

Série **Interloquções Práticas,**
Experiências e Pesquisas em Saúde

Dimensionamento da
força de trabalho em

saúde:

gestão em ato e
territórios em diálogo

Organizadores:
Lisiane Bôer Possa
Renata Flores Trepte
Cristiane Scolari Gosch
Alcindo Antônio Ferla

editora



redeunida

Série **Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde**

Dimensionamento da força de trabalho em saúde gestão em ato e territórios em diálogo

Organizadores:

Lisiane Bôer Possa
Renata Flores Trepte
Cristiane Scolari Gosch
Alcindo Antônio Ferla

1ª Edição / 1ª Revisão
Editora Rede Unida
Porto Alegre, Brasil



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Ángel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). **Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália). **Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália). **Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha). **Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América). **Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil). **Érica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil). **Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Hêider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil). **João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). **Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). **Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil). **Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, Brasil). **Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil). **Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil). **Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália). **Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil). **Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil). **Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil). **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil). **Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Rossana Staeve Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil). **Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra). **Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil). **Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil). **Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil). **Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil). **Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista
Márcia Regina Cardoso Torres

Projeto Gráfico, Capa, Miolo e Diagramação

Renato Pereira Jr.

A série **Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde** tem como objetivo disseminar experiências, iniciativas no âmbito do trabalho e pesquisas em saúde, com ênfase na dimensão das práticas que as compõe. Pretende um diálogo intenso dos saberes produzidos e postos em circulação com o campo da gestão do trabalho e da educação na saúde no cotidiano das instituições e dos territórios. Trata-se de conhecimento produzido em ato por diferentes pessoas, que pede diálogos interdisciplinares e com campos epistêmicos diversos para desenvolver o trabalho em saúde, seja na atenção e na gestão, no ensino e na participação em saúde. O desenvolvimento das práticas e dos saberes aqui é proposto como deslocamento, como movimento, para qualificar a atuação em redes e serviços, no trabalho e na gestão, no ensino e na educação na saúde, assim como em diferentes movimentos sociais. A série pretende compor metaforicamente rodas de conversa sobre temas relevantes para a produção da saúde em práticas, experiências e pesquisas, convidando novas interlocuções.

A Série tem coordenação editorial de: Alcindo Antônio Ferla (Brasil), Gabriel Calazans Baptista (Brasil), Lisiane Bôer Possa (Brasil) e Vincenza Pellegrino (Itália).

Esta publicação foi feita em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que financiou diversas iniciativas de dimensionamento da força de trabalho e a produção e disseminação de conhecimentos para o fortalecimento do campo de saberes e práticas da gestão do trabalho na saúde.

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista
Márcia Regina Cardoso Torres

Projeto Gráfico, Capa, Miolo e Diagramação

Renato Pereira Jr.



FICHA CATALOGRÁFICA



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P856d Possa, Lisiane Bôer (org.); et al.

Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo /

Organizadores:

Lisiane Bôer Possa, Renata Flores Trepte, Cristiane Scolari Gosch e Alcindo Antônio Ferla. – 1. ed.

-- Porto

Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2020.

168 p. (Coleção Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde).

E-book: PDF.

ISBN 978-65-87180-11-3

DOI: 1018310/9786587180113

1. Dimensionamento da Força de Trabalho. 2. Gestão em Saúde. 3. Saúde Coletiva.

4. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

20-30180010

CDD 610.69
CDU 616-082

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Pessoal médico.

2. Medicina: Equipe de trabalho e atendimento médico.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

POSSA, Lisiane Bôer (org.); et al. **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-11-3.



SUMÁRIO

PREFÁCIO

DIMENSIONAMIENTO DE LA FUERZA LABORAL SANITARIA: GESTIÓN EN ACCIÓN Y TERRITORIOS EN DIÁLOGO

Mònica Padilla

8

CAPÍTULO 1

MOVIMENTANDO A GESTÃO DO TRABALHO: O PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO COMO EXERCÍCIO DE DIÁLOGO ENTRE A MODELAGEM TECNOASSISTENCIAL E A SAÚDE NOS TERRITÓRIOS

Alcindo Antônio Ferla, Cristiane Scolari Gosch,
Renata Flores Trepte, Lisiane Bôer Possa

11

CAPÍTULO 2

PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO COMO TRADUÇÃO DE IMAGENS SOBRE O TRABALHO: TEORIAS, CONCEITOS E MOVIMENTOS

Lisiane Bôer Possa, Renata Flores Trepte,
Luiza Maria Plentz, Alcindo Antônio Ferla

17

CAPÍTULO 3

PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO: UMA FERRAMENTA-DISPOSITIVO PARA A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO DA SAÚDE

Lisiane Bôer Possa, Cristiane Scolari Gosch,
Alcindo Antônio Ferla

32

ISBN 978-658718011-3



9 786587 180113



CAPÍTULO 4

PIONEIRISMO E INOVAÇÃO PARA O PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE A PARTIR DO OLHAR SOBRE O TERRITÓRIO 54

Luiza Maria Plentz, Cristiane Scolari Gosch, Erotildes Antunes Xavier, Mirelly Khristiane de Azevedo Baldon, Jaquellynne Aires Costa, Dathielly Rocha de Souza, Katielly Lopes Dias, Aracy Siqueira de Oliveira Nunes, Joselma Patrícia Dias Silva, Jailton Araújo Lira, Juliano Araujo Garcez

CAPÍTULO 5

INFORMATIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: CONSTRUÇÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DO TRABALHO DA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DA BAHIA 61

Aline Maciel São Paulo Paixão, Angélica Araújo de Menezes, Bruno Guimarães de Almeida, Cíntia Santos Conceição, Elaci Miranda Barbosa, Luciano de Paula Moura, Suzana Costa Carvalho Neri, Talita Castro Garcia Matteoni

CAPÍTULO 6

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INICIATIVA DE COOPERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE EM CONTEXTO RURAL 69

Lucas Toriyama Ribeiro, Ítalo Ricardo S. Aleluia, Bianca do Anjos Sampaio e Silva, Roqueline Bárbara de Jesus Damasceno, Kally Cristina Soares Silva, Viviane dos Santos Patrocínio, Hellen Barreto

CAPÍTULO 7

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO OESTE DA BAHIA: CONTRIBUIÇÕES E LIMITES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 78

Ítalo Ricardo Santos Aleluia, Mússio Pirajá Mattos, Daiene Rosa Gomes, Maria Lidiany Tributino de Sousa

CAPÍTULO 8

O PROCESSO DE PLANEJAR E DIMENSIONAR A FORÇA DE TRABALHO EM HOSPITAIS DO SUS: A EXPERIÊNCIA DE UMA FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS 87

Alessandro Belizário de Oliveira Ávila, Desirée dos Santos Carvalho, Luanna Vieira Rodrigues Mascarenhas, Maria de Jesus Barbosa Campos, Maria Helena Pereira Lopes, Tiago Pereira da Silva

CAPÍTULO 9

DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO: ANÁLISE HISTÓRICA E COMPARADA DO HOSPITAL GERAL DE PALMAS/TO 97

Alessandro Belizário de Oliveira Ávila, Desirée dos Santos Carvalho, João Carlos Dias Medeiros, Liana Barcelar Evangelista Guimarães, Luanna Vieira Rodrigues Mascarenhas, Luciana Ribeiro Tanabe, Maria de Jesus Barbosa Campos, Maria Helena Pereira Lopes, Tiago Pereira da Silva, Ullannes Passos Rios, Cristiane Scolari Gosch

CAPÍTULO 10

FORÇA DE TRABALHO E INDICADORES HOSPITALARES: ANÁLISE COMPARADA DE DUAS UNIDADES ESTADUAIS DO TOCANTINS 111

Alessandro Belizário de Oliveira Ávila, Desirée dos Santos Carvalho, João Carlos Dias Medeiros, Liana Barcelar Evangelista Guimarães, Luanna Vieira Rodrigues Mascarenhas, Luciana Ribeiro Tanabe, Maria de Jesus Barbosa Campos, Maria Helena Pereira Lopes, Tiago Pereira da Silva

CAPÍTULO 11

EXPERIÊNCIA DA ELABORAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS 127

Elisabet Pereira Lelo Nascimento, Sílvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona

CAPÍTULO 12

FORTELECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM MARINGÁ-PR 135

Alessandra C. H. Boscarato Guimarães, Eliane Katsume Kikumoto Baptista, Elmer de Souza Rodrigues, Clície Arrias Fabri, Lourdes Thomé, Ana Paula Merry Garbelini, Graziela Denski da Silva Costa, Riquely Contessoto, Eliana Cláudia Porcelani Bérgamo, Jair Francisco Pestana Biatto

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

157

ÍNDICE REMISSIVO

162





PREFÁCIO

DIMENSIONAMIENTO DE LA FUERZA LABORAL SANITARIA: GESTIÓN EN ACCIÓN Y TERRITORIOS EN DIÁLOGO

Mònica Padilla

Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde/
OPAS/OMS Brasil

Introducción

El propósito de este libro fue motivado por el desafío de poner en circulación un conjunto de experiencias que se vienen desarrollando desde hace varios años, relacionadas con el dimensionamiento de la fuerza laboral en los servicios y sistemas de salud.

No existe salud sin fuerza de trabajo sanitaria (WHO, 2014). Esta es una afirmación de la OMS en la Estrategia Global de desarrollo de Recursos Humanos en Salud (RHUS) que posiciona la importancia decisiva de los profesionales y trabajadores de la salud en la operación efectiva de los sistemas de salud al rededor del mundo y su carácter esencial para la consecución de las Metas Sostenibles del Milenio al 2030 especialmente el acceso universal a la salud. Esta declaración considera diferentes aspectos que constituyen la presencia y la suficiencia de la fuerza de trabajo en el funcionamiento efectivo de los sistemas de salud y la garantía de acceso resolutivo.

Considera que la disponibilidad se refiere a el número suficiente de agentes sanitarios, con las competencias y la combinación de habilidades adecuadas, para cubrir las necesidades sanitarias de la población; que la accesibilidad se refiere a un acceso equitativo al personal sanitario, teniendo en cuenta el tiempo de los desplazamientos y el transporte. También considera el horario de apertura y por tanto la presencia de los agentes sanitarios; si la infraestructura está adaptada para personas con discapacidad; los mecanismos de remisión; y los costes directos e indirectos tanto oficiales como no oficiales; aceptabilidad, eso es, las características y la habilidad del personal sanitario para tratar a todos con dignidad, crear un vínculo de confianza y promover la demanda de servicios; y calidad, eso es, las competencias, las habilidades, el conocimiento y el comportamiento del agente sanitario, evaluados teniendo en cuenta las normas profesionales y la percepción del usuario (GHWA, 2015).

La gestión del trabajo en salud es una función de gobierno que exige un dialogo permanente entre la política pública en los campos de la salud, el trabajo, la educación, la ciencia y tecnología (sectores clave en la generación de marcos legales, regulatorios y económicos), las necesidades de la población y la gestión de los servicios de salud en su relación con la población. Este complejo dialogo y los acuerdos establecidos, idealmente debería permitir responder en forma efectiva, oportuna y equitativa a las necesidades de salud de la población en cualquier sistema de salud.

Sin duda esta reflexión nos remite a los instrumentos que tienen los Estados para ordenar los procesos sociales, es decir, su gobernanza y consecuentemente estructuras e instrumentos que garanticen la gobernabilidad del sistema para alcanzar el derecho a la salud y, por tanto, a recursos humanos competentes, suficientes, calificados y bien distribuidos. El ejercicio de definir la cantidad y calidad de RH necesarios para que los sistemas de salud se mantengan efectivamente operando es un ejercicio permanente que en pocos países del mundo se establece como un proceso de planificación institucional sistemática e integradora.

La OMS define las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad al personal sanitario como criterios a ser tomados en consideración al definir cuantos y de qué tipo de personal sanitarios estamos buscando (WHO, 2014; GHWA, 2014).

La planificación de recursos humanos fue una actividad importante para la mayoría de los Ministerios de Salud de los países americanos y una línea de cooperación igualmente importante para la OPS/OMS, desde la década de 1960 hasta principios de la de 1980. El debate se polarizó entre las propuestas de planificación normativa y estratégica. Sin embargo, esta prioridad de planificación de las organizaciones perdió fuerza hasta casi desaparecer, dejando a la dinámica del mercado, las capacidades fiscales y la voluntad política de inversión en los sectores sociales la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los RH en salud, sumando a esto el rol determinante de los actores profesionales en la regulación de los campos de ejercicio profesional. A una falta de planificación de recursos humanos en la década de los noventa, le sigue hasta el día de hoy una permanente necesidad de información y planificación de los gestores de sistemas y servicios de salud orientadas a identificar y enfrentar las grandes brechas de recursos humanos que demandan mayor atención en las agendas políticas.

La complejidad de la planificación de RHUS, en el contexto de diferentes sistemas de salud, incluye hoy en día importantes cambios con la incorporación de tecnologías que alteran significativamente los procesos de trabajo, la diversificación de servicios y la tercerización que continúa creciendo. En este marco, son los gestores de la salud quienes intervienen generando soluciones técnico-políticas que permitan definir las necesidades reales de RHUS para sus servicios de salud a fin de tomar decisiones que garanticen contar con la fuerza de trabajo en salud necesaria para mantener los sistemas de salud en sus territorios de responsabilidad operando.

Las experiencias de esta publicación

Esta publicación seleccionó un conjunto de experiencias que se han desarrollado durante varios años, relacionadas con el dimensionamiento de la fuerza laboral en los servicios y sistemas de salud. La publicación enfatiza la importancia de construir métodos que contribuyan al reconocimiento del contexto y apoyen el proceso de toma de decisiones para la organización del sistema y los servicios de salud. Las experiencias se centran en la dimensión del cuidado de las necesidades de salud e invitan a la reflexión sobre los diferentes significados atribuidos al dimensionamiento de la fuerza de trabajo y sus relaciones con la organización del trabajo y la producción de la salud, a partir de procesos creativos y compartidos.

La riqueza de los trabajos presentados en esta obra permite contextualizar las distintas experiencias presentadas, recorrer por los conceptos y perspectivas de los distintos autores, identificar experiencias en distintos niveles de la red de servicios de salud, evidenciar la relación de la planificación con el territorio, la necesidad de dialogo intersectorial, interinstitucional y reconocer la participación como eje del análisis y la toma de decisiones necesarias para gestionar la fuerza de trabajo en salud.

Este libro consta de 11 (once) capítulos que fueron agrupados siguiendo el proceso descrito anteriormente. Lo que le otorga una fuerte continencia es el tema del dimensionamiento de la fuerza de trabajo, como componente muy relevante de la capacidad institucional de los servicios, redes y sistemas de salud para implementar la gestión del trabajo de manera constructiva y en intenso diálogo con las territorialidades institucionales y locorregionales, donde se insertan los actores. Creemos que la iniciativa fue doblemente exitosa: por suscitar experiencias locales relevantes y por movilizar pensando en formas de organizar la acción de planificar y dimensionar la mano de obra necesaria y suficiente para producir salud en cada organización o red.

Les invito a recorrer la obra, tomar notas y hacerse preguntas, el documento recoge importante experiencia práctica y lecciones clave, muy útiles para quienes hacemos parte de este mundo de cuidado de la salud a través del lente de la gestión del trabajo, estamos seguros de la calidad y pertinencia de este trabajo hoy, más que siempre.

Referencias:

GHWA. Global Health Workforce Alliance. **Global Health Workforce Alliance Annual Report 2014**. Geneva/Switzerland: World Health Organization, 2015. Disponível em: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ghwa_annual_report2014.pdf?ua=1.

WHO. World Health Organization. GHWA. Global Health Workforce Alliance. **A universal truth: no health without a workforce**. Geneva/Switzerland: World Health Organization, 2014. ISBN 978 92 4 150676 2. Disponível em: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1.



CAPÍTULO 1

MOVIMENTANDO A GESTÃO DO TRABALHO: O PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO COMO EXERCÍCIO DE DIÁLOGO ENTRE A MODELAGEM TECNOASSISTENCIAL E A SAÚDE NOS TERRITÓRIOS

Alcindo Antônio Ferla
Cristiane Scolari Gosch
Renata Flores Trepte
Lisiane Bôer Possa

Introdução

Este livro foi motivado pelo desafio de colocar em circulação um conjunto de experiências que vêm sendo desenvolvidas há vários anos, relativas ao dimensionamento da demanda de força de trabalho em serviços e sistemas de saúde. Vem sendo uma iniciativa singular por vários motivos. Não é pouco significativo o fato de que se trata de uma iniciativa no âmbito da gestão do trabalho. Há um paradoxo nas produções sobre esse tema, que materializa uma grande expectativa em termos de resultado nos sistemas, redes e serviços de saúde e normalmente está centralmente embasado em normas e parâmetros que são externos ao contexto em que pretendem aplicação e, mais do que isso, tem origem em lógicas bem distintas daquelas que permeiam o trabalho real. Na aprendizagem que acumulamos na experiência, há inclusive um efeito ainda mais paradoxal, considerando o que se pretende do trabalho em saúde: a naturalização da fragmentação técnica e profissional do trabalho, a hierarquização do saber e da técnica especializada como melhor e mais segura mediação para o cuidado e a gestão, a desvalorização das condições reais em que o trabalho se realiza como problema e como empecilho. E, no entanto, quando se formula os desafios contemporâneos para o trabalho em saúde, a interprofissionalidade, capacidade de mobilizar condições e recursos locais, o trabalho colaborativo e em rede, a aprendizagem no trabalho e pelo trabalho têm visibilidade relevante.

Merhy (2002) lembra que a “alma” do cuidado está no modo como o trabalho se configura e se coloca em movimento nas redes de atenção e em serviços. Já há alguns anos o autor tem nos informado sobre isso. Mas a gestão do trabalho segue sendo uma área dura, fragmentada em várias ênfases disciplinares, da administração à psicologia, voltadas aos controles administrativos, ao regimento das práticas, às normatizações normas formais dos processos com base em modelos ideais de atuação. Ora, o planejamento e gestão dos trabalhadores e trabalhadoras que são necessários ao trabalho real, aquele que se realiza nas condições existentes em determinado território ou organização, precisa considerar o complexo como base de pensamento e hipótese de formulação. O trabalho real se confronta com a complexidade de condições que produzem saúde e fazem funcionar os serviços cotidianamente nos diferentes territórios (sejam as instituições, os sistemas e serviços, sejam pontos de atenção em diferentes localizações) que compõem os cenários onde o trabalho se realiza e mobiliza ou não os diferentes atores. O trabalho real interfere e dá vida aos territórios onde se realiza. Não se trata de uma abstração que constitui apenas parâmetro para avaliar os contextos da saúde e dos sistemas e redes que atuam nessa área.

Então, a pergunta que se expressou, nesses anos todos em que vimos amadurecendo nossa capacidade de pensar e atuar nessa temática, foi sobre como superar o descompasso entre modelos de planejamento dos “recursos humanos”, a dinâmica organização de sistemas e serviços de saúde e o atendimento adequado às necessidades de saúde das pessoas e coletividades? Sobretudo considerando que o trabalho em saúde não se realiza apenas com o conhecimento e com a técnica já desenvolvidos, principalmente nos serviços que

não têm o topo da densidade tecnológica e, portanto, não são extremamente especializados, aqueles que têm contato cotidiano com uma demanda complexa. A dimensão de complexidade é utilizada aqui no seu sentido epistêmico puro, ou seja, naqueles contextos em que os fenômenos constituintes não podem ser completamente compreendidos ou explicados com os conceitos e teorias já existentes. Na área da saúde, a expressão da irreducibilidade à lógica do problema/solução (cada problema bem formulado tem apenas uma solução verdadeira), que é própria da relação entre teorias e práticas na ciência moderna, é tradução adequada desse contexto (FERLA, 2006). Na nossa experiência, essa equação vem sendo progressivamente menos eficaz e oportuna inclusive nos serviços especializados onde a lógica da especialização dos saberes e a fragmentação das práticas ainda têm maior vigência.

As primeiras iniciativas com as quais nos envolvemos foram em serviços hospitalares, de grande porte. E a primeira constatação, óbvia, mas não menos relevante por isso, é que não se trata de uma categoria homogênea, mas, ao contrário, a denominação de “hospitais” esconde uma enorme diversidade de contextos entre si. Diversos por variação de especialidades predominantes, por diferentes formas de inserções nos sistemas locais de saúde, por culturas institucionais distintas, por oscilações muito relevantes na autonomia de atuação técnica e de dinâmicas internas dos diferentes atores que constituem esses serviços. Mesmo nos ambientes hospitalares, as condições concretas de realização do trabalho tornam difícil o exercício de implementar padrões de dimensionamento de força de trabalho nas áreas assistenciais, administrativas e de apoio apenas com normas corporativas e parâmetros abstratos ou originários de contextos muito diversos.

A primeira pista de pensamento para superar o distanciamento entre modelos e as práticas cotidianas já estava nas nossas formulações, com o conceito de *modelagens tecnoassistenciais* como arranjos do trabalho, com diferentes configurações tecnológicas, que nos ofertou Merhy (2002) nos seus primeiros estudos sobre o sistema e as políticas de saúde. Usando-se de um forte referencial nas ciências sociais, faz analogia ao trabalho em saúde como trabalho vivo, em que a criação é relevante para a gestão dos fazeres dos diferentes trabalhadores. Analisa o trabalho pela sua configuração tecnológica, ou seja, pelos tipos de tecnologia que utiliza e como combina diferentes os recursos de diferentes naturezas para ofertar cuidado (e gestão, e ensino, e participação...) a pessoas ou grupos. Se há diferentes configurações do trabalho, há demandas diversas sobre seu agente nuclear, que é o trabalhador. Mas a ênfase predominante era, e ainda é, o efeito das normas, que ocupam o lugar da gestão do trabalho real. Somente conseguem fazê-lo como trabalho prescrito. Somente conseguem expressão como força instituída. E, novamente, o paradoxo, que mudança é a expressão que mais se associa às avaliações sobre o resultado do trabalho que se desenvolve na área. Portanto, o efeito pedagógico que parece mais adequado perseguir, nas atividades que planejam o trabalho, é o efeito instituinte: de novas práticas, de novas relações, de novos padrões de resposta.

Ceccim (2005) também já havia alertado para a insuficiência da compreensão do trabalhador como “recurso” na maquinaria dos serviços. Nem mesmo como “recurso singular”, já que as pessoas que exercem seu trabalho em sistemas e serviços de saúde também estão no jogo da produção de saúde, sendo atravessados por diferentes imagens e projetos, absorvendo o cotidiano como carga, como aprendizagem, como beneficência, como dádiva, como resistência ...

As formulações éticas e pragmáticas associadas à criação e ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) também nos mobilizavam muito o pensamento. Não apenas como norma ou sequer como força instituinte. Havia uma disposição de aprendizagem voltada ao trabalho de planejar a força de trabalho, não apenas estritamente como dimensionamento, mas como desenvolvimento da capacidade de gestão do trabalho. A ideia da educação permanente em saúde como política de desenvolvimento do trabalho (BRASIL, 2005) e como travessia de fronteiras do conhecido, produzindo aprendizagem na relação entre saberes e fazeres no cotidiano (CECCIM; FERLA, 2008) nos mobilizava. Mas aqui é necessário dar um destaque também à aprendizagem como pesquisa. Madel Luz (2009) registra a tensão entre disciplinas do campo da saúde coletiva e aquela das lógicas de atuação dos saberes da ciência e as práticas nos sistemas e serviços de saúde como vitalizadora do campo da Saúde Coletiva. Para a autora (LUZ, 2009), a racionalidade mais instrumental de aplicação dos conhecimentos e verificação de resultados em estranhamento com uma lógica mais pragmática da eficácia nas práticas, sobretudo no período de formulação das ideias da reforma sanitária e implementação do SUS, gerou uma renovação de conceitos e práticas, inclusive no que se refere às metodologias, na Saúde Coletiva. O registro aqui é para a aprendizagem com a tensão entre conhecimentos e

práticas, em relações de transversalidade, que geram novos platôs de intervenção e de pensamento. Essa pista, incluindo toda a densidade epistemológica que embasa tal formulação, registramos como a necessidade de constituir iniciativas de dimensionamento da força de trabalho como capacidade local de gestão do trabalho e como pesquisa de intervenção. Ou seja, que reivindica dos atores que estão na cena da formulação de propostas (especialistas, gestores do trabalho, trabalhadores e usuários), que precisa ser construída como arena de diálogo e de expressão de interesses, também como base empírica para alavancar novos conhecimentos e para engendrar novas técnicas, com a cor e o sabor do contexto local. Os atores da cena da produção da proposta também são aprendizes das descobertas que há para se fazer no estudo das condições de cada território/instituição.

Outra pista veio das análises internacionais (PADILLA, 2019), que apontavam a relevância do trabalho em saúde no desenvolvimento dos sistemas de saúde e dos níveis de saúde da população e, ainda mais, que no âmbito mundial os sistemas de saúde necessitam enfrentar regularmente novos desafios sem ter solucionado todos da etapa anterior. Nessas análises, o alerta que o desafio ético da inovação e do desenvolvimento de novas abordagens se vê, frequentemente, sequestrado pelo conservadorismo nas lógicas e o tradicionalismo das iniciativas, frente a crises econômicas e sanitárias, pelos custos do setor saúde e por pressões de setores que se beneficiam com preservação das condições obsoletas de organização do trabalho. Essa pista alertava fortemente que para haver inovação, é preciso investir energias na produção das inovações, que dificilmente são produzidas espontaneamente.

Com tantas pistas, resolvemos colocar a gestão do trabalho em movimento nas iniciativas experienciadas, como metodologia de dimensionamento. E o fizemos de diferentes formas nas nossas trajetórias profissionais, nos serviços, no ensino, na pesquisa, na ação social. Na produção deste livro, resolvemos fazê-lo também como um novo plano para a pesquisa de intervenção: o diálogo com diversas iniciativas, com os atores que estão em cena em experiências vivas de dimensionar a força de trabalho para sistemas e serviços de saúde.

Uma chamada pública de experiências, em meados do ano de 2018, divulgada por meio da Editora Rede Unida e fruto de uma parceria com a Organização Pan-americana da Saúde e o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde (DEGERTS), convidava à submissão de manuscritos com a temática do **“Planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde: metodologias e experiências locais”**. A Chamada de Submissão de Manuscritos nº 01/2018 definia o campo temático como da gestão do trabalho na saúde e especificava experiências de planejamento e dimensionamento da força de trabalho em serviços e sistemas de saúde, em formatos de relatos de experiência, apresentação de tecnologias e metodologias, avaliação de iniciativas, ensaios teóricos e empíricos, apresentação de resultados de pesquisas e outros formatos. Os critérios de avaliação dos manuscritos recebidos também fortaleciam a proposta de diálogos de experiências. A chamada definia que seriam aceitas iniciativas que envolvam as diferentes etapas de processos de planejamento e dimensionamento da força de trabalho em serviços e sistemas, inclusive iniciativas de desenvolvimento de capacidades institucionais para a gestão do trabalho, com abordagem multiprofissional (trabalho em equipe) e ênfase no sistema público de saúde. Além do recorte temático, a chamada mobilizava análises de caráter interdisciplinar, transversal às grandes áreas de conhecimentos da saúde, ciências humanas e sociais, em particular o campo da saúde coletiva. A produção teórica deveria contribuir para a reflexão sobre a gestão do trabalho para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A iniciativa se inseriu em uma iniciativa interinstitucional de pesquisa, centrada na Associação Brasileira da Rede Unida, denominada **“Interprofissionalidade na formação e no trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS): sistematizando e disseminando evidências no cotidiano do ensino e da atuação profissional no interior de sistemas e serviços de saúde”**. Diversas dimensões do trabalho em saúde já tiveram análises derivadas da pesquisa disseminadas, como a interprofissionalidade no trabalho (FERLA et al, 2019). No caso da temática da gestão do trabalho, uma das ênfases contidas nos objetivos do projeto, o volume de manuscritos recebidos e aprovados gerou a necessidade de dois livros. O primeiro deles, chega às mãos das pessoas interessadas com essa publicação, especificamente com o tema do planejamento da força de trabalho em serviços e redes de saúde do SUS.

O cotidiano do dimensionamento refletido: o que dizem as experiências?

Este livro é composto por 11 (onze) capítulos que se foram agrupados a partir do processo anteriormente descrito. O que lhe dá forte continência é o tema do dimensionamento da força de trabalho, como componente muito relevante da capacidade institucional de serviços, redes e sistemas de saúde de implementar a gestão do trabalho de forma construtiva e em intenso diálogo com as territorialidades institucionais e locorregionais em que os atores se inserem. Avaliamos que a iniciativa foi duplamente exitosa: por levantar experiências locais relevantes e por mobilizar o pensamento sobre modos de organizar a ação de planejar e dimensionar a força de trabalho necessária e suficiente para produzir saúde em cada organização ou rede.

O artigo que segue essa apresentação é denominado de “*Planejamento da força de trabalho como tradução de imagens sobre o trabalho: teorias, conceitos e movimentos*” tem o formato de um ensaio teórico e foi planejado e elaborado com o objetivo de reunir conceitos e teorias que permitem refletir sobre imaginários que são produzidos para o trabalho em saúde. A motivação maior não foi de revisar a teoria, entretanto, mas de analisar como esses modelos de pensamento interferem, como cultura, sobre técnicas e iniciativas para a implementação de propostas de dimensionamento no âmbito local.

O capítulo seguinte, denominado “*Planejamento e dimensionamento da força de trabalho: uma ferramenta-dispositivo para a gestão do trabalho e da educação da saúde*” apresenta uma proposta metodológica cuja intencionalidade é mobilizar e apoiar os coletivos implicados com a tarefa de propor e construir viabilidades locais para a alocação de trabalhadores nos sistemas, redes de atenção e serviços de saúde. A sistematização produzida é uma oferta de “caminho do pensamento” para o dimensionamento da força de trabalho que potencialize a articulação, pactuação, reinvenção e negociação nos territórios, mas sobretudo o compromisso ético político com o que é central no cuidado, as pessoas e suas necessidades.

O capítulo denominado “*Pioneirismo e inovação para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde a partir do olhar sobre o território*” trata da experiência desenvolvida no Estado do Tocantins, especificamente no município de Brejinho de Nazaré. O manuscrito tem formato de um relato de experiência e tem algumas singularidades bem marcadas: trata-se do dimensionamento da força de trabalho para a atenção básica, associado a um processo de territorialização do município e de articulação entre os serviços de atenção básica e vigilância em saúde. O escopo metodológico da iniciativa foi um processo de educação permanente em saúde voltado para a qualificação do trabalho (*formação-intervenção*) e os resultados relatados apontam inovação e êxito da proposta.

Embora mantenha-se no Sistema Estadual de Saúde do Tocantins, o capítulo “*O processo de planejar e dimensionar a força de trabalho em hospitais do SUS: a experiência de uma formação-intervenção na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins*” desloca-se para as instituições hospitalares. Também numa metodologia que envolveu a formação-intervenção e o exemplo relatado envolve gestores da Secretaria de Estado da Saúde e o Hospital Geral de Palmas, escolhido como caso piloto. O resultado da iniciativa incluiu a elaboração de uma proposta de expansão da metodologia, voltada às demais unidades hospitalares da SES/TO, como evidência de êxito do projeto desenvolvido.

Com um deslocamento regional e da ênfase da experiência relatada, o capítulo “*Informatização do planejamento da força de trabalho em saúde: construção do sistema integrado de gestão do trabalho da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia*” trata do desenvolvimento de recursos tecnológicos para fortalecer a função de gestão no planejamento da força de trabalho. O “caso” em análise é a elaboração de um sistema de informações amigável, útil e oportuno para o suporte à SES da Bahia no planejamento da força de trabalho, mas que também teve origem integrada com uma experiência. O Sistema Integrado de Gestão do Trabalho em Saúde (SIGTS) foi tendo seus módulos desenvolvidos à medida em que foi sendo implementada uma iniciativa de elaboração de parâmetros de força de trabalho pela Secretaria Estadual de Saúde.

O contexto da territorialização e das territorialidades em que o trabalho em saúde atua é objeto da análise do capítulo “*Territorialização da Atenção Primária à Saúde: iniciativa de cooperação ensino-serviço-comunidade em contexto rural*”. Também no formato de um ensaio empírico, tipo relato de experiência, os autores descrevem a iniciativa de planejamento do trabalho na APS a partir de práticas de territorialização, no escopo de um projeto de cooperação ensino-serviço-comunidade em um território rural em um município de pequeno porte do Oeste da Bahia. A iniciativa coloca em questão o matriciamento dos processos de trabalho, a natureza do trabalho em saúde em um contexto rural, a intersetorialidade e novas variáveis para compreender a relação entre o trabalho, a gestão do trabalho e a territorialidade em que ele se realiza.

Em “*Territorialização da Atenção Primária à Saúde no oeste da Bahia: contribuições e limites da educação permanente em saúde*”, igualmente ensaio a partir de uma iniciativa no estado da Bahia, novas contribuições entram em cena. Embora trate-se de focar a atenção primária, agora se trata de um município de grande porte, que é referência regional de saúde para 37 municípios. Nessa experiência, a educação permanente em saúde foi a escolha metodológica para organizar oficinas de territorialização da APS em que, ao tempo em que foram estabelecidos padrões de dimensionamento, também foram propostos e pactuados parâmetros de qualidade para o trabalho. Conforme os autores, a metodologia desenvolvida, também associada a uma articulação ensino-serviço, produziu um triplo ganho: bases para a gestão dimensionar a força de trabalho necessária na atenção primária, o desenvolvimento do trabalho em termos de qualidade e resolutividade, além da experimentação de novas modalidades de relação entre a formação profissional e o trabalho, traduzindo um novo plano de relação entre o sistema locorregional de saúde e a instituição de ensino envolvida na experiência.

O fortalecimento da capacidade de gestão do trabalho alavancado por uma experiência de formação-intervenção, com produção de parâmetros de análise histórica da variação de características assistenciais de uma unidade hospitalar e o tema do capítulo “*Dimensionamento da força de trabalho: análise histórica e comparada do Hospital Geral de Palmas/TO*”. A tecnologia desenvolvida e compartilhada pelos autores nesse capítulo refere-se à análise da força de trabalho em termos de correlações com as variações da capacidade instalada de um grande hospital e sua produção. Chama a atenção aqui a forte articulação entre a capacidade de gestão do trabalho, que precisa ficar ampliada nas iniciativas de planejamento e dimensionamento, e a produção de conhecimentos e práticas institucionais para o desenvolvimento do trabalho de gestão e de atenção, da inserção da instituição na rede e a dimensão do trabalho vivo como produção do trabalhador e da instituição.

A produção de inteligência para a gestão do trabalho em unidades hospitalares é o tema do capítulo “*Força de trabalho e indicadores hospitalares: análise comparada de duas unidades estaduais do Tocantins*”. Por meio da análise comparada da força de trabalho de duas unidades hospitalares de grande porte e relevância assistencial localizadas em diferentes regiões do sistema estadual de saúde do Tocantins, os autores concluem que as diversidades que cada unidade representa devem compor estratégias de resposta institucional da gestão do trabalho.

Numa migração regional relevante, para refletir sobre a experiência de dimensionamento da força de trabalho na atenção básica, mas agora em um grande município da região sudeste, é a experiência que as autoras nos apresentam em “*Experiência da elaboração do dimensionamento na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas*”. Trata-se de uma experiência bem estruturada, que se desenvolve em um período mais longo que as experiências anteriores. O manuscrito descreve e analisa o percurso e apresenta a metodologia utilizada, que tem sido utilizada como referência em outros municípios.

O relato de experiência contido no capítulo “*Fortalecimento da gestão do trabalho na atenção básica: dimensionamento da força de trabalho em Maringá-PR*” expande a abrangência geográfica das experiências compartilhadas neste livro. Aqui os autores compartilham a tecnologia utilizada também na atenção básica, sobretudo no desenvolvimento de parâmetros e no desenvolvimento da gestão do trabalho.

Se o capítulo descrito no parágrafo anterior completa um ciclo que envolveu quatro das cinco regiões brasileiras, uma abrangência significativa da diversidade de serviços e redes de atenção à saúde que forma o SUS, o diálogo sobre as questões levantadas neste livro está apenas começando.

Esperamos que as experiências relatadas e analisadas convidem efetivamente ao diálogo, expandam o pensamento e o embasamento para novas iniciativas e, objetivamente, estimulem a realização de atividades de planejamento da força de trabalho que tenham a potência de fortalecer o trabalho na saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a capacidade que temos, com uma aliança construtiva entre a gestão, a atenção, a formação e a participação para o desenvolvimento dos serviços, redes e sistemas. Não apenas como demonstração de novos padrões de eficiência e eficácia, senão também para produzir novos platôs de saúde para pessoas e coletividades, que permitam a expressão das diversidades que constituem a vida e a redução das desigualdades que os modos que temos vivido de organização das sociedades muitas vezes tolera e produz.

Nessa produção, convidamos você a ler e dialogar com os textos, como homenagem à vida de cada pessoa, com reconhecimento da sua história, da sua ancestralidade e das suas singularidades. Pretendemos que esse esforço de oferecer à leitura e ao diálogo esse acervo importante de experiências, também tenha o efeito do *esperançamento* freireano, espalhando convites para, também, fortalecermos os efeitos construtivos que o trabalho em saúde pode ter nos padrões de civilidade da sociedade e na qualidade das vidas de todos e todas. Afinal, essa singularidade do trabalho em saúde é condição inicial do exercício de dimensionar e planejar o exercício dos seus agentes nucleares, que, ao fim e ao cabo, são pessoas que cuidam de pessoas.

Referências

BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2008, 6(3), p. 443-56.

FERLA, AA. **A clínica em movimento: cartografias do cuidado**. Caxias do Sul: EDUCS, 2006.

FERLA, AA; TORRES, OM; BAPTISTA; GC; SCHWEICKARDT, JC. (Org). **Ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho: das intenções à ação em equipes de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde soc.**, São Paulo, 2009, v. 18, n. 2, p. 304-311.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

PADILLA, M. Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho em equipes de saúde. Em: FERLA, AA; TORRES, OM; BAPTISTA; GC; SCHWEICKARDT, JC. (Org). **Ensino cooperativo e aprendizagem baseada no trabalho: das intenções à ação em equipes de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. P. 8-14.



CAPÍTULO 2

PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO COMO TRADUÇÃO DE IMAGENS SOBRE O TRABALHO: TEORIAS, CONCEITOS E MOVIMENTOS

Lisiane Bôer Possa
Renata Flores Trepte
Luiza Maria Plentz
Alcindo Antônio Ferla

Introdução

Planejar a força de trabalho (FT) em saúde é delinear, em quantidade e em competências e habilidades, os trabalhadores que possam responder às necessidades em saúde de uma dada realidade, seja um serviço ou um sistema de saúde. É um tema que impacta consideravelmente os sistemas de saúde em geral e, particularmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Está na pauta de diferentes instituições e atores, em especial é agenda para a área da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, (CAMPOS, MACHADO, GIRARDI, 2009; CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2017; PIERANTONI, VARELLA, 2004; POZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2013; CARVALHO; SOUZA, 2013; RAMOS; POSSA, 2016). Sobre essa temática, identificam-se duas dimensões interligadas, quais sejam: 1) o dimensionamento da demanda e 2) a provisão da oferta da força de trabalho na saúde (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

A relação intrínseca entre a demanda e oferta da força de trabalho se expressa no cotidiano do sistema de saúde. Caso a demanda seja maior que a oferta, evidenciam-se situações tais como: limitações de acesso ao cuidado; dificuldade de respostas às necessidades da gestão e da atenção à saúde; inflacionamento das remunerações profissionais. No caso oposto, em que a oferta é maior que a demanda de força de trabalho, são possíveis consequências: o desemprego de trabalhadores habilitados; deflacionamento das remunerações; tensionamento para inserção no mercado de trabalho; consumo, muitas vezes desnecessários, de atos e procedimentos; medicalização excessiva da vida e de seus processos.

O cenário ideal do sistema de saúde seria aquele em que, a todo o tempo, a oferta de força de trabalho, oriunda do sistema formador, estivesse adequada às demandas de atenção e gestão em saúde nos territórios. O planejamento da força de trabalho em saúde teria como objetivo garantir, portanto, que os trabalhadores estejam efetivamente disponíveis nos territórios e serviços em que são necessários no tempo em que a necessidade se expressa.

No entanto, a temática do planejamento de força de trabalho, da oferta e da demanda de trabalhadores é disputada por diferentes atores e instituições (ROVERE, 1993; 2006). As principais críticas ao planejamento de força de trabalho com enfoques normativos afirmam: a incapacidade de previsão do futuro e da confecção de planos perfeitos; a ineficácia do uso acrítico de indicadores e parâmetros padronizados internacionalmente; e a insuficiência da concepção do trabalhador como insumo e da sua formação como fábrica de mão de obra qualificada (BRITO; PADILHA; RÍGOLI, 2002; QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002; ROVERE, 2006). Não é irrelevante, também, o fato de que na maior parte dos países e contextos, a formação técnica e profissional e o provimento da força de trabalho respondem a políticas e órgãos distintos, com distintas redes de influência em cada componente.

São muitas as ideias e os interesses que orientam o que cada grupo de atores considera como necessidade em saúde e de trabalhadores. Considerando a impossibilidade dos cenários idealizados, faz-se necessário processos permanentes de aproximações e negociações, e estes são saberes e fazeres que precisam ser construídos e, portanto, são objetos de educação permanente da área da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Essa necessidade se expressa na complexidade dessa temática, que é irredutível a modelos idealizados, e que operar em arranjos eficazes inclui a aprendizagem permanente e oportuna e processos intensivos de negociação.

Reconhece-se que as duas dimensões do planejamento da força de trabalho, tanto a provisão da oferta quanto o dimensionamento da demanda, estão intrínseca e dialeticamente relacionadas, mas ambas apresentam especificidades. Quais sejam: 1) os atores que influenciam cada uma dessas dimensões, sejam atores individuais ou coletivos; 2) as instituições que compõem o campo e nas quais os atores se organizam e disputam seus interesses e ideias; 3) os interesses e ideias que configuram as disputas na formulação, no processo decisório e na implementação de políticas; 4) a particularidade dos objetivos e dos tempos para sua formulação; 5) as teorias, metodologias e tecnologias diversas para a sua produção; e 6) as arenas nas quais atores e instituições encontram-se para disputar suas posições em termos da expressão no campo.

Neste texto pretende-se mapear essas diferentes perspectivas e explicitar fatores que impactam na formulação e implementação de estratégias de planejamento da força de trabalho em saúde.

Contexto, Instituições e atores implicados com o dimensionamento e provisão da força de trabalho em saúde no Brasil

O descompasso entre a demanda e a provisão de oferta de força de trabalho foi considerado uma questão muito relevante quando da reordenação do sistema de saúde brasileiro. A regra constitutiva do sistema atenta para esse problema e aponta como tarefa do SUS a ordenação da formação dos trabalhadores em saúde (BRASIL, 1988).

A separação do espaço institucional estatal que responde pelo planejamento de força de trabalho em suas duas dimensões, provisão da oferta e dimensionamento da demanda, foi reconhecida como um dos fatores que comprometem a gestão do trabalho e da educação em saúde brasileira e a implementação do SUS e suas políticas. A superação da distância institucional dos setores Educação e Saúde, conforme explicitado, tornou-se agenda na política brasileira dessas áreas desde a reforma do sistema de saúde, na década de 80 do século XX. É reconhecido que a possibilidade de dimensionamento da demanda da força de trabalho ocorre no campo da Saúde e, que desta forma este deveria incidir na provisão da oferta, até então considerada tarefa exclusiva do campo da Educação e cuja formulação e processo decisório era, em sua maior parte, influenciada pelas organizações corporativas dos profissionais de saúde (CECCIM, 2019; RODRIGUES, 2015). Já no marco da regulação do SUS criado na Constituição brasileira, essa questão da necessidade de aproximação dos componentes, sob o ordenamento da força de trabalho da saúde, tomou forma por meio da criação de uma comissão intersetorial de âmbito nacional e subordinada ao Conselho Nacional de Saúde, com participação e órgãos ministeriais e órgãos complementares, bem como entidades da sociedade civil, conforme previu o Art. 12 da Lei Federal nº 8080/90 (BRASIL, 1990). A finalidade atribuída a tais comissões foi de “articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, como registra o Parágrafo Único desse artigo e, no artigo seguinte, a abrangência especial das atividades relacionadas aos “recursos humanos”.

Atualmente, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) está ativa e em funcionamento, sem, entretanto, ter superado completamente a equação da integração. Tornou-se uma das arenas que tematizam a questão da força de trabalho, mas não substitui os legislativos e outros espaços de negociação, formulação, decisão e implementação dessas políticas. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Norma Operacional de Recursos Humanos do SUS (NOBRH_SUS) foram produzidas no início dos anos 2000 e, apresentaram, como princípio a necessidade de conectar o trabalho e a educação em saúde em todas as dimensões da atenção e da gestão (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

Neste período também foi criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), uma estrutura estatal que passa a deter, juntamente com o Ministério da Educação, a jurisdição sobre a temática do planejamento da força de trabalho em saúde. Esses dois acontecimentos são considerados como marcadores do fato da questão do trabalho e educação na saúde passaram a ocupar um espaço de destaque na agenda dos atores e instituições do sistema de saúde e especificamente considerado momento de retomada do debate sobre planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil (ALVES; ASSIS, 2011; CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; MOURA, 2014; SANTINI et al., 2017; VIANA; MARTINS; FRAZÃO, 2018).

A ação dos atores que compartilham a agenda da educação e do trabalho em saúde resultou na tentativa de construção de um campo de ação estratégica específico de articulação desta temática. Identifica-se, a partir de meados dos anos 2000 do século XX, a emergência do campo da Educação em Saúde. Novos atores e instituições passam a tratar desta questão, ampliam-se as relações entre aqueles que até então estavam limitados exclusivamente ao campo da saúde ou da formação, constituíram-se arenas para o debate, novas ideias foram produzidas e ações implementadas (CECCIM, 2019; RODRIGUES, 2015).

Os atores e instituições que disputam e decidem sobre a demanda e a oferta de força de trabalho na saúde foram, então, colocados em contato, ampliaram-se as possibilidades de intervenção no planejamento da força de trabalho e, pressupunha-se que este processo resultaria em propostas mais coerentes com a necessidades em saúde vivida pelas pessoas no cotidiano do sistema e dos serviços de saúde.

Mapear, mesmo que preliminarmente, os atores e instituições que atuam com esta temática, tem como objetivo contribuir com a compreensão dos espaços institucionais em que circulam as possibilidades de formulação e implementação de estratégias de planejamento da força de trabalho em saúde. O Quadro 1 busca apresentar as principais organizações coletivas e instituições que influenciam essa temática considerando a inscrição das mesmas, no estado, sociedade, mercado e corporações.

Quadro 1 - Atores e instituições coletivas implicadas com o tema da gestão do trabalho e educação em saúde no Brasil

Atores	Instituições e Organizações Coletivas
Estatais	Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos Estados (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Ministério da Educação, Universidades e Escolas Técnicas Públicas, Ministério do Trabalho, Casa Civil, Presidência da República, Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e Câmara de Vereadores; Serviços de Saúde Estatais; Sistema Judiciário.
Corporativas	Conselhos Profissionais, Associações Profissionais, de Especialistas, de Ensino e Científicas da Saúde e Sindicatos dos Trabalhadores Saúde.
Mercado	Serviços Privados de Saúde, Planos e Seguros de Saúde, Universidades e Escolas Privadas, Sindicatos Patronais da Saúde e Confederação Nacional da Saúde.
Sociais	Organização dos usuários; Movimentos Sociais, Populares e de Trabalhadores

Fonte: Produção dos autores.

O Quadro 1 tem a pretensão de ilustrar a composição diversa de atores, instituições e coletivos que influem e relacionam-se com as políticas públicas da gestão do trabalho e educação. Tais atores e organizações têm em comum pautar e participar da formulação e implementação dessas políticas, no entanto representam interesses e ideias distintas acerca do que é problema e quais as soluções que seriam pertinentes para o sistema de saúde brasileiro.

A partir da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NOBRH-SUS) fortaleceram-se as unidades de governança, que aglutinam esses atores e instituições, cujas temáticas estão relacionadas à educação e trabalho em saúde. No plano nacional destacam-se: Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde (CNS); Mesa Nacional de Negociação do SUS; Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS; Comissões Nacionais das Residências Médicas e Multiprofissionais. Nos planos locais, estados e municípios, tem destaque as Mesas Locais de Negociação do SUS e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (CARVALHO, SANTOS, CAMPOS, 2013; FRANÇA, 2017; MOURA, 2014; RODRIGUES, 2015).

As unidades de governança são as arenas e estruturas internas a um campo de ação estratégica que supervisionam o cumprimento das regras do jogo no campo resultando em maior estabilidade. Tem como função: implantar e rotinizar processos que articulam a manutenção do campo da educação e trabalho saúde; estabelecer normas gerais que orientam o seu funcionamento e gestão; oportunizar que as informações sobre a temática circulem entre os atores e grupos que disputam as políticas da área; e se constituir como ligação nas relações com outros campos importantes (FLIGSTEIN; McADAM, 2012).

A criação e fortalecimento dessas unidades de governança sustentam a retórica de fortalecimento do campo da Educação e Trabalho na Saúde (CECCIM, 2019; RODRIGUES, 2015). Em especial resultaram na ampliação da intervenção dos atores do setor saúde no debate sobre o planejamento da força de trabalho. São exemplos deste processo no plano nacional, as diretrizes curriculares nacionais das profissões da saúde, a realização da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde em 2006, os programas Pro-Saúde, Pet Saúde, Provab, Programa Mais Médicos ProgeSUS, InforSUS, COMPROF, DeprecarizaSUS e PCCS-SUS (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; MAGNAGO, 2017; SANTINI, 2017).

O Programa Mais Médicos ilustra as disputas no campo da educação e do trabalho (SAMPAIO; SOUSA, 2013). A agenda do planejamento da força de trabalho em saúde, até então circunscrita aos subsistemas da saúde e da educação, tornou-se um tema em debate na macropolítica, envolvendo atores e instituição do sistema político (FERLA et al., 2017) e do sistema jurídico (CERQUEIRA; ALVES, 2016). Evidenciou-se o conflito entre as entidades corporativas médicas, atores estatais e societários no âmbito federal, em especial acerca do papel do estado na formulação e implementação de políticas públicas de planejamento e regulação da força de trabalho na saúde (ALESSIO; SOUZA, 2017; GOMES; MERHY, 2017).

Além da SEGTES, instituída no ano de 2003, por ocasião do Programa Mais Médicos, foi criada no Ministério da Educação e Cultura (MEC) a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), com duas coordenações: Coordenação Geral de Residências em Saúde (CGRS) e Coordenação Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde (CGEGES). Expandem-se as estruturas federais de estado dedicadas ao tema do planejamento da força de trabalho e de formulação e implementação de políticas de gestão do trabalho e educação (ALMEIDA; MACEDO; SILVA, 2019). Ou seja, constituíram-se estruturas estatais da saúde e da educação, no âmbito nacional, com jurisdição sobre a temática da provisão da oferta da força de trabalho.

Cabe destacar que o tema do dimensionamento da demanda de força de trabalho da saúde estava predominantemente centralizado nos atores estatais do Ministério da Saúde, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária e nas autarquias corporativas nacionais das profissões, os Conselhos Profissionais. Estes atuam através das normativas que estabelecem indicadores e parâmetros para a alocação de trabalhadores nos serviços de saúde do país. Os primeiros, a partir da sua prerrogativa de habilitação, autorização de funcionamento e financiamento dos mesmos, e os últimos a partir da incumbência legal de fiscalização do exercício das profissões regulamentadas. A produção de conhecimento sobre este tema foi desenvolvida majoritariamente por profissões, em especial a enfermagem e suas entidades corporativas (MACHADO; POZ, 2015; MOURA, 2014).

A partir do processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro, em decorrência da diretriz constitucional (BRASIL, 1988), estados e municípios ampliaram a sua participação no sistema de saúde como um todo. Estes entes federados também ampliaram sua influência e atuação nas políticas relativas à educação e trabalho em saúde. Estruturas semelhantes à SEGETS também são instituídas no setor saúde de estados e municípios do país (CONASS, 2015; FRANÇA, 2017; MAGNAGO, 2017).

Estes atores estatais expandem sua influência nas políticas nacionais e também formulam e implementam políticas locais relativas ao dimensionamento da demanda da força de trabalho (CONASS, 2015; JORGE, et al, 2007; JUNQUEIRA, et al, 2010; MENDONÇA, et al, 2010; RAMOS, et al., 2009; RAMOS; POSSA, 2016; VIANA; MARTINS; FRAZÃO, 2018).

Estados e municípios, com a descentralização das ações e serviços de saúde, são os principais responsáveis pelo cuidado das pessoas nos territórios. No contexto de ampliação da oferta de atenção e tendo como objetivo o acesso e a qualidade do cuidado, através da expansão da Atenção Básica e das Redes de Atenção, os atores estatais centrais e locais deparam-se com a agenda do dimensionamento e provisão da força de trabalho (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; CARVALHO; SOUZA, 2013). Multiplicam-se projetos e ações relativos a este tema, muitas vezes provocados pelo sistema judiciário, em especial o Ministério Público (RAMOS; POSSA, 2016).

Ampliaram-se as relações dos atores do setor saúde e educação locais. Instituições formadoras, secretarias municipais, estaduais, serviços e conselhos de saúde, implicam-se com as estratégias de educação permanente, da formação dos trabalhadores, da gestão do trabalho e articulam-se através das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (FRANÇA, 2017; MAGNAGO, 2017).

Apesar da influência dos atores estatais federais, da saúde e da educação, na formulação e implementação de políticas de planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil, é possível observar que, nas duas primeiras décadas do século XX, multiplicaram-se os atores implicados com essas temáticas bem como as arenas em que estão em debate a provisão da oferta e o dimensionamento da demanda força de trabalho em saúde.

Considera-se que a existência de um subsistema ou campo de ação estratégico é identificado empiricamente enquanto duas ou mais organizações e grupos buscam fins relativamente semelhantes e são obrigados a considerar uns aos outros nos seus comportamentos. Os membros dos campos, ou dos subsistemas, são aqueles grupos que rotineiramente relacionam-se entre si. A institucionalização de uma ou mais unidades de governança interna e a relação com o Estado são dois grupos constitutivos e que indicam a presença de campos de ação estratégica (BONAFONT, 2004; FLIGSTEIN; McADAM, 2012; SABATIER, 2007; TRUE, JONES, BAUMGARTNER, 2007; ZAHARIADIS, 2007).

É possível verificar nos últimos vinte anos um processo de especialização de atores e instituições, que paralelamente às demais políticas públicas de saúde e educação, produzem informação e estão atentos à temática da educação em saúde, um locus em que essa temática é tratada na maioria das vezes. Trata-se da construção de um arranjo institucional específico, configurado como subsistema ou campo de ação estratégica, na medida em que pode-se observar uma unidade de ação coletiva em que atores estão sintonizados e interagem uns com outros para disputar a formulação e implementação de políticas (RODRIGUES, 2015; CECCIM, 2019; CYRINO et al., 2015).

De um lado, é possível observar a constituição de um campo de ação de estratégia que tematiza a provisão de oferta da força de trabalho em saúde e a gestão da educação como um terreno relativamente organizado - em que os atores atuam no espaço social, mesmo que não em bases consensuais. De outro lado, ainda se observa um terreno indefinido e um espaço social desorganizado que tematiza o dimensionamento da demanda, sendo que este aspecto do planejamento da força de trabalho é apenas tangencialmente tratado pelos atores que se dedicam aos temas da provisão da oferta de força de trabalho.

No entanto, reconhece-se essa distinção como uma construção histórica, relacionada às ideias e interesses que permeiam o planejamento da força de trabalho. Observa-se que novos atores e organizações entram em cena e, sobretudo, novas ideias e interesses são expressos sobre essas temáticas e esses serão abordados a seguir.

Interesses e ideias que circunstanciam as concepções do planejamento da força de trabalho.

A princípio a provisão e o dimensionamento adequados de trabalhadores de saúde são a imagem objetivo que orienta os atores que tratam deste tema. No entanto, o que é adequado ou suficiente permanece sistematicamente em disputa, ou seja, a provisão e o dimensionamento de força de trabalho não podem ser resolvidos a partir de uma perspectiva tecnicista, exclusivamente, uma vez que expressam e são resultado das escolhas políticas, das relações de poder dos diferentes atores implicados com a educação, e o trabalho em saúde e das diferentes ideias sobre necessidade em saúde e modo de provê-la.

A forma como as necessidades são expressas em demandas no sistema de saúde está relacionado com o que se considera enquanto problemas de saúde e como se propõe resolvê-los. É possível inferir que os condicionantes centrais para o planejamento da força de trabalho em saúde não são as necessidades em saúde propriamente, visto que estas são traduzidas em demandas mediadas pelos processos de medicalização, das relações econômicas e sociais implicadas na oferta e da modelagem tecnoassistencial que orientam os atores nas suas avaliações (ALVES, 2007; CAMARGO JUNIOR, 2013; FEUERWERKER, 2014; MENDONÇA; CAMARGO JUNIOR, 2012; MERHY, 2002; MERHY, 2007; PINHEIRO et al., 2005; SILVA JUNIOR). Portanto, para compreender as diferentes perspectivas em que se pode abordar a temática do planejamento da força de trabalho para o sistema de saúde faz-se necessário situar as relações econômicas, sociais e culturais e as modelagens tecnoassistenciais que orientam a construção das práticas cotidianas de atenção e gestão em saúde. O conceito de modelagens tecnoassistenciais é escolha, nessa reflexão, por organizar seu olhar analítico justamente no modo como o trabalho se organiza e como estão configuradas as diferentes tecnologias utilizadas na sua realização, em cada tempo e espaço (MERHY, 2007).

Cabe destacar que a escolha pela terminologia “força de trabalho” busca explicitar que as delimitações das profissões e ocupações em saúde é resultado da divisão do trabalho histórica e socialmente construída (ROVERE, 1993; ROVERE, 2016; NOGUEIRA, 1983; SCHWEITZER et al., 2016). A princípio, considera-se que são necessárias horas de trabalho de pessoas para que o cuidado aconteça. Quais profissionais/trabalhadores serão responsáveis pelos atos necessários no cuidado é resultado do modo como este é construído, ou seja, a finalidade e o objeto do trabalho em saúde, bem como os meios de organizá-lo. Esses modos são produto das modelagens tecnoassistenciais e resultam na divisão social e técnica do trabalho em saúde que expressam, em especial, as relações históricas e sociais de saber e poder no interior do campo da saúde.

A construção desta divisão precisa ser explicitada, uma vez que é fundante das instituições que organizam os trabalhadores em saúde e expressa interesses e ideias distintas sobre saúde e cuidado. Trata-se de colocar em questão a naturalização e cristalização das práticas, ocupações, profissões, suas regulamentações e as instituições que as organizam, uma vez que estas podem e devem estar em debate e negociação quando o tema é a provisão e dimensionamento de trabalhadores para o atendimento das necessidades em saúde.

Considerando o debate das modelagens tecnoassistenciais em saúde, das diferentes perspectivas sobre o trabalho em saúde, e conseqüentemente a gestão e a regulação deste trabalho pode-se identificar duas perspectivas distintas do planejamento da força de trabalho, uma delas normativa e corporativa e outra centrada nas pessoas e suas necessidades.

Perspectiva normativa e corporativa do planejamento da força de trabalho

A modelagem tecnoassistencial da medicina científica, que influencia as demais profissões de saúde, traduz toda e qualquer necessidade de saúde em demanda por procedimentos, que são realizados com equipamentos (tecnologias duras), conforme, conhecimentos, regras e normas estruturadas (tecnologias leve-duras). Desta forma, o processo saúde/doença é recortado em fragmentos que expressam esses procedimentos estruturados para a ação, e o trabalho em saúde se expressa através de inúmeras intervenções segmentadas, definidas a priori pelos procedimentos técnicos conhecidos e estruturados (MERHY, 2002; FRANCO; MERHY, 2013).

As demandas por esses procedimentos orientam a configuração do trabalho das profissões de saúde e especialidades e o que estas devem saber e fazer. O trabalho em saúde é, portanto, a realização de um conjunto de procedimentos definidos a priori pelas tecnologias duras e leve-duras. As pessoas e suas necessidades precisam encaixar-se nos diferentes recortes de ofertas, sendo estes definidos por especialidades e procedimentos, estabelecidos normativamente nas regras corporativas ou nos currículos da formação, que são, via de regra, cada vez mais detalhados, específicos e disputados por diferentes atores.

As necessidades de saúde das pessoas que habitam um determinado território são secundarizadas para definir as demandas sobre o que os profissionais aprendem e fazem, uma vez que saberes e fazeres estão limitados a priori, por sua profissão e especialidade, indiferente do que se apresenta como problemas de saúde. O centro do fazer é um conjunto de procedimentos delimitados.

Portanto, considerando o modo de produção da medicina tecnológica, a necessidade em saúde, a demanda e a provisão da oferta de força de trabalho são traduzidas como a necessidade de ofertar aos pacientes o acesso ao profissional ou especialista, que faz determinados procedimentos, utilizando-se dos equipamentos, e desta forma estaria a priori garantida a qualidade do cuidado. Reproduz-se a perspectiva do trabalhador como insumo e da sua formação como fábrica de mão de obra qualificada.

É comum que a resposta a um usuário que tem um problema seja, “o seu problema não é da minha especialidade” ou “aqui não se realiza este procedimento, procure você mesmo outro profissional e outro serviço”, e assim sucessivamente de tal forma que as pessoas permanecem com o sofrimento pelo qual estão passando por períodos consideráveis até que, após muita peregrinação, encontrem parceladamente o que buscam, quando encontram.

No plano do trabalho em saúde, as conseqüências são: 1) esse é, cada vez mais, um trabalho morto, baseado em regras e fazeres delimitados pelas tecnologias duras e leve-duras normatizadas centralizadamente, o que tem implicações importantes no planejamento da força de trabalho (MERHY, 2002; FRANCO; MERHY, 2013). Primeiro é a própria delimitação do que sejam as necessidades em saúde, visto que esta é traduzida em demandas por profissionais e especialistas que façam os procedimentos estruturados e fragmentados (CAMARGO JUNIOR, 2013; MERHY, 2002; MERHY, 2007; PINHEIRO et al., 2005) e são estas definições que orientam a formação dos trabalhadores de saúde (CECCIM, 2008; CECCIM; FEUERWERKER, 2004); 2) o dimensionamento da demanda do trabalho ocorre exclusivamente como definição de tempo padronizados para realização destes procedimentos delimitados e a provisão da oferta é reduzida a trabalhadores hábeis em produzir esses procedimentos (MACHADO; POZ, 2015); 3) cada vez mais, profissionais sabem e podem fazer menos, de tal forma que o trabalho e o cuidado são orientados pela sobreposição, muitas vezes ineficaz, de inúmeros atos e procedimentos desarticulados entre si centrados nos profissionais e suas especialidades e não nas pessoas e suas necessidades (PEDUZZI, 2001). A redução da autonomia e da liberdade dos profissionais de definirem os procedimentos de diagnóstico e de cuidado no momento do encontro com o usuário, assim como na organização do trabalho de atenção ou de gestão, configura uma configuração centrada nos equipamentos e nos conhecimentos estruturados e, sem espaço para a criação, a natureza humana do trabalho o faz ser repetição (trabalho morto). O modelo hegemônico expressa-se no que identificamos como perspectiva corporativa do planejamento da força de trabalho, sobretudo pela sua dependência dos saberes estruturados e especializados de cada profissão. O que nos interessa chamar atenção aqui é que a complexidade do trabalho em saúde e dos contextos onde ele se realiza não cabem, de forma estruturante, nos processos de trabalho.

