



Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho para os Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência e Emergência:

Desenvolvimento de Metodologia

ORGANIZAÇÃO:
Lisiane Boer Possa
Renata Flores Trepte

2ª EDIÇÃO



**Associação Brasileira da Rede Unida
Organização Panamericana da Saúde
Ministério da Saúde/SGETS/Degerts**

Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho para os Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência e Emergência: Desenvolvimento de Metodologia

(2ª EDIÇÃO)

ORGANIZAÇÃO:

Lisiane Boer Possa
Renata Flores Trepte

editora



redeunida

Porto Alegre
2018



Organização
Pan-Americana
da Saúde



World Health
Organization



DIMENSIONAMENTO DA
FORÇA DE TRABALHO NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Série Materiais Didáticos

Organizadoras

Lisiane Boer Possa
Renata Flores Trepte

A série Materiais Didáticos, coleção institucional da Associação Brasileira da Rede Unida, pode ser acessada na íntegra na biblioteca digital da Editora da Rede Unida: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital>

Elaboração colaborativa dos textos:

Carlos Eduardo Antoniete de Souza
Cristiane Scolari Gosch
Delciene Aparecida Oliveira Pereira
Erotildes Antunes Xavier
Estela Maris Gruske Junges
Gislene Henrique de Souza
Lisiane Boer Possa
Luiza Maria Plentz
Maria Luiza Fonseca do Valle
Quelen Tanize Alves da Silva
Renata Flores Trepte
Sharlene Goulart

Diagramação: Junio Pontes

Revisão: Desirée dos Santos Carvalho, Henrique da Silva Domingues, Luiza Maria Plentz e Sharlene Goulart.
Capa, Ícones e Vetores:

O material foi organizado e publicado por meio de colaboração técnica entre a Associação Brasileira da Rede Unida (Rede Unida) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), fruto de demanda do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (DEGERTS/SGTES/MS) por meio da Carta Acordo de Colaboração Técnica “Desenvolvimento de Metodologia de Dimensionamento da Força de Trabalho nos Serviços Pré-hospitalares fixos e Hospitalares de Urgência”.



PLANEJAMENTO DA
FORÇA DE TRABALHO

Coordenador Nacional da Associação Brasileira da Rede Unida

Júlio Cesar Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Heider Aurélio Pinto – Associação Brasileira da Rede Unida, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Boer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano 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 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

Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede Unida, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto



SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| PREFÁCIO | 08 |
| APRESENTAÇÃO | 11 |
| 1 - GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE | 13 |
| 1.1 - CONCEITOS E PERSPECTIVAS DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE | 14 |
| 1.2 - PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO NO SUS A PARTIR DAS NECESSIDADES DO USUÁRIO | 16 |
| 2 - ESCOPO DO PROJETO PARA PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO NOS SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES FIXOS E HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 20 |
| 2.1 - NOME DO SEU PROJETO DE DIMENSIONAMENTO | 21 |
| 2.2 - JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO | 21 |
| 2.3 - DELIMITAÇÃO DO TERRITÓRIO PARA O PLANEJAMENTO E O DIMENSIONAMENTO | 22 |
| 2.4 - DELIMITAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA O PLANEJAMENTO E O DIMENSIONAMENTO | 23 |
| 2.5 - PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO | 24 |
| 2.6 - EQUIPE IMPLICADA COM O PLANEJAMENTO E O DIMENSIONAMENTO | 25 |
| 3 - ANÁLISE DOS CONCEITOS, DAS POLÍTICAS, DA REDE DE ATENÇÃO E DA DEMANDA E OFERTA DO CUIDADO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 28 |
| 3.1 - CONCEITO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 29 |
| 3.2 - A POLÍTICA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | 31 |
| 3.3 - ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO, DA DEMANDA E OFERTA DO CUIDADO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 35 |
| 4 - A FORÇA DE TRABALHO DOS SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES FIXOS E HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 40 |
| 4.1 - DADOS DA FORÇA DE TRABALHO | 40 |
| 4.2 - PRODUZINDO DADOS SOBRE A FORÇA DE TRABALHO | 44 |
| 4.2.1 - Força de trabalho em horas semanais | 45 |
| 4.2.2 - Força de trabalho segundo carga horária padrão | 47 |
| 5 - ANÁLISE COMPARADA DA FORÇA DE TRABALHO DOS SERVIÇOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 50 |
| 5.1 - ANÁLISE COMPARADA DA CARACTERIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DO SERVIÇO | 50 |
| 5.1.1 - Relação de trabalhadores ativos e afastados | 50 |
| 5.1.2 - Análise sobre a alocação dos trabalhadores por vínculos | 51 |
| 5.1.3 - Absenteísmo | 52 |
| 5.1.4 - Alocação dos trabalhadores por áreas de atuação do serviço e na atenção aos usuários. | 53 |
| 5.2 - ANÁLISE COMPARADA DA FORÇA DE TRABALHO ENTRE DIFERENTES SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO | 55 |
| 5.2.1 - Trabalhadores afastados por cargo especialidade e vínculo por serviço | 55 |
| 5.2.2 - Taxas de Absenteísmo | 56 |
| 5.2.3 - Distribuição dos trabalhadores conforme vínculo | 56 |
| 5.2.4 - Distribuição dos trabalhadores nas áreas de atuação e a atenção ao usuário | 56 |
| 5.2.5 - Força de trabalho relacionada com a capacidade instalada e produtividade dos serviços | 57 |

| | |
|--|------------|
| 6 - DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DE SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES FIXOS E HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 66 |
| 6.1 - DEFINIR A FORÇA DE TRABALHO PROGRAMADA E A CAPACIDADE DE CUIDADO | 68 |
| 6.1.1 - Explícite qual o escopo de práticas e/ou carteira de serviços da unidade dimensionada | 68 |
| 6.1.2 - Planejamento de Cargos - Defina os cargos e especialidades do serviço | 71 |
| 6.1.3 - Definem o escopo de práticas exercidos pelos trabalhadores de cada cargos e especialidades | 73 |
| 6.1.4 - Definição de indicadores e de parâmetros | 76 |
| 6.1.5 - Capacidade de cuidado possível com as horas programadas | 82 |
| 6.1.6 - Exemplo da força de trabalho programada em horas mensais e a capacidade de cuidado | 84 |
| 6.1.7 - Coleta de dados | 89 |
| 6.2 - IDENTIFICAR AS DIFERENÇAS ENTRE A FORÇA DE TRABALHO PROGRAMADA E A EXISTENTE PARA CADA CARGO/ESPECIALIDADE | 90 |
| 6.3 - ESTIMAR OS CUSTOS DA FORÇA DE TRABALHO DIMENSIONADA | 92 |
| 6.4 - ANÁLISE DO DIMENSIONAMENTO E PLANO DE AÇÃO | 92 |
| REFERÊNCIAS | 97 |
| ANEXO 1 - Dados de Força de Trabalho | 104 |
| ANEXO 2 - Dados de Capacidade Instalada e de Produção | 105 |
| ANEXO 3 - Lista de cargos e especialidade, com as respectivas cargas horárias padrão e a classificação quando a área de atenção e atuação, utilizados no DIMI | 108 |
| ANEXO 4 - Tabela de Apoio para a Coleta de Dados | 111 |
| APÊNDICE 1 - Glossário | 112 |

PREFÁCIO

Desenvolvimento e gestão do trabalho: duas questões para a educação permanente em saúde

Alcindo Antônio Ferla

Essa publicação é uma coletânea de material de uso didático que será utilizada para o desenvolvimento de capacidades de gestão do trabalho em saúde. Especificamente para a formação a partir de metodologia de planejamento e dimensionamento de força de trabalho em serviços pré-hospitalares e hospitalares fixos de urgência e emergência. Trata-se de uma formação-dispositivo, ou seja, ao tempo em que se produz intercâmbio de saberes sobre essa temática, desenvolve-se a metodologia e se aplica a mesma em contextos concretos, no caso os serviços fixos da rede de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS). Formação, portanto, com o gosto de educação permanente em saúde. Ou seja, de uma educação que produz capacidades profissionais a partir de problemas concretos no mundo do trabalho. A **“metodologia”** de planejamento e dimensionamento que é objeto dessa formação é, na verdade, uma tecnologia que prevê inflexões a partir da realidade local. Há aqui uma produção de sentido distinta do que se faz usualmente para a **“formação”**, com base na produção epistemológica que embasa a educação permanente, tanto quando considerada como política do SUS, como também modo de produção do ensino-aprendizagem.

A educação permanente em saúde compartilha de ideias construtivistas para pensar sobre a aprendizagem e, sobretudo, propõe aprendizagem a partir dos problemas cotidianos do trabalho. A educação, nesse caso, é permanente por estar associada intimamente ao cotidiano do trabalho. Supõe que se desenvolve conhecimento significativo quando os atores do cotidiano do trabalho o colocam em análise (e se colocam em análise) e selecionam questões que podem ser abordadas com as diferentes ferramentas que podem dispor (conhecimentos prévios, saberes locais, recursos físicos e tecnológicos disponíveis, etc.), fazendo pactos e ajustando os processos laborais implementados. Falamos aqui do trabalho concreto, elaborado pelos atores comprometidos com sua realização e abertos à aprendizagem que se produz no trabalho e pelo trabalho. Uma associação (educação e trabalho) que não é de mera aplicação do conhecimento disponível sobre o trabalho, mas de transversalidade entre ambos.

Em síntese, parte do pressuposto que o trabalho em saúde é envolto em dimensões complexas, com diferentes fatores produzindo diferentes efeitos, e que, portanto, não se reduz à perspectiva do conhecimento já disponível. Não se trata apenas, na maior parte das vezes, e em particular quando se refere ao trabalho de gestão, de absorver conhecimentos e aplicá-los sobre o cotidiano do trabalho. Trata-se de, o tempo todo, produzir deslocamentos com base na análise e pactuação de iniciativas locais, inclusive com o conhecimento prévio, que opera aqui como uma ferramenta para produzir tensões com a prática laboral e, ao fazê-lo, transformar-se em novos conhecimentos e teorias.

No que se refere à gestão do trabalho na saúde, área de desenvolvimento muito recente, essa concepção é fundamental. A gestão do trabalho em saúde, até as políticas implementadas no início dos anos 2000, reduzia-se à aplicação, de um lado, dos conhecimentos disciplinares da área de administração e das legislações, em algum momento, com interface na psicologia (as correntes teóricas da administração de recursos humanos, gestão de pessoas, gestão de talentos... compõem conceitos com a gramática das áreas disciplinares de origem). De outro lado, às produções normativas das diferentes corporações profissionais, que entendiam o trabalho no Sistema Único de Saúde apenas como **“mercado de trabalho”** para as profissões e, portanto, projetavam sobre a ideia do dimensionamento e demais aspectos da gestão, apenas e predominantemente seus interesses corporativos, dos quais não se questiona a legitimidade, mas apenas a capacidade de resolver os problemas concretos no interior do sistema de saúde vigente.

Considerada como uma questão relevante para o SUS, à gestão do trabalho cabe abordar os problemas dessa área e desenvolver conhecimentos e tecnologias. Não é possível pensar numa gestão em saúde, mais ainda no complexo terreno das questões que envolvem o trabalho, só como aplicação de conhecimentos e técnicas. Assim, o processo de educação permanente proposto é, ao mesmo tempo, formação e intervenção.

Assim definido o processo educativo como formação-intervenção, por ser educação permanente em saúde, a coletânea de textos compõe uma espécie de valise com **“ferramentas”** para serem utilizadas na discussão e para modelar os conhecimentos úteis e oportunos para desenvolver a gestão do trabalho, nesse caso o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho.

A coletânea é composta por seis capítulos temáticos. Inicialmente aborda o desafio de produzir conhecimento na área da gestão do trabalho em saúde, rompendo o paradigma dos **“recursos humanos”** ou **“gestão de pessoas”**. Os textos propõem-se a refletir sobre as políticas setoriais, organizações e ações da gestão do trabalho nos territórios, reafirmando o trabalho em equipe multiprofissional no contexto do Sistema Único de Saúde. Apresenta a metodologia proposta para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho, cujo diferencial é reconhecer as necessidades em saúde dos territórios, a organização da rede de atenção, às concepções do cuidado que desejamos construir e a participação coletiva como orientador para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho.

Serão apresentados dispositivos para que se mapeie a rede de atenção de urgência e emergência e também a força de trabalho existente nos territórios e serviços. Propõe a construção de indicadores que permitem a análise comparada dos serviços de urgência e emergência, ferramenta útil para a gestão, mas também para o reconhecimento coletivo da diversidade. Por fim, propõe uma metodologia para dimensionamento da força de trabalho dos serviços que têm a pretensão de fazê-lo a partir da avaliação compartilhada sobre a necessidade.

A metodologia é, portanto, o levantamento de um conjunto de dados e informações que serão úteis para produção de conhecimento sistematizado e compartilhado sobre a realidade do cuidado na área de urgência e emergência, mas que também tem a pretensão de qualificar a gestão do trabalho ao aguçar o olhar, estimular o pensamento e animar os desejos para a tessitura de redes potentes, acolhedoras e cuidadoras, otimizando recursos e a capacidade dos serviços.

Desafio para o planejamento e dimensionamento de força de trabalho em geral, e desta metodologia especificamente, é transitar entre o particular – cada serviço de saúde e cada pessoa

que cuidamos – e o geral – as redes de atenção cuidadoras que respondam às necessidades de saúde da população do território. Também um desafio de superar as práticas fragmentadas e centradas nas profissões, em direção a integralidade, interprofissionalidade e práticas colaborativas. Integralidade, interprofissionalidade e práticas colaborativas como atributos do trabalho (teórico e prático, ao mesmo tempo), que não podem ser vistos adequadamente desde a distância das teorias e técnicas, senão postos a funcionar no cotidiano.

O dimensionamento da força de trabalho se retira do panteão dos modelos ideais, construídos a partir de abstrações teóricas, e se coloca no cotidiano do trabalho, sujeito a sínteses de conhecimentos e negociações entre atores concretos, formulando e tornando visíveis os parâmetros e os compromissos para o trabalho.

Essa publicação não apenas ilustra uma formação específica, com a temática descrita. Ela também comemora a estreia da série editorial que torna acessíveis, em meio aberto, as produções pedagógicas que podem servir para processos de educação permanente em geral. Portanto, ao convidar cada um e cada uma à leitura cuidadosa, apaixonada e comprometida dos textos que se tornam disponíveis aqui, também lhe convidamos para compartilhar conosco suas opiniões e sugestões, que tornarão o material mais adequado e mais oportuno, para a leitura e para funcionar como ferramenta que qualifica o trabalho e o torna mais capaz de transformar o cotidiano do sistema de saúde em direção aos preceitos éticos e políticos do SUS.

Boa leitura!

APRESENTAÇÃO

Lisiane Boer Possa

Este material didático apresenta uma **METODOLOGIA DE PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DOS SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES E HOSPITALARES FIXOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**. Pretende-se que seja uma ferramenta para o aprendizado dos trabalhadores e gestores que, no cotidiano, deparam-se com a demanda de informar qual força de trabalho é necessária para garantir o cuidado das pessoas nos serviços em que atuam ou com os quais estão implicados.

Consideramos que planejar e dimensionar a força de trabalho em saúde é uma das competências de gestão dos serviços e do sistema de saúde no SUS. Em especial, trata-se de uma prática das áreas de gestão do trabalho das secretarias estaduais e municipais de saúde. Utilizar métodos que auxiliam a tarefa de definir com quantos e quais trabalhadores precisamos contar possibilita qualificar os processos decisórios na área.

Neste material, apresentamos o passo a passo para o uso de uma metodologia. Objetivamos que, através da leitura, das reflexões propostas e da realização das atividades, o leitor seja capaz de produzir o dimensionamento de serviços no seu território. O aprendizado proposto é, portanto, através da implementação do dimensionamento da força de trabalho num caso concreto.

No Capítulo I, **GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**, apresentamos brevemente questões centrais sobre o trabalho, a especificidade do trabalho em saúde e o cenário da gestão do trabalho no SUS. Especialmente convidamos o leitor a refletir sobre as práticas desta área no seu cotidiano e sobre as experiências vivenciadas de planejamento e dimensionamento de força de trabalho em saúde.

O Capítulo II dedica-se a explicitar o **ESCOPO DO PROJETO PARA PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO NOS SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES FIXOS E HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**. Ou seja, começamos a tarefa de planejar e dimensionar pela identificação da motivação para o desenvolvimento do trabalho; delimitação do território para o qual pretende-se garantir o cuidado em urgência e emergência; definição do(s) serviço(s) a serem dimensionados; explicitação de qual o tempo disponível para realizar o trabalho e como mobilizar a equipe implicada com a tarefa.

