realizadas pelos agentes comunitários, técnicos/auxiliares de enferma-

gem, técnicos/auxiliares de saúde bucal; trabalhar em Unidades de Saúde da Família consolidadas e indicadas como de boas práticas de saúde; ser trabalhador de saúde com experiência no uso de classificações das práticas em saúde; e aceitar participar do processo de validação de conteúdo.

Seguindo-se estes critérios, foram selecionados: um representante de cada categoria que integrava a USF das cidades de São Paulo, Ribeirão Preto e Rio de Janeiro e mais dois enfermeiros com experiência na taxonomia da Classificação de Intervenções de Enfermagem – *NIC*. Portanto, participaram 11 trabalhadores da saúde.

A validação aconteceu em dois momentos: A – entrega e devolutiva do instrumento com avaliação da clareza da nomenclatura e da definição de cada uma das 38 intervenções, pelos juízes. Considerou-se que as respostas deveriam apresentar, no mínimo, 80% de concordância por categoria de trabalhador; B – oficina de validação do conteúdo, realizada em 10/05/2012, durante 8 horas, com a presença de todos os juízes para discussão e análise de pontos discordantes e ajuste consensual do instrumento final.

TESTE PILOTO DO INSTRUMENTO

O teste piloto do instrumento foi realizado no período de junho, julho e outubro de 2012 em três USF localizadas nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto e Rio de Janeiro, selecionadas pelos pesquisadores como de padrão adequado para verificar se o instrumento capturava as intervenções/atividades realizadas pela equipe de saúde no cotidiano da prática.

Os trabalhadores de saúde das USF foram observados, no desempenho de suas intervenções/atividades, pela aplicação do instrumento, utilizando-se a técnica amostragem do trabalho, com intervalos entre observações de 10 minutos.

Os observadores de campo tinham formação na área da saúde (graduação em enfermagem), todos receberam treinamento teórico-prático de 20 horas para a padronização da coleta e maior domínio do instrumento e da técnica de amostragem do trabalho. Cada observador acompanhou, em média, seis profissionais de forma sequencial.

A dinâmica da observação foi organizada de modo que o observador registrasse a atividade principal que estava sendo desenvolvida pelo profissional. Em atividades realizadas em portas fechadas, como consultas, grupos, reuniões, entre outras, o observador não participou da atividade, mas considerou-se a informação fornecida pelo profissional, sendo checada a cada rodada de observação se o profissional mantinha-se na mesma atividade relatada. As conversas realizadas entre os profissionais, dentro de consultórios, foram consideradas de natureza profissional.

Um outro aspecto estabelecido foi para a situação em que o profissional estava caminhando pelo corredor no momento da observação. O observador deveria acompanhar o profissional até a realização da atividade subsequente, pois não se considera andar pelo corredor como uma atividade.

Para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi escalado um observador que o acompanhou no

desempenho de suas intervenções/atividades internas e externas, durante toda a jornada de trabalho. Os demais profissionais não foram acompanhados nas intervenções/atividades externas à USF, registrando-se apenas o período em que permaneceram fora para realização da intervenção/atividade relatada.

Para testar o instrumento, foi calculado o período amostral (em dias de observação) necessário para realizar essa observação, por meio da equação proposta por Barbetta⁽²⁴⁾, com erro tolerável de 5%, considerando-se: a proporcionalidade do número de profissionais da unidade; a jornada de trabalho desses profissionais e o intervalo de observação de 10 minutos. A amostra correspondeu a cinco dias, em média, de observação em cada local.

O teste de confiabilidade é uma etapa importante, que pode ser realizado durante a etapa final do treinamento^(10,13,18,20-21) ou ainda durante a coleta dados⁽¹⁸⁾. Recomenda-se que durante todo o período de coleta de dados devam ser realizados testes aleatórios de vários observadores na codificação da mesma atividade, sendo calculada uma concordância maior que 90% para afirmar uma adequada confiabilidade interna⁽¹⁶⁾.

Para verificar a proporção de concordância entre os observadores foi realizada, nas três USF, uma amostra de 20% do total das observações. O teste de concordância entre os observadores foi realizado pela supervisora do campo.

Os dados foram armazenados em banco construído, especificamente, para as análises estatísticas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem na Universidade de São Paulo, sob o nº 170278 e pelo Comitê de Ética da Prefeitura dos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto e Rio de Janeiro.

RESULTADOS

Na primeira etapa da validação do conteúdo do instrumento obteve-se, junto aos juízes, concordância de 81,1% entre os enfermeiros, 61,3% entre médicos e 84,4% entre os cirurgiões-dentistas.

