

O relatório ora apresentado consolida os resultados obtidos com o componente “Metodologia para o dimensionamento de pessoal para os serviços de saúde do Plano Diretor 2008-2010” e será dividido em três etapas. A primeira consistiu em uma revisão da literatura sobre o tema disponível nas principais bases de dados nacionais e internacionais, bem como a realização de entrevistas, oficinas e um inquérito com gestores.

Em um segundo momento, foi testada uma metodologia para cálculo de pessoal, com base na avaliação da quantidade de trabalho dispendido pelos profissionais, método que foi denominado de “Indicadores de Carga de Trabalho para Necessidades de Pessoal (ICT)”. Foi realizado estudo de caso em um serviço de saúde, para dimensionar, com base em observação e na aplicação do método, a carga de trabalho e o tempo demandado para execução dos procedimentos realizados pela categoria médica em uma unidade de saúde da família de Juiz de Fora-MG.

A terceira etapa foi a realização de uma pesquisa de campo decorrente das limitações evidenciadas com o estudo de caso utilizando o ICT. O estudo teve como objetivo analisar as metodologias atualmente disponíveis para o dimensionamento de pessoal, discutindo potencialidades e limitações. Pretendeu, ainda, aplicar a metodologia de Indicador de Carga de Trabalho, compreendendo a racionalidade do método e analisar a possibilidade de sua utilização nos serviços de saúde. Além disso, apresentou o resultado de um estudo piloto que mediu o tempo de trabalho gasto com as principais atividades desenvolvidas por médicos e ACS em unidades de saúde da família. Combinou uma série de metodologias aplicadas em diferentes etapas do trabalho: revisão bibliográfica, entrevistas, *survey* e estudo de caso.

Para a realização do trabalho de campo utilizou-se a combinação de dois métodos de pesquisa para dar sustentabilidade ao estudo proposto: a observação não participante estruturada e a amostragem cruzada.

Resultados

Levantamento bibliográfico

- Foram levantadas 47 referências, sendo 16 nacionais e 30 internacionais.
- Dos textos consultados, observou-se que as referências para planejamento de recursos humanos estão focalizadas por setores com especificidades, como por exemplo, Obstetrícia, UTI e HIV/Aids. Destacamos, ainda, que na literatura internacional, a latina está concentrada nos anos de 1993 e 1994, enquanto que a encontrada a partir 2003 é de procedência basicamente europeia e da América do Norte.
- As referências internacionais sobre RHS apresentam-se principalmente enfocando o contexto mundial e regional da área, os fatores políticos envolvidos e especialmente um destaque sobre migração e imigração da força de trabalho em saúde e os problemas decorrentes dessa situação.
- Em relação às referências nacionais, observa-se forte concentração de títulos sobre o cálculo de pessoal de enfermagem, sobretudo em áreas críticas e de alto custo. Este quadro pode ser explicado pelo fato de a enfermagem representar: 60% do quantitativo de pessoal dos serviços de saúde, um custo elevado para a instituição; maior número de contratações e de demissões, o que acarreta mais horas de treinamento e de aperfeiçoamento; ter resolução específica, indicando o enfermeiro como responsável técnico pelo provimento de RH necessários à assistência de enfermagem e à segurança do paciente (Resolução COFEN nº. 168/93).
- Observa-se, ainda, que a maior parte dos hospitais brasileiros utiliza parâmetros procedentes da Liga Nacional de Educação em Enfermagem dos EUA e da Associação Americana de Enfermeiros, nem sempre adaptáveis à realidade brasileira.

- Atualmente, são utilizados parâmetros ajustados por pesquisadores nacionais em vários sistemas de classificação de pacientes, índices de segurança técnica e índices de avaliação de carga de trabalho da equipe de enfermagem.
- As análises até então realizadas permitem apontar algumas questões a serem mais bem exploradas, como: desenvolvimento de metodologias que investiguem outras bases de dados assistenciais disponíveis e que considerem a ótica do serviço e dos profissionais de saúde.
- Além disso, algumas variáveis devem ser observadas para o desenvolvimento de métodos de cálculo de efetivos, tais como:
 - modelo de atenção (público e privado);
 - mudanças no modelo organizacional;
 - padrão de organização do processo de trabalho em saúde;
 - padrão de qualidade que se almeja, do ponto de vista do usuário e do trabalhador;
 - determinantes de natureza demográfica e epidemiológica (contexto atual: idosos, doenças crônicas não-transmissíveis e saúde da família);
 - incorporação de tecnologias;
 - oferta de profissionais e o *status* do ofício.