Na sequência, propomos a realização da **ANÁLISE DOS CONCEITOS, DAS POLÍTICAS, DA REDE DE ATENÇÃO E DA DEMANDA E OFERTA DO CUIDADO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**. O Capítulo III pretende (re)aproximar o leitor da área para a qual estamos dimensionando a força de trabalho. O que é urgência e emergência, quais as políticas para essa área, quais os serviços que prestam esse cuidado no território e a relação destes com os serviços pré-hospitalares fixos e hospitalares, objeto desta metodologia. Sobretudo, desafiamos a refletir sobre as necessidades de cuidado das pessoas e as possibilidades de atenção numa rede articulada de serviços. Para tanto, nessa etapa, desejamos que produza uma análise sobre o território que responda a quem estamos (des) cuidando e como produzimos esse (des)cuidado em urgência e emergência.

A FORÇA DE TRABALHO DOS SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES FIXOS E HOSPITALARES

DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA é tratada no Capítulo IV. Nesse momento, propomos uma primeira imersão nos serviços do território para o qual estão planejando o cuidado. Auxiliaremos o leitor a descrever a força de trabalho existente nesses serviços.

A partir dos dados coletados, será possível produzir uma **ANÁLISE COMPARADA DA FORÇA DE TRABALHO DOS SERVIÇOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**. A proposta detalhada no Capítulo V permite a produção de informações que contribui para o conhecimento da situação da força de trabalho dos diferentes serviços do território e possibilita reflexões que contribuem para os processos decisórios da gestão do trabalho. Trata-se de garantir a sistematização de dados, informações e indicadores que permitem monitorar e avaliar o dimensionamento da força de trabalho dos diferentes serviços.

Por fim, o Capítulo VI apresenta o **DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DE SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES FIXOS E HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**. Nesta etapa, auxiliamos o leitor a definir qual a força de trabalho que pretende programar para cada serviço com base no escopo de práticas definido para as necessidades de cuidado identificadas, de acordo com a capacidade instalada existente. Também demonstramos como aferir a produtividade possível para a força de trabalho programada, calcular a diferença desta para a força de trabalho existente e estimar os custos.

Desejamos que esse material seja autoinstrucional e que possa ser utilizado por todos que tem a demanda de dimensionar força de trabalho em serviços de urgência e emergência. Também ofertamos outras ferramentas para o trabalho que serão apresentadas ao longo do material. Uma delas, no entanto, cabe apresentar desde o início do trabalho, trata-se do Sistema de Planejamento e Dimensionamento de Força de Trabalho em Saúde, o DIMI. Esse sistema informatizado tem como objetivo auxiliar na execução desta metodologia de planejamento e dimensionamento. O DIMI é referido ao longo do material de forma que os dois dispositivos – material didático e DIMI - complementa-se. Portanto, busque acessar o sistema concomitantemente ao material para aprender em ato a planejar e dimensionar força de trabalho. Bom trabalho!

1 - GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Maria Luiza Fonseca do Valle e Erotildes Antunes Xavier

Antes de iniciar a leitura, sugerimos que você assista à animação “Alike”, de Daniel Martinez Lara e Rafa Cano Méndez, através do link: <https://youtu.be/UATPH44jRSw>



Fonte: <http://www.alikeshort.com/>



O trabalho corresponde, em sua dimensão ontológica, à criação humana natural, própria do humano, para prover a sua sobrevivência. Todavia, o conceito de trabalho também é histórico, portanto, se modifica. Modifica-se a partir das relações sociais e do modo de produção de bens e serviços produzidos ao longo da história pela humanidade, de tal modo, que novas culturas de trabalho, vão se constituindo, própria a cada época. Para discutir a Gestão do Trabalho em Saúde (GTS), há que considerar estas duas dimensões.

O sistema de produção de serviços de saúde envolve ações de múltiplos interesses e múltiplos atores. Isso implica reconhecer não só a multiplicidade de agentes envolvidos, mas também que produzem e expressam processos de gestão além dos espaços instituídos. Neste contexto estão os trabalhadores/profissionais de saúde, suas corporações e entidades de representação e/ou produções acadêmico-científicas, que na medida em que estejam mais ou menos implicadas com o sistema, também o influenciam.

Em saúde, fazem parte da gestão desde o porteiro, passando pelos profissionais, até o dirigente máximo do estabelecimento. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cabe destacar como especificidade, no que diz respeito aos trabalhadores, a existência de uma relação entre usuários, trabalhadores em saúde e gestores no processo de produção e consumo de cuidados de saúde (Merhy, Magalhães Junior, Rimoli, Franco, & Bueno, 2004).

O tema dos Recursos Humanos sempre foi visto como fundamental para a consolidação do SUS. Dessa forma, a gestão do trabalho tem sido objeto de sucessivos debates e pesquisas considerando a necessidade da adequada compatibilidade entre a demanda por cuidados em saúde e a força de trabalho alocada nos diversos serviços. Assim, compreender a gestão do trabalho como parte estruturante da organização da atenção significa conferir a importância que esse assunto requer no cotidiano da gestão.

1.1 - CONCEITOS E PERSPECTIVAS DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Nessa perspectiva, em 2003, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 330, de 04 de novembro de 2003, resolveu aplicar os “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS. Essa Política trouxe em seu bojo um conjunto de orientações políticas e gerenciais acerca da gestão dos recursos humanos no âmbito do SUS, que deveriam ser observadas pelos gestores de saúde nos três níveis da federação. Assim, a NOB/RH-SUS foi e continua sendo um dos instrumentos centrais do Sistema Único de Saúde na obtenção de maiores possibilidades de operacionalização e gestão do sistema.

No âmbito da gestão federal, a preocupação com a valorização do trabalho e dos trabalhadores em saúde e a implementação de políticas importantes para se avançar nessas questões, levaram o Ministério da Saúde a criar, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES-MS), como estrutura ministerial incumbida, dentre outras funções, de definir políticas, realizar a articulação e mobilização nacional necessária para implementação e fortalecimento dessas políticas.

A SGTES-MS entende por políticas de Gestão do Trabalho em Saúde - GTS as:

[...] relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Desta forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local (BRASIL, 2017).

Amplia-se e complementa este conceito, na mesma concepção de GTS, a descrição de ALVES & ASSIS (2011):

A Gestão do Trabalho em Saúde constitui-se numa combinação de diferentes dimensões referentes ao planejamento e à gestão que possibilitem a regulação (formação, distribuição, vinculação, proteção social e qualificação) da força de trabalho no setor, tendo como desdobramento os processos políticos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua articulação com a Educação Permanente em Saúde (EPS).

Esses dois conceitos sinalizam que o papel da gestão do trabalho em saúde não se circunscreve apenas no âmbito da atuação de cada gestor e sua equipe, nem mesmo no âmbito da esfera municipal, mas apresenta-se como um desafio a todos os atores envolvidos como objeto de responsabilidade coletiva. A forma como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS descreve a função do gestor do SUS é válida para as atribuições de um gestor do trabalho em saúde. Ou seja, sua principal função consiste em conquistar parceiros e estabelecer conexões entre a normativa dos diversos temas do SUS e sua aplicação no cotidiano da gestão local de saúde. Ser gestor do SUS é manter diálogo permanente com o profissional de saúde, entendendo-o como o ator principal na consolidação das práticas de saúde. É manter diálogo permanente entre pares, com a equipe de direção de seus serviços, com o controle social na sua forma mais ampla possível, com os órgãos de controle do Estado, é um agir político, que é também técnico e ético. Enfim, ser gestor do SUS implica num conjunto de ações que busca viabilizar o cumprimento de responsabilidades, articular possibilidades e ampliar governabilidade (COSEMS, 2016).

A busca pelo aprofundamento nesta temática tem sido marcada pela preocupação dos gestores com a qualidade dos serviços ofertada pelo SUS e por desempenho aceitável de sua força de trabalho.

A resolução dos problemas apresentados passa por uma organização do trabalho onde se considere o trabalhador da saúde como partícipe do processo de busca do atendimento da necessidade da população, dentro das especificidades de cada território, sendo valorizado como ser humano, tendo a visão do todo, trabalhando integrado com a equipe da qual faz parte e não se limitando meramente ao ofício de sua parte.

SAIBA MAIS



Para ampliar os saberes sobre esse tema, leia na íntegra o texto:

ALVES, Josenildo de Sousa; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Gestão do Trabalho: Abordagens Teóricas e Políticas no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Salvador: Revista Baiana de Saúde Pública, v.35, supl.1, p.55-67, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2298.pdf>

O artigo de ALVES & ASSIS (2011) propõe uma discussão sobre a temática da Gestão do Trabalho em Saúde (GTS), apresentando-a como uma combinação de diferentes dimensões sobre o planejamento e a gestão, que possibilita a regulação da força de trabalho na saúde, envolvendo a formação, distribuição, vinculação, proteção social e qualificação. Na perspectiva de relacionar o que é apresentado neste artigo com a prática cotidiana do SUS, reflita sobre a sua realidade e responda as questões a seguir.

1. O texto destaca que a “12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, reiterou a adoção da Política Nacional para a GTS no SUS, como instrumento efetivo para a consolidação do sistema, o que, certamente, traria a valorização do trabalhador e contribuiria de maneira efetiva para a criação de vínculo entre o trabalhador e os serviços de saúde”.

- a. Você percebe reflexos dessas deliberações em seu município/estado?
- b. Existe uma política de Gestão de Trabalho em Saúde no seu município/estado?
- c. Como ela se organiza e quais são os resultados efetivos percebidos?

2. O artigo finaliza com o alerta de que a Gestão do Trabalho em Saúde “(...) necessita ser incluída na agenda de debates dos municípios, dada a sua importância para a consolidação do sistema de saúde brasileiro”. Quais iniciativas têm sido desenvolvidas em seu estado/município, visando o fortalecimento da Gestão do Trabalho em Saúde?

3. Como se dá o apoio da área de GTS para planejamento e dimensionamento da força de trabalho dos diversos serviços das Redes de Atenção à Saúde de seu estado/município?

4. O artigo destaca ainda que a gestão deve ter o trabalhador de saúde como ator social no processo de desenvolvimento e consolidação do sistema de saúde. Isto ocorre em seu município? Como?

Percebe-se, portanto, que promover a Gestão do Trabalho no contexto dos serviços públicos de saúde perpassa pela adoção de ferramentas de gestão que levam à organização dos processos de trabalho e valorização do trabalhador, tais como: instituição de planos de carreira, cargos e salários; criação de espaços formais de negociação; regulação do trabalho em saúde; estruturação da força de trabalho; promoção da qualificação/formação dos profissionais de saúde.

O Planejamento e Dimensionamento de Força de Trabalho, objeto dessa formação que se inicia, se apresenta também com uma importante ferramenta de gestão do trabalho, considerando que essa produz informações essenciais que subsidiam a tomada de decisão sobre as necessidades de alocação e distribuição da força de trabalho.

1.2 - PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO NO SUS A PARTIR DAS NECESSIDADES DO USUÁRIO

As preocupações com planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil, presentes tenuamente da década de 1950 em diante, segundo CARVALHO, SANTOS e CAMPOS (2013) tiveram um estímulo, a partir de 1973, com a Conferência Pan-americana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, onde foram identificados problemas, elencados na citação abaixo, que estimularam os gestores na busca de soluções.

Alguns eventos internacionais foram importantes para a disseminação e a sistematização de experiências de planejamento de recursos humanos entre os países americanos. Em 1973, realizou-se, em Ottawa (Canadá), a Conferência Pan-americana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde (RHS), em que se identificaram problemas, como: a centralidade no profissional médico e o desenvolvimento limitado das outras categorias profissionais; a concentração de pessoal em centros urbanos; e a tendência à formação especializada, centrada no hospital e em tecnologias sofisticadas, porém, desvinculada dos problemas dos serviços de saúde. A expressão propagada na referida Conferência resumia a inquietação dos participantes: *“É necessário formar os recursos humanos que os países necessitam”* (OPAS, 1973).

Estudos recentes alertam que a complexidade do campo dos Recursos Humanos deve ser analisada no processo de planejamento, observando: a dimensão do trabalho, que estabelece a demanda e considera a participação dos diversos sujeitos envolvidos; a dimensão da educação, que forma os profissionais necessários; e também, as dimensões econômica e política, que extrapolam o setor da saúde, mas são fundamentais para se estabelecer um Planejamento da Força de Trabalho – PFT dentro da realidade local (CARVALHO, SANTOS, & CAMPOS, 2013). Porém, os autores salientam que, atualmente, o PFT muitas vezes se encontra vinculado ao diagnóstico da extrapolação da necessidade de recursos, considerando apenas aspectos quantitativos, na tentativa de transformá-los em parâmetros a partir de um modelo preexistente, concebendo os trabalhadores como insumos, igualando-os aos recursos tecnológicos ou financeiros e, considerando ainda as universidades como ‘fábricas de mão de obra qualificada’, ao invés de considerar a realidade como ela é, com seus conflitos e jogos de interesses.

No entanto, a política de recursos humanos preconizada pela NOB/RH-SUS, estabelece que é necessário considerar, na distribuição quantitativa de profissionais de saúde, as necessidades de saúde das regiões e a sustentabilidade de seus planos no que se refere ao financiamento e à mobilização e sensibilização dos atores envolvidos.

Há que se considerar o destaque dado pela NOB/RH-SUS para a necessidade de criação de bancos de dados nas três instâncias de gestão, para possibilitar ações de planejamento de acordo com a realidade de cada região (BRASIL, 2005).

Para ROCHA & MORAIS (2009), o conceito de Planejamento da Força de Trabalho (PFT) é:

[..] um processo sistemático de avaliação das necessidades futuras de provisão e/ou de adequação de pessoal, no que tange ao quantitativo, composição e perfil desejado, bem como de definição das estratégias e ações necessárias para o alcance de tais necessidades. No âmbito da Administração Pública, o PFT visa a dimensionar o número adequado de servidores para atender as demandas de pessoal dos processos de trabalho de determinado órgão/entidade ou unidade, considerando-se as atividades e/ou os blocos de atividades, contribuindo ainda para a definição de estratégias de recrutamento, capacitação, remanejamento e alocação/relocação dos servidores.

Porém, para enriquecimento ao conceito acima, pode ser acrescentado a observação que, em um planejamento da força de trabalho, deve-se levar em conta o caráter multiprofissional da equipe de saúde, a forma de organização da rede de atenção à saúde e que o atendimento das necessidades e dos direitos do usuário são a razão da existência do Sistema Único de Saúde.

O Dimensionamento, etapa do Planejamento da Força de Trabalho, é uma importante ferramenta para a Gestão do Trabalho em Saúde, pois possibilita identificar

[...] o quantitativo e a composição de profissionais necessários ao desenvolvimento das atividades diárias de assistência. A partir do dimensionamento, é possível estimar os investimentos necessários à formação e à capacitação de recursos humanos, bem como em infraestrutura e equipamentos para as unidades prestadoras de serviço (Viana, 2013).

Dimensionar é saber o tamanho de algo. A gestão do trabalho oferece insumos informacionais para planejar as necessidades de força de trabalho a longo/médio/curto prazos para atender às exigências e objetivos do órgão.

Estimar o quadro de pessoal não é uma tarefa fácil e inclui ainda a definição das competências requeridas de forma a contribuir para o alcance das metas. Articula-se também com a política de gestão da saúde e as necessidades do usuário.

A Secretaria de Gestão do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão concorda com a afirmação acima:

Dimensionar significa calcular ou preestabelecer as dimensões ou proporções de algo. Tarefa bastante complexa quando se trata de força de trabalho na Administração Pública Federal, tanto pelo tamanho de sua estrutura quanto pela complexidade de suas atividades. Somente na administração direta, autarquias e fundações o número de servidores atinge aproximadamente 510 mil, distribuídos por mais de duzentos órgãos e entidades que prestam serviços, na maioria das vezes, de difícil

quantificação, o que acaba por dificultar o pronto dimensionamento das necessidades de pessoal. Nesse sentido, o adequado dimensionamento é resultado do planejamento da força de trabalho. (BRASIL, 2006).

Na saúde, a tarefa de quantificar a força de trabalho fica ainda mais árdua, visto as inúmeras especificidades da área. Com frequência, essa tarefa é realizada com base na percepção dos chefes, em negociações com a administração central e por tentativas sucessivas com base em erros e acertos. Qualquer dessas alternativas apresenta resultados muito questionáveis, seja do ponto de vista dos profissionais da saúde ou do usuário.

No entanto, é possível identificar o quantitativo de força de trabalho necessário e realizar essa etapa considerando o contexto no qual o serviço de saúde está inserido, observando as premissas com as quais se trabalha. Ao mesmo tempo, as equipes que conduzem processos de dimensionamento precisam reconhecer os limites de seu instrumento e garantir que os gestores e demais trabalhadores dos serviços dimensionados tenham clareza dessas limitações. Os dados, para serem utilizados, precisam ser transformados em informação, ou seja, precisam ser contextualizados, observando o serviço, o município, a região de saúde, para permitir a tomada de decisão mais acertada.