Especificamente no planejamento da provisão da oferta de força de trabalho esta lógica pressupõe predominantemente regulações estanques e sistemas de autorização e controle do exercício das profissões excessivamente normatizados e que delimitam legalmente monopólios sobre extensos e, sobretudo, imprecisos campos de práticas (GIRARDI; FERNANDES JUNIOR; CARVALHO, 2000; GIRARDI; SEIXAS, 2002). No plano do dimensionamento da demanda da força de trabalho, essa lógica tem implicações importantes e relacionadas à centralidade nas profissões e especialidades e à redução do dimensionamento à produção de indicadores e parâmetros da presença destes trabalhadores nos serviços de saúde, normatizadas a priori e descontextualizadas em relação à diversidade de necessidades e de realidades dos territórios (MACHADO; POZ, 2015).

Perspectiva que é muito visível em serviços especializados, mas é particularmente ineficaz em contextos de demandas pouco estruturadas, como aquelas dos serviços de saúde territoriais, onde a flexibilidade na organização do trabalho também significa o reconhecimento da diversidade que compõem a saúde de quem demanda cuidados.

A perspectiva normativa e corporativa do planejamento da força de trabalho que se materializa na forma de regulação das profissões e de gestão da educação e do trabalho no sistema de saúde é resultado e, também, reproduz as modelagens técnico-assistenciais da medicina científica hegemônica. Esse tem como objeto o corpo biológico e a doença, como finalidade a realização acrítica e repetitiva de procedimentos e seus meios são centrados nas tecnologias duras e leve-duras, nas especialidades, especialmente médicas, e nas práticas privativas e monopolizadas das profissões excessivamente normatizadas.

No caso brasileiro, a regulação das profissões caracteriza-se pela lógica dos atos privativos, que são um conjunto de procedimentos definidos como exclusivos e monopólio de uma categoria profissional ou especialidade (GIRARDI, FERNANDES JUNIOR, CARVALHO, 2000; GIRARDI, SEIXAS, 2002). Para essa perspectiva, o foco do planejamento da força de trabalho é delimitar o conjunto de procedimentos que são privativos do fazer de cada corporação, legitimam a profissão e/ou especialidade e justificam a sua presença de tal forma que as necessidades em saúde têm como resposta a demanda por categorias profissionais ou especialidades. Ou seja, as necessidades do sistema são, em última análise, traduzidas pela oferta e demanda de profissionais específicos conforme normas que estabelecem as restrições impostas através de atos privativos atribuídos pelas corporações a cada uma das profissões, e por indicadores e parâmetros de dimensionamento de demanda de trabalho produzidos pelas organizações corporativas.

O conjunto destas atribuições privativas profissionais é, normalmente, definido por lei e em normas corporativas embasadas em competências atribuídas por lei. Ou seja, é incorporada na norma legal a lógica dos procedimentos e estas normativas passam a orientar o que cada trabalhador de saúde pode, mas fundamentalmente o que não pode fazer no cuidado em saúde. Portanto, indiferente da realidade ou das necessidades em saúde a priori está estabelecido limites rígidos do saber e fazer dos trabalhadores. Essa constatação é clássica e foi com base nela que a categoria teórica instituições médicas foi desenvolvida por Madel Luz (1986) no estudo das políticas públicas de saúde nos anos 60 e 70 do Século XX.

O efeito disso no cotidiano do trabalho são equipes de saúde na modalidade “agrupamento”, caracterizadas pela justaposição das ações de cada um dos trabalhadores, em que o trabalho do médico é visto como o “núcleo” e do qual derivam as demais áreas profissionais, com relações de subordinação que reforçam a assistência individual e a produção de procedimentos (PEDUZZI, 2001; 2007a; 2007b). Trata-se da perspectiva em que a ênfase da organização do trabalho da equipe e, portanto, do planejamento da força de trabalho, está nas especificidades das profissões e nas relações hierárquicas e cristalizadas a partir de normas e regras.

A centralidade nos procedimentos e especialidades expressa-se também na delegação estatal às corporações da tarefa de regulamentação complementar e fiscalização do cumprimento destas regras. Esta ocorre através da delegação aos conselhos profissionais e entidades de especialistas a tarefa regulatória, tanto do trabalho quanto da formação dos trabalhadores em saúde (GIRARDI; FERNANDES JUNIOR; CARVALHO, 2000; GIRARDI, 2001; GIRARDI; SEIXAS, 2002).

O fato das corporações profissionais e de especialistas serem responsáveis, na prática, pela regulação da oferta e da demanda da força de trabalho, e pela fiscalização do cumprimento delas, estabelece uma lógica reprodutora das fragmentações e segmentações dos fazeres e saberes dos trabalhadores de saúde definidos pelos procedimentos e especialidades e permeados majoritariamente por um único interesse, o das corporações. Uma vez que cada uma delas traduz as necessidades em saúde como demanda pelos atos e procedimentos a elas atribuídas privativamente (GOMES; MERHY, 2017).

A cada novo conjunto de procedimentos, surge a disputa pela delimitação deste fazer, novas especialidades e áreas de atuação, que têm como pressuposto a exclusividade daquele saber e fazer por grupos específicos de profissionais (GIRARDI, 2001). A demanda e oferta de profissionais está fortemente relacionada às restrições dos saberes e fazeres, definidos nas regulações corporativas e orientados pelos limites impostos pela lógica dos atos privativos que são baseados em recortes de procedimentos em detrimento do cuidado das pessoas.

Esse processo é resultado de um conjunto de instituições que atuam, como atores coletivos organizados, na disputa pelo dimensionamento da demanda e pela provisão de força de trabalho cujo princípio central é a diferenciação em relação às demais e manutenção dos seus nichos específicos de atuação. No que diz respeito à formação, a consequência é que a principal aprendizagem desenvolvida é fazer aqueles atos e procedimentos previstos normativamente, portanto, a formação é fortemente influenciada por um conjunto pré-estabelecido de competências e habilidades centrados nos procedimentos e habilidades uniprofissionais e que se expressam como processo de reposição cognitiva (CECCIM, 2012).

O dimensionamento da demanda da força de trabalho está orientado à produção de indicadores e parâmetros universais para cada profissão com o intuito de reservar e ampliar as suas possibilidades de atuação e seu mercado de trabalho (MACHADO; POZ, 2015). Concomitante, a influência das corporações na regulação da provisão da oferta, portanto, das competências, habilidades e vagas da formação, possibilita que seja condicionado o número de profissionais disponíveis no mercado, mantendo-se assim uma tensão que possibilita majorar o valor deste trabalho.

Toda vez que se reduz o dimensionamento da força de trabalho em saúde ao uso acrítico de indicadores e parâmetros, se invisibiliza que estes têm como pressuposto uma modelagem tecnoassistencial, uma visão sobre a saúde, uma proposta de gestão do trabalho, da organização dos serviços, das práticas profissionais e uma dada divisão social e técnica do trabalho. A tendência é que esses indicadores e parâmetros carreguem consigo o modelo da medicina hegemônica e a perspectiva normativa e corporativa de planejamento de força de trabalho, visto que estas são naturalizadas nas práticas cotidianas da atenção e da gestão do sistema de saúde e da educação e trabalho.

Sobre a atuação das instituições e dos atores estatais da educação e da saúde, há que considerar os aspectos relativos ao contexto histórico que marcam a trajetória dessas políticas: uma delas é a separação entre esses setores que ainda influencia sobremaneira as políticas de planejamento da força de trabalho do SUS; outra é a centralização desta agenda no âmbito federal e das corporações e, a ausência de autonomia e protagonismo das instituições, trabalhadores e usuários locais para formular e implementar políticas contextualizadas as suas realidades; por fim a orientação dessas políticas mais alinhadas às corporações profissionais e ao mercado do que às necessidades em saúde expressas nos territórios e em direção a um sistema garantidor do direito, da universalidade, da equidade e da integridade do cuidado em saúde.

Perspectiva do planejamento da força de trabalho centrada nas necessidades dos usuários

A modelagem tecnoassistencial centrada nas necessidades dos usuários considera a tradução dessas em demandas por cuidado com o objetivo de garantir a autonomia para andar na vida dos indivíduos ou das coletividades, ou seja, está em questão ampliar e evitar a restrição dessa autonomia e restabelecê-la quando limitada pelo sofrimento e pela doença (FERLA, 2017; MERHY, 2002; 2007).

Desta forma, o trabalho em saúde tem como objetivo acionar para cada caso concreto saberes e fazeres que respondam a (re)construção desta autonomia e de responsabilidade relacional através da escuta, do encontro e da relação com cada usuário ou coletividade (tecnologias leves). A partir desse encontro que se definem os procedimentos e atos que podem e devem ser empregados (tecnologias leves, leve-duras e duras) sempre em rede de relações entre os trabalhadores e demais pontos de atenção (CAMARGO-BORGES; MISHIMA; MCNAMEE, 2008; MERHY, 2002; FRANCO, 2006; MERHY, 2007).

Nesse caso, o processo saúde doença é sempre uma totalidade e o trabalho em saúde tem como finalidade o cuidado das pessoas que se viabiliza na medida em que o trabalhador possa acessar, a cada caso, as ferramentas e as redes de relações necessárias para este cuidado. Nessa perspectiva, a imagem objetivo é que os recortes e delimitações dos saberes e fazeres dos trabalhadores ocorram a partir da negociação acerca de como responder as necessidades percebidas nos encontros com as pessoas e coletividades.

O que os trabalhadores de saúde devem saber e fazer, prioritariamente, é relacionar-se com outro, seja usuários ou demais trabalhadores da equipe, e a partir destes encontros acionar as ferramentas ou articulações necessárias para o cuidado. Trata-se de definir as necessidades de saúde em cada caso e território, estabelecer a negociação acerca do escopo dos serviços e das práticas dos trabalhadores que são necessários para o cuidado de forma a resgatar a autonomia das pessoas e coletividades. Trata-se de trabalho vivo, criativo e produzido em ato e, de construir processos de educação permanente em que os fazeres e saberes demandados em cada contexto e cada encontro possam ser (re)construídos pelos trabalhadores.

Considerando a perspectiva de modelo tecnoassistencial centrado no usuário e necessidade em saúde, e sua tradução em demanda e provisão de força de trabalho, é resultado das negociações dos escopos dos serviços em cada território, das práticas de cada trabalhador no interior dos serviços e dos fazeres e saberes necessários para cada contexto, bem como pela melhor forma de organizá-las para garantir acesso e qualidade do cuidado de um determinado território.

Essas perspectivas têm repercussões na organização da regulação das profissões e especialidades, na formação profissional e na organização dos atores. Esses aspectos também condicionam as demandas em saúde e de força de trabalho. O planejamento da força de trabalho centrado nas pessoas e necessidades em saúde, que são distintas em cada história e em cada território vivido, reconhece o trabalho em saúde vivo em ato, no encontro de cada trabalhador e equipe com as pessoas e coletividades. Portanto, o objeto é o cuidado das pessoas, a finalidade é a construção da sua autonomia e das condições de existência que potencializem a vida dos sujeitos e, cujos meios são centrados nas tecnologias leves e relacionais, na interprofissionalidade, nas práticas colaborativas que conformam equipes integradas e na participação dos indivíduos e coletividades, sejam usuários, de trabalhadores e gestores, como agentes da construção do cuidado em saúde e do planejamento.

O trabalho em saúde, como resposta às necessidades em saúde das pessoas e coletividades, pressupõe reconhecer que o planejamento da força de trabalho é um processo em permanente negociação, diverso e construído pela ação dos gestores, trabalhadores e usuários da saúde e da educação permanente em saúde em cada encontro real nos serviços e territórios. Deste ponto de vista, o dimensionamento da demanda pressupõe a análise sobre as necessidades e as práticas cotidianas que torna possível respondê-las. É tarefa do planejamento a produção e definição de escopo de serviços e de práticas dos trabalhadores que efetivamente dialoguem com os contextos em que estão inseridos, e isto como processo permanente de reflexão crítica sobre os fazeres e saberes que informam a capacidade de evidenciar as suficiências e insuficiências do cuidado e as demandas de trabalho a partir da responsabilidade relacional com os usuários, trabalhadores e gestores (CAMARGO-BORGES; MISHIMA; MCNAMEE, 2008; CECCIM, 2004; ROVERE, 2006).

Nesse caso, a provisão da oferta de trabalhadores não é um processo anterior às práticas e descolado das realidades, mesmo que pressuponha a tarefa de dotar os trabalhadores de um conjunto de competências e habilidades necessárias a seus núcleos profissionais; tem como centro a necessidade de aprender a aprender, uma vez que não há trabalhador que esteja definitivamente e para sempre pronto para responder às necessidades complexas, históricas e contextuais em saúde, dos indivíduos e coletividades, que se apresentam nos serviços e territórios. Deste ponto de vista a provisão da oferta de trabalhadores é sempre um processo de educação permanente que se viabiliza no trabalho e pelo trabalho.

As respostas contextualizadas aos problemas de saúde também apontam para a pertinência de equipes de tipo integração. Em síntese, a necessidade da superação da relação assimétrica e da construção de práticas colaborativas entre os profissionais da equipe; não significa excluir as especificidades das profissões, pois, cada um tem contribuições importantes para qualificação do trabalho prestado a população, no entanto, quanto maior a ênfase nas necessidades a serem respondidas ao invés das especificidades das profissões, quanto mais horizontais as relações entre os profissionais maior a possibilidade de equipe ser integrada (PEDUZZI, 2001; 2007a; 2007b; 2011).

Do ponto de vista da regulação do trabalho, trata-se de definir competências prioritárias a dadas profissões, que podem ser partilhadas pelos demais a partir de processos de educação permanente e de aprendizagem das competências e habilidades requeridas para responder as demandas, em contraposição ao modelo de competências exclusivas. Trata-se de reconhecer a pertinência da educação permanente e de uma regulação

e autorização para atuação que acompanhem as especificidades dos territórios, sejam flexíveis para que os profissionais tenham a possibilidade de aprender e ter reconhecida as habilidades e competência adquiridas como resultado dos pactos acerca do escopo de práticas que respondam as necessidades em saúde.

No tema do dimensionamento, trata-se de negociar em cada caso concreto tanto os escopos de atuação dos serviços no contexto das redes de atenção do qual fazem parte, quanto as práticas dos profissionais no interior destes serviços e em relação com os demais trabalhadores da equipe e as necessidades de saúde contextualizadas. Reconhecer que os fazeres e saberes implicam os pontos fixos relativos aos serviços em que se encontram os profissionais e os saberes estruturados correspondente às habilidades e competências que lhes são oferecidos na formação inicial, mas também dos fluxos e articulações entre o conjunto de serviços da rede de atenção e dos saberes e fazeres necessários, que são reconhecidamente diversos em cada território, caso o objetivo seja efetivamente responder pelo cuidado das pessoas e dos coletivos pelos quais se responsabilizam.

Ou seja, o eixo sobre o qual transita a negociação do escopo dos serviços e das práticas dos profissionais é sempre as necessidades em saúde das pessoas e coletividades em um dado território. Desse ponto de vista, a provisão da oferta de força de trabalho precisa ser contextualizada e reconhecida como um processo de educação permanente. O dimensionamento da demanda de força de trabalho é sempre histórico e contextual, sendo os indicadores e parâmetros previamente estabelecidos apenas ferramentas para dimensionar, mas que sempre devem estar cotejados pela realidade, sendo que orientam, mas não definem o dimensionamento e, sobretudo não representam um método de dimensionamento, apenas parte deste processo.

Objetivos e tempos para a formulação do planejamento da força de trabalho: a articulação necessária entre o dimensionamento da demanda e provimento da oferta

A histórica separação entre as instituições de saúde e educação no Brasil e a perspectiva hegemônica do modelo assistencial operou uma concepção de que as dimensões de dimensionamento da demanda e da provisão da oferta são distintas no tempo e em objetivos.

O dimensionamento da demanda de força de trabalho, conforme mencionado anteriormente, tem como objetivo a definição de trabalhadores para a garantia de condições no trabalho, de acesso e qualidade ao cuidado das pessoas em cada território e serviço. Ou seja, significa determinar quanti-qualitativamente o número de trabalhadores necessários para a rede de atenção e gestão à saúde em cada território, num momento dado e em contextos específicos. Tende-se a dimensionar os serviços para o tempo presente, dada as condições existentes, mesmo que esteja em questão a expansão do cuidado, ampliação das ações e serviços ou transformação das práticas em saúde. Os tempos, portanto, do dimensionamento da demanda de força de trabalho usualmente consideram a momento atual frente ao projeto desejado de cuidado, ou com muita frequência a continuidade das ações já desenvolvidas pelos serviços.

A provisão da oferta de força de trabalho tem como objetivo a definição das necessidades de trabalhadores em termos globais e prospectivamente para o sistema de saúde. Neste caso trata-se de determinar qual a força de trabalho necessária para orientar as políticas de formação em saúde que garantirão a oferta de trabalhadores adequada para responder às demandas. Ou seja, determinar o quantitativo de vagas de formação de profissionais e trabalhadores para que seja viabilizada a provisão de trabalhadores adequada para o sistema de saúde como um todo. Trata-se do diagnóstico acerca das suficiências, insuficiências e excessos de trabalhadores considerando o contexto atual, mas sempre numa perspectiva da prospecção futura.

Em síntese, trata-se de antever o número de trabalhadores formados para o sistema de saúde e quais os saberes e fazeres que devem ter domínio para viabilizarem a formulação e implementação das políticas de saúde e das redes de atenção e gestão que atendam às necessidades de cuidado. Considerando que o formato prioritário da formação, descolado do mundo do trabalho prevê tempo da formação dos profissionais de saúde que variam entre um ano e meio, para profissionais técnicos, e 12 anos para profissionais especializados, o planejamento da provisão da oferta estaria sempre relacionado a um tempo futuro.

Na lógica hegemônica o planejamento da provisão ocorreria pela ideia objetivo de definir normativamente demandas de profissionais e especialistas com base na prospecção futura do adocimento e das incorporações tecnológicas. Mesmo considerando que a prospecção é relevante, considerar a perspectiva da racionalidade limitada, ou seja, o pressuposto de que por melhores que sejam nossas avaliações sobre o futuro a capacidade de produzir conhecimento sobre o que será deste futuro tem limites importantes e também que a maior parte das políticas públicas que pode ser desenhada para responder as demandas também terá como consequência efeitos inesperados, seja das próprias políticas, seja das tecnologias, seja das condições de vida e saúde produzidas.

É evidente que, como construtores da realidade, quanto mais forem produzidos acordos, saberes compartilhados e planos sobre o que se deseja para o futuro do sistema de saúde, mais será possível o planejamento da força de trabalho, ou seja, o dimensionamento da demanda e da provisão da oferta da mesma.

No entanto, considerando a ideia de que as necessidades em saúde têm influências mais complexas do que aquelas que podem ser previstas, o desafio para o dimensionamento da demanda e para a provisão da oferta de força de trabalho é apostar nos processos que aproximem essas duas dimensões no tempo e nos territórios, sejam mais flexíveis aos contextos históricos, políticos, econômicos e culturais e constituam-se como ação permanente de gestão do trabalho e educação. Trata-se de viabilizar negociações e pactos sobre o escopo dos serviços nas redes de atenção e das práticas dos profissionais nestes serviços, de políticas e ações que possibilitem a aprendizagem constante e ágil dos saberes e fazeres, de construir a interprofissionalidade e as práticas colaborativas como enfoque central do trabalho em saúde e de dispor de estratégias de regulação e gestão do trabalho que possibilite o reconhecimento e certificação de habilidades e competências e a mobilidade dos trabalhadores ao longo de suas carreiras profissionais.

Trata-se de efetivamente constituir a integração efetiva do ensino e do serviço, um sistema de saúde escola em que a educação permanente dos trabalhadores e profissionais seja incorporada como prática cotidiana da formação dos profissionais e do trabalho, que a oferta de vagas da formação seja coerente com as demandas de trabalhadores para o cuidado em dado território.

Tanto como se fortaleceu o campo da educação na saúde, através de atores e instituições conectados com a transformação do ensino em saúde em resposta aos princípios e diretrizes do SUS, é fundamental que atores e instituições que têm como objeto a gestão do trabalho, entre os quais se insere a temática de dimensionamento da demanda da força de trabalho, insiram-se com mais potência neste campo, desenvolvam aprendizados, tecnologias que permitam disputar essa temática, atualmente monopolizada pelas corporações e pelo nível central de governo.

Neste caso, mais do que dimensionar a demanda e prover a oferta como questões temporais e objetivamente distintas cabe a aproximação cotidiana destas duas dimensões do planejamento da força de trabalho, da interlocução dos atores e instituições a partir do território dos princípios da descentralização, integralidade, equidade e participação social.

Referências

- ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1143-1156, 2017.
- ALMEIDA, Erika Rodrigues de; MACEDO, Harineide Madeira; SILVA, José Carlos da. Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180011, 2019.
- ALVES, Josenildo de Sousa; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Gestão do trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do sistema único de saúde SUS. **Rev. baiana saúde pública**, v.35, supl.1, p.55-67, jan./jun. 2011.
- BONAFONT, L. C. **Redes de políticas públicas**. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2004.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS**: Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- BRASIL. **Lei Federal nº 8080**, 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as Diretrizes para a Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília, DF: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], 2004.
- BRITO, Pedro; PADILLA, Mónica; RÍGOLI, Félix. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. **Educ Med Super**, v. 16, n. 4, 2002.
- CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, p. 844-846, maio 2013.
- CAMARGO-BORGES, Celiane; MISHIMA, Silvana; MCNAMEE, Sheila. Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 08-19, 2008.
- CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009.
- CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em debate**, v. 37, p. 372-387, 2013.
- CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 913-926, 2013.
- CECCIM, Ricardo Burg et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1567-1578, 2008.
- CECCIM, Ricardo Burg. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 253-277, 2012.
- CECCIM, Ricardo Burg. Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 1, 2019.
- CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004. p.259-278.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1400-1410, 2004.
- CERQUEIRA, Janaina Pontes; ALVES, Sandra Mara Campos. A constitucionalidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 5, n. 2, p. 91-107, 2016.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **2º Levantamento da Organização, Estrutura e Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde**. Brasília: Conass, 2015. (Conass Documenta, 29).
- CYRINO, Eliana Goldfarb et al. Há pesquisa sobre ensino na saúde no Brasil?. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015.
- FERLA, Alcindo Antônio et al. Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: o caso do Programa Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1129-1141, 2017.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)
- FLIGSTEIN, Neil; MCADAM, Doug. **A theory of fields**. Oxford University Press, 2012.

FRANÇA, Tânia et al. Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1817-1828, 2017.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, p. 459-473, 2006.

FRANCO, Túlio Franco; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Textos Reunidos. São Paulo: HUCITEC, 2013.

GIRARDI, Sábado Nicolau; FERNANDES JUNIOR, Hugo; CARVALHO, Cristiana Leite. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 1-21, 2000.

GIRARDI, Sábado Nicolau; SEIXAS, Paulo Henrique. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, v. 8, n. 15, 2002.

GIRARDI, Sábado. **A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina**. [2001]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=634-a-regulacao-dos-recursos-humanos-em-saude-e-a-reforma-do-setor-saude-em-paises-da-america-latina-4&category_slug=mercado-trabalho-166&Itemid=965

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n. 21(Supl.1), p1103-14, 2017.

JORGE, Maria Saete Bessa et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 417-25, 2007.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 918-928, 2010.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MACHADO, Claudia Regina; POZ, Mario Roberto Dal. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 239-254, 2015.

MAGNAGO, Carinne et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1521-1530, 2017.

MENDONÇA, André Luis Oliveira; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel. Complexo médico-industrial/financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 215-238, 2012.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2355-2365, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007. p 15-35.

MOURA, Luciano de Paula. **Planejamento da força de trabalho em saúde: uma análise do período entre 1964 a 2013**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 17, n. 3, p. 61-70, 1983.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde**. In: CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA, 29. SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS, 69, 2017, Washington, D.C., EUA.

PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 629-646, 2011.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, Marina. **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**. 2007. 247p. Tese (Livre Docência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007a.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPES/ABRASCO, 2007b. p. 161-177.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática**. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises, v. 2, p. 51-70, 2004.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 11-31.

POZ, Mario Roberto Dal; PIERANTONI, Celia Regina; GIRARDI, Sábado. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 187-233.

QUINTANA, P.E.B.; RÍGOLI, F.; PADILHA, M. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. (Org.) **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. São Paulo: Unicamp – NEPP, 2002, p.189-220.

RAMOS, Alexandre de Souza et al. Política de gestão do trabalho e educação permanente na Bahia: “o SUS é uma escola”. **Rev. baiana saúde pública**, v. 33, n. 1, p. 40-50, 2009.

RAMOS, Livia Bandeira; POSSA, Lisiane Boer. Dimensionamento da força de trabalho no sus: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 43-52, 2016.

RODRIGUES, Sharlene Goulart. **A emergência do “campo” da educação permanente em saúde no Brasil: o ordenamento da formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, 2003-2007**. 2015. 122 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

ROVERE, Mario R. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud**. Washington. DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993.

ROVERE, Mario R. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud**. 2 ed. Washington. DC: Organización Panamericana de la Salud, 2006.

SANTINI, Stela Maris Lopes et al. Dos ‘recursos humanos’ à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 537-559, aug. 2017.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D. Andrea (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

TRUE, J. L.; JONES, B. D.; BAUMGARTNER, F. R. Punctuated-Equilibrium Theory: explaining stability and change in public policymaking. In: SABATIER, P. A. (Ed.). **Theories of the policy process**. Cambridge, MA: Westview Press, 2007. p. 155-188.

VIANA, Dirce Laplaca; MARTINS, Cleide Lavieri; FRAZÃO, Paulo. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 57-78, 2018.

ZAHARIADIS, N. The multiple streams framework: structure, limitations, prospects. In: SABATIER, P. A. (Ed.). **Theories of the policy process**. Cambridge, MA: Westview Press, 2007.



CAPÍTULO 3

PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO: UMA FERRAMENTA-DISPOSITIVO PARA A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO DA SAÚDE

Lisiane Bôer Possa
Cristiane Scolari Gosch
Alcindo Antônio Ferla

Introdução

Este capítulo apresenta uma proposta metodológica de planejamento e dimensionamento da demanda de força de trabalho para serviços e ações de saúde a partir da experiência que vimos desenvolvendo nos últimos dez anos. Pretende-se que seja um *dispositivo* de aprendizado e ferramenta para trabalhadores e gestores que, no cotidiano, deparam-se com a tarefa de produzir informações, propor e decidir qual a força de trabalho necessária para garantir o cuidado das pessoas nos territórios em que atuam ou com os quais estão implicados. As expressões “dispositivo” e “ferramenta” têm o sentido, aqui, de dizer que as tecnologias e metodologias que desenvolvemos e compartilhamos devem servir para “fazer funcionar” a gestão do trabalho no sentido de qualificar sistemas e serviços de saúde nas condições reais em que operam. Não falamos aqui da lógica dos “modelos ideais”, mas de práticas que podem ser eficazes para desenvolver o trabalho e a gestão.

A produção aqui sistematizada é resultado de inúmeras experiências de dimensionamento de força de trabalho. Foi tecida a partir de muitos encontros e da prática implicada com a gestão do trabalho, tanto na condição do seu exercício quanto nas diferentes oportunidades de compartilhar experiências, pesquisar, apoiar e produzir educação permanente no cotidiano do trabalho. A experiência que acumulamos incluiu uma enorme diversidade de serviços e sistemas, o que nos ensinou a colocar a própria experiência em análise, permitindo que não fosse apenas teoria, mas que funcionasse na transformação do trabalho no interior das instituições e redes. As experimentações que embasam o capítulo são frutos da tensão entre teorias e práticas que, como nos acenou Madel Luz (2009) há alguns anos, *funciona*, na Saúde Coletiva, como fator de desenvolvimento do campo e de ampliação da complexidade com que o mesmo consegue analisar e propor intervenções no cotidiano. Reconhecer que a teoria e a prática em diálogo, em relação de transversalidade, se fortalecem reciprocamente, é um desafio epistêmico consistente para nosso tempo, em que a negação da Ciência e das teorias anda de mãos dadas com epistemologias autoritárias e colonialistas.

Planejar e dimensionar a demanda de força de trabalho em saúde é uma das competências de gestão dos serviços e do sistema de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e essa temática tem configurações locais. Em especial, trata-se de atribuição das áreas de gestão do trabalho, do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais, municipais de saúde e gerências dos serviços. Usualmente, a tarefa de dimensionar está atrelada à definição de quadro de vagas das estruturas estatais, aos processos de seleção, concursos, ao remanejamento da força de trabalho, à reposição e ampliação de trabalhadores dos serviços próprios ou para a formulação de critérios mínimos para a composição de força de trabalho dos prestadores de serviços a serem contratados. Nossa experiência demonstra que essa é uma atividade que somente é efetiva quando o quantitativo de trabalhadores definido está em diálogo com a organização proposta do trabalho e como resultado de um processo de negociação, que fortalece a capacidade local de gestão do trabalho. Submeter tal processo a um processo colonizado por teorias ou práticas descontextualizadas, somente logra espoliar o tempo dos atores envolvidos.

Neste capítulo, inicialmente será apresentado o contexto do dimensionamento da força de trabalho no SUS. A forma como atualmente se define a demanda de trabalhadores varia em muitos aspectos, entre os quais destaca-se: a produção e institucionalização de saberes e práticas, os atores que participam, a proximidade maior ou menor das áreas e serviços a serem dimensionados e os métodos utilizados.

Na sequência serão apresentados os pressupostos da metodologia, considerando esta como um caminho para o pensamento, necessariamente, nos relacionamentos embasados entre teoria e método, no uso fundamentado de conceitos e na implicação eticamente sustentada com a construção cotidiana de qualidade de vida e do trabalho em saúde em cada contexto e território (MINAYO, 2015). Aqui um destaque epistemológico: a metodologia como caminho do pensamento (LUZ, 2005), o coração da ciência que pretende inovação e resolver problemas da sociedade.

E, por fim, é apresentada a metodologia, que tem como intencionalidade ofertar ferramentas para o desenvolvimento do planejamento e dimensionamento da força de trabalho. Pretende-se que a metodologia seja, sobretudo, um dispositivo que potencialize a institucionalização e organização de novas práticas na rede de atenção e serviços do SUS, e, também, a produção de saberes e fazeres de gestores e trabalhadores das áreas de gestão do trabalho.

Contextualizando o dimensionamento de força de trabalho no sus

No caso do SUS, apesar do reconhecimento da importância da gestão do trabalho e do dimensionamento da força de trabalho, é identificada a baixa institucionalização e sistematização desses saberes e práticas no sistema e nas organizações de gestão do trabalho locais (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; BRASIL, 2015). Ocorre, frequentemente, a delegação da atividade de dimensionamento para consultorias externas e pontuais, que apresentam produtos cujos resultados nem sempre são legitimados pelos coletivos sobre os quais eles tratam ou têm possibilidade de execução. Mesmo quando dimensionamentos são realizados por equipes próprias, tendem a ser esporádicos e raramente essas experiências são sistematizadas. Dimensionar a demanda da força de trabalho, nas instituições locais do SUS, com frequência é uma “fotografia” a ser produzida quando há uma solicitação e a necessidade de uma “mediação técnica” de conflitos de natureza política ou legal. É tratado como um produto em si, com frequência fixando o trabalho e a necessidade em saúde a partir de critérios, indicadores e parâmetros externos à realidade e as negociações cotidianas onde trabalho acontece (MALIK; CAMPOS, 2009; RAMOS; POSSA, 2016).

Observa-se, ao longo dos anos, maior influência do Ministério da Saúde, tanto das áreas de gestão da atenção quanto da vigilância sanitária no dimensionamento de força de trabalho em saúde. Apesar da diretriz da descentralização do SUS, o órgão central de gestão produz efetivamente a maior parte das decisões com base na proposição de equipes mínimas previstas em regimentos de habilitação e de autorização de funcionamento das ações e serviços e que condicionam sua existência e o seu financiamento. Decisões estas baseadas, frequentemente, nos limites de recursos orçamentários, que ignoram a diversidade das realidades e que são incorporadas acriticamente pelas gestões locais. Ocorre que essas decisões normalmente têm efeito de induzir práticas e forma-se, assim, um círculo vicioso dominado pelas formalidades propostas centralmente se projetando sobre as realidades locais e gerando registros nos sistemas de informação que são utilizados, posteriormente, para confirmar os parâmetros e indicadores propostos.

Num estudo, que produziu revisão sistemática da literatura sobre metodologias de dimensionamento, percebeu-se que elas são reduzidas à produção de indicadores e parâmetros, por profissão, que buscam universalizar e fixar a definição de horas demandadas de trabalho para as atividades se reproduzirem à revelia da complexidade e diversidade das necessidades de cuidado, dos processos de trabalho em equipe, de práticas colaborativas e do cotidiano das organizações. São atores das corporações, em especial relacionados aos conselhos profissionais, que institucionalizaram saberes e práticas sobre dimensionamento de força de trabalho no Brasil. Estes estão capilarizados nas diversas organizações de saúde e influenciam as gestões central e local do sistema, e que formulam regras, normas e práticas sobre a composição da força de trabalho nos serviços e organizações (MACHADO; DAL POZ, 2015).

Em contraposição à diretriz constitucional da descentralização da gestão, a gestão do trabalho é uma área de influência predominantemente central, seja do Ministério da Saúde ou das entidades profissionais.

Conforme abordado no Capítulo 1 deste livro, na lógica normativa e corporativa, os atores com ideias e interesses das categorias profissionais disputam e influenciam o dimensionamento de força de trabalho, em especial para responder à inserção destes profissionais em qualquer contexto, de forma a ampliar, de um lado, o mercado de trabalho e, de outro, a reserva deste mercado para a respectiva profissão. Reproduzem a modelagem centrada em procedimentos, profissões e especialidades, desconectada das necessidades de cuidado e das possibilidades concretas de produzi-lo no cotidiano. Em síntese, estas metodologias, restritas à produção de indicadores e parâmetros, propõem normativamente quantos trabalhadores de dada profissão devam ser prescritos para toda e qualquer realidade, a partir de um trabalho previamente determinado nas regras e normas definidas para as especialidades e pelos núcleos profissionais.

Metodologias normativas e corporativas retiram o trabalho de contexto da necessidade do cuidado nos territórios, ignoram os modos de produção e modelagens tecnoassistenciais (as quais reproduzem acriticamente, uma vez que partem da norma da atuação profissional, ou seja do trabalho prescrito), e normatizam o cotidiano. Essas metodologias desconsideram as pessoas e suas necessidades, a saúde como trabalho vivo em ato, a relação com os demais trabalhadores e equipe de saúde e, portanto, as competências e práticas colaborativas (SCHWARTZ, 2000; MERHY, 2002; FERLA, 2006; SILVA; RAMMINGER, 2014; TOASSI, 2017).

Na construção da demanda por força de trabalho, a participação das áreas e serviços a serem dimensionados (“a ponta”), é bastante variável. Desde processos de dimensionamento realizados pela direção e área de gestão do trabalho “central”, até processos diversos de consulta e participação dos trabalhadores e gestores dos serviços e unidades implicados. Estes, quando consultados, tendem a solicitar força de trabalho com base na estrutura do serviço e nos processos de trabalho existentes, reproduzindo a sua configuração. Às vezes, consideram e naturalizam as proposições corporativas ou, ainda, produzem demandas assistemáticas e particularistas que expressam ideias e interesses das direções e atores mais influentes na “ponta”. Não é incomum que gestores e trabalhadores da “ponta”, quando consultados sobre as necessidades, produzam suas demandas de força de trabalho a partir de cálculos estratégicos que consideram a possibilidade de restrições dos níveis mais “centrais” de decisão. Por exemplo, solicita-se mais do que “necessário” e até do que a capacidade de infraestrutura dos serviços, antevendo possíveis cortes. O que poderia ser uma ferramenta importante para a gestão do trabalho de forma geral, uma vez que assentada em pactos entre trabalhadores e gestores, se torna apenas um jogo estratégico cujo desfecho acaba numa planilha que circula pelas instituições e formaliza a distribuição de trabalhadores por categoria profissional que será incorporada.

Desta forma, os métodos que usualmente são utilizados para o dimensionamento da força de trabalho são: a) o cumprimento de regras e normas que definem equipes mínimas para habilitação e autorização de financiamento do serviço e seu financiamento (por exemplo, equipes mínimas da Estratégia da Saúde da Família, Unidades de Terapias Intensiva etc.); b) a observância de parâmetros definidos pelas corporações, tais como, número de trabalhadores, horas fixas de cuidado, para consultas e procedimentos por profissão e especialidade; c) a consulta de opinião, a dirigentes ou trabalhadores, sobre as necessidades das áreas a serem dimensionadas; d) reposição acrítica a partir de um quadro de vagas existente produzido em algum momento da história da instituição. A ineficácia dessas metodologias se verifica explicitamente em situações críticas, nas quais algum fator impede a realização do trabalho prescrito, onde falha a disponibilidade de trabalhadores, mas falha também a capacidade de decisões rápidas dos gestores.

Outra proposta metodológica referida na literatura é a de “Indicadores de Carga de Trabalho para Necessidade de Pessoa”. Esse método mede a carga de trabalho para realização de atividades em uma dada realidade. Considerando o trabalho realizado e a ser reproduzido, sistematiza os tempos padrões por atividades, e define a demanda de trabalhadores. Dentre as críticas a essa metodologia está a incapacidade de estabelecer métrica para serviços e demandas de trabalho pouco estruturados e a incapacidade de contemplar as demandas por cuidado não atendidas nos serviços, uma vez que se baseia no exame das atividades desenvolvidas. A vantagem desse método é a possibilidade de produzir parâmetros em horas para a realização das atividades, ou seja, a partir da observação sistemática da prática identificar os tempos para realização das atividades que podem servir como referência para o dimensionamento da força de trabalho (MACHADO; DAL POZ, 2015).

Considera-se que o dimensionamento da demanda de força de trabalho que contemple acesso e qualidade da atenção à saúde resulta da articulação, não hierarquizada, entre os saberes acadêmico-científicos e normatizados, que produzem análises, indicadores e parâmetros, e aqueles saberes locais, dos cotidianos, das experiências que expressam a complexidade das necessidades, das modelagens de organização dos serviços, dos processos, das condições e das relações de trabalho em saúde e das singularidades dos trabalhadores que são diversos em cada contexto. A base do processo é a negociação, não apenas como dimensão ética do trabalho, senão como desenvolvimento de bases de pactuação úteis e oportunos à gestão do trabalho no contexto da sua implementação. A metodologia descrita, neste capítulo, está associada à lógica da negociação em cenários definidos e participativos e tem como referência um conjunto de pressupostos que serão apresentados a seguir.

Os caminhos do pensamento e das práticas para dimensionar força de trabalho em saúde

Qualquer metodologia de dimensionamento da força de trabalho deve conectar-se com a pergunta, problema ou projeto a que se propõe responder ou desenvolver, bem como é fundamental a reflexão sobre as bases nas quais essas perguntas e os problemas são formulados. Neste caso, busca-se responder: Quantos e quais trabalhadores serão propostos para a realização do cuidado, gestão, educação permanente e participação das pessoas e dos coletivos que respondam às demandas em saúde, reconhecendo-as como resultado de uma construção social sempre em aproximação às necessidades de saúde nos territórios?

A resposta à pergunta inicial está relacionada ao contexto em que é formulada em três aspectos centrais: a) quem são os atores que formulam esta pergunta, uma vez que as ideias e interesses que orientam um dimensionamento de força de trabalho dependem do ponto de vista do ator que está formulando a questão e daqueles que serão convidados a participar da construção da resposta, bem como das modelagens tecnoassistenciais que os orientam; b) as intencionalidades da rede de atenção, gestão, educação ou participação do território em responder às necessidades e demandas de cuidado das pessoas que o habitam; e c) a inserção do serviço ou da ação dimensionada na rede da qual faz parte.

O dimensionamento da demanda de força de trabalho sempre busca responder à queixa da “falta de trabalhadores”. Os motivos para que a necessidade de dimensionar força de trabalho entre na agenda são distintos e precisam ser explicitados. Quais as motivações para o desenvolvimento de um projeto de dimensionamento e planejamento da força de trabalho dos serviços? Quem está dizendo que faltam trabalhadores? Em que situação está dizendo? Tem informações do quanto e porque falta? Ou seja, o que justifica e contextualiza o desenvolvimento de um processo de planejamento e dimensionamento da demanda de força de trabalho?

Entre os aspectos que usualmente são disparadores de dimensionamento destaca-se: execução de planos realizados pelas áreas com proposição de melhorias, expansão e implementação dos serviços; solicitações de força de trabalho pelos gestores dos serviços; planejamento de força de trabalho para concursos e seleções; demandas do Ministério Público do Trabalho e outras instâncias do Judiciário; pressão dos trabalhadores e suas organizações, tais como, conselhos e sindicatos; situações críticas em que a mídia e outros atores explicitam as insuficiências dos serviços.

Ter clareza do porquê se está fazendo dimensionamento possibilita a delimitação dos serviços, ações e territórios nos quais serão dimensionadas as demandas de força de trabalho, a definição dos tempos necessários para que os resultados sejam apresentados e a identificação dos atores com os quais é necessário dialogar.

A respeito dos atores que serão implicados com os processos de formulação do planejamento e dimensionamento, é importante considerar que o desenvolvimento do trabalho participativo contribui para que os resultados sejam efetivamente reconhecidos por todos e, portanto, tenham a legitimidade para orientar as decisões sobre a alocação da força de trabalho. Desta forma, através da construção coletiva, podem ser explicitados e contemplados os diferentes interesses e ideias. Portanto, constituir diálogos interprofissionais que envolvam gestores, trabalhadores e, fundamentalmente usuários qualifica o processo e resulta em diagnósticos sobre os quais os atores têm acordo e planos que tenham maior viabilidade de execução.

Debater coletivamente a força de trabalho necessária para cuidar das pessoas propicia que o planejamento e dimensionamento sejam mais do que “[...] um instrumento gerencial relacionado à instrumentalização de gestores para tomada de decisão, um instrumento de normatização de atos produtivos em saúde” (RAMOS; POSSA, 2016, p. 51). Tem-se como possibilidade que os processos de construção coletivos de planejamento e dimensionamento da força de trabalho também se tornem “[...] um instrumento de trabalho potente para reflexão dos processos de trabalho de todos os atores envolvidos” (RAMOS; POSSA, 2016, p. 51).

A reorganização dos sistemas de saúde, em particular no Brasil, e a incorporação de novas modelagens tecnoassistenciais, com uma expressiva diversificação dos serviços ofertados à população, reconfiguraram significativamente o papel dos diferentes serviços. A proposta das redes de atenção coloca em questão também as formas de relacionamento entre eles. O planejamento e dimensionamento de força de trabalho, na perspectiva da organização do SUS, deve ter como referência a análise, os planos e a implementação da rede de atenção, das linhas de cuidado e a inserção dos serviços nestas, tendo como objetivo a garantia de acesso resolutivo, o percurso seguro e em tempo oportuno aos pontos de atenção em resposta às necessidades nas Regiões de Saúde (CECILIO; MERHY, 2003; MALTA; MERHY, 2010; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

O papel de cada serviço na rede de atenção tem impacto e relação com os demais serviços. Dessa forma, a questão central para o planejamento e dimensionamento de força de trabalho é: quantos e quais trabalhadores são demandados para cada um dos pontos de atenção, para a gestão, regulação, articulação, educação permanente e logística da rede de atenção, das linhas de cuidado e do sistema de saúde que possibilite à população de um determinado território o cuidado necessário?

Usualmente as demandas e o desenvolvimento de dimensionamento da força de trabalho ocorrem por serviço, unidades, áreas e esferas administrativas, ou seja, são processos fragmentados. No entanto, as respostas às necessidades de cuidado das pessoas, que se expressam nas suficiências e insuficiências da atenção à saúde, não se resolvem em um serviço, uma esfera de governo e, muito menos, a partir de uma única categoria profissional. Portanto, mesmo que se pretenda realizar o dimensionamento da demanda de força de trabalho de um único serviço é necessário produzir análise da rede de atenção do território em que ele está inserido e a partir da qual é definido o escopo da sua atuação. Para tanto, dimensionar a força de trabalho é um processo que está conectado com o reconhecimento do território e das necessidades de saúde, com a pactuação e construção das regiões de saúde e da rede de atenção e linhas de cuidado. Trata-se de, permanentemente, produzir configurações atualizadas e negociadas de rede de atenção em uma região de saúde, que contemplem, para o conjunto dos serviços e ações de saúde, o planejamento e o dimensionamento da demanda de força de trabalho.

Produzir e institucionalizar saberes e práticas que qualificam os processos decisórios sobre quantos e quais trabalhadores são necessários em cada realidade é um processo que precisa coordenação e articulação, atribuição que se tem defendido como tarefa do núcleo gestão do trabalho nas instituições que compõem SUS.

A gestão do trabalho e da educação tem como atribuição propor e operacionalizar as políticas mais gerais de regulação, planejamento e provisão do trabalho e da educação na saúde. É responsável pela produção de informação sobre a realidade do trabalho em saúde nos territórios, a alocação da força de trabalho em saúde e a definição de necessidades para a contratação, uma vez que estabelece cargos, atribuições, vagas, carreiras, remunerações e vínculos, bem como os dispositivos de seleção, contratação, administração de contratos, distribuição, remanejamento, educação permanente, avaliação e cuidado dos trabalhadores.

É preciso considerar o desafio, para as áreas de gestão do trabalho e educação, de desenvolver saberes, ferramentas e tecnologias que possibilitem o dimensionamento da demanda de força de trabalho da rede de atenção e do sistema de saúde de um território, superando a lógica fragmentada da organização do sistema e que influencia a forma como o dimensionamento da força de trabalho tem sido abordada, seja por esferas administrativas, serviços, áreas, unidades e profissões (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Trata-se de assumir a responsabilidade e a potencialidade de abordar o dimensionamento e o planejamento da força de trabalho em saúde das regiões, de incluí-lo na agenda dos atores e nos processos de formulação, pactuação e construção das redes de atenção nos sistemas locais de saúde.

A gestão do trabalho teria como papel contribuir com análises, informações, proposições, ferramentas e dispositivos que produzam e sistematizam o conhecimento sobre a força de trabalho existente, ou seja, a oferta de força de trabalho em cada região de saúde. É esse conhecimento e essas práticas que possibilitam construir proposições de redes de atenção factíveis às realidades locais. Também caberia à gestão do trabalho apoiar o dimensionamento das demandas de força de trabalho em consonância com os planos das redes de atenção construídas no território.

A produção do dimensionamento da demanda de força de trabalho é uma atividade a ser construída e institucionalizada em cada contexto em que a pergunta está sendo formulada. A resposta de qual a força de trabalho é necessária para a atenção à saúde pressupõe que a organização do trabalho é tematizada tanto na gestão do sistema, dos serviços e unidades de saúde, quanto nas organizações de gestão do trabalho que têm como atribuição propor e operacionalizar políticas desta temática.

A produção de análises da situação de saúde nos territórios, da sistematização das necessidades em saúde das pessoas, a construção e pactuação das demandas a serem atendidas e o mapeamento daquelas reprimidas, ocorre nas áreas, serviços e unidades de saúde. O resultado é a construção social que está relacionada às modelagens teconassistenciais, à organização dos serviços e dos processos de trabalho em cada local. À gestão das áreas, serviços e unidades cabe a análise e definição acerca do atendimento das necessidades em saúde que orientam o escopo dos serviços e das práticas dos profissionais para os quais é ou será dimensionada a força de trabalho. Cabe destacar que o escopo desses serviços e das práticas dos profissionais é resultado das políticas prévias, da força de trabalho existente uma vez que são esses os atores que fazem a leitura das necessidades em saúde a partir dos seus referenciais, experiências e histórias de vida.

Portanto, o dimensionamento de força de trabalho é um processo de educação permanente e prática cotidiana das equipes de gestão do trabalho articuladas com a gestão e equipes das áreas e serviços a serem dimensionados. Trata-se de desenvolver processos de aproximações e negociações, de produção de saberes e fazeres que qualifiquem a gestão do trabalho em cada contexto específico.

Num mundo desejado, que é construído com pequenos passos, o planejamento e dimensionamento da demanda de força de trabalho seriam realizados sistematicamente. Ou seja, as áreas de gestão do trabalho teriam um processo institucionalizado que possibilitaria a produção e divulgação de conhecimento sobre como estão as suficiências e insuficiências, com dispositivos e fluxos para o (re)planejamento, (re)negociado e (re)pactuado em toda a rede, para manter, ampliar e reconfigurar a força de trabalho, articulando com as instituições formadoras para coadunar as ofertas respondendo às necessidades de cuidado nos territórios.

Esse dimensionamento e planejamento de força de trabalho é um processo de trabalho vivo em ato, que utiliza tecnologias estruturadas, sejam de informação, regras e normas, conhecimento, mas, sobretudo, demanda tecnologias leves e relacionais que priorizam o encontro dos trabalhadores, gestores e usuários (MERHY, 2002). A tecnologia relacional, ao tempo em que amadurece a implicação sobre a ação ou serviço a ser dimensionado, compartilha e reforça os pactos sobre o escopo dos serviços, a composição das equipes, o escopo de práticas destas, os indicadores e parâmetros que permitem dimensionar a força de trabalho possível e/ou desejável naquele cenário. Sobretudo, constrói o compromisso e a responsabilidade da força de trabalho em responder pelo cuidado negociado e pactuado. As estimativas da força do trabalho em saúde, para que possibilitem trabalho vivo em ato, também devem ser formuladas como tal, na relação com os atores que estão implicados nos processos de trabalho dos serviços em que atuarão.

Considera-se que o trabalho em saúde ocorre no encontro entre as visões de mundo e de saúde, habilidades, competências, desejos, afetos, momentos e contextos das pessoas que demandam cuidado e dos trabalhadores e gestores que o produzem em um dado território. Operar dimensionamento de força de trabalho traz consigo a dificuldade em abordar temáticas conflituosas. Às ciências exatas e aos métodos quantitativos, que constituem as tecnologias leve-duras, são atribuídos poderes quase milagrosos da produção única da verdade. Dessa perspectiva, para alcançar o planejamento e dimensionamento *perfeito*, há que ser a partir de alguma fórmula matemática que produza um resultado único, padrão e inequívoco. No entanto, toda vez que estreitamos processos de trabalho para mensurá-los, corremos o risco de endurecê-los e normatizá-los. No caso do trabalho em saúde é ainda mais grave porque as mensurações estão centradas em procedimentos realizados e não em pessoas cuidadas, de tal forma que se corre o risco, ao dimensionar serviços, de reforçar ainda mais as modelagens centradas nos procedimentos e especialidades e baseadas nas tecnologias duras e leve-duras. O risco é que o dimensionamento da força de trabalho opere como mola mestra de um círculo vicioso onde a escassez, ou má gestão do trabalho, resulta em déficits de cuidado e esse contexto retroalimenta parâmetros e indicadores. Não há cuidado integral sem gestão adequada do trabalho em saúde em cada local.

O planejamento e dimensionamento da demanda de força de trabalho, centrados nos usuários e suas necessidades têm o desafio de produzir medidas como os compassos, métricas e regularidades em ato que, como na música, são andamento e o ritmo e não decretos e imposições. São métricas que potencializam o vibrar dos coletivos e dos encontros, as cadências que orquestraram o cuidado e produzem afinações entre os diferentes atores e olhares sobre os processos de trabalho a serem construídos com as pessoas em dado território com vistas à construção do trabalho colaborativo das equipes.

Então, o processo de produzir o planejamento e dimensionamento, mais do que gerar dado para processo decisório de contratações e medidas de eficiência, deveria mostrar andamentos e ritmos que permitam imaginação, comunicação e experimentação que possibilitem o trabalho desde a micropolítica - tempo do encontro trabalhador e usuários - até a política propriamente dita - provimento de força de trabalho que permitam esses encontros.

A partir desses pressupostos, a metodologia para dimensionar a demanda de força de trabalho é um processo permanente, considerando que as necessidades em saúde e as formas de respondê-la variam nos lugares e nos tempos. O produto esperado é o cuidado das pessoas e este se efetiva apenas quando são reconhecidos e explicitados as diferentes ideias e interesses através da participação dos sujeitos: usuários, gestores e trabalhadores, no encontro que valoriza a diversidade de saberes, que privilegie e esteja centrado nos usuários e suas necessidades, potencialize as autonomias, responsabilidades relacionais e as saúdes mais plenas de pessoas e coletividades. Precisa ser um dispositivo que potencialize as práticas nos territórios, que são diversos tanto em relação aos demais quanto em relação ao tempo, por isso, é importante reafirmar: dimensionar é sobretudo o trabalho e a gestão em ato.

Metodologia de dimensionamento: a gestão em ato

O dimensionamento da demanda de força de trabalho no sistema e nos serviços de saúde ainda é uma prática associada a projetos específicos, determinados no tempo e aos serviços e áreas, uma vez que são poucas as instituições locais do SUS que têm processos institucionalizados. Desta forma, uma das primeiras tarefas para o dimensionamento é a identificação da motivação para o desenvolvimento do trabalho; delimitação do território para o qual pretende-se garantir a atenção; definição do(s) serviço(s) a ser(em) dimensionado(s); explicitação de qual o tempo disponível para realizar o trabalho e como mobilizar a equipe implicada com a tarefa.

A delimitação dos serviços e áreas deve refletir a modelagem de atenção que orienta a organização dos mesmos. Superar a departamentalização das instituições que fragmentam suas ações com base em procedimentos, especialidades e profissões é um desafio. A orientação de todo e qualquer dimensionamento de demanda de força de trabalho deve considerar as necessidades de cuidado e ações nos territórios tendo como centralidade as pessoas e a integralidade do cuidado. Na atenção básica, trata-se de reconhecer a população sob responsabilidade dos serviços, a situação de saúde e suas necessidades. Nos demais serviços da rede de atenção, ou do sistema, é preciso considerar a continuidade do cuidado, os processos de logística, a gestão e a educação permanente requeridos, considerando o acesso e percurso seguro, que possibilitem o conjunto de atos cuidadores resolutivos para as necessidades das pessoas pelos quais são responsáveis. A linha de cuidado é um dispositivo que tem a potencialidade de mapear e (re)construir tanto os pontos de atenção, na rede e no interior dos serviços, quanto os fluxos entre eles para que efetivamente respondam pelo cuidado em tempo oportuno e resolutivo (CECÍLIO; MERHY, 2003; MALTA; MERHY, 2010).

O resultado do dimensionamento da força de trabalho é, para um dado escopo de serviço e de práticas de profissionais, a especificação, tanto em número quanto em competências e habilidades, que resultaria em certa produção de cuidado possível. A diferença entre a força de trabalho disponível e a força proposta constitui apenas um dos produtos do dimensionamento da demanda de força de trabalho. Deste resultado, seja de insuficiência de horas de trabalho, seja no excesso das mesmas, é necessário considerar a produção de cuidado estimada para o trabalho proposto e a realizada efetivamente nos serviços. São as análises destes processos e resultados que podem suscitar ações efetivas, tanto na micropolítica do trabalho – encontro de cuidado entre usuários e trabalhadores – quanto nas políticas propriamente ditas – a provisão dos trabalhadores para os serviços.

Definido(s) o(s) serviço(s) ou áreas dos serviços que serão o foco do dimensionamento, a mobilização da equipe para compartilhar a sua construção é fundamental. Trata-se de identificar e mobilizar os trabalhadores, gestores e usuários que estão implicados com o serviço, bem como pactuar uma agenda de trabalho que inclui:

1. Debater, pactuar e sistematizar o escopo do serviço: qual o papel na região e na rede de atenção, ou seja, qual sua responsabilidade em responder às necessidades em saúde do território em que está situado. Trata-se, também, de identificar e refletir sobre os recursos físicos e tecnológicos disponíveis, a organização, os processos e a força de trabalho existente, os fluxos e as práticas profissionais, bem como a produção de cuidado realizado no serviço pactuando quais as principais atividades são e poderão ser desenvolvidas;
2. Pactuar e sistematizar o escopo de prática dos trabalhadores (quais trabalhadores (profissões e ocupações) propõe-se que componham as equipes) e identificar e sistematizar quais as atividades seriam de responsabilidade de cada um deles;
3. Identificar e pactuar quais indicadores e parâmetros que possibilitem quantificar a força de trabalho necessária para a realização das atividades pactuadas através da síntese de horas de trabalho programadas para cada uma das profissões e ocupações do serviço; verificar a diferença entre as horas de trabalho programadas e as existentes; negociar e explicitar a capacidade de cuidado e atividades a serem produzidas com as horas programadas de trabalho, analisando-as através da comparação com o que efetivamente tem sido realizado pelo serviço e a capacidade de resposta às necessidades de saúde do território;
4. Explicitar os investimentos e planos de ação para a (re)composição da força de trabalho e para as demais demandas relativas às questões de gestão do trabalho, escopo dos serviços e de práticas dos trabalhadores;
5. Avaliar os resultados tanto do dimensionamento quanto dos processos de trabalho, do contexto do serviço na rede e das condições de trabalho no seu interior, ou seja, as viabilidades e pertinência dos investimentos e planos de ação que remetem a (re)discussão do escopo do serviço.

Figura 1 – Sistematização do processo de dimensionar a força de trabalho

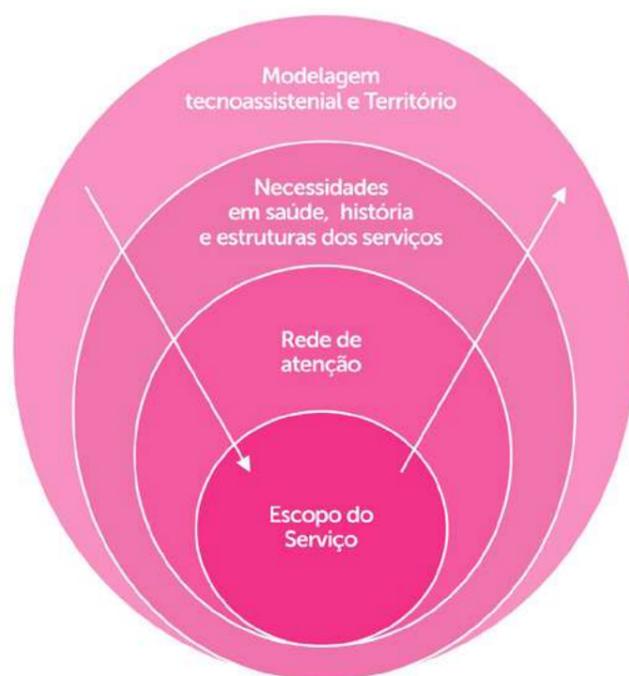


Fonte: gráfico elaborado pelos autores

O Escopo do serviço – que trabalho será dimensionado?

Dimensionar a força de trabalho, para ofertar o melhor cuidado à população, requer delimitação e conexão com os territórios de responsabilidade, proposições das modelagens tecnoassistências, construção das necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, análise sobre a história e estrutura dos serviços existentes, proposição de organização da rede de atenção e, por fim o pacto sobre o escopo do(s) serviço(s) a ser(em) dimensionado(s) (Figura 2).

Figura 2 – Construção do escopo do serviço



Fonte: gráfico elaborado pelos autores

Destaca-se, portanto, a relevância de produzir conhecimento e refletir sobre as potencialidades e os nós críticos da realidade, seja interna das áreas, unidades e serviços, seja no território em que estão inseridos. É esta análise crítica e reflexiva, realizada em conjunto pelos gestores, trabalhadores e usuários que permite fazer proposições e planos futuros dos caminhos a serem trilhados no planejamento e dimensionamento de força de trabalho.

Dimensionar a força de trabalho ocorre em três cenários distintos: a) serviço ou unidades novas cujo escopo e estrutura estão em discussão e que incluir a proposição da força de trabalho pode qualificar a proposta de formulação dos projetos e de sua implementação; b) serviços ou unidades sobre os quais se tem uma avaliação de que a mudança de escopo de atuação e ou de estrutura são uma necessidade para a rede de atenção, seja com sua ampliação ou com alteração dos seus objetivos, processos, métodos e abrangência; e c) serviços unidades que tem um escopo relativamente consolidado na rede e sobre o qual não há propostas de alterações significativas e sim de qualificação das práticas e processos no seu interior. Em todos os casos o processo de reflexão sobre o serviço, seu papel na rede e a organização e processos de trabalho no seu interior, apontam para possibilidades de mudanças e qualificação e são fundantes para o debate sobre o dimensionamento da demanda de força de trabalho.

A construção do escopo de serviço, tarefa que pauta o início do dimensionamento, será conectada com as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades se forem construídos nos encontros com os usuários e equipes implicados com o cuidado, no território e nos serviços. Demandam processos de negociação e pactuação que proponham e sistematizam qual o escopo de atuação, ou seja, o trabalho para qual se pretende dimensionar a necessidade de trabalhadores.

Escopo do serviço – um olhar sobre as necessidades dos territórios e as redes de atenção

Para análises reflexivas sobre a realidade do território e para a construção do planejamento e dimensionamento da força de trabalho há que se considerar as modelagens tecnoassistenciais que orientam a organização da atenção à saúde. Conforme abordado no Capítulo 1, estas se constituem em pano de fundo que informam as avaliações sobre as demandas e como os serviços e as práticas de cuidado estão ou deveriam estar e, portanto, presidem as escolhas e decisões. A demanda é uma construção social. Quando é caracterizada apenas com base nas ofertas históricas e consolidadas, é frequentemente reduzida à oferta de procedimentos a serem consumidos.

Qualquer área, unidade ou serviço a ser dimensionado, seja ponto de assistência, logística, regulação, gestão ou vigilância em saúde, está situado em um dado território. A territorialização, ou regionalização do sistema de saúde, pressupõe a construção de delimitações que apontam qual a população e em que espaço são constituídas unidades articuladas para o cuidado em saúde – a região em saúde e sua rede de atenção (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004). A partir desse desenho constitui-se o movimento de aproximar as demandas das efetivas necessidades em saúde e, portanto, produzir e fazer circular conhecimento sobre a situação de saúde das pessoas, sobre as necessidades e possibilidades de cuidado existente que informam a construção e articulação das redes de atenção.