Entrevistas, oficinas e visitas técnicas

- As atividades de dimensionamento de pessoal encontram-se de forma dispersa, com métodos incipientes. Muitas vezes, a insuficiência de profissionais é confundida com a inexistência de serviços.

- Foi referida a evidência nas pesquisas que se iniciaram nos anos 1970, em áreas de escassez de profissionais, buscando orientação na alocação de recursos e lotação de profissionais, nos moldes dos Estados Unidos, e no número de pessoas de uma região. A ideia das pesquisas é distribuir os profissionais de acordo com as horas de trabalho. Reforçou-se a ideia final deste trabalho como sendo a construção de uma graduação da escassez de profissionais de saúde, levando em conta os profissionais disponíveis e alguns indicadores sócio-demográficos, com o objetivo de encontrar e mapear áreas de “vazios” de profissionais e de insegurança assistencial, que tanto acarretam uma migração, quanto comprometem o curso de vida das pessoas. Foi ressaltado que é preciso trabalhar a questão dos efetivos e as políticas públicas do governo.
- Além das oficinas, foi realizada visita técnica à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, quando foi constatado que o órgão de RH do município não dispõe de metodologia sistematizada para o cálculo de pessoal para as unidades de saúde. De acordo com os profissionais responsáveis, o cálculo é realizado considerando-se as seguintes variáveis: população, capacidade instalada, serviço prestado e desempenho esperado, utilizando uma planilha *Excel* para a consolidação dos resultados.

Inquérito com gestores

- A pesquisa foi realizada em dois momentos distintos: na reunião do ProgeSUS, em Itaipava-RJ, e em Brasília-DF, no Congresso Nacional do CONASEMS, perfazendo um total de cinquenta e um (51) respondentes de Secretarias Municipais (SMS) e Estaduais de Saúde (SES) de todo o Brasil.
- Do total de cinquenta e um (51) respondentes, 61% eram representantes de SMS e 39% de SES.

- Em relação à utilização de matriz metodológica para cálculo de pessoal, 19,6% dos entrevistados responderam afirmativamente à questão. E 80,4% não possuem, não sabem ou não responderam à questão.
- Buscou-se também investigar a utilização de sistemas informatizados para o cálculo de pessoal. Dos que afirmaram utilizar metodologias e critérios para esse cálculo (N=10), 80% responderam afirmativamente a esta questão.
- Entre os respondentes das SMS (N= 31), apenas 16,1% afirmaram possuir matriz e metodologia para cálculo de pessoal para atender às necessidades de lotação de RH nos serviços de saúde, bem como ter o sistema informatizado.
- Em relação às SES (N=20), a situação apresenta discreta diferença, pois 25% dos respondentes afirmaram possuir matriz e utilização de metodologia para o dimensionamento do pessoal. Entretanto, deste grupo, apenas 15% possuem sistema informatizado.
- Vale ressaltar que, dos participantes da Região Norte (20% do total), 30% responderam afirmativamente às três questões. Na Região Nordeste (22% dos respondentes), 27% mantiveram esse mesmo padrão afirmativo nas duas primeiras questões e um gestor afirmou ter um sistema informatizado para esse processo, sendo todos os gestores de SES.
- Em relação à Região Sul (20% dos participantes), 30% possuem matriz e utilizam metodologias para o cálculo de pessoal; entretanto, só 20% possuem sistema de informação para atender a esses procedimentos, e todos são gestores de SMS. Na Região Centro-Oeste, apenas um gestor (SMS) respondeu afirmativamente às três questões.