Na oficina de trabalho, as intervenções que apresentaram discordâncias, por uma ou mais categorias, foram debatidas pelos juízes e as alterações foram incorporadas, por consenso, ao instrumento, como a inclusão de uma nova intervenção – Organização do processo de trabalho. Assim, o instrumento final foi composto por 39 intervenções validadas e distribuídas, segundo a categoria profissional: médico (34), cirurgião-dentista (36), auxiliar de saúde bucal (31), técnico de saúde bucal (32), enfermeiro (38), técnico/auxiliar de enfermagem (37) e agente comunitário de saúde (28).

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

O Quadro 1 apresenta, resumidamente, o instrumento de medida da carga de trabalho dos profissionais de saúde na atenção primária, disponível na íntegra no site da Rede de Observatório de RH da Escola de Enfermagem da USP.*

Quadro 1 - Apresentação resumida das intervenções que compõem o instrumento de medida da carga de trabalho dos trabalhadores de saúde em USF - São Paulo, SP, Brasil, 2012.

| Instrumento de Medida da Carga de Trabalho dos Profissionais de Saúde na Atenção Primária | | |
|--|-----------------------|----------------------------------|
| Intervenção/Definição | **Tipo Cuidado | ***Categoria profissional |
| [Intervenção 01] Ações educativas dos trabalhadores de saúde Desenvolvimento e participação de ações de educação permanente. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 02] Administração de Medicamentos Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não prescritos. | D | 2, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 03] Apoio ao estudante Assistência e apoio ao estudante em experiência de aprendizagem. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 04] Apoio ao Médico Colaboração com os médicos na assistência ao usuário. | D | 5, 6, 7 |
| [Intervenção 05] Assistência em exames/procedimentos Assistência ao usuário e a outro provedor de cuidados de saúde durante um procedimento ou exame. | D | 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 06] Assistência na amamentação Preparo de uma mãe para amamentar o seu bebê. | D | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 07] Atendimento à demanda espontânea Atendimento do usuário sem agendamento prévio, que inclui práticas de produção e promoção de saúde com corresponsabilização da equipe/usuário. | D | 1, 2, 3, 4, 5, 6 |
| [Intervenção 08] Avaliação de desempenho Avaliação sistemática do desempenho profissional. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 09] Coleta de dados de pesquisa científica Coleta de dados para pesquisa científica. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 10] Consulta Aplicação de conhecimento para prestação de um conjunto de atividades a um indivíduo, voltadas para o restabelecimento ou a manutenção da saúde. | D | 1, 2, 5 |
| [Intervenção 11] Controle de Doenças transmissíveis Ações dirigidas a uma comunidade para reduzir e controlar a incidência e a prevalência de doenças transmissíveis. | D | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 12] Controle de Eletrólitos Promoção do equilíbrio de eletrólitos e prevenção de complicações resultantes de níveis anormais ou indesejados de eletrólitos séricos. | D | 5, 6 |
| [Intervenção 13] Controle de Imunização/vacinação Monitoração do estado de imunização, facilitação do acesso às imunizações e provisão de imunizantes para prevenir doenças transmissíveis. | D | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 14] Controle de Infecção Minimizar o risco de contaminação e transmissão de agentes infecciosos. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 15] Controle de Suprimentos Solicitação, aquisição e manutenção de itens adequados ao oferecimento de cuidados ao usuário. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6 |
| [Intervenção 16] Organização do processo de trabalho Organização e distribuição das atividades do trabalho nos serviços de saúde. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 17] Cuidados de urgência/emergência Provisão de medidas para salvar uma vida em situação de risco. | D | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 18] Desenvolvimento da saúde comunitária Apoio à comunidade para identificação de problemas de saúde, mobilização de recursos e implementação de soluções. | D | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 19] Desenvolvimento de processos e rotinas administrativas Construção e uso de uma sequência programada de processos e rotinas administrativas para melhorar os resultados desejados para o usuário, a um custo eficiente. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 20] Desenvolvimento de protocolos de cuidados Construção e uso de uma sequência programada de atividades de cuidado para melhorar os resultados desejados para o usuário, a um custo eficiente. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 21] Documentação Anotação de dados e informações pertinentes ao usuário, à família, à população e ao território (registro relativo à consulta e a procedimentos clínicos; registro relativo à visita domiciliar; registro relativo à vigilância). | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 22] Identificação de Risco Análise de fatores potenciais de risco (biológicos, sociais, ambientais e do trabalho) à saúde e priorização de estratégias de redução de riscos para um indivíduo ou um grupo. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 23] Interpretação de dados laboratoriais Análise de dados laboratoriais do usuário para auxiliar na tomada de decisão. | I | 1, 2, 5, 6 |
| [Intervenção 24] Mapeamento e territorialização Reconhecimento de características estruturais, sociais, econômicas, políticas, culturais, ambientais e de interação social da área de abrangência da unidade de saúde, bem como sua delimitação. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 25] Monitoração de sinais vitais e/ou medidas antropométricas Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal e/ou medidas antropométricas para determinar e prevenir complicações. | D | 5, 6 |
| [Intervenção 26] Orientação quanto ao Sistema de Saúde Facilitação do acesso e uso adequado do usuário/população aos serviços de saúde. | D | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 27] Procedimentos Ambulatoriais Aplicação de conhecimento especializado e habilidade específica para realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos. | D | 1, 2, 3, 4, 5, 6 |