A construção dos fazeres e saberes que estarão sob a responsabilidade da unidade deve ser resultado da articulação do conjunto do sistema, nas regiões de saúde e na rede de atenção, ou seja, dos demais pontos que compartilham as responsabilidades pelas respostas às necessidades de saúde das pessoas no território em questão. Desta forma, trata-se de produção coletiva que proponha a oferta de atenção, gestão, educação e participação que o serviço tem ou deveria ter como responsabilidade no território (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A pergunta a responder é: que cuidado e/ou ações são ofertados e quais se pretende, ou seria necessário ofertar considerando as necessidades do território?

A conexão com o território da rede de atenção em que o serviço está inserido tem como intencionalidade superar a naturalização e manutenção das ofertas que, em geral, tendem a cristalizar as condições de insuficiências no cuidado. Qualificar o acesso e as ações ofertadas, com equidade e resolutividade, respondendo às necessidades em saúde, pressupõe uma postura crítica sobre os saberes e fazeres de cada serviço e da sua relação com o território e com a rede de atenção articuladamente. Quais são as pessoas que serão cuidadas? Quais os pontos de atenção que percorrem antes e depois de acessar os serviços que estão sendo dimensionados? Quais as atividades que serão desenvolvidas? Com quais pontos estão relacionados? Quais os pactos sobre as ofertas que estão orientando a definição sobre o escopo do serviço e de cuidado que orientará o dimensionamento da demanda da força de trabalho?

Esse processo tanto tem como orientação as políticas, normas e regras que delimitam as responsabilidades dos diferentes serviços e ações na rede de atenção e no sistema de saúde, quanto os pactos, compromissos e contratos que efetivamente são construídas no cotidiano.

Para a construção do escopo dos serviços, como tarefa primeira, é fundamental criar encontros e dispositivos que possibilitem aos atores atentar-se para os nós, insuficiências e potencialidades da rede de atenção, do sistema de saúde e das práticas de trabalho no interior dos serviços de tal forma que sejam uma base para (re) orientar o escopo dos serviços para responder às necessidades de saúde e a integralidade do cuidado. Apenas a definição articulada dos objetivos e finalidades dos serviços nas regiões e redes de atenção à saúde possibilita que estas efetivamente garantam acesso, fluxos seguros e resolutividade. Os processos de mudanças, no escopo dos serviços e nas práticas dos trabalhadores, ocorrem a partir da ação e reflexão dos atores que se conectam com uma modelagem tecnoassistencial centrada nas pessoas, atentem para as realidades dos territórios, se articulem nas regiões, com o conjunto da rede de atenção e comprometem-se em superar as insuficiências de cuidado.

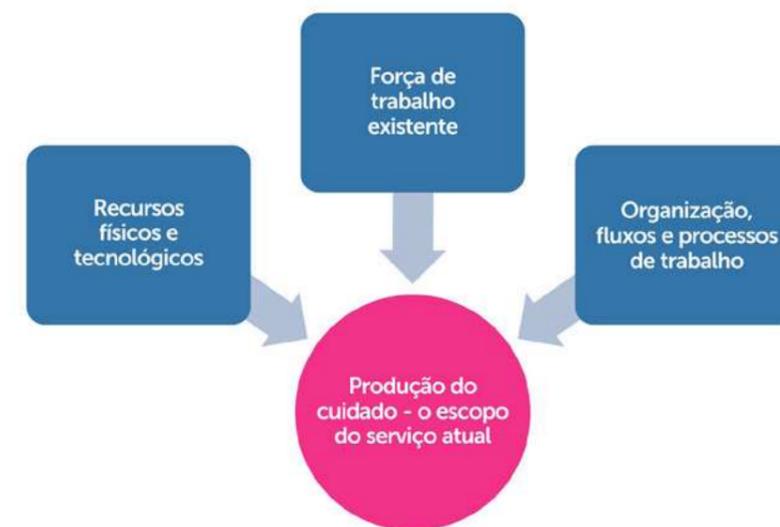
Os pontos de atenção e as instituições que compõem a rede são relativamente estáveis e tendem a manutenção, ou seja, é usual a reprodução dos fazeres e saberes dos serviços e das práticas do trabalho. No entanto, ao reconhecer que são variáveis nos tempos e no espaço as realidades dos territórios, as determinações dos processos saúde doença, as mudanças que são propostas na organização do sistema, nas modelagens tecnoassistenciais, nas tecnologias e aprendizagens sobre o cuidado, os conflitos de interesses e as complexidades e necessidades em saúde é preciso que o escopo dos serviços e das práticas profissionais possam estar abertas a reavaliações e redefinições.

Escopo do serviço – um olhar sobre a história e as práticas no interior das organizações

A história e a capacidade instalada dos serviços tendem a influenciar a definição das ofertas disponibilizadas e limitar as proposições de mudanças. Trata-se de reconhecer que há uma dependência da trajetória prévia nas instituições, ou seja, uma tendência a se manter as ofertas e práticas profissionais que historicamente são características dos serviços. Desta forma, para o dimensionamento é fundamental a produção de informações e conhecimento que resultem da avaliação e a reflexão sobre a história, a estrutura, a organização e a gestão do processo de trabalho do próprio serviço. As escolhas administrativas, gerenciais e da atenção prévias que o configuram orientam a composição da força de trabalho existente e, também, dos projetos de dimensionamento.

Trata-se de identificar as suficiências e insuficiências do escopo do serviço e das práticas profissionais existentes, dos recursos físicos e tecnológicos disponíveis, dos fluxos e processos de trabalho, da produção de cuidado realizada, da força de trabalho existente e suas competências e habilidades. Esse conhecimento só é possível de ser construído com atores que estão intensamente imersos no serviço a ser dimensionado, mas também dispostos à reavaliação das suas realidades no contexto da rede de atenção em que estão inseridos. As questões são: Qual a finalidade e objetivos do serviço? Qual a estrutura? Quais trabalhadores e quais atividades que desenvolvem? Quais os fluxos e processos de trabalho? Qual e quanto de cuidado e ações são produzidas?

Figura 3 – Caracterização do serviço para produção do escopo



Fonte: gráfico elaborado pelos autores

A área física e equipamentos disponíveis, por mais que possam sofrer alterações, delimitam as possibilidades de resposta e, portanto, a sua identificação clara é fundamental para qualquer definição das ofertas de cuidado e de dimensionamento da demanda de força de trabalho, ou seja, os recursos físicos e tecnológicos são um limite para as possibilidades de cuidado a serem produzidos. Como limite estrutural para a produção de cuidado, escopo do serviço e das práticas dos trabalhadores o seu reconhecimento possibilita tanto a explicitação da necessidade de investimentos e de readequação das estruturas como a delimitação do dimensionamento da força de trabalho. Parece óbvio, mas não é infrequente que esses limites sejam ignorados e que a insuficiência de condições de trabalho comprometa a organização e os processos de trabalho, a utilização plena da capacidade da força de trabalho existente e a produção do cuidado resolutiva.

Descrever a organização, os fluxos e processos de trabalho trata de identificar qual o percurso do cuidado dos usuários no serviço ou das ações desenvolvidas. Estas podem reproduzir modelagem tecnoassistencial reducionista da biomedicina e estar centradas nos procedimentos, especialidades, doenças e profissões. O desafio é colocar em questão o que se faz e como se faz de tal forma que o processo de trabalho seja usuário centrado com processos produtivos que sejam capazes de produzir vínculos e acolhimento, comprometidos com o acesso e a resposta às necessidades. Essa tarefa pressupõe identificar e refletir sobre quais as unidades e setores da organização, qual sua estrutura organizacional e departamentalização, como são divididas e organizadas as equipes e o trabalho. Quais os fluxos e articulações entre essas unidades e por fim que processos de trabalho são desenvolvidos em cada uma dessas unidades e para produzir articulação entre elas. Em síntese é descrever o percurso do cuidado dos usuários ou das ações na instituição, quais as diferentes unidades de produção, suas finalidades ou objetivos, como ocorre a gestão do trabalho, o grau de participação e implicação dos trabalhadores nas negociações, pactos e processos decisórios, quem são e o que fazem os trabalhadores em cada uma delas e como estão articuladas, ou seja, a forma como o trabalho é organizado.

A descrição da força de trabalho existente implica em responder: quais os trabalhadores que atualmente atuam nas diferentes unidades de produção serviço e quais suas competências e habilidades. Trata-se de responder à questão: qual é a força de trabalho existente em cada uma das unidades de produção de cuidado? Ou seja, identificar e sistematizar informações que apresentem os número e horas de trabalhadores por profissões e ocupações e quais as atividades que são desenvolvidas por eles.

A força de trabalho é a capacidade dos trabalhadores; é o potencial humano de transformar as coisas; é a possibilidade do trabalhador, através dos seus recursos físicos, cognitivos e emotivos, produzir. Medimos a força de trabalho dos serviços pelo número de horas executadas pelos trabalhadores disponíveis, ou seja, o tempo de envolvimento dos trabalhadores com o trabalho. Os levantamentos para identificar quantas horas de trabalho os serviços dispõem e os usuários podem contar para o seu atendimento.

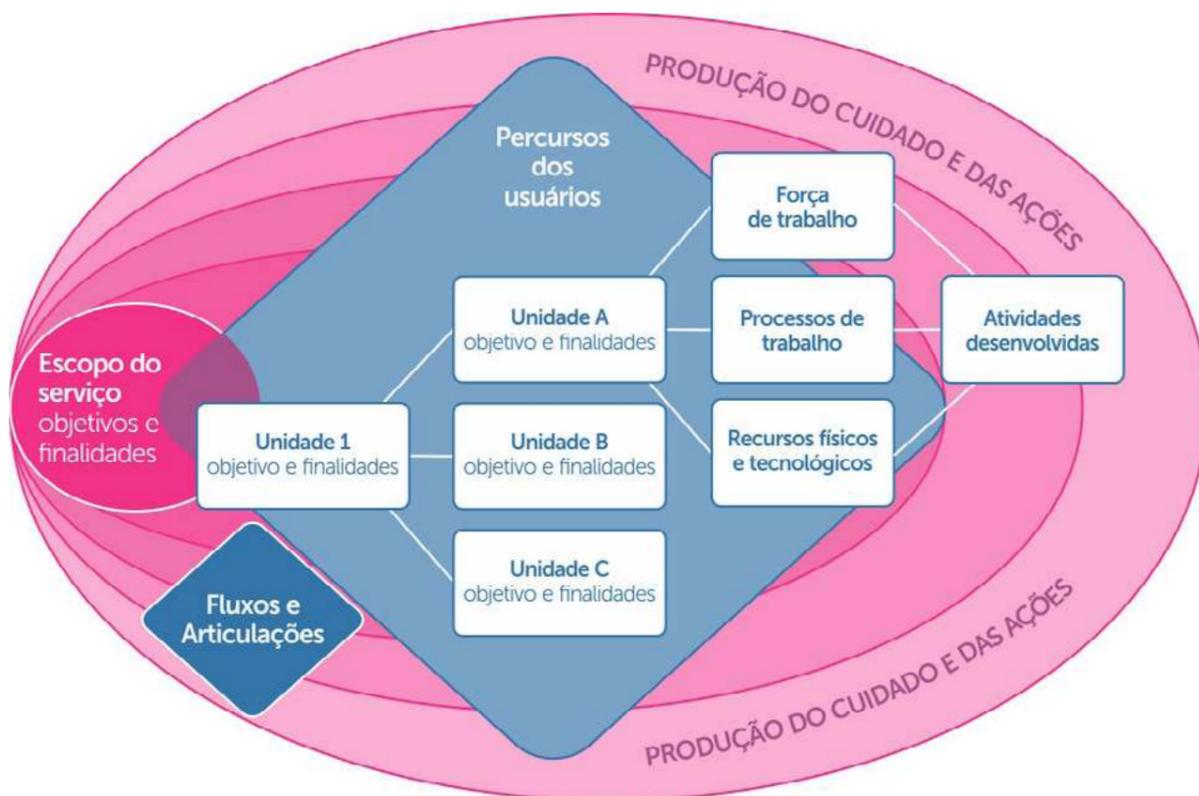
Há que se considerar que o número de trabalhadores e horas de trabalho contratadas não são a força de trabalho efetivamente disponíveis nos serviços. Isso porque há afastamentos legais a serem considerados e, também, aqueles que são produzidos no cotidiano. Trata-se de férias, feriados, afastamentos de saúde, ausências por razões diversas, renegociações de cumprimento de jornadas de trabalho etc. Descrever a força de trabalho do serviço e identificar as horas de trabalho contratadas e aquelas que efetivamente estão à disposição para o cuidado e as ações.

Além da identificação quantitativa da força de trabalho também há a sistematização qualitativa: quem são esses trabalhadores e quais suas características? Implica aqui conhecer as idades, sexos, raça, condições de vida, vulnerabilidades etc. Quanto mais a força de trabalho, ou seja, os trabalhadores seus contextos, potencialidades e dificuldades são reconhecidas, mais é possível desenvolver estruturas e políticas de gestão do trabalho, inclusive de dimensionamento da força do trabalho que seja sensível ao contexto do trabalhador.

As formas como se configuram a seleção, os vínculos, os cargos, as carreiras, as remunerações, contratos, jornadas, avaliações, absenteísmo, políticas e práticas de saúde do trabalhador e gestão cotidiana do trabalho também impactam nos dimensionamentos das forças de trabalho.

E, por fim, qual a produção deste serviço? Quais ações são desenvolvidas e quantas pessoas são cuidadas? O que essa estrutura e força de trabalho realizam, ou seja, quais os produtos efetivamente resultantes do trabalho?

Figura 4 - Síntese do escopo do serviço



Fonte: gráfico elaborado pelos autores

O escopo do serviço deve constituir-se como resultado e, também, como mobilizador das potencialidades do serviço, o que oferta ou tem capacidade de ofertar identificado no diagnóstico dos serviços, as necessidades em saúde, expressas nas demandas pactuadas na rede de atenção refazem o pacto sobre o escopo dos serviços.

Escopo de prática dos trabalhadores

O escopo do serviço pactuado é o ponto de partida para o dimensionamento a partir do qual é preciso identificar quais profissões e ocupações serão demandas e quais práticas dos trabalhadores são necessárias. Quais as habilidades e competências de trabalho são necessárias para concretizar o escopo do serviço, de modo que os trabalhadores possam realizar as atividades planejadas? No caso da saúde, as profissões e ocupações - cargos e especialidades - sintetizam, em parte, essas habilidades e competências. Portanto será necessário definir: quais profissões e ocupações serão propostas para o serviço? Quais atividades serão desenvolvidas para que a finalidade e objetivos do serviço sejam efetivamente alcançados?

Entretanto, há algo de singular no trabalho em saúde: ele não se realiza apenas pelo sequenciamento de ações e produtos. O termo “atividade” precisa ser problematizado aqui, quando se fala de trabalho em saúde. A ergonomia francófona cunhou o termo “atividade” para diferenciar o trabalho efetivamente realizado da prescrição de uma tarefa. O trabalho prescrito é o conjunto de condições e exigências que são projetadas sobre o trabalho que deve ser realizado. Inclui o ambiente físico, matéria-prima, condições socioeconômicas e as prescrições propriamente ditas (normas, ordens, resultados exigidos). Este trabalho prescrito jamais corresponderá ao trabalho real, pois ao realizar uma tarefa, o trabalhador se depara com diversas condições de variabilidade, desde as mais técnicas até as mais subjetivas. Entre o trabalhador e a tarefa temos um terceiro elemento: a atividade de trabalho, que consiste justamente na realização (sempre singular) de um trabalho, considerando-se tanto o trabalho prescrito, como as variabilidades que têm que ser geridas pelo trabalhador. Uma dessas condições é a composição do grupo que o executa, que comumente chamamos de equipe.

Trabalho em equipe pode configurar-se como agrupamento de agentes e equipe como integração dos trabalhos (PEDUZZI, 2001; PEDUZZI; AGRELLI, 2018). Reconhecer-se como coletivo de produção (CECCIM; FERLA, 2008) pressupõe reconhecer que as atividades de cada uma das profissões e ocupação são resultado tanto das competências e as práticas profissionais exclusivas, quanto das comuns e daquelas que podem ser compartilhadas (PEDUZZI, 2001). A primeira modalidade trata de atividades específicas que a rigor são relativas a competências e habilidades dos núcleos das profissionais. A segunda diz respeito àquelas atividades que são comuns a todos os trabalhadores, são competências e habilidades compartilhadas por todos. A terceira é representada por aquelas que na negociação da equipe são compartilhadas e que significam a possibilidade de aprendizagem de competências e habilidades e do desenvolvimento das atividades que extrapolam a rigidez das normas e prescrição corporativas dos limites profissionais.

Para o dimensionamento da força de trabalho há que se definir, para cada cargo e profissão, o conjunto das atividades que possam resultar na definição de carga horária e, portanto, da força de trabalho necessária. Quanto mais as atividades são orientadas unicamente por práticas exclusivas e normatizadas sem conexão com a realidade e cotidiano do trabalho mais serão produtoras de equipes agrupamentos.

As equipes integradas compartilham saberes e fazeres conectados com as necessidades de trabalho que estão colocadas no cotidiano. A identificação das práticas só é possível a partir da proximidade com as equipes e são flexíveis na medida em que são conectadas com o cotidiano do trabalho e suas demandas. Portanto, a educação permanente é fundamental e sua existência impacta sobremaneira do dimensionamento da força de trabalho.

O desafio é que para dimensionar e prover a força de trabalho no serviço é necessário identificar para cada profissão e ocupação a carga de trabalho, expressa em horas, que será demandada. São esses os resultados que se esperam do dimensionamento. Enquanto as estruturas de cargos, atribuições e carreiras que são produzidas para o ingresso e provimento dos trabalhadores são, para o serviço público em geral fixas, as práticas profissionais, se conectadas com a realidade e centrada nos usuários e suas necessidades são flexíveis e variáveis. Deste ponto de vista, reconhecer que o desenvolvimento do trabalho, as atribuições e carreiras têm que comportar as mudanças no tempo necessárias para atender as necessidades em saúde, é um desafio. Quanto mais fixas são as normas e regras, maiores serão as demandas de força de trabalho e menos estarão conectados os trabalhadores com o serviço em que estão alocados. Com frequência redundam em cargos e funções em extinção que produzem no trabalhador a ausência de um lugar de pertencimento e na organização a figura do trabalhador descartável, inútil e com o qual não se conta.

A composição da força de trabalho de um serviço tende a ser mais estável, contratam-se trabalhadores para que permaneçam nas instituições ao longo de toda a sua vida profissional, o que é em torno de 25 a 30 anos a depender das políticas de previdência social e aposentadorias. Mas as práticas de trabalho precisam ser reconfiguradas ao longo desse período. A que se reconhecer que quanto mais educação permanente e práticas colaborativas são produzidas no serviço, quanto mais os cargos e carreiras abdicam das especificidades e reconheçam como um processo de educação permanente a necessária reconfiguração de competências e habilidades, mais se tornam possíveis políticas de desenvolvimento do trabalhador que o conectem com o serviço ao longo da sua vida profissional e que possibilitem ao serviço responder as necessidades de saúde do território.

Então as profissões e ocupações, assim como as atividades atribuídas a cada um para que possam programar horas de trabalho, são relativas a um espaço e tempo da organização, cuja (re)configuração explícita a necessidade de que dimensionamentos de força de trabalho, quantitativa e qualitativamente, sejam um processo e não uma ação transversal e momentânea. Da mesma forma, o dimensionamento resulta em diferentes possibilidades de ação que não unicamente a alteração quantitativa de força de trabalho, mas também processos de educação permanente que (re)compõem as competências e habilidades e possibilitam novos arranjos no escopo de práticas dos trabalhadores, com compartilhamento das responsabilidades e atribuições.

Outro desafio ao identificar as atividades para as quais se pretende definir a força de trabalho necessária, é a composição e delimitação dessas atividades terem como foco a cuidado das pessoas e não apenas os procedimentos e ações que são demandadas para esse cuidado. Como superar a divisão parcelar, pormenorizada e fragmentada do trabalho e reconhecer que a atividade seja o conjunto de atos, procedimentos e ações que resultam na pessoa cuidada, no processo de trabalho que redunde na resposta às necessidades do usuário. Trata-se de pôr em questão as formas de divisão social e técnica do trabalho reconhecendo que elas são resultado das modelagens tecnoassistências que as orientam.

O resultado deste processo é a lista das atividades desenvolvidas e/ou planejadas para cada uma das profissões e ocupações para as quais se pretende dimensionar a força de trabalho.

Produção de indicadores e parâmetros – definindo a força de trabalho programada e a capacidade de cuidado

Para definir a força de trabalho é necessário identificar, para cada profissão e ocupação, o quantitativo de horas de trabalho que tornam possíveis a realização das atividades pactuadas, conseqüentemente os objetivos e finalidades do serviço. Trata-se de responder às seguintes questões: como calcular as horas de trabalho mensais necessárias para realizar as atividades previstas para cada profissão e ocupação? Quantas horas de trabalho por mês serão programadas para cada profissão e ocupação planejada, ou seja, qual carga horária programada de trabalho? O que é ou será possível produzir de cuidado e de ações com essas horas de trabalho, ou seja, qual é ou será a produção estimada? Qual a diferença entre a produção estimada, com base na força de trabalho programada e, a produção efetivamente realizada no serviço? Qual a diferença entre a força de trabalho programada e aquela existente no serviço?

A escolha e ou produção de indicadores e parâmetros permite que sejam calculadas as horas de trabalho programadas nos serviços, assim como os produtos do trabalho, sejam eles pessoas cuidadas, atividades desenvolvidas, processos e produtos concluídos. Os indicadores são dados e/ou informações obtidas em realidades específicas, que nos permitem fazer algumas comparações e análises em outros contextos, levando-se em conta as diferenças e semelhanças. Já os parâmetros são valores de referência estabelecidos. Neste caso, a força de trabalho dos serviços a serem analisados, ou ainda, os valores estabelecidos com base em critérios definidos (por peritos ou pactuados) que busquem estabelecer um padrão de referência desejável para guiar as decisões.

Quando as atividades do serviço são estruturadas, tornam-se as unidades para as quais se escolhem indicadores e se produzem parâmetros que orientam o cálculo das horas necessárias de trabalho. Nos casos em que as demandas de trabalho são pouco estruturadas e as atividades têm variabilidade importante, a produção de indicadores e parâmetros precisa considerar essa realidade. O risco de fracionar o trabalho em atividades, especialmente em procedimentos e atos isolados, apenas considerando a previsibilidade das atividades, é de normatizá-lo excessivamente, fragmentá-lo, comprometer a integralidade do cuidado, limitar o trabalho vivo em ato e gerar demanda de produção de informações para medi-lo que são inviáveis e desnecessárias.

Quando a tarefa é dimensionar instituições, áreas ou unidades com equipes pequenas, que tenha a proximidade entre os atores e cujas atividades tenham muita variabilidade, sejam pouco ou nada estruturadas, a proposição de “consenso de especialistas” que pactuem os postos de trabalho necessários pode ser um método mais viável e bem sucedido. Os gestores e trabalhadores dos próprios serviços, uma vez que reconhecem a realidade, são especialistas nos seus fazeres. Propiciar o debate destes com outros atores externos que possam contribuir com a reflexão sobre o escopo do serviço, das práticas profissionais e dos processos de trabalho torna possível dimensionar a força de trabalho necessária. Trata-se de construir a definição do quantitativo de trabalhadores, em postos de trabalho, através da reflexão e da negociação com as áreas, considerando sempre os recursos físicos e tecnológicos e as competências e habilidades disponíveis, ou seja, as potencialidades e dificuldades da própria realidade. Nesse caso, a análise comparada com outros serviços pode contribuir para o debate qualificado sobre a definição de horas de trabalhadores e como disparador para a reflexão sobre a finalidade e objetivo do serviço, as práticas dos trabalhadores, os processos de trabalho e composição da força de trabalho. É o caso de municípios de menor porte e serviços com equipes menores que têm objetivos e finalidades abrangentes em que a especialização e fragmentação de tarefas comprometeriam a possibilidade de responder as necessidades em saúde.

As organizações complexas que contam com muitos serviços ou unidades, ou que o escopo do serviço e de práticas são mais estruturados, são aquelas em que o desenvolvimento de processos de dimensionamento, com produção de indicadores e parâmetros, torna possível a definição de horas de trabalho necessárias. Esse é o caso de municípios de maior porte que tem muitos serviços e equipes, dos estados e da união que tem responsabilidade de apoiar, formular política e, às vezes executar serviços em vários municípios, bem como, de unidades de maior porte e complexidade que contam com muitas unidades e setores. Essas são organizações em que o dimensionamento da força de trabalho demanda maior institucionalização e que a produção de indicadores e parâmetros diversos tem mais sentido.

Os indicadores que permitem propor (e analisar) força de trabalho em horas para os serviços foram categorizados em três tipos: 1) posto ou sítio de trabalho, 2) horas de trabalho por atendimento, atividade realizada ou produto desenvolvido e 3) horas de trabalho por capacidade instalada.

- 1. Posto ou sítio de trabalho:** horas de trabalho são atribuídas a um determinado local, seja unidade, setor ou serviço. Considera o número de horas semanais e dias da semana suficientes para que seja atendida uma população, um conjunto de pessoas seja cuidado, produtos sejam desenvolvidos ou atividades sejam realizadas. No entanto, a definição das horas não está diretamente relacionada com essas atividades, são atribuídas com base em algum local, serviço ou unidade que deve contar com trabalhadores. Exemplo: posto de trabalho por habitante, como usualmente é utilizado na atenção básica. Esse indicador não tem nenhuma relação com os recursos físicos e tecnológicos disponíveis ou com os produtos do serviço. Desta forma, quando atribuído há que se verificar se há condições de trabalho, bem como, identificar as atividades que se espera que sejam desenvolvidas para a pactuação da capacidade de cuidado ou ações que está se programando no serviço. Ou seja, para cada posto de trabalho é necessário que sejam garantidos aos trabalhadores os recursos físicos e tecnológicos para a sua ação, assim como, possa ser identificado e pactuado a produção estimada e avaliado os resultados desse trabalho através do acompanhamento da produção efetivamente realizada.

2. **Hora de trabalho por atendimento, atividade realizada ou produto desenvolvido:** um valor/hora é atribuído para cada atendimento, atividade ou produto. Exemplo: **hora** por consulta a ser realizada, por atendimento no acolhimento, por refeição produzida, por medicamentos dispensados, por notificação de doença sistematizada, etc. Este indicador é aquele que mais expressa a relação entre o resultado do trabalho e a programação da força de trabalho, uma vez que é a produção realizada que orienta a programação de força de trabalho. No entanto, há que se verificar as condições de trabalho, em recursos físicos e tecnológicos, para que seja possível a execução das horas programadas.

3. **Horas de trabalho por capacidade instalada** – uma carga horária de trabalho é atribuída para uma determinada capacidade instalada operacional existente ou **programada**. Exemplo: número de trabalhadores por consultórios, por leitos, salas, etc. Este indicador está relacionado com os recursos físicos e tecnológicos disponíveis e é necessário que seja identificada e avaliada a relação entre a força de trabalho programada e as necessidades, demandas e ofertas de cuidado. Ou seja, colocar a capacidade instalada em operação com horas de **trabalho** correspondentes precisa estar relacionada com uma certa produção estimada de cuidado, ações ou produtos.

A escolha entre os indicadores para cada realidade é uma decisão dos atores implicados com o dimensionamento. Entre as questões que influenciam estas decisões destacam-se: a compreensão sobre os processos de trabalho; a necessidade de cuidado; a disponibilidade de dados sistematizados nos serviços; as relações de poder e saber. Muitas vezes a (in)disponibilidade de dados confiáveis sobre a força de trabalho, a capacidade instalada e a produção dos serviços, orienta a escolha de indicadores. Qualificar os sistemas de informação para que sejam obtidos dados confiáveis e que qualifiquem o processo de dimensionamento é sempre um desafio nos serviços e sistemas de saúde. Muitas vezes no processo de dimensionamento é necessário coletar os dados *in loco*. O melhor indicador é aquele produzido para responder a realidade.

Os parâmetros são valores de referência que são atribuídos arbitrariamente, ou seja, voluntariamente definidos como padrão ou modelo. Os parâmetros são construídos por meio das normas e regras institucionais, das produções das corporações, das referências bibliográficas, mas, sobretudo, através de diálogos e pactuações coletivas em cada espaço de produção. Considera-se, neste caso, as especificidades das diferentes realidades e o cotidiano, expressos nos processos de trabalho, ou seja, que sejam coerentes com as finalidades e objetivos, os meios disponíveis e aos atores implicados em cada um dos serviços, sobretudo que tenham como centralidade o usuário e suas necessidades.

Portanto, a escolha de indicadores e parâmetros que definem a força de trabalho a ser programada para um serviço consiste numa das etapas do dimensionamento em que há necessidade de diálogo e pactuação e, mesmo assim, dificilmente é possível consensos absolutos. A necessidade de acesso e o cuidado dos usuários é o critério que deve orientar a decisão sobre os melhores indicadores e parâmetros. Trata-se de priorizar as atividades em que há insuficiência de cuidado, filas e demandas reprimidas, bem como a qualificação das áreas mais próximas dos usuários nas organizações. É preciso considerar que parâmetros não são verdades absolutas e devem ser incorporados, construídos e negociados em cada território, considerando a diversidade das realidades e os diferentes atores, seus interesses e ideias em disputa.

Definir as horas programadas de força de trabalho para um serviço não encerra o dimensionamento. Considera-se que estas são a base sobre a qual é possível pactuar a capacidade de cuidado, as responsabilidades e os compromissos que as unidades, serviços e áreas têm no território e na rede de atenção. O que e quanto pode ser produzido com as horas de trabalho que foram programadas? Qual a produção estimada deste serviço para que seus objetivos e finalidades sejam atingidos e ele efetivamente responda às necessidades em saúde do território em que está inserido? Qual a produção que seria possível realizar conforme a força de trabalho programada e qual a produção efetivamente realizada?

A produção estimada é o número de atendimentos, pessoas cuidadas, processos desenvolvidos, produtos resultantes etc., que poderiam ser realizados considerando as horas de trabalho programadas. Para que, a partir das horas programadas dos trabalhadores, se calcule a produção estimada é necessário que sejam produzidos parâmetros. O indicador, neste caso, é a hora de trabalho por atendimento, atividade realizada ou produto desenvolvido. O tempo médio é um parâmetro a ser definido para cada atividade.

Cabe aqui reconhecer a distinção:

Capacidade operacional do serviço expressa o potencial de produção, uma vez que considera tanto a infraestrutura (capacidade instalada) quanto a força de trabalho e insumos para operá-la.

Capacidade instalada do serviço é a infraestrutura, os recursos físicos e tecnológicos **existentes** e, que poderiam ser colocados em operação caso haja necessidade, força de trabalho e insumos.

Capacidade planejada do serviço é aquela que se pretende que seja colocada em **operação**, mas que demanda investimentos, seja em recursos físicos e tecnológicos, força de trabalho ou insumos. A definição de horas de trabalho pode considerar qualquer uma dessas realidades.

No entanto, para identificar o potencial de produção, há que se considerar a capacidade operacional. O quanto ela está sendo utilizada se expressa através da diferença entre a produção estimada, com base na força de trabalho programada, e a produção efetivamente realizada. É possível um déficit de profissionais frente à capacidade instalada existente no serviço, mas um superávit de horas de trabalho quando se considera o que efetivamente se está produzindo daquele processo de trabalho. A análise sobre a utilização da capacidade operacional de dado serviço e/ou setor, (re)orienta o dimensionamento.

Definidas as horas programadas dos trabalhadores para um dado serviço, a diferença entre estas e as horas existentes de força de trabalho é o resultado que se espera do dimensionamento. Desta comparação há três resultados possíveis. Num primeiro cenário a força de trabalho existente é suficiente e se equivale a força de trabalho que foi programada. A segunda possibilidade é a insuficiência de força de trabalho para as ações e atividades programadas. Neste caso há dois caminhos para ação, que não são excludentes, tanto ampliar a força de trabalho quanto rever as atividades planejadas no serviço. Uma terceira e última possibilidade é a força de trabalho existente superar a força de trabalho programada. As alternativas para esse resultado podem ser o remanejamento de pessoas para outras áreas do sistema em que há insuficiência e necessidade do cuidado, a revisão da programação de atividades com ampliação da oferta do cuidado. Apenas há que se considerar que o objetivo não é manter serviços ociosos ou induzir ofertas desnecessárias às necessidades em saúde.

Qualquer desses cenários explicita que o resultado da definição da força de trabalho não encerra o dimensionamento. Há que se produzirem planos de ações e decisões que deem consequência aos resultados encontrados.

Plano de ação para prover a força de trabalho, avaliação e monitoramento

Refletir sobre o cenário em que a força de trabalho opera e identificar fatores que influenciam a sua alocação nos contextos específicos pode contribuir para a qualificação da gestão do trabalho e para a efetividade dos planejamentos e dimensionamentos de força de trabalho. Ou seja, a problemática de distribuição e dimensionamento adequado está também relacionada às políticas e ações de gestão do trabalho, que não apenas a ampliação de trabalhadores. O desenvolvimento de planos de ação que deem consequências ao processo de avaliação e proposição da força de trabalho precisa ser parte do planejamento e dimensionamento.

Identificar os investimentos e recursos que são necessários instrumentaliza os atores para analisar e produzir exequibilidade do dimensionamento proposto, uma vez que os recursos que tornem possível a sua operacionalização são explicitados. Assim, além de definir as horas de trabalho, é necessário identificar os investimentos, os recursos e ações, por serviço e setor, que são ou podem vir a ser necessários para que efetivamente essas sejam implementadas. Trata-se de reconhecer que não basta atribuir uma demanda de força de trabalho para que esta seja disponibilizada.

Dentre os recursos que precisam ser identificados destaca-se: os financeiros, os jurídicos e legais, as capacidades de gestão do trabalho e de educação e a provisão de força de trabalho no território. Ou seja, planejar e dimensionar a força de trabalho não é apenas construir as dimensões ideais de demandas de força de trabalho, mas, também, desenhar as possibilidades concretas de que estas sejam viabilizadas em cada realidade.

O resultado do processo de dimensionamento aponta para várias questões que não apenas insuficiência, suficiência e excesso de força de trabalho e que cabe o desenvolvimento de planos de ação. Destaca-se: mudanças nos processos, fluxos, capacidades instaladas e condições de trabalho; reconfiguração do trabalho em equipe e das práticas dos trabalhadores; educação permanente e novas tessituras para as competências e habilidades dos trabalhadores; redistribuição e remanejamento de trabalhadores; repactuação da capacidade operacional, de forma a atender as reais necessidades em saúde e os pactos de atenção da rede local/regional em que o serviço está situado.

Avaliar e monitorar os resultados, tanto do dimensionamento quanto dos processos de trabalho, do contexto do serviço na rede de atenção e das condições de trabalho no seu interior, é acompanhar as viabilidades e pertinências dos investimentos e planos de ação que viabilizem a provisão de força de trabalho e que remetam a (re)discussão do escopo do serviço. Considerar a centralidade no usuário e nas suas necessidades é o foco do planejamento, dimensionamento e da avaliação da sua implementação.

Considerações finais

É preciso considerar que a construção do planejamento e dimensionamento da força de trabalho acontece no cotidiano e é uma ação que envolve intensivamente trabalho vivo em ato. Tradicionalmente, acontecem em contextos com distintas modelagens tecnoassistenciais que orientam gestores, trabalhadores, corporações e usuários, muitas vezes influenciados pela modelagem biomédica e tradicional, centrada nas especialidades, nos hospitais e nos procedimentos. São reproduzidas por processos de gestão e estruturas organizacionais hierárquicos, departamentalizados por profissões, gerencialistas e prescritivos. Dessa forma, têm baixa capacidade de mudar os processos de trabalho e a gestão institucional sobre eles.

No cotidiano, os gestores, trabalhadores e usuários se deparam com limites financeiros, burocráticos, dos tempos de governo, dos compromissos éticos e políticos com as demais instâncias e atores, com a necessidade de dar respostas rápidas aos “incêndios” que surgem no cotidiano das instituições e que são gerados na relação com atores que contam com mais recursos de poder e persuasão (gestores de hierarquias superiores, judiciário, corporações, mídia, movimentos sociais, etc).

Em contraposição, nas equipes de trabalho verificam-se: a) variedades de desejos; b) diferentes implicações e comprometimento com a organização e com o trabalho em equipe; c) diversidade de competências e habilidades; d) divergentes concepções sobre o trabalho e sua organização; e) perspectivas discordantes sobre as relações de poder e saber na organização. Essas diferenças são geradoras de conflitos no cotidiano dos serviços e estarão presentes na produção, implementação e avaliação do planejamento e dimensionamento. Os trabalhadores buscam condições ótimas de trabalho, mas o que é ótimo para alguns não será para outros e, portanto, construir negociações e pactos sempre é necessário.

A atuação das corporações profissionais e suas entidades representativas têm como objetivo explícito, dada por sua tarefa institucional, ampliar e garantir mercado de trabalho para as profissões que representam. Estas buscam reafirmar o espaço de sua profissão, muitas vezes, em disputa com as demais, através de normativas que delimitam atos profissionais e, também, por meio da fixação de parâmetros. Essas ações podem restringir a construção de propostas de organização dos processos de trabalho interprofissionais, baseados em práticas colaborativas, bem como interferem na produção de dimensionamento de força de trabalho adaptados às realidades dos territórios, as potencialidades locais de construção de redes cuidadoras, às necessidades de saúde e de cuidado dos usuários.

Sobretudo, o que mais impacta a construção do dimensionamento, indicadores e parâmetros da força de trabalho e a sua implementação é a ausência dos usuários e suas representações nos processos de diálogos, negociações e na construção dos pactos, reproduzindo, portanto, a sua invisibilidade e a impossibilidade de expressarem suas ideias e interesses.

O dimensionamento de força de trabalho é tanto uma resposta a ser alcançada quanto um dispositivo de reflexão e intervenção nas políticas e práticas de gestão do trabalho e da educação, nos processos e condições de trabalho das equipes, nas competências e habilidades requeridas e existentes dos trabalhadores, na organização das ações e serviços e no (re)ordenamento das redes de atenção, gestão, educação e participação nos territórios. Especificamente no que diz respeito à gestão dos serviços é uma ferramenta potente para a (re)construção e (re)pactuação dos escopos de serviços, processos de trabalho, práticas dos trabalhadores e da produção de cuidado pretendida em cada local. No que tange à gestão do trabalho, é um dispositivo que tem a potencialidade de produzir propostas de reposição, realocação, gestão de contratos e vínculos de força de trabalho, de educação permanente, de avaliação de desenvolvimento dos serviços e dos trabalhadores e de estratégias que abordem a saúde dos trabalhadores.

A construção dos processos de dimensionamento de força de trabalho é potente na medida em que oportuniza encontros, relações, negociações, informações, conhecimentos e tecnologias que poderão mobilizar os pensamentos, os sonhos, os desejos dos atores para implicar-se com a (re)organização das redes de atenção, das instituições, dos processos de trabalho e das alternativas de provisão da força de trabalho. São construções e acordos provisórios, uma vez que a realidade dos territórios (das necessidades de saúde dos usuários, dos serviços, dos trabalhadores, da produção de conhecimento e das respostas de cuidado) é distinta nos espaços e tempos. Serão tanto melhores os resultados de um dimensionamento de força de trabalho quanto mais forem reconhecidos como legítimos pela maior parte dos atores, gestores, trabalhadores e usuários, quando efetivamente se constituam em projetos exequíveis e, principalmente, quando respondam às necessidades de cuidado dos usuários, à construção da integralidade, equidade e universalidade do SUS.

A metodologia apresentada no artigo, desenvolvida ao longo dos últimos dez anos, procura associar ao dimensionamento e planejamento da força de trabalho, variáveis relacionadas às modelagens tecnoassistenciais e processos de participação intensa dos diferentes atores. Sobretudo, a expansão da capacidade institucional de gestão do trabalho, com pactos fortes entre os atores.

Essa experiência foi sistematizada e compartilhada aqui com a expectativa que possa gerar diálogos e tornar-se, ao tempo em que vai constituindo a caixa de tecnologias do gestor, também trabalho vivo renovado e, intensivamente, tecnologias leves. A concretização dessa expectativa, entretanto, somente será possível pela leitura e debate, que queremos prosseguir.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **2º levantamento da Organização, Estrutura e Ações da área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015. 180 p. (CONASS Documenta, 29). Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_29.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 20 jul. 2020.

CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n.98, p. 372-387, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro:UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p.197-210.

FERLA, Alcindo Antônio. **A clínica em movimento**: cartografias do cuidado. Caxias do Sul: EDUCS, 2006.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *In*: MERHY, Emerson Elias et al. (orgs). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004

LUZ, Madel T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde soc. [online]**. 2009, v.18, n.2, p.304-311. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

LUZ, Madel T. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **Physis**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.39-57, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v15n1/v15n1a03.pdf>. Acesso em 24/05/2020. Acesso em: 22 de jul. 2020.

MACHADO, Claudia Regina; DAL POZ, Mario Roberto. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 239-254, 2015.

MALIK, Ana Maria; CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda. Dimensionamento de Recursos Humanos em Saúde ou a Vida como Ela É. **Cadernos Gv projetos**, v. 4, p. 21-26, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2020.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34a ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

RAMOS, Livia Bandeira; POSSA, Lisiane Boer. Dimensionamento da força de trabalho no sus: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 43-52, 2016.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. Pro-posições, **Campinas**, v. 11, n. 2, p. 34-50, 2000.

SILVA, Claudia Osorio da; RAMMINGER, Tatiana. O trabalho como operador de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4751-4758, 2014.

TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos?. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.



CAPÍTULO 4

PIONEIRISMO E INOVAÇÃO PARA O PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE A PARTIR DO OLHAR SOBRE O TERRITÓRIO

Luiza Maria Plentz
Cristiane Scolari Gosch
Erotildes Antunes Xavier
Mirelly Khristiane de Azevedo Baldon
Jaquellynne Aires Costa
Dathielly Rocha de Souza
Katielly Lopes Dias
Aracy Siqueira de Oliveira Nunes
Joselma Patrícia Dias Silva
Jailton Araújo Lira
Juliano Araujo Garcez

Introdução

A literatura especializada sobre a área de dimensionamento da força de trabalho em saúde aponta variáveis que interferem neste processo de gestão. Podemos exemplificá-las em políticas de gestão de pessoas, condições de trabalho oferecidas, porte dos estabelecimentos, grau de tecnologia incorporada, nível de sofisticação tecnológica dos serviços oferecidos, grau de resolutividade, condições de infraestrutura e grau de inserção em redes assistenciais (PICCHIAI, 2009). Além das variáveis citadas, para a gestão dos serviços de atenção básica e de vigilância sanitária é importante considerar também questões relacionadas a características populacionais e dos territórios compostos pelas redes de serviços a serem dimensionados.

Tanto as diretrizes da Atenção Primária em Saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009), quanto as diretrizes da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010) apontam como principal objeto de trabalho desses componentes do Sistema Único de Saúde (SUS) o cuidado do usuário-sujeito com olhar para seus determinantes sociais, atuando sobre eles através de ações de promoção e prevenção e visando o desenvolvimento nacional e comunitário. De acordo com o Relatório da Organização Mundial da Saúde (2007) sobre os recursos humanos em saúde, é necessária vontade política, bem como da cooperação internacional, para o desenvolvimento e a implantação de planos nacionais direcionados e alinhados com a utilização de conhecimentos na construção e no reforço dos sistemas de saúde que contemplem além de tratamento e prevenção de doenças, promoção de saúde.

Para a área de gestão do trabalho, mais especificamente de planejamento da força de trabalho, a potencialidade de espaços de decisão mais aproximados do território evidencia iniciativas transformadoras de enfrentamento às racionalidades hegemônicas na construção de modelos de dimensionamento, ampliando a ideia do dimensionamento como um dispositivo de trabalho potente para o planejamento democrático em saúde e para compreensão e transformação dos processos produtivos do campo (POSSA; RAMOS, 2016).

Outrossim, verifica-se que gestores e trabalhadores das secretarias estaduais, municipais e dos próprios serviços de saúde, não estão habituados a utilizarem metodologias de dimensionamento para realizar a gestão da força de trabalho. A partir da identificação desses problemas e questões, estabeleceu-se uma “Formação-Intervenção em Metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde” a fim de contribuir para a melhoria e fortalecimento do SUS por meio do oferecimento de um instrumento de gestão do trabalho capaz de auxiliar no planejamento da força de trabalho da Secretaria de Saúde do Estado

do Tocantins (SESAU-TO). Produto da carta acordo entre Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Associação Brasileira da Rede UNIDA e SESAU-TO. A formação, com caráter de qualificação profissional, foi desenvolvida durante os meses de fevereiro a agosto de 2018 e tem gerado importantes debates sobre a temática da gestão do trabalho em saúde (GTS), da educação permanente em saúde (EPS), assim como instrumentalizado os participantes para o planejamento da força de trabalho.

O presente manuscrito pretende relatar sobre a trajetória de um dos grupos de trabalho (GT) da Formação-intervenção composto por representantes da Gestão do Trabalho, da Atenção Básica e da Vigilância Sanitária da SESAU, pela Coordenação de Atenção Básica e Coordenação de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde do município de Brejinho de Nazaré e dos preceptores e apoiadores da formação que compõem a equipe de trabalho da Rede Unida. A proposta pautou-se em construções coletivas dos processos de ensino-aprendizagem, envolvendo no âmbito da prática os conceitos e conteúdo do curso e problematizando questões do cotidiano do trabalho.

A seguir será apresentado um relato sobre as atividades do grupo de trabalho em questão, com um enfoque para a etapa de territorialização do município que participou da formação e que também foi campo de práticas para as discussões.

A construção do projeto

O Tocantins é a mais nova Unidade Federativa do Brasil, criado em 1988 se situa à região norte do país. Com extensão territorial de 277.620,914 Km², possui uma população de 1.383.453 habitantes distribuída em 139 municípios dos quais 53,2% apresentam população inferior a 5.000 habitantes. Os 139 municípios são divididos em 08 regiões de saúde: Bico do Papagaio, Médio Norte Araguaia, Cerrado Tocantins Araguaia, Cantão, Capim Dourado, Amor Perfeito, Ilha do Bananal e Sudeste. Cerca de 80% dos habitantes do estado residem em local de difícil acesso aos serviços de saúde de alta complexidade e nestes casos as Equipes de Atenção Básica são, em sua maioria, o único serviço de saúde disponível, tendo que atender todas as demandas.

Geograficamente situado às margens do Rio Tocantins, Brejinho de Nazaré compõe a região de Saúde amor Perfeito do Estado do Tocantins. Em 2010, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) apresentava uma população de 5.185 habitantes e território de 1.728,9 Km². Atendendo as necessidades de saúde da população o município dispõe de duas unidades básicas de saúde e uma unidade de atendimento 24h, as quais ofertam os serviços de atendimento médico e odontológico bem como atenção aos programas pactuados pelo Ministério da Saúde.

A primeira atividade do GT foi pactuar o escopo do projeto de intervenção da formação em um documento com sua justificativa, descrição do território sobre o qual o projeto foi desenvolvido, a equipe de trabalho implicada e o período de execução. Este documento foi tomado como norteador do processo, porém flexível às proposições de mudanças, conforme a observação das necessidades do grupo. No escopo foram registrados os eixos norteadores sobre a importância do projeto para o município de Brejinho de Nazaré, listados a seguir: qualificar a compreensão sobre o perfil epidemiológico da população; lidar de forma mais otimizada com a rotatividade de profissionais e qualificar os processos de recrutamento (concursos e seleções); proporcionar maior integração das Redes de Saúde do município; buscar embasamento para o debate sobre Plano de Cargos e Carreiras para os trabalhadores; e compreender critérios para classificação dos territórios de abrangência dos serviços de saúde de acordo com a vulnerabilidade social.

Neste texto, tomaremos como foco o processo que foi agregado a metodologia de Planejamento e Dimensionamento da FTS, durante seu período de proposição aos grupos de trabalho, que foi a etapa de Territorialização do município convidado a ser campo de práticas da metodologia proposta. A ideia foi aderida pela equipe após observações sobre o vasto território do estado do Tocantins, com municípios de extensão e portes diversos e foi pensada para dar auxílio na tomada de decisão dos gestores, exercitar o desenvolvimento dessa ferramenta e apoiar o grupo na pactuação de parâmetros para a etapa de dimensionamento da força de trabalho. Contaremos com detalhes sobre este processo e seu embasamento conceitual no tópico a seguir.

Processo de Territorialização

Considerando as atribuições da atenção básica, de mapeamento do território para identificação das necessidades de saúde local, sendo a responsável pela atenção da saúde das famílias, mesmo se estas estiverem sob cuidado em outros pontos da rede de atenção local e considerando o referencial teórico utilizado para a territorialização da vigilância sanitária, o GT da Atenção Básica e Vigilância Sanitária da Formação-Intervenção em Metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde exercitou o uso da estratégia de Territorialização em saúde no município de Brejinho de Nazaré.

Essa etapa do projeto foi pactuada com o grupo diante da observação das características singulares do território de Brejinho de Nazaré, demonstradas a partir das falas e relatos das gestoras. Além disso, foi um processo importante para dar base à discussão sobre os processos de trabalho da atenção básica e da vigilância sanitária considerando que é sobre ele que o trabalho dessas duas áreas está dirigido. Também considerando os princípios do SUS de equidade, integralidade e universalidade.

Localizar significa mostrar o lugar. Quer dizer, além disto, reparar no lugar. Ambas as coisas, mostrar o lugar e reparar no lugar, são os passos preparatórios de uma localização. Mas é muita ousadia que nos conformemos com os passos preparatórios. A localização termina, como corresponde a todo método intelectual, na interrogação que pergunta pela situação do lugar (Heidegger, 1998).

A proposta apresentada ao GT, através de orientações e referenciais bibliográficos, sugeria a realização de uma análise da rede do território definido no escopo do projeto, ou seja, uma análise do funcionamento e da capacidade dos serviços de saúde que compõem a rede assistencial do município, assim como de todos os estabelecimentos de interesse à saúde e demais serviços relacionados à Vigilância Sanitária. Essa análise foi complementada pela discussão sobre território e territorialidade, que auxiliou na composição de um cenário que representasse o espaço definido como campo de práticas da formação e sob o qual vem sendo realizado o planejamento e dimensionamento da força de trabalho.

Esse processo também buscou dar conta de identificar a modelagem tecnoassistencial que orienta o projeto. Pois a partir disso, torna-se possível fazer a gestão dos processos de trabalho que são regidos por uma determinada modelagem identificada.

O processo iniciou com a identificação de algumas características da rede de serviços que integra a atenção básica e a vigilância sanitária do município. Oliveira e Furlan (2008) definem os processos de territorialização como etapa fundamental de “apropriação/conhecimento” do território pelas equipes de trabalhadores na atenção básica, considerando ainda que este espaço é composto por divisões de trabalho anteriores e de novas divisões de trabalho em implantação. As experiências em territorialização têm se detido a formulação de “mapas” compostos pela sobreposição dos chamados perfis: físico/barreiras/circulação, socioeconômico, sanitário (diagnóstico de condições de saúde: distribuição de morbimortalidade, condições de moradia e de saneamento), demográfico, rede social normativa (listas de equipamentos sociais como escolas, creches, serviços de saúde, instituições religiosas, instituições de apoio social, comércios, etc.), perfil das lideranças comunitárias e organizações associativas, culturais, de e para o lazer, etc.

Organizou-se então um documento com informações que pretendem fazer um delineamento do perfil do município. As informações estruturadas foram coletadas junto de trabalhadores que compõem a rede, dos demais gestores das secretarias estadual e municipal e de outros grupos estratégicos. Esta etapa constituiu-se como uma extensão do escopo do projeto, na qual, a partir do conhecimento local, realizou-se uma leitura e um diagnóstico do território.

Território, para diversos autores da saúde coletiva, é espaço da produção da vida, portanto da saúde. Vários estudos de saúde pública têm apresentado também como seu objeto central o território, definido como espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico, sendo coletivamente construído e constituído (SANTOS; PEKELMAN, 2008, p.7).

Segundo Teixeira, Paim e Vilasboas (2000), a territorialização é considerada como um ponto de partida para o desenvolvimento do processo de planejamento e da vigilância da saúde e refere-se ao reconhecimento e esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso a serviços e ações de saúde. Os autores sugerem que essa atividade seja composta por um processo

de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados segundo o mapa básico e os mapas temáticos do município (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2000).

A leitura e identificação do território/lugar, vivo e em constante transformação, pode ser feita de diversas formas, uma delas é através de mapas. O mapa, em nosso caso, não se constituiu em um instrumento obrigatório para essa formação, ainda que possa ser oportunamente utilizado. A proposta buscou promover um projeto de discussão de saúde a partir da realidade local, promovendo a compreensão do território e suas dimensões. O objetivo aqui é “interpretar a saúde para além do modelo biológico, da racionalidade dos números e do critério de verdade da exatidão” conhecendo o “território na sua heterogeneidade, fazendo sínteses e visando uma compreensão reflexiva desse lugar” (SANTOS; PEKELMAN, 2008, p.8).

Ouros autores, apontam elementos para o processo de territorialização. No “mapeamento participativo”, utilizado por Silva e Verbicano (2016), a análise do território utiliza como mediador a elaboração de mapas para identificar necessidades de saúde centradas na comunidade considera a determinação social da doença, intersetorialidade, a percepção de coletivos, a dinamicidade do território. Este mapeamento consiste num processo reflexivo e crítico, que incorpora as dimensões sócio afetivas, simbólicas, culturais, como também as transformações territoriais e do modo de vida, advindas com a reestruturação produtiva e a questão ambiental.

A metodologia citada, resgata aspectos sobre o modo de vida e formas de relacionamento das pessoas com o lugar, dentre outros aspectos singulares, importantíssimos para a realização de ações de abordagem familiar, comunitária e de saúde ambiental. Valorizando, desta forma, a cultura e o vínculo afetivo das pessoas com o território pelo serviço de saúde, para observar e refletir sobre como a equipe saúde da família (ESF) compreende a complexidade territorial e de que maneiras suas práticas assistenciais configuram estratégias.

Convergências e divergências sobre o referencial teórico citado até aqui embasaram a construção e o desenvolvimento do roteiro para o processo de territorialização do município. Antes de avançarmos, é importante registrar o roteiro sugerido ao grupo de trabalho, que foi adaptado de Santos e Pekelman (2008)

Elementos para o processo de territorialização

Mapa do Território:

1. A história da comunidade;
2. A distribuição da população; os tipos de habitação/áreas de risco (exemplo: assentamentos, comunidades quilombolas, perfil das microáreas das ESF);
3. Principais ruas/vias de acesso; tipo de pavimentação, descrever dificuldades de acesso;
4. Abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo;
5. Instituições públicas, estabelecimentos de interesse à saúde;
6. Outros aspectos considerados relevantes pelo grupo de trabalho;

A descrição inicial pode ser auxiliada por fotografias, vídeos, o que facilita a apresentação.

Demografia - Analisar dados sobre:

1. Número de habitantes e a distribuição por idade e gênero;
2. A natalidade, a mortalidade;
3. As migrações;
4. Outros aspectos relevantes;

Situação socioeconômica:

1. As principais atividades da comunidade e os recursos locais;
2. A organização familiar, renda;
3. A existência de associações, grupos culturais, políticos, religiosos, entre outros;
4. O nível de escolaridade e alfabetização;
5. Outros aspectos relevantes.

Saúde:

1. Indicadores de saúde;
2. Mortalidade por causas;
3. Trabalho com territórios de risco e sua epidemiologia na unidade de saúde;
4. Participação social;
5. A relação com a violência (as delimitações de território, tráfico de drogas, violência doméstica);
6. Recursos comunitários (agentes de saúde, benzedeiros, chás, recursos religiosos (benzedeiros, umbanda, igrejas evangélicas, entre outras);
7. Outros aspectos relevantes.

Dessa forma foi possível compreender para quem são ofertados e em qual cenário se inserem os serviços dimensionados. Resultados desse processo e construções que ocorreram a partir dele serão relatados na próxima seção.

Considerações sobre o processo e caminhos para a construção de uma metodologia inovadora

De acordo com as trabalhadoras da gestão do município de Brejinho de Nazaré que participaram do processo da Formação-Intervenção, as principais contribuições da Territorialização para o município foram: traçar os perfis dos territórios de cada uma das duas Unidades Básicas de Saúde, demonstrar para os trabalhadores as diferenças entre os territórios das unidades dando visibilidade a elas, compreender as diversas complexidades dos serviços da atenção básica, analisar com maior qualidade os relatórios de produção das unidades e mapear possibilidades de espaços de integração entre atenção básica e vigilância sanitária.

A construção do perfil do território, foi desenvolvida a partir do olhar sobre as comunidades e grupos sociais que o compõem. As principais diferenças entre a composição do território das micro áreas estão relacionadas a condições de moradia, idade e cultura. De acordo com o Censo (2010) os moradores residem em sua maior parte em área urbana (4195) e (993) em área rural. Percebeu-se também, um contraste entre as micro áreas das duas unidades básicas que compõem a rede, uma vez que uma delas possui ruas asfaltadas, energia elétrica, rede pública de abastecimento de água e, enquanto outra situada nos bairros Aeroporto, Januário Dias, Novo Horizonte encontram-se com uma infraestrutura de serviços públicos e benfeitorias sociais mais precárias. Outra informação importante é que o município conta com 146 famílias que residem em comunidades quilombolas (Malhadinha, Córrego fundo, Curralinho e Manoel João) totalizando 806 pessoas.

Em relação a indicadores de natalidade e morbimortalidade, o município apresentou nos anos de 2012 e 2017 um número de nascidos vivos de 87 e 78, respectivamente, apresentando pequenas variações no período avaliado. As principais causas de óbitos gerais que ocorrem no município são, em primeiro lugar, por doenças do aparelho circulatório, seguidas por causas externas e em terceiro por neoplasias.

A SMS de Brejinho de Nazaré faz o monitoramento de alguns indicadores pactuados instrumentos de gestão, como o Plano Municipal de Saúde. Entre eles está o indicador de cobertura populacional por serviços de atenção básica, que reflete a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locorregionais de saúde e eixo estruturante de programas e projetos, além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde. No ano de 2017 o município alcançou uma cobertura de Atenção Básica de 100%.

A territorialização também contribuiu para a definição do grau de vulnerabilidade social do município, que é utilizado para a escolha do parâmetro de cálculo das horas de trabalhadores necessárias para atender à população e suas necessidades. Estas escolhas se justificam a partir da reflexão de que populações mais vulneráveis necessitam um acompanhamento mais integral e maiores desdobramentos das equipes de saúde, principalmente da atenção básica. Esta reflexão também é importante para a vigilância em saúde, que deverá estar atenta às condições sanitárias dos territórios, em especial os com maior grau de vulnerabilidade, assim como deverá investir em intervenções articuladas com outras áreas (educação, planejamento urbano etc.).

Durante o levantamento de dados necessários para dar conta do roteiro proposto, foram identificadas algumas dificuldades, que devem pautar o planejamento da SMS junto das equipes de saúde do município. Dentre os desafios está a reiteração da importância da alimentação dos sistemas de informação, planejamento do trabalho das equipes, da sistematização de ferramentas de gestão do trabalho frente a questões como escala de profissionais, absenteísmo e organização das férias dos trabalhadores. Tais questões também são importantes de estarem evidentes para a gestão da SES que irá apoiar outros municípios em processos de gestão similares a este, de acordo com suas responsabilidades enquanto nível central.

O grupo também ressaltou a importância da territorialização ser base da etapa de dimensionamento pois prepara a equipe para o que se pode esperar dos serviços em questão, tendo em vista que a partir da constituição de um cenário é possível identificar inconsistências dos cálculos de dimensionamento e reatuar variações dos parâmetros utilizados para estes cálculos. Apontou-se a importância de dar significado aos números calculados, na perspectiva de reconhecê-los enquanto identidade do cotidiano local. Dessa forma criaram-se condições para obter informação condizentes com a realidade, de elaborar justificativas para as tomadas de decisão e para negociar escolhas e argumentos estruturados pelo grupo de trabalho.

Discussões realizadas na etapa de avaliação da formação-intervenção, destacaram a importância da participação dos gestores da SES e da SMS, tanto no processo de territorialização quanto da estruturação das propostas de gestão da força de trabalho, para que os dados do dimensionamento não criem estranhamentos e sim significados para compor a organização tanto dos níveis de gestão quanto dos níveis assistenciais de forma concreta e coerente.

De acordo com relatos de gestores da SESAU-TO, o município participante contribuiu com o processo, a partir da rede de serviços existente no território. Junto ao processo de Territorialização, exercitou-se a proposta metodológica do projeto, construindo propostas de intervenção envolvendo o planejamento e dimensionamento da força de trabalho da atenção básica e da vigilância sanitária da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de dar suporte à gestão municipal e proporcionar a compreensão do processo para a SES que poderá utilizar-se das habilidades desenvolvidas no processo de aprendizado para propor a metodologia no território estadual. Além desses objetivos, também destacamos a interlocução desse grupo de trabalho, com o trabalho desenvolvido por outro grupo, que ocorreu concomitantemente e que envolveu os serviços de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis da SESAU-TO.

Considerações finais

Podemos considerar que a formação-intervenção tem potencial transformador e caráter pioneiro porque, além de contribuir com a qualificação dos processos de gestão do SUS, propõe formas que podemos considerar inovadoras e eficazes de educação em saúde. Isso acontece, pelo fato de a experiência aqui relatada ter colocado o dimensionamento da força de trabalho no cotidiano do trabalho dos serviços dos estados participantes, aproximando o debate da realidade do território em que a rede de atenção de estrutura, propiciando negociações entre atores concretos, formulando e tornando visíveis os parâmetros e os compromissos para o trabalho.

Esta iniciativa cria formas reais de intervenções na realidade do SUS, pois os atores instigados a pensar cada etapa do dimensionamento de uma forma mais crítica são os próprios trabalhadores e gestores implicados com os serviços dimensionados. Desta forma, a capacidade dos temas constituírem a agenda da gestão dos territórios participantes é potencializada. Ressalta-se também que durante o processo desenvolvido, as diretrizes da proposta vêm sendo aprimoradas, contemplando as políticas públicas envolvidas com as redes de atenção e as especificidades dos diferentes serviços (porte, ofertas, perfis, modelagens de cuidado e gestão etc.). Além disso, os órgãos parceiros puderam qualificar de forma permanente seus instrumentos de gestão (atualizando bases de dados, realizando ou atualizando o mapeamento da rede assistencial, pactuando indicadores e parâmetros etc.).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos da vida, em defesa do SUS e de gestão. 76 p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998. Vol. I e II. (1ª ed. em alemão 1927)

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

OLIVEIRA, G.N; FURLAN, P.G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: CAMPOS, G.W. Guerrero A.V.P. Org. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Trabalhando juntos pela saúde: relatório mundial da saúde 2006. 210 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PICCHIAI, D. Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais. Fundação Getulio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2009. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/3045>

RAMOS, L., & POSSA, L. B. Dimensionamento da Força de Trabalho no SUS: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em saúde. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 2, n.1, p. 43-52, 2016. Disponível em http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/653/pdf_10.