Analizando o método “A carga de trabalho como indicador das necessidades de pessoal”

- Os ICTs permitem melhorar a alocação e distribuição do pessoal existente de acordo com o volume dos serviços prestados e com as categorias de pessoal previstas para a prestação desses serviços, bem como melhorar a composição em termos de equipes (profissionais por categoria) em diferentes US, de acordo com os serviços prestados. Além disso, poderá ser um instrumento para apoiar a indicação de necessidades de formação de profissionais para um país.
- Para a utilização do método, é necessário estabelecer Unidades de Atendimento (UAs) que podem ser criadas a partir da informação estatística disponível nos sistemas de informação. Ressalte-se também que as UAs devem estar de acordo com os padrões de qualidade aceitos pelas normas estabelecidas.
- O cálculo pode ser realizado pela diferença entre o pessoal atual e o pessoal necessário, ou seja, a diferença ICT entre os dois resultados mostra a magnitude do desequilíbrio (falta ou excesso) e onde este aparece. Mostra quais US apresentam uma *falta* numa particular categoria de pessoal e quais US apresentam um *excesso*. Utiliza-se a diferença para planejar a lotação de novos técnicos e a redistribuição do pessoal entre as US, com o objetivo de conseguir uma distribuição mais equitativa do pessoal e uma prestação de serviços mais eficiente.
- A ICT também pode ser utilizada como uma medida de razão pessoal atual/pessoal necessário. A razão é o Indicador de Carga de Trabalho para necessidades de pessoal (simplificando, ICT) e dá o nome ao método. Se a razão do ICT é 1,00, quer dizer, *pessoal existente = necessidades calculadas de pessoal*, então o pessoal é suficiente para lidar com a carga de trabalho de acordo com os *standards* de qualidade definidos. Se o ICT é inferior a 1,00, então o pessoal existente não é suficiente para conseguir esses *standards*.

- Se o ICT é maior de 1,00, então o pessoal é mais que suficiente para lidar com a carga de trabalho conforme o *standard* exigido.
- A razão ICT mostra onde há mais pressão de trabalho e onde há menos, e, assim, onde é mais urgente tomar ação para ajustar os números do pessoal.
- Apontaremos, a partir das análises, algumas limitações evidenciadas na metodologia:
 - precisão de UAs como medida de atividades;
 - o tempo atual de trabalho pode não corresponder ao padrão exigido pelas UAs;
 - se os padrões de desempenho e prática profissional estabelecidos forem demasiado elevados em comparação com a realidade dos serviços, produzem padrões para as necessidades de pessoal que são demasiado elevadas;
 - precisão dos dados estatísticos: se não há confiabilidade no mecanismo de coleta de dados, os resultados serão equivocados, por exemplo, por sub-registro de atividade e, portanto, subestimação da carga de trabalho;
 - sobreposição de tarefas: caso duas categorias de pessoal realizem as mesmas atividades, não é imediatamente possível calcular as necessidades relativas a cada categoria isoladamente;
 - o nível de detalhe nas estatísticas pode também influenciar a precisão dos resultados. Por exemplo, poderia ser considerado um peso diferente para uma consulta externa, caso seja “a primeira consulta” ou uma “consulta seguinte”;
 - por vezes, a falta de materiais pode reduzir a carga de trabalho numa US. Se a falta for muito prolongada, a carga de trabalho

será determinada não pela procura de serviços, mas pela falta de materiais.

Aplicação do método à carga de trabalho como indicador das necessidades de pessoal em uma unidade de saúde da família de Juiz de Fora

- A aplicação do Método ICT foi realizada em uma unidade de saúde da família – UBS Furtado de Menezes – do município de Juiz de Fora-MG, Brasil, para estipular a necessidade de médicos e verificar se o método utilizado reflete a realidade do serviço.
- O estudo foi desenvolvido em dois momentos. O primeiro foi feito tomando por base fontes de informações secundárias disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2008, para aplicação do método ICT.
- O segundo momento realizou-se pela observação direta da procura espontânea dos usuários pelos serviços da unidade de saúde. A observação ocorreu durante dez dias úteis em todo o período de funcionamento do estabelecimento, para conhecer os vazios assistenciais, a dinâmica espontânea dos usuários, sua prática e seu cotidiano, possibilitando e ampliando as reflexões sobre a validação do método ICT.
- Para a aplicação do método, realizou-se um conjunto de atividades encadeadas em etapas sequenciais, descritas resumidamente a seguir: inicialmente, determina-se o tempo de trabalho da categoria médica, disponível por ano, estimando-se o tempo passado fora do posto de trabalho por causa de ausências. Em seguida, todas as normas de atividades são fixadas em termos consagrados a certas atividades ou taxas de referência aplicáveis na sua execução, estabelecendo os elementos constitutivos da carga de trabalho do profissional com o

emprego de fatores de ajustes. Por fim, faz-se a conversão das normas de atividades em cargas de trabalho padronizadas, calculando-se as necessidades de médicos para o serviço de saúde.