continua..

...continuação

| Instrumento de Medida da Carga de Trabalho dos Profissionais de Saúde na Atenção Primária | | |
|--|----------------|---------------------------|
| Intervenção/Definição | **Tipo Cuidado | ***Categoria profissional |
| [Intervenção 28] Procedimentos coletivos Ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), dos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, e oferecidos de forma contínua. | D | 2, 3, 4 |
| [Intervenção 29] Promoção de ações educativas Desenvolvimento de ações de educação em saúde para indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, bem como a orientação específica de um usuário, família, acompanhante ou cuidador visando a sua compreensão sobre um procedimento ou tratamento prescrito. | D | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 30] Punção de vaso: amostra do sangue venoso Coleta de amostra de sangue venoso de uma veia não canulada. | D | 1, 5, 6 |
| [Intervenção 31] Referência e contrarreferência Encaminhamento e monitoramento dos usuários para a atenção secundária, terciária e outros serviços. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 32] Reunião administrativa Reunião administrativa para planejamento, discussão e avaliação de assuntos técnicos e administrativos relacionados à organização do serviço. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 33] Reunião para avaliação dos cuidados multiprofissionais Planejamento e avaliação pela equipe multiprofissional da oferta do cuidado integral ao usuário/população. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 34] Supervisão dos trabalhadores da unidade Facilitação do provimento de cuidado de alta qualidade aos usuários por outros indivíduos. | I | 1, 2, 4, 5, 6 |
| [Intervenção 35] Supervisão Segurança Coleta e análise propositais e contínuas de informações sobre o ambiente do serviço para serem utilizadas na promoção e na manutenção da segurança do usuário. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6 |
| [Intervenção 36] Transporte interinstitucional Transporte do usuário da unidade para outra instituição de saúde. | D | 1, 5, 6 |
| [Intervenção 37] Troca de informações sobre cuidados de saúde e/ou serviço de saúde Fornecimento de informações sobre os cuidados do usuário/população e/ou serviço de saúde a outros profissionais de saúde. | I | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 38] Vigilância em saúde Ações de impacto nas causas evitáveis no âmbito epidemiológico, sanitário e ambiental. | D | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Intervenção 39] Visita Domiciliar Realização dos cuidados a usuários/população para integrar e otimizar o uso de recursos, assegurar a qualidade dos cuidados de saúde e alcançar os resultados desejados na perspectiva de favorecer a interação com a dinâmica das relações familiares e o estabelecimento de vínculos. | D | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| [Outras Atividades] Atividade associada: atividades de outras categorias profissionais, mas que o profissional de saúde assume. Atividade pessoal: pausas necessárias na jornada de trabalho para o atendimento das necessidades fisiológicas e de comunicação pessoal dos trabalhadores. Tempo de espera: quando o trabalhador está em seu posto de trabalho disponível para o atendimento, aguardando o usuário e/ou profissional, seja por falta e/ou atraso do usuário, ausência de demanda ou o outro profissional está ocupado em outra atividade. Ausência: quando o profissional, durante a jornada de trabalho, ausenta-se para realizar atividades não relacionadas à unidade de saúde, como atrasos e saídas antecipadas. | | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |

*Fonte: http://143.107.173.8/orh/administrator/components/com_jresearch/files/publications/instrumento_dimensao.pdf.

**Tipo de cuidado: [D] Cuidado Direto: realizado junto ao usuário/família/comunidade; [I] Cuidado Indireto: realizado a distância do usuário/família/comunidade, mas em seu benefício.

***Categoria Profissional que executa: 1 – Médico; 2 – Cirurgião-dentista; 3 – Auxiliar de saúde bucal; 4 – Técnico de saúde bucal; 5 – Enfermeiro; 6 – Técnico/Auxiliar de enfermagem; e 7 – Agente comunitário de saúde.