SANTOS, A. A.; PEKELMAN, R. A escola, o território e o lugar - A promoção de espaços de saúde. **OKARA: Geografia em debate**, v.1, n.2, p. 3-11, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/okara/article/view/1508/2699>

SILVA, C. N.; VERBICARO, C. O mapeamento participativo como metodologia de análise do território. In: **Revista Scientia Plena**, Aracaju (SE), v. 12, n. 6, p. 1-12, 2016.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 49-60, 2000.



CAPÍTULO 5

INFORMATIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: CONSTRUÇÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DO TRABALHO DA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DA BAHIA

Aline Maciel São Paulo Paixão
Angélica Araújo de Menezes
Bruno Guimarães de Almeida
Cíntia Santos Conceição
Elaci Miranda Barbosa
Luciano de Paula Moura
Suzana Costa Carvalho Neri
Talita Castro Garcia Matteoni

Introdução

Um sistema de informação é um conjunto de componentes inter-relacionados trabalhando juntos para coletar, recuperar, processar, armazenar e distribuir informações com a finalidade de facilitar o planejamento, o controle, a coordenação, a análise e o processo decisório em instituições, sejam elas públicas ou privadas (LAUDON; LAUDON, 2001). E, dessa forma, fornecer condições para que os gestores organizacionais enfrentem mudanças macroeconômicas e se sintam embasados para tomada de decisão, a fim de garantir a resolução de problemas institucionais.

A gestão em saúde é um conjunto de medidas adotadas para planejar, organizar, fazer funcionar e avaliar o grande número de elementos inter-relacionados do sistema de saúde (LUCHESE, 2004). Reflete, ainda, a incorporação do enfoque gerencial no âmbito da administração de sistemas de saúde, especificando-se, em geral, as funções de condução política (tomada de decisões e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento, avaliação de programas, serviços, atividades e gestão de recursos humanos na saúde (TEIXEIRA, 2010). Neste sentido, vale destacar que o fazer da gestão em saúde demanda ações de gestão do trabalho.

De maneira mais ampliada, a gestão do trabalho pode ser compreendida a partir do modelo conceitual que considera aspectos relacionados à educação na saúde, formação, processos, regulação, relações, condições, planejamento e avaliação da força de trabalho. (PIERANTONI et. al, 2008). Assim, ao tratar das relações e condições de trabalho, a concepção da gestão do trabalho, inclui a participação do trabalhador no processo de mudanças de suas práticas, contribuindo para a humanização da atenção à saúde (BRASIL, 2011). Este entendimento dialoga com o trabalho em saúde, cuja produção realiza-se por meio do trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. O debate em torno do processo de trabalho em saúde é extremamente importante devido a sua potência transformadora, isso porque, ao compreender o trabalho em saúde como “um trabalho vivo em ato”, subentende que a atmosfera micropolítica produzida no encontro entre trabalhador, instrumentos e usuários nos permite questionar, refletir e produzir sentidos e intencionalidades no fazer e gerir processos produtivos do cuidado (MERHY; FRANCO, 2008; CECCIM,2005).

Diante da complexidade do trabalho em saúde e das demandas constantes de solicitação de profissionais pela gestão dos serviços, a discussão da força de trabalho ganha relevância. Um dos obstáculos para efetividade dos serviços de saúde é a formação para o desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais para atuarem de maneira multiprofissional e interdisciplinar, visto que o trabalho em saúde é coletivo, e *sustenta-se* na integralidade da atenção.

Além disso, o investimento nos processos de educação permanente não apenas em espaços formais, mas também no cotidiano do trabalho em saúde, repercute positivamente nas práticas de saúde, visto que o número adequado de profissionais não se resume apenas a uma questão quantitativa, mas ao número suficiente de pessoas com capacidade de respostas, habilidades e compromissos adequados.

Essas discussões sobre o trabalho em saúde reforçam a importância de se aprimorar a discussão sobre o Planejamento da Força de Trabalho (PFT), que se refere ao processo de reflexão, orientado e dirigido para ação, com o objetivo de auxiliar a definição de estratégias frente alguns problemas como: a superação da sobrecarga de trabalho, o déficit de pessoal, o não cumprimento de carga horária, o absenteísmo, a inadequação da capacidade instalada, os desvios de função, a não sistematização e organização dos processos de trabalho, a insuficiência de parâmetros e a multiplicidade de vínculos (ROVERE, 1993).

Assim, o PFT exige a implementação de políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação que se encontrem no eixo central das possibilidades de geração de novos processos, produtos e de mudanças nos modelos institucionais de gestão (OPAS, 2006). Desta forma, conhecer os fenômenos que se apresentam leva a uma melhor tomada de decisão, além de contribuir na criação, ratificação ou modificações na política de gestão do trabalho de uma organização.

Ao utilizar os processos de identificação e análise quantitativa e qualitativa da força de trabalho necessária para o cumprimento dos objetivos institucionais, o dimensionamento constitui-se como uma das etapas do PFT (COELHO; MAEDA, 2006). Sendo, portanto, considerado como um processo de construção de uma ação governamental para um setor que envolve recursos, atores locais, ideais e negociação, ora como uma forma de intervenção do Estado sobre a organização social das práticas de saúde, problemas e necessidades ou como uma alternativa inicial ao provimento do quadro de pessoal de uma instituição (SCHRAIBER, et al 1999).

A necessidade de implementação de ações do PFT, incluindo o dimensionamento, tem feito parte da agenda política e estratégica da gestão do trabalho ao ser incorporado na agenda do Ministério da Saúde, quebrando a lógica fragmentada dos órgãos e conselhos profissionais, a partir 2003, quando institucionalizou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Com efeito, a construção de ferramentas institucionais que viabilizem a implementação da política de gestão do trabalho passou a assumir um papel central nas ações dos gestores do SUS envolvidos com a pauta. Assim, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) direcionou esforços para a construção do Sistema Integrado de Gestão do Trabalho na Saúde (SIGTS) tendo como base a experiência desenvolvida pela secretaria a partir da elaboração de parâmetros para o dimensionamento da força de trabalho nas unidades assistenciais sob sua gestão. O presente relato de experiência tem o objetivo de descrever o processo de construção do módulo de Dimensionamento da Força de Trabalho (DFT), que integra o SIGTS.

O nascimento do Sistema Integrado de Gestão do Trabalho na Saúde

A SESAB, em 2012, formulou a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES), que representou um significativo avanço para as ações de gestão do trabalho e educação na saúde no estado. Dentre as propostas para implementação da PEGTES, destaca-se o desenvolvimento de um sistema de informação de gestão do trabalho (PEGTES, 2012).

No intuito de atender à demanda de implementação e fortalecimento da PEGTES, a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), passou a empenhar-se para a construção e implantação de um sistema de informação capaz de agregar os objetos da gestão do trabalho, visto que na SESAB, a pulverização das informações acerca da força de trabalho associada à ausência de um sistema de informação que agregue a multiplicidade de vínculos e cargas horárias de contratação constituíssem uma barreira que dificulta a efetividade das ações na área.

Nessa perspectiva, nasce o SIGTS, composto por três módulos: Dimensionamento da Força de Trabalho, Programa de Avaliação de Desempenho e Saúde do Trabalhador.

O módulo Dimensionamento da Força de Trabalho no SIGTS atua como uma ferramenta que se propõe a operacionalizar o dimensionamento fundamentado nos processos de trabalho desenvolvidos nas unidades da SESAB considerando o perfil da força de trabalho, os dados de produção, a capacidade instalada, a rede de atenção à saúde do território e o índice de segurança técnico¹.

Assim, no seu desenvolvimento, especificamente, o Módulo DFT tem como objetivo geral subsidiar o planejamento da força de trabalho da secretaria no intuito de apoiar a tomada de decisão e qualificar a execução de ações de saúde, reverberando por fim, na eficiência dos serviços de saúde destinados à população.

Além disso, o módulo DFT tem os seguintes objetivos específicos:

- Dimensionar a força de trabalho do Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde de todas as unidades assistenciais da rede própria da SESAB, sob gestão direta e indireta, através da apresentação do déficit ou superávit da força de trabalho, conforme unidade/setor/categoria e carga horária contratual;
- Uniformizar os dados relacionados a força de trabalho;
- Conhecer a capacidade instalada, a produtividade e os indicadores institucionais das unidades;
- Definir os indicadores de dimensionamento da força de trabalho;
- Auxiliar no provimento, lotação e movimentação dos trabalhadores;
- Proporcionar confiabilidade e celeridade ao processo de dimensionamento da força de trabalho;
- Conhecer as redes de atenção à saúde do território de cada unidade de saúde da SESAB.

Estratégias metodológicas

A concepção do Sistema Integrado de Gestão do Trabalho na Saúde (SIGTS) – Módulo DFT

A concepção do SIGTS utilizou a metodologia ágil e baseou-se nas experiências de dimensionamento desenvolvidas pela equipe técnica da SESAB, desde 2008, que utilizava método de dimensionamento desenvolvido pela própria secretaria, instrumentos de coleta em documento de texto e planilhas de Excel para realização de cálculos e análises do dimensionamento.

A opção pela metodologia ágil, adotada pela equipe de desenvolvimento do SIGTS, na construção de sistemas justifica-se pelo fato de que os métodos ágeis, como o próprio nome revela, envolvem um conjunto de técnicas que servem para acelerar o ritmo dos processos de desenvolvimento de um software. Desta forma, se contrapõem aos modelos tradicionais, considerados lentos e burocráticos, posto que esse tipo de metodologia reduz o tempo de construção do sistema em semanas ou meses (PROJECT BUILDER, 2017).

Baseia-se, portanto, nas boas práticas do *Scrum*², que emprega uma abordagem interativa entre desenvolvedor e solicitante para aperfeiçoar a previsibilidade e o controle de riscos, a partir da entrega contínua de partes do produto, todas completamente funcionais. Ou seja, cada parte do sistema pode ser utilizada imediatamente após a sua entrega, minimizando erros de execução ao final do projeto, uma vez que os testes são realizados ainda durante o processo de confecção do sistema. Assim, este método permite a evolução do software com base em funcionalidades que agregam valor ao negócio durante a realização das *sprints*³ (SCHWABER; SUTHERLAND, 2017; PROJECT BUILDER, 2017).

¹ O índice de segurança técnico é um valor utilizado ao final do cálculo de dimensionamento para corrigir as lacunas provenientes das ausências regulamentadas ou não dos trabalhadores, como férias, feriados, faltas, folgas e licenças.

² Scrum é um framework dentro do qual se pode empregar vários processos ou técnicas para gerenciar o desenvolvimento de produtos complexos (PROJECT BUILDER, 2017).

³ Sprint é uma reunião formada pelos envolvidos no projeto, em que se estabelece o conjunto de atividades a serem executadas em determinado período de tempo (PROJECT BUILDER, 2017).

Desse modo, cada funcionalidade se torna uma *Sprint*, que permite uma revisão do sistema quando são identificados itens a serem melhorados (SCHWABER e SUTHERLAND, 2017). Para a construção do SIGTS cada sprint durou 5 dias úteis. O que permitiu que a cada semana de desenvolvimento do sistema a solicitante (SESAB) recebesse uma nova funcionalidade, podendo assim, rever e adicionar melhorias ao seu produto, neste caso o Módulo DFT.

Atores envolvidos na construção do SIGTS – Módulo DFT

A construção do SIGTS contou com a participação de técnicos e gestores da DGTES, da Diretoria de Modernização Administrativa (DMA) e da Companhia de Processamento de Dados da Bahia (PRODEB). Cada ator envolvido desempenhou um papel específico na elaboração desta ferramenta.

À DGTES, enquanto representante da SESAB, coube a ideação do projeto e o fornecimento de informações e dados técnicos sobre o dimensionamento para constituição do sistema. Sendo assim, esteve presente em todas as etapas da experiência (desenvolvimento do SIGTS).

A DMA, também representante da SESAB, participou para viabilizar à PRODEB a “tradução” das necessidades da DGTES, em uma ferramenta tecnológica capaz de responder às demandas da gestão do trabalho na SESAB.

A PRODEB, parceira institucional da SESAB, foi a responsável técnica pelo desenvolvimento do SIGTS, por meio de sua equipe de tecnologia da informação (TI), que teve papel fundamental apresentando soluções capazes de automatizar os processos do dimensionamento, através da utilização da metodologia ágil.

O processo de construção do SIGTS – Módulo DFT

A fase de execução da proposta seguiu um cronograma estabelecido, compreendendo o cenário da gestão e as oportunidades de construção do sistema. Assim, em setembro de 2017 foi assinado pela DGTES, DMA e PRODEB o termo de abertura do Projeto para o Módulo de DFT do SIGTS e foram iniciados os encontros semanais para construção de cada funcionalidade do sistema (*sprint*), que ocorreram de forma sistemática.

Para operacionalização das *sprints* e, conseqüentemente, das entregas pela equipe de desenvolvimento do SIGTS (equipe de técnicos de informação da PRODEB), o processo seguiu três etapas: reunião de planejamento (também chamadas de reuniões de alinhamento), *sprint* e, posteriormente, homologação assistida⁴.

Nas reuniões de alinhamento, a DGTES apresentava à PRODEB o instrumento utilizado para o dimensionamento em formato de planilha de *Excel* e realizava explanação verbal do material e necessidades, que subsidiavam a construção de cada funcionalidade do sistema, por parte da equipe de desenvolvimento.

Na segunda etapa, momento de apresentação da *sprint*, a equipe de técnicos da PRODEB exibia a funcionalidade elaborada na semana, que poderia ser validada, não validada ou validada com ressalvas pela DGTES. Em caso de validação com ressalvas, pactuava-se, entre as equipes, um prazo para resolução da situação-problema encontrada.

Posteriormente foram realizadas as homologações assistidas. Esta etapa consistia no manuseio do SIGTS pela equipe de técnicos da DGTES, com o auxílio de representante da PRODEB, em um ambiente de teste, a fim de verificar a efetividade das funcionalidades do sistema e observar se o mesmo estava apto para ser implementado nas unidades. Foram realizadas um total de 40 reuniões de alinhamento, 23 reuniões para apresentação de *sprints* e 5 reuniões de homologação assistida.

⁴ Homologação assistida é o momento em que o cliente (SESAB) realiza teste para aprovação ou não das funcionalidades apresentada no *sprint*. Destaca-se, que a equipe de desenvolvimento sempre está presente para auxiliar o teste das funcionalidades.

O sistema e seus componentes

O módulo DFT, possui três componentes: **instrumento de coleta de dados, cálculo de dimensionamento e diagnóstico da força de trabalho.**

• Instrumento de Coleta de Dados do SIGTS – Módulo DFT

O primeiro componente corresponde ao **instrumento de coleta de dados**, o qual inclui: a capacidade instalada (número de leitos, número de salas cirúrgicas, número de aparelhos de imagem, etc.), a produtividade (número de partos, número de cirurgias por porte, número de atendimentos ambulatoriais etc.), a força de trabalho (quantitativo de trabalhadores ativos com e sem readaptação funcional, afastado, em licenças médicas prolongadas, em processo de aposentadoria funcional, além do custo de contratação de trabalhador, todas analisadas por carga horária, categoria profissional e especialidade) e redes de atenção à saúde e regionalização (visualização da unidade de saúde dentro das redes de atenção do seu território).

• Cálculo de Dimensionamento do SIGTS – Módulo DFT

O segundo componente do sistema, corresponde ao desenvolvimento do módulo de parâmetros para o dimensionamento, o que inclui as fórmulas de cálculo, considerando as variáveis previamente definidas, como número de leitos, dias e horários de funcionamento dos setores e jornada semanal de trabalho. A construção dos parâmetros utilizados no SIGTS incluiu a revisão sistemática de estudos e legislações, realização de oficinas com as categorias profissionais e representantes dos conselhos de classe, bem como visitas técnicas aos serviços das unidades, no intuito de aproximação das realidades e especificidades.

Para a realização do dimensionamento, o sistema permite escolher a forma de cálculo desejada (capacidade instalada, sítio funcional ou hora assistencial) e as categorias profissionais que comporão cada setor produtivo da unidade. Outra funcionalidade importante é a possibilidade de extrair, automaticamente, as informações que alimentarão o instrumento de coleta de dados, de outros sistemas informatizados disponíveis, a exemplo do Sistema de Informação de Recursos Humanos da SESAB (SIRH/SESAB) e do Sistema de Censo e Indicadores Hospitalares da Bahia (CIHBA).

• Diagnóstico da Força de Trabalho do SIGTS – Módulo DFT

O último componente, considerado com o responsável por possibilitar a sistematização dos dados, é utilizado para comparar o quantitativo necessário de trabalhadores (utilizando o índice de segurança técnica) com o número existente na unidade. Essa comparação ocorre após a conversão das múltiplas cargas horárias para a jornada de trabalho padrão de contratação da SESAB, permitindo também a utilização de outras que se julguem necessárias, considerando ainda na análise, determinadas situações especiais de trabalhadores em processo de aposentadoria, readaptação funcional e licença médica prolongada. A partir daí será possível o diagnóstico da força de trabalho por meio da identificação de existência ou não de déficit ou superávit. Em ambos os casos será realizado estudo do impacto orçamentário e financeiro da condição apresentada. Todas as informações poderão ser visualizadas e impressas em formato de relatório, que pode extraído por unidade, setor de trabalho, categoria profissional e tipo de vínculo.

Estratégias para implantação do SIGTS – Módulo DFT

O estudo do dimensionamento, sem a presença de um sistema de informação, se configura como uma “fotografia” da situação momentânea do quadro de trabalhadores das unidades, contudo os cenários são mutáveis e a presença de um sistema permite visualizar essa dinamicidade, o que representa um significativo avanço na operacionalização e no acompanhamento das ações de planejamento da força de trabalho na rede SESAB.

Por outro lado, vale ressaltar que a disponibilização dessa ferramenta na SESAB gera um aumento da complexidade na operacionalização do dimensionamento, visto que para o funcionamento pleno do sistema, é necessário que um conjunto de atores, o que inclui pessoas da gestão central e também de todas as unidades da rede própria da SESAB, cumpram com seus papéis no processo de produção da informação para a realização do dimensionamento via SIGTS. O que significa mudança na cultura institucional no âmbito da produção e uso da informação.

O êxito para a implantação de um sistema informatizado, requer o comprometimento de todos os atores envolvidos, pois um dos grandes desafios observados na prática para o funcionamento dos sistemas de informação é a aceitação dos mesmos por parte dos trabalhadores. Essa resistência se dá por diferentes motivos como: a falta de informação, quanto ao verdadeiro objetivo dos sistemas de informação, ausência de qualificação adequada, para a equipe de saúde, falta de motivação etc. (PEREIRA, 2012; BENITO, 2009). Nesse sentido, está prevista a realização de curso para qualificar os trabalhadores das unidades no manuseio do SIGTS – módulo DFT, no intuito de habilitá-los para alimentar o sistema com os dados sobre capacidade instalada, produtividade e força de trabalho.

Também está prevista como estratégia de implantação do sistema a elaboração de um “Manual de Implantação e Funcionamento do SIGTS”, que deverá abranger o conteúdo de todos os módulos do sistema e os respectivos instrutivos para utilização e manuseio do sistema, com o objetivo de instrumentalizar os usuários.

Outra importante estratégia é a utilização das referências dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES)⁵ como articuladores do SIGTS, o que pode potencializar a utilização do Módulo DFT, visto que assegura a participação dos trabalhadores que lidam com essa pauta, oportunizando a desconcentração das ações da PEGTES para as unidades da rede SESAB.

Considerações finais

O SIGTS é um produto tecnológico e apresenta-se como uma ferramenta promissora, que oferece apoio técnico à gestão para o planejamento da força de trabalho em saúde, incluindo o cálculo do custo referente ao quantitativo de recursos humanos, por categoria profissional, de acordo com a carga horária e tipo de contrato.

A operacionalização do SIGTS permite a realização do dimensionamento da força de trabalho pertencente aos diversos tipos de serviços de saúde que compõem a rede SESAB, como hospitais gerais, especializados e maternidades. Essa possibilidade de dimensionar diversas tipologias de unidades é uma vantagem do produto tecnológico apresentado (SIGTS), uma vez que considera as especificidades de cada serviço e permite conhecer as realidades e necessidades do perfil de cada unidade.

Destaca-se ainda, que o sistema de informação construído permite realizar o dimensionamento de todas as categorias profissionais do Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde da SESAB (BAHIA, 1990), assim o SIGTS considera a equipe multiprofissional de saúde, o que representa um significativo avanço, uma vez que o desenvolvimento de processos de trabalho em saúde é interdisciplinar e essencialmente coletivo (MERHY, FRANCO, 2008).

É importante evidenciar que embora se considere como parte integrante da força de trabalho em saúde todos aqueles trabalhadores “que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor” (PAIM, 1994, p.4-5), o sistema desenvolvido subsidiará o dimensionamento dos trabalhadores que atuam diretamente na prestação do cuidado.

⁵ NUGTES é um espaço estratégico de articulação intra-institucional para capilarização e formulação, planejamento, organização, execução, monitoramento e avaliação das ações referentes à gestão do trabalho e educação na saúde, visando o fortalecimento da PEGTES. Os NUGTES são integrados por todos os trabalhadores vinculados aos setores de gestão do trabalho e educação na saúde das unidades da rede.

Embora no cenário atual as estratégias setoriais de informação encontram-se no eixo central das possibilidades de geração de novos processos e de mudanças dos modelos institucionais de gestão. Ainda se vivencia em muitas instituições uma realidade distante da informatização dos sistemas, com permanência da captura manual, do retrabalho e dos múltiplos instrumentos de coleta, carentes de integração e de padronização para representar e compartilhar a informação em saúde. Assim, os sistemas de informação enquanto instrumentos de trabalho na saúde configuram-se como importantes recursos de apoio às ações de tomada de decisões, sobretudo as que dependem de informações atualizadas. Dessa forma, entende-se que a ferramenta SIGTS contribui com o processo de monitoramento, avaliação e decisões na execução do planejamento da força de trabalho na SESAB.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Lei nº 5.828 de 13 de junho de 1990. Institui o Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde da Administração Centralizada do Estado e dá outras providências. Bahia: 1990.
- BAHIA. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Política estadual de gestão do trabalho e educação na saúde do SUS Bahia**. Salvador: 2012.
- BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista brasileira enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 447-450, 2009.
- CECCIM, R.B. **Onde se lê “Recursos humanos da saúde”, leia-se “Coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação”**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco, 2005. p.161-80.
- COELHO, Jr. C.; MAEDA S. T. **Parâmetros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006.
- LAUDON, K. C.; LAUDON, J. P. **Sistemas de Informação Gerenciais: administrando a empresa digital**. 9 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.
- LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). **Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **O trabalho em saúde**. In: LIMA, J. C.; PEREIRA, I. B. (Orgs.) Dicionário da educação profissional em saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Chamado a Ação de Toronto: 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas américas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- PAIM J. S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- PEREIRA, S. R. et al. Sistemas de Informação para Gestão Hospitalar. **Journal of Health Informatics**. São Paulo, v. 4, n. 4, p. 179-5, 2012.
- PIERANTONI, Célia Regina et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.
- PROJECT BUILDER, 2017. **Quais são os principais tipos de métodos ágeis?** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.projectbuilder.com.br/blog/quais-sao-os-principais-tipos-de-metodos-ageis/>. Acesso em: 2 jul. 2018.
- ROVERE, M. **Planificación Estratégica de Recursos Humanos em Salud**. Washington, D.C.: OPS, 1993.
- SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHWABER K.; SUTHERLAND, J. **Um guia definitivo para o Scrum: As regras do Jogo**. 2017. Disponível em: <<https://www.scrumguides.org/docs/scrumguide/v1/Scrum-Guide-Portuguese-BR.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SILVA, J. A. Desarrollo de recursos humanos para los sistemas locales de salud: Brasil. **Educ. Med. Salud**, v. 27, n. 1, p.32-49, 1993.

TEIXEIRA, C. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V. Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados. **RAS**. v. 4, n. 14, p. 65-76, 2002.



CAPÍTULO 6

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INICIATIVA DE COOPERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO- COMUNIDADE EM CONTEXTO RURAL

Lucas Toriyama Ribeiro
Ítalo Ricardo S. Aleluia
Bianca do Anjos Sampaio e Silva
Roqueline Bárbara de Jesus Damasceno
Kally Cristina Soares Silva
Viviane dos Santos Patrocínio
Hellen Barreto

Introdução

Territórios em saúde são espaços vivos, construídos socialmente, em relações dinâmicas, moduladas por e pelo poder. São arranjos relacionais de ordem social, política, econômica, cultural e ambiental, pressupondo um olhar que transcenda a demarcação geográfica, de ruas e vias (SANTOS, 2004).

O território expressa conotação de vida em movimento, a partir da indissociabilidade do seu conteúdo, forma, pessoas, expressões e interações que determinam o pensar e o fazer coletivos, responsáveis pela modificação da dinâmica social e política desses espaços, constantemente (DELEUZE; GUATTARI, 2012).

A compreensão ampliada de territórios em saúde está alicerçada em um espaço de integração entre atores sociais, da sociedade civil organizada ou não, profissionais de saúde, entre outros. É um cenário de exercício contínuo do diálogo, reflexão, ação e conflito (SANTOS, 2004).

A Atenção Primária à Saúde (APS), assumiu, nos âmbitos internacional e nacional, a difícil tarefa de reorganizar sistemas de saúde e ordenar o cuidado nas redes de atenção (BRASIL, 2016; GOMES et al, 2011). Nas diretrizes para organização da APS, a população e o território se constituem como alicerces inseparáveis para o desenvolvimento de ações de planejamento e a gestão tanto do cuidado quanto dos serviços, tendo como tecnologia gerencial de trabalho, a territorialização em saúde (BRASIL, 2017).

É atribuição de todos os profissionais da APS, realizar a territorialização e mapeamento da área de abrangência da equipe (BRASIL, 2017). Esse processo é o principal dispositivo para análise situacional de saúde local, com vistas à compreensão dos determinantes do risco e potencialidades sanitárias, construindo, assim, mecanismos para organização do processo de trabalho (MARQUES, 2007).

Assim, a territorialização em saúde subsidiaria práticas de planejamento e gestão na APS, na medida em que permitiria a delimitação da população a ser coberta, assim como apontando territórios descobertos; a distribuição e a organização das atribuições entre profissionais e equipes; a construção de subsídios para a gestão municipal, em termos de projeções de ampliação da cobertura da APS, entre outros (BRASIL, 2017; MARQUES, 2007).

Um grande desafio no uso da territorialização como parte do processo de planificação da APS é o tipo de território adscrito às Equipes de Saúde da Família (EqSF), se urbano ou rural. Esse último, possui especificidades históricas, sociais, econômicas e culturais, muito diferentes do contexto urbano, em virtude dos seus modos de produção e reprodução social estarem intrinsecamente ligados à terra (BRASIL, 2011).

Aproximadamente 16% da população brasileira residem em áreas rurais, sendo que 47,7% vivem em extrema pobreza (IBGE, 2010). As condições de saúde dessa população são mais precárias quando comparada com a população urbana e prevalece um perfil epidemiológico com persistência de doenças endêmicas como malária, febre amarela, doença de Chagas e leishmaniose, dada dificuldade de acesso, qualidade dos serviços de saúde e insuficiência de saneamento ambiental. Soma-se ainda, episódios de violência, relacionados aos conflitos pela posse e propriedade da terra (BRASIL, 2011).

Além das especificidades citadas, destacam-se outras peculiaridades que desafiam o processo de territorialização da APS, em virtude da população rural ser um grupo historicamente excluído do sistema de saúde e se localizar distante dos centros urbanos, tornando mais difícil o acesso geográfico e a fixação dos profissionais de saúde (SILVEIRA, 2014). Em sua maioria, trata-se de contextos fronteiriços, com características conflitivas entre governantes municipais e estaduais (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

Considerando o exposto, arranjos cooperativos do tipo ensino-serviço-comunidade podem se constituir como um importante artifício para protagonizar a formação para o trabalho e o planejamento do trabalho na APS rural (ARAÚJO et al., 2017).

É objetivo desse produto descrever uma iniciativa de cooperação ensino-serviço-comunidade, em um território rural de um município do Oeste da Bahia, com vistas ao planejamento do trabalho na APS, a partir de práticas de territorialização em saúde.

Do contexto às estratégias da cooperação

A presente iniciativa ocorreu em comunidade rural pertencente a um município de pequeno porte da região Oeste da Bahia, localizado a 910 km da capital baiana, com extensão territorial de 16.185,171 km², população de aproximadamente 25.900 habitantes (2017), densidade demográfica de 1,38 hab/km² e em gestão plena da atenção básica. O sistema de saúde se localiza em região fronteiriça com estados do Piauí e Tocantins, além de ser próximo a três importantes unidades de conservação de proteção integral (Estação Ecológica Serra do Tocantins, Parque Estadual do Jalapão e Parque Nacional Nascentes do Parnaíba).

Atualmente sua APS está organizada em um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e sete Equipes de Saúde da Família (EqSF), com proporção de cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 89,34%, distribuídas em sete unidades de saúde, sendo cinco na zona urbana e duas na zona rural, embora maior parte da população esteja concentrada no campo.

O locus da iniciativa correspondeu a um território rural a 154 km da sede municipal, fundado há 26 anos. É um espaço fronteiriço com outro município do Tocantins (cerca de 80 km), constituído a partir da migração de agricultores do Sul do Brasil, motivados pelo cultivo da soja e algodão (principal atividade econômica do território). Suas condições de acesso eram bastante precárias, pelas péssimas condições das vias (todas em estrada de chão), sem sinalização e iluminação tanto nas vias quanto nas comunidades periféricas. O território possuía uma grande extensão territorial com poucos habitantes/mt², distribuídos em uma vila central e pequenas comunidades e fazendas privadas.

A proposta da cooperação surgiu, a partir de conflitos de poder entre atores políticos⁶ dos territórios fronteiriços e a desorganização territorial no nível da ESF. Na primeira situação há dois planos de conflito (MATUS, 2005): (a) um herdado entre os usuários da comunidade e a gestão municipal do território baiano e (b) um gerado entre atores do poder executivo dos municípios fronteiriços.

O conflito decorre desde a fundação da comunidade, onde os agricultores cobravam a garantia dos serviços primários de saúde, educação e saneamento básico, ao município da Bahia, porém com inúmeras respostas negativas. Isso corroborou para esses agricultores buscarem apoio em outro município fronteiriço (pertencente ao Tocantins-TO), onde se firmou parcerias entre vereadores e a Cooperativa de Agricultores para implantação dos primeiros serviços de saúde e educação na comunidade, desde 2008.

Os antecedentes históricos supracitados trazem cooperações de natureza aberta, isto é, permeada pela transparência e com intercâmbio de informações entre os atores que desejavam obter serviços básicos e os que ansiavam ganhar poder político. Contudo, a natureza dos conflitos revela uma predominância na divergência de interesses entre os atores em virtude dos benefícios de uns serem as perdas para outros (MATUS, 2005).

O fato acima, corroborou para ampliação de capacidades políticas de atores tocantinenses sobre um território da comunidade baiana, o que de certa forma ampliou seu poder de barganha eleitoral junto aos agricultores e seus familiares. A partir disso e com a mudança de gestão no município baiano novos interesses entraram em jogo. Iniciou-se um novo plano de conflito entre atores do executivo baiano e tocantinense (prefeitos e vereadores), sendo os primeiros, motivados pela intencionalidade de retomada do poder político (através de movimentos institucionais de aproximação com a comunidade) e os segundos pela sua manutenção, sobretudo porque nesse último caso, há um fluxo natural de usuários do Tocantins e sua fixação de moradia no território em questão, tornando-se potenciais eleitores.

Na dinâmica da ação social existirão várias relações de poder ocorrendo em paralelo, cujos objetivos podem (ou não) ser excludentes. Alguns podem jogar para acumular prestígio intelectual; outros para produzir conhecimentos; outros para acumular poder político ou mesmo multiplicar seu patrimônio de recursos econômicos. Há ainda, jogadores (atores) que podem possuir motivações diferentes das anteriormente citadas, isto é, em prol do próximo, para promover crenças religiosas ou orientado por determinados valores (MATUS, 2005).

Sobre os problemas organizacionais e sanitários, destaca-se a ausência da territorialização atualizada, de dados populacionais e epidemiológicos do território nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), dificuldades na garantia do acesso aos serviços de saúde, educação e saneamento básico; e fragilidade na organização do processo de trabalho dos profissionais que cobrem o território, apresentando semelhança com outros contextos municipais, em que há baixo desempenho da APS nas ações de territorialização e adscrição populacional (ARAGÃO, 2016).

O arranjo cooperativo ocorreu entre os seguintes atores: o Apoio Institucional da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (DAB/SESAB), o Núcleo Regional de Saúde do Oeste (NRS), a Gestão Municipal de Saúde, trabalhadores de saúde, uma residente de Saúde da Família da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), cinco discentes de medicina da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), representantes da associação de moradores e usuários do serviço.

Foi intencionalidade dessa iniciativa, potencializar o matriciamento⁷ da gestão municipal, na construção de uma cartografia do território em questão, com vistas ao diagnóstico local de saúde e planejamento de ações e serviços primários de saúde.

O processo foi operacionalizado nas seguintes etapas: (1) Oficina de acolhimento dos atores quanto ao processo de territorialização; (2) divisão de grupos de trabalho e realização de cadastramento domiciliar e individual dos usuários; (3) avaliação do processo com os atores; e (4) construção de mapa territorial com a distribuição populacional, dos agravos e equipamentos sociais.

⁶ De acordo com Matus (2005) o ator representa um jogador criativo, não submetido a condutas rotineiras e estáveis, pouco predizível quanto a suas jogadas, com capacidade de recursos para jogar, com alguma capacidade tática e estratégica e com um objetivo no jogo social. Tem poder próprio e está situado dentro do jogo. O ator pode corresponder uma pessoa, grupo, associação ou organização, em torno do qual as pessoas se organizam, de modo relativamente estável ou contínuo, para alcançar objetivos comuns.

⁷ “Arranjo organizacional que visa ofertar suporte técnico em áreas específicas ou gerais para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde. Seu objetivo é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio (JÚNIOR e CAMPOS, p. 889, 2014).

A primeira etapa correspondeu à uma oficina para conhecimento das questões políticas e sanitárias que envolviam o território, desde a sua fundação até a atualidade. Nesse momento, pode-se destacar a participação dos usuários e lideranças políticas da comunidade, como atores centrais, ratificando o que coloca a literatura sobre a importância da participação social no processo de territorialização (MEDINA et al., 2015). Além disso, esse momento foi fundamental para padronização de condutas no mapeamento territorial, a partir da discussão participativa sobre aspectos históricos, socioeconômicos, culturais, demográficos e indicadores de saúde do município, conceitos, objetivos, justificativa e a metodologia da operacionalização das etapas de construção da cartografia.

A cartografia pode ser atribuída a práticas de itinerância, percurso, deslocamento, ato de mapear mundos, ao invés de visões de mundo, consiste em mapear o presente com suas circunstâncias, no sentido de produzir desvios e libertar o que está aprisionado (ROLNIK, 2007).

Na segunda etapa foram constituídos seis grupos de trabalho entre os atores supracitados, com o objetivo de realizar a itinerância territorial para o cadastramento individual, domiciliar e identificação dos equipamentos sociais e pontos de vulnerabilidade nos espaços do território (vilas, fazendas etc.). Para realização dos cadastros foram utilizadas as fichas de cadastro individual e domiciliar do E-SUS-AB. No decorrer dos cadastramentos foi realizada a consolidação e avaliação dos dados produzidos e a situação encontrada nos respectivos locais, que durou cerca de três dias, dada grande extensão territorial.

Foram realizados 308 cadastros individuais e 94 domiciliares. Dos cadastros individuais, 175 residiam vila central e 133 entre as fazendas e pequenas comunidades, que totalizam 14 microterritórios de grande extensão; dos domicílios cadastrados, 53 estavam circunscritos à própria vila e 41 localizavam-se entre fazendas e comunidades periféricas. No entanto, não foram cadastrados 56 domicílios da vila e uma fazenda.

Notou-se quantitativo significativo de famílias em situação de grande vulnerabilidade, sem acesso à energia elétrica, saneamento básico, serviços de saúde e educação; grande número de residências de taipa e muitos casos diagnosticados de doença de Chagas; muitos jovens se encontravam em situação de analfabetismo; havia problemas de abastecimento de água (o consumo era feito através poço artesiano); a oferta de energia elétrica existia apenas na via central, havendo conflitos constantes pelo fornecimento desse serviço com o estado da Bahia, pois a companhia responsável pela oferta não dava nenhum tipo de assistência, sendo, também, um serviço ofertado pelo município do TO. As estradas que dão acesso à vila e comunidades periféricas estavam em péssimas condições e sua manutenção (ainda que esporádica) era feita com apoio da Associação dos Produtores de Algodão da Bahia - APAB, sem nenhuma participação do poder público.

Sobre os serviços de saúde, evidenciou-se que, há dois anos, o município baiano não oferta ações de imunização de animais; um dos maiores problemas de saúde são acidentes de trânsito e trabalho, onde não se tem disponível, transporte sanitário para situações de emergência; a única farmácia existente se encontra na USF, porém com insuficiência de medicamentos para atender a população; os partos do território não possuem referência estabelecida e quase sua totalidade acontece em municípios muitos distantes da BA e TO.

Na etapa avaliativa foi contemplado todos os atores sociais do arranjo cooperativo com o objetivo de apresentar um consolidado dos resultados preliminares do mapeamento. Nesse momento, utilizou-se um instrumento qualitativo de avaliação quanto ao conteúdo sistematizado; suporte técnico; metodologia empregada; o tempo para realização do processo, uma vez que a maioria dos atores técnicos residiam em outros municípios distantes; sobre a comunicação e linguagem utilizada com os usuários e família cadastrados; assim como proposições para confecção do mapa territorial dinâmico. Além disso, realizou-se duas dinâmicas avaliativas com os participantes. A primeira através da expressão de um sentimento quanto ao processo e a segunda onde os participantes escolhiam chapéus, os quais disponham de perguntas envolvendo as atividades realizadas no território e estes eram convidados a comentá-las. Também foi construído um instrumento de avaliação das atividades realizadas para o uso diário dos grupos de trabalho.

Após encerramento das atividades no território, os participantes se deslocaram até a sede municipal, onde foi realizada reunião de trabalho com a Secretária Municipal de Educação e sua assessora; a Secretária Municipal de Saúde; a Coordenadora da Atenção Básica; o Coordenador da Vigilância Epidemiológica; uma farmacêutica; e a Gestão Política Municipal (prefeito e uma vereadora); apoiador técnico estadual da Base Regional de Saúde; objetivando a apresentação dos dados consolidados para reafirmar a responsabilidade sanitária da gestão municipal com a população, que oficialmente é integrante do território baiano.

Por fim, na última etapa foi feita uma integração entre os acadêmicos do curso de Medicina (já participantes da iniciativa) e de Engenharia Sanitária e Ambiental da UFOB, que juntos sistematizaram os dados produzidos para elaboração do mapa digital dinâmico do território. O mapa foi elaborado no programa Autocad com sinalização de cada ponto estratégico da comunidade, incluindo equipamentos sociais, distribuição das principais doenças e agravos, além da distribuição das fazendas que se constituem como principais espaços de trabalho e exposição ocupacional à riscos provenientes do manuseio de máquinas e agrotóxicos.

Cabe salientar que a participação dos discentes de Medicina foi proporcionada, a partir de um processo de curricularização da extensão⁸, de alunos do segundo período, que cursavam o componente curricular “Gestão da Organização do Trabalho em Saúde”. Esse processo foi possível a partir da parceria entre a SESAB e o docente coordenador da disciplina.

Essa última etapa se conformou como primordial ao reconhecimento da realidade e problemas locais pelos discentes, profissionais, gestores e comunidade, na medida em que permitiu construir subsídios para o planejamento e orientação de propostas de intervenção para o território (FARIA, 2013).

Contribuições da iniciativa

A presente cooperação trouxe ganhos tanto na formação para o trabalho dos atores envolvidos quanto no matriciamento do planejamento do trabalho da APS.

Considerando que curso de Medicina da UFOB foi criado a partir do Programa Mais Médicos, a presente iniciativa dialogou com suas diretrizes propositivas em relação ao aprimoramento do processo formativo, já que a vivência interprofissional dos discentes de graduação e residência se constituiu como um estímulo à reorientação da formação integrada ao mundo real do trabalho. Isso é de fundamental importância na medida em que o Programa prevê a inserção contínua dos discentes em serviços do SUS, que possibilite o desenvolvendo de conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira, a partir de iniciativas de integração ensino-serviço (BRASIL, 2013).

Considerando o contexto da formação do curso de medicina na UFOB e zonas rurais como territórios historicamente desassistidos de profissionais de saúde, a experiência permitiu compreender pressupostos básicos para o planejamento territorial necessário a uma adequada assistência à saúde primária, assim como dispositivos fundamentais para a gestão assistencial e de serviços, a partir de práticas de territorialização e matriciamento em saúde.

A dificuldade dos egressos nos cursos de graduação em Medicina lidar com os problemas de saúde da população brasileira resultou na construção de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Graduação em Medicina desde 2001, atualizadas em 2014 (JUSTO et al, 2017). A presente iniciativa também dialogou com prerrogativas dessas diretrizes, pelo fato de ter conformado um processo educacional ativo para o fortalecimento de competências necessárias a uma prática satisfatória, uma vez que centrou o aluno no processo, permitindo, assim, a integração teórico-prática, o fortalecimento das relações interpessoais e de competências em comunicação, planejamento e organização de processos de trabalho na APS (BELFOR et al, 2018; JUSTO et al, 2017).

Os movimentos de reorientação da formação em saúde devem se apoiar na construção das relações entre os serviços de saúde e o meio universitário. A confluência dos objetivos do SUS com os ensinamentos e práticas aqui vivenciadas colaborou para fortalecer um modelo de formação médica menos biologicista e mais próximo das comunidades e suas necessidades, da gestão e do controle social em saúde (JUSTO et al, 2017).

⁸ A curricularização da extensão parte do pressuposto de indissociabilidade entre formação e realidade. Compreende o currículo como processo formativo que não pode se distanciar das necessidades do mundo do trabalho. Implica em integrar o educando fora do ambiente institucional para articulação teórico-prática somando o olhar interno da universidade com os externos sobre a sociedade, buscando assim, a autenticidade, pluralidade e convivência democrática (AROCENA, 2010).

Em relação ao matriciamento do processo de trabalho da gestão municipal, o processo de adscrição populacional possibilitou a realização de um diagnóstico situacional dos problemas de acesso geográfico e organizacional de serviços de saúde, assim como um mapeamento da dinâmica de distribuição populacional do território. Também permitiu conhecer o quantitativo de usuários e projetar a necessidade de serviços, equipes e profissionais para cobrir todo território.

A iniciativa permitiu, também, conhecer a distribuição dos agravos, a situação epidemiológica do território e sua relação com os determinantes sociais do contexto, que exigem ações individuais e coletivas de curto, médio e longo prazo.

A identificação dos principais problemas de oferta, estrutura, acesso e organização do processo de trabalho em Atenção Primária serviram de disparadores para integração de diferentes atores e setores públicos, numa perspectiva interdisciplinar e interprofissional, para elaboração de um plano de ação operativa sobre as questões prioritárias que envolviam o processo de trabalho e iniciativas políticas e intersetoriais em saúde. Isso também possibilitou a definição de responsabilidades entre esses atores. Para isso foi elaborado um plano de ação operativa (Quadro 1), alinhado aos principais problemas identificados e com encaminhamentos orientados para o nível estadual, municipal e local.

Pode-se destacar ainda, as contribuições para qualificação da gestão municipal, da equipe de APS e do AI, na medida em que foi possível subsidiar as ações de matriciamento e tomada de decisão para o planejamento e gestão das ações e serviços. No caso da gestão no nível municipal, conseguiu-se apontar as iniciativas de curto, médio e longo prazo, para garantia de serviços de saúde, educação e saneamento básico. Para o nível local das equipes foi possível dimensionar a distribuição das necessidades e problemas de saúde, assim como as possíveis estratégias e serem empregadas para melhoria do processo de trabalho em saúde.

A cooperação viabilizou a qualificação da força de trabalho existente e o fazer da equipe de AI, uma vez que canalizou a articulação do âmbito estadual para o provimento de profissionais, necessários à produção do cuidado na zona rural, diante das fragilidades encontradas relativas à falta de fixação e/ou provimento de uma equipe multiprofissional com ações regulares no território. O plano operativo supracitado funcionou como uma imagem-objetivo para o monitoramento das ações e orientação da gestão e os trabalhadores na busca efetiva e adequada das necessidades da população para maximizar os resultados, dentro de uma relação custo-benefício viável e apropriada com a realidade do território.

Segundo Campos (2007) o AI busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão, no intuito de transformar as práticas gerenciais, ao modificar a forma tradicional de coordenação, supervisão e avaliação do trabalho, na medida em que propõe um modo analítico, operacional e interativo, conformando, assim, um modelo de trabalho em gestão.

Na perspectiva da APS, o trabalho do apoiador deve caminhar numa lógica horizontal e no princípio da afetação, Educação Permanente e reconhecendo as especificidades locoregionais e as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e coletividades (MACHADO et al. 2018).

Faz-se necessário que o Apoiador saia do espaço burocrático de trabalho da gestão tradicional e ocupe novos lugares, pois só assim será possível ampliar os espaços do Apoiador, para não só estimular reflexões com os mesmos atores da gestão, mas, também, possa ‘ofertar’, ‘experimentar’, ‘misturar’ seu modo de fazer com o modo de fazer de um grupo de atores heterogêneo (MACHADO et al., 2018).

Considerações finais

As práticas de territorialização da APS se constituem como tecnologias gerenciais e de cuidado importantes para o diagnóstico comunitário e elaboração de planos operativos de ação à luz das necessidades em saúde. O contexto rural em particular, constitui-se um grande desafio a essas práticas, dada sua extensão territorial e dispersão populacional.

A iniciativa aqui relatada tratou-se de uma cooperação importante tanto do ponto de vista da formação para o SUS quanto do matriciamento do processo de trabalho, em uma perspectiva participativa e cogida dos atores da universidade, gestão, serviços de saúde e sociedade civil.

O diagnóstico situacional viabilizado pela iniciativa permitiu uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e de aspectos político-institucionais que envolve decisões e disputas de poder no território, assim como permitiu estruturar uma proposta de intervenção para qualificar a atenção à saúde, a partir de iniciativas intersetoriais para resolução de problemas de estrutura, oferta e acesso a serviços básicos.

Quadro 1 – Proposta de plano de ação, a partir dos problemas identificados na iniciativa.

Problemas	Propostas de ação
Ausência de territorialização no município	Elaborar a territorialização das demais localidades do município
Inexistência de consolidação do mapeamento da comunidade	Consolidar as informações identificadas, como contagem populacional, existência de dispositivos sociais, dentre outros aspectos. Produzir mapa da área de abrangência (mapeamento) da unidade de saúde, a partir do cadastramento individual, domiciliar e identificação dos equipamentos sociais das áreas Vila Panambi
Ausência de mapa cultural e descrição dos serviços de APS	Resgatar a história da comunidade e a rede de serviços locais existente
Presença de uma USF construída e mantida por município do TO	Realizar parceria com gestão municipal de saúde para implantar na Unidade existente uma Unidade Satélite vinculada USF Rosendo Barbosa
Inadequações na estrutura física da Unidade de Saúde	Implantar uma estrutura física mínima na Unidade Satélite, Disponibilizar a oferta de Atenção à Saúde pela equipe multiprofissional visando atender as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, no espaço físico da unidade, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, fazendas, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.
Consultas com médico e dentista, ofertadas de forma eventual – uma vez por mês ou a cada dois meses	Garantir equipe multiprofissional (equipe saúde 60 dias 23 da família) composta por: 01 médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, 01 auxiliar ou técnico de enfermagem, 01 cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, 01 auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (Identificar possibilidade de parceria com Secretaria Estadual de Saúde da Bahia para contratação de profissional
Falta de recursos e materiais na Unidade de Saúde	Garantir os recursos e materiais necessários para manutenção da unidade satélite, como: insumos, insulina, teste rápido, penso, medicamentos do elenco da atenção básica e urgência, âmbuadulto e infantil, sonar e instrumentais, autoclave
Indisponibilidade de imunobiológicos na Unidade de Saúde	Verificar a necessidade da população quanto aos imunobiológicos e planejar sua disponibilidade; Disponibilizar as vacinas de rotina do calendário de imunização de forma constante Solicitar dos profissionais do NASF em conjunto com a Equipe de Saúde da Família visitas regulares à comunidade
Grande quantitativo de pessoas portadoras de Doença de Chagas e acidentados por causas externas (acidente de trabalho, trânsito e violência) e pessoas com sofrimento psíquico	Organização de processo de trabalho conjunto entre APS, Vigilância Epidemiologia e em Saúde do Trabalhador para desenvolver ações de educação e cuidado à saúde, a fim de acompanhar os portadores de doenças de Chagas e identificar outras endemias e situações de risco
Inexistência de educação em saúde	Garantir processos educação em saúde para a população com tais temáticas iniciais: Agrotóxico em Saúde; Alimentação adequada; Tratamento da água; Infecções sexualmente transmissíveis; Planejamento familiar; endemias rurais e entre outros temas.

Falta de atualização do sistema de informação da Atenção Básica E-SUS	Consolidar as informações do relatório individual e domiciliar; alimentar as informações do cadastro individual e domiciliar no SISAB; Implantar o Prontuário Eletrônico do Cidadão na Unidade de Satélite em forma off-line
USF distante e possui difícil acesso para população do território e adjacências	Realizar articulação intersetorial entre para sanar as fragilidades e inadequações relativas às condições das vias de acesso, implantação de Unidade Satélite de Saúde, transporte para os jovens da comunidade seja para acesso à USF e/ou escola, além do fornecimento de fornecer saneamento básico
Fragilidade na organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde que cobrem a população da zona rural.	Realização de Educação Permanente para todos os profissionais do município sobre a Política Integral de saúde da população do campo, floresta e das águas e a Política Integral da População Quilombola

Fonte: elaboração dos autores.

Referências

- ARAGÃO, M. N. **Limites e desafios da implantação de Redes de Atenção à Saúde no contexto municipal. Salvador.** 2016. 156 f. (Dissertação em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2016.
- ARAÚJO, G. B. et al. Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. **SANARE**, Sobral, V.16 n.01, p. 124-129, jan./jun. 2017.
- AROCENA, R. **Curricularización de la extensión: ¿por qué, cuál, cómo?** In: Cuadernos de Extensión - Nº 1 Integralidad: tensiones y perspectivas. Universidad de la República. Uruguai, 2010.
- BELFOR, J. A. et al. Competências pedagógicas docentes sob a percepção de alunos de medicina de universidade da Amazônia brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 73-82, Jan. 2018.
- BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Retratos da Atenção Básica no Brasil: publicado último volume, sobre áreas específicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano operativo de saúde das populações do campo e da floresta 2012/2015. Brasília; DF. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec; 2007.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia** vol. 5. Tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Editora 34, 2012.
- FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Primária a Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n. 16, p. 131-147, jun 2013.
- GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JUSTO, L. G. et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1345-1354, 2017.

MACHADO, Sáva Souza et al. Apoio Institucional na ótica de gestores, apoiadores e trabalhadores: uma aproximação da realidade a partir de diferentes lugares. **Interface (Botucatu)**. 2018.

MARQUES, M. C. C. **Um novo olhar sobre o território.** Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, 2007.

MATUS, C. **Teoria do Jogo Social.** São Paulo: FUNDAP, 2005.

MEDINA, M. G et al. **O Sistema de Saúde em Estados e Municípios. Identificando iniciativas inovadoras: estratégias para avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis.** Relatório de Pesquisa, 2015.

PEREIRA JUNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 895-908, 2014.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.

SANTOS, M. **Territórios e Sociedade:** entrevista com Milton Santos. 2ª ed. Da 2ª reimpressão. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 2004.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R.. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 451-459, Dec. 2014.

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos**, v. 15, n. 2, p. 356-369, 2016.

CAPÍTULO 7

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO OESTE DA BAHIA: CONTRIBUIÇÕES E LIMITES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Ítalo Ricardo Santos Aleluia
Mússio Pirajá Mattos
Daiene Rosa Gomes
Maria Lidiany Tributino de Sousa

*“[...] Caminhando e cantando e seguindo a canção
Aprendendo e ensinando uma nova lição
Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer [...]”
(Geraldo Vandré)*

Introdução

A concepção de território em saúde transcende a ideia de recorte geográfico. É o espaço onde a vida social, política, econômica, cultural e ambiental acontece entre inter-relações, regras e normas (SANTOS, 2004). Trata-se de construções sociais marcadas pela dinamicidade e movimento, e ainda, atravessadas por relações de poder.

Os territórios expressam movimentos, de modo que o processo de territorialização pode assumir a conotação de uma cartografia. Esta se constrói a partir de trabalhos de itinerâncias, percursos, deslocamentos, assim como, de atos de mapear mundos, e não visões de mundo que consistem em traçar o presente com suas circunstâncias, no sentido de produzir desvios e libertar o que está aprisionado (ROLNIK, 2007).

O Território também pode ser percebido como agenciamentos que ocorrem a partir dos conteúdos das coisas e pessoas (agenciamentos maquínicos de corpos) e de expressões, com as formas em que esses conteúdos se manifestam (agenciamentos coletivos de enunciação), de modo que essas interrelações possibilitam a desterritorialização e reterritorialização dos espaços nos quais as pessoas vivem (DELEUZE; GUATTARI, 2012).

A população e o território se constituem como alicerces primordiais no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS), onde, inclusive as diretrizes para organização da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, colocam o processo de territorialização como tecnologia gerencial e de cuidado fundamental no planejamento e gestão das ações e serviços desde a criação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006 (BRASIL, 2017).

É atribuição de todos os atores da APS, desenvolver práticas de territorialização das áreas adscritas aos espaços abrangidos pelas equipes (BRASIL, 2017). Esse é um pressuposto básico para o trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF), dada a relevância de se conhecer o território a partir das relações existentes entre os serviços de saúde, equipamentos sociais e a comunidade.

Na APS, a territorialização é um processo fundamental para organização do processo de trabalho, na medida em que seu foco deve transitar entre compreensão da dinâmica social e a formulação de estratégias que auxiliem no reconhecimento do risco sanitário e das potencialidades no território (BRASIL, 2011;

MARQUES, 2007). É um aproximar-se constante da realidade com a qual os atores sociais⁹ interagem. Para tanto, na territorialização, lança-se mão de indicadores de saúde e dados demográficos da comunidade e estruturais das instituições existentes, bem como de elementos próprios do modo de vida das pessoas, seus recursos socioculturais de integração social e a concepção que a população do território tem acerca de suas necessidades e problemas de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Como parte do processo de planificação da APS, as práticas de territorialização podem orientar a identificação de áreas vulneráveis, diagnosticando-as, localizando-as e priorizando-as; bem como, possibilitar a distribuição e delimitação de responsabilidades entre distintos profissionais e equipes; definir quantitativo de pessoas adscritas; apontar territórios descobertos, justificando a necessidade de ampliação da cobertura de novas EqSF; reduzir sobrecarga de trabalho profissional, em virtude de coberturas acima do teto estabelecido para cada equipe; identificar potencialidades do território; e organizar as práticas de intervenção coerentes com as necessidades de saúde das pessoas (BRASIL, 2011; MARQUES, 2007).

Contudo, aponta-se, ainda, um baixo desempenho da APS em sistemas municipais de saúde, no planejamento e organização da força de trabalho, no sentido de ter a população e o território como sua principal base operacional. Há persistência de áreas populacionais descobertas pelas EqSF, pouca utilização de mapas dinâmicos com desenho do território de abrangência, territorialização desatualizada e com baixa participação social. Ainda, encontra-se pouca análise da situação de saúde local, e as ações intersetoriais não possuem periodicidade definida, havendo pouca participação dos usuários nas decisões estratégicas do sistema de saúde e um inexpressivo número de Conselhos Locais de Saúde (CLS) (ARAGÃO, 2016).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços em uma perspectiva intersetorial (BRASIL, 2009). Trabalhar a territorialização em estratégias de EPS, tem nos aproximado de contribuições e limites para a planificação da APS, em termos de organização da gestão e organização do processo de trabalho na APS. Nesse sentido, pretende-se aqui, descrever o relato de experiência de territorialização da APS no Oeste da Bahia através de uma iniciativa local de EPS.

Cenário, atores e antecedentes da iniciativa

A presente iniciativa ocorreu em um município grande porte com aproximadamente 170 mil habitantes, sede e referência para três regiões de saúde que compõem a macrorregião Oeste da Bahia, com um total de 37 municípios. Principal centro urbano, político, educacional, tecnológico e econômico do Oeste baiano, possui extensão territorial de 7.538,152 km² (2016) e, foi, recentemente, habilitado em gestão plena, com início de um novo ciclo político-administrativo, em 2017, dada a inserção de novos atores no poder executivo (BARREIRAS, 2013).

A APS municipal é organizada em 25 EqSF com, aproximadamente, 52,3% de cobertura, dois Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) tipo I e 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo cinco em zona rural e 12 em zona urbana; e 1.279 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BARREIRAS, 2013).

Partimos do pressuposto que a cooperação entre universidades e serviços de saúde é um potente artifício na planificação das ações no âmbito dos sistemas municipais de saúde, através de iniciativas mais qualificadas de formação para os profissionais das instituições envolvidas visando a ampliação dos saberes e uma transformação das práticas e do processo de trabalho em saúde. Desse modo, iniciou-se uma cooperação institucional entre a Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), especialmente, com a coordenação e Apoio Institucional (AI) da APS.

⁹ O ator social pode ser definido como pessoas ou forças sociais que controlam algum poder no espaço da dinâmica social, podendo se uma pessoa, grupo, associação ou organização em torno do qual as pessoas se organizam, de modo relativamente estável ou contínuo, para alcançar objetivos comuns. Esses atores são capazes de produzir eventos que alteram a situação, e o fazem segundo percepções e pontos de vista (MATUS, 2005).

Integraram essa iniciativa, quatro docentes de Saúde Coletiva da UFOB, uma coordenadora e três apoiadores institucionais de APS, todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e gerentes das unidades de APS do município.

A cooperação surgiu, a partir de um conjunto de problemas¹⁰ na organização territorial das EqSF: grande número de usuários descobertos; discordância entre as EqSF sobre seus limites territoriais; ausência de cadastramento de pessoas em áreas cobertas; EqSF com cobertura acima do teto e outras abaixo desse limite; ACS cobrindo pessoas em distâncias discrepantes em relação à sua equipe de referência; e conflitos de responsabilidades entre as EqSF.

Metodologia das estratégias educacionais

Ao levar em consideração a importância da integração ensino-serviço e o conhecimento sobre o perfil estrutural e operacional dos serviços de saúde, buscou-se compreender os determinantes locais das fragilidades acima apontadas e possibilidades de reorientação das práticas de saúde. Essa situação foi determinante para o planejamento de uma Educação Permanente que impulsionasse os diversos atores envolvidos, com estratégias que contribuíssem para uma melhor organização e gestão das ações no território.

A EPS é adotada como aprendizagem no e para o trabalho, pois busca-se por esse dispositivo o que faz sentido para os sujeitos envolvidos, e, através desses sentidos, as iniciativas educacionais são articuladas aos problemas reais do mundo do trabalho. Com o objetivo de qualificar os ACS e gerentes das UBSs e USFs para reorientação das práticas territorialização das áreas adscritas às equipes e remapeamento dos territórios cobertos e descobertos, foi construído um arranjo metodológico que permitisse estimular habilidades interprofissionais, através da conformação de comunidades de aprendizagem¹¹ para intervirem sobre a realidade dos serviços de saúde e atender as necessidades locais dos usuários.

A intencionalidade educacional desta iniciativa foi impulsionar o processo de planificação da APS, com vistas à organização do processo de trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde nos territórios, sobretudo aquelas que envolviam as pessoas, famílias, gerência local dos serviços de APS e gestão do sistema de saúde municipal. Buscou-se a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações¹² (CECCIM, 2005; ARRUDA et al., 2008).

A educação interprofissional constitui uma estratégia que oportuniza o desenvolvimento do trabalho coletivo efetivo, com o intento de otimizar a qualidade da atenção à saúde (COSTA, 2016; REEVES, 2016; REEVES et al., 2016). Assim, fortalecer a EPS favorece a implementação da prática colaborativa em saúde, uma vez que esta pressupõe a incorporação da experiência de profissionais de diversos núcleos do saber, estimulando a comunicação entre eles e a tomada de decisão, com vistas a consolidar a integralidade do cuidado (ARAÚJO et al., 2017; JECKER et al., 2015; OMS, 2010).

A intervenção foi propiciada através de “Oficinas de Territorialização da APS”, utilizadas como um recurso oportuno para construir conhecimento a partir da ação-reflexão. As oficinas foram realizadas com todas as EqSF do município e profissionais das UBSs. Foram propostas as seguintes etapas e estratégias de ensino-aprendizagem: (1) Acolhimento; (2) Viagem educacional sobre territorialização aplicada; (3) Compartilhamento da viagem educacional, a partir de disparadores; (4) Roda de conversa sobre território, territorialização e adscrição populacional (“Anarriê do Território (Des) embolado”); (5) Dinâmica de formação de grupos de trabalho (colar da diversidade); (6) Oficina de trabalho “(Des) embolando o território”; e (7) Ciranda de Integração.

¹⁰O **problema** é um obstáculo, que em uma situação concreta, situa-se entre a realidade atual e aspirações de um ator, com carga particular de ideologias, valores e conhecimento. É uma situação que dificulta a mudança da situação existente para uma situação desejada (MATUS, 2005).

¹¹Representam espaços de aprendizagem voltadas ao intercâmbio de experiências e à construção de novos saberes. Constituem-se como oportunidades para o exercício do trabalho em equipe, comunicação, avaliação, criação de vínculos solidários e corresponsabilidade (MORIN, 1999).

¹²O conceito de situação parte do pressuposto que não existe uma realidade única e que há diferentes interpretações de um determinado contexto. É considerada como um conjunto de problemas ou mesmo uma explicação que expressa a interpretação da realidade por um ator, com os valores, interesses e posições sociais distintas daquele que a explica (MATUS, 2005).