As conclusões foram as seguintes:

- A aplicação dessa metodologia para dimensionamento do quadro de lotação comprovou seu potencial, gerando resultados satisfatórios ao utilizar sistemas de informações disponíveis para aferir a necessidade quantitativa de médicos, tornando relevantes as seleções realizadas nesses bancos de dados.
- Apesar de esses sistemas serem de extrema utilidade e aportarem informações valiosas, apresentam limitações, a exemplo do SIA/SUS, que a despeito de referir um elenco numeroso de procedimentos, nomeia diversos tipos de ação, tanto em relação aos processos de trabalho, quanto em relação aos agentes executores. Não é possível definir cargas de trabalho padronizadas e individualizadas para cada categoria profissional quando o trabalho é realizado em equipe multiprofissional, onde duas ou mais categorias de pessoal realizam as mesmas atividades.
- Outro problema é o fato de que, embora os dados sejam coletados por cada profissional em impresso padronizado, o relatório produzido pelo SIA/SUS agrega a produção mensal de todos os profissionais, por atividade.
- Quanto ao método ICT propriamente dito, em que pese ter-se revelado uma ferramenta gerencial importante, tem suas limitações. Estas dizem respeito a sua complexidade em termos de cálculo, aos detalhes e de todo o encadeamento de um conjunto de operações matemáticas que certamente têm potencialidade para influenciar a precisão dos resultados.
- Além disso, o ICT baseia-se nas cargas de trabalho correntes, portanto, na produção atual de serviços. Não leva em conta a procura por ações não atendidas. A observação realizada na recepção da unidade de saúde durante dez dias indicou a existência de demanda reprimida para os

grupos de tabagismo, hipertensão, adolescentes e para visitas domiciliares, indicando, ainda, um espaçamento considerável entre as consultas médicas – inicial, de controle e de retorno.

- Os fatores limitantes do método relacionam-se, resumidamente, com o fato de não levar em consideração, dentre outras variáveis, a capacidade instalada das unidades assistenciais, a percepção de especialistas, profissionais e de gestores, a incorporação de tecnologias, as necessidades de saúde da população e a oferta pelo sistema formador de recursos humanos para o sistema de saúde.

Para dar continuidade à proposta de trabalho, foram realizadas as seguintes atividades:

1. reunião de trabalho com grupo de pesquisa de dimensionamento de recursos humanos na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;
2. elaboração do instrumento de coleta de dados ICT de Médicos de Família e ACSs;
3. Validação do instrumento com grupo de médicos e ACSs
4. Aplicação do instrumento em uma unidade básica de saúde.

Reunião de trabalho com grupo de pesquisa de dimensionamento de recursos humanos na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

- O objetivo da viagem foi trocar experiências na aplicação do método e de seus instrumentos específicos para o estudo do tempo no trabalho da enfermagem, para instrumentalizar o dimensionamento de pessoal apropriado aos serviços e às necessidades de saúde.
- Face às evidências do ajustamento da metodologia como um meio que possibilita estudar o tempo de trabalho de categorias profissionais de saúde e os acúmulos de estudos e pesquisas já desenvolvidos pelo grupo de São Paulo direcionados para a área de enfermagem, optamos por concentrar nossa abordagem nas atividades de médicos de saúde da família e comunidade e agentes comunitários de saúde, selecionando as seguintes etapas para seguir:
 - levantamento das atividades normatizadas dos médicos e ACSs do PSF, em revisão bibliográfica e pesquisa nos órgãos reguladores das profissões;
 - classificação das atividades em intervenções, utilizando a experiência de matriz de categorias de atividades;
 - construção do instrumento de coleta de dados;
 - validação do instrumento de coleta de dados com médicos de saúde da família e comunidade e agentes comunitários de saúde;
 - observação em campo das atividades dos médicos e ACSs, durante cinco dias úteis, em uma unidade básica de saúde com o PSF em funcionamento, utilizando o instrumento de classificação de atividades criado.