O teste piloto deste instrumento foi realizado por meio da observação direta, não participativa dos profissionais que estavam presentes e aceitaram participar deste estudo nas três USF selecionadas. Foram observados 126 profissionais,

sendo 11 médicos, 8 cirurgiões-dentistas, 9 auxiliares/técnicos de saúde bucal, 14 enfermeiros, 21 técnicos/auxiliares de enfermagem e 63 agentes comunitários de saúde. Nos três campos foram realizadas 19.062 observações (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de observações, por categoria profissional e município no período de junho, julho e outubro de 2012 – São Paulo, SP, Brasil, 2012.

| Unidade/Município | Categoria Profissional* | | | | | | | Total geral | |
|--------------------|-------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| USF São Paulo | 810 | 378 | 162 | 324 | 1350 | 1836 | 1458 | 6318 | 33% |
| USF Ribeirão Preto | 810 | 540 | 432 | 0 | 540 | 1890 | 1458 | 5670 | 30% |
| USF Rio de Janeiro | 810 | 756 | 432 | 378 | 1242 | 1188 | 2268 | 7074 | 37% |
| Total geral | 2431 | 1676 | 1029 | 706 | 3137 | 4920 | 5191 | 19062 | 100% |

*Categoria profissional: 1 – Médico; 2 – Cirurgião-dentista, 3 – Auxiliar de saúde bucal, 4 – Técnico de saúde bucal, 5 – Enfermeiro, 6 – Técnico/Auxiliar de enfermagem e 7 – Agente comunitário de saúde.

A Tabela 2 demonstra a distribuição do percentual de concordância (C) e discordância (D) entre os observadores, segundo as observações que foram realizadas

para compor o teste de confiabilidade do instrumento de medida da carga de trabalho dos profissionais de saúde na atenção primária.

Tabela 2 - Teste de confiabilidade entre observadores, dos registros das intervenções/atividades, segundo categoria profissional nas USF estudadas, período de junho, julho e outubro de 2012 – São Paulo, SP, Brasil, 2012.

| Teste | | Categoria profissional | | | | | | | | | | | | | | Total | |
|--------------------|---|------------------------|------|-----|------|-----|------|----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-------|------|
| | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | n | % |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | | | |
| SP | D | 9 | 12,3 | 9 | 52,9 | 0 | 0 | 3 | 17,6 | 17 | 15,5 | 8 | 5,7 | 1 | 5,6 | 47 | 12,0 |
| | C | 64 | 87,7 | 8 | 47,1 | 16 | 100 | 14 | 82,4 | 93 | 84,5 | 133 | 94,3 | 17 | 94,4 | 345 | 88,0 |
| RP | D | 1 | 5,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6,1 | 2 | 4,4 | 5 | 4,0 |
| | C | 17 | 94,4 | 12 | 100 | 0 | 0 | 6 | 100 | 12 | 100 | 31 | 93,9 | 43 | 95,6 | 121 | 96,0 |
| RJ | D | 8 | 3,6 | 5 | 4,5 | 2 | 2,2 | 1 | 1,9 | 10 | 3,4 | 14 | 6,0 | 7 | 10,8 | 47 | 4,4 |
| | C | 217 | 96,4 | 107 | 95,5 | 87 | 97,8 | 52 | 98,1 | 281 | 96,6 | 218 | 94,0 | 58 | 89,2 | 1020 | 95,6 |
| Sub total | D | 18 | 5,7 | 14 | 10 | 2 | 1,9 | 4 | 5,3 | 27 | 6,5 | 24 | 5,9 | 10 | 7,8 | 100 | 6,3 |
| | C | 298 | 94,3 | 127 | 90 | 103 | 98,1 | 72 | 94,7 | 386 | 93,5 | 382 | 94,1 | 118 | 92,2 | 1486 | 93,7 |
| Total geral | | 316 | 100 | 141 | 100 | 105 | 100 | 76 | 100 | 413 | 100 | 406 | 100 | 128 | 100 | 1585 | 100 |

Nota: o total de reteste corresponde a 9,3% do total das observações realizadas, sendo: 13,4% da categoria médico, 9,4% da dentista, 16,8% da categoria auxiliar de Saúde Bucal, 8,6% da categoria técnico de saúde bucal, 13,5% da categoria enfermeiro, 9,5% da categoria Téc./Aux. de enfermagem e 3,4% da categoria agente comunitário de saúde. Para a categoria agente comunitário de saúde, o reteste foi realizado somente quando o profissional se encontrava na unidade. Categoria profissional: [1] Médico; [2] Dentista; [3] Auxiliar de Saúde Bucal; [4] Técnico de Saúde Bucal; [5] Enfermeiro; [6] Técnico/Auxiliar de enfermagem; [7] Agente Comunitário de Saúde.