Para a análise dos gerentes é necessária a observação cotidiana do trabalho das equipes sob sua responsabilidade, e a organização dos processos de trabalho, informações essenciais a serem consideradas no processo decisório. 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).

No contexto dos serviços de saúde, a compreensão de que o cuidado integral do usuário decorre do trabalho em equipe é fundamental para o processo de planejamento e dimensionamento da força de trabalho de modo a evitar os vieses corporativos e a fragmentação da atenção, que impõe a contratação excessiva de alguns profissionais, não otimizando o uso do recurso público e não refletindo na melhoria da prestação de serviços à população.

Sobre trabalho em equipe em saúde, PEDUZZI (2009) afirma tratar-se de uma *“modalidade de trabalho coletivo que é 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”*.

Essa autora destaca ainda a importância de se perceber a existência de dois tipos de trabalho em equipe. No primeiro, a equipe se articula, há qualidade na comunicação entre os integrantes da equipe, questionamento da desigual valoração social dos diferentes trabalhos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter interdependente e construção de um projeto assistencial comum. Noutro, observa-se uma justaposição das ações e o mero agrupamento dos profissionais. Esta última forma seria uma desvirtuação do trabalho em equipe que pode impactar na organização laboral com retrabalhos e a necessidade de número maior de profissionais.

Portanto, com um trabalho em equipe, pode-se otimizar o atendimento ao usuário do SUS, com menor quantidade de profissionais e melhor qualidade na prestação na prestação de serviços.

Refleta e descreva como é feito hoje, em sua Secretaria de Saúde, o levantamento do quantitativo necessário de servidores para embasar o processo seletivo e de contratação nos serviços de saúde. Aponte as principais dificuldades e queixas sobre esse processo.

Refleta e descreva como é feito hoje, em sua Secretaria de Saúde, o levantamento do quantitativo necessário de servidores para embasar o processo seletivo e de contratação nos serviços de saúde. Aponte as principais dificuldades e queixas sobre esse processo.

2 - ESCOPO DO PROJETO PARA PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO NOS SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES FIXOS E HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Lisiane Boer Possa e Carlos Eduardo Antoniete de Souza

Para iniciar o processo de planejamento e dimensionamento dos serviços de urgência e emergência é necessário definir o escopo do projeto. Trata-se de tornar explícito: a justificativa para a sua realização; o território e os serviços que serão incluídos; o período da execução; e a equipe que será implicada com o processo.

Planos e planos
Planos e planos, eis o que faço.
Sou um pescador de mim.
Isco-me todos os dias.
Garimpo as minhas ideias,
As minhas vontades. Escolho, separo,
Reparo, rearrumo, desarrumo, mudo o rumo,
Começo tudo outra vez.
De novo, sempre, necessariamente.
Dia a dia.
Hora a hora.
Planos e planos eis, o que faço,
E às vezes acho que planejamento
De nada é válido.
Tudo tem que ter um toque de improviso,
Que nem aviso, que chega e pronto.
No entanto, planejar é preciso e eu preciso
Planejar para não planejar a vida.
Planos e planos, eis o que faço.
Nos descaminhos do mundo.
Nas esquinas universais.
Usar apenas a lógica pode ser lógico,
Mas não essencialmente seguro.
Transdisciplinaria os caminhos.
Planos e planos, eis o que faço.
Dou forma à previsibilidade.
Entender necessidades e vontades,
E imaginar como elas podem ser

Alteradas em diferentes situações.
A vida vivida de rascunho,
Não dá para passar a limpo.
Planejar é preciso, mesmo
Que seja do infinito.

Autora: Evelyn Almeida Ramos

Este é a primeira etapa em que você poderá usar o Sistema de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde - DIMI para compor um projeto de dimensionamento.

2.1 - NOME DO SEU PROJETO DE DIMENSIONAMENTO

Defina um título para o projeto de forma que possa identificá-lo facilmente. É adequado que o nome atribuído possibilite encontrar facilmente o projeto desejado entre outros projetos criados por outras pessoas ou até mesmo por você em outro momento. Sugere-se que o nome contemple o território, serviço e período do projeto.

Ex.: Dimensionamento (do(s) Serviço(s)) da (cidade ou região) em (ano/mês)

2.2 - JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO

O dimensionamento de força de trabalho sempre busca responder à queixa "FALTA TRABALHADORES". A questão colocada é: quantos e quais trabalhadores precisamos nos serviços de saúde?

Os motivos para que a necessidade de dimensionar força de trabalho para os serviços de urgência e emergência entre na agenda 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 deste projeto de planejamento e dimensionamento 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 estamos fazendo dimensionamento ajuda a responder às demais questões do escopo do projeto, pois, para cada uma dessas situações, as respostas variam, seja quanto à delimitação dos serviços e territórios que iremos dimensionar, seja quanto ao tempo necessário para que os resultados sejam apresentados ou quanto aos atores com os quais precisamos dialogar.

Cabe destacar que num mundo desejado, que nós construímos com pequenos passos, nós faríamos planejamento e dimensionamento da força de trabalho sistematicamente. Ou seja, as áreas de gestão do trabalho sempre teriam um bom diagnóstico de como estão as suficiências e insuficiências e teriam um planejamento, negociado e pactuado em toda a rede, para manter e ampliar a força de trabalho respondendo às necessidades de cuidado nos nossos territórios.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”. Eduardo Galeano.

Justificativa para realização do planejamento e dimensionamento:

2.3 - DELIMITAÇÃO DO TERRITÓRIO PARA O PLANEJAMENTO E O DIMENSIONAMENTO

É preciso considerar a importância de abordar a rede de atenção, que será tópico do próximo capítulo, uma vez que as suficiências e insuficiências da atenção em urgência e emergência não se resolvem apenas em um serviço. Portanto, mesmo que você pretenda realizar o dimensionamento da força de trabalho de um único serviço é necessário produzir análise da rede de atenção do território em que ele está inserido. Para tanto, vocês precisam definir o território ou região com a qual pretendem trabalhar.

Se você dimensionar a força de trabalho de uma UPA sem considerar as condições da atenção básica do território em que ela está inserida, por exemplo, corre o risco de manter a distorção de atendimentos nas emergências que seriam melhor cuidados nas unidades básicas de saúde. Da mesma forma, dimensionar a força de trabalho de uma emergência sem considerar a área hospitalar pode manter as situações de superlotação que são resultado da falta de leitos para internação. Ou seja, antes de dimensionar um serviço é necessário analisar e planejar a rede e o papel de cada um dos serviços no cuidado.

Do ponto de vista da organização do SUS, o ideal é que o planejamento e dimensionamento de força de trabalho tenha como referência a análise e os planos da rede de atenção de uma região de saúde, uma vez que a garantia de acesso resolutivo e em tempo oportuno do cuidado de urgência e emergência é uma das diretrizes da organização das Regiões de Saúde (BRASIL, 2011a).

Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Considerando que o papel de cada serviço na rede de atenção e o escopo de práticas que desenvolvem têm impacto e relação com os demais serviços, a questão central para o planejamento e dimensionamento de força de trabalho é:

De quantos trabalhadores precisamos para que a população de um determinado território seja cuidada?

Outra vez no mundo que almejamos, e que estamos construindo, teríamos sempre diagnóstico e planejamento atualizados e negociados na rede de atenção de uma região em saúde, na qual estejam contemplados no conjunto dos serviços de saúde o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho em todos eles! Deste ponto de vista, a gestão do trabalho teria análises e planos para cada região de saúde adequados aos planos das redes de atenção do território!

Vocês pretendem planejar e dimensionar a força de trabalho do(s) serviço(s) de urgência e emergência de que Unidade da Federação (UF)? De que região, município(s) ou distrito da cidade? Explícite o escopo territorial do seu projeto e o número habitantes do território escolhido.

2.4 - DELIMITAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA O PLANEJAMENTO E O DIMENSIONAMENTO

Agora que delimitaram o território do seu projeto, é importante apontar o conjunto dos serviços pré-hospitalares fixos e hospitalares de urgência e emergência que atendem no território escolhido. Caso vocês estejam utilizando o DIMI, ele irá listar todos os serviços que constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). * A informação sobre o conjunto dos serviços será útil para a análise da rede de atenção (Capítulo 3), por isso é importante que a lista de serviços esteja atualizada.

A base de dados do CNES que consta no DIMI. Você pode, também, editar a lista, incluindo e excluindo serviços, conforme a realidade local. Esta é uma boa oportunidade para avaliar e atualizar, junto à Secretaria de Saúde, os serviços que estão no CNES.

Nessa etapa, vocês precisam indicar o plano de análise para cada serviço, ou seja, em quais os serviços do território será realizada a análise comparada (Capítulo 5) e quais aqueles que serão dimensionados (Capítulo 6), identificando o tipo (hospitalar ou pré-hospitalar).

Para a análise comparada e para o dimensionamento são necessários muitos dados, informações, negociações e pactuações que demandam dedicação e tempo para a caminhada, em especial quando são os primeiros passos. Mas os próximos passos...

Diz o poeta: *“As reticências são os três primeiros passos do pensamento que continua por conta própria o seu caminho”* (Mario Quintana).

Quais os serviços selecionados? Qual o tipo (hospitalar ou pré-hospitalar) de cada um deles? E qual o Plano de Análise para cada um?

2.5 - PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO

O planejamento e o dimensionamento de serviços realizados em um território são uma fotografia do momento. Neste caso, é fundamental explicitar qual o período do projeto, ou seja, qual o tempo que vocês utilizarão para produzir o planejamento e dimensionamento dos serviços que vocês escolheram. Trata-se, portanto, de um cronograma de trabalho pactuado entre os envolvidos no processo.

Exemplo: Análise e dimensionamento realizado entre junho a agosto de 2017.

Portanto, a questão é:

Para quando precisamos o planejamento e o dimensionamento?

Uma vez concluído o processo de planejamento e dimensionamento deve-se gerar relatórios que irão retratar o diagnóstico e informar as necessidades de força de trabalho daquele momento. E deve ser adequado para responder às necessidades que geraram o projeto de dimensionamento. Destes resultados podem-se pactuar planos de adequações numa linha de tempo.

Tempo é um recurso escasso! Nosso planejamento e dimensionamento tem que ser produzido para responder às demandas, ou seja, à justificativa que o tornou

necessário! Portanto, é fundamental estabelecer um cronograma de trabalho para que seja concluído a tempo de dar as respostas, sob pena das decisões serem tomadas sem o nosso (maravilhoso) planejamento e sem o dimensionamento concluído. Outro risco é terminarmos o planejamento e o dimensionamento num momento tão distante daquele em que coletamos as informações que os resultados já estejam ultrapassados e não retratem mais a realidade.

Quando desejarem atualizar ou refazer o planejamento e dimensionamento devem iniciar novos projetos.

Qual o período de execução do planejamento e dimensionamento? Qual a data de início e a data limite para sua finalização?

2.6 - EQUIPE IMPLICADA COM O PLANEJAMENTO E O DIMENSIONAMENTO

Outro aspecto fundamental para o escopo do projeto é definir qual a equipe que irá desenvolver o trabalho com as respectivas atribuições, tanto para a execução do projeto de dimensionamento quanto para o acesso ao sistema DIMI.

Para o projeto, sugerimos a definição de coordenação, colaboração e convidados.

Esta é a nomenclatura que utilizamos no DIMI, caso você não use o sistema, poderá ter outra descrição para a atribuição das pessoas.

A equipe responsável pela coordenação e sistematização do planejamento e do dimensionamento são as pessoas que irão desenvolver, entre outras, as seguintes atribuições:

- 1) Coordenação dos processos;
- 2) Organização do trabalho, dos cronogramas, das agendas, a distribuição das tarefas e a definição dos responsáveis pelas mesmas;
- 3) Coleta e registro das informações necessárias;
- 4) Mapeamento, sensibilização e mobilização dos demais atores que podem contribuir para o planejamento e dimensionamento;
- 5) Proposição e organização dos encontros com os demais atores que podem contribuir com o processo, em especial, aqueles que são fundamentais para o processo decisório, para que sejam pactuados todos os aspectos relativos ao planejamento e ao dimensionamento;
- 6) Divulgação dos resultados.

Em síntese, esta equipe é responsável por propor um plano para realizar o trabalho (o quê, como, quando, quem e com quais recursos serão desenvolvidos o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho).

Quanto aos atores que serão implicados com os processos decisórios do planejamento e dimensionamento, é importante considerar que o desenvolvimento do trabalho de forma participativa contribui para que os resultados sejam efetivamente reconhecidos por todos e, portanto, tenha 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 que necessitamos 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*” (idem, 2016, p. 51).

Uma das questões-chave para o desenvolvimento de análise de força de trabalho e dimensionamento é o acesso a dados necessários dos serviços existentes. Os Anexos 1 e 2 apresentam uma síntese de alguns desses dados. Uma tarefa importante é mapear como terão acesso a eles.

Identifiquem as áreas, os sistemas de informações e as equipes que trabalham com dados e informações que podem ajudar. Descrevam as dificuldades para a coleta.

Para o acesso ao sistema, vocês deverão atribuir papel de administrador, assistente e observador. Estas definições devem considerar a habilidade dos diferentes membros da equipe em operar sistemas de informações e disponibilidade de tempo para realizar as tarefas de apoio à equipe no que diz respeito ao sistema.

Conforme definido no DIMI, o(s) administrador(es) têm acesso pleno ao projeto, podendo editar, remover e incluir qualquer dado, o(s) assistente(s) poderão incluir, editar e excluir informações, exceto alterar o escopo do projeto, e o(s) observador(es) podem visualizar informações do projeto e gerar relatórios, quando disponíveis.

Quais os atores que consideram fundamental para serem colaboradores ou convidados para participar da construção do planejamento e do dimensionamento?

A experiência com projetos de planejamento e dimensionamento de força de trabalho em saúde, nos permite indicar algumas sugestões quanto a composição das equipes:

Ter acesso aos dados e informações sobre a rede de atenção e os serviços que foram delimitados no escopo do projeto é fundamental para o desenvolvimento da metodologia proposta nesta formação. Da mesma forma, também é importante que as lideranças das áreas possam conhecer o projeto e participar, de alguma forma, considerando as disponibilidades. Sendo assim, é importante que, além de vocês que estão propondo o projeto, outras pessoas participem, seja da coordenação, seja como colaborador, incluindo profissionais e gestores dos serviços escolhidos no escopo.

Para o cadastro no DIMI, você precisará das seguintes informações:

Quais profissionais irão compor a equipe: nome, e-mail, papel na equipe (coordenador, colaborador ou convidado), e acesso ao sistema (administrador, assistente e observador)?

Atenção! Esta resposta é construída ao longo do desenvolvimento do trabalho, visto que a equipe pode ser ampliada e os papéis podem ser alterados a qualquer tempo. No entanto, é importante que vocês indiquem ao menos os atores que contribuirão para iniciar os trabalhos.

SAIBA MAIS



Sobre o que tem sido produzido sobre dimensionamento de força de trabalho no SUS com o artigo: “DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO NO SUS: O TRABALHO (E TRABALHADOR) VIVO NO PLANEJAMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE”, (RAMOS; POSSA, 2016). Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/653/pdf_10> Acesso em: 03 Mai. 2017.

3 - ANÁLISE DOS CONCEITOS, DAS POLÍTICAS, DA REDE DE ATENÇÃO E DA DEMANDA E OFERTA DO CUIDADO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Lisiane Boer Possa, Renata Flores Trepte, Cristiane Scolari Gosch, Estela Maris Gruske Junges e Quelen Tanize Alves da Silva

Ao subsidiar estratégias de caracterização do cenário de profissionais - sua distribuição e movimentação, déficits e superávits, - o dimensionamento da força de trabalho em saúde possibilita, de forma articulada às necessidades dos usuários, dos trabalhadores e do Sistema Único de Saúde (SUS), a qualificação do 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).

Tradicionalmente, os países abordam as questões de planificação e de gestão de recursos humanos nos serviços de saúde com a utilização de desenhos baseados unicamente em razões de profissionais por população (ex.: médicos/habitante). Tal abordagem, embora ainda seja utilizada largamente para o cálculo de equipes e de profissionais, mostra-se insuficiente para adequar as necessidades de pessoal às diferenças epidemiológicas e sociais, bem como as necessidades dos serviços de saúde em matéria de efetivos e de formação (MACHADO & DAL POZ, 2015).