O Acolhimento

Decidiu-se iniciar o diálogo com os atores, a partir do processo de acolhimento a fim de que houvesse uma aproximação e consequentemente a criação de um vínculo, sendo um aspecto extremamente importante para a realização da oficina. Nesse momento, houve uma recepção com a escuta qualificada para possibilitar que esses atores se sentissem parte do processo e compreendessem a importância deles para o sucesso da atividade e posterior aplicação dos conhecimentos construídos na reorientação de suas práticas de trabalho.

Essa etapa permitiu conhecer os grupos de trabalho e os contextos, romper barreiras comunicacionais, entender as particularidades a partir dos relatos expostos sobre os determinantes locais dos problemas de organização territorial.

A prática do acolhimento é uma ferramenta que possibilita uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre a equipe e entre esses e a população que atendem. Por maior que seja o acúmulo de conhecimentos técnicos, eles não são por si só suficientes para produzir saúde. Para construção de ação promotoras de saúde é importante redescobrir e refletir sobre a estratégia do acolhimento, uma vez que a comunidade é um espaço em construção constante (AYRES et al. 2006).

A Viagem Educacional

A Viagem Educacional (VE) foi utilizada como um dispositivo para a integração emoção-razão que se fundamenta: (i) na educação interacionista, que reconhece as emoções como parte integrante das pessoas que se relacionam e produzem cultura; (ii) nas metodologias ativas, que requerem proatividade, engajamento, colaboração e cooperação dos educandos no processo de aprender; (iii) na aprendizagem significativa, que implica a construção de sentidos frente a um determinado objeto ou conteúdo; e (iv) no pensamento complexo, que requer o diálogo entre dimensões aparentemente antagônicas e contraditórias (MOUTHÉR JUNIOR; LIMA; PADILHA, 2018). Nesse processo, as experimentações são redimensionadas em uma perspectiva construtivista, percebidas no diálogo e na produção de novos significados, feitas e refeitas na própria ação criadora, a partir das ações ao longo do processo (FREIRE, 2008).

A VE ocorreu em dois momentos. O primeiro, em grande grupo, destinado a exibição de um episódio da série brasileira “Unidade Básica”, que funcionou como disparador de uma situação-problema envolvendo a aplicabilidade do mapa territorial, como tecnologia canalizadora de estratégias de intervenção para resolução de problemas, em um arranjo familiar complexo. No segundo momento, utilizaram-se perguntas disparadoras referentes aos sentimentos ou ideias relacionadas à percepção ou à interpretação das emoções mobilizadas na VE.

Com o auxílio de tarjetas coloridas, os atores foram convidados a compartilharem sentimentos e emoções. O material foi fixado em um mural, onde os integrantes justificavam a escolha dos seus sentimentos, assim como tinham a oportunidade de discutir com os pares e os facilitadores, com vistas a uma construção coletiva de novos significados.

A VE permitiu que os integrantes refletissem sobre as práticas em saúde levando em consideração a apropriação de conceitos e condutas adotadas por profissionais e usuários dos serviços.

Roda de conversa

Realizou-se uma roda de conversa sobre território, territorialização e adscrição populacional, pela qual construiu-se um cenário chamado de “Anarriê do Território (Des) embolado” com os seguintes diálogos:

Num forró danado de bão: Mané, Toinho e Maria...

- Toinho, você já ouviu falar em territorialização da Atenção Primária à Saúde?

- Oh...Ohhh.. já sim Mané, mas tu já fez isso alguma vez na sua comunidade?

- Toinho, já fiz. Mas será que eu fiz da forma correta?
- Cabra, se tu fez certo eu não sei. Mas... se teu território está um furdução acho que precisamos ver o que está acontecendo com esse negócio de território.
- Xiii... Mané e Toinho... pior que o meu está um bolo arretado!! Tu acredita que eu cubro famílias só de um lado da rua e do outro não?
- Mané - Va-lha meu Santo Antônio!! Maria, e eu que estou cobrindo famílias acima do meu limite?
- Toinho – “Apois!! E eu que estou cobrindo famílias não sei a quantas léguas da minha unidade?? Quando chego em casa, já estou tooooooestrupiado!”
- Maria – “Homem de Deus, esse território nosso está mais para embolado do que para organizado!!”
- Mané – “Uai meu povo, mas eu achei que por já ter meus cadastros, minhas famílias e até o mapa da minha área que fiz láaaaa em 2010, tava tudo de boa.”
- Maria – “Tem angu nesse caroco, viu Mané e Toinho? Parece que esse troço de território e mapa se mexe, muda com o tempo, fica diferente... só Jesus na causa!”
- Toinho - Minha Nossa Senhora do território embolado, acho que precisamos conversar sobre isso. Simbora?? Anarriêeeeeeee!!!

Como objetivo de correlacionar o conteúdo do diálogo com o mundo real do trabalho, no qual os ACS e gerentes se encontravam imersos, buscou-se criar espaços de ação-reflexão, dando continuidade à roda de conversa, com os seguintes questionamentos:

O que o “Anarriê” nos traz de reflexão??

- Eu já ouvi falar de território em saúde. Isso significa que já sei tudo?
- Já tenho meu território delimitado, mas eu fiz da maneira correta?
- Já tenho meu território delimitado. Nada mais preciso fazer?
- Já conheço minha área. Então, ela não precisa de atualização?
- De quem é a responsabilidade sobre a família de um lado da rua descoberta?
- Onde começa e termina a responsabilidade entre um ACS e outro?
- Onde começa e termina a responsabilidade de uma equipe e outra?
- É justo ter profissionais cobrindo famílias acima do teto e outros muito abaixo?
- Que cobertura é essa onde o usuário está a léguas da unidade? Que tipo de acesso estamos dando a esse usuário?
- O território é o mesmo para sempre? É apenas um recorte de mapa no papel?
- Como a territorialização pode ajudar a organizar minha demanda de trabalho e garantir o direito de outra parte da população ser coberta por uma nova unidade de saúde?

Durante a realização da roda de conversa, foi possível verificar a empolgação, participação e satisfação dos profissionais de saúde com a articulação do material desenvolvido e seus conjuntos de problemas locais. Tanto a organização das oficinas quanto o material lúdico exposto possuíram uma qualidade expressiva que foi destacada pelos participantes. Além disso, foi permitido explorar formas de orientar e esclarecer dúvidas, e, esse fato colaborou para que esse tipo de estratégia se tornasse assertiva. Através dessa escuta qualificada, também, foi possível observar a participação ativa dos envolvidos, permitindo que eles se tornassem parte importante desse processo, e, contribuir para que eles levassem essas reflexões para a sua prática de trabalho. Nesse contexto, eles se tornaram autores e atores nessa transformação da força de trabalho.

De acordo com Mattos (2017), através de métodos ativos, é possível desenvolver liderança, motivação, planejamento, organização, execução, comprometimento, responsabilidade, satisfação, interesse, capacidade de trabalhar em grupo com problemas reais e construção coletiva do conhecimento.

Formação dos Grupos: o colar da diversidade

Os grupos de trabalho foram formados a partir da dinâmica do “Colar da Diversidade”, que se trata de uma dinâmica inovadora que permitiu interação entre os membros, tendo como principal consigna a criação de grupos que apresentassem perfis com características diversas. Nessa perspectiva todos os participantes, escreveram em tarjetas coloridas as seguintes informações: nome; EqSF vinculada; um hobby; uma qualidade; uma fragilidade e, em seguida, houve a exposição dessas informações em forma de um “colar”. Após a escrita em tarjetas, todos se levantaram e começaram a circular pela sala, ao som de uma música, com a finalidade de conhecer de forma diferenciada os outros colegas, para a posterior formação dos grupos.

O desenvolvimento dessa dinâmica permitiu a construção de um ambiente mais descontraído e participativo, por possibilitar aos profissionais conhecer outras características dos seus colegas, muitas vezes negligenciadas e que são de fundamental importância para uma melhor articulação no processo de trabalho em equipe.

A oficina “(Des)embolando o território”

Os grupos foram direcionados para a oficina de trabalho “(Des)embolando o território”, que teve a finalidade de praticar os conhecimentos adquiridos anteriormente e apontar direcionamentos práticos para reorganização territorial. Nessa atividade, os participantes discutiram e simularam o desenvolvimento do processo de territorialização, tendo como base um instrumento de planificação territorial, que visava sistematizar os seguintes dados, por ruas: total de domicílios habitados e não habitados, total de pessoas cobertas e descobertas, equipamentos sociais (pontos de potencialidade) e espaços de vulnerabilidade. Esse instrumento foi a principal ferramenta de trabalho, utilizada pós-oficina por todas as equipes participantes da EPS, que orientou a redefinição territorial das áreas adscritas a cada equipe e a construção dos mapas dinâmicos, além de servir como subsídio para justificar espaços prioritários para implantação de novas equipes da ESF, no município.

Orientou-se que o fluxo operacional do instrumento de planificação territorial deveria iniciar com o preenchimento das informações pelos ACS, tanto das áreas cobertas quanto descobertas, sendo todo esse processo coordenado e monitorado pela gerência da equipe, que após conclusão desse primeiro senso territorial reuniria sua equipe com a gestão municipal e, com base nos dados produzidos, redefiniria o território e construiria, de forma participativa, a cartografia dinâmica da “nova área”.

A oficina possibilitou observar a consolidação do conhecimento, a partir da valorização dos saberes prévios como determinantes na construção de novos significados, gerando uma aprendizagem significativa. Também foi possível observar o desenvolvimento de um trabalho em equipe de forma integrada, tendo o envolvimento dos profissionais que interagem entre si e compartilhavam o processo de negociação/tomada de decisão para alcançar os objetivos comuns à equipe, com foco na finalidade central da oficina, que era entender a execução do processo de territorialização.

As práticas das equipes integradas são caracterizadas pela colaboração, respeito mútuo e confiança, fundamentada no reconhecimento do papel profissional das diferentes áreas, com interdependência e complementaridade dos saberes e ações (PEDUZZI *et al.*, 2013).

A ciranda da integração

Ao final dos encontros, realizou-se uma ciranda com todos os integrantes – ciranda de integração. A canção utilizada foi “Para não dizer que não falei de flores” do Geraldo Vandré. Nesse momento, teve-se a possibilidade de observar os sentimentos, satisfação e reunião das emoções transmitidas durante o cântico.

A ciranda de integração foi um dispositivo utilizado para manter os princípios do reconhecimento, autonomia, ação, apropriação e consciência coletiva no processo de territorialização. Essa metodologia participativa trabalhou para uma reflexão sobre os direitos garantidos e violados e a importância da união para alcançar esses direitos.

Despertaram-se vários sentimentos e um coletivo unido pelo desejo em mudar as práticas. É possível que essa música, através da escuta de maneira ativa e reflexiva, possa servir como disparador da ação-reflexão.

Limites e contribuições da iniciativa educacional

Houve determinantes locais e municipais como elementos restritivos ao processo de EPS. O primeiro deles reflete a baixa cobertura populacional da ESF, associada à grande extensão territorial urbana e rural do município que limita a velocidade no mapeamento das áreas. O segundo envolveu a soma do primeiro ponto crítico com a baixa proporção de ACS em relação à população municipal, uma vez que eles são os principais atores necessários à produção das informações presentes no instrumento de planificação territorial. Isto limitou profundamente a velocidade com que as áreas cobertas e descobertas eram mapeadas e redefinidas.

A terceira problemática envolveu o entendimento dos próprios atores, sobretudo dos ACS, quanto ao processo de territorialização na APS. Isso foi evidenciado pela postura de resistência de alguns grupos em relação à proposta ofertada, sobretudo, quanto à necessidade de contagem de domicílios e pessoas nas áreas descobertas. É explícita a dificuldade de compreensão do território como processo e não como estrutura, que corrobora para geração de sentimento de retrabalho nos atores e, conseqüentemente, incertezas quanto às contribuições da proposta de EPS para seu próprio processo de trabalho.

O quarto fator abarcou as relações de poder entre os ACS, gestão municipal e usuários. No plano da relação ACS e gestão municipal, percebeu-se a existência de conflitos herdados e gerados. Os conflitos herdados dizem respeito à insatisfação dos atores com processos de territorialização anteriores, já que sucessivas administrações municipais deflagraram práticas não padronizadas e que inviabilizaram a continuidade de informações necessárias apenas para um trabalho de atualização regular. Ainda no plano dos conflitos herdados, percebe-se que os processos anteriores submeteram esses atores a um *modus* burocrático, regido por planilhas e coleta de dados sem reflexão crítica das práticas, somadas a promessas não cumpridas de ampliação de cobertura e número de profissionais. De certa forma, isso gerou uma “operação descrédito” sobre o processo de territorialização e a intencionalidade de toda gestão, quando, a cada quatro anos se apresenta a necessidade de remapeamento da APS.

No plano dos conflitos gerados, chama à atenção a organização política de pequenos grupos de ACS que agem como atores sociais e com propósitos claros de não perderem seu poder político no território. Esse é um fato curioso, em função do processo de redefinição das áreas intervirem em conflitos de interesses de atores que fazem desse espaço um *locus* privilegiado para exercer práticas político-partidárias. Além disso, há conflitos que envolvem a resistência dos ACS realizarem a contagem de áreas não cobertas por eles, especialmente, áreas das UBSs sem esses profissionais.

A respeito das relações de poder entre ACS e usuários, cabe destacar duas questões. A primeira envolvendo interesses particulares dos próprios usuários que funcionam como moduladores das práticas de cadastramento e atualização. Isso evidenciado por relatos dos profissionais que se sentem intimidados em cadastrar usuários em duas situações: (a) residente na área, porém com domicílios em outros municípios e sem atualização do cartão SUS, já que essa situação os favorece para benefícios próprios e (b) usuários de zona urbana que alegam não aceitarem o cadastramento sob condição de perderem benefícios sociais, já que a concessão e manutenção de alguns deles, leva em consideração a residência em áreas rurais e há receio de cruzamento de dados entre bancos informatizados.

A segunda questão refere-se a conflitos estabelecidos no plano pessoal entre os próprios ACS e usuários cobertos, o que reflete diretamente nas relações interpessoais e na regularidade das visitas domiciliares, fundamentais para realização e atualização dos cadastros.

Essa integração ensino-serviço contribuiu para que os profissionais pudessem refletir sobre sua ação na realidade onde estão inseridos, buscando assim, problematizar o seu cotidiano, garantindo aprendizado e estimulando motivação e liderança para se tornarem agentes transformadores da sua própria prática na reorganização territorial das áreas adscritas.

Através da presente iniciativa, algumas contribuições para o planejamento e gestão da APS já foram evidenciadas, tanto no nível municipal quanto local das ESF.

No nível municipal, os dados produzidos pelo instrumento de planificação territorial permitiram construir subsídios ao AI e à coordenação da APS para redimensionamento e revisão das áreas adscritas com maiores problemas de desorganização do território. Outras contribuições dizem respeito à construção de evidências para justificar a contratação de novos profissionais e à identificação de locais estratégicos para implantação de novas ESF. Essa última contribuição resultou em movimentos institucionais recentes para a implantação de novas equipes, ainda que em locais provisórios, garantindo, assim, o acesso de usuários, antes descobertos, à APS. Por fim, cabe destacar que as oficinas canalizaram um clima organizacional mais cooperativo e colaborativo entre as equipes e a gestão da APS, antes bastante fragmentado e conflitivo.

No nível local, o redimensionamento das áreas adscritas vem permitindo a redefinição dos limites territoriais entre cada equipe; a realocação de usuários para unidades mais próximas, reduzindo barreiras geográficas; o reequilíbrio do teto de usuários cobertos e descobertos entre as USFs e UBSs, reduzindo, assim, a sobrecarga de trabalho para os ACS e gerentes das unidades; além de permitir uma melhor padronização de condutas em relação ao cadastramento e atualização dos usuários, informações sanitárias do território e uso de mapas dinâmicos como ferramenta de planificação das ações e serviços.

Ao subsidiar estratégias de aproximação com o cenário da força de trabalho, esses avanços possibilitaram ganhos na gestão em saúde no plano municipal, indicando variáveis que possibilitasse o provimento, movimentação e qualificação dos gestores e trabalhadores para negociação e tomada de decisão. O dimensionamento é um dispositivo potente por contribuir com a ampliação de competências na gestão do trabalho, sendo um instrumento técnico fundamentado no planejamento e no desenvolvimento da força de trabalho (MACHADO; POZ, 2015). A força de trabalho em saúde representa um fator de grande importância nos sistemas de saúde, sendo imprescindível à promoção e ao avanço da área. Ademais, o dimensionamento possibilita de forma articulada às necessidades dos usuários, dos trabalhadores e do SUS, a qualificação do processo de tomada de decisão na área do planejamento em saúde (RAMOS; POSSA, 2016).

Considerações finais

Em suma, cabe salientar que essa iniciativa traz um ganho de tripla via para os atores envolvidos. O ganho para a gestão que passa a ter artifícios para dimensionar a força de trabalho no plano municipal; para as equipes porque permitiu contribuições para reorientação das práticas de gestão e cuidado, além de reorganizar seu processo de trabalho no território; e por fim, para a universidade no plano de cooperar e aprender com a gestão, o serviço e a comunidade, sem colocar-se equivocadamente como o seleiro da sabedoria e perfeição.

Os limites aqui descritos ratificam as concepções de território como espaço vivo e permeado por relações de poder, de modo que a territorialização na APS, não necessariamente, é um processo cooperativo e pacífico. Ao contrário, as determinações políticas locais subestimam a viabilidade operacional da territorialização como primeiro passo para organização de sistemas municipais de saúde, orientados pela APS.

Por fim, o processo da EPS foi um importante dispositivo de construção coletiva, cogeriada, motivadora e canalizadora de corresponsabilidades entre os atores. Isso de certa forma construiu expectativas de mudança que, na hipótese de uma quebra deflagrada por promessas não cumpridas no plano municipal, poderá alimentar e reacender novos conflitos e enfrentamentos futuros nas relações gestão e atenção em saúde.

Referências

- ARAGÃO, M. N. **Limites e desafios da implantação de Redes de Atenção à Saúde no contexto municipal**. Salvador. 2016. 156 f. (Dissertação em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2016
- ARAÚJO, T. A. M.; VASCONCELOS, A. C. C. P.; PESSOA, T. R. R. F.; FORTE, F. D. S. Multiprofessionality and interprofessionalism in a hospital residence: preceptors and residents' view. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 601-13, 2017.
- ARRUDA, M. P.; ARAÚJO, A. P.; LOCKS, G. A.; PAGLIOSA, F. L. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p.518-524, 2008.

AYRES, R. C.; PEREIRA, S. A. O. E.; AVILA, S. M. N.; VALENTIM, W. Acolhimento no PSF: Humanização e Solidariedade. **O Mundo da Saúde**, v.30, n.2, p.306-311, 2006.

BARREIRAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Conselho Municipal de Saúde. 80 p. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 436 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 01 de julho de 2018.

CECCIM, R. B. **Permanent Education in the Healthcare field: an ambitious and necessary challenge**. **Interface**, v.9,n.16, p.161-77,2005.

COSTA, M. V. **A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões**. **Interface (Botucatu)**, v.20, n.56, p.197-8, 2016.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia** vol. 5. Tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Editora 34, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

JECKER, J.; ADAMS-CARPINO, G.; BERRY, S.; BRIGSS, M.; CHISHOLM, B.; CLACK, J.; et al. **Interprofessional learning guide**. Ontário: Northern Ontario School of Medicine, 2015.

MACHADO, C. R.; POZ, M. R. D. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. **Revista Saúde em debate**, v. 39, p: 239-254, 2015.

MARQUES, M. C. C. **Um novo olhar sobre o território**. Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, 2007.

MATUS, C. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: FUNDAP, 2005.

MATTOS, M.P. Metodologias ativas auxiliando no aprendizado das ciências morfofuncionais numa perspectiva clínica: Um relato de experiência. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, v. 16, n. 2, p. 146-150, 2017.

MORIN, E. **O pensar complexo**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MOURTHÉ JUNIOR, C.A.M; LIMA, V.V; PADILHA, R.Q. Integrating emotions and rationalities for the development of competence in active learning methodologies. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 577-88, 2018.

MONKEN, M; BARCELLOS, C.O território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira; Corbo, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Redes de profissões de saúde. Enfermagem e obstetrícia. Recursos humanos para a saúde**. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra, CH: RPSEORHS, 2010.

PEDUZZI, M.; NORMAM, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47 n.4, p. 977-983, 2013.

RAMOS, L.; POSSA, L. B. Dimensionamento da força de trabalho no sus: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em saúde. **Saúde em Redes**, v.2, n. 1, p: 43-52, 2016.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface (Botucatu)**, v.20, n.56, p.185-96, 2016.

REEVES, S.; FLETCHER, S.; BARR, H.; BIRCH, I.; BOET, S.; DAVIES, N. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education. BEME Guide No. 39. **Medical Teacher**, v.38, n. 7, p.656-68, 2016.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.

SANTOS, M. **Territórios e Sociedade**: entrevista com Milton Santos. 2ª ed. Da 2ª reimpressão. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 2004.



Capítulo 8

O PROCESSO DE PLANEJAR E DIMENSIONAR A FORÇA DE TRABALHO EM HOSPITAIS DO SUS: A EXPERIÊNCIA DE UMA FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

Alessandro Belizário de Oliveira Ávila
Desirée dos Santos Carvalho
Luanna Vieira Rodrigues Mascarenhas
Maria de Jesus Barbosa Campos
Maria Helena Pereira Lopes
Tiago Pereira da Silva

Introdução

Trata-se de um estudo analítico-descritivo da experiência de formação-intervenção no processo de planejamento e dimensionamento da força de trabalho em uma unidade hospitalar no Estado do Tocantins, do ponto de vista dos atores implicados, sobre a ótica da educação permanente como ferramenta de ensino aprendizagem e gestão do trabalho.

Este processo de planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde na SES-TO resultou da Carta Acordo firmada entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e a Associação Brasileira da Rede Unida, fruto da parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins com objetivo de “Desenvolver processos de educação permanente, para gestores e técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins envolvidos no processo de planejamento e dimensionamento da força de trabalho nas áreas da Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Hospitalar”.

Este relato objetiva apresentar uma experiência de formação intervenção, o contexto em que foi formulada e implementada, a metodologia utilizada na formação, como foi a realização e os resultados alcançados.

Descrever esta experiência se faz importante devido seu caráter inovador uma vez que apresenta alto potencial na produção de sujeitos críticos- reflexivos aptos à aproximação, articulação e integração entre os serviços.

Contextualizando a experiência do processo de formação em Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em uma unidade hospitalar no Estado do Tocantins

O aumento da população, o dinamismo em seus diversos aspectos, aliados aos inúmeros problemas de saúde demandam serviços públicos em maior quantidade e qualidade, que estejam organizados em processos simples e sejam capazes de dar respostas rápidas às necessidades impostas.

A sociedade vem exigindo do poder público uma atuação cada vez mais voltada para o alcance de resultados, isto é, além da eficiência tão perseguida pelas organizações nos últimos tempo s; atualmente a eficácia e a efetividade da ação governamental são as palavras de ordem. (SCHIKMANN, 2010. p. 12).

Em se tratando de promover uma gestão de serviços eficazes e eficientes, a Gestão do Trabalho em Saúde (GTS) assume papel fundamental partindo do pressuposto de que o aprimoramento tecnológico não substitui a presença dos profissionais, não sendo suficiente a criação de técnicas, pois o trabalho humano na relação direta com os usuários é imprescindível à qualidade da assistência (LUCENNA; CROSSETTI, 2007).

A força de trabalho torna-se imprescindível para o sistema de saúde, visto que ela se constitui em um dos principais determinantes para a qualidade do cuidado, contribuindo diretamente para o alcance de resultados, pois, “são as pessoas que mudam práticas e modelos. E qualquer processo de mudança só irá ocorrer se houver adesão dos trabalhadores”. (GIL; LUIZ; GIL, 2016, p. 28:29)

O planejamento e dimensionamento da força de trabalho são instrumentos importantes, tendo em vista que: 1) possibilitam um equilíbrio entre a disponibilidade da força de trabalho e as demandas por atendimento da população usuária e, 2) contribuem para a ampliação e organização de competências na gestão do trabalho.

o Planejamento de recursos humanos visa sistematizar a avaliação das necessidades futuras de pessoas na organização, com o objetivo de supri-la com um quadro de pessoal adequado em relação ao perfil profissional e à composição quantitativa e qualitativa (SCHIKMANN, 2010, p. 20).

O Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), que trata do financiamento dos serviços de saúde, emitido em 2010, evidencia que as demandas no sistema de saúde e, especificamente a utilização dos serviços hospitalares são crescentes por diversos fatores, tais como: o crescimento populacional, os agravos decorrentes do envelhecimento populacional, da violência e de acidentes de trânsito e a disponibilidade de novas tecnologias do cuidado.

O documento aponta ainda a necessidade da construção de um sistema de saúde capaz de ofertar tratamento e prevenção de doenças, além de promoção de saúde. Ressalta ainda que investir recursos de modo mais inteligente pode ajudar a chegar mais perto de sistemas universais de saúde sem aumentar os gastos. Sendo assim é essencial o planejamento, inclusive da força de trabalho que possa contribuir para alcançar os objetivos esperados (OMS, 2010).

Considerando a GTS como uma questão relevante, há necessidade de que o planejamento e gestão do trabalho superem a transmissão e aplicação de conhecimentos técnicos, regras e normativas. Defende-se que desenvolvimento das competências da área de gestão do trabalho, como é o caso do planejamento e dimensionamento de força de trabalho, constitua-se através de processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) em que a formação ocorra no trabalho, pelo trabalho e com o trabalho, ou seja, que incorpore objetivos formativos e interventivos simultaneamente.

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente/MS, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial (BRASIL, 2009).

Para Ceccim e Ferla (2009). “A ‘educação permanente em saúde’ precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’”. Desta forma, a EPS se torna em ação estratégica, possibilita produção de conhecimento e ainda contribui para transformações efetivas nos processos de trabalho através da valorização das experiências do cotidiano.

Antecedentes e estratégias utilizadas para a implantação da formação-intervenção em dimensionamento da força de trabalho na SES/TO

Considerando o compromisso da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES) em ampliar o acesso aos cuidados de saúde à população, melhorar a qualidade dos serviços e fortalecer a promoção e vigilância em saúde, foi instituído em junho de 2017 um grupo estratégico de profissionais da gestão que participaram do projeto, “Desenvolvimento de Metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho nos Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência”, ofertado pelo Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Rede Unida (REDE UNIDA, 2018).

Durante o projeto (junho a novembro de 2017), formaram-se quatro trabalhadores da SES/TO na metodologia proposta e, ao mesmo tempo estes trabalhadores contribuíram para validação e qualificação do método que estava em construção. A formação previa a realização do dimensionamento de pelo menos um serviço de saúde do território, como dispositivo de aprendizagem significativa e educação permanente.

Na ocasião foram encontradas dificuldades de acesso aos dados necessários (força de trabalho, indicadores de saúde, censo hospitalar entre outros) para a execução da tarefa proposta, o que impossibilitou a realização do dimensionamento da força de trabalho da porta de entrada de urgência e emergência do Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres (HGP) instituição escolhida para o exercício da formação. Todavia, esta formação inicial aliada à necessidade da reorganização dos serviços da Rede de Saúde do Tocantins motivou a SES/TO a estruturar um novo projeto, cuja implementação é o objeto deste relato, a fim de dar continuidade ao processo.

Como estratégia para o desenvolvimento dos processos de planejamento e dimensionamento acordado entre as instituições parceiras a Portaria/SES/GABSEC Nº 83, de 1º de Fevereiro de 2018 (BRASIL, 2018), instituiu o Grupo Conductor (GC) e os Grupos de Trabalho (GT) para o Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde em unidades hospitalares sob Gestão Estadual, em Vigilância em Saúde e em Atenção Básica.

A Portaria dispôs ainda sobre a composição e responsabilidade do GC e cada GT. O GC foi composto por 07 (sete) membros, sendo eles integrantes do Gabinete do Secretário e das Superintendências: de Gestão Profissional e Educação na Saúde; de Políticas de Atenção à Saúde; de Unidades Próprias; de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde e de Assuntos Jurídicos.

O GT para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho das unidades hospitalares sob gestão estadual (GTH) foi composto por 07 (sete) membros, profissionais técnicos da SES, sendo 02 (dois) da Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde, 01 (um) da Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde, 02 (dois) da Superintendência de Unidades Próprias e 02 (dois) do Hospital Geral de Palmas, com a responsabilidade de, em 210 dias, realizar:

- a) A Formação-Intervenção em Metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde, coordenada e com frequência mínima estabelecida pela Associação Brasileira da Rede Unida/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS);
- b) O Planejamento e Dimensionamento do Hospital Geral de Palmas; a Análise comparada da força de trabalho de 05 (cinco) unidades hospitalares sob gestão estadual;
- c) O Cronograma de planejamento e dimensionamento das unidades: Hospital Regional de Araguaína, Hospital Regional de Gurupi, Hospital Regional de Augustinópolis, Hospital e Maternidade Dona Regina, Hospital Infantil de Palmas Planejar e Dimensionar a Força de trabalho de uma unidade hospitalar.

O projeto de formação-intervenção considera a educação permanente como referencial, adotando uma estratégia formativa dinâmica e complexa, que permita ao mesmo tempo aprender e aplicar os saberes sobre dimensionamento de força de trabalho, além de viabilizar que os atores implicados em dimensionar conheçam os ambientes, os processos de trabalho e os profissionais do serviço a ser dimensionado, construindo espaços de comunicação intensa e o compartilhamento de conhecimentos e saberes.

Para Possa e Trepte (2018, p.8) a “metodologia” da formação é uma tecnologia que prevê inflexões a partir da realidade local e está associada intimamente ao cotidiano do trabalho. Estas autoras descrevem que a educação permanente em saúde compartilha de ideias construtivistas para pensar sobre aprendizagem e, sobretudo, propõe que o processo de ensino ocorra não para, mas com os trabalhadores a partir dos problemas cotidianos do trabalho.

A metodologia apresentada como proposta para a formação-intervenção do planejamento e dimensionamento da força de trabalho dos serviços hospitalares está organizada em cinco etapas distintas e complementares, a saber: Definição do escopo de projeto; Análise de rede de saúde; Descrição da força de trabalho; Análise comparada da força de trabalho e; Dimensionamento da força de trabalho.

A seguir será relatada a experiência vivenciada pelo Grupo de Trabalho Hospitalar (GTH) em cada etapa proposta pela metodologia.

Definição do Escopo do Projeto

A escolha do campo de atuação, para o dimensionamento de força de trabalho hospitalar, partiu da identificação de oportunidades, ou seja, questionou-se qual dos serviços da rede hospitalar e demanda pela intervenção seria premente para os atores da SES/TO e do próprio Hospital e, também de viabilidade do trabalho nos tempos em que o projeto estava delimitado para ocorrer, a possibilidade de acesso ao serviço e as informações necessárias para desenvolver-se o trabalho. Esta etapa, denominada definição do escopo do projeto de dimensionamento hospitalar consistiu em descrever o contexto da demanda de dimensionamento de força de trabalho e na justificativa da demanda da gestão estadual para a intervenção no Hospital Geral de Palmas (HGP).

Para tal escolha, considerou-se vários aspectos, que apontaram o HGP como campo estratégico para iniciar o desenvolvimento da metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho ofertado pela OPAS/Associação Brasileira da Rede Unida. Entre estes ressaltam-se, a demanda crescente e permanente de solicitações para contratação de pessoal para atuar na unidade hospitalar; ausência de parâmetros e indicadores para orientar o processo de planejamento da força de trabalho; necessidade de reorganizar os serviços sob a ótica de prestar serviços de qualidade aos usuários; indispensabilidade de equilibrar força de trabalho de forma a produzir resolutividade no atendimento ao usuário e melhorar a qualidade do gasto público. Foram consideradas ainda as recomendações dos órgãos de controle, Ministério Público Federal e Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. Estas demandas resultaram da baixa resolutividade dos serviços (filas de cirurgias eletivas, exames e outros atendimentos).

Observou-se também, sob a ótica das oportunidades, que a unidade hospitalar está desenvolvendo vários projetos com vistas a reorganizar o processo de trabalho, entre eles o desenvolvimento do Plano Diretor Estratégico, por meio de cooperação com a Organização Pan-Americana de Saúde e, o AcolheSUS que aponta para a qualificação das práticas de cuidado a partir das portas de entrada, desenvolvido pela Coordenação Geral da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

A implementação dos investimentos estruturais, tecnológicos, humanos e de serviços tornaram o HGP um ambiente viável e pertinente para a realização de estudo da força de trabalho.

Considerando a instituição do GTH, ou seja, a definição da equipe responsável pelo planejamento e dimensionamento da força de trabalho para unidades hospitalares e o tempo disponível para a execução do projeto, o próprio grupo definiu a abrangência do estudo dentro desta unidade. Para o Dimensionamento da Força de Trabalho foram escolhidas as equipes das áreas Assistencial, Apoio Técnico e Apoio Diagnóstico e Terapêutico, totalizando 69 setores ou serviços dos 91 identificados no hospital.

Ainda durante a definição do escopo, o GTH foi demandado pelo gestor estadual a realizar o dimensionamento de duas equipes do HGP (Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro) e um estudo da evolução no número de leitos e trabalhadores do HGP, numa análise histórica entre os anos de 2014 a 2017 que também é apresentada neste livro. Estas atividades paralelas as atividades previstas na formação demandariam tempo do GTH e, por isso, negociou-se para que o escopo não fosse idêntico ao proposto na portaria que definiu a responsabilidade do GT.

Sendo assim, foi acordado que, se necessário, seriam priorizadas durante a formação, dentre todas as equipes do HGP a serem dimensionadas, aquelas que estavam em destaque no Planejamento Diretor Estratégico da Unidade. E que a Análise Comparada seria realizada com apenas mais uma unidade hospitalar estadual e não com outras cinco.

Análise da Rede de Saúde: contextualizando a responsabilidade do HGP no cuidado as pessoas do território

Para o planejamento da força de trabalho em saúde de um serviço, deve-se considerar sua inserção na rede de atenção e reconhecer que a demanda da força de trabalho de uma unidade de saúde é condicionada pela disponibilidade de serviços de saúde em um determinado território e pela modelagem tecnoassistencial que orienta a organização do mesmo em cada região de saúde.

Esta fase consistiu em analisar a modelagem tecnoassistencial e o contexto de rede no qual o hospital está inserido. As informações produzidas tornam evidente que o HGP é a maior referência estadual em atendimentos de média e alta complexidade do Tocantins, resultando que uma intervenção nesta unidade tem grande impacto na atenção à saúde do território.

Entre outras fragilidades encontradas na análise da rede de saúde, destaca-se a baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde, que apesar de ter cobertura superior a 90% não corresponde às necessidades do território. Ademais, o vazio assistencial de serviços de urgência e emergência e ambulatoriais nos municípios do estado culminam na concentração de demandas no HGP. Tais fatores indicam que o modelo assistencial hegemônico de bases curativas ainda não foi superado colaborando para a fragilidade da organização da rede de saúde no estado do Tocantins, sobrecarregando os serviços de maior densidade tecnológica, que atendem de portas abertas e recebem demandas de outras regiões gerando superlotação por condições sensíveis à atenção primária e secundária à saúde.

Durante a análise de rede observou-se a dificuldade de obtenção de dados dos serviços de saúde (produção, dados epidemiológicos, oferta de serviços, entre outros) visto que os sistemas de informação utilizados pela gestão estadual são restritos a setores específicos. Para analisar a demanda e produção da unidade, por exemplo, os membros do GTH não possuíam acesso ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH), assim foi necessário contatar a Diretoria de Controle e Avaliação por meio de e-mails e memorando.

Os dados de internação, número de leitos e atendimentos de urgência e emergência fornecidos pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Diretoria Administrativa da unidade hospitalar diferiam daqueles publicados no portal da saúde do estado, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) bem como da Diretoria de Controle e Avaliação. Após conflitar as informações verificou-se que não há atualização sistemática dos dados pela área técnica da SES/TO e assim optou-se por utilizar os dados fornecidos pelo HGP.

Estas situações demonstram o longo caminho que a SES precisa percorrer para a consolidação de sua rede de saúde:

a construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes, ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção. (BRASIL, 2009a. p. 8).

São estes os movimentos que constroem redes eficazes, capazes de produzir saúde nos territórios. Através da análise sistemática dos arranjos organizativos da rede de atenção do território, do HGP e da SES/TO, pode-se mapear a densidade tecnológica e os sistemas de apoio técnico e logístico disponíveis no estado do Tocantins, suas suficiências e insuficiências, apontando para o desenvolvimento de planos de ação que respondam as dificuldades identificadas.

Descrição da Força de Trabalho: quais são os trabalhadores que viabilizam o cuidado no HGP

Nesta etapa, o GTH se reuniu com membros do Projeto de Dimensionamento para os Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência e Emergência e baseado no relato da experiência já vivenciada por ocasião daquele projeto, foram evidenciadas as dificuldades de obter informações. Dessa forma, entendeu-se necessário construir estratégias de obtenção de dados qualificados sobre a força de trabalho existente no HGP.

Considerando a característica heterogênea do Grupo de Trabalho Hospitalar, o tamanho da demanda, o prazo e a falta de conhecimento e habilidade do grupo para o trato dos dados oriundo dos sistemas e, também a dificuldade de acesso às informações de recursos humanos, percebeu-se a necessidade de um colaborador especializado que contribuiria com essa tarefa, o qual foi incorporado ao grupo.

Para levantamento dos dados da força de trabalho o GT definiu como fonte os sistemas de informação disponíveis para a Diretoria de Gestão Profissional da SES, o Sistema de Recursos Humanos (SISRH) e Sistema de Folha de Pagamento (Ergon).

Durante a coleta de dados ficou evidente a necessidade de a SES sistematizar os processos de alimentação dos seus bancos de dados de forma a qualificar as informações, haja vista que foram encontradas algumas divergências que apontaram fragilidades nos dados disponíveis nos sistemas de informações existentes.

Para a descrição da força de trabalho foi escolhido a utilização dos dados do mês de maio de 2018. Essa escolha justificou-se por questões técnicas, tais como, disponibilidade de escalas e do consolidado da folha de pagamento. O GT classificou a força de trabalho da unidade hospitalar por áreas de atuação (Administrativo, Assistencial, Apoio técnico e Apoio Diagnóstico e Terapêutico) e atenção (Direta e Indireta). Também se classificou os trabalhadores por disponibilidade atual para o serviço (ativos e afastados), considerando afastados aqueles que estiveram fora da escala por mais de 15 dias por atestado de saúde, cedência e outros afastamentos, excetuando-se as férias.

Quando agrupados por setores, nesta etapa percebeu-se que o número de setores e serviços identificados quando da definição do escopo não correspondia ao real número de equipes e sim ao número de diferentes escalas realizadas pelos gestores do hospital.

Para tornar as informações mais fidedignas o colaborador analisou os dados por meio de comparação entre os bancos de dados, conferência dos cargos, vínculos, dados pessoais entre outros aspectos pertinentes à caracterização da força de trabalho do HGP.

Na fase de identificação das jornadas de trabalho dos trabalhadores da unidade hospitalar aplicou-se o que dispõe o Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado do Tocantins e o Plano de Cargos, Carreira e Salários - PCCR do Quadro da Saúde do Poder Executivo, a qual estabelece regras específicas acerca da carga horária realizada de acordo com as categorias profissionais. (BRASIL, 2007) e (BRASIL, 2012).

Os dispostos nestas leis influenciaram diretamente na definição da carga horária padrão. Pois:

Mesmo sendo fundamental que tenhamos o dado do total de horas de trabalho, visto que a força de trabalho são as horas disponíveis para a atenção e cuidado, precisamos converter essa informação em número de trabalhadores. Isso porque são esses números que nós utilizamos para produzir indicadores, para comparar serviços, para divulgar os resultados do dimensionamento, para realizar concursos, etc. Por isso torna-se relevante calcular o número de trabalhadores segundo a carga horária padrão. (POSSA; TREPTE, 2018, p. 47).

A força de trabalho é fator importante em uma instituição, são as pessoas que produzem e prestam cuidado aos usuários dos serviços. Assim é imprescindível estabelecer política de gestão do trabalho a partir da concepção de que é necessária a participação dos trabalhadores, visto que qualquer mudança nos processos de trabalho é mais provável de ocorrer a partir da construção conjunta com quem o faz.

Análise comparada: um olhar sobre a força de trabalho no HGP e em outro serviço da rede

A Análise Comparada da Força de Trabalho, conforme Possa e Treppe (2018, p. 50) é um estudo com o objetivo de comparar os diversos serviços quanto à composição da sua força de trabalho, a fim de propor indicadores que auxiliam a gestão do trabalho, sinalizando as diferenças e semelhanças entre os serviços da rede. Além de analisar os dados da força de trabalho, esta etapa permite visualizar as especificidades das unidades, sua densidade tecnológica, serviços ofertados e sua complexidade, entre outros.

Para a análise comparada foi escolhido o Hospital Regional de Araguaína (HRA), por ser do mesmo porte que o HGP (Porte III), tal classificação se dá pelas disposições da Instrução Normativa nº 003/2007 de 03 de abril de 2007 que dispõe sobre o sistema de classificação hospitalar do estado do Tocantins (SES-TO, 2007).

A análise foi realizada considerando e comparando dados da força de trabalho, número de leitos, indicadores de acompanhamento hospitalar priorizados no Plano Estadual de Saúde da SES e parâmetros de qualidades publicados pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), tendo como referência o mês de setembro de 2017 (SES-TO, 2018).

Nesta etapa foi observado que, apesar de possuírem o mesmo porte, as unidades diferem muito em termos de composição da força, o que pode estar relacionado ao número de leitos, complexidade dos cuidados ofertados dentre outros fatores.

As dificuldades no acesso às informações inviabilizaram o estudo dos dados epidemiológicos, absenteísmo, produção, bem como das condições de trabalho das unidades. Tais dificuldades reforçam a necessidade de promover uma política institucional de compromisso com a qualidade das informações.

Dimensionamento da Força de Trabalho: o caso do HGP

Estimar a carga horária necessária para determinado estabelecimento de saúde é desafiador, tendo em vista que o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde constituem um trabalho complexo por vários fatores, dentre outros: diversidade de atores e áreas envolvidas no processo de construção; a sensibilização dos interessados em construir consensos; as múltiplas possibilidades de análise dos dados existentes e a transformação destes em informações qualificadas; e a necessidade de envolver todas as áreas e categorias profissionais da unidade hospitalar.

O processo de dimensionamento da força de trabalho no HGP iniciou-se pelas equipes do Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o resultado parcial para essas áreas foi apontado como urgente pelo gestor estadual e, portanto, serviu como um exercício prático da metodologia para aplicação e conhecimento dos indicadores, parâmetros para o dimensionamento e legislações que regulamentam a jornada de trabalho no estado do Tocantins.

Nesta etapa, considerando o processo de trabalho, a particularidade das equipes, bem como a dificuldade de acesso às informações da força de trabalho, foi necessário incorporar uma trabalhadora da UTI como colaboradora do GTH e também realizar visitas técnicas nos espaços de cuidado dessas equipes.

A experiência despertou o GTH para a necessidade de uma interação maior com os trabalhadores das áreas dimensionadas para compreender: os processos de trabalho, a necessidade do cuidado, escopo de práticas dos diferentes trabalhadores, do serviço e capacidade instalada existente e em operação. Assim, para a realização do dimensionamento nas demais áreas, foram realizados encontros com gestores e trabalhadores das equipes envolvidas. Nesses encontros foram negociados e pactuados os escopos dos serviços e das práticas dos trabalhadores, partindo da concepção de que a participação dos trabalhadores é fundamental para a efetividade e eficiência do processo de dimensionamento de forma a garantir o cuidado dos usuários.

Para Schikmann (2010, p. 21) “o planejamento é um processo contínuo que deve ser revisto periodicamente, uma vez que as necessidades mudam ao longo do tempo e os perfis profissionais, composição e quantitativo, devem acompanhar essas alterações”. Desta forma a utilização permanente desse processo poderá contribuir

para a adequação do dimensionamento do quadro de pessoal nas unidades hospitalares, propiciando a força de trabalho que a instituição precisa para produzir os resultados esperados, garantir a otimização do uso dos recursos públicos, evitando admissões e contratações indevidas.

Importa ressaltar que o GTH, a partir das visitas técnicas e dos relatos dos trabalhadores, está também identificando necessidades de qualificar a organização do trabalho. Observa-se que, em alguns casos, aplicam-se muitos esforços para a realização de tarefas, às vezes pela ineficácia nos processos de trabalho e nas relações entre pessoas. Estudos acerca deste tema destacam a importância do reconhecimento de que a vida produtiva se organiza pelas relações, ou seja, a partir das conexões realizadas pelas pessoas que estão na situação e que essas são mais potentes quando se formam em linhas de fluxos horizontais dentro das organizações. Desta forma o trabalho em equipe é definido como:

uma modalidade de trabalho coletivo, construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação (PEDUZZI, 2001. p. 108).

Além disso, a experiência de dimensionar a força de trabalho necessária para a UTI e Pronto Socorro e, de iniciar o processo das demais equipes do HGP, propiciaram reconhecer a importância do trabalho em equipe multiprofissional, visto que este é uma estratégia essencial para a integralidade da prática do cuidado.

Até a redação deste relato o GTH havia conhecido as práticas, investigado os dados de produção e as ofertas de cerca de 40 setores/serviços. Estes foram agrupados considerando seus processos de trabalho e as linhas de cuidado, sendo assim dimensionada a força de trabalho organizada em 21 equipes.

O GTH mantém o trabalho na perspectiva de concluir o dimensionamento de todas as equipes, produzindo sínteses por linhas de cuidado e propondo a força de trabalho adequada para o HGP, considerando as ofertas de cuidado e as necessidades da população.

Considerações Finais

O planejamento e dimensionamento da força de trabalho nos hospitais encontram - se em fase inicial no estado, tendo como primeiro caso o HGP, com o desafio de expandi-lo para as demais unidades hospitalares sob gestão estadual.

De acordo com o trabalho realizado até o presente, constatou-se que há um longo caminho a ser percorrido pela gestão do trabalho da SES no que tange ao planejamento da força de trabalho das unidades hospitalares do Tocantins. Em fase inicial, o projeto já evidencia a complexidade e os desafios na realização deste trabalho.

As principais potencialidades identificadas foram à integração de diversas áreas e a possibilidade de reconhecer e valorizar os processos de trabalho de cada equipe, analisando dados e escutando os trabalhadores e gestores das áreas para a construção do dimensionamento. A maior dificuldade encontrada foi à coleta de dados, o que evidencia a necessidade de qualificar os sistemas de informações existentes e disponíveis sobre a força de trabalho, a capacidade instalada e os cuidados produzidos nos serviços sobre gestão da SES/TO.

A hipótese de que a formação-intervenção era inexecutável surgiu em diversos momentos haja vista que o GTH, além das dificuldades já narradas, precisou dedicar mais do que a carga horária que lhe fora destinada, colocando muitas vezes outras atividades de sua responsabilidade em atraso. Cabe destacar que o grupo de gestores e trabalhadores que realizaram a formação-intervenção o fizeram acumulando as demais atividades que desempenhavam anteriormente.

No entanto, a atividade contribui para as reflexões conjuntas de trabalhadores e gestores da SES/TO que reafirmam a necessidade de qualificar as formas de planejamento e dimensionamento da força de trabalho no Estado, o que se espera lograr com o aprendizado vivenciado na participação do GTH na formação-intervenção em planejamento e dimensionamento da força de trabalho desenvolvido no Estado.

Importa ressaltar a relevância do processo formativo no formato em que foi realizado, no trabalho, com o trabalho e para o trabalho, possibilitando aos atores entender e propor que o planejamento e dimensionamento da força de trabalho se torne permanente e contínuo, tendo em vista que este é uma importante ferramenta para a política de gestão de pessoas. Além disso, foi evidenciado que o planejamento e dimensionamento da força de trabalho nesta metodologia, quando aplicada de forma participativa, é capaz de identificar muito mais que o número adequado de trabalhadores para a composição de cada equipe, sendo potente também implicar as equipes no sentido de elucidar dificuldades e mobilizar para o desenvolvimento de soluções relacionadas aos processos de trabalho e as necessidades de adequações de fluxos, estruturas e ofertas de serviços.

A busca por instrumentos que possam aferir as reais necessidades da força de trabalho, a construção de metodologias e parâmetros para a definição de carga horária adequada e, conseqüentemente uma melhor organização nos processos de trabalho; bem como a adequação entre a força de trabalho, a capacidade instalada e a complexidade do cuidado ofertado, são os principais desafios a serem trabalhados para a continuidade do processo.

Considerando a relevância do dimensionamento para a gestão do trabalho, bem como a relação direta que as abordagens utilizadas têm com os indicadores hospitalares e a produção de cuidado das pessoas, o GTH sugeriu aos gestores a institucionalização dessa prática na SES/TO, uma vez que o método construído e apreendido pela equipe permitirá a incorporação do dimensionamento nos processos de trabalho da SES. A institucionalização também contribuirá para promover a integração entre as áreas competentes para a tomada de decisões sobre os serviços de saúde na SES/TO. Esta integração foi possível e mostrou-se necessária durante a formação-intervenção realizada. Desta forma, a realização do dimensionamento como educação permanente de trabalhadores e gestores da SES/TO evidenciou a necessidade e criou as condições para que seja composta uma equipe com função exclusiva e permanente para o dimensionamento da força de trabalho das unidades hospitalares sob gestão estadual e, ainda para serem desenvolvidas estratégias de monitoramento que garantam a sustentabilidade desta ação.

O investimento na qualificação de trabalhadores e gestores, realizado através dessa formação-intervenção deve ser aproveitado.

A partir da experiência desenvolvida no dimensionamento do HGP torna-se possível indicar à gestão estadual os próximos passos a serem dados, de forma estratégica, para a qualificação da gestão do trabalho no estado.

Referências

BRASIL. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 003/2007 de 03 de abril de 2007. **Dispõe sobre o sistema de classificação hospitalar do estado do Tocantins.** Tocantins, 2007, abr.

BRASIL. LEI Nº 1.818 de 23 de agosto de 2007, **Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado do Tocantins.** Diário Oficial do Estado do Tocantins nº 2478 de 24 de agosto de 2007. Tocantins, 2007, p. 01-20.

BRASIL. LEI Nº 2670 de 19 de dezembro de 2012, **Plano de Cargos, Carreira e Salários - PCCR do Quadro da Saúde do Poder Executivo.** Diário Oficial do Estado do Tocantins nº 3778 de 19 de dezembro de 2012. Tocantins, 2012, p. 23-34.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. PORTARIA/SES/GABSEC Nº 83, de 1º de fevereiro de 2018. **Institui o Grupo Condutor e os Grupos de Trabalho para o Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde em unidades de saúde sob gestão estadual e dois municípios-pilotos.** Diário Oficial do Estado do Tocantins nº 5054 de 19 de fevereiro de 2018. Tocantins, 2018, p. 30-32

BRASIL. **Redes de Produção de Saúde.** Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da saúde, 2009a.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. 2009-Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.sites.epsv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html> Acesso em: 27 de setembro de 2018.

GIL, C. R. R.; LUIZ, I. C.; GIL, M. C. R. **Gestão Pública em Saúde: O processo de trabalho na Gestão do SUS.** 1ª edição. Unidade II. EDUFMA (2016) p 28-29.

LUCENNA, A.; F. CROSSETTI, M. G. O. Significado do Cuidar na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, RS. 2004. Ago 25(2) 243-56.

MORAES, M. V. E. Et. al. **Os Avanços e Desafios na Gestão da Força de Trabalho no Poder Executivo Federal.** Ipea, Brasília. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O Relatório da Organização Mundial da Saúde -Financiamento dos Sistemas de Saúde o caminho para a cobertura universal.** 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública** 2001;35(1):103-9.

POSSA, L. B.; TREPTE, R. F. (Org.) **Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho para os Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência e Emergência: Desenvolvimento de Metodologia.** 2.ed. Rio Grande do Sul. Editora redeunida, 2018.

Rede Unida. **Planejamento da Força de Trabalho para Urgências e Emergências.** Disponível em: <http://dimensionatrabalho.redeunida.org.br/>. Acesso em: 27 de setembro de 2018.

SCHIKMANN, R. **Gestão de Pessoa:** Bases Teóricas e Experiências no Setor Público. Brasília: ENAP, 2010. p. 11-27.



CAPÍTULO 9

DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO: ANÁLISE HISTÓRICA E COMPARADA DO HOSPITAL GERAL DE PALMAS/TO

Alessandro Belizário de Oliveira Ávila
Desirée dos Santos Carvalho
João Carlos Dias Medeiros
Liana Barcelar Evangelista Guimarães
Luanna Vieira Rodrigues Mascarenhas
Luciana Ribeiro Tanabe
Maria de Jesus Barbosa Campos
Maria Helena Pereira Lopes
Tiago Pereira da Silva
Ullannes Passos Rios
Cristiane Scolari Gosch

Introdução

O estudo relatado neste Capítulo descreve e analisa a evolução histórica da força de trabalho do Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres (HGP), no Tocantins, no período de 2014 a 2017. Foi realizado durante a participação dos autores no “Projeto de Fortalecimento da Gestão do Trabalho na Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins (SES-TO), que ocorreu numa parceria com entre esta Secretaria, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e a Associação Brasileira da Rede Unida, com objetivo de “Desenvolver processos de educação permanente, para gestores e técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins envolvidos no processo de planejamento e dimensionamento da força de trabalho nas áreas da Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Hospitalar” (Carta Acordo SCON2017-02407).

Para o desenvolvimento desse projeto, a SES-TO, instituiu o Grupo Condutor (GC) e Grupos de Trabalho (GT), dentre eles o GT para o Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde em unidades hospitalares sob Gestão Estadual, composto por 07 (sete) membros, profissionais técnicos da SES (BRASIL, 2018). Em fevereiro de 2018, os autores deste capítulo, componentes deste GT, foram demandados pelo gestor através do GC a realizar uma atividade prévia ao planejamento da força de trabalho: uma produção de dados que pudesse explicitar a situação da força de trabalho do HGP ao longo dos anos do governo atual.

Inspirados na metodologia utilizada na produção do Relatório Técnico intitulado “Análise Histórica da Evolução do Quadro de Pessoal e Leitos do Grupo Hospitalar Conceição” (BRASIL, 2014), com apoio da equipe Rede Unida/OPAS e de outros colaboradores internos da SES-TO, os membros do GT propuseram então coletar e analisar os dados referentes ao último ano do governo anterior e anos decorridos do atual, comparando também com parâmetros externos. Neste contexto, entre fevereiro e abril do ano de 2018, no cotidiano do trabalho, através das experiências no trabalho e comprometidos com a produção de conhecimento que possibilite a qualificação da atenção e do acesso aos serviços no SUS, os autores realizaram uma análise histórica e comparada da força de trabalho do HGP.

Objetiva-se com esse relato socializar a metodologia de análise histórica e comparada uma vez que, no caso do HGP, mostrou-se uma ferramenta útil para produzir reflexões sobre a força de trabalho, contextualizar a realidade histórica naquele hospital, produzir-se como educação permanente e contribuir para os processos decisórios, seja especificamente no que diz respeito ao planejamento e dimensionamento, seja para outras questões da gestão trabalho. Mais especificamente descreve a força de trabalho e a correlação desta com a capacidade instalada disponível para internação hospitalar no período de análise. Para tanto, são apresentados o número de trabalhadores, os investimentos em remuneração, a capacidade instalada de leitos e os indicadores de trabalhadores totais por leito, número de enfermeiros e de técnicos e auxiliares de enfermagem por leito. A utilização destes indicadores permitiu qualificar a análise ao possibilitar a comparação: 1) da força de trabalho e da capacidade instalada, para internação, do mesmo hospital ao longo do período delimitado para o estudo e; 2) da força de trabalho existente no HGP com parâmetros construídos a partir da realidade de outras instituições hospitalares brasileiras¹³.

Além de possibilitar um olhar “para dentro” da organização, os indicadores também permitem que a organização “olhe para fora”, possibilitando que os processos internos possam ser comparados com similares. A comparabilidade torna-se importante, na medida em que permite que empresas de excelência sirvam como parâmetro e referência para as demais na busca de oportunidades de melhoria. A atividade de comparar os resultados de uma organização com aqueles alcançados por outras organizações permite avaliar o desempenho alcançado e identificar diferenciais favoráveis, que deverão ser mantidos, ou desfavoráveis, que deverão ser tratados (NAGEH, 2017).

Este trabalho trata-se de um estudo de caso com objetivo descritivo, visto que apresenta a força de trabalho no HGP, e, também, analítico, na medida em que buscou-se contextualizar e explicar as variações desta força de trabalho ao longo do período delimitado para análise e em relação aos parâmetros da literatura. Este método foi escolhido porque permite visualizar os diversos fatores e variáveis que influenciam um determinado fenômeno (ARAÚJO, 2008). Para responder aos objetivos do estudo foram associadas às abordagens quantitativa e qualitativa de pesquisa viabilizando tanto a exposição dos dados quanto a exploração dos diversos acontecimentos, na gestão e na atenção no HGP, que influenciaram as variações observadas na série histórica dos dados da força de trabalho do hospital no período de 2014 a 2017.

O período entre 2014 e 2017 foi selecionado por permitir uma análise contextual da realidade, consubstanciado com dados de maior consistência para o referido estudo e os investimentos que foram realizados no período com contratação de pessoal, infraestrutura, implantação de novos serviços e outros.

A realização desta análise é considerada relevante na medida em que identifica e problematiza os principais dados sobre a força de trabalho que qualificam a gestão do trabalho, tornando explícito os investimentos que foram realizados pela SES/TO no que tange à qualificação do serviço de saúde prestado pelo HGP.

As bases e fontes de dados sobre o HGP utilizadas para a análise foram: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema de Gestão de Pessoas e Folha de Pagamento - Sistema ERGON e Núcleo Interno de Regulação (NIR).

Foi considerado o número de trabalhadores¹⁴ de todas as categorias profissionais, vinculadas ao hospital, em setembro de cada ano da série histórica. Foram excluídos dos cálculos os trabalhadores terceirizados e os afastados por mais de 15 dias no mês de referência. Com objetivo de manter a mesma forma de cálculo usada no CQH (NAGEH, 2017), para “relação empregado/leito”, que aqui chamaremos de “relação trabalhador/leito”, nesse indicador excluiu-se também das somas os trabalhadores da categoria “Médico” e os que tem carga horária menor que 20h e incluiu-se todos os trabalhadores terceirizados.

Os resultados encontrados, que apresentaram maior variação no período e em relação aos parâmetros da literatura, foram descritos e analisados tendo como objetivo apontar hipóteses explicativas para a realidade que expressam. Para tanto utilizou-se a análise documental, análise de dados relativa à capacidade instalada e produção assistencial e o relato de experiências dos autores, uma vez que estão implicados e participaram do contexto histórico e institucional do HGP e da Secretaria Estadual de Saúde de Tocantins no período analisado, ou em parte dele.

A seguir serão apresentadas a caracterização do Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres (HGP) e a descrição e análise da força de trabalho, quanto aos cargos, vínculos, área de atuação e relação com a atenção, bem como os investimentos em remuneração dos trabalhadores, no período delimitado para esta análise. Na sequência, os indicadores relativos à força de trabalho serão descritos e analisados e, por fim, considerações acerca da experiência analítica produzida.

Caracterização do HGP e Descrição da Força de Trabalho

O Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres (HGP), está localizado na Região de Saúde Capim Dourado, que detém a maior concentração populacional do estado. Classificado como Porte III é referência estadual para atendimentos de urgência e emergência, média e alta complexidade. Além destes, a unidade atende consultas ambulatoriais de especialidades integradas ao hospital, sendo o maior ofertante dos serviços. A instituição possui um total de 392 leitos distribuídos em: 08 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica, 26 de UTI Adulto, 302 de Especialidades Clínicas e Cirúrgicas, 18 de Unidade Intermediária, 06 de Unidade de AVC, 06 na Sala Vermelha, 14 Sala Amarela e 10 na Sala Verde (SES-TO, 2017).

O relatório anual do NIR do Hospital Geral de Palmas informa que no ano de 2017 foram realizados em média 2.144,5 atendimentos por mês na unidade, dos quais em média 1.812,75 entraram pela classificação de risco. Do total de atendimentos, 32,24% foram classificados como verde, 6,8% classificados como vermelho e 37,2% amarelo e 1,9% foram por transferência especializada. O HGP está constantemente investindo na qualificação do cuidado, analisando formas de adequar a taxa de ocupação, avaliando as complexidades do cuidado e, nos últimos, está buscando a organização em Linhas de Cuidados como forma de integração dos serviços para o cuidado integral.

Dentre os serviços ofertados na unidade, destacam-se os atendimentos nas especialidades Cardiovascular, Neurologia e Neurocirurgia, Traumato-Ortopedia, Cirurgia Bariátrica, Reumatologia, Oncologia, Clínica Médica, Infectologia, Bucomaxilofacial, Psiquiatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Ritmologia, Oncocirurgia, Urologia, Cardiologia, Nefrologia, Vascular, Plástica, Pneumologia, Serviço de Endoscopia e Diagnóstico por Imagem e conta também com um Banco de Olhos.

A Tabela 1 apresenta o número absoluto de trabalhadores das categorias profissionais que compunham a força de trabalho no HGP em setembro de cada ano da série histórica, bem como a diferença de cada ano para o ano inicial e a variação em percentual entre 2014 e 2017.

¹³ Os parâmetros usados como referência são oriundos do Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) – que monitora indicadores de pessoal de um grupo de hospitais com publicação da série histórica desde 2004 (CQH, 2018). Foram consideradas como referência para essa análise as medianas do resultado dos indicadores no quarto trimestre de cada ano;

¹⁴ Para esta análise considera-se “trabalhador” aquele profissional que mantém vínculo de trabalho (Contratado, Concursado e Comissionado) com a Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins.

Tabela 1 - Trabalhadores do HGP, por cargo, nos anos de 2014 a 2017, diferença entre os anos e variação percentual.