Elaboração do instrumento de coleta de dados ICT de médicos de família e ACSs

- A elaboração do instrumento de coleta de dados para a pesquisa ICT teve início com uma pesquisa acerca das atividades cabíveis a cada cargo estudado (médicos de família e agentes comunitários de saúde) nas bases de dados dos governos federal, estadual e municipal.
- Os resultados obtidos em sites oficiais (Fonte: Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica) relacionados com o PSF foram:
 - 1- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
 - 2- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.
 - 3- Portaria nº 648, de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
 - 4- Portaria nº 1.861, de 04 de setembro de 2008: Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE).
 - 5- Portaria nº 2.490, de 21 de outubro de 2008: Define o valor mínimo da parte fixa do Piso da Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os

valores anuais e mensais da parte fixa do PAB, por município e Distrito Federal.

- Após a coleta das informações, as atribuições de cada cargo foram analisadas pelas pesquisadoras, filtradas e listadas em tabela para posterior análise em validação, que seria feita com profissionais da área.

Validação do instrumento com grupo de médicos e ACSs

- A validação do instrumento de coleta de dados da pesquisa ICT ocorreu em Juiz de Fora/MG. Para isto, foram feitas duas reuniões: uma com os médicos e a outra com os ACS. O critério de escolha para a composição dos membros que participaram das reuniões foi o tempo de atuação na área e a qualidade do trabalho desses profissionais.
- O instrumento de classificação de atividades dos médicos foi entregue a todos os participantes, tendo sido amplamente discutido item a item, visando a inclusão ou exclusão de todas as atividades nele constantes. As sugestões foram recolhidas e, com fundamento nos objetivos da pesquisa e na vivência dos profissionais, elaborou-se um instrumento padrão com a classificação de atividades da categoria médica para aplicação e validação em serviços de atenção básica.
- O instrumento teve como configuração final uma listagem de 38 atividades que foram subdivididas em cinco classes, a saber: Atenção Integral à Saúde do Indivíduo; Ações Coletivas de Vigilância à Saúde; Ações de Planejamento, Avaliação e Educação Permanente; Atividades Pessoais e Outras Atividades.
- Na reunião com os agentes comunitários de saúde, foram colhidos subsídios para o planejamento das atividades e ações desempenhadas pela categoria. Da mesma forma como foi feito na primeira, cada um deles recebeu uma cópia do instrumento base por nós montado, mas agora as

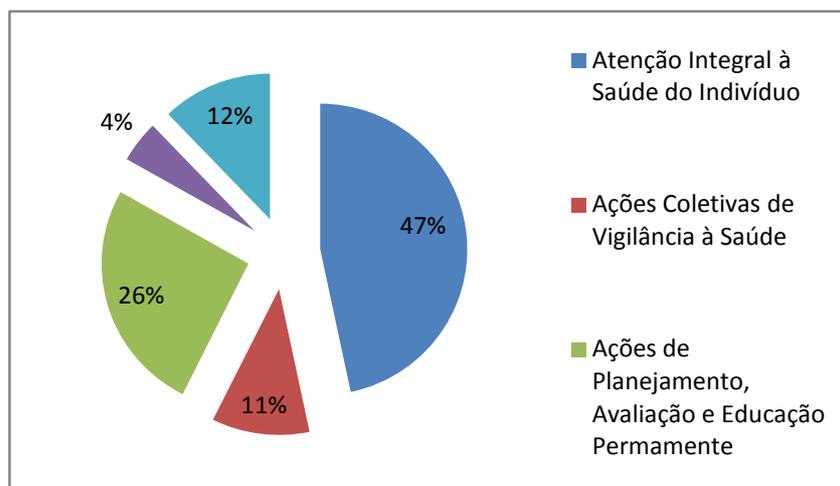
atividades eram pertinentes ao trabalho dos agentes. A partir de então, prosseguimos para a discussão de cada item. Ao final, 27 itens compuseram o instrumento, sendo divididos nas mesmas categorias anteriormente citadas.

Aplicação do instrumento em uma unidade básica de saúde

- A aplicação do instrumento para cálculo da Carga de Trabalho de Médicos de Família e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ocorreu no período de 03/05/2010 a 07/05/2010, em Juiz de Fora-MG, na Unidade Básica de Saúde São Sebastião. A UBS conta com três equipes, cada uma com um médico de família, um enfermeiro e seis ACS. Por motivo de férias de uma das médicas da UBS, foram analisadas as atividades de apenas duas médicas e de três ACS, um de cada equipe.
- A coleta de dados para a pesquisa “Dimensionamento de pessoal: desenvolvendo tecnologias para o planejamento de recursos humanos em saúde” consistiu em mensurar a carga de trabalho dos profissionais médicos de família e agentes comunitários, através da marcação das atividades realizadas em tabela validada anteriormente. Uma pesquisadora ficou responsável pela coleta das médicas e as outras três acompanharam uma agente cada uma.