O dimensionamento de trabalhadores nos serviços de saúde é uma questão relevante para a gestão do trabalho e para os sistemas de saúde. Questão essa que se configura, em parte, no contexto dos diferentes sistemas de saúde, uma vez que o rápido desenvolvimento e a incorporação de tecnologias alteraram significativamente os processos de trabalho no seu interior nos últimos 40 anos. Além disso, 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 nesses sistemas. A proposta das redes de atenção coloca em questão também as formas de relacionamento entre eles.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

Se consideramos que planejamos a força de trabalho para ofertar o melhor cuidado à população, devemos considerar que o processo requer uma análise das políticas públicas, da rede de atenção à saúde e da demanda e oferta de cuidado do território. Já que, dentre os fatores que impactam a demanda e a oferta por urgência e emergência, destacam-se:

A compreensão do conceito de urgência e emergência entre os trabalhadores dos serviços de saúde e a população; a composição da rede de saúde, seu escopo de práticas, suas suficiências e insuficiências, além dos pactos e fluxos da rede de atenção de urgência e emergência; e as modelagens tecnoassistenciais de atenção e gestão.

SAIBA MAIS



Os textos abaixo propõem um debate interessante sobre as redes! Se desejar se aprofundar são ótimas leituras!

▶ “As Redes na Micropolítica do Trabalho em Saúde”, (FRANCO, 2006). Disponível em: <http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf> Acesso em: 02 Mai. 2018.



▶ “A construção de redes de atenção à saúde numa perspectiva cuidadora e com a integralidade como referência”, (FEUERWERKER, 2014). Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-1>> Acesso em: 02 Mai. 2018.

3.1 - CONCEITO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As diversas perspectivas dos atores sobre a compreensão de urgência e emergência e sobre o papel dos serviços na rede hierarquizada e regionalizada convivem no cotidiano e permitem diferentes interpretações. Esta diferenciação está relacionada com a forma como as pessoas compreendem o processo saúde/doença, considerando as perspectivas biomédicas e as representações práticas que estão relacionadas aos diversos segmentos populacionais e culturais da sociedade.

No livro *“Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários”*, GIGLIO-JACQUEMOT (2005), mostra um universo dinâmico e complexo a partir de um trabalho antropológico realizado na Faculdade de Medicina de Marília, em São Paulo.

‘Urgência’ e ‘emergência’ possuem várias acepções na língua portuguesa e ainda outras na linguagem da biomedicina brasileira, que procura lhes atribuir um sentido unívoco e operante, propriamente médico. Antes de investigar as noções de urgência e emergência a partir das falas e observações recolhidas no campo, vejamos como são definidas de maneira normativa: primeiro no dicionário e, depois, em textos da literatura biomédica e de saúde pública. (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p.15)



A partir da leitura do texto, reflita sobre o que você entende por urgência e emergência e sistematize as suas impressões sobre os conceitos e como eles impactam.

Leitura recomendada: Capítulo 1 “Definições de Urgência e Emergência: critérios e limitações” (<http://books.scielo.org/id/zt4fg>)

O **Quadro 1** sistematiza duas perspectivas sobre o conceito de urgência e emergência e seu impacto no serviço de saúde.

Quadro 1: Conceito de Urgência e Emergência nas perspectivas de Risco de Morte e Ampliado/Condição Aguda.

| | CONCEITO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | QUAL A CENTRALIDADE DO SISTEMA SOB ESTA PERSPECTIVA? | COMO ESTA CONCEPÇÃO SE EXPRESSA NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO? | QUAL A LÓGICA DE TRABALHO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL? |
|--------------------------------|--|--|---|--|
| RISCO DE MORTE | Uma emergência corresponde a um ‘processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação’. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico, etc. | No serviço e na técnica especializada | Quando o conceito de urgência e emergência está reduzido ao ‘risco de morte’, as modelagens de atenção e gestão, bem como o dimensionamento de força de trabalho, consideram apenas o serviço de emergência e urgência isoladamente, frequentemente ignorando a articulação com a rede de atenção e as linhas de cuidado. Compreende que a demanda atualmente presente nos serviços de urgência e emergência deveria ser atendidas em outros pontos da atenção. | Núcleo |
| AMPLIADO/CONDIÇÃO AGUDA | O conceito de emergência como condição aguda, como sofrimento a partir da perspectiva do usuário, não exclui o Risco de Morte, mas amplia o entendimento a respeito do sofrimento. Se baseia, sobretudo, nas impressões do usuário, passando de dor aguda, hemorragia externa até desamparo, sem que esses fenômenos coloquem necessariamente em perigo a vida de uma pessoa. | No Usuário e sua família | São serviços que acolhem as demandas dos usuários e se responsabilizam pela oferta adequada de atenção às demandas/necessidades, neste caso são serviços com diversificação e flexibilidade das ofertas. A organização está centrada na rede e na articulação de linha de cuidado. Compreende que a demanda atualmente presente nos serviços de urgência e emergência podem ser atendidas em outros pontos da atenção. | Campo |

Mas você sabe a diferença entre Núcleo e Campo?

O núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional. O campo refere-se a um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Metaforicamente, os núcleos funcionam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto. Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciam, não sendo possível detectarem-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo certa identidade profissional e disciplinar (CAMPOS, 2000).

O conceito de emergência é muito importante para orientar a formação de profissionais e para a definição dos papéis prioritários dos serviços. Precisamos ter trabalhadores e serviços que sejam especializados em cuidar das pessoas nos casos de risco de morte. Assim como devemos ter estudos sobre essas demandas e necessidades e devemos reconhecer as especificidades desse núcleo profissional e de serviços.

O conceito de emergência como condição aguda, como sofrimento a partir da perspectiva do usuário, é fundamental para a organização da rede de serviços e para a formação dos profissionais de saúde. Trata-se de reconhecer a necessidade de definir quais os serviços e profissionais irão cuidar das pessoas que estão em sofrimento, inclusive para identificar dentre estes aqueles que estão em risco de morte e demandam atenção de profissionais e serviços especializados. Independente do ponto da rede, o profissional se corresponsabiliza pela condição aguda do usuário, seja ela uma condição de risco de morte, ou não.

Para o planejamento da força de trabalho em saúde de cada serviço há que se considerar, portanto, a inserção do mesmo na rede de atenção. Trata-se de reconhecer que a demanda de força de trabalho em um hospital ou serviço de urgência e emergência é condicionada pela oferta de atenção em saúde de um dado território.

3.2 - A POLÍTICA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Você sabe como é feita uma rede de pesca?

O artesão com as suas mãos hábeis faz a rede de pesca colocando cada nó em seu espaço. Embora faça com precisão, os nós nunca são iguais uns aos outros. Ao enxergar a rede de cima percebe que nenhum nó está acima dos outros, tampouco um é mais importante do que outro. Estão no mesmo patamar, na mesma horizontalidade. Não há concorrência entre eles. Cada nó está conectado a outros quatro nós que, por sua vez, estão conectados a outros quatro e assim sucessivamente. Uma rede de pesca só existe porque há ligações entre os nós. Um nó sozinho não forma uma rede de pesca. É a junção deles que faz a arte!



Imagine agora que cada componente listado abaixo é um nó na rede de pesca, ou seja, um ponto de atenção que forma uma parte essencial na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (RUE - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html) (BRASIL, 2011a):

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar.

Vamos conhecer agora qual a responsabilidade de cada um desses:

- O componente *Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde* tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

- O componente *Atenção Básica em Saúde* tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

- O componente *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências* tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

- O componente *Sala de Estabilização* deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.

- O componente *Força Nacional de Saúde do SUS* objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com

vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

- O componente *Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)* e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

- a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e

- as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

- O componente *Hospitalar* será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

- O componente *Atenção Domiciliar* é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar.

Agora vocês já sabem que cada um desses componentes tem uma função primordial dentro da Rede e eles precisam estar em constante diálogo e atuar de forma integrada, articulada e sinérgica para a garantia da integralidade do cuidado. Cada usuário, em situações agudas, pode acessar e ser acolhido em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos. Sendo que o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda rede e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. A Rede de Urgência e Emergência (RUE) deverá priorizar as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

Mas, você sabe o que é Linha de Cuidado?

“Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender a suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social” (FRANCO E MAGALHÃES, 2004).

1) Tendo em vista o que aprendemos sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde, descreva a RUE do seu território, os seus componentes e como estão estruturados.

2) Descreva brevemente, caso exista, alguma linha de cuidado do seu território.

E NO COTIDIANO? VAMOS DISCUTIR?

Caso A: Quem cuida da minha unha caso esteja encravada?

Jorge é um trabalhador da construção civil e está com dificuldade de executar seu trabalho em virtude de uma forte dor no pé esquerdo. Uma unha encravada não o deixa dormir, tampouco caminhar direito. Jorge busca atendimento na sua Unidade Básica de Saúde. Ao chegar é informado que a UBS não faz este tipo de procedimento. Ele se desloca até a UPA onde se depara com uma placa informando os procedimentos que não são realizados na urgência, dentre eles: unha encravada! Ainda assim, Jorge é acolhido pela enfermeira que lhe sugere procurar o Hospital Redenópolis, importante referência para trauma na região. Jorge se desloca até o hospital, passa novamente pelo acolhimento e Classificação de Risco, recebe classificação Azul - Não Urgente - espera 8 horas. A equipe realiza o procedimento, não sem manifestar sua indignação por ter profissionais tão especializados e competentes para situações agudas tendo de realizar um procedimento tão simples. Jorge volta para casa com orientação de retirar os pontos e curativos na emergência.

Caso B: Eu preciso de um atestado de saúde!

Dona Maria passa a noite inteira com muita dor de barriga e com muito vômito. Pela manhã, como está indisposta, acha melhor repousar e comer apenas uma canja. Entretanto, Dona Maria é trabalhadora e para não ser descontada financeiramente a falta no serviço, precisa justificar que está doente, com atestado médico. Ao se dirigir a Unidade de Saúde, Dona Maria é informada pela recepção que não havia mais nenhuma ficha de atendimento no dia. Dona Maria pega um ônibus e vai até a Unidade de Pronto Atendimento. É atendida e durante a triagem foi classificada com a cor azul (Não urgente), tendo que aguardar mais de 4 horas para ser atendida pelo médico. Foi orientada a ingerir muito líquido e repousar, além de um remédio para cólicas, caso sentisse dor. O médico a informou que não poderia fornecer um atestado médico, pois a UPA não oferta atestado.

Caso C: Alô! Alô! É do SAMU?

A Central de Atendimento do SAMU recebe duas chamadas para a cidade interiorana de Utopia, todavia tem apenas uma ambulância disponível.

Chamada 1: Uma estudante encontra pelas imediações da universidade uma guardadora de carro, em situação de rua, com ferimento na cabeça, perdendo sangue, visivelmente

desorientada e aparentemente perdendo a consciência.

Chamada 2: Tatiana tem um filho recém-nascido que está com febre passando os 39 graus. Ela mora na zona rural da cidade, não possui carro, nem recursos para pagar uma condução particular, além do mais, os ônibus passam com pouca frequência. Tatiana liga para o SAMU, com medo de uma convulsão.

Para pensar e debater:

- O que os trabalhadores que atenderam Jorge entendem por urgência e emergência? Como Jorge entende o que é uma situação de urgência? Qual a necessidade de Jorge? Qual a consequência dos atendimentos para a situação de saúde dele?
- O que os trabalhadores que atenderam Dona Maria entendem por urgência e emergência? Como Dona Maria entende o que é uma situação de urgência? Qual a necessidade da Dona Maria? Qual a consequência dos atendimentos para a situação de saúde dela?
- No caso C, o que o SAMU deve fazer? Qual chamada deve deslocar a ambulância primeiro, se é que deve deslocar ambulância? Vocês consideram alguma das ligações, ou as duas, urgências que devem ser atendidas pelo SAMU? O que os trabalhadores do SAMU entendem por urgência e emergência? O que os usuários que fizeram as chamadas entendem como uma situação de urgência?

Vocês conseguem identificar diferenças no modo de atendimento no cotidiano dos serviços para as diferentes formas de compreender as urgências? Quais os conceitos de urgência e emergência que têm sido propostos para os serviços da rede de atenção no território definido no escopo do projeto? Há esse debate? Tem definição sobre o que é urgência e emergência? Quem participa deste debate? E vocês, enquanto usuários, o que consideram urgência e emergência?

3.3 - ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO, DA DEMANDA E OFERTA DO CUIDADO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para o dimensionamento da força de trabalho dos serviços é fundamental responder às seguintes questões: Qual a rede de atenção a urgências e emergências no município? Qual o escopo de práticas, as suficiências e insuficiências, os pactos e fluxos da rede de atenção à saúde e de urgência e emergência?

Realizar a análise de rede de um território utilizem os Planos de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências planos já elaborados, ou, caso esses planos não estejam formulados, aproveitem a oportunidade para que sejam produzidas informações que são necessárias para a construção dos mesmos, conforme previsto na Política (BRASIL, 2011b).

Conforme a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011b), entre as fases previstas para a operacionalização da Rede de Atenção às Urgências está: “(...) Desenho Regional da Rede: a) realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde; b) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando o desenho da Rede de Atenção às Urgências, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos. ”



Saiba mais em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

Portanto, para a construção de planos e para a operacionalização da Rede de Atenção às Urgências cada componente da rede deve ser analisado e planejado.

Para construir qualquer análise de situação, o primeiro passo é formularmos perguntas, cujas respostas irão gerar dados e informações que melhorem nosso conhecimento sobre a realidade da Rede de Atenção às Urgências.

A seguir, listamos um conjunto de questões para cada componente da rede, para auxiliá-lo na construção da análise de situação da rede no território que vocês querem planejar e dimensionar a força de trabalho.

1) Promoção, prevenção e vigilância à saúde - O território dispõe de sistema de notificação/informação de agravos que têm impacto na atenção à urgência (exemplos: violências, suicídio, doenças agudas e crônicas que demandam especificamente esses serviços)? Temos conhecimento das principais causas de atenção e urgência? Há planos, articulações intersetoriais, debates e ações sobre políticas de prevenção das situações de urgência e de promoção de condições de vida que impactem na sua diminuição?

2) Atenção Básica (AB) em Saúde - Qual a cobertura populacional da AB no município? Ela está territorializada? Qual a capacidade de atendimento? São atendidas as condições agudas? Quais os escopos de práticas das UBS/ESF? Tem acolhimento e classificação de risco? Quais as concepções de urgência e emergência que orientam as práticas?

3) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências - Qual a cobertura das centrais de regulação e do SAMU? Qual a oferta e demanda de atendimento do SAMU? Quais os principais estrangulamentos e dificuldades de encaminhar para serviços fixos? Quais os fluxos e regras estabelecidos entre o SAMU, Central de Regulação e Serviços? Quais as concepções de urgência e emergência que orientam as práticas?

4) Unidades Fixas de Urgência e Emergência - Qual a cobertura dos serviços de urgência e emergência fixos hospitalares e pré-hospitalares? Qual a territorialização para esses serviços? Qual a capacidade instalada de oferta? Quais as principais demandas de atendimento? Quais as concepções de urgência e emergência que orientam as práticas? Há comitês ou outros fóruns de gestão de urgência e emergência?

5) Componente Hospitalar - Qual a rede de retaguarda de leitos hospitalares para urgências e emergências? Há estratégias de regulação de leitos no território? Quais as regras e fluxos de regulação dos leitos? Quais os estrangulamentos para atenção hospitalar? Qual a oferta de leitos para atendimento da urgência?

6) Atenção Domiciliar (AD) - Há atenção domiciliar? Qual a cobertura? Quantas pessoas são atendidas? Qual o escopo de prática da atenção domiciliar? Quais as ofertas, regras e fluxos da AD com os serviços de UE? Quais as concepções de urgência e emergência que orientam as práticas?

Algumas ferramentas podem auxiliar a responder essas questões: Plano de Ação Regional da Rede de Urgência; Planos e Relatórios de Gestão do município ou estado; documentos e estudos produzidos sobre a situação do território; sistemas de informação existentes nas secretarias ou serviços; sistemas de informações nacionais (CNES, SIA/SIH, E-SUS AB, E-SUS SAMU, SIM, SINASC, etc); escuta dos conhecimentos tácitos dos trabalhadores das secretarias e dos serviços e dos usuários; rodas de conversas.

Formulamos um roteiro que ofertamos como uma das ferramentas para a coleta de informações e produção de indicadores que podem auxiliar na construção de análise de rede e das respostas que contribuem para planejar e dimensionar força de trabalho em urgência e emergência.

O roteiro, disponibilizado juntamente com este material, é um guia para orientá-los a refletir sobre cada um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências do território. Portanto, caso alguma questão não se aplica à realidade local, ou precise buscar outros dados, fiquem à vontade para adaptar o roteiro.

Destaca-se que o importante é produzirmos conhecimento sobre a realidade do território e da Rede de Atenção à Saúde, bem como refletir sobre as potencialidades e os nós críticos da situação encontrada. É esta análise crítica e reflexiva que nos permite fazer planos futuros dos caminhos que queremos trilhar no planejamento e dimensionamento de força de trabalho. Para fazê-las, é possível considerar a situação encontrada e confrontá-la com indicadores e parâmetros de outras realidades, assim como produzir reflexão com base nos desejos para a constituição futura da realidade do território.