Síglas: [SP]: São Paulo, [RP]: Ribeirão Preto, [RJ]: Rio de Janeiro; [D]: discordante; [C]: concordante.

O instrumento contemplou 100% das intervenções realizadas pelos profissionais de saúde observados. O conjunto das

intervenções previstas por categoria profissional e as observadas nos USF podem ser visualizadas na Tabela 3 e no Quadro 2.

Tabela 3 - Quantitativo de intervenções/atividades do Instrumento de Medida da Carga de Trabalho dos Profissionais de Saúde na atenção primária e o percentual observado, segundo a categoria profissional, período de junho, julho e outubro de 2012, São Paulo, SP, Brasil, 2012.

| Unidade/Município | Categoria Profissional | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-----|--------------------|-----|---------------------|-----|---------------------|-----|------------|-----|------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| | Médico | | Cirurgião-Dentista | | Aux. de Saúde Bucal | | Téc. de Saúde Bucal | | Enfermeiro | | Téc./Aux de Enfermagem | | Agente Comunitário de Saúde | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| São Paulo | 14 | 41 | 11 | 30 | 9 | 29 | 10 | 31 | 19 | 50 | 22 | 59 | 9 | 32 |
| Ribeirão Preto | 17 | 50 | 14 | 39 | 8 | 26 | 12 | 38 | 23 | 60 | 27 | 73 | 13 | 46 |
| Rio de Janeiro | 15 | 44 | 21 | 58 | 14 | 45 | 10 | 31 | 25 | 66 | 23 | 62 | 10 | 36 |
| Total de intervenções previstas no instrumento | 34 | 100 | 36 | 100 | 31 | 100 | 32 | 100 | 38 | 100 | 37 | 100 | 28 | 100 |

Quadro 2 - Intervenções realizadas pelos profissionais de saúde, segundo a categoria profissional, no período de junho, julho e outubro de 2012 – São Paulo, SP, Brasil, 2012.

| Intervenções | Categorias Profissionais observadas | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ações educativas dos trabalhadores de saúde | X | X | X | X | X | X | X |
| Administração de Medicamentos | X | - | | | X | X | - |
| Apoio ao estudante | X | - | - | - | X | - | - |
| Apoio ao Médico | | | | | - | X | X |
| Assistência em exames/procedimentos | | X | X | X | X | X | X |
| Assistência na amamentação | - | - | - | - | X | X | - |
| Atendimento à demanda espontânea | X | X | X | - | X | X | |
| Avaliação de desempenho | - | - | - | - | - | - | - |
| Coleta de dados de pesquisa científica | - | - | - | - | X | X | - |
| Consulta | X | X | | | X | | |
| Controle de Doenças transmissíveis | - | - | - | - | - | - | - |
| Controle de Eletrólitos | | | | X | - | X | |
| Controle de Imunização/vacinação | - | - | - | - | X | X | - |
| Controle de Infecção | - | X | X | X | X | X | - |
| Controle de Suprimentos | X | X | X | X | | X | X |
| Cuidados de urgência/emergência | X | X | X | - | X | X | - |
| Desenvolvimento da saúde comunitária | X | - | - | - | X | X | X |
| Desenvolvimento de processos e rotinas administrativas | - | - | - | - | X | - | - |
| Desenvolvimento de protocolos de cuidados | - | X | X | - | X | - | X |

continua...

...continuação

| Intervenções | Categorias Profissionais observadas | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Documentação | X | X | X | X | X | X | X |
| Identificação de Risco | X | - | - | - | X | - | - |
| Interpretação de dados laboratoriais | X | - | | | X | - | |
| Mapeamento e territorialização | - | - | X | - | - | - | X |
| Monitoração de sinais vitais e/ou medidas antropométricas | | | | | - | X | X |
| Organização do processo de trabalho | X | X | - | - | X | X | X |
| Orientação quanto ao Sistema de Saúde | X | X | X | X | X | X | X |
| Procedimentos Ambulatoriais | X | X | X | - | X | X | |
| Procedimentos coletivos | | X | - | X | | | |
| Promoção de ações educativas | - | X | X | X | X | X | X |
| Punção de vaso: amostra do sangue venoso | - | | | | X | X | |
| Referência e contrarreferência | - | - | - | - | X | X | - |
| Reunião administrativa | X | X | - | X | X | X | X |
| Reunião para avaliação dos cuidados multiprofissionais | X | X | X | X | X | X | X |
| Supervisão dos trabalhadores da unidade | X | X | X | - | X | - | |
| Supervisão Segurança | - | X | X | X | X | X | |
| Transporte interinstitucional | - | | | | X | - | |
| Troca de informações sobre cuidados de saúde e/ou serviço de saúde | X | X | X | X | X | X | X |
| Vigilância em saúde | X | - | - | - | X | X | - |
| Visita Domiciliar | X | X | - | X | X | X | X |

Legenda: Categoria profissional: [1] Médico; [2] Dentista; [3] Auxiliar de Saúde Bucal; [4] Técnico de Saúde Bucal; [5] Enfermeiro; [6] Téc/Aux. de enfermagem; [7] Agente Comunitário de Saúde. [] Intervenção não prevista para a categoria profissional; [-] Intervenção não observada para a categoria profissional durante teste piloto do instrumento; [X] intervenção observada durante o teste piloto do instrumento.