CARGO/NÚMERO DE TRABALHADORES/ANO	Nº Trab. 2014	Nº Trab. 2015	Nº Trab. 2016	Nº Trab. 2017	Diferença entre 2015 e 2014	Diferença entre 2016 e 2014	Diferença entre 2017 e 2014	Variação percentual entre 2014 e 2017**
Assistente Administrativo	9	10	8	9	1	-1	0	0%
Assistente de Serviços de Saúde	116	142	163	147	26	47	31	27%
Assistente de Serviços Hospitalares				6	0	0	6	500%
Assistente Social	41	48	61	64	7	20	23	56%
Auxiliar de Enfermagem	286	298	267	275	12	-19	-11	-4%
Auxiliar de Limpeza Hospitalar				134	0	0	134	13300%
Auxiliar de Serviços de Saúde	33	35	32	28	2	-1	-5	-15%
Auxiliar de Serviços Hospitalares				13	0	0	13	1200%
Cirurgião Dentista	29	36	35	37	7	6	8	28%
Copeira Hospitalar				78	0	0	78	7700%
Cozinheiro Hospitalar				16	0	0	16	1500%
Enfermeiro	321	325	342	387	4	21	66	21%
Farmacêutico	18	22	22	26	4	4	8	44%
Fisioterapeuta	78	86	107	99	8	29	21	27%
Fonoaudiólogo	13	7	16	11	-6	3	-2	-15%
Instrumentador Cirúrgico				20	0	0	20	1900%
Lavador de Roupa Hospitalar				35	0	0	35	3400%
Maquero	7	5	6	16	-2	-1	9	129%
Médico	243	289	337	370	46	94	127	52%
Nutricionista	15	17	20	25	2	5	10	67%
Porteiro				18	0	0	18	1700%
Psicólogo	29	32	30	37	3	1	8	28%
Técnico em Enfermagem	635	597	569	609	-38	-66	-26	-4%
Técnico em Radiologia	19	19	23	28	0	4	9	47%
Outros*	19	42	55	69	23	36	50	263%
Total Geral	1911	2010	2093	2557	99	182	646	34%

Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, dados de setembro de cada ano da série. *Administrador Hospitalar, Analista de Suporte Técnico, Analista em Controle de Zoonoses, Analista em Desenvolvimento Social, Analista em Tecnologia da Informação, Analista Técnico em Saúde, Analista Técnico em Serviço de Saúde, Analista Técnico Processual, Assessor Especial, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Serviços Gerais, Biólogo em Saúde, Biomédico, Controlador de Estoque Hospitalar, Costureira de Roupas Hospitalares, Diretor Administrativo, Diretora Executiva, Engenheiro Mecânico, Executivo em Saúde, Farmacêutico-Bioquímico, Gestor Público, Motorista de Ambulância, Operador de microcomputador, Pedagogo, Perfusionista, Supervisor de Serviços Operacionais, Supervisor de Suporte e Operação, Técnico Eletricista, Técnico em Contabilidade, Técnico em Eletrônica, Técnico em Laboratório, Técnico em Imobilização Ortopédica, Técnico em Operações de Suporte e Desenvolvimento, Técnico em Saneamento Ambiental, Técnico em Segurança do Trabalho, Técnico em Serviço de Saúde, Terapeuta Ocupacional. ** Nos casos em que o número inicial de trabalhadores era zero, considerou-se um, apenas para viabilizar o cálculo da variação percentual e expressar as diferenças entre os anos de 2014 e 2017.

No ano de 2014, o Hospital Geral de Palmas, contava com 1911 trabalhadores, chegando a 2557 em 2017, distribuídos em 61 cargos, conforme apresentado na Tabela 1. O aumento no número de trabalhadores entre os anos de 2014 e 2015 foi de 99 servidores. Entre 2014 e 2016 o aumento foi de 182 servidores, e entre 2014 e 2017, 646 servidores.

Ao analisar o período entre 2014 e 2017, observa-se para as categorias Assistente de Serviços Hospitalares, Auxiliar de Limpeza Hospitalar, Auxiliar de Serviços Hospitalares, Copeira Hospitalar, Cozinheiro Hospitalar, Instrumentador Cirúrgico, Lavador de Roupa Hospitalar e Porteiro, um crescimento em percentual muito superior (entre 500% e 13300%) as demais categorias. O alto índice percentual explica-se em consequência da criação destes cargos no ano de 2017 e, para efeito de cálculo da variação percentual, foi considerado 1 trabalhador para o ano de 2014.

Foram contratados 20 trabalhadores para o cargo de Instrumentador Cirúrgico em 2017, reflexo da mudança na forma de admissão, pois, até meados de 2016 a função era desenvolvida pelos Técnicos de Enfermagem.

Com o fim do contrato de terceirização dos serviços de hotelaria, nutrição e dietética, houve a partir do ano de 2016 a contratação direta de cargos relativos a essa área, tais como: Auxiliar de Limpeza Hospitalar, Auxiliar de Serviços Hospitalares, Lavador de Roupa Hospitalar, Copeira Hospitalar e Cozinheiro Hospitalar. Também se destaca a categoria Porteiro, sendo as primeiras contratações no ano de 2017, com o objetivo de qualificar o fluxo de entrada de trabalhadores e usuários nas unidades hospitalares.

Ao analisar os cargos que já existiam no início da série histórica, a categoria de trabalhadores de cargos que apresentou o maior aumento foi a Médica, 243 trabalhadores em 2014, atingindo 370 em 2017, um percentual de 52% de crescimento.

Para os Técnicos de Enfermagem observa-se uma redução em número absoluto de 38 trabalhadores entre 2014 e 2015, e de 66 trabalhadores entre 2014 e 2016, o que pode estar relacionado com o vencimento do concurso realizado no ano de 2010 – encerradas as convocações em 2013. Além disso, houve aposentadorias e outras vacâncias também sem reposição até o ano de 2016. Retomada as contratações temporárias, verificou-se que diminuiu a diferença negativa para 26 trabalhadores entre 2014 e 2017, mostrando uma tendência de recuperar o quadro inicial.

O tema dos vínculos de trabalho é também uma questão relevante para compreender o cenário da força de trabalho no HGP. Para fins de admissão de pessoal a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES/TO) considera três tipos de vínculos:

- **Concursado:** É o cargo público de provimento efetivo, aqueles de recrutamento amplo, cujos titulares sejam selecionados, exclusivamente, mediante concurso público, de provas ou de provas e títulos, identificadores de funções de caráter técnico ou de apoio. (Lei Estadual nº 1.818, de 23 de agosto de 2007, em seu Art. 3º, § 2º, I);
- **Comissionado:** É o cargo de provimento em comissão, aqueles de livre nomeação e exoneração por ato dos Chefes dos Poderes do Estado, que configurem funções de direção, comando, gerência, chefia e assessoramento. (Lei Estadual nº 1.818, de 23 de agosto de 2007, em seu Art. 3º, § 2º, II);
- **Contratado:** É aquele admitido no serviço público para atender às necessidades temporárias de excepcional interesse público. (Lei Nº 1.978, de 18 de novembro de 2008, D.O.E. 2.779, de 19 de novembro de 2008).

A Tabela 2 apresenta os números absolutos de trabalhadores, os percentuais de cada vínculo em relação ao total de trabalhadores em cada ano e a variação do número de trabalhadores por vínculo de contratação no HGP nos anos de 2014 a 2017.

Tabela 2 - Número de trabalhadores do Hospital Geral de Palmas, por tipo de vínculo, nos anos de 2014 a 2017.

VÍNCULO / NÚMERO DE TRABALHADORES/ ANO	2014		2015		2016		2017		Variação % entre 2014 e 2017
	Nº Trab.	% Trab. / Total							
COMISSIONADO	26	1,4%	24	1,2%	11	0,5%	9	0,4%	-65,4%
CONCURSADO	1212	63,4%	1288	64,1%	1202	57,4%	1220	47,7%	0,7%
CONTRATADO	673	35,2%	698	34,7%	880	42,0%	1328	51,9%	97,3%
TOTAIS	1911	100,0%	2010	100,0%	2093	100,0%	2557	100,0%	33,8%

Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, dados de setembro de cada ano da série.

Observa-se entre os anos de 2014 a 2017 um aumento considerável no número de trabalhadores, principalmente entre os contratados. Neste mesmo período houve decréscimo de comissionados e a oscilação do número de concursados, encerrando a série com um aumento discreto quando comparados ao primeiro e o último ano.

O baixo crescimento de 0,7% do vínculo concursado, explica-se pela inviabilidade de reposição de força de trabalho através desse vínculo, visto que não houve concurso público no período. Já à redução de 65,4% no vínculo comissionado, ocorreu devido às mudanças na forma de designação para cargos da estrutura administrativa do HGP realizadas pela SES, que a partir de 2014, substituiu os cargos em comissão por funções gratificadas para servidores concursados.

A classificação por Área de Atuação diz respeito a quatro dimensões nas quais estão ou devem estar alocados os trabalhadores. A classificação dos trabalhadores do HGP foi realizada de forma arbitrária pelo GT, de acordo com os cargos e equipes nas quais atuam conforme os dados coletados, considerando: assistencial¹⁵, administrativa¹⁶, apoio técnico¹⁷ e apoio diagnóstico e terapêutico¹⁸.

A tabela a seguir apresenta a composição da força de trabalho do HGP distribuída por área de atuação.

Tabela 3 - Relação de trabalhadores do Hospital Geral de Palmas, por área de atuação, nos anos de 2014 a 2017.

ÁREA DE ATUAÇÃO / NÚMERO DE TRABALHADORES / ANO	2014		2015		2016		2017		Variação % entre 2014 e 2017**
	Nº Trab.	% Trab. / Total							
Administrativa	175	9%	222	11%	250	12%	439	17%	150,9%
Apoio Diagnóstico e Terapêutico	58	3%	65	3%	71	3%	182	7%	213,8%
Apoio Técnico	164	9%	178	9%	218	10%	234	9%	42,7%
Assistencial	1514	79%	1545	77%	1554	74%	1702	67%	12,4%
TOTAIS	1911	100%	2010	100%	2093	100%	2557	100%	33,8%

Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, dados de setembro de cada ano da série.

¹⁵ Equipe e/ou profissional que intervêm continuamente no cuidado com os pacientes em geral. Ex.: enfermeiro e médico.

¹⁶ Equipe e/ou profissional que executa, facilita e agiliza processos administrativos burocráticos inerentes a área de atuação. Ex.: assistente de serviços de saúde e porteiro.

¹⁷ Equipe e/ou profissional que utiliza seus conhecimentos para apoiar o processo de cuidado de forma pontual ou continuada de determinados pacientes. Ex.: psicólogo e fonoaudiólogo.

¹⁸ Equipe e/ou profissional que utiliza seus conhecimentos técnicos e recursos físicos para esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos. Ex.: técnico em radiologia e farmacêutico.

De acordo com a Tabela 3, o número absoluto de profissionais ampliou em todas as áreas de atuação no período analisado, com acréscimo que variou entre áreas de atuação de 12,4% (assistencial) à 150,9% (Administrativa). No entanto, em relação ao total de trabalhadores as únicas áreas que cresceram proporcionalmente foram o Apoio Diagnóstico Terapêutico e a Área Administrativa, enquanto a área de Apoio Técnico se manteve e a Assistencial reduziu.

A Área de Atuação Administrativa compunha 9,1% da força de trabalho total do HGP em 2014, ampliando para 17,1% em 2017. A força de trabalho da Área Assistencial apresentou variação de 79% em 2014 para 67% em 2017. Verificou-se que estas áreas se encontram acima de parâmetros encontrados na literatura, que apontam um percentual de 14% e 63% dos trabalhadores de um hospital, respectivamente (PICCHIAI, 2009; POSSA; TREPTE, 2018).

O Apoio Diagnóstico e Terapêutico o percentual foi de 3% em 2014 para 7% em 2017. O Apoio Técnico não houve variação de percentual entre 2014 e 2017, permanecendo em 9%. Os parâmetros encontrados na literatura demonstram 10% e 13% respectivamente, ficando a unidade abaixo dos valores referenciados (POSSA; TREPTE, 2018).

O aumento em número absolutos e em proporção do total de trabalhadores do HGP na Área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico explica-se, em parte, pela a publicação do Decreto nº 5.602, de 13 de março de 2017, em conformidade da Lei Federal nº 7.394, de 29 de outubro de 1985, que determina a impossibilidade de servidores Técnico em Radiologia realização de plantão extraordinário. Nesta ocasião foram vedados os plantões extras que estes profissionais executavam e o déficit de horas de trabalho para a manutenção da escala foram supridos através da contratação temporária em caráter emergencial. Ou seja, o aumento de servidores não ampliou as horas de trabalho de técnico de radiologia no hospital, apenas substituíram-se as horas disponíveis através de pagamento de horas extras por horas de novos profissionais admitidos através de contrato temporário.

Em relação à Área Administrativa evidencia-se que o maior crescimento ocorreu entre 2016 e 2017, devido ao rompimento do contrato de terceirização com a empresa responsável pelos serviços de lavanderia, limpeza e nutrição. Esses serviços passaram a ser executados por trabalhadores contratados diretamente pelo Estado. Além disso, foram contratados trabalhadores para a área administrativa, em resposta a demanda de qualificar a sistematização dos dados, controle dos custos da unidade e a produção de informações. Por fim, os profissionais das categorias limpeza hospitalar e porteiro tiveram seus cargos criados nos anos de 2016 e 2017 conforme descrito anteriormente.

A Área de Atenção considera a relação dos trabalhadores no atendimento, na atenção e cuidado aos usuários, desta forma, esta pode ser classificada em direta¹⁹ ou indireta²⁰. A Tabela 4 apresenta o número de trabalhadores por área de atenção no HGP, conforme a classificação realizada pelo GT considerando o cargo e a equipe de atuação registrada para cada trabalhador nos sistemas de informações utilizados para a coleta de dados.

¹⁹ Atenção direta: Refere-se a todos os trabalhadores que efetivamente atendem ao público do serviço, ou seja, que estão em contato com as pessoas. (POSSA; TREPTE, 2018).

²⁰ São aqueles que atuam nas áreas de apoio também chamadas de meio e que não atendem/cuidam/assistem ao público diretamente. (POSSA; TREPTE, 2018).

Tabela 4 - Número de trabalhadores do Hospital Geral de Palmas, por área de atenção, nos anos de 2014 a 2017.

ÁREA DE ATENÇÃO / NÚMERO DE TRABALHADORES / ANO	2014		2015		2016		2017		Variação % entre 2014 e 2017**
	Nº Trab.	% Trab. / Total							
Direta	1812	94,8%	1855	92,3%	1926	92,0%	2066	80,8%	14,0%
Indireta	99	5,2%	155	7,7%	167	8,0%	491	19,2%	396,0%
TOTAIS	1911	100,0%	2010	100,0%	2093	100,0%	2557	100,0%	33,8%

Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, dados de setembro de cada ano da série.

De acordo com a Tabela 4, o quantitativo de pessoal na atenção indireta variou positivamente em 396%, sendo que no ano de 2017 houve maior ampliação, refletindo a substituição das horas de trabalho terceirizadas por contratos temporários, conforme citado anteriormente, a ampliação da força de trabalho na qualificação da gestão e também na recepção do HGP.

O número de trabalhadores atuando na atenção direta ao usuário aumentou 14% entre 2014 a 2017. A força de trabalho de trabalho nesta área manteve-se maior que a da atenção indireta em todos os anos da série histórica verificada. O percentual da força de trabalho na atenção direta, em relação ao total de trabalhadores, foi de 94,8% em 2014 para 80,8% em 2017. Os parâmetros encontrados na literatura demonstram 30 a 40% para atenção indireta e 60 a 70% para a atenção indireta (POSSA; TREPTE, 2018), ficando o HGP acima dos valores referenciados para atenção direta e, portanto, abaixo para a atenção indireta.

A Tabela 5 apresenta o investimento financeiro, considerando os vencimentos em R\$ (reais), em trabalhadores por área de atenção no HGP em cada ano da série histórica e a variação percentual entre os anos.

Tabela 5 - Investimento mensal da força de trabalho do Hospital Geral de Palmas, por área de atuação, percentual da área em relação ao total no ano e variação percentual entre 2014 e 2017.

ÁREA DE ATUAÇÃO e INVESTIMENTO POR ANO	2014		2015		2016		2017		Variação % entre 2014 e 2017
	Valores absolutos (R\$)	% em rel. ao total	Valores absolutos (R\$)	% em rel. ao total	Valores absolutos (R\$)	% em rel. ao total	Valores absolutos (R\$)	% em rel. ao total	
Administrativa	244.131,73	2%	431.737,80	3%	565.420,93	4%	981.536,81	5%	302%
Apoio Diagnóstico e Terapêutico	268.907,64	2%	316.849,48	3%	395.749,05	3%	774.074,41	4%	188%
Apoio Técnico	869.423,11	8%	890.250,82	7%	1.273.755,01	8%	1.538.910,07	8%	77%
Assistencial	9.609.657,52	87%	11.019.010,31	87%	13.262.083,91	86%	15.598.959,23	83%	62%
Total geral	10.992.120,00	100%	12.657.848,42	100%	15.497.008,89	100%	18.893.480,52	100%	72%

Fonte: Sistema ERGON, dados de setembro de cada ano da série.

Ao analisar o investimento da força de trabalho do HGP no período de 2014 a 2017, verifica-se crescimento progressivo ao longo dos anos, sendo que em 2017 foi o maior em números absolutos. O aumento no valor investido foi de 72%, o que demonstra uma ampliação maior no investimento quando comparado ao número de trabalhadores, 34% (Tabela 1).

Estima-se, pelas experiências e análise de informações internas à Secretaria Estadual de Saúde, que o aumento dos investimentos em força de trabalho explica-se: pela contratação temporária de profissionais; pela concessão de progressões vertical e horizontal (22% e 5%, respectivamente); pela reposição de perdas salariais (o percentual de aumento salarial fixados nas data base, que impactaram os investimentos em remuneração no período analisado, foram respectivamente 4,8% em 2015 e 9,5% em 2016). Conforme as informações do SISRH, da SES/TO foram beneficiados 1.288 servidores em 2015 e 1.220 servidores em 2016 pelo aumento salarial.

Ainda que este dado não fora objeto dessa análise, cabe destacar que, além da despesa ordinária, existe também o pagamento de plantões extras, cujo valor pago em dezembro de 2017 foi de R\$ 941.102,76 (Fonte: SGPES/SES - Competência Dezembro/2017).

Em todo o período a área assistencial teve maior investimento, seguida do apoio técnico, apoio diagnóstico e terapêutico e, por fim, a área administrativa. A Tabela 6 apresenta o Investimento mensal na força de trabalho, por cargos da área assistencial direta do HGP, no período estudado.

Tabela 6 - Investimento mensal na força de trabalho da área assistencial direta do Hospital Geral de Palmas, por cargo, nos anos de 2014 a 2017.

ÁREA DE ATUAÇÃO e INVESTIMENTO POR ANO	2014		2015		2016		2017		Variação % entre 2014 e 2017
	Valores absolutos (R\$)	% em rel. ao total	Valores absolutos (R\$)	% em rel. ao total	Valores absolutos (R\$)	% em rel. ao total	Valores absolutos (R\$)	% em rel. ao total	
Auxiliar de Enfermagem	899.737,27	9,4%	1.028.139,87	9,3%	1.114.879,81	8,4%	1.215.450,66	7,8%	35,1%
Cirurgião Dentista	454.415,77	4,7%	692.752,25	6,3%	665.450,84	5,0%	737.852,99	4,7%	62,4%
Enfermeiro	1.626.531,41	16,9%	1.705.958,08	15,5%	1.982.124,50	14,9%	2.796.460,91	17,9%	71,9%
Instrumentador Cirúrgico	-	0,0%	-	0,0%	-	-	79.285,30	0,5%	-
Médico	5.347.948,31	55,7%	6.421.465,64	58,3%	8.047.406,00	60,7%	9.091.911,26	58,3%	70,0%
Técnico em Enfermagem	1.281.024,76	13,3%	1.170.694,48	10,6%	1.443.468,46	10,9%	1.666.655,26	10,7%	30,1%
Técnico em Mobilização Ortopédica	-	0,0%	-	0,0%	8.754,30	0,1%	11.342,84	0,1%	29,6%
Total Geral	9.609.657,52	100,0%	11.019.010,31	100,0%	13.262.083,91	100,0%	15.598.959,23	100,0%	62,3%

Fonte: Sistema ERGON, dados de setembro de cada ano da série.

As categorias que apresentaram o aumento mais expressivo foram, enfermeiro e médico, com 71,9% e 70% respectivamente. Por outro lado, observou-se que o Auxiliar de Enfermagem foi a categoria que apresentou o menor percentual de crescimento, fato justificado pela extinção do cargo em dezembro de 2012, estabelecida na Lei N° 2.670. Ainda assim, houve elevação nos investimentos nessa categoria (35%), o que se deve às evoluções funcionais e reposições salariais do período.

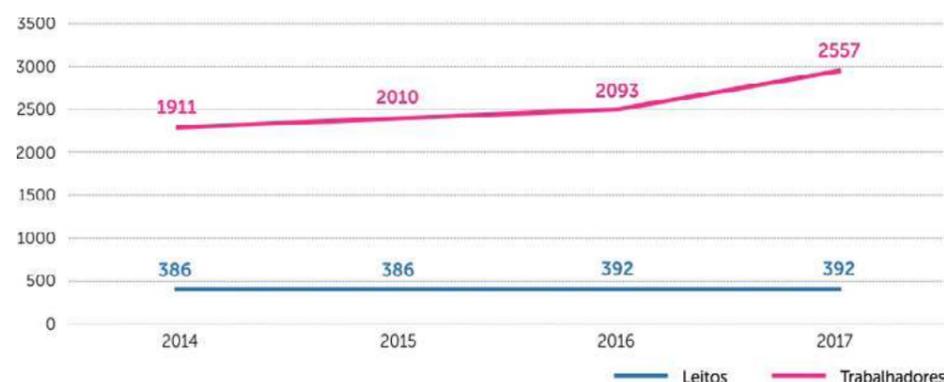
É possível verificar ainda que o incremento de dois novos cargos ao quadro de pessoal do hospital (Instrumentador Cirúrgico e Técnico em Imobilização Ortopédica) produziu um baixo impacto financeiro representando apenas 0,58% no investimento mensal no ano de 2017, possivelmente porque, a função já vinha sendo exercida nos anos anteriores por profissionais do cargo de técnico em enfermagem.

Indicadores de Força de trabalho: correlacionando com a capacidade instalada de leitos hospitalares e comparando aos parâmetros

Nesta seção serão apresentadas as informações referentes a força de trabalho e a capacidade instalada de leitos e indicadores tradicionalmente utilizados para comparar instituições hospitalares quanto à sua força de trabalho.

O Gráfico 1 apresenta o número de trabalhadores e de leitos do HGP em cada um dos anos da série histórica.

Gráfico 1 - Número de trabalhadores e de leitos do Hospital Geral de Palmas no período de 2014 a 2017.



Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON e Núcleo Interno de Regulação (NIR), dados de setembro de cada ano da série.

De acordo com o gráfico 1, verifica-se que o número de trabalhadores apresentou maior crescimento que o número de leitos no período de 2014 a 2017. Enquanto a primeira variável (trabalhadores) cresceu 33,80%, a segunda (leitos) aumentou apenas 1,55%.

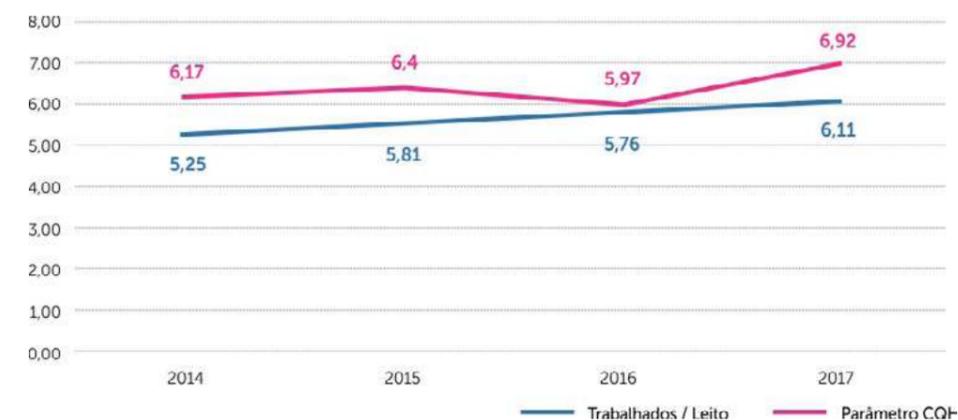
Como citado anteriormente, o HGP assumiu serviços que antes eram terceirizados. Foi incorporado, em novembro de 2016, aproximadamente 350 trabalhadores contratados ao quadro de pessoal com vínculo direto com a SES-TO. Este fato explica o maior aumento da linha no gráfico entre 2016 e 2017. No entanto, cabe lembrar que esse indicador não inclui os trabalhadores terceirizados em nenhum ano da série. Ou seja, parte dessa elevação ao longo dos anos não representa um aumento real da força de trabalho, visto que esses já estavam em trabalho, apenas houve uma mudança de vínculo.

A seguir são apresentados os indicadores de força de trabalho relacionados à capacidade instalada de leitos. Para efeito desta análise comparada foram utilizados como parâmetros as medianas do número de trabalhadores por leito registrados no quarto trimestre de cada ano da série histórica que apresenta os dados do conjunto de hospitais pesquisados pelo Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH).

Foram selecionados os dados dos hospitais gerais, públicos e com mais de 50 leitos (CQH,2018).

O Gráfico 2 apresenta a relação trabalhador/leito do HGP e a mediana dos hospitais pesquisados pelo CQH no período estudado. Cabe destaque que os dados do número de trabalhadores, pesquisados pelo CQH e que compõem o indicador da relação trabalhador/leito, considera todos os trabalhadores com carga horária acima de 20h semanais, incluindo os terceirizados e excluindo os profissionais médicos (NAGEH, 2017). Portanto, exclusivamente nesse indicador, foram incluídos os trabalhadores terceirizados no total de trabalhadores do HGP.

Gráfico 2 - Relação trabalhador por leito do Hospital Geral de Palmas e a mediana dos hospitais pesquisados pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), no período de 2014 a 2017:

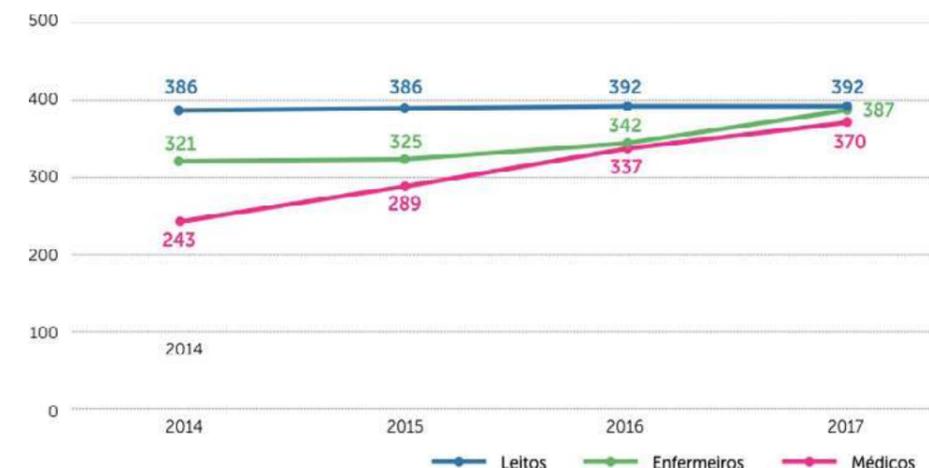


Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON e Núcleo Interno de Regulação (NIR), dados de setembro de cada ano da série e medianas de cada ano no Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH).

De acordo com o gráfico 2, o HGP apresentou uma relação abaixo do parâmetro escolhido para comparação, mas evoluiu continuamente aproximando-se do CQH em 2016 e 2017.

O Gráfico 3 apresenta o número total de enfermeiros, médicos e leitos do HGP nos anos da série histórica analisada.

Gráfico 3 - Número total de enfermeiros, médicos e leitos no Hospital Geral de Palmas no período de 2014 a 2017.

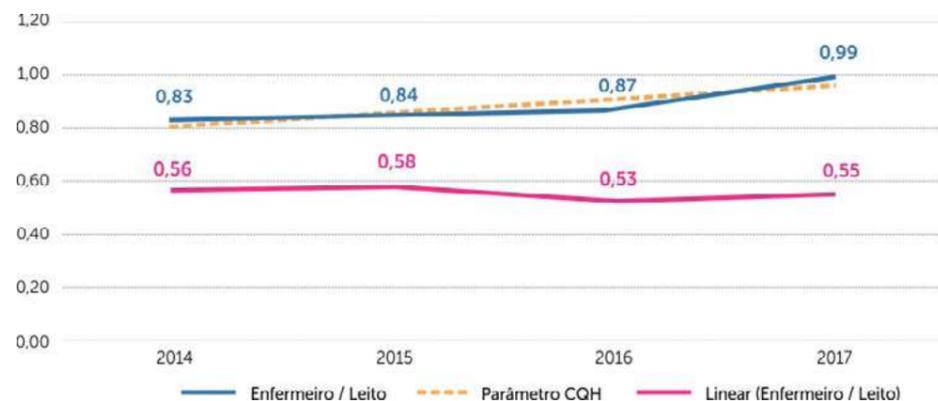


Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON e Núcleo Interno de Regulação (NIR), dados de setembro de cada ano da série.

O número de enfermeiros e médicos no HGP seguiu a tendência de aumento verificada no total de trabalhadores. Enquanto a disponibilidade de leitos não se elevou significativamente, aumento de 6 leitos ao longo dos anos, o número de enfermeiros foi acrescido de 66 e o de médicos teve a maior elevação, 127 novos profissionais.

O comportamento da relação enfermeiro por leito no período estudado é apresentada a seguir, no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Relação enfermeiro por leito no Hospital Geral de Palmas e a mediana dos hospitais pesquisados pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), no período de 2014 a 2017.

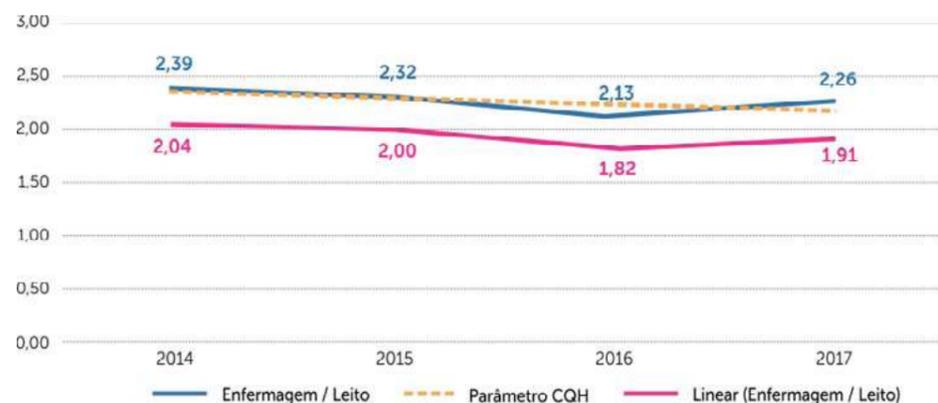


Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON e Núcleo Interno de Regulação (NIR), dados de setembro de cada ano da série e medianas de cada ano no Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH).

Observa-se que no Hospital Geral de Palmas uma variação positiva do número de enfermeiro por leito ao longo dos quatro anos de análise, mantendo-se acima do parâmetro CQH. As instituições pesquisadas pelo CQH apresentaram redução dessa relação entre 2015 e 2017, enquanto houve ampliação no HGP no mesmo período. Cabe destacar que para fins desta análise da relação enfermeiro/leito, são contabilizados todos os profissionais da categoria independente da função que exerçam nos hospitais e sabe-se que, em algumas situações, estes exercem funções de apoio gerencial e coordenações, portanto não apenas concorrem para assistência direta aos usuários internados nos leitos.

O Gráfico 5 apresenta os resultados do indicador que verifica a relação de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem por leito, no período de 2014 a 2017, nos hospitais participantes do CQH e no HGP.

Gráfico 5 - Relação enfermagem/leito do Hospital Geral de Palmas e a mediana dos hospitais pesquisados pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) no período de 2014 a 2017.



Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON e Núcleo Interno de Regulação (NIR), dados de setembro de cada ano da série e medianas de cada ano no Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH).

A relação enfermagem por leito, no HGP, reduziu entre 2014 a 2016 de 2,39 para 2,26 e apresentou aumento entre 2016 (2,13) e 2017 (2,26), com comportamento similar ao parâmetro CQH. Observa-se também que 2016 foi o ano com a menor relação enfermagem por leito tanto no HGP, quanto no parâmetro do CQH. Destaca-se ainda que em todos os anos, no HGP, a relação de enfermagem por leito foi maior do que a mediana dos hospitais pesquisados pelo CQH.

Considerações finais

Destaca-se como principais resultados o aumento da força de trabalho do HGP em números absolutos e, também, se refletindo no investimento financeiro e nas relações: trabalhador/leito, enfermeiro/leito, enfermagem/leito. Este aumento foi desproporcional quando comparado com o número de leitos. Este dado, quando analisado isoladamente, pode produzir reflexões das mais variadas ordens, no entanto, estima-se que a qualificação e implantação de novos serviços, como a organização de linhas de cuidado, por exemplo, podem requerer um número maior de trabalhadores sem necessariamente aumentar o número de leitos.

Em relação aos tipos de vínculos, a força de trabalho apresenta um aumento no número de contratados e diminuição nos concursados e comissionados. Esta inversão na proporção de concursados e contratados observada no HGP não é evidenciada no Estado como um todo, pois, conforme verificado no Sistema de Folha de Pagamento (ERGON) a SES conta com 13.579 trabalhadores, dos quais 4.755 (35%) são contratados. Por não ter concurso válido, para SES-TO, os contratos temporários são uma opção com maior agilidade e menor custo para o provimento de pessoal no HGP. No entanto, destaca-se que a concurso público, é recomendado para o ingresso no serviço público respeitando o princípio da impessoalidade na contratação.

Quando observadas comparado à outras unidades hospitalares públicas, observa-se que o HGP teve o número absoluto de enfermeiro e médicos, bem como as relações enfermeiro/leito e enfermagem/leito acima dos encontrados como parâmetro (CQH). Por outro lado, ainda que tenha aumentado o número total de trabalhadores do hospital ao longo da série histórica se manteve abaixo dos parâmetros na relação trabalhador/leito, ou seja, tem mais trabalhadores por capacidade instalada de internação hospitalar que a mediana dos hospitais pesquisados pelo CQH. Reflete-se que fatores estariam relacionados à essas diferenças entre as instituições.

Compreende-se como hipótese que, apesar de ter relação direta com o número de leitos, o aumento da força de trabalho do hospital e distribuição desta entre as categorias profissionais e áreas de atuação relaciona-se também com a complexidade dos serviços ofertados, aumento da demanda e da ocupação hospitalar, além da qualificação dos serviços. Seria necessário, portanto, analisar e comparar estes dados com outras informações e indicadores no mesmo período, tais como: serviços habilitados, modelo de atenção, taxa de ocupação hospitalar, taxa de infecção, classificação da complexidade do cuidado, entre outros.

Através dessa abordagem, durante a coleta de dados, ficou evidente a necessidade da SES alinhar e qualificar seus bancos de dados, haja vista que foram encontradas algumas divergências que apontam fragilidades nas fontes de dados e sistemas de informação. Um exemplo significativo é que durante o levantamento das informações foram encontrados trabalhadores cujos sobrenomes eram diferentes quando comparados os sistemas (em virtude de casamento ou divórcio) sendo possível identificá-los apenas pelo Cadastro de Pessoa Física e/ou matrícula funcional. Neste mesmo sentido foram encontrados em escala trabalhadores que ainda não constava na folha de pagamento (novos contratos, remoções...).

A hipótese de que a pesquisa era inexequível surgiu em diversos momentos haja vista que o Grupo de Trabalho (GT), além das dificuldades já narradas precisou dedicar mais do que a carga horária que lhe fora destinada, colocando muitas vezes outras atividades de sua responsabilidade em atraso. No entanto, a atividade além sistematizar dados que podem auxiliar nas tomadas de decisão local, possibilitou reflexões e construção de conhecimentos que podem ser extrapolados para outras unidades da SES-TO e, também, no campo da Gestão do Trabalho.

As reflexões apontam para a necessidade de qualificar as formas de planejamento e dimensionamento da força de trabalho no Estado, o que se espera lograr com a participação do GT na Formação em Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho.

Considerando a relevância da Análise Histórica e Comparada para o Dimensionamento e Gestão do Trabalho, bem como a relação direta que as abordagens têm com os indicadores hospitalares, julga-se necessário cruzar os dados obtidos com os de produção dos serviços hospitalares no período. Por não estarem no escopo, por questões de acesso aos dados seguros e confiáveis em tempo hábil, sugere-se que esta análise dos indicadores hospitalares seja realizada na continuidade deste estudo na SES-TO.

Sugere-se ainda, a institucionalização dos métodos de análise histórica e comparada e a incorporação nos processos de trabalho da SES de forma a promover integração entre as áreas competentes para a tomada de decisões, além da composição de equipe, com função exclusiva, para as etapas inerentes ao Dimensionamento da Força de Trabalho das unidades hospitalares sob gestão estadual criando estratégias de monitoramento para avaliar a sustentabilidade e os investimentos de qualificação realizados.

Referências

ARAÚJO, Cidália Et. al. **Estudo de Caso**. 2008. Disponível em: <http://nelsonreyes.com.br/Estudo%20de%20Caso%20-%20Doutora%20Clara%20Pereira%20Coutinho.pdf> Último acesso: 30 mar 2018.

BRASIL Lei Estadual nº 1.818, de 23 de agosto de 2007. **Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado do Tocantins**. Tocantins, 2007, mar.

BRASIL. Lei Estadual nº 1.978, de 18 de novembro de 2008. **Contratação Temporária de Pessoal no Serviço Público do Poder Executivo**, Tocantins, 2008, nov.

BRASIL. Decreto nº 5.602, de 13 de março de 2017. **Regulamenta a Lei Estadual 1.448, de 3 de abril 2004, que institui indenização pelo plantão extraordinário do pessoal médico, paramédico e demais profissionais da Saúde**. Tocantins, 2017, mar.

BRASIL. PORTARIA/SES/GABSEC Nº 83, de 1º de fevereiro de 2018. **Institui o Grupo Conductor e os Grupos de Trabalho para o Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde em unidades de saúde sob gestão estadual e dois municípios-pilotos**. Tocantins, 2018, fev.

BRASIL. Lei Estadual nº 2670 de 19 de dezembro de 2012. **Plano de Cargos Carreiras e Salários dos Servidores Públicos Civis da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins**. Tocantins, 2012, dez.

BRASIL. **Análise Histórica da Evolução do Quadro de Pessoal e Leitos do Grupo Hospitalar Conceição**. Ministério da Saúde. GHC. Porto Alegre; s. n; 2014. 15 p.

CQH: **Compromisso com a Qualidade Hospitalar**. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/area.php?p_narea=98. Último acesso: 17 mar 2018.

NAGEH. **Manual de Indicadores de Gestão de Pessoas – 2ª Edição – Setembro, 2017**. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=1821 Último acesso: 17 mar 2018.

PICCHIAI, Djair. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais**. Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Fundação Getúlio Vargas. 2009.



CAPÍTULO 10

FORÇA DE TRABALHO E INDICADORES HOSPITALARES: ANÁLISE COMPARADA DE DUAS UNIDADES ESTADUAIS DO TOCANTINS

Alessandro Belizário de Oliveira Ávila
Desirée dos Santos Carvalho
João Carlos Dias Medeiros
Liana Barcelar Evangelista Guimarães
Luanna Vieira Rodrigues Mascarenhas
Luciana Ribeiro Tanabe
Maria de Jesus Barbosa Campos
Maria Helena Pereira Lopes
Tiago Pereira da Silva

Introdução

A Análise Comparada da Força de Trabalho, conforme Possa e Trepte (2018) é um estudo com o objetivo de analisar comparativamente os diversos serviços quanto à composição da sua força de trabalho, a fim de propor indicadores que auxiliam a gestão do conhecimento da força de trabalho, sinalizando as diferenças e semelhanças entre os serviços da rede.

Para objeto desta análise foram comparados o Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres (HGP) e o Hospital Regional de Araguaína (HRA). Estas unidades hospitalares são classificadas como Porte III conforme disposto na Instrução Normativa nº 003/2007 de 03 de abril de 2007, que dispõe sobre o sistema de classificação hospitalar do estado do Tocantins e são referências para atendimento de urgência, emergência, média e alta complexidade.

O HGP está situado em Palmas, capital do Estado do Tocantins, na Região de Saúde Capim Dourado. A unidade é considerada a principal referência Estadual e, também, atende demanda espontânea dos estados fronteiriços (Pará, Maranhão, Bahia, Piauí e Mato Grosso). A instituição possui um total de 392 leitos, divididos da seguinte forma: 08 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica, 26 de UTI Adulto, 302 de Especialidades Clínicas e Cirúrgicas, 18 de Unidade Intermediária, 06 de Unidade de AVC, 06 na Sala Vermelha, 14 Sala Amarela e 10 na Sala Verde (SES-TO, 2017).

A unidade conta com uma equipe multiprofissional de 2.257 servidores de diversas especialidades, além de 211 trabalhadores terceirizados. O serviço de urgência e emergência da instituição atende uma média de 2.144 pacientes por mês. Entre os serviços de alta complexidade que o hospital oferece destacam-se: a Neurologia, Cardiologia, Hemodinâmica, Bariátrica, Oncologia e Agência Transfusional (SES-TO, 2017).

O Hospital Regional de Araguaína – HRA, situado na Região de Saúde Médio Norte Araguaia, é uma importante referência de atendimentos para a região Macro Norte do estado, atendendo também demandas espontâneas do sul do Pará e Maranhão. Possui 257 leitos de internação, distribuídos da seguinte forma: 20 de UTI Adulto e 237 clínicos e cirúrgicos (SES-TO, 2017).

A instituição possui 1.589 trabalhadores ativos de diversas especialidades, além de 49 trabalhadores terceirizados sendo: 29 trabalhadores na manutenção predial e 19 profissionais de serviços laboratoriais. O serviço de urgência e emergência atende em média 1.500 pacientes por mês. Entre os serviços de alta complexidade que o hospital oferece destacam-se: a Oncologia, Quimioterapia, Bariátrica, Hemodiálise e Terapia Nutricional (SES-TO, 2017).

Este estudo apresenta informações da força de trabalho e dos leitos do HGP comparados com o HRA, além dos indicadores hospitalares estabelecidos no Plano Estadual de Saúde (PES) e monitorados por esta secretaria; cujo objetivo é analisar e descrever um comparativo entre as duas unidades, relacionados ao número de trabalhadores ativos, capacidade instalada de leitos, relação trabalhador/leito, enfermeiro/leito, enfermagem/leito e indicadores hospitalares, para as quais há parâmetros de comparação publicados²¹.

As bases de dados utilizadas para a análise foram: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema de Gestão de Pessoas e Folha de Pagamento (ERGON), Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Sistema de Gestão Hospitalar – Soul/MV, considerando o número de trabalhadores²² ativos em setembro de 2017, exceto os afastados por mais de 15 dias no mês de referência. Os trabalhadores terceirizados foram excluídos de todos os cálculos exceto para a relação trabalhador/leito.

Caracterização da Força de Trabalho

Força de trabalho é a quantidade de pessoas com capacidade para produzir bens e serviços em uma determinada sociedade, constitui-se da população economicamente ativa. Na saúde os trabalhadores são essenciais tendo em vista suas peculiaridades e a necessidade do contato entre trabalhador e usuário para a produção do cuidado.

Tabela 1 - Composição e quantidade de força de trabalho do Hospital Geral de Palmas (HGP) e do Hospital de Regional de Araguaína (HRA), por cargo, em setembro/2017:

CARGO	HGP		HRA	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Analista Técnico em Serviço de Saúde	8	0,31%	16	0,91%
Assistente Administrativo	9	0,35%	25	1,42%
Assistente de Serviços de Saúde	147	5,75%	160	9,08%
Assistente Social	64	2,50%	25	1,42%
Auxiliar de Enfermagem	275	10,75%	251	14,24%
Auxiliar de Limpeza Hospitalar	134	5,24%	75	4,25%
Auxiliar de Serviços de Saúde	28	1,10%	18	1,02%
Auxiliar de Serviços Hospitalares	13	0,51%	7	0,40%
Cirurgião Dentista	37	1,45%	35	1,99%
Copeira Hospitalar	78	3,05%	44	2,50%
Cozinheiro Hospitalar	16	0,63%	14	0,79%
Enfermeiro	387	15,13%	215	12,20%
Farmacêutico	26	1,02%	28	1,59%
Fisioterapeuta	99	3,87%	33	1,87%
Fonoaudiólogo	11	0,43%	7	0,40%
Instrumentador Cirúrgico	20	0,78%		0,00%
Lavador de Roupas Hospitalar	35	1,37%	25	1,42%
Maquieiro	16	0,63%	6	0,34%
Médico	370	14,47%	198	11,23%
Motorista de Ambulância	8	0,31%	11	0,62%

²¹ Os parâmetros aqui apresentados são os identificados no Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) – que monitora indicadores de pessoal de um grupo de hospitais participantes com publicação da série histórica desde 2004 (CQH, 2018). Foram consideradas as medianas apresentadas no ano de 2017;

²² Para esta análise considera-se “trabalhador” aquele profissional que mantém vínculo de trabalho com a Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins.

Nutricionista	25	0,98%	11	0,62%
Porteiro	18	0,70%	14	0,79%
Psicólogo	37	1,45%	18	1,02%
Técnico em Enfermagem	609	23,82%	414	23,48%
Técnico em Imobilização Ortopédica	4	0,16%	11	0,62%
Técnico em Radiologia	28	1,10%	38	2,16%
Outros ²³	55	2,15%	64	3,63%
Totais Gerais	2.557		1.763	

Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, dados de setembro de 2017.

A Tabela 1 apresenta a composição e a quantidade da força de trabalho dos dois hospitais em estudo e a proporção por cargo.

Observa-se que o HGP apresenta um quantitativo maior de profissionais que o HRA. Infere-se que a diferença esteja relacionada com capacidade instalada, oferta de serviços, complexidade do cuidado e especificidades regionais.

Segundo Possa e Trepte (2018), a diversidade de distribuição de força de trabalho entre os serviços não representa um problema a priori. Ao invés disso, pretende-se que estes sejam tão diversos quanto às necessidades em saúde dos territórios em que estão inseridos. Contudo, o entendimento das razões para as diferenças da composição de trabalhadores pode gerar políticas e ações de qualificação da gestão do trabalho.

Os autores afirmam que parece coerente que os serviços com maior capacidade instalada, seja em área, seja em densidade tecnológica e complexidade, e que cuidem de mais pessoas, tenham mais força de trabalho como é o caso do HGP em relação ao HRA.

Para fins de admissão de pessoal, a SES admite três tipos de vínculos: comissionado²⁴, concursado²⁵, e contratado²⁶. O gráfico a seguir, apresenta o percentual de trabalhadores por vínculo nas unidades hospitalares em estudo tendo como referência o mês de setembro de 2017.

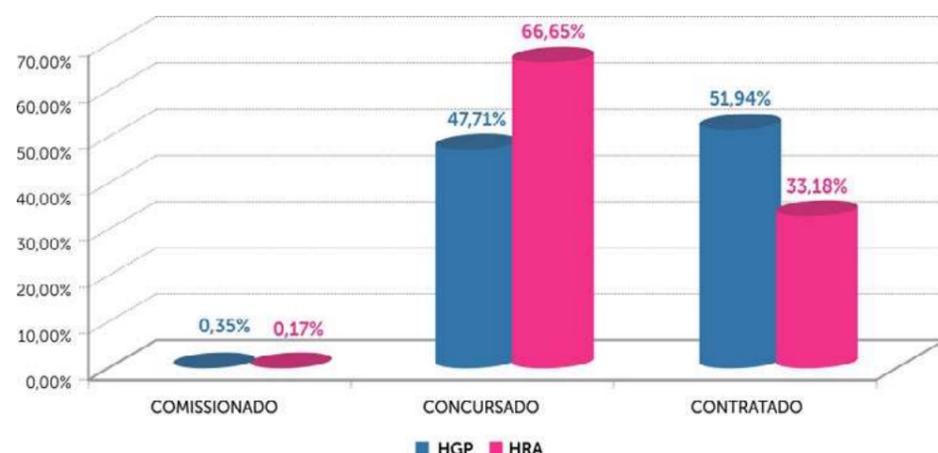
²³ **Outros:** Administrador, Administrador Hospitalar, Agente de Cadastro e Informação, Analista de Suporte Técnico, Analista em Controle de Zoonoses, Analista em Desenvolvimento Social, Analista em Planejamento de Processo Administrativo, Analista em Serviço de Saúde, Analista em Tecnologia da Informação, Analista Técnico em Saúde, Assessor Especial, Assessor Especial VII, Assistente de Serviços Hospitalares, Auditor de Saúde, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar em Suporte e Operação, Biblioteconomista, Biomédico, Controlador de Estoque Hospitalar, Costureira de Roupas Hospitalar, Diretora Administrativa, Diretora Executiva, Diretor-Geral de Unidade Porte 3, Engenheiro Mecânico, Executivo em Saúde, Farmacêutico-Bioquímico, Físico, Gestor Público, Nutricionista Hospitalar, Operador de microcomputador, Perfusionista, Professor da educação básica, Supervisor de Serviços Operacionais, Supervisor de Suporte e Operação, Técnico Eletricista, Técnico em Contabilidade, Técnico em Laboratório, Técnico em , Segurança do Trabalho, Técnico em Serviço de Saúde, Terapeuta Ocupacional.

²⁴ Comissionado: É o cargo de provimento em comissão, aqueles de livre nomeação e exoneração por ato dos Chefes dos Poderes do Estado, que configurem funções de direção, comando, gerência, chefia e assessoramento. (Lei Estadual nº 1.818, de 23 de agosto de 2007, em seu Art. 3º, § 2º, II);

²⁵ Concursado: É o cargo público de provimento efetivo, aqueles de recrutamento amplo, cujos titulares sejam selecionados, exclusivamente, mediante concurso público, de provas ou de provas e títulos, identificadores de funções de caráter técnico ou de apoio. (Lei Estadual nº 1.818, de 23 de agosto de 2007, em seu Art. 3º, § 2º, I);

²⁶ Contratado: É aquele admitido no serviço público para atender às necessidades temporárias de excepcional interesse público. (Lei Nº 1.978, de 18 de novembro de 2008, D.O.E. 2.779, de 19 de novembro de 2008).

Gráfico 1 - Percentual de trabalhadores por vínculo no Hospital Geral de Palmas e Hospital Regional de Araguaína, em setembro/2017.



Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, dados de setembro de 2017.

Conforme análise do Gráfico 1, verifica-se que no HRA os trabalhadores concursados ocupam o maior percentual na composição da força de trabalho (66,65%), enquanto que no HGP predomina o vínculo contratado (51,94%). Observa-se ainda que o percentual da força de trabalho composta por trabalhadores comissionados é proporcionalmente inferior em relação aos outros vínculos e diferente entre as unidades (HGP 0,35% e HRA 0,17%).

Conforme demonstrado, o HGP e o HRA possuem um percentual relevante de trabalhadores contratados em situação de vínculo trabalhista instável e em desvantagem quando comparados aos concursados, tendo em vista que o instrumento de contratação utilizado não percebe garantias trabalhistas como: adicional pelo trabalho noturno e adicional de insalubridade por exposição a agentes nocivos à saúde.

Martins e Molinaro (2013) afirmam que, do ponto de vista da regulação, a diferenciação dos vínculos e a intermediação dos contratos colocam o trabalhador numa posição vulnerável na medida em que as negociações são feitas individualmente, pouco regulamentada, com contratos impostos pelos órgãos, cabendo ao trabalhador apenas aderir ao que já foi previamente acordado.

Ressalta-se, portanto, a importância da realização de concurso público, uma vez que o ingresso no serviço público através deste vínculo garante a impessoalidade na contratação e fortalece a continuidade das políticas públicas.

Outra distribuição relevante da força de trabalho dentro das unidades hospitalares ocorre na classificação da alocação dos trabalhadores por Área de Atuação e Atenção.

A classificação por Área de Atuação diz respeito a quatro dimensões nas quais estão ou deverão estar alocados os trabalhadores: assistencial²⁷, administrativa²⁸, apoio técnico²⁹ e apoio diagnóstico e terapêutico³⁰ (Apêndice A). O gráfico a seguir apresenta o percentual de trabalhadores destas áreas no HGP e HRA.

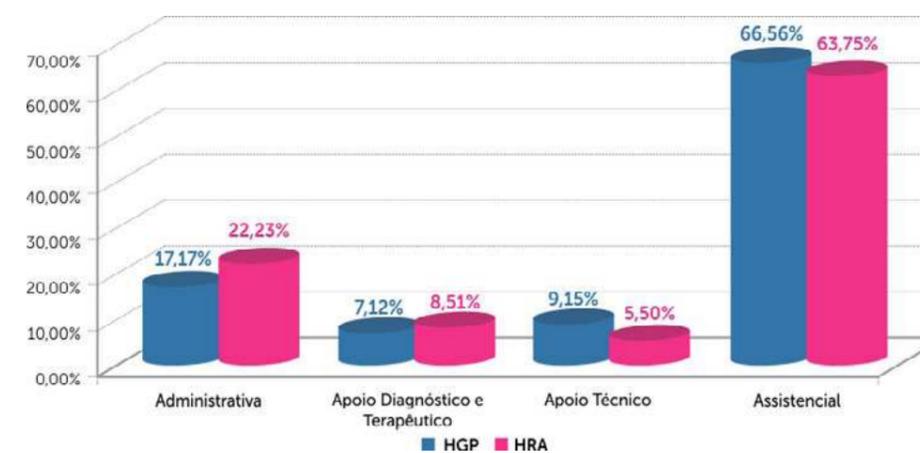
²⁷ Equipe e/ou profissional que intervêm continuamente no cuidado com o paciente. Ex.: enfermeiro e médico.

²⁸ Equipe e/ou profissional que executa, facilita e agiliza processos administrativos burocráticos inerentes a área de atuação. Ex.: assistente de serviços de saúde e porteiro.

²⁹ Equipe e/ou profissional especialista/perito que utiliza seus conhecimentos para apoiar o processo de cuidado. Ex.: psicólogo e fonoaudiólogo.

³⁰ Equipe e/ou profissional que utiliza seus conhecimentos técnicos e recursos físicos para esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos. Ex.: técnico em radiologia e farmacêutico.

Gráfico 2 - Percentual de trabalhadores por área de atuação no Hospital Geral de Palmas e Hospital Regional de Araguaína, em setembro/2017.

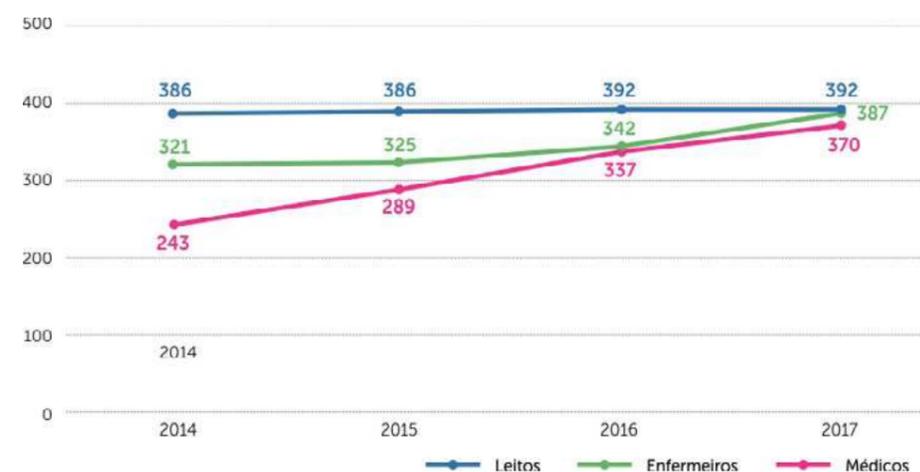


Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, dados de setembro de 2017.

O gráfico em referência apresenta diferença na distribuição de trabalhadores por área de atuação, embora não seja em grandes proporções. Observa-se uma diferença de 5,06 pontos percentuais na área administrativa, 1,39 no apoio diagnóstico e terapêutico, 3,65 em apoio técnico, e 2,81 na área assistencial quando comparadas as duas unidades.

A maior diferença encontrada foi na área administrativa podendo estar relacionado, em grande parte, à descentralização dos serviços no HRA (maior quantidade de anexos). A Área de Atenção considera a relação dos trabalhadores no atendimento, na atenção e cuidado aos usuários, desta forma, esta pode ser classificada em direta³¹ ou indireta³². O gráfico a seguir apresenta o percentual de trabalhadores por área de atenção nas unidades hospitalares HGP e HRA.

Gráfico 3 - Percentual de trabalhadores por área de atenção do Hospital Geral de Palmas e do Hospital Regional de Araguaína, em setembro/2017.



Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, dados de setembro de 2017.

³¹ Refere-se a todos os trabalhadores que efetivamente atendem ao público do serviço, ou seja, que estão em contato com as pessoas. (POSSA; TREPTE, 2018);

³² São aqueles que atuam nas áreas de apoio também chamadas de meio e que não atendem/cuidam/assistem ao público diretamente. (POSSA; TREPTE, 2018).

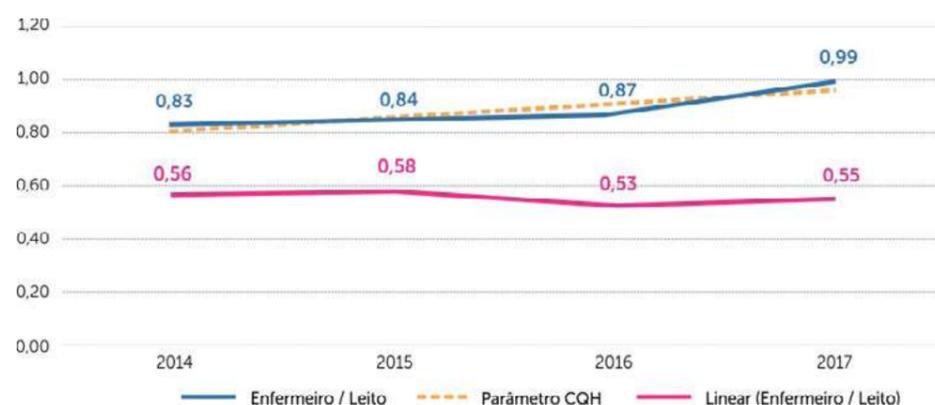
Nesta análise, nota-se, maior percentual de trabalhadores na atenção direta no HGP (80,80%), diferença de 6,72 pontos percentuais em relação ao HRA (74,08%), o que pode justificar-se pela oferta de serviços de maior complexidade no HGP, dentre eles, Hemodinâmica, UTI Pediátrica, Unidade de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral e Unidade de Cuidados Intermediários.

Na atenção indireta, o HGP (19,20%) apresenta menor percentual de trabalhadores em relação ao HRA (25,92%) diferença de 6,72 pontos percentuais. Ambas as unidades estão abaixo dos 30% a 40% evidenciados pela literatura que são esperados para instituições hospitalares (POSSA E TREPTE, 2018).

A insuficiência de força de trabalho nesta área pode influenciar na quantidade e qualidade dos registros e manutenção de dados, bem como na prestação de serviços na área de apoio à assistência que impactam no cuidado ao usuário.

Outro aspecto relevante à análise da força de trabalho é o estudo dos custos, seja em relação às informações acerca dos investimentos em saúde, seja acerca da limitação de recursos disponíveis. O gráfico 4, apresenta a distribuição do custo mensal no HGP e do HRA.

Gráfico 4 - Percentual de distribuição do custo mensal da força de trabalho do Hospital Geral de Palmas e do Hospital Regional de Araguaína, por área de atuação, em setembro/2017.



Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, dados de setembro de 2017.

O gráfico acima mostra que não há diferença significativa na distribuição do custo mensal da força de trabalho entre as unidades hospitalares analisadas, visto que o maior percentual é de 2,71 pontos percentuais na área de apoio técnico no HGP.

No entanto em comparação com a distribuição do número de trabalhadores por área de atuação, gráfico 3, observa-se que os custos não são proporcionais. Ainda que as diferenças de percentuais observados nas áreas Assistencial e Administrativa possam ser justificadas pela diferença de vencimentos relacionada à escolaridade exigida para o ingresso nos cargos, sendo predominante o nível médio na área administrativa e técnico ou superior na área assistencial, há outros fatores a considerar.

Na área de atuação Assistencial estão os cargos com maiores vencimentos em ambos os hospitais, médico e cirurgião dentista, enquanto os cargos com menores vencimentos estão na área de atuação Administrativa, maqueiros e auxiliares de serviços de saúde.

Embora estas unidades sejam classificadas com o mesmo porte, o HGP apresenta maiores número de leitos, oferta de serviços, complexidade do cuidado e, conseqüentemente, um número maior de profissionais, implicando em um maior custo da força de trabalho.

Também foram analisadas as informações de custo mensal da força de trabalho por categoria profissional, considerando a relação com o número de trabalhadores. Os resultados encontrados apontam que onde há maior número de profissionais os custos são mais elevados para todos os cargos, exceto para os cirurgiões dentistas, para os quais observou-se uma relação inversa. Considerando que, o maior número de profissionais do HRA é de vínculo efetivo, a diferença se deve ao tempo dos vínculos.

Todavia, ainda que o HRA tenha um maior número de trabalhadores concursados (66,65%), com vencimentos elevados, não são observadas diferenças significativas nos custos da força de trabalho entre as duas unidades hospitalares quando correlacionados ao número de trabalhadores. Possivelmente este equilíbrio seja explicado pelo fato do HGP ter mais trabalhadores na área que gera maior custo, a Assistencial, destacando-se os médicos - que consomem 9% a mais dos custos desta área, quando comparado ao HRA.

Indicadores de Qualidade Hospitalar do Plano Estadual de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde da Tocantins

Os gráficos desta seção ilustram os resultados apresentados pelos dois hospitais em estudo, considerando os nove indicadores que compõem o índice de desempenho e qualidade da gestão dos serviços hospitalares definido no Plano Estadual de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins 2016-2019 (SES, 2016). Para o monitoramento dos hospitais, a SES (2016) estabeleceu metas para cada um deles, com o objetivo de melhorar o desempenho, resolubilidade e qualidade dos serviços ofertados nas unidades hospitalares sob gestão estadual.

Para efeito desta análise considerou-se os dados apresentados no mês de setembro de 2017, por ser este o mês usado para descrição da Força de Trabalho neste estudo.

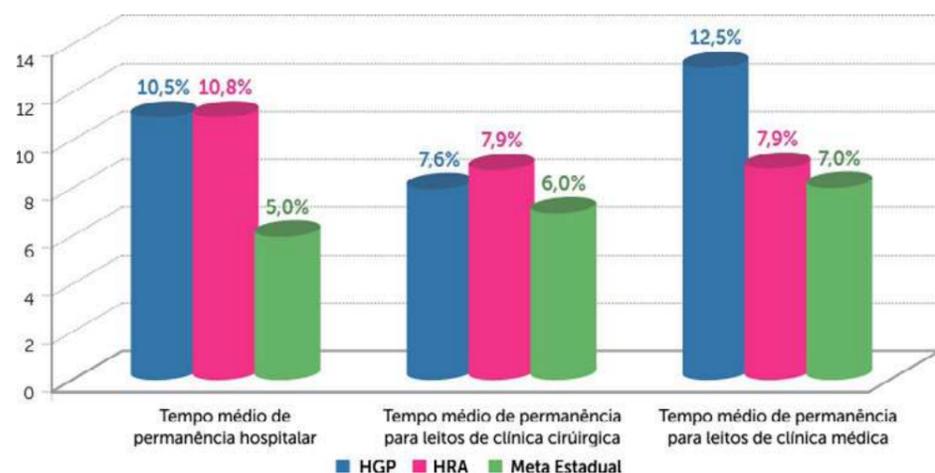
Quatro dos indicadores prioritários se referem à utilização dos leitos disponíveis nas unidades hospitalares, a taxa de ocupação e as médias de permanência hospitalar geral e específicas para os leitos de clínica médica e clínica cirúrgica. O tempo médio de permanência e taxa de ocupação são indicadores clássicos para avaliar o desempenho hospitalar, sendo que o primeiro se refere ao tempo em que o usuário permanece internado e o segundo ao grau de utilização dos leitos do hospital como um todo, medindo quantos estão ocupados.