Toda a boa análise de situação de saúde e da realidade das redes de atenção pode fazer uso de indicadores e parâmetros. Mas, o que são indicadores? E parâmetros?

- 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.
- Parâmetros – são valores de referência estabelecidos a partir da população (universo considerado), ou seja, que caracterizam uma dada população. Neste caso, a força de trabalho dos serviços a serem analisados. Ou ainda, valores estabelecidos com base em critérios definidos (por peritos ou pactuados) que buscam estabelecer um padrão de referência desejável para guiar as decisões.

Exemplo:

A Mortalidade infantil é o valor absoluto de mortes de crianças no primeiro ano de vida e é a base para calcular a taxa de mortalidade infantil: um indicador, que consiste na mortalidade infantil observada durante um ano, em relação ao número de nascidos vivos do mesmo período.

A taxa de mortalidade infantil é calculada da seguinte forma:

$$\frac{\text{Nº DE ÓBITOS DE RESIDENTES COM MENOS DE UM ANO DE IDADE}}{\text{Nº TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES}} \times 100$$

Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos.

O parâmetro de referência considerado baixo para Mortalidade Infantil, segundo a Organização Mundial da Saúde, é de 20 por mil.

No estado do Amapá a taxa de mortalidade infantil é de 23,5 por mil, segundo IBGE (2016).

Enquanto que no estado do Rio Grande do Sul é de 9,9 por mil nascidos vivos.

Sendo assim, se o parâmetro é 20, podemos inferir que o estado do Amapá deve criar políticas para diminuir a taxa de mortalidade, investindo, por exemplo, na Rede Cegonha. Já o Rio Grande do Sul, não deve ter o objetivo de aumentar a taxa para atingir 20.

Deu para entender a diferença?

Para análises reflexivas da realidade do território e para a construção dos nossos planejamentos e dimensionamentos da força de trabalho, é fundamental refletirmos sobre as modelagens tecnoassistenciais que temos como base para organização da atenção à saúde. Estas se constituem em pano de fundo que orientam nosso olhar sobre a realidade, nossas avaliações de como os nossos serviços e nossas práticas de cuidado estão ou deveriam estar e, portanto, informam as decisões que tomamos.

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (SILVA JUNIOR & ALVES, 2007, p.s/n).



▶ <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%CANCIA%20%C0%20SA%DADE%20-%20T%FAlio.pdf>

SAIBA MAIS



Com os artigos:

▶ “Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas”, (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007). Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/4-_Modelos_Assistenciais_em_Sade_-_Aluisio_G_da_Silva_Jr_e_Carla_A._Alves.pdf>. Acesso em: 02 Mai. 2018.



▶ “Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado”, (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004) <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%CANCIA%20%C0%20SA%DADE%20-%20T%FAlio.pdf>>. Acesso em: 02 Mai. 2018.

Reflitam sobre as modelagens tecnoassistenciais que tomarão como base para orientar a análise da situação, os planos e o dimensionamento. Façam uma síntese das principais ideias orientadoras, tanto da situação encontrada quando do que desejam para os seus planos futuros.

No DIMI vocês serão convidados a produzir uma síntese de avaliação para cada componente da Rede de Atenção às Urgências do território que foi definido no escopo do projeto, bem como, realizar o upload do Roteiro de Análise de Rede completo. Estas informações irão compor o Relatório de Análise de Rede.

4 - A FORÇA DE TRABALHO DOS SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES FIXOS E HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Lisiane Boer Possa, Delciene Aparecida Oliveira Pereira, Gislene Henrique de Souza e Carlos Eduardo Antoniete de Souza

Este módulo da metodologia propõe a descrição da realidade da força de trabalho existente no serviço que foi definido no escopo para análise comparada e para dimensionamento. Para realizar planejamento e dimensionamento dos serviços é fundamental que se saiba quantos trabalhadores estão efetivamente atendendo e cuidando das pessoas.

Será necessário realizar a descrição caso vocês estejam dimensionando um serviço já existente. Os serviços novos, evidentemente, não tem força de trabalho para ser descrita.

Ao descrever a força de trabalho atual dos serviços vocês poderão produzir informações e análises que contribuam para compreender a realidade e para orientar as ações da gestão do trabalho. Os dados que sugerimos para a coleta tanto serão úteis para a análise comparada quanto para o dimensionamento do serviço.



Vocês sabem a diferença entre um dado, informação e conhecimento? Se tiver curiosidade, assistam ao vídeo “Diferença entre Dado e Informação = Conhecimento”, disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=p2JgJ7deNrc>

Para descrever a realidade, vocês irão buscar dados sobre a força de trabalho existente, produzir informações através de indicadores e realizar análises que possibilitem um conhecimento explícito sobre o contexto da força de trabalho dos serviços em estudo.

4.1 - DADOS DA FORÇA DE TRABALHO

A questão que estaremos respondendo nesta etapa é:

Qual é a força de trabalho existente em cada um dos serviços da rede de atenção à urgência e emergência?

O que é força de trabalho?

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 produzirem. Neste trabalho, medimos a força de trabalho dos serviços pelo NÚMERO DE HORAS executado pelos trabalhadores disponíveis, ou seja, o tempo de envolvimento dos trabalhadores com o trabalho. Os levantamentos que realizaremos serão, portanto, para identificar quantas horas de trabalho os serviços dispõem e os usuários podem contar para o seu atendimento.

O primeiro passo para conhecer a força de trabalho é coletar e registrar os dados para cada um dos serviços de urgência e emergência que você deseja analisar e dimensionar.

São aqueles serviços que vocês escolheram para realizar a Análise Comparada e o dimensionamento da força de trabalho e que registraram no escopo do projeto.

Os dados que sugerimos são: vínculos, cargo, carga horária semanal contratada (CH Sem. Contratada), carga horária semanal realizada (CH Sem. Realizada), quantidade de trabalhadores ativos (qtd. Trab. Ativos), quantidade de trabalhadores afastados (qtd. Trab. Afastados), absenteísmo (%), e remuneração média mensal por profissional.

O **Quadro 2**, apresenta os dados da UPA Horizonte e, exemplifica o conjunto de dados necessários e que podem ser sistematizados para mapear a força de trabalho existente nos serviços em análise. Os dados apresentados nesse quadro são resultado do lançamento realizado no Sistema de Dimensionamento – DIMI.

Quadro 2: Lançamento de dados da força de trabalho da UPA Horizonte em março de 2017:

| Vínculo | Cargo (Especialidade) | CH Semanal Contratada | CH Semanal Realizada | Qtd. Trab. Ativos | Qtd. Trab. Afastados | Absenteísmo | Custo por Profissional |
|-----------------------|--|-----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------|------------------------|
| CLT | Administrativo/Assessoria à Gestão (Nível Médio) | 36 | 36 | 8 | 0 | 12,90 % | R\$ 1.866,54 |
| CLT | Administrativo/Assessoria à Gestão (Nível Médio) | 44 | 44 | 1 | 0 | 0,00 % | R\$ 2.457,63 |
| CLT | Aux. / Téc. de Enfermagem | 36 | 36 | 44 | 2 | 0,00 % | R\$ 2.286,30 |
| CLT | Aux. / Téc. de Farmácia | 36 | 36 | 6 | 0 | 2,90 % | R\$ 2.115,60 |
| CLT | Enfermeiro | 36 | 36 | 15 | 1 | 7,80 % | R\$ 2.591,78 |
| CLT | Gestor (Enfermeiro) | 44 | 44 | 1 | 0 | 0,00 % | R\$ 4.547,10 |
| CLT | Higienizador | 36 | 36 | 12 | 0 | 5,00 % | R\$ 1.767,99 |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | Enfermeiro | 30 | 24 | 14 | 1 | 1,88 % | R\$ 4.300,00 |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | Médico Clínico | 18 | 18 | 1 | 0 | 0,00 % | R\$ 8.243,84 |

| | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------|----|----|----|---|--------|---------------|
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | Médico Clínico | 30 | 30 | 19 | 0 | 0,00 % | R\$ 13.739,73 |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | Médico Pediatra | 30 | 30 | 1 | 0 | 0,00 % | R\$ 13.375,00 |

Fonte: Dados força de trabalho fictícios do DIMI.

1 Deverão ser incluídos tantos vínculos quantos existam nos serviços em análise;

2 Caso haja trabalhadores do mesmo cargo com cargas horárias semanais contratadas diferenciadas especificar por carga horária, como no caso do exemplo de enfermeiro da Tabela 1.

3 Os trabalhadores ativos serão aqueles que estejam trabalhando, em férias ou com afastamento de até 15 dias;

4 Trabalhadores afastados são aqueles que se encontram afastados a mais de 15 dias, usualmente com licenças formais;

Para melhor compreensão, vamos aos conceitos de cada um desses dados:

- **Vínculo:** é a instituição que contrata os trabalhadores. Sejam próprios dos órgãos estatais, terceirizados, prestadores de serviço ou outros, conforme for o caso dos serviços em questão.

- **Cargos (Especialidade):** referem-se aos cargos contratados e em atuação na rede de serviços. Em alguns casos, o cargo e a especialidade têm a mesma denominação, mas nem sempre é dessa forma. Por exemplo, médico (cargo) e anestesta (especialidade). Neste caso, o DIMI já apresenta uma listagem dos cargos que tem como base as nomenclaturas do CNES e vocês poderão informar a especialidade (ANEXO XX).

- **Carga Horária Semanal Contratada:** trata-se da carga horária semanal prevista nos contratos de trabalho para cada cargo/especialidade.

- **Carga Horária Semanal Realizada:** refere-se à jornada de trabalho semanal de cada cargo/especialidade efetivamente realizada pelos trabalhadores da rede, decorrente de acordos institucionalizados ou concedidos legalmente, quando esta é diferente da carga horária previstas nos contratos de trabalho.

A necessidade de explicitar a carga horária contratada e a carga horária realizada/acordada é resultante dos inúmeros acordos de redução de jornada de trabalho que ocorrem em muitos lugares do serviço público. No entanto, caso não seja o caso dos serviços analisados, ignorem essa distinção não preenchendo as informações sobre a carga horária realizada/acordada.

- **Quantidade de trabalhadores ativos:** são aqueles trabalhadores contratados que efetivamente estão realizando suas atividades, compondo as escalas/programações de trabalho. Estão incluídos todos os contratados, mesmo que em férias. São excluídos aqueles que estão afastados a mais de quinze dias por licença saúde, gestante, ou outra forma de licença prevista.

- **Quantidade de trabalhadores afastados:** Refere-se ao número de trabalhadores contratados que encontram-se afastados a mais de 15 dias, por licenças formalmente estabelecidas ou seja, aqueles que não contam como força de trabalho ativa.

- **Absenteísmo:** corresponde à soma das horas em que os trabalhadores encontram-se ausentes e estas ausências não são motivadas por férias, desemprego, doença prolongada ou licença legal.

Taxa ou Índice de absenteísmo

Objetivo: Acompanhar as horas ausentes dos trabalhadores

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº DE HORAS/TRABALHADOR AUSENTES X 100}}{\text{Nº DE HORAS/TRABALHADOR TRABALHADAS}}$$

Definição:

Relação percentual entre o número de horas/homem ausentes e o número de horas/homem trabalhadas.

Número de horas/trabalhador ausentes: É o número mensal de horas ausentes dos trabalhadores próprios em qualquer regime de contratação, dos serviços pré-hospitalares fixos e hospitalares de urgência e emergência do estado, a serem dimensionados, pelo número de horas que cada um deveria trabalhar. Considerar todas as faltas, inclusive as justificadas. (CQH, 2014, p. 19. Adaptado).
Não incluir: férias e licenças legais (acima de 15 dias ininterruptos).

Número de horas/trabalhador trabalhadas: É o número total de horas trabalhadas de funcionários próprios do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho (CQH, 2014, p. 19).

Verifiquem, caso vocês tenham informação sobre absenteísmo, como ele é calculado nos seus serviços.

- **Remuneração média mensal:** valor mensal médio da remuneração dos profissionais para o cargo. A remuneração dos trabalhadores que inclui: salário, vencimentos (salário + férias, décimo terceiro, horas extras, insalubridade, periculosidade, abonos etc.), vale-transporte, contribuição patronal, entre outros. A remuneração média para o cargo será a remuneração de todos os trabalhadores de um cargo em um ano, dividido por 12 meses e pelo número de trabalhadores naquele cargo.

ATENÇÃO:

- Esses dados precisam estar atualizados, sob pena de que vocês não retratem a realidade.
- Vocês podem obter esses dados nos sistemas de informação de gestão do trabalho. Prestem atenção: verifiquem se estes sistemas estão atualizados e refletem a realidade dos serviços. Muitas vezes, as admissões, demissões e realocações dos trabalhadores não encontram-se devidamente registradas nos sistemas de informação.
- Em alguns casos é necessário consultar in loco, nos serviços, a alocação dos trabalhadores.

- O fundamental é que haja um acordo e concordância de que esses são dados fidedignos e que expressam, o mais próximo, do possível, a realidade.
- Muitas vezes, trabalhamos com os dados que temos, sabemos que não são perfeitos, ainda assim é uma situação melhor do que informação nenhuma.
- Se alguns desses dados não estiverem disponíveis, procurem alternativas para coletá-los. Se isso se mostrar dificultoso, reflitam se não é possível trabalhar com os dados de que dispõem, pois é melhor produzirmos análises com o que temos do que continuarmos com “achismos”!
- Os gestores e trabalhadores dos serviços sempre nos ajudam a qualificar essas informações, são eles que efetivamente podem nos ajudar a validar e qualificar as informações e, em alguns casos, até coletar. Por isso, é importante que a representação dessas equipes esteja no grupo de trabalho do dimensionamento.
- O Anexo 1 apresenta uma Tabela que sistematiza, e que pode ser utilizada para a coleta dos dados necessários para a descrição, análise comparada e dimensionamento da força de trabalho.

As ocasiões em que efetivamente utilizamos os dados para produzir informações são momentos em que podemos qualificar e atualizar os sistemas de informação de gestão do trabalho. Sabemos que eles são fundamentais para que possam ser realizadas análises oportunas e para que o planejamento e dimensionamento de força de trabalho sejam realizados com agilidade e confiabilidade.

4.2 - PRODUZINDO DADOS SOBRE A FORÇA DE TRABALHO

Utilizaremos no conjunto do material didático, para fins de ilustração e exemplificação, tabelas e dados fictícios de relatórios gerados pelo DIMI da RUE de Utopia.

Os dados da UPA Horizonte serão apresentados por vínculos de trabalho, conforme exemplificado no Quadro 3. Estes são a base para a produção de um conjunto de informações que possibilitam analisar a força de trabalho nos serviços.

Quadro 3: Força de trabalho da UPA Horizonte por vínculo

Força de Trabalho dos Serviços por Vínculo

UPA Horizonte (Pré-Hospitalar Fixo)
Utopia/FÉ

| CLT | | | | | | | | |
|--|----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Cargo/Especialidade | CH Contratada ¹ | CH Realizada ¹ | Trab. Ativos ² | Trab. Afastados ² | Trab. Contratados | Absenteísmo ³ | Remun. Média (Mensal) ⁴ | Remun. Total (Mensal) ⁵ |
| Administrativo/Assessoria à Gestão (Nível Médio) | 36 | 36 | 8 | 0 | 8 | 12,90 % | R\$ 1.866,54 | R\$ 14.932,32 |
| Administrativo/Assessoria à Gestão (Nível Médio) | 44 | 44 | 1 | 0 | 1 | 0,00 % | R\$ 2.457,63 | R\$ 2.457,63 |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|----|----|-----------|----------|-----------|--------|--------------|-----------------------|
| Aux. / Téc. de Enfermagem | 36 | 36 | 44 | 2 | 46 | 0,00 % | R\$ 2.286,30 | R\$ 100.597,20 |
| Aux. / Téc. de Farmácia | 36 | 36 | 6 | 0 | 6 | 2,90 % | R\$ 2.115,60 | R\$ 12.693,60 |
| Enfermeiro | 36 | 36 | 15 | 1 | 16 | 7,80 % | R\$ 2.591,78 | R\$ 38.876,70 |
| Gestor (Enfermeiro) | 44 | 44 | 1 | 0 | 1 | 0,00 % | R\$ 4.547,10 | R\$ 4.547,10 |
| Higienizador | 36 | 36 | 12 | 0 | 12 | 5,00 % | R\$ 1.767,99 | R\$ 21.215,88 |
| TOTAL | - | - | 87 | 3 | 90 | - | - | R\$ 195.320,43 |

1. Carga Horária Semanal. 2. Para fins desta análise considera-se ativo o trabalhador em atividade ou com afastamento de até 15 dias; e afastado, quando o afastamento ultrapassar 15 dias. 3. Considera todas as faltas ao serviço inclusive justificadas, não motivadas por férias, afastamentos superiores a 15 dias, licenças legais ou para capacitação. 4. Remuneração Média Mensal por Profissional. 5. Remuneração Total (considerando somente trabalhadores ativos).