DISCUSSÃO

Um instrumento adequado é o requisito mais importante para identificar as intervenções/atividades realizadas na prática por meio da técnica amostragem do trabalho⁽¹⁷⁾.

Na literatura, é possível encontrar instrumentos desenvolvidos com o propósito de identificação da carga de trabalho, mas frequentemente eles são destinados somente para uma determinada categoria profissional. Na Bélgica foi desenvolvido, para enfermeiros, o *Belgian Nursing Minimum Data Set (B-NMDS-2)* composto por 78 itens, estruturados em 6 grupos baseados na *Nursing Interventions Classification (NIC)*. No Brasil, foram elaborados instrumentos, fundamentados na *NIC* para as áreas de enfermagem em alojamento conjunto, atenção primária, radiologia, clínica médica, clínica cirúrgica, unidade de terapia intensiva e oncologia⁽¹¹⁻¹²⁾.

Atualmente, busca-se um planejamento voltado a uma equipe multidisciplinar, com a combinação de dois ou mais métodos (triangulação), que produzem resultados mais consistentes e geram mais confiança aos gestores⁽²⁵⁾.

Assim, a maior diferença do instrumento proposto neste estudo em relação aos encontrados na literatura é a abrangência e integração das diferentes categorias profissionais em um único instrumento validado, inédito na literatura.

A categoria profissional enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem tem o maior número de intervenções/atividades previstas no instrumento, pois participam de uma maior diversidade de atividades, quando comparados com os outros profissionais da equipe. Seis intervenções do instrumento foram realizadas por todas as categorias durante o teste piloto, reforçando a integração entre equipe proposta no modelo de Saúde da Família, entre elas: Troca de informações em saúde; Reunião pa-

ra avaliação dos cuidados multiprofissionais; Documentação; Ações educativas dos trabalhadores de saúde e Orientação quanto ao sistema de saúde.

A inserção do cirurgião-dentista na Equipe de Saúde da Família é mais recente em relação ao médico e ao enfermeiro, tendo se expandido de forma mais expressiva a partir de 2003. Ainda que a relação de intervenções validadas no instrumento identifique que o cirurgião-dentista realiza ações educativas e participa de atividades da equipe multiprofissional, estudos recentes comprovam predomínio do seu processo de trabalho na atenção primária ainda predominantemente centrado nos procedimentos cirúrgico-reparadores e no atendimento individual⁽²⁶⁻²⁷⁾. Além disso, apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Odontologia datar de 2002, e de considerável número de cursos estarem em processo de reestruturação para atender às DCN, ainda há dificuldade para se alcançar o almejado perfil generalista, a disposição para o efetivo trabalho em equipe multiprofissional, voltado também para as necessidades coletivas, e preparado para a gestão do cuidado e da clínica no contexto da complexidade da administração pública⁽²⁸⁾.

O agrupamento das atividades proposto nos diversos instrumentos descritos pela literatura, aplicados em técnicas de amostragem do trabalho, recomenda diferentes classificações para as atividades, sendo frequentemente encontradas: cuidado direto; cuidado indireto; relacionado ao serviço/unidade; e pessoal^(10,16-17,21-22). Agrupamento esses muito próximos ao utilizado neste estudo.

Todavia, alguns contrapontos são evidenciados. Em algumas investigações as atividades como: participação em reuniões; realização de ensino em serviço; pesquisa e auditoria; e administração⁽²²⁾, não específicas do paciente, mas

que incluem responsabilidades clínicas de liderança, papel do enfermeiro e dos padrões de competência⁽²¹⁾, incluindo a coordenação de pessoal⁽²⁹⁾ são consideradas atividades relacionadas ao serviço e não de cuidado indireto.

Destaca-se que a categoria tempo de espera e ausência são atividades características da dinâmica de trabalho das equipes de saúde da família observada durante o teste piloto, estando incorporadas no instrumento devido à importância deste refletir a real prática desenvolvida nas USF.