De longa data, é consenso que a tendência de diminuição da média de permanência está relacionada à maior precisão e rapidez no diagnóstico (ROTTA, 2004, ET ALSLOAN; VALCONA, 1986).

Conforme Zanon (2001) há relação direta entre o tempo de permanência e o estado geral dos pacientes, contudo, além da doença, a permanência pode ser afetada por questões administrativas tais como, os atrasos na execução de exames ou procedimentos, falta de leitos, ou ainda fatores econômicos e sociais como, por exemplo, o aumento da permanência do paciente por dificuldades em retornar ao seu domicílio.

Além disso, o menor tempo de permanência se traduz em maior rotatividade dos leitos e conseqüentemente menor tempo de espera para quem necessita de uma internação, assim a SES empreende esforços para redução desse tempo estabelecendo metas e acompanhando mensalmente as taxas de permanência como evidenciado no gráfico a seguir.

Gráfico 5 - Médias de permanência hospitalar geral, por leitos de clínica médica, por leitos de clínica cirúrgica e suas respectivas metas no Hospital Geral de Palmas e no Hospital Regional de Araguaína, em setembro/2017.



Fonte: Superintendência de Unidades Próprias.

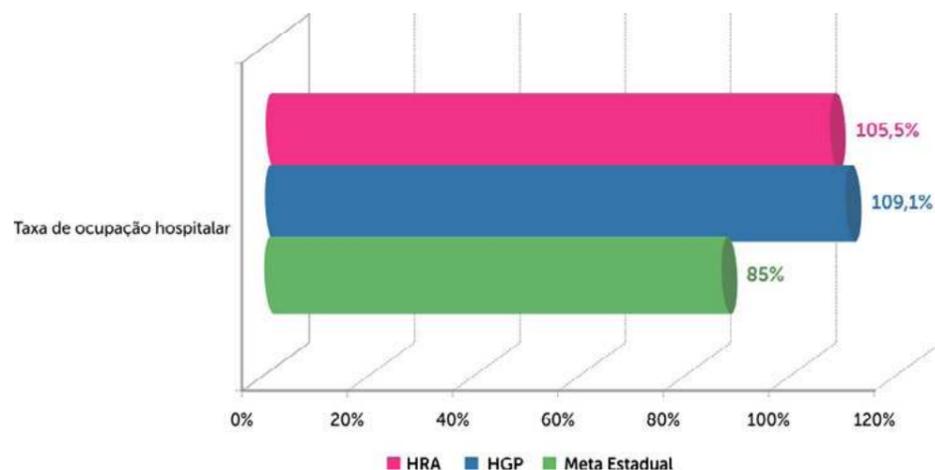
Ao identificar os tempos médios de permanência hospitalar e por leitos de clínica cirúrgicos, percebe-se número de dias semelhantes entre as unidades hospitalares estudadas, enquanto a média de permanência em leitos de clínica médica foi cerca de 4 dias maior no HGP quando comparada ao HRA.

Murphi (1999) refere que o tempo de permanência do paciente é um indicador que pode retratar a eficiência da assistência prestada pelo hospital, mas deve estar vinculado a outros parâmetros para que seja analisado como indicador de eficiência.

Os indicadores de utilização de leitos hospitalares são relacionados entre si e são considerados hospitais mais produtivos, aqueles serviços que apresentam menor tempo médio de permanência, maior índice de intervalo de substituição e maior taxa de ocupação (ALVES, 1997; ZUCCHI; BITTAR, 2002). O Gráfico 6 apresenta os dados da taxa de ocupação.

A taxa de ocupação hospitalar, capaz de avaliar o grau de utilização dos leitos no hospital como um todo, mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional no hospital e está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência. (ANS, 2012). O próximo gráfico demonstra as taxas apresentadas pelo HGP e HRA comparados a meta estadual.

Gráfico 6 – Taxa de Ocupação Hospitalar do Hospital Geral de Palmas e no Hospital Regional de Araguaína e meta estadual, em setembro/2017.



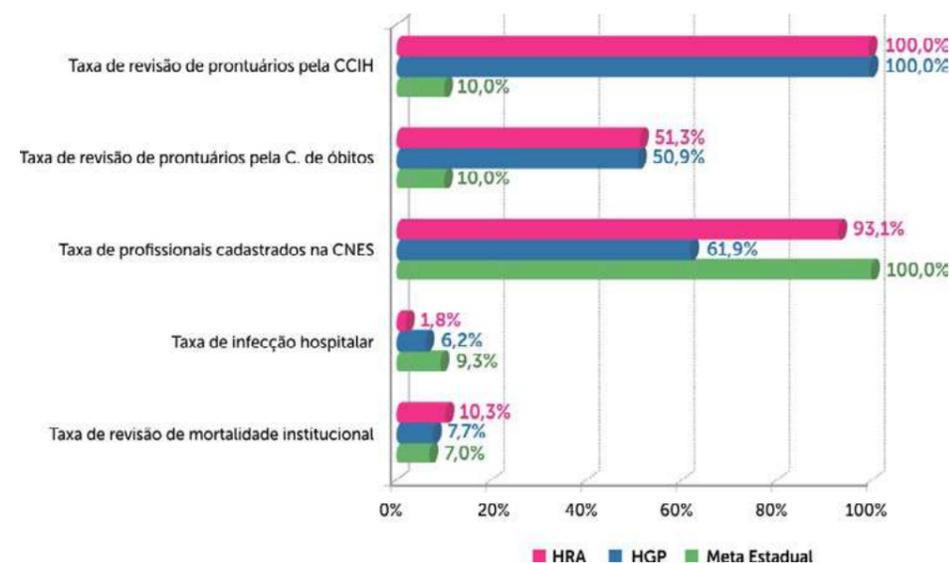
Fonte: Superintendência de Unidades Próprias.

A meta estabelecida é manter a ocupação hospitalar em 85%, destacando que taxa de ocupação acima do preconizado está relacionada com aumento de eventos adversos, infecção hospitalar e diminuição da segurança no ambiente assistencial (SES,2016). Podemos observar no gráfico que ambas as unidades estiveram fora da meta em setembro de 2017, com taxas de ocupação acima de 100%, o que, provavelmente, implica em maior carga de trabalho para os profissionais do que o esperado e menores condições de segurança e conforto para os usuários internados podendo impactar em outras taxas como as de mortalidade e infecção.

Correlacionando os dados dos gráficos 5 e 6 pode-se inferir que a taxa de ocupação elevada está diretamente relacionada com a média de permanência, haja vista que, a baixa rotatividade dos leitos causa superlotação das unidades. Todavia, não é possível afirmar que, atingir a meta de média de permanência resolveria a ocupação sendo necessário analisar processos de trabalho e regulação da unidade.

Além dos dados já apresentados, a SES pactua outros cinco indicadores os quais estão relacionados à gestão do trabalho em saúde e gestão da clínica os quais serão apresentados no gráfico a seguir.

Gráfico 7 - Indicadores hospitalares e suas respectivas metas no Hospital Geral de Palmas e no Hospital Regional de Araguaína, em setembro/2017:



Fonte: Superintendência de Unidades Próprias.

Existe uma ampla variação nas taxas de mortalidade institucional entre os hospitais brasileiros (Governo do Distrito Federal, 2008; CQH, 2011). Estas diferenças marcantes são atribuíveis em grande parte ao conjunto de serviços disponibilizados e ao conjunto de pacientes atendidos (Escrivão Junior, 2014). Contudo presume-se que a classificação dos hospitais segundo a especialização do atendimento, porte e nível de complexidade tecnológica, permite uma análise comparativa das taxas de mortalidade institucional dentro dos grupos homogêneos estabelecidos (SES, 2016).

Neste sentido, cabe observar no Gráfico 7 que a taxa de mortalidade institucional foi maior no HRA (10,3%) e, ainda que o HGP tenha se aproximado, ambas as unidades hospitalares não alcançaram a meta pactuada no estado (7%).

A taxa de infecção hospitalar, que estima o risco de os pacientes atendidos na unidade vir a contrair uma infecção hospitalar, refletindo a qualidade do cuidado prestado no Hospital (SES, 2016), foi menor no HRA (1,8%) e no HGP (6,2%) quando comparada à meta estadual (9%).

A taxa de revisão de prontuários pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar possibilita identificar fatores e causas determinantes que originaram a infecção hospitalar, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver os problemas, que possam evitar a ocorrência de eventos similares.

A taxa de revisão de prontuários pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar apresentou semelhanças entre os dois hospitais: HRA 100,0% e HGP 97,6%.

A taxa de revisão de prontuários pela Comissão de Óbitos foi de 50,9% HGP e 51,3% HRA. Esta possibilita identificar fatores e causas determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver os problemas, que possam evitar a ocorrência de eventos similares, assim torna-se importante que as ambas as unidades qualifiquem seu processo de revisão (SES, 2016).

A taxa de profissionais cadastrados no CNES foi de 93,1 HRA e 63,9% para o HGP, ambos abaixo da meta. Este indicador se refere ao quantitativo de profissionais (indivíduos) e de vínculos cadastrados no CNES, permitindo que a gestão hospitalar perceba se um mesmo profissional possui dois ou mais vínculos, ou até mesmo não esteja cadastrado no sistema, sendo muito importante para a área de planejamento, regulação, avaliação, controle, auditoria e de ensino/pesquisa.

Contudo, observa-se que os indicadores hospitalares são importantes ferramentas para a gestão da qualidade assistencial, permitindo conhecimento real da situação e favorecendo a proposição das adequações ao processo de trabalho. Para tal, devem ser avaliados de forma permanente, com o compromisso de todos e transparência nas informações.

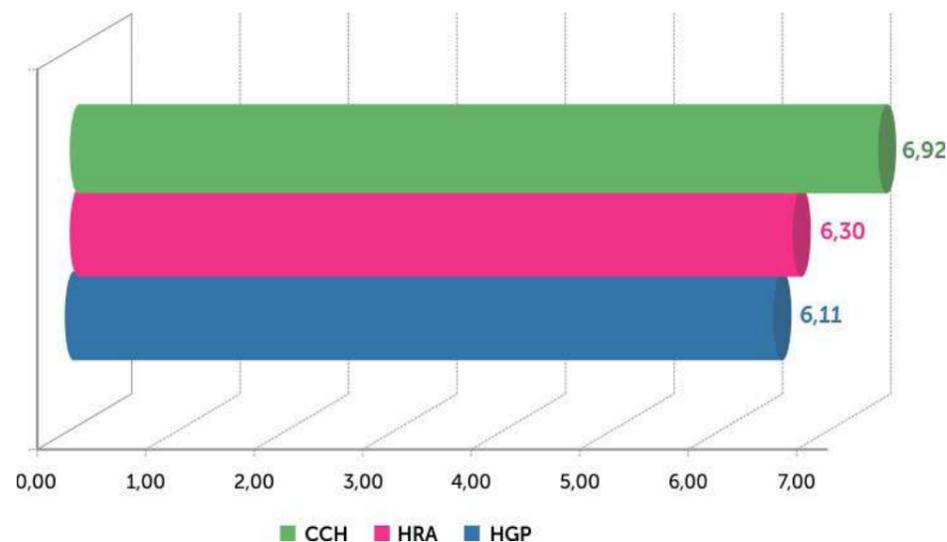
Comparação com Parâmetros de Qualidade do Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar

Os gráficos a seguir apresentam informações e indicadores tradicionalmente utilizados para comparar instituições hospitalares quanto à sua força de trabalho.

Para efeito desta análise comparativa dos indicadores da Força de Trabalho, consideraram-se como parâmetros de qualidade as medianas apresentadas no ano de 2017 para os mesmos indicadores no Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) dos hospitais gerais, públicos e com mais de 100 leitos.

Para fins de análise comparada ao padrão escolhido, CQH, a relação trabalhador/leito é feita considerando todos os trabalhadores com carga horária acima de 20h semanais, incluindo os terceirizados e excluindo os profissionais médicos conforme gráfico a seguir.

Gráfico 8 - Relação de trabalhador por leito do Hospital Geral de Palmas e Hospital Regional de Araguaína, comparada ao parâmetro, mediana dos hospitais pesquisados pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), em setembro/2017:



Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) dados de setembro de 2017.

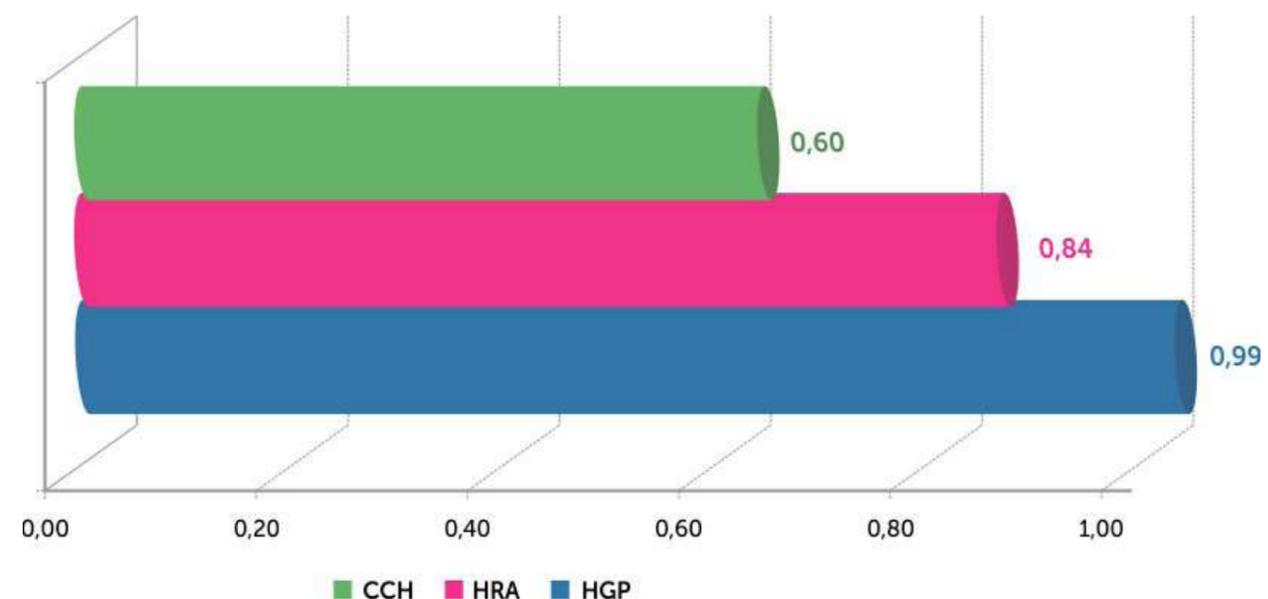
Para fins de análise comparada ao padrão escolhido, CQH, a relação trabalhador/leito é feita considerando todos os trabalhadores com carga horária acima de 20h semanais, incluindo os terceirizados e excluindo os profissionais médicos.

Observa-se que ambas as unidades estudadas se encontram com índice abaixo da mediana de número de trabalhadores/leito verificada entre os hospitais pesquisados pelo CQH. Todavia, para melhor interpretação e tomada de decisão é necessário analisar também dados de produtividade, eficiência, condições de trabalho e demais indicadores que possibilitem uma melhor compreensão quanto à relação qualidade/quantidade dos profissionais com os serviços prestados.

Tendo em vista a indisponibilidade dos dados citados acima no período analisado e metodologia descritiva, muitos deles e suas possíveis relações causais fogem ao escopo deste estudo.

As relações enfermeiro/leito e enfermagem/leito medem a disponibilidade de trabalhadores de enfermagem na assistência hospitalar, são influenciadas pela modelagem tecnoassistencial e utilizadas para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas (Ministério da Saúde, 2008). Os gráficos a seguir demonstram essas relações no HGP e HRA comparada com o CQH.

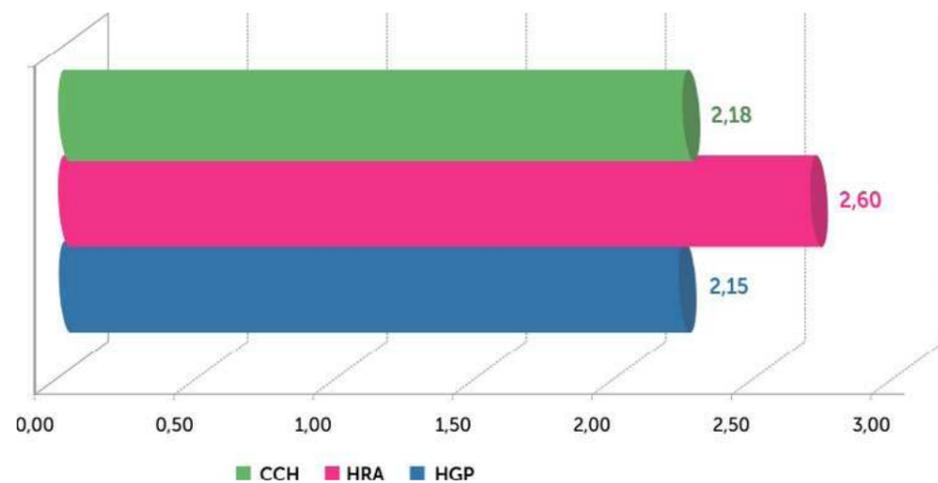
Gráfico 9 - Relação enfermeiro por leito no Hospital Geral de Palmas e do Hospital Regional de Araguaína, comparada ao parâmetro, mediana dos hospitais pesquisados pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), em setembro/2017.



Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) dados de setembro de 2017.

Observa-se no gráfico acima que o número de enfermeiros por leito no HGP é maior que no HRA, sendo que as duas unidades hospitalares tinham em setembro de 2017, relação maior do que a mediana encontrada nos hospitais acompanhados pelo CQH no mesmo ano. O mesmo não é observado no Gráfico 10 sobre a relação enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem) por leito.

Gráfico 10 - Relação enfermagem/leito do Hospital Geral de Palmas e Hospital Regional de Araguaína, comparada ao parâmetro, mediana dos hospitais pesquisados pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), em setembro de 2017.



Fonte: Sistema de Recursos Humanos (SISRH), Sistema ERGON, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) dados de setembro de 2017.

Observa-se com os dados apresentados que HRA mantém relação maior de enfermagem/leito (2,6), porém no HGP (2,15) é discretamente menor quando comparados a mediana dos hospitais acompanhados pelo CQH. Neste ano a máxima observada no CQH foi de 0,64 enfermeiro/leito e 2,22 enfermagem/leito. (CQH, 2017).

Estudos apontam para associações significativas entre carga de trabalho e a segurança dos pacientes (MAGALHAES; DALL'AGNOL e MARCK, 2013) evidenciando maiores taxas de infecção e mortalidade, por exemplo, quando há subdimensionamento de enfermagem (VERSA et al.; 2011).

Neste sentido, vale ressaltar que, apesar da alta taxa de ocupação demonstrada anteriormente, a maior disponibilidade de trabalhadores de enfermagem na assistência de ambas as unidades hospitalares analisadas pode diminuir a sobrecarga de trabalho e impactar positivamente na qualidade da assistência e segurança do paciente. No mês estudado não foi observado grande impacto para na taxa de mortalidade, em relação a meta estabelecida, as taxas de infecção do HGP e HRA apresentam resultados melhores do que os esperados, podendo estar relacionados a maior disponibilidade de enfermagem.

Estimamos também que a maior densidade de trabalhadores na área de enfermagem do HGP em relação ao HRA pode estar relacionada à existência de mais leitos de cuidados críticos os quais exigem maior número de trabalhadores por leito. Enquanto o HGP tem Unidade de Cuidados Intermediários, Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica o HRA tem apenas UTI Adulto.

Considerações finais

O estudo comparativo entre HRA e HGP reflete, em partes, a realidade das unidades hospitalares do Sistema Único de Saúde no Tocantins. Por serem as duas maiores e complexas unidades de saúde da Unidade Federativa, e concentrarem no mês de referência deste estudo 34,48% de toda a força de trabalho da SES, caracterizam um campo de estudo oportuno à realização de um diagnóstico para planejamento e dimensionamento da força de trabalho no território tocantinense.

Observa-se que, apesar de serem classificadas no mesmo porte e serem as maiores referências estaduais, as unidades apresentam características distintas em relação à composição da força de trabalho bem como a alguns indicadores pactuados no Plano Estadual de Saúde da SES como, tempo de permanência na clínica médica, taxa de infecção hospitalar e taxa de profissionais cadastrados no CNES. Constatações estas que precisam ser levadas em consideração tendo em vista a reorganização dos serviços a partir da execução do Plano Diretor Estratégico das unidades hospitalares do Tocantins.

Fogem ao escopo deste estudo, os dados epidemiológicos bem como os de produção de cada profissional e serviço existente nas unidades. A dificuldades de obter estas informações sistematizadas a partir de fontes e métodos iguais para os diferentes serviços, evidencia a necessidade da SES reestruturar seu processo de coleta, registro e disponibilização de dados pertinentes à gestão.

A análise comparada das duas unidades apresenta informações úteis para tomada de decisão referente à gestão da força de trabalho, bem como a qualificação dos processos de trabalho e de sistematização das informações nos serviços de saúde.

Os dados obtidos por meio deste estudo permitem à gestão desenvolver ações orientadas para dimensionar a força de trabalho das duas unidades formulando propostas com vistas a atender, além das necessidades quantitativas, as qualitativas de forma a prover profissionais com perfil adequado às necessidades dos serviços.

Os resultados possibilitam análises que sugerem a necessidade de planejamento para provimento do quadro de pessoal com ingresso por meio de concurso público de forma que atenda ao princípio da eficiência, garanta transparência na seleção de candidatos, aprove e admita trabalhadores qualificados para o serviço assegurando o pleno gozo de direitos laborais ao trabalhador. Tais ações são capazes de fortalecer os vínculos e consequentemente qualificar a prestação de serviços no SUS.

Referências

- ALVES, A. **Financiamento e Eficiência em dois hospitais privados filantrópicos paulistas**. 1997. 129f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1997.
- CQH. Compromisso com a Gestão Hospitalar. **Manual de Indicadores de Gestão de Pessoas**. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=1821&p_nanexo=732 Último acesso: 17 de junho de 2018.
- CQH. **Indicadores 2017 – Segundo trimestre- Hospitais Gerais**. São Paulo: Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. 2011. Disponível em http://www.cqh.org.br/portal/pag/area.php?p_narea=98. Acesso em: 06/08/2018.
- BRASIL. Lei Estadual nº 1.818, de 23 de agosto de 2007. **Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado do Tocantins**. Tocantins, 2007, mar.
- BRASIL. Lei Estadual nº 1.978, de 18 de novembro de 2008. **Contratação Temporária de Pessoal no Serviço Público do Poder Executivo**, Tocantins, 2008, nov.
- BRASIL. Lei Estadual nº 2670 de 19 de dezembro de 2012. **Plano de Cargos Carreiras e Salários dos Servidores Públicos Civis da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins**. Tocantins, 2012, dez.
- BRASIL. Decreto nº 5.602, de 13 de março de 2017. **Regulamenta a Lei Estadual 1.448, de 3 de abril 2004, que institui indenização pelo plantão extraordinário do pessoal médico, paramédico e demais profissionais da Saúde**. Tocantins, 2017, mar.

BRASIL. PORTARIA/SES/GABSEC Nº 83, de 1º de fevereiro de 2018. **Institui o Grupo Conductor e os Grupos de Trabalho para o Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde em unidades de saúde sob gestão estadual e dois municípios-pilotos.** Tocantins, 2018, fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde suplementar. **Taxa de ocupação operacional padrão.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf>> Acesso em 03 de outubro de 2018.

ESCRIVAO JUNIOR, Álvaro. **Uso da informação na gestão de hospitais públicos.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 655-666, June 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300015>.

Governo do Distrito Federal. **Relatório Estatístico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e Hospital Universitário de Brasília.** Núcleo de Controle de Estatística e Tendências. Brasília. 2008. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00009094.pdf>. Acesso em 06/08/2018.

MAGALHAES, Ana Maria Müller de; DALLAGNOL, Clarice Maria; MARCK, Patricia Beryl. **Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 146-154, fev. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700019&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 04 de 2018.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. **Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, jun. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 de junho de 2018.

MURPHY, M.E.; NOETSCHER, C.M. **Reduncing hospital in patient lengths of stay.** J.Nurs.Care Qual., n. 40 p. 54, 1999. Edição Especial.

PES SES-TO 2016-2019 foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde na Reunião Ordinária de 10/12/2015 - Resolução Nº 433/2015, de 10/12/2015 – Publicada no DOE Nº 4.544, de 21 de janeiro de 2016.

PICCHIAI, D. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais.** Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Fundação Getúlio Vargas. 2009.

POSSA, L. B.; TREPTE, R. F. (Org.) **Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho para os Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência e Emergência: Desenvolvimento de Metodologia. 2.ed.** Rio Grande do Sul. Editora Rede Unida, 2018.

ROTTA, C.S.G. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial** [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

VERSA, Gelena Lucinéia Gomes da Silva et al. **Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 796-802, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400020&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 04 de agosto de 2018.

ZANON, U. **Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar. Conceito, Avaliação e Discussão dos Indicadores de Qualidade.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O.J.N.V. **Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados.** R.A.S.v. 4, n. 14. p. 9-15. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Ficha E.17. 2ª edição. Brasília. 2008.

Apêndice A – Cargos por Área de Atuação

Administrativa	Apoio Diagnóstico e Terapêutico
Administrador	Analista em Controle de Zoonoses
Administrador Hospitalar	Biomédico
Agente de Cadastro e Informação	Copeira Hospitalar
Analista de Suporte Técnico	Cozinheiro Hospitalar
Analista em Planejamento de Processo Administrativo	Farmacêutico
Analista em Serviço de Saúde	Farmacêutico-Bioquímico
Analista em Tecnologia da Informação	Nutricionista
Analista Técnico em Saúde	Nutricionista Hospitalar
Analista Técnico em Serviço de Saúde	Perfusionista
Assessor Especial	Técnico em Laboratório
Assessor Especial VII	Técnico em Radiologia
Assistente Administrativo	Apoio Técnico
Assistente de Serviços de Saúde	Analista em Desenvolvimento Social
Auditor de Saúde	Assistente de Serviços Hospitalares
Auxiliar Administrativo	Assistente Social
Auxiliar de Limpeza Hospitalar	Auxiliar de Serviços Hospitalares
Auxiliar de Serviços de Saúde	Fisioterapeuta
Auxiliar de Serviços Gerais	Fonoaudiólogo
Auxiliar em Suporte e Operação	Psicólogo
Biblioteconomista	Terapeuta Ocupacional
Controlador de Estoque Hospitalar	Assistencial
Costureira de Rouparia Hospitalar	Auxiliar de Enfermagem
Diretor Administrativo	Cirurgião Dentista
Diretora Executiva	Enfermeiro
Diretor-Geral de Unidade Porte 3	Instrumentador Cirúrgico
Engenheiro Mecânico	Médico
Executivo em Saúde	Técnico em Enfermagem
Físico	Técnico em Imobilização Ortopédica
Gestor Público	
Lavador de Roupas Hospitalar	
Maquero	
Motorista de Ambulância	
Operador de microcomputador	
Porteiro	
Professor da educação básica	
Supervisor de Serviços Operacionais	
Supervisor de Suporte e Operação	
Técnico Eletricista	
Técnico em Contabilidade	
Técnico em Segurança do Trabalho	
Técnico em Serviço de Saúde	

Apêndice B– Cargos por Área de Atenção

Direta	Indireta
Analista em Desenvolvimento Social	Administrador
Analista Técnico em Serviço de Saúde	Administrador Hospitalar
Assistente Administrativo	Agente de Cadastro e Informação
Assistente de Serviços de Saúde	Analista de Suporte Técnico
Assistente Social	Analista em Controle de Zoonoses
Auxiliar Administrativo	Analista em Planejamento de Processo Administrativo
Auxiliar de Enfermagem	Analista em Serviço de Saúde
Auxiliar de Serviços de Saúde	Analista em Tecnologia da Informação
Cirurgião Dentista	Analista Técnico em Saúde
Enfermeiro	Analista Técnico em Serviço de Saúde
Fisioterapeuta	Assessor Especial
Fonoaudiólogo	Assessor Especial VII
Instrumentador Cirúrgico	Assistente Administrativo
Maqueiro	Assistente de Serviços de Saúde
Médico	Assistente de Serviços Hospitalares
Motorista de Ambulância	Auditor de Saúde
Perfusionista	Auxiliar Administrativo
Porteiro	Auxiliar de Limpeza Hospitalar
Psicólogo	Auxiliar de Serviços de Saúde
Técnico em Enfermagem	Auxiliar de Serviços Gerais
Técnico em Imobilização Ortopédica	Auxiliar de Serviços Hospitalares
Técnico em Radiologia	Auxiliar em Suporte e Operação
Técnico em Serviço de Saúde	Bibliotecarista
Terapeuta Ocupacional	Biomédico
	Controlador de Estoque Hospitalar
	Copeira Hospitalar
	Costureira de Rouparia Hospitalar
	Cozinheiro Hospitalar
	Diretor Administrativo
	Diretora Executiva
	Diretor-Geral de Unidade Porte 3
	Engenheiro Mecânico
	Executivo em Saúde
	Farmacêutico
	Farmacêutico-Bioquímico
	Físico
	Gestor Público
	Lavador de Roupa Hospitalar
	Nutricionista
	Nutricionista Hospitalar
	Operador de microcomputador
	Professor da educação básica
	Supervisor de Serviços Operacionais
	Supervisor de Suporte e Operação
	Técnico Eletricista
	Técnico em Contabilidade
	Técnico em Laboratório
	Técnico em Segurança do Trabalho
	Técnico em Serviço de Saúde

Pode ser observado que, por exemplo, o técnico de enfermagem foi classificado nas áreas “assistencial” e “direta”, enquanto um assistente administrativo tem sua área de atuação como “administrativa” podendo ser da atenção direta quando está lotado em setores como a recepção e indireta quando compõe equipes como a do Faturamento.

CAPÍTULO 11

EXPERIÊNCIA DA ELABORAÇÃO DO DIMENSIONAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

Elisabet Pereira Lelo Nascimento
Silvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona

Introdução

A Atenção Básica no Brasil é desenvolvida de forma descentralizada e capilarizada dentro dos territórios, sendo a principal porta de entrada dos usuários, caracterizada por várias ações de saúde individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através do Departamento de Gestão do Trabalho iniciou em 2006 um estudo sobre dimensionamento da força de trabalho na atenção básica com buscando resolver os problemas mais frequentes apresentados no cotidiano da área de gestão do trabalho.

Em 2013 essa experiência foi selecionada pelo Prêmio INOVASUS valorização de boas práticas e inovação na saúde, promovido pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde através do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) (BRASIL, 2015a). Ressalta-se que esta foi uma das experiências analisadas pelo Laboratório de Inovação da Gestão do Trabalho na Saúde, criado pelo DEGERTS, em parceria com o ObservaRH/NESP/CEAM/UnB e com a organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS/BRASIL, 2018).

Neste estudo, apresentamos a experiência da elaboração do dimensionamento da força de trabalho na Atenção Básica do município de Campinas com objetivo de descrever a metodologia formulada, dada a relevância da temática abordada e da participação da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Nos últimos 30 anos, o sistema de saúde desse município passou por profundas transformações e grande ampliação da sua rede de serviços, experimentando várias formas de organização: Medicina Comunitária de Saúde; Pró-Assistência; Ações Integradas de Saúde (AIS); Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); Sistema Único de Saúde (SUS); corroborando a permanente mudança do território influenciada pelo Estado (NASCIMENTO, et al., 2007).

O município de Campinas está localizado no estado de São Paulo a 100 km da capital e conta com 1.187.282 habitantes (IBGE, 2017) que participam dos acontecimentos produzidos nesse território, dos quais 6.551 integram a SMS e se responsabilizam por atender as necessidades de saúde dessa população, contando atualmente com 64 Unidades Básicas de Saúde com construção média de 800 m², oferecendo 3.704 horas de atendimento semanal aos usuários e 3.097 servidores laborando nessas unidades de saúde (CAMPINAS, 2018a).

O planejamento de gestão de pessoas compreende o processo gerencial de identificação e análise das necessidades do sistema organizacional, a partir do qual são estabelecidas políticas, programas, projetos e atividades que satisfaçam essas demandas a curto, médio e longo prazo, visando assegurar a realização das diretrizes e metas estabelecidas pela instituição (BARBOSA; FERREIRA, 2009). O planejamento de trabalhadores na Saúde é um processo complexo, pois envolve aspectos técnicos, políticos, necessidades da população e resultados de Saúde. É preciso considerar não só aspectos quantitativos, como competências e distribuição, mas também as implicações políticas, os valores e as escolhas que os gestores precisam fazer dentro das limitações dos recursos disponíveis (BONFIM, 2014).

O dimensionamento da força de trabalho pode ajudar a identificar, analisar e qualificar a força de trabalho necessária para cumprir com os princípios do SUS, já que possibilita articular às necessidades dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores, qualificando o processo de tomada de decisão na área do planejamento em saúde, conferindo diferentes possibilidades de sentidos para o processo de dimensionamento e sua operacionalização (RAMOS; POSSA, 2016)

Para tanto, o dimensionamento da força de trabalho para além das questões da necessidade de profissionais para repor aposentarias, exonerações, demissões a ampliação de oferta de serviços prestados à população deve atender as necessidades dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários. Por isso torna-se necessário responder a quatro questões que são de igual relevância: Para quem? O que oferecer? Como? E por fim, quantos?

A primeira pergunta deve ser respondida identificando e conhecendo os usuários que vivem no território, considerando-os como sujeitos históricos, ativos, inseridos num determinado lugar, convivendo com os dilemas, os conflitos e com as contradições presentes na macro e na micropolítica da cidade (SANTOS, 2000). Usuários autênticos, dotados de necessidades e valores próprios, com situações de vida singular e dinâmica. Falamos de um sujeito como um ser que produz uma história e é responsável pelo seu próprio agir (AYRES, 2001). E o lugar onde vivem os usuários deve ser o lócus, aqui denominado de território de acordo com Santos (2001:111) onde

“o espaço é formado por dois componentes que o integram continuamente: a configuração territorial, isto é, o conjunto de dados naturais mais ou menos modificado pelo homem, e a dinâmica social, o conjunto de relações que definem uma sociedade em um dado momento”.

A partir dessas definições é que classificamos a vulnerabilidade social dos territórios circunscritos pelas unidades de saúde.

A segunda pergunta trata de quais serviços de saúde deverão ser oferecidos de modo a atender as diferentes necessidades de saúde, tomando-as como centro das intervenções e práticas implementadas pelos trabalhadores em seu cotidiano, visando uma atenção mais humanizada e qualificada. Considerando que os indicadores epidemiológicos e as necessidades de saúde dos usuários podem variar desde as ações mais simples e concretas (consumo de medicamentos) até as mais complexas e subjetivas (violência domiciliar), a equipe de saúde, independente dos arranjos organizacionais, deverá ter sensibilidade e capacidade para decodificar essas necessidades de saúde, ofertando serviços da melhor forma possível (CECÍLIO, 2009).

A terceira questão deve analisar a organização do processo de trabalho, a forma como será ofertada as atividades que são desenvolvidas nos serviços, os fluxos estabelecidos e as atribuições dos cargos, considerando o trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional. Para entender como os processos de produção de saúde são desenvolvidos, adotamos o conceito de organização tecnológica do trabalho, segundo Mendes-Gonçalves (1994:27) “como conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviço, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”.

A quarta questão: quantos? Essa dimensão é quantitativa, baseada em cálculos matemáticos que trazem a distribuição formal de servidores por unidade básica de saúde, cargo e jornada semanal. Trata-se de identificar a quantidade de profissionais ou horas que serão necessários para atender com qualidade as necessidades de saúde dos usuários, ofertando os serviços de forma organizada e resolutive. Ao responder essa questão, é possível realizar avaliação comparativa entre o quadro atual e o dimensionado, identificando déficit ou superávit de profissionais, sendo esse resultado utilizado para definição de necessidade de realização de concursos públicos, distribuição de vagas por categoria profissional, alocação e remanejamento de pessoal e priorização de vagas de acordo com a maior necessidade de compor as equipes nas unidades básicas de saúde.

O tomador de decisões deve saber o que ele quer e de que forma as bases de cálculo serão úteis. Conhecida a base de cálculo, a causa de prováveis resultados pouco satisfatórios observados nos serviços poderá ser compreendida. Isto pode levar a mudanças na questão pontual do trabalho ou na organização como um todo (MALIK & CAMPOS, 2009).

Metodologia adotada para o dimensionamento: experiência da SMS de Campinas

A Secretaria de Saúde do Município de Campinas, dentro desse contexto e considerando as unidades básicas de saúde como a principal porta de entrada para o sistema de saúde, elaborou o dimensionamento da força de trabalho para a Atenção Básica na dimensão quantitativa, com variáveis a partir de cálculos matemáticos que resultam na distribuição formal de profissionais por unidade básica de saúde, cargo e jornada semanal, identificando as vulnerabilidades dos usuários e suas necessidades de saúde, possibilitando a reorganização do processo de trabalho individual e da equipe na relação com as atribuições do cargo (BRASIL, 2015a).

Diante da relevância de dimensionar a força de trabalho, o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da SMS de Campinas, ao qual compete um conjunto de ações, dentre elas, o planejamento e apoio à gestão do trabalho, elaborou o dimensionamento para a Atenção Básica. Este processo contou, com a participação de trabalhadores, gestores e coordenadores das áreas programáticas do Departamento de Saúde da mesma Secretaria.

O processo de construção iniciou-se embasado na Portaria nº 1.631 do Ministério da Saúde de outubro de 2015, que traz os parâmetros de cobertura assistencial no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015b), sendo posteriormente agregada as contribuições da portaria que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017). Esta última, recomenda a definição, dentre outras orientações, a definição de população adscrita de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição populacional, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Ressaltamos que a proposta metodológica apresentada está em consonância com a distribuição populacional entre as equipes, conforme recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica. Durante o processo de elaboração do dimensionamento foram realizados novos estudos e análises que permitiram a definição de outros parâmetros numéricos para a quantificação de recursos humanos. Foram obtidos indicadores em realidades específicas que permitiram comparações e análises entre os territórios, levando-se em conta as diferenças e semelhanças existentes em cada unidade básica de saúde, conforme descrito a seguir:

População total adscrita por unidade básica de saúde e por faixa etária e sexo: definição da população que deverá ser assistida em cada unidade básica de saúde, a partir dos mapas territoriais, sendo considerados os princípios organizativos e doutrinários do SUS: regionalização e equidade. Conforme a PNAB (2017:10), a territorialização e adscrição devem permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele.

Unidade de Referência Populacional (URP): unidade utilizada para traduzir o conjunto de horas necessárias de todas as categorias profissionais que atuam na Atenção Básica para atender uma determinada população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

Horário de funcionamento das unidades básicas de Saúde: calcula-se o horário de abertura até o fechamento da unidade básica de saúde por dia e após soma-se todos os horários de forma a se obter o horário de funcionamento semanal de cada unidade básica de saúde. As Unidades Básicas de Saúde têm funcionamento com carga horária mínima de 45 horas/semanais, no mínimo cinco dias da semana, possibilitando acesso facilitado à população. Existem horários alternativos de funcionamento pactuados através do controle social.

Índice de utilização dos serviços: é o percentual de usuários que utilizam a unidade básica de saúde para determinado tipo de atendimento. Podendo esse percentual variar de acordo com as necessidades dos usuários, que possuem diferentes problemas de saúde, em momentos distintos de sua vida. Uma das estratégias utilizadas para esse diagnóstico é o levantamento dos prontuários ativos dos últimos cinco anos na unidade básica de saúde.

Potencial de produtividade por categoria profissional: é calculado a partir de um percentual da jornada semanal destinada à assistência individual aos usuários por categoria profissional. A definição desse percentual é variável de acordo com as atribuições e parâmetros numéricos assistenciais de cada cargo, a organização do processo de trabalho e o modelo de saúde adotado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Capacidade física instalada em cada unidade de saúde: identificação da estrutura física, número de salas disponíveis para o atendimento individual e equipamentos odontológicos disponíveis em cada unidade básica de saúde. A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários.

Vulnerabilidade social: identificação da proporção de pessoas morando em aglomerados subnormais, da proporção de responsáveis por famílias com até três anos de estudo e da proporção de responsáveis por famílias com renda até três salários-mínimos.

A execução do dimensionamento iniciou-se com a realização da adscrição da clientela por unidade básica de saúde e classificação das vulnerabilidades do território. O território é entendido como um espaço dinâmico, vivo e em permanente mudança, constituído por um conjunto de objetos e ações. A cada momento histórico há uma nova significação, variando o arranjo desses objetos e ações sobre o território, formando o meio técnico e social a partir das variáveis econômicas, culturais e políticas (SANTOS, 2000).

Dessa forma, foi realizada a distribuição populacional entre as unidades Básicas de Saúde, sendo classificadas de acordo com as vulnerabilidades sociais, o que determinou o número de pessoas por unidade de referência ou Equipe de Saúde da Família, embasando o dimensionamento de todas as categorias profissionais que desenvolvem suas ações na Atenção Básica.

Após a classificação de vulnerabilidade de cada unidade básica de saúde, ainda resta analisar cada território e reclassificar as micro áreas existentes na adscrição da unidade básica de saúde, considerando que, por vezes, no mapa territorial existem realidades distintas e singulares em relação às vulnerabilidades sociais e epidemiológicas que deverão ser consideradas para a organização da assistência prestada aos usuários.

Ao definir o grau de vulnerabilidade, divide-se o quantitativo total da população adscrita da unidade básica de saúde pelo quantitativo populacional para cada Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica:

- Vulnerabilidade alta: 3.000 hab/ESF/eAB
- Vulnerabilidade média: 3.500 hab/ESF/eAB
- Vulnerabilidade baixa: 4.000 hab/ESF/eAB
- Rural: 2.000 hab/ESF/eAB

Adotamos ainda o índice de 20% de reserva técnica para suprir as ausências previstas, ou não, dos servidores ao trabalho durante o ano, sendo assim distribuídas: 8,2% para as férias, 4,9 % para a licença-prêmio e 6,9% para afastamentos legais. Como nas instituições públicas não há previsão de contratos temporários para substituir os servidores afastados, é imprescindível que seja aplicado esse percentual às horas necessárias, garantindo que não ocorra solução de continuidade de da assistência prestada aos usuários (SÃO PAULO, 2006).

É importante ressaltar que, para dimensionar a necessidade de recursos humanos para cada categoria profissional, os indicadores e parâmetros serão utilizados de acordo com a relevância e disponibilidade das informações, de modo a contribuir com a maior aproximação da realidade de cada unidade básica de saúde, conforme explicitado a seguir.

Para o cargo de Médico, analisou-se a vulnerabilidade social de cada unidade, classificando entre rural e baixa, de acordo com a população adscrita, sofrendo variação de 2.000 a 4.000 habitantes para cada 36 horas médicas semanais. O potencial de produtividade foi calculado com 60% da jornada, sendo três consultas por hora, gerando as consultas individuais programadas e de atenção à demanda espontânea por ano. O restante da jornada será utilizado para atividades desenvolvidas no território, ações educativas, reuniões de equipe, dentre outras atividades demandadas pelo serviço (BRASIL, 2012). A distribuição das horas médicas semanais entre os médicos será realizada a partir da população adscrita por faixa etária e sexo, de forma a atender as necessidades de consultas para crianças e adolescentes, mulheres, adultos e idosos, conforme a Política Nacional da Atenção Básica.

O cargo de Enfermeiro foi dimensionado a partir das linhas de cuidado na área da criança, mulher, adulto, idoso e trabalhador, de acordo com os protocolos existentes na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (CAMPINAS, 2018c), o índice de utilização dos serviços, o horário de funcionamento das unidades de saúde, com presença de no mínimo dois enfermeiros durante todo o tempo de abertura e o número de cinco auxiliares e técnicos de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro. O potencial de produtividade é calculado com 55% da jornada semanal, sendo duas consultas por hora. O restante da jornada está distribuído entre a supervisão/gerenciamento, ações educativas, vigilância à saúde, reuniões de equipe e atividades no território (NASCIMENTO, 2002).

Para o cargo de Auxiliar/Técnico de enfermagem, o primeiro critério é a equivalência de horas desse profissional em relação às horas médicas, visto que o atendimento médico gera procedimentos de enfermagem para os usuários. Para a equipe de retaguarda, são considerados seis postos de trabalho para unidades de menor área física e horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, e sete postos de trabalho para unidades de maior área física e com horário de funcionamento de segunda-feira a sábado. O potencial de produtividade é calculado com 60% das horas semanais, sendo considerada a média de quatro atendimentos por hora. O restante da jornada é utilizado para atividades coletivas no território e unidade de saúde, ações educativas, reuniões de equipe, dentre outras demandas do serviço.

O emprego de Agente Comunitário de Saúde foi dimensionado a partir do número de ESF ou eAB, de acordo com a vulnerabilidade de cada unidade de saúde, sendo considerados quatro Agentes Comunitários de Saúde por equipe. Segundo recomendação da Política Nacional de Atenção Básica, o Agente Comunitário de Saúde deverá estar vinculado à Equipe de Saúde da Família, assistindo no máximo 750 pessoas. Considerando que as vulnerabilidades dos territórios de um município com mais de um milhão de habitantes são muito díspares e que o arranjo organizacional do sistema de saúde deve contemplar as necessidades de saúde da população com equidade (NASCIMENTO, 2006), em Campinas o número de habitantes por Agente Comunitário de Saúde varia entre as Equipes de Saúde da Família.

Para o cargo de Farmacêutico, foi considerado o horário de funcionamento das unidades de saúde, a vulnerabilidade da população adscrita e número de receitas dispensadas, sendo definida a complexidade de cada unidade de saúde e dimensionado um profissional para cada Núcleo Ampliado de Saúde da Família. A atuação do farmacêutico está organizada em 50% da jornada para atendimentos individuais na unidade de saúde e no domicílio e 50% destinado às ações educativas e supervisão da equipe de profissionais que atuam na farmácia.

Para o cargo de Agente de Apoio à Saúde (Farmácia), os critérios utilizados foram a população adscrita por território, vulnerabilidade, horário de funcionamento da unidade de saúde e média de receitas atendidas no ano anterior (CAMPINAS, 2018b). O potencial de produtividade é calculado com 75% das horas semanais, sendo considerada a média de dez dispensações de receitas por hora. O restante da jornada é utilizado para atividades administrativas e controle de estoque e armazenamento de medicamentos da farmácia, ações educativas e reuniões de equipe.

O Agente Administrativo desenvolve duas atividades distintas, atendimento ao público, para o qual foram considerados no mínimo dois profissionais durante todo o horário de funcionamento da unidade de saúde. E para as atividades administrativas, para as quais consideramos o número de trabalhadores de cada serviço e o horário de funcionamento da unidade de saúde. Ao final, soma-se os dois resultados, sendo definido o número total de administrativos necessários para desenvolverem todas as atividades na unidade básica de saúde.

Para o cargo de Cirurgião-dentista, foi aplicado o índice de utilização dos serviços, o potencial de produção, a capacidade física instalada, o horário de funcionamento da unidade de saúde, a vulnerabilidade e os procedimentos odontológicos por habitante, de acordo com a portaria nº 1.631 (BRASIL, 2015b). A média estimada de procedimentos por habitante por ano varia de 1,5 a 2,0 de acordo com a vulnerabilidade de cada serviço, e o potencial de produtividade é calculado considerando a média de dois procedimentos por hora.

Os cargos de Técnico de Saúde Bucal e Auxiliar de Saúde Bucal foi dimensionado com um profissional por Equipe de Saúde da Família, sendo suas atividades distribuídas em ações educativas de prevenção e promoção à saúde e assistenciais aos usuários. E como o trabalho do cirurgião-dentista é desenvolvido a quatro mãos, o número total de horas de TSB/ASB é equivalente às horas dimensionadas para o cirurgião-dentista.

Os resultados dos cálculos matemáticos realizados com base nos parâmetros e indicadores definidos por categoria profissional foram registrados em planilhas eletrônicas, sendo criado um sistema de informação na plataforma WEB, que possibilita o acompanhamento do quadro existente de pessoal. O sistema permite ainda a emissão de relatórios comparativos entre o quadro atual e o dimensionado, sendo atualizado mensalmente através da folha de pagamento enviada pela Secretaria Municipal de Recursos Humanos.

Considerações finais

A estratégia de implantação do Projeto de Dimensionamento de Pessoal no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde considerou o contexto e as especificidades do processo de trabalho em saúde, que se refere a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico. E todas as ações desenvolvidas pelos trabalhadores devem contemplar a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários. Nesse contexto, os responsáveis pelo desenvolvimento deste projeto se apropriaram das especificidades do mundo do trabalho no campo da saúde pública para promover o diálogo com as práticas hegemônicas de produção do cuidado, problematizando-as e visando à construção de novos modos de produção.

Nesta perspectiva o dimensionamento deve ser entendido como um processo de planejamento contínuo de modo a garantir o quantitativo e qualitativo de trabalhadores que possam atender a demanda diária dos serviços de saúde, bem como às diversas necessidades de saúde da população.

A elaboração do dimensionamento para a Atenção Básica resultou no desenvolvimento de um sistema de informação que permite a elaboração de relatórios comparativos entre os valores dimensionados e o quadro atual de servidores, expressando a força de trabalho necessária para cada unidade básica de saúde, garantindo o atendimento à população adscrita em níveis satisfatórios de qualidade, quantidade, eficácia e resolutividade. E ainda, a possibilidade de realizar previsão orçamentária, quanto à adequação de recursos humanos para saúde, auxiliar na definição de vagas para concursos públicos, fazer movimentação de servidores e definir prioridades de vagas para as unidades básicas de saúde.

Embora o resultado do dimensionamento seja quantitativo, o processo de elaboração agrega a dimensão qualitativa, na medida em que durante a elaboração é necessário identificar e conhecer os usuários que vivem no território, definir os serviços de saúde que serão oferecidos de modo a atender as diferentes necessidades de saúde, analisar e reorganizar o processo de trabalho, a forma como ofertar as atividades desenvolvidas nos serviços, os fluxos estabelecidos e as atribuições dos cargos.

É relevante esclarecer que todo dimensionamento deverá ser revisto sempre que houver necessidade por mudança de modelo de saúde, alterações das diretrizes, projetos técnicos ou políticos. Portanto, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, por meio do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, atualiza mensalmente o quadro de pessoal existente e quando necessário realiza a revisão do dimensionamento a partir das definições anteriores ou inclusão de novos parâmetros e indicadores que se tornam significativos para alcançar um resultado mais satisfatório. A experiência vivida nesta secretaria, permitiu diversos avanços na área de gestão do trabalho e educação na saúde, dentre eles: profissionalização na área, monitoramento e avaliação da força de trabalho existente e a necessária utilização do dimensionamento como ferramenta de gestão para tomada de decisões, planejamento orçamentário e principalmente para qualificar a assistência prestada aos usuários. Além disso, esta experiência tem sido utilizada como referência para outros municípios e para a produção de conhecimento sobre a temática abordada.

Referências:

- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciê. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. vol.6, n. 1, pp. 63-72, 2001.
- BARBOSA, A.M.R; FERREIRA, P.F. **Gerenciamento de Recursos Humanos**: O dimensionamento de pessoal técnico-administrativo da Universidade Federal de Sergipe. IX Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul. Florianópolis, 2009.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Vol.22, n.6, pp. 1171-1181, 2006.
- BONFIM, D. **Planejamento da força de trabalho de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família**: indicadores de carga horária. 2014. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631 de outubro de 2015. **Dispõe sobre critérios e parâmetros para a programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial [União], Brasília, outubro de 2015b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 17 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial [União], Brasília, 17 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho na Saúde. **Prêmio InovaSUS 2012/2013**: valorização das práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.
- CAMPINAS. [Município] Secretaria Municipal de Saúde. **Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**. Campinas; 2018. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/gestaoorhsaude>>. Acesso em: 05 de junho 2018a.
- CAMPINAS. [Município]. Secretaria de Saúde. **Assistência Farmacêutica**. Campinas; 2014. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 05 de junho 2018b.
- CAMPINAS. [Município]. Secretaria de Saúde. **Atenção à Saúde**. Protocolos, manuais e cartilhas. Campinas; 2011. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 07 de maio 2018c.
- CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro. Abrasco, pp. 117-130, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: dados sobre o Município de Campinas**. Brasília; 2010. Disponível em:<<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28 de maio 2018.
- MALIK, A., & CAMPOS, C.V. Dimensionamento de recursos humanos em saúde ou na vida como ela é. **Cadernos FGV Projetos**, ano 4, n. 9, 2009. Disponível em FGV Easp: <http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/maik_dimensionamento_de_recursos_humanos_em_saude_ou_a_vida_como_ela_e.pdf>. Acesso em 12 de abril de 2017.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede Estadual de Centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- NASCIMENTO, E.P.L. **A formação dos Agentes Comunitários de Saúde: experiência do município de Campinas**. 2006. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- NASCIMENTO, E.P.L. **As enfermeiras e suas práticas na rede básica de saúde de Campinas nas décadas de 70 e 80**. 2002. Dissertação. (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

NASCIMENTO, E.P.L.; CORREA, C.R.S.; NOZAWA, M.R. O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. **Rev. Ciênc. Méd.** Campinas. Vol. 16, n.3, pp. 161-173, 2007.

OPAS/OMS BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da inovação na gestão do SUS. Brasil; 2018. Disponível em <apsredes.org/laboratorio/gestao-trabalho/experiencia-campinas>. Acesso em 02 de outubro de 2018.

RAMOS, L, POSSA, L.B. Dimensionamento da força de trabalho no SUS: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em Saúde. **Saúde em Redes.** Vol. 2, n. 1, pp. 43-52, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p43-52>

SANTOS, M. **Metamorfose do espaço habitado.** Hucitec: São Paulo, 2000.

SANTOS, M. **Por outra globalização.** 5ª ed. Record. São Paulo, 2001.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Estudos em Planejamento e gestão de Saúde da EAFSP. Centro Estudos CEALAG. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo:** parâmetros para planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006.



CAPÍTULO 12

FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM MARINGÁ-PR

Alessandra C. H. Boscarato Guimarães
Eliane Katsume Kikumoto Baptista
Elmer de Souza Rodrigues
Clície Arrias Fabri
Lourdes Thomé
Ana Paula Merry Garbelini
Graziela Denski da Silva Costa
Riquely Contessoto
Eliana Cláudia Porcelani Bérghamo
Jair Francisco Pestana Biatto

Porque planejar e dimensionar recursos humanos em Maringá-PR?

O dimensionamento da força de trabalho é “*considerado uma ferramenta estratégica para gestão em saúde. Ao possibilitar aproximação do cenário da força de trabalho, indica variáveis sobre suas características, aspectos de lotação, provimento, movimentação e qualificação*”, dando subsídio aos gestores e trabalhadores para negociação e tomada de decisão. (BERNARDES, 2017)

A Gestão do Trabalho, segundo Nunes *et al* (2015):

“é um elemento central para implementação e a consolidação do SUS, especialmente no espaço da AB, em que a prática do cuidado se efetiva por meio da interação entre os trabalhadores e usuários”

Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão municipal tem trabalhado no planejamento das ações na promoção da atenção à saúde local, buscando otimizar os recursos financeiros disponíveis para esta finalidade.

Ao encontro da necessidade de reorganização do quadro de profissionais que atuam na Atenção Básica do município e na tentativa de obter subsídios para realização destas ações, a Secretaria Municipal de Maringá foi inserida no projeto de implantação do dimensionamento de trabalhadores da saúde na Atenção Básica. O dimensionamento é um projeto de cooperação técnica entre o Estado do Paraná, o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e o observatório de Recursos Humanos da Universidade de Brasília.

Maringá situa-se na Região Noroeste do Estado do Paraná com uma população estimada para o ano de 2017 de 406.693 habitantes distribuída em três distritos administrativos, Maringá, Floriano e Iguatemi (MARINGÁ, 2017 a). É referência para os 29 municípios da 15ª Regional de Saúde (RS) e, também, para os 115 municípios da Macrorregião Noroeste, totalizando 1.868.764 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2017. Possui uma área territorial de 487,930 km² com densidade populacional de 828,61 habitantes/km² e grau de urbanização de 98,20%.

O modelo de Atenção Primária adotado pelo município é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 74 Equipes de Saúde da Família e cobertura populacional de 83%, 31 Equipes de Saúde Bucal e cobertura populacional de 55%, distribuídas nas 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes, com população adscrita localizada em território geográfico, considerada a porta de entrada do SUS e eixo central da organização do sistema.

O município vem investindo no processo de tutoria da Atenção Primária à Saúde (APS) buscando a garantia do padrão de qualidade da atenção primária, com certificação de 15 UBS selo bronze, 1 UBS selo prata e 2 UBS selo ouro no ano de 2017 e programação para nova etapa de avaliações ao final do ano de 2018.

O presente trabalho é resultado do processo do dimensionamento da força de trabalho na Atenção Básica no município.

Rede de atenção à saúde do município:

É composta de uma rede de atenção à saúde regionalizada e hierarquizada em diferentes níveis de complexidade. A Atenção Primária é a ordenadora do sistema e a UBS é a porta de entrada.

A Rede Básica conta com 34 UBS e 1 Ponto de apoio (Paulino), distribuídas, administrativamente, em 6 Regionais. Estabeleceram-se como Unidade de Saúde de referência de cada regional as UBS de maior porte e localização geográfica no território. Estão habilitadas 74 equipes ESF, 31 ESB e 9 NASF. Algumas UBS contam com profissionais de apoio: clínico geral, pediatra, gineco-obstetra, psicólogo, assistente social, enfermeiro assistencial, auxiliares e técnicos de enfermagem e farmacêutico.

A Rede Especializada própria, organizada e estruturada para ser referência às ações da Atenção Básica, é composta de:

• Complexo de Saúde Mental:

- 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS II Canção, CAPS infantil, CAPS-AD e CAPSIII e 3 Residências Terapêuticas (RT);

• 2 Policlínicas:

- Policlínica Zona Norte: oferta de consultas especializadas e clínica de fisioterapia. Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo III.
- Policlínica Primo Marcelo Monteschio – Zona Sul: oferta de consultas e exames especializados, Clínica da mulher (referência secundária), Centro de Testagem Anônima (CTA) e Ambulatório IST/HIV/AIDS (referência para atendimento de pacientes com infecções sexualmente transmissíveis HIV e AIDS), referência para tratamento especializado de tuberculose multirresistente, referência para atendimento especializado de hepatites virais.

• Análises Clínicas: Laboratório Municipal de Análises Clínicas, localizado na Secretaria de Saúde

• Assistência Farmacêutica:

- Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF);
- Farmácia Móvel: dispensação de medicamentos psicoativos em Unidades Básicas (cronograma de atendimento) e dispensação de medicamentos do Protocolo – Dor crônica para os distritos de Iguatemi e Floriano.
- 2 Farmácias 24 horas: 1 localizada na UPA Zona Norte e 1 no Hospital Municipal;
- Farmácia de Manipulação.

• Central de regulação de consultas e exames especializados:

- Central de Agendamento de exames e consultas especializadas.
- Cirurgias Eletivas: regulação de cirurgias de média e alta complexidades realizadas em Maringá.

• Tratamento Fora de Domicílio (TFD)

• Suporte Nutricional: dispensação de fórmulas especiais.

• Sala de Vacinas e imunobiológicos especiais

• Urgência/Emergência:

- 2 Unidades de Unidade de terapia intensiva: UPA Zona Norte e UPA Zona Sul
- Central de Regulação de Urgências SAMU Norte Novo:
- Habilitadas 4 unidades de suporte básico (USB), 2 unidades de suporte avançado (USA), 1 veículo de intervenção rápida (VIR), 1 unidade Aeromédico.
- Base descentralizada do SAMU na Zona Norte;

• Hospital Municipal:

- Dispõe de 119 leitos, sendo 83 leitos gerais (clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria), 26 leitos na Emergência Psiquiátrica e 10 leitos de UTI adulto tipo II.

Controle Social

Na estrutura do Conselho Municipal de Saúde (CMS) foram constituídas comissões consultivas (Saúde Mental, Orçamento e Finanças, Avaliação e Assistência, Educação Permanente, Vigilância em Saúde e Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT), compostas de representantes da Gestão Municipal e de Conselheiros Municipais de Saúde.

Existem 34 Conselhos Locais de Saúde ligados às UBS e 6 Conselhos Locais Hospitalares (hospitais contratualizados com o SUS).

A Ouvidoria Municipal da Saúde/disque 160 foi implantada em 2001 e recebe aproximadamente de 900 a 1.200 demandas por mês, entre reclamações, elogios e solicitações de serviços.

Rede contratada de serviços de saúde

Todos os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares são contratualizados, após os processos licitatórios e/ou por inexigibilidade, de acordo com a Lei 8080/1990 e Lei 8666/1993.

• Ambulatorial:

- Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense (CISAMUSEP): consultas e procedimentos especializados e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II.
- Laboratórios: 4 serviços contratados
- Imagem: 6 serviços contratados
- Fisioterapia: 7 clínicas contratadas
- Procedimentos especializados: oftalmologia (tratamento glaucoma, catarata, exames especializados), aplicação terapêutica de Toxina Botulínica, oxigenioterapia hiperbárica, colangiopancreatografia retrógrada (CPRE), terapia renal substitutiva (TRS), Oncologia (quimioterapia e radioterapia), Litotripsia, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II -Universidade Estadual de Maringá.

Saúde Auditiva e dispensação AASI: 2 serviços contratados

Hospitalar:

- 1 Hospital Universitário (Público Estadual), 1 hospital filantrópico e 4 hospitais privados, totalizando 722 leitos disponíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS)

Metodologia e resultados:

a) Definições sobre a população e critérios utilizados:

Optou-se por utilizar a população informada no Sistema Gestor Saúde (SGS), que é um sistema informatizado próprio do município, disponibilizado em todas as UBS, com registro de todas as ações executadas por categoria profissional. Neste sistema são realizados, ainda, os cadastros de pessoas/famílias residentes na área de abrangência respectiva de acordo com a UBS de referência. Atualmente estão cadastradas 337.478 pessoas, que corresponde a 83% da população estimada para Maringá no ano de 2017. Na tabela 1 apresentamos a população cadastrada pelas ESF no SGS, por faixa etária.