PRESTADOR DE SERVIÇOS

| Cargo/Especialidade | CH Contratada ¹ | CH Realizada ¹ | Trab. Ativos ² | Trab. Afastados ² | Trab. Contratados | Absenteísmo ³ | Remun. Média (Mensal) ⁴ | Remun. Total (Mensal) ⁵ |
|---------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Enfermeiro | 30 | 24 | 14 | 1 | 15 | 1,88 % | R\$ 4.300,00 | R\$ 60.200,00 |
| Médico Clínico | 18 | 18 | 1 | 0 | 1 | 0,00 % | R\$ 8.243,84 | R\$ 8.243,84 |
| Médico Clínico | 30 | 30 | 19 | 0 | 19 | 0,00 % | R\$ 13.739,73 | R\$ 261.054,87 |
| Médico Pediatra | 30 | 30 | 1 | 0 | 1 | 0,00 % | R\$ 13.375,00 | R\$ 13.375,00 |
| TOTAL | - | - | 35 | 1 | 36 | - | - | R\$ 342.873,71 |

1. Carga Horária Semanal. 2. Para fins desta análise considera-se ativo o trabalhador em atividade ou com afastamento de até 15 dias; e afastado, quando o afastamento ultrapassar 15 dias. 3. Considera todas as faltas ao serviço inclusive justificadas, não motivadas por férias, afastamentos superiores a 15 dias, licenças legais ou para capacitação. 4. Remuneração Média Mensal por Profissional. 5. Remuneração Total (considerando somente trabalhadores ativos).

Aproveitem para verificar se os dados que foram informados refletem a realidade dos serviços. Entre as informações necessárias para a produção de análises, destaca-se a força de trabalho em horas e o número de trabalhadores segundo carga horária padrão. A seguir descreveremos como a partir dos dados coletados chegamos a essas informações.

4.2.1 - Força de trabalho em horas semanais

Estejamos sempre atentos para o fato de que nosso objetivo é explicitar em HORAS a força de trabalho que os serviços contam! Essa é a informação que será utilizada para a análise comparada e para o dimensionamento dos serviços.

Com base nos dados da UPA Horizonte (Quadro 3) o DIMI calcula o total de horas semanal de cada cargo e especialidade, que está expresso na Quadro 4.

Quadro 4: Total de horas semanais dos trabalhadores ativos, afastados e contratados da UPA Horizonte em março de 2017.

Força de Trabalho em Horas Semanais

UPA Horizonte (Pré-Hospitalar Fixo)

Utopia/FÉ

| Cargo/Especialidade | Trabalhadores Ativos | | Trabalhadores Afastados | | Trabalhadores Contratados | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | Horas Contratadas ¹ | Horas Realizadas ¹ | Horas Contratadas ¹ | Horas Realizadas ¹ | Horas Contratadas ¹ | Horas Realizadas ² |
| Administrativo/Assessoria à Gestão (Nível Médio) | 332 | 332 | 0 | 0 | 332 | 332 |
| Aux. / Téc. de Enfermagem | 1584 | 1584 | 72 | 72 | 1656 | 1656 |

| | | | | | | |
|-------------------------|-------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Aux. / Téc. de Farmácia | 216 | 216 | 0 | 0 | 216 | 216 |
| Enfermeiro | 960 | 876 | 66 | 60 | 1026 | 936 |
| Gestor (Enfermeiro) | 44 | 44 | 0 | 0 | 44 | 44 |
| Higienizador | 432 | 432 | 0 | 0 | 432 | 432 |
| Médico Clínico | 588 | 588 | 0 | 0 | 588 | 588 |
| Médico Pediatra | 30 | 30 | 0 | 0 | 30 | 30 |
| TOTAL | 4186 | 4102 | 138 | 132 | 4324 | 4234 |

1. Horas Semanais. 2. Soma de horas semanais entre trabalhadores ativos e afastados

Fonte: Dados fictícios do DIMI.

1 Trabalhadores contratados: é o somatório das horas semanais dos trabalhadores ativos e afastados;

2 Horas contratadas: total de horas semanal prevista nos contratos de trabalho;

3 Horas realizadas: total de horas efetivamente realizada pelos trabalhadores.

O cálculo dessas horas é feito conforme a seguinte fórmula:

$$\text{TOTAL DE HORAS} = \text{QUANTIDADE DE TRABALHADORES} \times \text{CARGA HORÁRIA SEMANAL}$$

Os cálculos foram realizados para cada um dos cargos e especialidade, considerando trabalhadores contratados, ativos e afastados, bem como a carga horária semanal contratada e realizada. O DIMI realiza esses cálculos automaticamente, após o lançamento dos dados realizado conforme **Quadro 3**.

Os dados do Quadro 4 explicitam que a força de trabalho disponível para o cuidado na UPA Horizonte varia consideravelmente dependendo do que for considerado para o seu cálculo.

Exemplo:

Considerando a carga horária contratada de todos os trabalhadores contratados teríamos 2668 horas de força de trabalho. Ao considerar a carga horária realizada apenas pelos trabalhadores ativos haveria 2240 horas de trabalho no serviço.

A diferença entre a carga horária realizada e contratada é um tema relevante para a gestão do trabalho. Neste caso, pode evidenciar-se explicitamente questões relativas às negociações de jornada que são bastante conflituosas no cotidiano dos serviços e percebe-se que as reduções de jornadas têm impacto na força de trabalho e no cuidado das pessoas.

Com base nos achados sobre as horas de força de trabalho, caso haja muitas distinções, identifique quais as situações que são mais relevantes nos serviços que estão no escopo de seu projeto e reflita sobre as mesmas.

4.2.2 - Força de trabalho segundo carga horária padrão

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.

- Número de trabalhador segundo a carga horária padrão: é o total das horas semanais para cada cargo/especialidade dividido por uma carga horária semanal padrão estabelecida previamente.

Esse indicador possibilita a conversão das horas de trabalho (existentes ou planejadas) em número de trabalhadores e permite a comparação entre força de trabalho de diferentes serviços e realidades.

Como calcular o número de trabalhadores segundo carga horária padrão?

$$\frac{\text{Nº TOTAL DE HORAS SEMANAL POR CARGO/ESPECIALIDADE}}{\text{CARGA HORÁRIA SEMANAL PADRÃO PARA O CARGO/ESPECIALIDADE}}$$

A **Tabela 1** apresenta, por cargo e especialidade, o total de horas semanais, a carga horária padrão semanal atribuída e o número de trabalhadores segundo carga horária padrão.

Tabela 1: Força de Trabalho conforme Carga Horária Padrão da UPA Horizonte em março de 2017

Força de Trabalho conforme Carga Horária Padrão

UPA Horizonte (Pré-Hospitalar Fixo)
Utopia/FÉ

| Cargo/Especialidade | Total de Horas Semanais ¹ | Carga Horária Padrão (Semanal) ² | Nº de Trabalhadores segundo CH Padrão ³ |
|--|--------------------------------------|---|--|
| Administrativo/Assessoria à Gestão (Nível Médio) | 332 | 40 | 8,3 |
| Aux. / Téc. de Enfermagem | 1584 | 36 | 44 |
| Aux. / Téc. de Farmácia | 216 | 36 | 6 |
| Enfermeiro | 876 | 36 | 24,3 |
| Gestor (Enfermeiro) | 44 | 40 | 1,1 |
| Higienizador | 432 | 40 | 10,8 |
| Médico Clínico | 588 | 36 | 16,3 |
| Médico Pediatra | 30 | 36 | 0,8 |
| TOTAL | 4102 | - | 111,7 |

1. Total de horas semanais realizadas por trabalhadores ativos. 2. Conforme sugestão da metodologia deste projeto. 3. Total de Horas Semanais / Carga Horária Padrão do Cargo (sugerida pela metodologia).

Por que é importante construir esse dado?

Porque é preciso corrigir a distorção que é gerada se vocês apenas considerarem o número de trabalhadores sem ponderar as diversas cargas horárias (CH) de trabalho contratadas.

○ **Quadro 5** apresenta um exemplo

Quadro 5: Exemplo para a construção do número de trabalhadores por carga horária padrão dos Serviços de Passos, Caminho e Horizonte, dados de março de 2017.

| Serviço | Número de Trabalhadores Contratados | Carga Horária Contratada | Total de Horas Semanais (força de trabalho) ¹ | Carga Horária Semanal Padrão | Número Trabalhadores segundo a carga horária semanal padrão ² |
|-----------|-------------------------------------|--------------------------|--|------------------------------|--|
| Passos | 15 | 12 | 180 | 30 | 6 |
| Caminho | 8 | 24 | 192 | 30 | 6,4 |
| Horizonte | 6 | 40 | 240 | 30 | 8 |

Fonte: produção deste trabalho

1 - Como calcular o **Total de Horas Semanais**?

$$\text{TOTAL DE HORAS SEMANAIS} = \text{N}^{\circ} \text{ DE TRABALHADORES POR CARGO} \times \text{CARGA HORÁRIA CONTRATADA DO CARGO}$$

2 - Como calcular o número de trabalhador segundo carga horária padrão?

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ TOTAL DE HORAS SEMANAL POR CARGO/ESPECIALIDADE}}{\text{CARGA HORÁRIA SEMANAL PADRÃO PARA O CARGO/ESPECIALIDADE}}$$

Conforme o exemplo do Quadro 5, se vocês considerarem apenas o número de trabalhadores, sem ponderar as diversas cargas horárias contratadas, parecerão que o Serviço Passos, com 15 profissionais, têm mais força de trabalho que os Serviços Caminho e Horizonte, quando na verdade não é essa a realidade. Ao calcular o número de trabalhadores segundo carga horária padrão semanal percebe-se um equilíbrio.

Também é importante o uso do indicador trabalhador segundo carga horária semanal padrão para o dimensionamento do serviço que vocês irão desenvolver no Capítulo V desta unidade. Uma vez que a programação de força de trabalho, para cada cargo/especialidade, será calculada em horas, vocês deverão usar essa referência para indicar o número de trabalhadores necessários.

Exemplo: Se é necessário para o funcionamento de uma UPA 300 horas semanais de médicos, considerando a carga horária padrão de 30 horas, deverão existir 10 médicos como demanda. Evidente que não significa que todos serão contratados com essa carga horária, esse é apenas um dispositivo para termos a demanda de força de trabalho em número de trabalhadores. O que importa é que temos que ter 300 horas de médicos, o que pode ocorrer com diferentes formas CH semanais contratadas.

Para essa metodologia, sugere-se adotar as cargas horárias semanais padrão para as diferentes categorias profissionais apresentadas no **Anexo 3**

Lembrando que deve ser adotada a mesma carga horária padrão por cargo para todas as unidades analisadas, pois apenas assim podemos comparar os serviços. Caso na realidade de vocês existam outras situações não contempladas, proponham outras cargas horárias padrão ao realizar o dimensionamento. No entanto, para a análise comparada vamos buscar utilizar a mesma CH padrão para que possamos posteriormente comparar resultados. O DIMI realiza a conversão das horas em número de trabalhadores automaticamente, a partir das cargas horárias padrão proposta nesta metodologia.

5 - ANÁLISE COMPARADA DA FORÇA DE TRABALHO DOS SERVIÇOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Lisiane Boer Possa, Delciene Aparecida Oliveira Pereira, Gislene Henrique de Souza e Carlos Eduardo Antoniete de Souza

A Análise Comparada da Força de Trabalho da Rede de Atenção à Urgência e Emergência- RUE, como seu próprio nome diz, tem como objetivo comparar situações no mesmo serviço ou entre diversos serviços quanto à composição da sua força de trabalho. Para realizar a Análise Comparada, propõem-se indicadores que podem auxiliar no conhecimento da força de trabalho da rede, sinalizando para diferenças e semelhanças dentro de cada serviço e de cada um deles com os demais.

Pretende-se com a comparação gerar informações úteis para a gestão, para a tomada de decisão e para a melhor distribuição da força de trabalho na rede.

Aqui dividimos a Análise Comparada em duas etapas. A primeira foca na caracterização da força de trabalho existente no serviço. A segunda busca relacionar a situação da força de trabalho entre diferentes serviços, considerando também a capacidade instalada e produtividade.

5.1 - ANÁLISE COMPARADA DA CARACTERIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DO SERVIÇO

Com base nos dados da descrição da força de trabalho, podemos produzir conhecimento comparando as informações sobre trabalhadores ativos e afastados, vínculos, absenteísmo, atenção direta e indireta, por áreas de atuação e por cargos, especialidades de cada serviço. A seguir, apresentamos essas possibilidades.

5.1.1 - Relação de trabalhadores ativos e afastados

Ao analisar a relação entre trabalhadores ativos e afastados podemos conhecer melhor a força de trabalho que efetivamente contamos, os trabalhadores ativos. Mas também é possível aprofundar os diagnósticos sobre os motivos para os afastamentos dos trabalhadores e produzir políticas. Vocês podem identificar se há diferenças entre os trabalhadores de diferentes cargos/especialidades, vínculos e serviços e buscar compreender as razões, para pensar em ações que tenham impacto na prevenção do afastamento dos trabalhadores.

O **Quadro 6** apresenta os percentuais de trabalhadores afastados, por cargo e especialidade conforme os vínculos de contratação, da UPA Horizonte.

Quadro 6: Proporção de Trabalhadores Afastados na UPA Horizonte em março de 2017.

Proporção de Trabalhadores Afastados

| Cargo/Especialidade | CLT % Afastados | PRESTADOR DE SERVIÇOS % Afastados | TOTAL GERAL % Afastados |
|--|--------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Administrativo/Assessoria à Gestão (Nível Médio) | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Aux. / Téc. de Enfermagem | 4,3 % | 0,0 % | 4,3 % |
| Aux. / Téc. de Farmácia | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Enfermeiro | 6,3 % | 6,7 % | 6,5 % |
| Gestor (Enfermeiro) | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Higienizador | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Médico Clínico | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Médico Pediatra | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| TOTAL | 3,3 % | 2,8 % | 3,2 % |

Fonte: Dados fictícios do DIMI.

Como calcular o Percentual de Trabalhadores Afastados?

$$\frac{\text{NÚMERO DE TRABALHADORES AFASTADOS} \times 100}{\text{NÚMERO DE TRABALHADORES TOTAL}}$$

Esse cálculo é para cada um dos cargos, vínculos e para o total de trabalhadores.

Com base nos resultados:

1. Identifique os trabalhadores com mais afastamento, considerando os diferentes cargos e vínculos.
2. Procure, se possível, mapear as principais causas de afastamento e debata sobre as explicações para as diferenças encontradas.

Essas reflexões podem ser úteis para desenvolver políticas na área de gestão do trabalho.

5.1.2 - Análise sobre a alocação dos trabalhadores por vínculos.

As informações sobre vínculos de trabalhadores nos possibilitam conhecer detalhadamente como está composta a força de trabalho, quem contrata e quais as diferenças das condições de trabalho de cada contrato. Sabe-se que a multiplicidade de vínculos traz implicações diferenciadas para a gestão do trabalho.

O **Quadro 7** apresenta os dados da distribuição da força de trabalho conforme os vínculos de trabalho.

Quadro 7 - Proporção de trabalhadores por Vínculo e Cargo na UPA Horizonte em março de 2017.

| Cargo/Especialidade | CLT (%) | PRESTADOR DE SERVIÇOS (%) |
|--|---------|---------------------------|
| Administrativo/Assessoria à Gestão (Nível Médio) | 100,0 % | 0,0 % |
| Aux. / Téc. de Enfermagem | 100,0 % | 0,0 % |
| Aux. / Téc. de Farmácia | 100,0 % | 0,0 % |
| Enfermeiro | 51,7 % | 48,3 % |
| Gestor (Enfermeiro) | 100,0 % | 0,0 % |
| Higienizador | 100,0 % | 0,0 % |
| Médico Clínico | 0,0 % | 100,0 % |
| Médico Pediatra | 0,0 % | 100,0 % |
| TOTAL | 71,3 % | 28,7 % |

* Considera somente trabalhadores ativos.

Fonte: Dados força de trabalho fictícios do DIMI

Como calcular o Percentual por vínculo?

$$\frac{\text{NÚMERO DE TRABALHADORES AFASTADOS} \times 100}{\text{NÚMERO DE TRABALHADORES TOTAL}}$$

Com base nos resultados da distribuição dos trabalhadores em diferentes vínculos, reflita sobre as situações que suscitem dificuldades e potencialidades para a manutenção/qualificação da força de trabalho nos serviços.

5.1.3 - Absenteísmo

Dentre os dados coletados nos serviços está a taxa de absenteísmo. Produzir informações e analisar os resultados encontrados, para os diferentes cargos/especialidades, vínculos e serviços, pode contribuir para conhecer a realidade. Os atrasos e faltas resultam em problemas cotidianos na organização dos processos de trabalho e na sensação de "falta de trabalhadores". Sabe-se que o absenteísmo também resulta dos processos de adoecimento dos trabalhadores, o que implica em pensarmos políticas de saúde do trabalhador. Mas também as condições de trabalho influem no desejo, implicação e presença no trabalho. Dessa forma, conhecer o que está acontecendo quanto ao absenteísmo é um importante aspecto da gestão do trabalho e tem impacto no planejamento e dimensionamento da força de trabalho.