A concordância média, considerando-se o total de observações realizadas foi 93,7%, valor dentro do apresentado pela literatura de 95%⁽²²⁾, 91%^(10,16), 90%⁽²¹⁾ e 85%⁽¹⁸⁾. Outro estudo considerou satisfatório o índice de 85%, pois um terço das discrepâncias estava relacionado ao sincronismo e não à interpretação das intervenções⁽¹⁸⁾. Logo, para testes de confiabilidade realizados durante a coleta de dados deve-se considerar como fator interveniente a dinâmica, organização e estrutura física das realidades estudadas, o que pode facilitar ou dificultar o sincronismo da observação durante o teste.

O instrumento mostrou-se completo, uma vez que 100% das intervenções/atividades observadas estavam descritas no instrumento desenvolvido, embora em nenhuma realidade observada todos os profissionais realizaram todas as intervenções/atividades descritas, visto que o instrumento contempla intervenções/atividades com possibilidade de frequência diária, semanal, mensal e anual.

Este instrumento é de fundamental importância no suporte à aplicação de métodos de planejamento da força de trabalho que tem como componente-chave a carga de trabalho, pois a variável tempo é considerada a mais difícil de ser obtida e também a mais importante para a aplicação de alguns métodos como o *Workload Indicators of Staffing Need (WISN)*⁽³⁰⁾.

A dinâmica desenvolvida no teste piloto mostrou que a técnica de amostragem do trabalho na aplicação do instrumento é adequada para o levantamento de padrões de

tempo das intervenções/atividades realizadas pelos profissionais da equipe de saúde da família.

Para a equipe da odontologia orienta-se que a observação seja realizada por um observador exclusivo e que este seja cirurgião-dentista, tendo em vista a necessidade de permanência no consultório para melhor efetividade dos registros das intervenções/atividades e a alta especificidade dos procedimentos. Além disso, recomenda-se que os observadores de campo utilizem dispositivos que possam identificá-los como pesquisador, para que a população e/ou usuários não os reconheçam como profissionais da unidade.

CONCLUSÃO

O instrumento de medida da carga de trabalho construído neste estudo foi composto por 39 intervenções, que contemplaram 100% das atividades realizadas pelos profissionais da saúde observados em USF. A validação do instrumento resultou em alto grau de concordância com relação às intervenções dos profissionais nas categorias profissionais envolvidas.

A importância deste instrumento está não só na sua aplicação para o levantamento de padrões de tempo e então subsídio para o planejamento da força de trabalho, mas também o levantamento da prática diária das equipes de estratégia de saúde da família, descrição do processo de trabalho frente ao modelo de saúde proposto e reflexões sobre o campo das competências profissionais e interprofissionais.

Além disso, a sua aplicação possibilita discutir os campos das fichas de registro das atividades executadas, bem como o sistema de informação utilizado na ESF.

Mais pesquisas e teste do instrumento de medida de carga de trabalho são necessários, em diferentes unidades de saúde da família, no contexto nacional, o que possibilitará realizar comparações entre as cargas de trabalho e a identificação das diferentes configurações do processo de trabalho das diferentes categorias componentes da equipe em USF.

RESUMO

Objetivo: Propor e validar um instrumento que contemple as intervenções/atividades realizadas pela equipe de saúde da família, como referência para o planejamento da força de trabalho. **Método:** Pesquisa metodológica desenvolvida nas etapas: construção do instrumento; validação de conteúdo e teste piloto, em três unidades, localizadas na região sudeste do Brasil. **Resultados:** Foram validadas 39 intervenções em um único instrumento de medida de carga de trabalho para médico, cirurgião-dentista, técnico/auxiliar de saúde bucal, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. No teste piloto, o instrumento contemplou 100% das intervenções observadas, atingindo 93,7% de concordância entre os observadores. **Conclusão:** O instrumento proposto, inédito na sua configuração, subsidia o planejamento da força de trabalho em atenção primária.

DESCRITORES

Atenção Primária à Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Carga de Trabalho; Estudos de Validação, Planejamento.

RESUMEN

Objetivo: Proponer y validar un instrumento que contemple las intervenciones/actividades realizadas por el equipo de salud de la familia, como referencia para la planificación de la fuerza de trabajo. **Método:** investigación metodológica desarrollada en etapas: construcción del instrumento; validación de contenido y prueba piloto en tres unidades, ubicadas en la región sudeste de Brasil. **Resultados:** Fueron validadas 39 intervenciones con un único instrumento para medir la carga de trabajo paramédico, cirujano dentista, técnico/asistente de salud bucal, enfermero, técnico/asistente de enfermería y agente comunitario de salud. En la prueba piloto, el instrumento contempló 100% de las intervenciones observadas, alcanzando 93,7% de concordancia entre los observadores. **Conclusión:** El instrumento propuesto, inédito en su configuración, subsidia la planificación de la fuerza de trabajo en la atención primaria.