Tabela 1: População cadastrada pelas equipes da ESF, Maringá, 2017.

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total	%
< 1 ano	1.551	1.608	3.159	1,1
1 a 4 anos	6.584	6.719	13.303	4,6
5 a 6 anos	3.293	3.269	6.562	2,3
7 a 9 anos	4.697	5.028	9.725	3,4
10 a 14 anos	7.670	8.288	15.958	5,5
15 a 19 anos	8.846	8.873	17.719	6,1
20 a 39 anos	44.840	41.191	86.031	29,7
40 a 49 anos	21.050	17.867	38.917	13,4
50 a 59 anos	21.489	17.456	38.945	13,4
60 anos e +	34.413	25.145	59.558	20,5
Área com PSF	154.433	135.444	289.877	85,9
Área sem PSF			47.601	14,1
População Total			337.478	100

Fonte: Sistema Gestor Saúde – Secretaria de Saúde/Maringá

b) Dimensionando as UBS:

Para estudo do projeto, a SMS selecionou duas UBS, uma localizada na Regional Pinheiros - UBS A e outra na Regional Iguazu - UBS B.

A intenção desta escolha foi a possibilidade de, considerando graus de vulnerabilidade distintos, porte das UBS e composição atual das equipes da atenção básica, representar os perfis e, conseqüentemente, as diferentes necessidades de ações da gestão municipal.

Quadro 1: Caracterização das UBS dimensionadas no Projeto, Maringá, 2017.

Caracterização da UBS	UBS – A	UBS – B
Grau de Vulnerabilidade	Média	Baixa
População adscrita (habitantes)	14.593	6.743
URP ³³	4,9	1,9
Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira	7:00 as 18:00	7:00 as 18:00
Capacidade Instalada	3 consultórios médicos 2 consultórios de enfermagem 4 equipos odontológicos	4 consultórios médicos 1 consultórios de enfermagem 2 equipos odontológicos
ESF/ESB	3 ESF 1 ESB	1 ESF 1 ESB
NASF	1 equipe (sede)	Referência
Outros profissionais	1 clínico (20 h) 1 pediatra (16 h) 1 GO (20 h) 1 psicólogo (30 h) 1 enfermeiro (30 h)	1 psicólogo (30 h) 1 pediatra (12 h) 1 GO (20h) 1 enfermeiro (30 h)
Tutoria APS	Não avaliada	Selo Ouro

Fonte: Gerência de Assistência/SMS/Projeto Dimensionamento – Maringá/2018

³³ Transformação dos quantitativos populacionais das UBS, segundo o grau de vulnerabilidade social (GVS), em unidades de referência (URP). Recomenda-se que, segundo os critérios do Projeto Dimensionamento da força de trabalho na Atenção Básica, quanto maior a vulnerabilidade social nos territórios adscritos, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.”

c) Classificação de risco de acordo com as vulnerabilidades

O indicador de saúde selecionado para classificar o risco/vulnerabilidade foi o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa-Família (PBF).

Este indicador foi escolhido pelo grupo de trabalho local (GT-Maringá) por ser um programa oficial que contempla os programas sociais Bolsa-escola, Vale alimentação e Vale gás, cujos critérios para inclusão no PBF já indicam vulnerabilidade social.

Para a classificação das UBS, segundo grau de vulnerabilidade (GVS), calcularam-se as proporções de pessoas/famílias beneficiárias e com perfil saúde do PBF em relação à população da área de abrangência de cada UBS. Identificadas estas proporções, definiram-se os intervalos, por grau de vulnerabilidade:

- Baixo risco: até 9,99%
- Médio risco: de 10 a 19,99%
- Alto risco: acima de 20%

Quadro 2: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS), da Rede Básica de Saúde, segundo grau de vulnerabilidade social, Maringá, 2017.

Grau de Vulnerabilidade Social (GVS)	UBS	%
Baixo Risco URP: 3.500 habitantes	Aclimação, Alvorada I, Alvorada III, Grevíleas, Internorte, Industrial, Universo, Mandacaru, Maringá Velho, Morangueira, Parigot de Souza, São Silvestre, Tuiuti, Vila Esperança, Vila Operária, Iguazu, Pinheiros, Quebec, Zona Sul, Império do Sol, Paris, Céu Azul, Olímpico, Paraíso, Piatá, Portal das Torres.	79%
Médio Risco URP: 3.000 habitantes	Cidade Alta, Guaiapó-Requião, Iguatemi, Ney Braga, Vila Vardelina, Zona 6	18%
Alto Risco URP: 2.500 habitantes	Florianópolis	3%
Total	33 UBS	100%

Fonte: Programa Bolsa Família /Dimensionamento – Maringá/2018

Como demonstrado no quadro acima, 26 UBS foram classificadas com baixo risco (79%), 6 UBS com médio risco (18%) e 1 UBS com alto risco (3%).

Estabelecidos os graus de vulnerabilidade (GVS) das UBS, realizou-se a conversão da população de cada UBS em nº de Unidades de Referência Populacional (URP).

d) Definição dos parâmetros por categoria

| Médicos

Para o dimensionamento da categoria médica foram utilizados os seguintes parâmetros:

- População adscrita por UBS:
 - UBS A: 14.593 habitantes
 - UBS B: 6.743 habitantes
- A partir da classificação das UBS de acordo com o Grau de vulnerabilidade e considerando o quantitativo de população adscrita, definiu-se o número de URP para o território.
 - UBS A: Médio Risco – 4,9 URP
 - UBS B: Baixo Risco – 1,9 URP
- Jornada de trabalho: 40 horas/semanais contratuais. Conforme parâmetro apresentado pelo dimensionamento, utilizou-se para cálculo de necessidade de número de consultas 60% da carga horária contratual, 24 h/semana.

Fórmula de cálculo:

A) Necessidade de Horas Médico/Semana – HMS

Identificou-se a necessidade de horas do profissional médico na UBS, de acordo com a fórmula:

$$\text{HMS} = \text{URP} \times \text{Jornada de trabalho}$$

UBS A

$$\text{HMS} = \text{URP} \times \text{Jornada de trabalho}$$

$$4,9 \times 40 = 196 \text{ HMS}$$

UBS B

$$\text{HMS} = \text{URP} \times \text{Jornada de trabalho}$$

$$1,9 \times 40 = 76 \text{ HMS}$$

B) Potencial de produção anual do profissional (PP)

Indicador de produção: consultas/hora

Parâmetro: 4 consultas/hora

$$PP = \frac{\text{HMS} \times 60\% (\text{CH destinada a consultas}) \times 4 \text{ Consultas/Hora} \times 52 \text{ Semanas/Ano}}{\text{Total de Consultas/Ano}}$$

UBS A

$$PP = \frac{\text{HMS} \times 60\% (\text{CH destinada a consultas}) \times 4 \text{ Consultas/Hora} \times 52 \text{ Semanas/Ano}}{\text{Total de Consultas/Ano}}$$

$$(196 \times 60\%) \times 4 \times 52 = 24.460 \text{ consultas /ano}$$

UBS B

$$PP = \frac{\text{HMS} \times 60\% (\text{CH destinada a consultas}) \times 4 \text{ Consultas/Hora} \times 52 \text{ Semanas/Ano}}{\text{Total de Consultas/Ano}}$$

$$(76 \times 60\%) \times 4 \times 52 = 9.484 \text{ consultas /ano}$$

Quadro 3: URP, HMS e potencial de produção das UBS A e B, Maringá, 2017.

UBS	URP	Necessidade de horas profissional/sem (HMS)	Potencial de produção consultas/ano (PP)
A	4,9	196	24.460 consultas
B	1,9	76	9.484 consultas

Fonte: Dimensionamento – Maringá/PR

A UBS A, classificada como médio risco, tem uma população adscrita de 14.593 habitantes. Recomenda-se, neste caso, que o número de pessoas por equipe seja de 3.000 habitantes. Após a conversão do quantitativo populacional em URP e considerando que a jornada de trabalho do médico na Estratégia Saúde da Família é de 40 horas, verificou-se que a necessidade de horas-médico por semana é de 196 horas. Para a UBS B, de baixo risco, com uma população de 6.743 habitantes e a recomendação de adscrição de 3.500 pessoas por equipe, a necessidade é de 76 horas-médico por semana.

Para o cálculo do potencial de produção, o parâmetro utilizado é de 4 consultas médicas por hora e a destinação de 60% da carga horária contratual de cada profissional para realização destas consultas, ou seja, 24 h/semanais.

Assim, considerando-se a parametrização acima descrita, a cobertura assistencial estimada de consultas médicas na Atenção Básica na UBS A é de 1,68 consultas médicas por habitante/ano e na UBS B de 1,4 consultas médicas por habitante/ano.

| Área de Enfermagem

Para o dimensionamento da área de enfermagem foram utilizados os seguintes parâmetros:

1. Categoria Enfermeiro:

- População adscrita por UBS
 - UBS A: 14.593 habitantes
 - UBS B: 6.743 habitantes
- A partir da classificação das UBS de acordo com o Grau de vulnerabilidade e considerando o quantitativo de população adscrita, definiu-se o número de URP para o território:
 - UBS A: Médio Risco – 4,9 URP
 - UBS B: Baixo Risco – 1,9 URP
- Jornada de trabalho: 40 horas/semanais contratuais. Conforme parâmetro apresentado pelo dimensionamento, utilizou-se para cálculo de necessidade de número de consultas 40% da carga horária contratual, 16 h/semana.

Fórmula de cálculo:

A) Necessidade de Horas Enfermeiro/Semana – HES:

Identificou-se a necessidade de horas do profissional enfermeiro na UBS, de acordo com a fórmula:

$$HES = URP \times \text{Jornada de trabalho}$$

UBS A

$$HES = URP \times \text{Jornada de trabalho.}$$

$$4,9 \times 40 = 196 \text{ HMS}$$

UBS B

$$HES = URP \times \text{Jornada de trabalho.}$$

$$1,9 \times 40 = 76 \text{ HMS}$$

B) Potencial de produção anual do profissional (PP)

Indicador de produção: consultas/hora

Parâmetro: 3 consultas/hora

CH consultas: carga horária destinada a consultas.

$$PP = \frac{\text{HES} \times 40\% (\text{CH destinada a consultas}) \times 3 \text{ Consultas/Hora} \times 52 \text{ Semanas/Ano}}{\text{Total de Consultas/Ano}}$$

UBS A

$$PP = \frac{\text{HES} \times 40\% (\text{CH destinada a consultas}) \times 3 \text{ Consultas/Hora} \times 52 \text{ Semanas/Ano}}{\text{Total de Consultas/Ano}}$$

$$(196 \times 40\%) \times 3 \times 52 = 12.230 \text{ consultas/ano}$$

UBS B

$$PP = \frac{\text{HES} \times 40\% (\text{CH destinada a consultas}) \times 3 \text{ Consultas/Hora} \times 52 \text{ Semanas/Ano}}{\text{Total de Consultas/Ano}}$$

$$(76 \times 40\%) \times 3 \times 52 = 4.742 \text{ consultas/ano}$$

Quadro 4: URP, HES e potencial de produção das UBS dimensionadas, Maringá, 2017.

UBS	URP	Necessidade de horas profissional/semana (HES)	Potencial de produção consultas/ano (PP)
A	4,9	196	12.230 consultas
B	1,9	76	4.742 consultas

Fonte: Dimensionamento – Maringá/2018

Assim como dimensionado para a categoria médica, a necessidade de horas-enfermeiro/semana para a realização de consultas é maior para a UBS classificada como médio risco (UBS A) quando comparada com a UBS B (baixo risco). Com o parâmetro de 3 consultas do enfermeiro/hora, o potencial de produção de consultas/ano estimado para a UBS A e UBS B, demonstrados no quadro 4, resulta em cobertura assistencial estimada de 0,84 consultas o enfermeiro por habitante/ano para a UBS A e 0,70 consultas do enfermeiro por habitante/ano.

2. **Categoria Auxiliar/Técnico de enfermagem:**

- Número de postos de trabalho: Consideramos 5 postos (recepção e acolhimento, procedimentos típicos de enfermagem, coleta de sangue e curativos, vacinas e medicação, central de materiais)
- Horário de funcionamento das UBS (7h as 18h): 11 horas

A) Necessidade de horas do auxiliar e técnico de enfermagem na semana (HTE):

Fórmula de cálculo:

$$HTE = \text{N}^\circ \text{ de Postos de trabalho} \times \text{N}^\circ \text{ Horas de funcionamento}$$

UBS A e B

$$HTE = \text{N}^\circ \text{ de Postos de trabalho} \times \text{N}^\circ \text{ Horas de funcionamento}$$

$$5 \times 55 = 275 \text{ horas/semana}$$

B) Potencial de Produção:

Indicador de produção: procedimentos hora

Parâmetro: 4 procedimentos/hora

Para determinar Potencial de produção (nº de procedimentos/ano), considerou-se 70% da carga horária total para execução destas atividades nos 5 postos de trabalho.

$$PP = \frac{\text{HTE/Semana} \times 70\% (\text{CH destinada a atendimento}) \times 4 \text{ Procedimentos/Hora} \times 52 \text{ Semanas/Ano}}$$

UBS A e B

$$PP = \frac{\text{HTE/Semana} \times 70\% (\text{CH destinada a procedimento}) \times 4 \text{ Procedimentos/Hora} \times 52 \text{ Semanas/Ano}}$$

$$192,5 \times 4 \times 52 = 40.040 \text{ procedimentos}$$

Quadro 5: HTE e potencial de produção dos auxiliares e técnicos de enfermagem das UBS A e B, Maringá, 2017.

UBS	Necessidade de horas profissional/semana (HTE)	Potencial de produção (PP) consultas/ano
A	275	40.040 procedimentos
B	275	40.040 procedimentos

Fonte: Dimensionamento – Maringá/2018

A necessidade de horas do auxiliar e técnico de enfermagem por semana, demonstrado no Quadro 5, é de 275 horas por semana. Não apresentou resultados distintos em função da fórmula de cálculo, que considera o número de postos de trabalho e horário de funcionamento das UBS.

Área de saúde bucal

Para o dimensionamento da Área de Saúde Bucal foram utilizados os seguintes parâmetros:

1. Categoria: Cirurgião Dentista (CD)

- População adscrita por UBS
 - UBS A: 14.593 habitantes
 - UBS B: 6.743 habitantes
- A partir da classificação das UBS de acordo com o Grau de vulnerabilidade e considerando o quantitativo de população adscrita, definiu-se o número de URP para o território:
 - UBS A: Médio Risco – 4,9 URP
 - UBS B: Baixo Risco – 1,9 URP
- Jornada de trabalho
 - Jornada de trabalho: 40 horas/semanais contratuais.
- Necessidade de horas do cirurgião dentista/ semana:
 - Indicador: procedimento/habitante/ano.
- Parâmetro:

Para dimensionar a abrangência da cobertura populacional na saúde bucal, utilizou-se a seguinte fórmula:

$$\text{População a ser assistida} = \text{População Adscrita} \times 38\% \text{ (Cobertura populacional)}$$

UBS A

$$\text{População a ser assistida} = \text{População Adscrita} \times 38\% \text{ (Cobertura populacional)}$$

$$14.593 \text{ habitantes} \times 38\% = 5.545 \text{ habitantes}$$

UBS B

$$\text{População a ser assistida} = \text{População Adscrita} \times 38\% \text{ (Cobertura populacional)}$$

$$6.743 \text{ habitantes} \times 38\% = 2.562 \text{ habitantes}$$

Para calcular a cobertura assistencial em procedimentos odontológicos (necessidade de procedimentos/habitante/ano), o parâmetro sugerido varia de acordo com o grau de vulnerabilidade da UBS. Para as unidades classificadas como de baixo risco o parâmetro sugerido é de 1,5 procedimentos/habitante/ano, já para UBS de médio risco é de 1,75 procedimentos/habitante/ano.

Fórmula de cálculo:

$$\text{Procedimentos} = (\text{População Assistida} \times \text{parâmetro por GVS}) / 52 \text{ Semanas/Ano}$$

UBS A

$$\text{Procedimentos} = (\text{População Assistida} \times \text{parâmetro por GVS}) / 52 \text{ Semanas/Ano}$$

$$(5.545 \times 1,75) / 52 = 186 \text{ procedimentos/semana}$$

UBS B

$$\text{Procedimentos} = (\text{População Assistida} \times \text{parâmetro por GVS}) / 52 \text{ Semanas/Ano}$$

$$(2.562 \times 1,5) / 52 = 74 \text{ procedimentos/semana}$$

A quantidade de Horas de Cirurgião Dentista por semana (HCD/Semana) necessária para realização de procedimentos é calculada segundo a fórmula abaixo:

$$\text{HCD/Semana} = \frac{\text{Procedimentos}}{\text{Procedimentos/Hora}}$$

UBS A

$$\text{HCD/Semana} = \frac{\text{Procedimentos}}{\text{Procedimentos/Hora}}$$

$$186 \text{ procedimentos por semana} + 4 \text{ procedimentos/hora} = 46,5 \text{ horas/semana}$$

UBS B

$$\text{HCD/Semana} = \frac{\text{Procedimentos}}{\text{Procedimentos/Hora}}$$

$$74 \text{ procedimentos por semana} + 4 \text{ procedimentos por hora} = 18,5 \text{ horas/semana}$$

Considerando-se que 65% do tempo do CD é destinado à realização de procedimentos, calculou-se a quantidade de HCD, de acordo com a fórmula:

$$\text{HCD} = \frac{\text{HCD/Semana} \times 100}{65}$$

UBS A

$$\text{HCD} = \frac{\text{HCD/Semana} \times 100}{65}$$

$$46,5 \times 100 / 65 = 72 \text{ horas}$$

UBS B

$$\text{HCD} = \frac{\text{HCD/Semana} \times 100}{65}$$

$$18,5 \times 100 / 65 = 28 \text{ horas}$$

Quadro 6: HCD e potencial de produção do cirurgião dentista das UBS A e B, Maringá, 2017.

UBS	Parâmetro	Necessidade de horas profissional/sem (HCD)	Potencial de produção /ano (PP)
A	1,75	72 horas	9.704 procedimentos
B	1,5	28 horas	3.843 procedimentos

Fonte: Dimensionamento – Maringá/2018

2. Categoria Auxiliar de saúde bucal (ASB):

Necessidade de horas na UBS igual ao CD

Considerando-se a natureza das atividades do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), que é de apoio ao cirurgião dentista, a estimativa de horas do auxiliar de Saúde Bucal (ASB) necessárias é igual à do cirurgião dentista (CD).

3. Categoria Técnico de saúde bucal (TSB):

Necessidade de 40 horas do TSB/UBS

| Dimensionamento da área farmácia:

1. Categoria Agente de apoio à farmácia (AAF):

- Indicador: nº de receitas dispensadas
- Parâmetro: sugerido 10 receitas/hora
- Carga horária contratual: 40 horas/semana. Conforme parâmetro apresentado pelo dimensionamento, utilizou-se 75% da carga horária semanal para dispensação de medicamentos (CHDM), ou seja, 30 h semanais destinadas para esta atividade.
- Quantidade de semanas por mês: para tipificação do mês-padrão dividiu-se a quantidade de semanas no ano (52) pelo número de meses (12), resultando em 4,33 semanas por mês.

A) Potencial de Produção mensal (PP mensal):

Fórmula de cálculo:

$$PP \text{ mensal} = \text{parâmetro} \times \text{CHDM/Semana} \times 4,33 \text{ semanas/mês}$$

UBS A e B

$$PP \text{ mensal} = \text{parâmetro} \times \text{CHDM/Semana} \times 4,33 \text{ semanas/mês}$$

$$10 \text{ receitas /hora} \times 30 \text{ horas} \times 4,33 \text{ semanas} = 1.300 \text{ receitas dispensadas/mês}$$

Para dimensionar a necessidade de agentes de apoio à farmácia utilizamos a média mensal de receitas dispensadas pelas UBS no ano de 2017 e dividimos pelo PP mensal.

Quadro 7: Média mensal de receitas dispensadas, potencial de produção por profissional e necessidade de agente de apoio à farmácia das UBS A e B, Maringá, 2018.

UBS	Média de receitas dispensadas/mês	Potencial de produção mensal (por profissional)	Nº de AAF necessários
A	1626	1300	1,25
B	1016	1300	0,78

Fonte: Dimensionamento – Maringá/2018/Gerência de Assistência Farmacêutica - SMS Maringá

Dados da Gerência de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá apontam que em 2017, em média, a UBS A dispensou 1.626 receitas por mês e a UBS B 1.016 receitas. De acordo com a fórmula de cálculo, a necessidade de AAF na UBS B é de menos de 1 profissional, enquanto na UBS A é de 1,25 profissional.

| Dimensionamento da área administrativa:

1. Categoria: Agente/assistente e auxiliar administrativo:

- Jornada de Trabalho: 40 horas/semana
- Parâmetros: considerou-se dois parâmetros para este dimensionamento. O primeiro parâmetro sugerido pelo projeto dimensionamento, que propõe a alocação de agentes administrativos de acordo com a quantidade de servidores na UBS, foi revisado e adequado à realidade do município:

Parâmetro 1:

Quantidade de servidores na UBS	Necessidade de Ag. Administrativo
Até 60 servidores	1 administrativo
De 61 a 90 servidores	2 administrativos
De 91 a 120 servidores	3 administrativos
Acima de 121 servidores	4 administrativos

Para o segundo parâmetro, primeiramente, foram determinadas três categorias para classificação das UBS segundo a população adscrita. Os intervalos foram determinados pelo GT-Maringá com a assessoria do Projeto e para cada categoria atribuiu-se um escore, onde:

População adscrita	Classificação
Até 10.000 habitantes	Escore 1
De 10.001 a 20.000 habitantes	Escore 2

Assim, para a UBS A, com 14.593 habitantes foi atribuído o escore 2 e para a UBS B, com 6.743 habitantes, o escore 1.

Realizada a classificação das UBS, atribuindo um escore, segundo o critério acima descrito, estabelecemos a quantidade de agentes administrativos, cuja forma de cálculo foi elaborada pelo GT- Maringá com a assessoria do Projeto:

$$\text{Parâmetro 2} = (\text{Horas de funcionamento da UBS/semana (55 h)} \times \text{escore}) \text{ Carga Horária Semanal}$$

Parâmetro 2:

Classificação	Quantidade
I - Até 2,69	2 servidores
II - De 2,70 a 3,69	3 servidores
III - De 3,70 a 4,69	4 servidores
IV - De 4,70 a 5,69	5 servidores
V - De 5,70 a 6,69	6 servidores
VI - Acima de 6,70	7 servidores

Quadro 8: Necessidade de agentes administrativos, segundo os parâmetros, UBS A e B, Maringá-PR, 2018.

UBS	Parâmetro 1		Parâmetro 2		Total necessário (Parâmetro 1 + Parâmetro 2)	Lotados na UBS
	Nº servidores na UBS	Nº de agentes administrativos necessários	Escore/ Classificação	Nº de agentes administrativos necessários		
A	52	1	Escore 2 Classificação II	3	4	3
B	28	1	Escore 1 Classificação I	2	3	2

Fonte: Dimensionamento – Maringá/2018

| Dimensionamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

1. Categoria Agente Comunitário de Saúde

- Parâmetro sugerido pelo Projeto dimensionamento: 3 ACS por URP da UBS dimensionada

Quadro 9: Necessidade e disponibilidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), UBS de estudo, Maringá, 2018.

UBS	URP	Necessidade de profissionais	Disponibilidade de profissionais
A	4,9	15	16
B	1,9	6	6

Fonte: Dimensionamento – Maringá/2018

A quantidade de ACS já vinculados as equipes da ESF das duas UBS estudadas, segundo o parâmetro sugerido pelo Projeto Dimensionamento, está adequada.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRODUÇÃO POR CATEGORIA PROFISSIONAL

Para análise da produção foram utilizados os dados disponíveis no SGS. Pesquisou-se os relatórios da produtividade dos profissionais vinculados a cada UBS de estudo, no período de janeiro a dezembro de 2017. Estes relatórios foram detalhados por procedimentos realizados no período de estudo.

| ÁREA MÉDICA:

UBS A:

A necessidade de horas-médico/semana (HMS) para esta UBS, considerando o grau de vulnerabilidade, é de 117,6 horas semanais para a produção de consultas (60% da carga horária contratual), com um potencial de produção de 24.460 consultas médicas por ano.

Na Tabela 7 analisamos o potencial de produção de acordo com a disponibilidade de horas-médico por semana na UBS em 2017 e comparamos com a produção individualizada.

Tabela 2: Disponibilidade de horas semanais, potencial de produção e produtividade do médico, UBS A, 2017.

Categoria/CH semanal	Disponibilidade de horas-médico por semana ¹	Potencial de Produção de consultas ²	Produtividade 2017 (Consultas)	
			Nº	%
Médico ESF 1 (40 horas)	24 horas	4.992	6.444	129,1
Médico ESF 2 (40 horas)	24 horas	4.992	4.182	83,8
Médico ESF 3 (40 horas)	24 horas	4.992	4.087	81,9
Médico GO (15 horas)	12 horas	2.496	1.519	60,8
Médico Pediatra (20 horas)	16 horas	3.328	1.843	55,4
TOTAL	102 horas	20.800	18.065	86,8

Fonte: SGS. ¹destinadas para realização de consultas médicas (60% da carga horária para os médicos da ESF e 80% para os profissionais de apoio). ²potencial calculado de acordo com a quantidade de profissionais disponíveis na UBS de estudo

Os resultados demonstram que em 2017 a quantidade de horas-médico semanais disponíveis para a realização de consultas médicas, calculadas considerando-se o quadro de servidores, estava abaixo do dimensionado para a UBS A.

No Plano Municipal de Saúde de Maringá para o quadriênio 2018-2021 uma das ações pactuadas pela Gestão municipal para aumentar a cobertura populacional pelas equipes da Atenção Básica é a ampliação do número de equipes da Estratégia Saúde da Família de 74 para 90 equipes.

Além disto, com o objetivo de descentralizar as intervenções em Saúde Pública, o Ministério Público do Paraná, por meio do Programa SUSCOM+/Participação da Comunidade na Construção da Atenção Básica, propõe a integração/aproximação dos promotores de justiça com a comunidade, Conselhos de Saúde e administração pública para a construção de estratégias para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica. Não se pretendeu, com o SUSCOM+, a sobreposição e/ou duplicação de atividades e ações já desenvolvidas mas sim agregar conhecimento e esforços. O município de Maringá é um dos cinco municípios pilotos selecionados para o programa e a UBS A foi escolhida, conforme diagnóstico realizado pelo Ministério Público.

Assim, a implantação da quarta equipe da ESF já solicitada pela população adscrita e pelo Programa SUSCOM+ se consolidou, fundamentalmente, pelo resultado do dimensionamento.

A análise individualizada revelou diferentes percentuais de produtividade. Enquanto os médicos da ESF atingiram proporções acima de 80%, os profissionais de apoio elencadas anteriormente ficaram muito abaixo (55,4% e 60,8%). A cobertura assistencial com consultas médicas na Atenção Básica foi de 1,24 consultas/habitante/ano.

Tabela 3: Disponibilidade de horas semanais, potencial de produção e produtividade do médico, UBS B, 2017.

Categoria/CH semanal	Disponibilidade de horas-médico por semana ¹	Potencial de Produção de consultas ²	Produtividade 2017 (Consultas)	
			Nº	%
Médico ESF 1 (40 horas)	24 horas	4.992	6.072	121,63%
Médico (24 horas)	14 horas	2.912	1.494	66,68%
Médico GO (20 horas)	16 horas	3.328	1.174	35,27
Médico Pediatra (12 horas)	9,6 horas	1.997	1.000	50,08%
TOTAL	63 horas	13.229	9.740	73,63%

Fonte: SGS. ¹destinadas para realização de consultas médicas (60% da carga horária para os médicos da ESF e 80% para os profissionais de apoio). ²potencial calculado de acordo com a quantidade de profissionais disponíveis na UBS de estudo

A necessidade de HMS para esta UBS, considerando o grau de vulnerabilidade, é de 45,6 horas semanais para a produção de consultas (60% da Carga Horária contratual), com um potencial de produção de 9.484 consultas. No ano de 2017, esta UBS contava com 4 profissionais e 63 horas destinadas à realização de consultas médicas, acima da necessidade dimensionada.

A cobertura assistencial com consultas médicas na Atenção Básica foi de 1,44 consultas/habitante/ano.

ÁREA DE ENFERMAGEM

1. Categoria Enfermeiro:

A necessidade de horas enfermeiro/semana (HES) para as UBS A, considerando o grau de vulnerabilidade, é de 78,4 horas semanais para a produção de consultas (40% da CH contratual), com um potencial de produção de 12.230 consultas.

Tabela 4: Disponibilidade de horas semanais, potencial de produção e produtividade dos enfermeiros lotados na UBS A, Maringá, 2017.

Categoria/CH semanal	Nº de profissionais	Disponibilidade de horas enfermeiro por semana ¹	Potencial de Produção de consultas ²	Produtividade 2017 (Consultas)	
				Nº	%
Enfermeiro 40 horas*	3	48	7.488	6.768	90,38%
Enfermeiro 30 horas**	1	12	1.872	452	24,1
TOTAL	4	60	9.360	7.210	77,0

Fonte: SGS. ¹destinadas para realização de consultas de enfermagem (40% da carga horária). ²potencial calculado de acordo com a quantidade de profissionais disponíveis na UBS de estudo *1 profissional iniciou o trabalho em outubro/2017. **Afastamento de maio a dezembro/2017 (licença maternidade)

No ano de 2017, esta UBS contava com 4 enfermeiros e 60 horas destinadas à realização de consultas de enfermagem, próximo da necessidade dimensionada. No entanto, a produtividade ficou abaixo do potencial, considerando que 1 profissional iniciou suas atividades nesta UBS em outubro/2017, 1 profissional solicitou exoneração em agosto/2017 e 1 enfermeiro permaneceu afastada por licença maternidade/férias.

Tabela 5: Disponibilidade de horas semanais, potencial de produção e produtividade dos enfermeiros lotados na UBS B, Maringá, 2017

Categoria/CH semanal	Disponibilidade de horas-médico por semana ¹	Potencial de Produção de consultas ²	Produtividade 2017 (Consultas)	
			Nº	%
Enfermeiro (40 horas)	16 horas	2.496	3.113	124,71
Enfermeiro (30 horas)	12 horas	1.872	2.145	114,57
TOTAL	28 horas	4.368	5.258	120,37

Fonte: SGS. ¹destinadas para realização de consultas de enfermagem (40% da carga horária). ²potencial calculado de acordo com a quantidade de profissionais disponíveis na UBS de estudo

A necessidade de horas enfermeiro/semana (HES) para a UBS B, considerando o grau de vulnerabilidade, é de 30,4 horas semanais para a produção de consultas (40% da CH contratual), com um potencial de produção de 4.742 consultas/ano.

No período estudado, esta UBS contava com 2 enfermeiros disponibilizando 28 horas semanais para a realização de consultas de enfermagem e potencial de 4.368 consultas. Ambas atingiram proporções acima de 100% do potencial dimensionado.

2. Categoria Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

A necessidade de horas de auxiliar e técnico de enfermagem (HTE) para as UBS A e B é de 275 horas semanais para a execução das atividades em 5 postos de trabalho, considerando 70% da carga horária contratual, com um potencial de produção de 40.040 procedimentos/ano.

Tabela 6: Disponibilidade de horas semanais, potencial de produção e produtividade dos auxiliares e técnicos de enfermagem lotados na UBS A, Maringá, 2017

Categoria/CH semanal	Nº de profis.	Disponibilidade de HTE/ semana ¹	Potencial de produção de procedimento ²	Produtividade 2017 (Procedimentos)	
				Nº	%
Aux. enfermagem - 30 horas	8	168	34.944	22.409	64,1
Técnico enfermagem - 30 horas*	2	42	8.736	1.471	16
Aux./técnico enfermagem - 40 horas	3	84	17.472	7.446	42,6
TOTAL	13	294 horas	61.152	31.326	51,2

Fonte: SGS. ¹destinadas para realização de consultas de enfermagem (70% da carga horária). ²potencial calculado de acordo com a quantidade de profissionais disponíveis na UBS de estudo. *período de afastamento por licença maternidade: março a agosto/2017

Na UBS A, no ano de 2017, estavam trabalhando 13 auxiliares/técnicos de enfermagem, perfazendo 294 horas destinadas à execução das atividades, resultado acima da necessidade dimensionada. Na análise da produtividade, verificou-se que, apesar da quantidade de horas/profissional ser superior à necessidade, a produtividade atingiu somente 51,2% do potencial global da UBS.

Quando analisamos a “categoria técnico de enfermagem” observamos uma baixa produtividade devido ao período de afastamento de 1 profissional (licença maternidade).

Tabela 7: Disponibilidade de horas semanais, potencial de produção e produtividade dos auxiliares e técnicos de enfermagem lotados na UBS B, Maringá, 2017

Categoria/CH semanal	Nº de profis.	Disponibilidade de HTE/ semana ¹	Potencial de produção de procedimento ²	Produtividade 2017 (Procedimentos)	
				Nº	%
Aux. enfermagem - 30 horas*	8	168	34.944	31.661	90,6
Aux./técnico enfermagem - 40 horas	1	28	5.824	5.826	100
TOTAL	9	196 horas	40.768	37.487	92,0

Fonte: SGS. ¹destinadas para realização de procedimentos (70% da carga horária). ²potencial calculado de acordo com a quantidade de profissionais disponíveis na UBS de estudo. * 1 profissional assumiu a direção da UBS em fevereiro/2017

| ÁREA DA FARMÁCIA:

Categoria Agente de Apoio à farmácia

Tabela 10: Disponibilidade de horas de agente de apoio à farmácia, potencial de produção e produtividade, UBS A e B, Maringá, 2017.

UBS	Nº de profissionais	Disponibilidade de horas profissional/sem ¹	Potencial de produção receitas dispensadas/ano ²	Produção 2017
A	2	45	1.948	1.626 (83%)
B	0	0	0	1.016 *

Fonte: SGS. ¹destinadas para dispensação (75% da carga horária). ²potencial calculado de acordo com a quantidade de profissionais disponíveis na UBS de estudo. *Realizado por auxiliar de enfermagem

Dados da Gerência de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá apontam que em 2017, em média, a UBS A dispensou 1.626 receitas por mês e a UBS B 1.016 receitas. Na UBS A a produtividade dos profissionais ficou abaixo do Potencial de produção. Na UBS B a dispensação de receitas é realizada por auxiliar de enfermagem.

| AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):

| ÁREA DE SAÚDE BUCAL

Categoria Cirurgião Dentista

Tabela 8: Nº de profissionais, disponibilidade de horas semanais, potencial de produção e produtividade dos dentistas, UBS A, Maringá-PR, 2018.

Categoria/CH semanal	Nº de profissionais	Disponibilidade de horas de cirurgião dentista por semana ¹	Potencial de Produção procedimento ²	Produtividade 2017 (Procedimentos)	
				Nº	%
Cirurgião Dentista - 40 h	3	78	16.279	9.570	58,8
TOTAL	3	78	16.279	9.570	58,8

Fonte: SGS. ¹destinadas para realização de procedimentos (65% da carga horária). ²potencial calculado de acordo com a quantidade de profissionais disponíveis na UBS de estudo

Tabela 9: Nº de profissionais, disponibilidade de horas semanais, potencial de produção e produtividade dos dentistas, UBS B, Maringá-PR, 2018.

Categoria/CH semanal	Nº de profissionais	Disponibilidade de horas de cirurgião dentista por semana ¹	Potencial de Produção procedimento ²	Produtividade 2017 (Procedimentos)	
				Nº	%
Cirurgião Dentista - 40 h	1	26	3.801	4.453	117
Cirurgião Dentista - 20 h	1	13	1900	1.873	98,6
TOTAL	2	39	5.701	6.326	111

Fonte: SGS. ¹destinadas para realização de procedimentos (65% da carga horária). ²potencial calculado de acordo com a quantidade de profissionais disponíveis na UBS de estudo

Tabela 11: Disponibilidade de horas de ACS, potencial de produção e produtividade, UBS A e B, Maringá, 2017.

UBS	Nº de ACS	Disponibilidade de horas profissional/sem ¹	Potencial de produção VD/ano ²	Produção 2017
A	16	448	69.888	71.780 (102%)
B	4	112	17.472	26.063 (149%)

Fonte: SGS. ¹destinadas para VD (75% da carga horária)/Dimensionamento. ²potencial calculado de acordo com o PMAQ Maringá (3 VD/hora)

Considerações finais

Durante o processo de aprendizagem do método de dimensionamento, bem como para a elaboração do relatório final, vários encontros do grupo de trabalho local foram realizados. Nestes momentos de reflexão e para cumprimento das atividades de dispersão, frente as dificuldades vivenciadas para levantamento de dados, eleição de indicadores e parâmetros assistenciais e respectivos cálculos para o dimensionamento das UBS, outros aspectos da gestão em saúde se evidenciaram, dentre eles a dificuldade no planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços no nível local.

Com o produto do projeto “Dimensionamento na Secretaria de Saúde de Maringá-PR” e a comparação do potencial de produção (estimativa) e a produtividade dos profissionais vinculados às equipes da ESF/UBS da Rede Básica de Saúde no ano de 2017, vislumbrou-se uma nova perspectiva de trabalho sob a ótica do dimensionamento da força de trabalho em saúde, ou seja, por ser um processo permanente de qualificação do gestor, dialoga com os processos de gestão e atenção em saúde, por ser dinâmico e não ser um fim em si mesmo.

Como resultado, observamos que a quantidade de profissionais atuando nas UBS está bem próxima da quantidade dimensionada. Revelou-se uma diversidade dos cenários entre as UBS dimensionadas no que se refere ao grau de vulnerabilidade, aos processos de trabalho no nível local (por categoria profissional) e produtividade do período analisado. A necessidade da construção, discussão e validação da carteira de serviços foi apontada como uma das prioridades da Gestão da Assistência, assim como é urgente a capacitação dos servidores para utilização do Sistema de Informação - SGS e ações de controle e avaliação dos auditores Internos.

As discussões proporcionadas a partir da metodologia proposta no projeto dimensionamento, fundamentaram algumas ações que já estavam em andamento pela gestão municipal. Para os questionamentos do Ministério Público, órgãos de classe e demandas externas que se referem a gestão do trabalho (composição das equipes, quantidade de profissionais, entre outras) as respostas apresentadas também vêm sendo formuladas baseando-se neste dimensionamento.

Referências

BERNARDES, Alessandra. **Dimensionamento da força de trabalho em saúde**. Ministério da Saúde. DEGERTS. Disponível em portalms.saude.gov.br/noticias/819-assuntos/trabalho-educacao-e-qualificacao. Acesso em 24/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM

CANÇADO, Taynara Cândida Lopes *et al.* **Trabalhando o conceito de Vulnerabilidade Social**. Texto de apoio. Projeto Dimensionamento da Força de Trabalho na Atenção Básica. 2018.

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021**. Maringá, 2017a. 57 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Regulação do acesso e ordenação do fluxo de atendimento do usuário do SUS**. Maringá, 2017 b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Detalhado do quadrimestre anterior – RDQA – 1º quadrimestre de 2018**. Maringá, 2018. 64 p.

NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida *et al.* **Força de Trabalho em saúde na atenção básica em municípios de pequeno porte do Paraná**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p.29-41. Jan-mar, 2015.

PARANÁ. Ministério Público. Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção à Saúde Pública. **Programa SUSCOM+. Participação da comunidade na construção da Atenção Básica**. Curitiba, 2018. 41p.



SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

Organizadoras e organizador

Lisiane Bôer Possa

Sanitarista, doutora em sociologia. Professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria. Coordenadora do Projeto de Qualificação e Fortalecimento da Gestão do Trabalho, Rede Unida/OPAS. E-mail: lisianepossa@gmail.com.

Renata Flores Trepte

Psicóloga e pesquisadora. Mestra em Saúde Coletiva e doutoranda em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). E-mail: renata.trepte@gmail.com

Cristiane Scolari Gosch

Psicóloga. Doutora em Psicologia. Pesquisadora e Preceptora no Projeto de Qualificação e Fortalecimento da Gestão do Trabalho no Tocantins - OPAS/Rede Unida. crisgosch@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla

Médico, doutor em educação. Professor permanente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPa) e Saúde da Família (UFSM). Membro titular da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

Demais autores e autoras

Alessandra C. H. Boscarato Guimarães

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Gerência de Planejamento/Secretaria Municipal de Maringá-PR. saude_cecaps@maringa.pr.gov.br.

Alessandro Belizário de Oliveira Ávila

Especialista em Gestão Empresarial. Analista Especializado em Operações de Recurso Humanos - Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde - Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. abavila@ig.com.br

Aline Maciel São Paulo Paixão

Terapeuta Ocupacional e especialista em gestão em saúde. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. E-mail: aline.paixao@saude.ba.gov.br

Ana Paula Merry Garbelini

Enfermeira. Especialista em UTI Adulto. UBS Olímpico/ Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR. anamerry10@hotmail.com

Angélica Araújo de Menezes

Enfermeira, especialista em enfermagem do trabalho, mestranda em saúde coletiva. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. E-mail: angelica.menezes@saude.ba.gov.br

Aracy Siqueira de Oliveira Nunes

Engenheira Ambiental, Mestre em Engenharia de Recursos Hídricos e Sanitária pela Universidade Federal de Campina Grande (2005) e Inspetora de Vigilância Sanitária na Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. E-mail: aracysiqueira@yahoo.com.br.

Bianca do Anjos Sampaio e Silva

Graduanda em Medicina. Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Brasil. E-mail: bianca7sampaio@gmail.com

Bruno Guimarães de Almeida

Enfermeiro, ator, sanitaria e mestre em saúde coletiva. Diretor da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. E-mail: bruno.almeida@saude.ba.gov.br

Cíntia Santos Conceição

Enfermeira, sanitaria e especialista em gestão do trabalho e educação na saúde. Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. E-mail: cintia.conceicao@saude.ba.gov.br

Clície Arrias Fabri

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Gerência de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR. cliciefabri@maringa.pr.gov.br

Daiene Rosa Gomes

Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). Professora Assistente da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Brasil. E-mail: daiene.gomes@ufob.edu.br

Dathielly Rocha de Souza

Graduada em Licenciatura em Computação, Pedagoga e Coordenadora de Programas da Secretaria Municipal de Saúde de Brejinho de Nazaré – TO. E-mail: dathiellysouza@gmail.com

Desirée dos Santos Carvalho

Mestra em Saúde Coletiva. Preceptora do Projeto de Qualificação e Fortalecimento da Gestão do Trabalho no Tocantins - OPAS/Rede Unida. desirecarvalhos@gmail.com

Elaci Miranda Barbosa

Assistente Social, especialista em gestão do trabalho e educação na saúde e administração e planejamento de projetos sociais. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. E-mail: elaci.barbosa@saude.ba.gov.br

Eliana Cláudia Porcelani Bérغامo

Enfermeira. Gerência de Tecnologia da Informação/Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR.

Eliane Katsume Kikumoto Baptista

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Gerência de Planejamento/Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR. saude_planejamento@maringa.pr.gov.br

Elisabet Pereira Lelo Nascimento

Doutora em Saúde Coletiva, Mestre em Enfermagem, Especialista em Saúde Pública e Graduada em Enfermagem. Prefeitura Municipal de Campinas/Secretaria de Saúde/ Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: betlelo@uol.com.br

Elmer de Souza Rodrigues

Tecnólogo em Sistemas para Internet. Gerência de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR. saude_planejamento@maringa.pr.gov.br

Erotildes Antunes Xavier

Administrador, Mestre em Saúde Pública, ênfase Recursos Humanos no SUS pela Fundação Oswaldo Cruz e Preceptor na Associação Brasileira da Rede UNIDA. E-mail: erotildesax@uol.com.br.

Graziela Denski da Silva Costa

Enfermeira. UBS Guaiapó-Requião/ Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR.

Hellen Barreto

Apoio Institucional da Atenção Básica. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Brasil. E-mail: helenivb@hotmail.com

Ítalo Ricardo S. Aleluia

Mestre em Saúde Comunitária. Professor Assistente da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Brasil. E-mail: italo.aleluia@ufob.edu.br

Ítalo Ricardo Santos Aleluia

Mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA). Professor Assistente da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Brasil. E-mail: italo.aleluia@ufob.edu.br

Jailton Araújo Lira

Analista Técnico em Serviços de Saúde na Gerência de Regulação do Trabalho na Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. E-mail: jailtonlira.adm@hotmail.com.

Jair Francisco Pestana Biatto

Médico. Especialista em Clínica Médica e Medicina Intensiva; Secretário de Saúde. jairbiatto@maringa.pr.gov.br

Jaquellynne Aires Costa

Enfermeira, Coordenadora da Atenção Básica Municipal de Brejinho de Nazaré – TO. E-mail: jackeaires@hotmail.com.

João Carlos Dias Medeiros

Graduando em Economia. Assistente Administrativo – Diretoria Administrativa – Hospital Geral Público de Palmas. Joaocarlosmedeiros93@hotmail.com

Joselma Patrícia Dias Silva

Administradora. Assistente Especializado II. Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. E-mail: joselmapatricia@gmail.com

Juliano Araujo Garcez

Estudante de Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS). E-mail: julianoaraujogarcez82@gmail.com.

Kally Cristina Soares Silva

Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). Coordenadora do Apoio Institucional da Atenção Básica. Secretária de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Brasil. E-mail: kcssl@hotmail.com

Katielly Lopes Dias

Biomédica, Diretora da Vigilância Sanitária Municipal de Brejinho de Nazaré – TO. E-mail: katy.jenny@hotmail.com.

Liana Barcelar Evangelista Guimarães

Mestra em Ciências do Ambiente Saúde. Enfermeira – Escola Tocantinense do SUS Dr. Gismar Gomes/ Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde - Secretária de Estado da Saúde do Tocantins. lianabarcelar@gmail.com

Lourdes Thomé

Enfermeira. Especialista em Educação na Saúde para preceptores. Gerência de Planejamento/Secretaria Municipal de Maringá-PR. saude_cecaps@maringa.pr.gov.br.

Luanna Vieira Rodrigues Mascarenhas

Especialista em Gestão Pública. Assessor Especial XII – Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde - Secretária de Estado da Saúde do Tocantins. luannavrod@hotmail.com

Lucas Toriyama Ribeiro

Graduando em Medicina. Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Brasil. E-mail: lucas.toriyamar@gmail.com

Luciana Ribeiro Tanabe

Especialista em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde. Fisioterapeuta - Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde - Secretária de Estado da Saúde do Tocantins. luctanabe@gmail.com

Luciano de Paula Moura

Cirurgião-dentista, especialista em gestão do trabalho e educação na saúde e mestre em saúde coletiva. Assessor da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. E-mail: luciano.moura@saude.ba.gov.br

Luiza Maria Plentz

Bacharela em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestranda em Saúde Coletiva (UFPR). Apoio técnico e pesquisa na Associação Brasileira da Rede UNIDA. E-mail: plentzluiza@gmail.com.

Maria de Jesus Barbosa Campos

Especialista em Serviço Social e Políticas Públicas. Analista em Desenvolvimento Social – Superintendência de Unidades Próprias - Secretária de Estado da Saúde do Tocantins. mabarbosacampos@gmail.com

Maria Helena Pereira Lopes

Bacharel em Enfermagem. Analista Técnico em Serviços de Saúde - Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde - Secretária de Estado da Saúde do Tocantins. lopeshellena10@gmail.com

Maria Lidiany Tributino de Sousa

Doutora em Saúde Coletiva (UECE). Professora Assistente da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Brasil. E-mail: maria.sousa@ufob.edu.br

Mirelly Khristiane de Azevedo Baldon

Cirurgiã Dentista e Técnica da Diretoria de Atenção Primária da Secretária de Saúde do Estado do Tocantins. E-mail: mirelly.baldon@gmail.com.

Mônica Padilla

Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde / OPAS/OMS Brasil

Mússio Pirajá Mattos

Mestre em Ciências Farmacêuticas (UFBA). Professor Assistente da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Brasil. E-mail: mussio.mattos@ufob.edu.br

Riquely Contessoto

Odontóloga. Especialista em Ortodontia e harmonização facial. Gerência de Saúde Bucal/ Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR. saude_assistenciasb@maringa.pr.gov.br

Roqueline Bárbara de Jesus Damasceno

Psicóloga (UFBA) e Graduanda em Medicina. Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Brasil. E-mail: barbaradamasceno@yahoo.com.br

Silvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona

Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde – Universidade Estadual de Campinas. E-mail: silvia_lutaif@yahoo.com.br

Suzana Costa Carvalho Neri

Doutora em saúde coletiva. Sanitarista da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. E-mail: suzana.carvalho@saude.ba.gov.br

Talita Castro Garcia Matteoni

Mestra em saúde coletiva, sanitarista, enfermeira. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. E-mail: talita.garcia@saude.ba.gov.br

Tiago Pereira da Silva: Graduando em Gestão Pública. Bolsista do Projeto de Qualificação e Fortalecimento da Gestão do Trabalho no Tocantins - OPAS/Rede Unida. tiagoromano2@hotmail.com

Ullannes Passos Rios

Especialista em Gestão Pública - Superintendente de Unidades Próprias – Superintendência de Unidades Próprias - Secretária de Estado da Saúde do Tocantins. ullannes@saude.to.gov.br

Viviane dos Santos

Patrocínio Apoio Institucional da Atenção Básica. Secretária de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Brasil. E-mail: viviane.patrocínio@gmail.com

Revisores e avaliadores

Os manuscritos que compõem esta coletânea foram submetidos à avaliação de pares. Os avaliadores dos manuscritos e membros do Conselho Editorial da Rede Unida que avaliaram a publicação como um todo foram: **Alcindo Antônio Ferla, Cristiane Scolari Gosch, Frederico Viana Machado, Gabriel Calazans Baptista, Júlio César Schweickardt, Lisiane Bôer Possa, Luiza Maria Plentz, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Renata Flores Trepte, Sueli Goi Barrios, Vanderléia Laodete Pulga.**

INDICE REMISSIVO

A

Agente Comunitário 131, 150, 162
Agente Comunitário de Saúde 131, 150, 162
Análise comparada, análise histórica da força de trabalho 15, 47, 93, 106, 120, 121, 123
Análise Histórica 97, 110
Áreas rurais 70, 84
Arenas 18, 19, 20, 21

C

Campo de ação estratégica 19, 20, 21, 29
carga horária 45, 46, 48, 62, 63, 65, 66, 92, 93, 94, 95, 99, 107, 109, 120, 121, 129, 133, 141, 142, 143, 144, 145, 148, 151, 152, 153, 154, 155
 carga horária necessária 93
 carga horária programada 46
carreiras profissionais 28
cartografia 16, 30, 52, 71, 72, 78, 83
categorias profissionais 24, 34, 65, 66, 92, 93, 99, 109, 129, 130
CECCIM 12, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 29, 41, 45, 52, 61, 67, 80, 86, 95
CECÍLIO 36, 39, 128, 133
Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho 18, 157
Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço 20, 21
complexidade 11, 12, 18, 23, 32, 33, 35, 47, 55, 57, 61, 66, 91, 93, 94, 95, 99, 109, 111, 113, 116, 119, 131, 136
conselhos profissionais 24, 33, 62
Corporações, corporações da saúde 19, 24, 25, 28, 33, 34, 48, 50

D

demanda de força de trabalho 11, 17, 20, 27, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 49
Demografia 57
densidade tecnológica 12, 91, 93, 113
descentralização 20, 21, 28, 33, 34, 115
determinação social 57
determinantes sociais 54, 74
Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde 20
divisão social e técnica do trabalho em saúde 22

E

educação interprofissional 80, 86
educação permanente 12, 14, 15, 16, 18, 21, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 39, 45, 46, 50, 51, 55, 62, 87, 88, 89, 95, 97, 98
 aprendizagem como pesquisa 12
 aprendizagem no trabalho e pelo/para o trabalho 11, 167
 aprendizagem significativa 81, 83, 88
 metodologias ativas 81
Ensino-serviço-comunidade, ensino-serviço 15, 70
equidade 25, 28, 42, 51, 56, 127, 129, 131
escopo de práticas dos trabalhadores 46
escopo(s) do(s) serviço(s) de saúde 39, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 50

F

FERLA, Alcindo 12, 13, 16, 20, 25, 29, 34, 45, 52, 95
força de trabalho 5, 6, 7, 11, 17, 32, 54, 61, 87, 97, 111, 135
formação, formação em saúde 27, 29, 73
formação-intervenção 14, 15, 59, 87, 88, 89, 94, 95
Fragmentação das práticas, das áreas e serviços 12
FRANCO, Túlio 22, 23, 25, 30, 36, 41, 52, 61, 66, 67

G

Gestão do Trabalho e Educação em Saúde 17, 30, 62
 gestão da educação em saúde, gestão da educação 20, 86, 95
 gestão de pessoas 54, 95, 127
 gestão de recursos humanos 61
 gestão do trabalho em saúde 14, 87
gestão em saúde 17, 22, 30, 61, 85, 135, 156, 157

H

hospitais 12, 14, 50, 60, 66, 67, 68, 94, 98, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 134, 137

I

Ideias e interesses dos atores 21, 34, 35, 38, 50
indicadores de força de trabalho 106
Instituições, espaço institucional 18
integralidade 25, 28, 29, 31, 39, 42, 47, 51, 56, 61, 80, 91, 94, 127, 133
interprofissionalidade 11, 13, 26, 28, 167

J

jornada de trabalho 65, 93, 142

L

linha de cuidado 39

M

Mapeamento participativo, mapeamento 37, 56, 57, 60, 69, 72, 74, 75, 84
Matriciamento, matriciamento em saúde 15, 71, 73, 74
MERHY, Emerson 3, 11, 12
modelagens technoassistenciais 12
 modelagem technoassistencial centrada nas necessidades dos usuários 25
 modelagens técnico-assistenciais da medicina científica hegemônica 24

N

necessidades em saúde 17, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 74, 113
Norma Operacional de Recursos Humanos do SUS 18

O

ocupações 22, 39, 43, 45, 46
oferta de força de trabalho 17, 18, 19, 21, 23, 27, 28, 37
OPAS 3, 8, 55, 62, 67, 87, 88, 89, 90, 97, 127, 134, 157, 158, 161
Organização Pan Americana de Saúde, OPAS 17

P

parâmetros de força de trabalho 14
participação dos trabalhadores 34, 66, 92, 93
participação dos usuários 72, 79
participação social 28, 72, 79, 127
participativo 35, 57, 60, 83
PEDUZZI 23, 24, 26, 31, 45, 52, 83, 86, 94, 96
PEDUZZI, Marina 83
pesquisa de intervenção 13
planejamento da força de trabalho 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 35, 37, 51, 52, 54, 55, 63, 65, 66, 67, 90, 91, 94, 97
condicionantes 22, 129
dimensionamento da demanda de força de trabalho 11, 20, 27, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 43
atenção básica 14, 15, 39, 47, 54, 56, 58, 59, 60, 70, 75, 127, 133, 139, 156
serviços hospitalares 12
provisão da oferta de força de trabalho 21, 23, 27, 28
planejar 12, 14, 16, 49, 61, 75, 135, 167
Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES) 62
Política Nacional de Atenção Básica 76, 78, 86, 129, 131, 133, 135, 156
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde 18, 20, 29, 86, 95
políticas públicas 19, 20, 21, 24, 28, 29, 60, 67, 114, 121
prática colaborativa 52, 80, 86
problemas de saúde 22, 23, 26, 72, 73, 74, 75, 79, 87, 130
processo de trabalho 30, 37, 42, 43, 46, 49, 61, 69, 71, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 90, 93, 96, 120, 128, 129, 130, 132, 133
processo saúde doença 25
profissionais 13, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 33, 34, 37, 39, 42, 45, 47, 49, 50, 55, 59, 61, 62, 65, 66, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 97, 99, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 116, 117, 119, 120, 121, 123, 128, 129, 130, 131, 135, 136, 139, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156
profissões 20, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 34, 36, 39, 43, 45, 46, 50, 86
Pronto Socorro 90, 93, 94

R

racionalidade limitada 28
rede de atenção à saúde 63, 136
Rede de Saúde 89, 91
Rede Unida 2, 3, 4, 13, 55, 87, 88, 89, 90, 96, 97, 124, 157, 158, 161, 166
região de saúde 36, 37, 91
regulação das profissões 24, 26
regulação do trabalho 26
relações de poder, relações de poder e saber 48
ROVERE, Mario 17, 22, 26, 31, 62, 67

S

SANTOS, Milton 17, 19, 20, 29, 33, 52, 56, 57, 60, 69, 77, 78, 86, 128, 130, 134
Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde 19
serviços hospitalares 12, 88, 89, 110, 117
sistema de informação 61, 62, 65, 66, 76, 132
sistema de saúde 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 27, 28, 31, 32, 36, 41, 42, 61, 70, 79, 80, 88, 127, 129, 131
Sistema Integrado de Gestão do Trabalho na Saúde (SIGTS) 62
sistema localregional de saúde 15
Sistema Único de Saúde 4, 12, 13, 16, 17, 18, 29, 30, 31, 32, 52, 54, 76, 77, 86, 90, 123, 127, 129, 133, 135, 137, 151

T

tecnologias do cuidado 88
territorialidades 9, 14, 15
territorialização 14, 15, 41, 55, 56, 57, 59, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 129
território 11, 13, 14, 15, 23, 26, 27, 28, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 46, 48, 49, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 65, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 91, 123, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 135, 136, 141, 143, 146
trabalhador 12, 15, 17, 23, 24, 25, 26, 31, 38, 43, 44, 45, 46, 53, 60, 61, 65, 86, 99, 101, 103, 107, 109, 112, 114, 120, 121, 123, 131, 134
trabalhadores 11, 12, 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 63, 65, 66, 71, 74, 77, 85, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 120, 121, 122, 123, 127, 128, 129, 131, 132, 135
trabalho em saúde 3, 4, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 45, 52, 54, 55, 61, 62, 66, 67, 74, 79, 85, 86, 87, 91, 93, 119, 132, 156, 167
competências e habilidades 17, 25, 26, 39, 42, 43, 45, 46, 47, 50, 51
tecnologias duras 22
tecnologias leve-duras 22, 38
tecnologias leves 25, 26, 37, 51
trabalho colaborativo 11, 38, 167
trabalho em equipe 13, 16, 31, 33, 50, 67, 80, 83, 86, 94
equipe integração 18, 26, 28, 30, 45, 55, 58, 67, 69, 73, 74, 77, 79, 80, 81, 83, 84, 87, 94, 95, 99, 110, 151
equipes agrupamento 24, 45
trabalho morto 23
trabalho prescrito 12, 34, 45
trabalho real 11, 12, 45, 167
trabalho vivo em ato 34, 37, 47, 50, 61

U

Unidade de pronto atendimento 137
Unidade de Terapia Intensiva 90, 93, 96, 99, 111, 122
unidades de governança 20, 21
universalidade 25, 51, 56, 127
urgência e emergência 89, 91, 99, 111
usuários 13, 19, 25, 26, 31, 35, 37, 38, 39, 41, 43, 45, 48, 50, 51, 61, 66, 70, 71, 72, 74, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 90, 92, 93, 101, 103, 108, 115, 119, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 135

V

Viagem educacional 80
Vigilância em Saúde 54, 86, 87, 89, 97, 137
vulnerabilidade 55, 59, 72, 75, 83, 128, 130, 131, 132, 139, 140, 141, 143, 146, 151, 152, 153, 156



A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parcerias e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha "e-livro, e-livre", de financiamento colaborativo. Acesse a página e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e de todas.

Acesse nossos links:

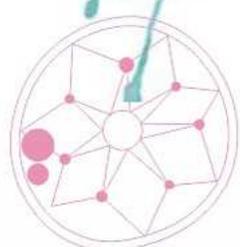
- [Biblioteca Digital da Editora Rede Unida](#)
- [Campanha "e-livro, e-livre" de sustentabilidade das publicações abertas](#)

E lembre-se:

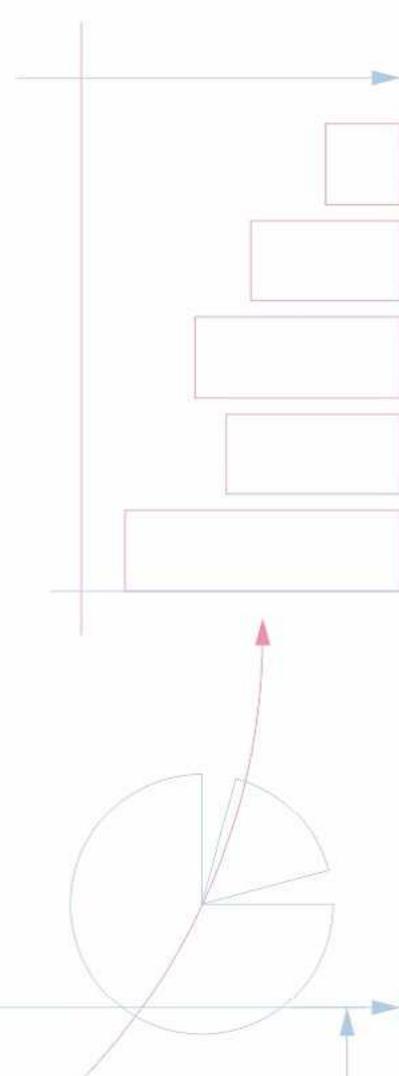
compartilhe os links das publicações, não os arquivos.
Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora.

Ajude a divulgar essa ideia!





Este livro tem o objetivo de colocar em circulação experiências desenvolvidas há vários anos sobre planejamento e dimensionamento da força de trabalho em serviços e sistemas de saúde. O tema da gestão do trabalho envolve um paradoxo, onde, de um lado, está associado a uma grande expectativa em termos de resultado nos sistemas, redes e serviços de saúde, mas normalmente está embasado em normas e parâmetros que são externos ao contexto em que pretendem aplicação e, mais do que isso, tem origem em lógicas bem distintas daquelas que permeiam o trabalho real. Ainda mais está submetido à uma naturalização da fragmentação técnica e profissional do trabalho, à hierarquização do saber e da técnica especializada como melhor e mais segura mediação para o cuidado e a gestão, à desvalorização das condições reais em que o trabalho se realiza. No entanto, quando se formula os desafios contemporâneos para o trabalho em saúde têm visibilidade a interprofissionalidade, capacidade de mobilizar condições e recursos locais, o trabalho colaborativo e em rede, a aprendizagem no trabalho e pelo trabalho. Organizamos aqui experiências selecionadas a partir de uma chamada pública que buscaram planejar a força de trabalho com olhares na modelagem tecnoassistencial dos sistemas locais de saúde.



ISBN 978-658718011-3



9

786587

180113



editora



redeunida