1. Descrevam e analisem as taxas de absenteísmo encontradas na análise por serviço acima..
2. Considerem as diferenças entre cargos/especialidades e vínculos.
3. Vocês podem, se possível, buscar compreender as principais causas de ausência no trabalho. Conhecer a realidade é um passo importante para pensar ações!

5.1.4 - Alocação dos trabalhadores por áreas de atuação do serviço e na atenção aos usuários

Com base nos dados coletados e considerando os trabalhadores por carga horária padrão, será possível produzir alguns indicadores que contribuem para a análise da sua força de trabalho. Entre outras possibilidades de produção de informação destaca-se a classificação da alocação dos trabalhadores considerando:

- **Áreas de atuação:** diz respeito às quatro áreas nas quais estão alocados os trabalhadores dos serviços: assistencial, administrativa, apoio técnico ou apoio diagnóstico terapêutico.
- **Atenção aos usuários:** classificam-se os trabalhadores conforme sua atuação na atenção direta ou indireta no atendimento/cuidado/assistência ao usuário. A atenção direta refere-se a todos os trabalhadores que efetivamente atendem ao público do serviço, ou seja, que estão em contato com as pessoas. A atenção indireta refere-se àqueles que atuam nas áreas de apoio, também chamadas áreas-meio e que não atendem/cuidam/assistem ao público diretamente.

Como referência de parâmetro, para a área hospitalar:

- Para a distribuição por área de atuação encontram-se os seguintes percentuais de distribuição: Área Assistencial (AAS) – 63% dos trabalhadores; Área Administrativa (ADM) – 14% dos trabalhadores; Área de Apoio Técnico (AT) – 13% dos trabalhadores; Área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (ADT) – 10% dos trabalhadores (CQH, 2009).

- Para a distribuição por atenção aos usuários: deva ser da ordem de 30 a 40% na atenção indireta e 60 a 70% na atenção direta (CQH, 2009).

Os **Quadros 8 e 9** apresentam os totais de trabalhadores, trabalhadores ativos por carga horária padrão, o parâmetro encontrado na literatura (para área hospitalar) e os resultados encontrados do percentual da distribuição dos trabalhadores para a área de atuação e para áreas de atenção ao usuário, na UPA Horizonte.

Quadro 8 - Força de Trabalho por Áreas de Atuação na UPA Horizonte em março de 2017.

| Força de Trabalho por Área de Atuação | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|------------------------|----------------|
| Área de Atuação | Nº de Trabalhadores Ativos | Nº de Trab. Ativos / CH Padrão | Parâmetro ¹ | % Distribuição |
| Área Assistencial | 94 | 85,5 | 63% | 76,5% |
| Área Administrativa | 22 | 20,2 | 14% | 18,1% |
| Área de Apoio Técnico | 0 | 0,0 | 13% | 0,0% |
| Área de Apoio Diagnóstico | 6 | 6,0 | 10% | 5,4% |
| TOTAL | 122 | 111,7 | - | - |

Quadro 9 - Força de Trabalho por Áreas de Atenção na UPA Horizonte em março de 2017.

| Força de Trabalho por Área de Atenção | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|------------------------|----------------|
| Área de Atenção | Nº de Trabalhadores Ativos | Nº de Trab. Ativos / CH Padrão | Parâmetro ¹ | % Distribuição |
| Atenção Direta | 103 | 93,8 | 60% a 70% | 84,0% |
| Atenção Indireta | 19 | 17,9 | 30% a 40% | 16,0% |
| TOTAL | 122 | 111,7 | - | - |

1. Fonte: CQH, 2009

Atenção: foi atribuída a classificação de área de atuação e atenção aos usuários conforme o cargo/especialidade dos trabalhadores. Não esqueça que o exemplo acima é apenas hipotético.

Como calcular o Percentual de Distribuição?

$$\frac{\text{Nº DE TRABALHADORES CH PADRÃO DA ÁREA} \times 100}{\text{Nº DE TRABALHADORES CH PADRÃO TOTAL}}$$

* Para cada área: atenção direta, atenção indireta, assistencial, apoio técnico, apoio diagnóstico, administrativa.

O percentual de distribuição do quadro atual de trabalhadores segundo a atenção aos usuários (Atenção direta – AD, Atenção indireta - AI) e áreas de atuação (Administrativa – ADM, Apoio diagnóstico – ADT, Apoio técnico – AT, Assistência – AAS) podem ser comparadas com parâmetros.

Cabe destacar que a comparação com parâmetros hospitalares é muito frágil. Desejamos que sejam constituídos parâmetros específicos para os serviços de urgências, uma vez que vários deles compõem as análises realizadas.

5.2 - ANÁLISE COMPARADA DA FORÇA DE TRABALHO ENTRE DIFERENTES SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO

No item anterior, comparamos dados e informações sobre a força de trabalho num mesmo serviço. Agora, será abordada a análise comparada entre diferentes serviços.

5.2.1 - Trabalhadores afastados por cargo especialidade e vínculo por serviço

Os dados da Tabela 2 e Tabela 3 apresentam para cada um dos serviços, definidos no escopo do projeto para análise comparada, o percentual de afastamento por cargo e especialidade e vínculo respectivamente.

Tabela 2: Proporção de Trabalhadores Afastados por Cargo/Especialidade e Serviço

| Proporção de Trabalhadores Afastados por Cargo/Especialidade e Serviço | | | |
|--|--|--|--|
| Cargo/Especialidade | UPA Caminho % Afastados (qtd. trabalhadores) | UPA Horizonte % Afastados (qtd. trabalhadores) | TOTAL GERAL % Afastados (qtd. trabalhadores) |
| Administrador/Analista/Assessoria à Gestão (Nível Superior) | 0,0 % (0 trab.) | - (0 trab.) | 0,0 % (0 trab.) |
| Administrativo/Assessoria à Gestão (Nível Médio) | 9,1 % (1 trab.) | 0,0 % (0 trab.) | 5,0 % (1 trab.) |
| Aux. / Téc. de Enfermagem | 5,6 % (3 trab.) | 4,3 % (2 trab.) | 5,0 % (5 trab.) |
| Aux. / Téc. de Farmácia | - (0 trab.) | 0,0 % (0 trab.) | 0,0 % (0 trab.) |
| Enfermeiro | 0,0 % (0 trab.) | 6,5 % (2 trab.) | 5,3 % (2 trab.) |
| Gestor (Enfermeiro) | - (0 trab.) | 0,0 % (0 trab.) | 0,0 % (0 trab.) |
| Higienizador | 10,0 % (1 trab.) | 0,0 % (0 trab.) | 4,5 % (1 trab.) |
| Médico | 5,9 % (1 trab.) | - (0 trab.) | 5,9 % (1 trab.) |
| Médico Clínico | - (0 trab.) | 0,0 % (0 trab.) | 0,0 % (0 trab.) |
| Médico Pediatra | - (0 trab.) | 0,0 % (0 trab.) | 0,0 % (0 trab.) |
| TOTAL | 5,9 % (6 trab.) | 3,2 % (4 trab.) | 4,4 % (10 trab.) |

Tabela 3: Proporção de Trabalhadores Afastados por Vínculo e Serviço

| Proporção de Trabalhadores Afastados por Vínculo e Serviço | | | |
|--|--|--|--|
| Vínculo | UPA Caminho % Afastados (qtd. trabalhadores) | UPA Horizonte % Afastados (qtd. trabalhadores) | TOTAL GERAL % Afastados (qtd. trabalhadores) |
| CLT | 7,4 % (2 trab.) | 3,3 % (3 trab.) | 4,3 % (5 trab.) |
| ESTATUTÁRIO | 5,4 % (4 trab.) | - (0 trab.) | 5,4 % (4 trab.) |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | - (0 trab.) | 2,8 % (1 trab.) | 2,8 % (1 trab.) |
| TOTAL | 5,9 % (6 trab.) | 3,2 % (4 trab.) | 4,4 % (10 trab.) |

5.2.2 - Taxas de Absenteísmo

Para comparar as taxas de absenteísmo entre os diferentes serviços, utilizem os dados dos Quadros apresentados na análise de cada serviço. Percebam que a informação de taxas de absenteísmo, por especialidade e vínculos não podem ser somadas.

A produção de taxas e índices sempre se dá a partir de cálculos envolvendo dados brutos. Por isso, os quadros não apresentam os totais ou a soma das taxas, porém, é possível compará-las individualmente entre os diferentes serviços com os dados apresentados anteriormente.

5.2.3 - Distribuição dos trabalhadores conforme vínculo

O **Quadro 10** apresenta os dados do número absoluto e percentual de trabalhadores por vínculo em cada um dos serviços analisados.

Quadro 10: Número absoluto e percentual de trabalhadores por vínculo por serviço.

| Vínculo | UPA Caminho % Trabalhadores (qtd. trabalhadores) | UPA Horizonte % Trabalhadores (qtd. trabalhadores) | TOTAL GERAL % Trabalhadores (qtd. trabalhadores) |
|-----------------------|--|--|--|
| CLT | 26,3 % (25 trab.) | 71,3 % (87 trab.) | 51,6 % (112 trab.) |
| ESTATUTÁRIO | 73,7 % (70 trab.) | 0 (0 trab.) | 32,3 % (70 trab.) |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | 0 (0 trab.) | 28,7 % (35 trab.) | 16,1 % (35 trab.) |
| TOTAL | 100,0 % (95 trab.) | 100,0 % (122 trab.) | 100,0 % (217 trab.) |

* Considera somente trabalhadores ativos.

5.2.4 - Distribuição dos trabalhadores nas áreas de atuação e a atenção ao usuário

O **Quadro 11** apresentam os dados do percentual de trabalhadores por área de atuação e atenção ao usuário para cada um dos serviços.

Quadro 11: Distribuição de Trabalhadores por Área de Atenção e de Atuação

Distribuição de Trabalhadores por Área de Atenção e de Atuação

| Serviço | Área de Atenção | | Área de Atuação | | | |
|---------------|-----------------|----------|-----------------|-----------------|---------------|--------------|
| | Direta | Indireta | Administrativa | Ap. Diagnóstico | Apoio Técnico | Assistencial |
| UPA Caminho | 94 % | 6 % | 9 % | 0 % | 0 % | 91 % |
| UPA Horizonte | 84 % | 16 % | 18 % | 5 % | 0 % | 77 % |

Vocês também poderão verificar, com base nos percentuais de distribuição da força de trabalho por áreas de atuação e atenção ao usuário, se há maior concentração de profissionais na atenção direta ou indireta ao paciente e comparar essa distribuição entre os diversos serviços da rede. Isso permitirá qualificar a tomada de decisão acerca da melhor forma de equilibrar a alocação desses profissionais, de maneira a não permitir a desassistência dos usuários de determinados serviços da rede. Essas mesmas análises poderão ser realizadas em relação às áreas de atuação (Administrativa – adm, Apoio diagnóstico – adt, Apoio técnico – apt, Assistência – aas).

Com base nos resultados da distribuição, por áreas e para atenção, da força de trabalho dos serviços da rede de urgência que estão estudando, apontem situações que considerem destoantes e busquem explicar os motivos para as diferenças encontradas. Com essas informações, vocês podem encontrar bons indicativos para realocação da força de trabalho e também para repensar os processos de trabalho.

O primeiro passo é identificar, a partir dos dados, indicadores e informações sobre as diferenças e semelhanças entre os serviços.

O segundo passo é buscar identificar as causas, ou seja, as explicações para as realidades encontradas.

A diversidade de alocação de força de trabalho entre os serviços não representa um problema a priori. Ao contrário, pretende-se que estes sejam tão diversos quanto as necessidades em saúde dos territórios em que estão inseridos. No entanto, a compreensão das razões para as diferenças da composição da força de trabalho pode gerar políticas e ações de qualificação da gestão do trabalho.

5.2.5 - Força de trabalho relacionada com a capacidade instalada e produtividade dos serviços

Parece lógico 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. No entanto, como a alocação da força de trabalho segue critérios complexos, nem sempre isso ocorre.

Nos serviços encontramos situações heterogêneas em termos de demanda de força de trabalho. Alta densidade tecnológica (equipamentos e insumos) não significa maior complexidade e tampouco maior demanda de força de trabalho. Preste atenção nessas diferenças! Por exemplo: o cuidado de uma pessoa em surto, portanto, em situação de emergência em saúde mental é muito complexo, demanda força de trabalho (principalmente com habilidades e competências específicas) e é de baixa densidade tecnológica.

Por isso, propomos a construção de um indicador, de fácil execução, que permita explicitar a relação entre força de trabalho existente e a capacidade instalada/produktividade dos serviços. Consideramos que esse indicador possa nos auxiliar na análise comparada da força de trabalho.

A relação entre a força de trabalho e a capacidade instalada/produktividade é

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ DE TRABALHADORES/CH PADRÃO TOTAL DO SERVIÇO}}{\text{N}^\circ \text{ DE LEITOS AJUSTADO PELA OCUPAÇÃO E PELA PRODUÇÃO AMBULATORIAL}}$$

Esse indicador é uma adaptação, para os serviços de urgência, do indicador funcionários/leito, tradicional na área hospitalar.

- **Leito Ajustado:** É o quantitativo de leitos ocupados somado aos adicionais gerados, a partir dos cálculos propostos nesta metodologia, tendo por base fatores de conversão da produção ambulatorial para equivalente em leitos.

Porque consideramos como denominador o leito ajustado pela ocupação e pela produção ambulatorial? Porque apenas o leito não expressa a demanda de força de trabalho nos serviços de urgência e emergência.

- Primeiro é preciso considerar que o número de leitos instalados e/ou operacionais dos serviços não representam a oferta de cuidado nas nossas emergências. Usualmente cuidamos de pessoas em regime de internação em número maior do que a capacidade de leitos existentes (macas, cadeiras, etc). Mesmo não havendo o leito, precisamos de força de trabalho para atender essas pessoas, portanto, essa demanda de trabalho precisa ser considerada.

- Segundo, porque o leito e, portanto, a internação não explicitam a totalidade de pessoas que atendemos em situação de urgência. Dessa forma, precisamos considerar também os atendimentos ambulatoriais e a complexidade do cuidado demandado que, evidentemente, têm impacto na demanda de força de trabalho.

Vamos descrever a seguir os três passos necessários para a construção do indicador do número de trabalhadores/leito ajustado.

PASSO 1: Construindo o numerador:

Número de trabalhadores/Carga Horária padrão total do serviço

Esse indicador foi apresentado anteriormente na descrição e análise de força de trabalho. Cabe destacar que os dados coletados nesta etapa são aqueles que utilizaremos aqui. Apenas para lembrar, segue a fórmula de Trabalhador segundo Carga Horária Padrão:

Nº DE HORAS SEMANAL TOTAL POR CARGO/ESPECIALIDADE

CARGA HORÁRIA SEMANAL PADRÃO PARA O CARGO/ESPECIALIDADE

PASSO 2: Construindo o denominador: ajuste do leito pela ocupação

A primeira etapa consiste em realizar o levantamento da capacidade instalada de leitos dos serviços a serem analisados, por clínica/área, bem como os indicadores de utilização desses leitos. O **Quadro 12** ilustra os dados que são necessários para que seja definido o número de leitos ocupados do serviço.

Quadro 12: Apresentação dos leitos por áreas da emergência da UPA Horizonte, 2017

| Capacidade Instalada e Operacional | | | | |
|------------------------------------|-------------------|---------------------|----------------------|-----------------|
| Área / Clínica | Leitos Instalados | Leitos Operacionais | Taxa de Ocupação (%) | Leitos Ocupados |
| Observação Feminina | 4 | 4 | 100,00 | 4,00 |
| Observação Isolamento | 2 | 2 | 100,00 | 2,00 |
| Observação masculina | 4 | 4 | 100,00 | 4,00 |
| Observação pediátrica | 4 | 4 | 100,00 | 4,00 |
| Sala amarela | 3 | 3 | 100,00 | 3,00 |
| Sala vermelha | 3 | 3 | 100,00 | 3,00 |
| TOTAL | 20 | 20 | - | 20,00 |

1 Considerar as áreas de internação conforme são denominadas nos respectivos serviços.

2 Considerar a taxa de ocupação média dos últimos 12 meses, de preferência.

Conceitos:

Leito instalado: É o leito habitualmente utilizado para internação, mesmo que ele eventualmente não possa ser utilizado por certo período, por qualquer razão.

Leito operacional: É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado, inclui o leito extra que estiver sendo utilizado.

Leito ocupado: É o leito que está sendo utilizado por pacientes. São os leitos operacionais ajustados pela taxa de ocupação (BRASIL, 2002).