Médicos de família

- Durante a semana da coleta dos dados, foi observada a rotina de atendimento médico da unidade, que consiste em atender consultas por livre demanda (24 atendimentos) e urgência todos os dias pela manhã; pela tarde, são realizadas consultas programadas e, em dia específico, as visitas domiciliares.
- Para calcular o tempo médio das atividades dos médicos de família, foram somados os tempos de cada atividade de ambas as médicas participantes, e feita média aritmética. Uma das participantes exerceu duas atividades ao mesmo tempo, pois durante quatro dias fez preceptoria de aluno de medicina durante seus atendimentos, que foi somada ao tempo total. Foi incorporado ao instrumento o seguinte tópico “Atividades Administrativas” dentro de “Outras Atividades”, pois uma das médicas também era gerente da unidade.
- Ao analisarmos os resultados, constatamos que os médicos executam predominantemente atividades relacionadas à atenção integral à saúde do indivíduo, o que representa 47% do seu tempo de trabalho. Em seguida, aparece ações de planejamento, avaliação e educação permanente (26%), depois outras atividades (12%), e ações coletivas de vigilância à saúde e, por último, atividades pessoais, ocupando 4% do tempo das médicas, conforme gráfico 2.

Gráfico 2: Atividades realizadas pelas médicas de família.

Fonte: Pesquisa Dimensionamento de Pessoal: desenvolvendo tecnologias para o planejamento de recursos humanos em saúde. ROREHS/IMS/UERJ. Brasil, 2010.

- Dentro do universo de atenção integral à saúde do indivíduo, a atividade predominante foi a consulta para adulto por livre demanda, seguida pela consulta adulto programada, aparecendo em terceiro lugar a consulta programada para a mulher. Aparecem também, porém não com tanta expressividade, as consultas para a criança (livre demanda e programada) e de livre demanda para o idoso. Este fato pode ser explicado pela rotina adotada pela unidade, que atende, todos os dias pela manhã, consultas por livre demanda (são distribuídas 24 senhas, porém também são atendidas urgências, o que ocorreu em todos os dias da pesquisa). Durante o período da pesquisa, a região estava apresentando uma epidemia de dengue, o que aumentou bastante o número de consultas de urgência.
- Dentro das ações de planejamento, avaliação e educação permanente, a atividade que aparece em primeiro lugar é a preceptoria de alunos, o que se deve ao fato de uma das médicas da equipe ter sido acompanhada, em todas as suas atividades, por um acadêmico de medicina. As atividades que visam a preparar e organizar o trabalho diário aparecem logo depois, seguidas pelas atividades de educação permanente com a equipe. Essas

atividades possuem um dia determinado para acontecerem: todas as quintas-feiras, das 15 às 17h, através de aulas do telecurso.

- No conjunto das atividades pessoais, a atividade de destaque foi a socialização com colegas. A unidade em questão possui uma sala onde os profissionais têm acesso à internet através de dois computadores e uma mesa onde são realizadas reuniões e confraternizações da equipe. Em segundo lugar apareceu a alimentação, seguida por cuidados pessoais e telefonemas pessoais.
- As atividades administrativas (tópico que precisou ser incorporado ao instrumento de coleta de dados) aparecem com a maior parte do tempo destinado a outras atividades. Tal fato pode ser explicado pelo fato de uma das médicas ser a gerente da unidade, tendo que realizar atividades inerentes à rotina administrativa
- Dentro das atividades inerentes a ações de vigilância em saúde, a única atividade realizada foi a visita domiciliar. Não foi realizada nenhuma atividade de sala de espera, uma vez que sala que era utilizada para este fim foi adaptada para receber consultas de enfermagem e também para repouso dos usuários do serviço.