DESCRIPTORES

Atención Primaria de Salud; Recursos Humanos en Salud; Carga de Trabajo; Estudios de Validación, Planificación.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. (Coleção pra Entender a Gestão do SUS, v.1).
2. Organização Pan-Americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington; 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: MS; 2012.
4. Andrade L, Barreto I, Bezerra R. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond MJ, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 783-836.
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
6. Rasella D, Harhay OM, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014;349:g4014.
7. Buchan J, Fronteira I, Dussault G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. *Hum Resour Health*. 2011;9:17.
8. Tomblin Murphy G, MacKenzie A, Alder R, Birch S, Kephart G, O'Brien-Pallas L. An applied simulation model for estimating the supply of and requirements for registered nurses based on population health needs. *Policy Polit Nurs Pract*. 2009;10(4):240-51.
9. Vianna CMM, Pierantoni CR, França TC, Magnago C, Rodrigues MPS, Morici MC. Modelos econométricos de estimativa da força de trabalho: uma revisão integrativa da literatura. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(3):925-50.
10. Urden L, Roode J. Work sampling: a decision-making tool for determining resources and work redesign. *J Nurs Adm*. 1997;27(9):34-41.
11. Cruz CWM, Bonfim D, Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Laus AM. The use of Nursing Interventions Classification (NIC) in identifying the workload of nursing: an integrative review. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(3):154-60.
12. Souza CA De, Jericó MDC, Perroca MG. Measurement of nurses' workload in an oncology outpatient clinic. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(1):97-103.
13. Myny D, Van Goubergen D, Limère V, Gobert M, Verhaeghe S, Defloor T. Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset. *J Adv Nurs*. 2010;66(1):92-102.
14. Pelletier D, Duffield C. Work sampling: valuable methodology to define nursing practice patterns. *Nurs Health Sci*. 2003;5(1):31-8.
15. Bartholomeyczik S, Hunstein D. Time distribution of selected care activities in home care in Germany. *J Clin Nurs*. 2004;13(1):97-104.
16. Pelletier D, Duffield C. Work sampling: valuable methodology to define nursing practice patterns. *Nurs Health Sci*. 2003;5(1):31-8.
17. Duffield C, Management S, Wise W. Tell me what we do. using work sampling to find the answer. *Aust J Adv Nurs*. 2003;20(3):19-23.
18. Ampt A, Westbrook J, Creswick N, Mallock N. A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. *J Health Serv Res Policy*. 2007;12(1):18-24.
19. Shu MH. Comparisons and sensitivity study for investigation of factors of work sampling models. 2004;15(3):43-58.
20. Dellefield ME, Harrington C, Kelly A. Observing how RNs use clinical time in a nursing home: a pilot study. *Geriatr Nurs*. 2012;33(4):256-63.
21. Gardner GGA. Development and validation of a novel approach to work sampling: a study of nurse practitioner work patterns. *Aust J Adv Nurs*. 2010;27(4):4-13.
22. Chaboyer W, Wallis M, Duffield C, Courtney M, Seaton P, Holzhauser K, et al. A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: an observational study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(9):1274-84.
23. Bonfim D, Gaidzinski RR, Santos FM, Gonçalves CDS, Fugulin FMT. The identification of nursing interventions in primary health care: a parameter for personnel staffing. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1462-70.
24. Barbetta P. Estatística aplicada às ciências sociais. 5th ed. Florianópolis: UFSC; 2002.
25. Hurst K. Primary and community care workforce planning and development. *J Adv Nurs*. 2006;55(6):757-69.
26. Martelli PJJ, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro IS Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):32-43.
27. Costa R, Medeiros Junior A, Costa IC. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2012;7(24):147-63.
28. Haddad AE, Morita MC. Formação acadêmica, produção de conhecimento e exercício profissional com relevância social [editorial]. *Rev ABENO*. 2011;11(2):5-6.
29. Westbrook JI, Duffield C, Li L, Creswick NJ. How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:319.
30. World Health Organization. Workload Indicators of Staffing Need (WISN). User's manual [Internet]. Geneva; 2010 [cited 2014 Oct 16] Available from: http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/

Agradecimentos: Aos profissionais das USF que participaram do estudo, aos observadores de campo, aos experts que contribuíram para validação do instrumento e ao gerente de projetos e às pesquisadoras dos Observatórios de Recursos Humanos da EE-USP, EERP-USP, Faculdade de Odontologia-USP, Instituto de Medicina Social-UERJ e Faculdade de Odontologia-UERJ.