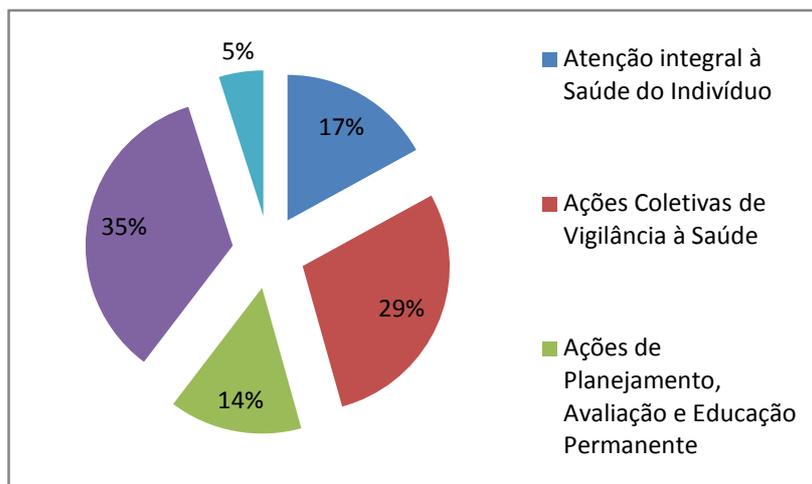
Agentes Comunitário de Saúde

- No período que compreendeu a coleta dos dados, observou-se que, embora o horário de trabalho das ACSs tivesse início às 7h, as mesmas saíam para realizar suas atividades apenas após as 8h30min. Todas as manhãs, por volta do horário de entrada, as agentes chegavam à unidade para assinatura do ponto e permaneciam lá, realizando atividades diversas (muitas que não são compatíveis com sua função – como agendamento de

exames e consultas, cadastros e entrega de medicamentos) ou socializando com as outras colegas.

- Para calcular os dados a seguir, foram somados os tempos das atividades das três ACSs que participaram da pesquisa e realizada uma média aritmética. Assim, 35% do tempo de trabalho das agentes foi ocupado com atividades pessoais, seguida por ações coletivas de vigilância à saúde, com 29% do tempo de trabalho das agentes. Este último é explicado por um surto de dengue que acometia a região na semana em que os dados foram coletados. Com 17% do tempo, aparecem as atividades relacionadas à atenção integral à saúde do indivíduo. As ações de planejamento, avaliação e educação permanente representaram 14% do tempo das agentes e, por último aparecem as atividades não listadas, com 5% do tempo de trabalho.

- Nas atividades que competem à atenção integral à saúde do indivíduo, a realização de busca ativa de casos de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, gravidez na adolescência e DTSS aparece em primeiro lugar, seguida pelo acompanhamento destes casos. Depois aparecem com a mesma quantidade de tempo despendido a realização de busca ativa de gestantes e o encaminhamento dos indivíduos para atendimento na unidade de saúde. Em seguida, aparece o acompanhamento sistemático de crianças de 0 a 5 anos. Depois, a busca de mulheres que faltaram ao preventivo, e por último, a realização de faltosos às consultas e realização de busca ativa de pessoas que fazem parte do Serviço de Atendimento ao Desnutrido (SAD), conforme gráfico 3.

Gráfico 3: Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde.

Fonte: Pesquisa Dimensionamento de Pessoal: desenvolvendo tecnologias para o planejamento de recursos humanos em saúde. ROREHS/IMS/UERJ. Brasil, 2010.

- Sobre as ações coletivas de vigilância à saúde, a atividade mais realizada pelas ACS foi, por meio de visita domiciliar, o acompanhamento mensal das famílias sobre sua responsabilidade, seguido de perto pela realização de ações de vigilância em saúde que visem a promoção da saúde e prevenção de agravos (esta última também devido ao surto de dengue que acometeu a região).
- Não foi realizada nenhuma atividade de sala de espera, pois a sala que era utilizada para este fim havia sido adaptada para receber consultas de enfermagem e também para repouso dos usuários do serviço.
- No que tange às ações de planejamento, avaliação e educação permanente, a participação das ações de educação permanente com a equipe de saúde foi a atividade que demandou mais tempo das agentes pesquisadas. Em seguida, aparecem o cadastramento das famílias e atualização permanente do mesmo, e após, as atividades de participação com a equipe de saúde do planejamento, do gerenciamento e da avaliação das ações de saúde com base nos problemas de saúde de sua microárea, identificando famílias de riscos e grupos vulneráveis. Seguem-se atividades de registro no SIAB de todos os procedimentos realizados e preenchimento dos demais formulários do seu âmbito de competência e

procedimentos (preenchimento de livros e entrega de prontuários) que envolvem os óbitos, internações e partos de sua área de atuação.

- Não foram vistas atividades de mapeamento e territorialização da microárea, nem identificação de parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe.
- Sobre as atividades pessoais, a que teve maior representatividade foi a socialização com os colegas, muito devido ao período da manhã em que as agentes permanecem na unidade esperando o horário de costume para iniciar as visitas domiciliares. Também aparecem atividades de alimentação e cuidados pessoais. Não foram computados telefonemas.
- As atividades não listadas que foram observadas na unidade pesquisada foram: atividades que não são de sua competência seguida de atividade de planejamento e organização do trabalho diário com a equipe (o que era feito junto à enfermeira).
- Dentre as atividades que não são da alçada dos Agentes comunitários de saúde estão separação e entrega de medicamentos, resultados de exames e marcação de consultas para usuários não acamados, além de preenchimento de cadastro de Hipertensão.

Considerações finais

- O estudo teve como objetivo analisar as metodologias atualmente disponíveis para o dimensionamento de pessoal, discutindo potencialidades e limitações. Pretendeu ainda aplicar a metodologia de Indicador de Carga de Trabalho compreendendo a racionalidade do método e analisando a possibilidade de sua utilização nos serviços de saúde. Além disso, apresenta o resultado de um estudo piloto que mediu o tempo de trabalho gasto com as principais atividades desenvolvidas por médicos e ACS em unidades de saúde da família.
- A partir do material disponível após o levantamento bibliográfico, optou-se por aprofundar o estudo utilizando-se a metodologia do ICT. Tal aprofundamento evidenciou a insuficiência dos dados disponíveis nos sistemas de informação nacional para aplicação do método e apontou para a necessidade de desenvolver um instrumento que permitisse avaliar a carga de trabalho dos profissionais e, com isso, conferindo maior precisão na utilização do ICT. Em que pese a efetiva possibilidade do instrumento ser replicado em outros cenários, algumas limitações devem ser destacadas.
- Devido à grande extensão territorial brasileira e considerando a diversidade cultural e social, bem como o estágio e padrão de organização das práticas assistenciais, devemos ficar atentos na utilização e extrapolação da aplicação deste instrumento, adequando-o às características de cada local.
- A falta de instrumentos concorrentes dificulta a checagem dos resultados para verificar a validade do instrumento. Neste sentido, futuras investigações de base multicêntrica devem ser conduzidas em outras cidades e regiões do país para verificar a generalização deste instrumento para um universo de maior abrangência

- O emprego de métodos diretos de mensuração de recursos humanos em saúde, como o ICT, poderia ser fortalecido com a utilização de instrumentos desenvolvidos para tal finalidade, já que o método considera normas de atividades as condições que prevalecem em cada país.
- O ICT baseia-se no cálculo da carga de trabalho padronizada para cada categoria de pessoal e para cada tipo de estabelecimento. Esta carga de trabalho padronizada reflete a quantidade ou volume de trabalho que um profissional pode assumir, respeitando-se normas profissionais aceitáveis e vigentes.
- Os autores do ICT advertem dos riscos dos cálculos de necessidades de recursos humanos, tendo com referência normas de atividades incorretas ou incompletas, já que as mesmas podem diferir consideravelmente em função das práticas de prestação de serviços de saúde do país considerado.
- Assim, na segunda etapa desta pesquisa apontamos, ainda que com alguns fatores limitantes, a potencialidade de cálculo de pessoal pelo emprego do ICT, lastreado pelas informações disponíveis em bancos e sistemas de informações nacionais. Ao validarmos uma ferramenta de classificação das atividades de médicos de família e comunidade e agentes comunitários de saúde esperamos ter contribuído com um instrumento efetivo de elucidação dos elementos constitutivos da carga de trabalho destes profissionais.
 - Por fim, ficou evidente a importância da utilização de método, como o ICT, para estipular o quantitativo de recursos humanos em saúde que indique necessidades de pessoal com base em instrumental de aferição de cargas de trabalho reais, a exemplo do que apresentamos. Nesta perspectiva, temos certeza que o ICT em muito se beneficiará deste ou de outros instrumentos que venham a se criados e validados.