A fórmula para leitos ocupados por clínica/área é:

Nº DE LEITOS EM OPERAÇÃO X TAXA DE OCUPAÇÃO INFORMADA

Observe que quando a taxa de ocupação é maior que 100% (como é o caso de muitas de nossas emergências superlotadas). O cálculo do leito ocupado fará o ajuste, considerando, portanto, o quantitativo de pacientes que cuidamos para além da capacidade instalada de leitos operacionais e que demandam força de trabalho.

Atenção! Para a obtenção da **Taxa de ocupação**, o cálculo é:

$$\frac{\text{Nº DE PACIENTES/DIA EM UM MESMO PERÍODO} \times 100}{\text{Nº DE LEITOS/DIA EM UM MESMO PERÍODO}}$$

a) Número de pacientes/dia: é o número de pacientes que ocuparam os leitos por mais de 24 horas ou que obtiveram alta no mesmo dia da internação.

b) Número de leito/dia: soma do número de leitos disponíveis utilizados para internação em cada dia do mês.

SAIBA MAIS



Sobre as nomenclaturas e indicadores hospitalares acessando o material: “Padronização da nomenclatura do censo hospitalar”, (BRASIL, 2002). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf> Acesso em: 27 Abr. 2018.

PASSO 3: Construindo o denominador: ajuste do leito pela produção

O objetivo desse terceiro passo é converter a produção ambulatorial do serviço de urgência e emergência em leitos, ou seja, considerar essa produção no indicador através da construção do “leito ajustado”. Para tanto, é necessário realizar as seguintes ações:

A) Levantar os dados de produção, média de consultas/mês, dos atendimentos de emergência, conforme classificação de risco (sugere-se o uso do Protocolo de Manchester). Essa categorização, apesar de não ser obrigatória, é importante para que o índice do fator de correção do leito ajustado represente de forma mais fidedigna a realidade dos serviços realizados também quanto à complexidade do cuidado demandado.

SAIBA MAIS



“SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: COMPARANDO MODELOS”, (CORDEIRO JUNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014). Disponível em: <<http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>> Acesso em: 02 Mai. 2018.

B) Dividir a média mensal de consultas de emergência (sugere-se a média mês dos últimos 12 meses) por 30 dias para obter a média de consultas/dia.

O cálculo de Média de Consulta por dia é:

$$\frac{\text{MÉDIA DE CONSULTA/MÊS}}{30}$$

Dividir a média de consulta/dia pelo fator de conversão apresentado na Tabela 7.

$$\frac{\text{Nº DE CONSULTAS/DIA}}{\text{FATOR DE CONVERSÃO}}$$

No **Quadro 13**, são apresentados os fatores de conversão da produção ambulatorial de consultas da urgência e emergência para leito, propostos nessa metodologia, conforme as categorias previstas no protocolo citado: vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul.

Quadro 13: Fator de conversão do número de consultas segundo classificação de risco em leito

| Classificação | Fator de Conversão |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Azul (Atendimento não urgente) | 20/consultas dia = 1 leito |
| Verde (Atendimento pouco urgente) | 15/consultas dia = 1 leito |
| Amarelo (Atendimento Urgente) | 10/consultas dia = 1 leito |
| Laranja (Atendimento muito urgente) | 7/consultas dia = 1 leito |
| Vermelho (Emergência) | 5/consultas dia = 1 leito |

Para facilitar a compreensão, apresentamos nos **Quadros 15 e 16** as duas simulações de geração de leitos ajustados pelas consultas/atendimentos em serviço de urgência e emergência. No primeiro caso (**Quadro 15**), a concentração dos atendimentos do serviços foi de pacientes com baixa complexidade/urgência, no segundo (**Quadro 16**), o número de atendimentos/mês estaria concentrado em pacientes mais graves.

Quadro 14: Simulação de geração do leito ajustado pelas consultas em serviços que atendem pacientes com menos risco de morte.

Produtividade Ambulatorial

| Classificação do Atendimento | Média de Consultas/Mês | Média de Consultas/Dia | Fator de Conversão | Nº de Leitos Adicionais ¹ |
|-------------------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Atendimento Azul (Não Urgente) | 512,00 | 17,07 | 1 leito / 20 consultas-dia | 0,85 |
| Atendimento Verde (Pouco Urgente) | 7.798,00 | 259,93 | 1 leito / 15 consultas-dia | 17,33 |
| Atendimento Amarelo (Urgente) | 2.152,00 | 71,73 | 1 leito / 10 consultas-dia | 7,17 |
| Atendimento Laranja (Muito Urgente) | 334,00 | 11,13 | 1 leito / 7 consultas-dia | 1,59 |
| Atendimento Vermelho (Emergência) | 82,00 | 2,73 | 1 leito / 5 consultas-dia | 0,55 |
| TOTAL | 10.878,00 | 362,60 | - | 27,49 |

1. Leitos adicionais contabilizados através da produtividade ambulatorial.

Quadro 15: Simulação de geração de leito ajustado pelas consultas em serviços que atendem pacientes com maior gravidade.

Produtividade Ambulatorial

| Classificação do Atendimento | Média de Consultas/Mês | Média de Consultas/Dia | Fator de Conversão | Nº de Leitos Adicionais ¹ |
|-------------------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Atendimento Azul (Não Urgente) | 447,00 | 14,90 | 1 leito / 20 consultas-dia | 0,75 |
| Atendimento Verde (Pouco Urgente) | 2.923,00 | 97,43 | 1 leito / 15 consultas-dia | 6,50 |
| Atendimento Amarelo (Urgente) | 1.887,00 | 62,90 | 1 leito / 10 consultas-dia | 6,29 |
| Atendimento Laranja (Muito Urgente) | 302,00 | 10,07 | 1 leito / 7 consultas-dia | 1,44 |
| Atendimento Vermelho (Emergência) | 38,00 | 1,27 | 1 leito / 5 consultas-dia | 0,25 |
| TOTAL | 5.597,00 | 186,57 | - | 15,22 |

1. Leitos adicionais contabilizados através da produtividade ambulatorial.

Note que no caso da simulação de um serviço em que o número de consultas está concentrado em pacientes mais graves há uma ampliação no número de leitos ajustados. Considerando assim a complexidade do cuidado quando do ajuste do leito pela produção ambulatorial e que efetivamente tem impacto na necessidade de força de trabalho.

O número leitos ajustados por ocupação e produção ambulatorial será:

**Nº DE LEITOS OCUPADOS + Nº DE LEITOS
GERADOS PELA CONVERSÃO DAS CONSULTAS**

Para a definição de leitos ajustados podem também ocorrer situações em que seja necessário incluir outros cuidados prestados considerados relevantes e que não estão expressos nos leitos de ocupados e tampouco nas consultas. Neste caso, é necessário gerar um fator de conversão. É importante esclarecer que devem ser adotados os mesmos critérios para todas as unidades analisadas, para que seja possível realizar comparação entre as mesmas.

Atenção! Se em sua rede não for possível realizar a categorização das consultas de emergência conforme a classificação de risco sugerida acima, a geração do leito ajustado poderá ser realizada da seguinte forma: calcular a média mensal total da produção de consultas de emergência dos últimos 12 meses, dividir essa média por 30 dias e aplicar como parâmetro:

Emergência Hospitalar: 10 consultas/dia = 1 leito
UPA ou similares: 15 consultas/dia = 1 leito

Conclui-se essa etapa com a obtenção do número de leitos adicionais gerados, pela ocupação e pela produção ambulatorial, ou seja, atingimos o número de leitos ajustados.

Desta forma, pode-se obter a relação de trabalhador por leito ajustado conforme expressa o **Quadro 17**.

Quadro 16: Total de Trabalhadores Ativos/Leito Ajustado

Total de Trabalhadores Ativos/Leito Ajustado

| Serviço | Qtd. Trab. Ativos | Qtd. Trab. Ativos/ CH Padrão | Qtd. Leitos Ocupados | Qtd. Leitos Adicionais ¹ | Qtd. Leitos Ajustados ² | Trab. CH Padrão/ Leito Ocupado | Trab. CH Padrão/ Leito Ajustado |
|---------------|-------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| UPA Caminho | 95 | 73,6 | 38,0 | 15,2 | 53,2 | 1,9 | 1,4 |
| UPA Horizonte | 122 | 111,7 | 20,0 | 27,5 | 47,5 | 5,6 | 2,4 |

1. Quantitativo de leitos gerados pela produtividade ambulatorial. 2. Totalização considerando os leitos ocupados e os leitos adicionais contabilizados através da produtividade ambulatorial.

Construído o indicador que é a relação trabalhador por leito ajustado, será possível comparar os resultados entre o conjunto dos serviços da rede de urgência e emergência do seu território. Mas também será possível, ao final dessa formação, comparar os resultados do conjunto de serviços dos outros municípios/estados envolvidos nessa formação.

É possível também produzir esse indicador para as categorias profissionais que considerem relevantes, tais como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc. Conforme exemplificado nos **Quadros 18, 19, 20 e 21**.

Quadro 17: Número de enfermeiros por leito ocupado e ajustado da UPA Horizonte e UPA Caminho

Enfermeiros (Ativos) por Leito Ajustado

| Serviço | Qtd. Enfermeiros Ativos | Qtd. Enfermeiros Ativos/ CH Padrão | Qtd. Leitos Ajustados ² | Enfermeiros CH Padrão/ Leito Ocupado | Enfermeiros CH Padrão/ Leito Ajustado |
|---------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| UPA Caminho | 7 | 7,0 | 53,2 | 0,2 | 0,1 |
| UPA Horizonte | 29 | 24,3 | 47,5 | 1,2 | 0,5 |

Quadro 18: Número de médicos por leito ocupado e ajustado da UPA Horizonte e UPA Caminho

Médicos (Ativos) por Leito Ajustado

| Serviço | Qtd. Médicos Ativos | Qtd. Médicos Ativos/ CH Padrão | Qtd. Leitos Ajustados ² | Médicos CH Padrão/ Leito Ocupado | Médicos CH Padrão/ Leito Ajustado |
|---------------|---------------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| UPA Caminho | 16 | 8,9 | 53,2 | 0,2 | 0,2 |
| UPA Horizonte | 21 | 17,2 | 47,5 | 0,9 | 0,4 |

Quadro 19: Número de auxiliares/técnicos de enfermagem por leito ocupado e ajustado da UPA Horizonte e UPA Caminho.

Aux./Téc. de Enfermagem (Ativos) por Leito Ajustado

| Serviço | Qtd. Aux./Téc. Enf. Ativos | Qtd. Aux./Téc. Enf. Ativos/ CH Padrão | Qtd. Leitos Ajustados* | Aux./Téc. Enf. CH Padrão/ Leito Ocupado | Aux./Téc. Enf. CH Padrão/ Leito Ajustado |
|---------------|----------------------------|---------------------------------------|------------------------|---|--|
| UPA Caminho | 51 | 51,0 | 53,2 | 1,3 | 1,0 |
| UPA Horizonte | 44 | 44,0 | 47,5 | 2,2 | 0,9 |

Quadro 20: Número de administrativos ativos, CH padrão, número de leitos ocupados, adicionais e ajustados relação administrativos CH padrão/por leito ocupado e ajustado da UPA Horizonte e UPA Caminho.

Administrativos (Ativos) por Leito Ajustado

| Serviço | Qtd. Administrativos Ativos | Qtd. Administrativos Ativos/ CH Padrão | Qtd. Leitos Ajustados* | Administrativos CH Padrão/ Leito Ocupado | Administrativos CH Padrão/ Leito Ajustado |
|---------------|-----------------------------|--|------------------------|--|---|
| UPA Caminho | 10 | 2,5 | 53,2 | 0,1 | 0,0 |
| UPA Horizonte | 9 | 8,3 | 47,5 | 0,4 | 0,2 |

Essas informações possibilitarão perceber as diferenças de quantitativo de trabalhadores entre os seus serviços, de forma ágil e qualificada. Ao observar os resultados, cabe buscar as razões que explicam essas diferenças. Por outro lado, cenários em que não há diferenças também precisam ser problematizados, uma vez que a potência dos serviços e dos trabalhadores precisa responder às necessidades em saúde de cada território e estas são variáveis. Destaca-se que os contextos são complexos e inúmeros fatores criam condicionamentos e determinações para os diversos resultados encontrados.

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. Ou seja, a problemática de distribuição e dimensionamento adequado da força de trabalho podem ser enfrentadas com políticas e ações de gestão do trabalho, que não apenas alocação de novos trabalhadores.

Condicionantes da força de trabalho: variáveis condicionantes do dimensionamento da força de trabalho (PICCHIAI, 2000): política de gestão de pessoas; condições de trabalho oferecidas aos funcionários; porte dos serviços; nível de complexidades dos serviços oferecidos; grau de resolutividade; grau de tecnologia incorporada; planta física, instalações e conservação predial. Ainda há que se considerar o escopo de práticas definido para cada serviço e a organização dos processos de trabalho de equipe

Como trabalharemos com o mesmo indicador em serviços de diferentes estados, poderemos inclusive construir parâmetros que nos auxiliem na avaliação. Atualmente, os parâmetros de referência de força de trabalho que encontram-se na literatura são de hospitais como um todo. É um desafio construir referências para a área de urgência.

Apenas para lembrar:

- **Indicador** – 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.
- **Parâmetro** – são valores de referência estabelecidos a partir da população (universo considerado), ou seja, que caracterizam uma dada população. 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.

Com base nas informações produzidas na análise comparada, procure identificar as causas e possíveis explicações para os resultados encontrados.

6 - DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DE SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES FIXOS E HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Lisiane Boer Possa, Delciene Aparecida Oliveira Pereira, Gislene Henrique de Souza e Carlos Eduardo Antoniete de Souza

Nesta etapa do dimensionamento, vocês irão definir quantas horas de trabalhadores - força de trabalho - seriam desejáveis para que os serviços tivessem a carga horária programada (CH programada), assim como, a capacidade de produção (consultas, internações, orientação de alunos, recepção de pessoas, acolhimentos, atendimentos, procedimentos, articulação de continuidade do cuidado, pessoas cuidadas, etc.). Também deverão identificar a diferença entre as horas de trabalho desejáveis (CH programada) e as efetivadas no serviço, ou seja, se estão adequadas às horas de trabalho para as atividades que foram planejadas ou mesmo se faltam ou sobram. Quantos trabalhadores são necessários para que essas horas de trabalho sejam ofertadas? Quanto custará a contratação desta força de trabalho?

É preciso salientar que as análises prévias da rede de atenção devem orientar o olhar sobre as proposições de dimensionamento nos serviços pré-hospitalares e hospitalares.

Afinal, parodiando John Donne¹...

“Nenhum serviço ou trabalhador de saúde é uma ilha isolada, cada serviço e trabalhador é uma partícula do cuidado do nosso cuidado, uma parte da atenção à saúde. Se um serviço ou trabalhador é insuficiente, a atenção fica diminuída, o teu trabalho, o cuidado dos teus amigos ou de ti mesmo estará diminuído; a incapacidade de qualquer serviço ou trabalhador diminui-me, por que todos são parte da busca do direito à saúde. E por isso não me perguntes por quem trabalhas na saúde, trabalhas por ti”²

O dimensionamento de um serviço deve considerar o cenário da rede de atenção do qual faz parte e do território em que está inserido. Aqui é necessário refletir sobre as modelagens tecnoassistenciais que orientam as práticas e a organização dos serviços.

¹ Texto original (tradução nossa?): Nenhum homem é uma ilha isolada; cada homem é uma partícula do continente, uma parte da terra; se um torrão é arrastado para o mar, a Europa fica diminuída, como se fosse um promontório, como se fosse a casa dos teus amigos ou a tua própria; a morte de qualquer homem diminui-me, porque sou parte do gênero humano. E por isso não perguntes por quem os sinos dobram; eles dobram por ti. Donne, John

² Autora da paródia: Lisiane Bôer Possa

Se vocês programarem horas de trabalhadores numa UPA ou emergência hospitalar sem considerar a influência dos demais serviços na oferta do cuidado e as necessidades em saúde, poderão reproduzir condições de cuidado consideradas problemática.

Por exemplo: programar horas de trabalho para atender pessoas “internadas” nos corredores e cadeiras dos serviços de emergência contribui para manter as superlotações. Da mesma forma, dimensionar a força de trabalho para os atendimentos ambulatoriais que teriam melhor cuidado na atenção básica mantém as distorções da atenção.

Pense que estamos falando dos mesmos recursos a serem distribuídos na rede. Rever a capacidade de cuidado expandindo as internações nos leitos hospitalares ou a cobertura de atenção básica, por exemplo, pode reduzir a demanda de força de trabalho nas emergências e, principalmente, qualificar o cuidado das pessoas nos nossos territórios. Por isso, precisamos pensar o planejamento e o dimensionamento de força de trabalho nos serviços pré-hospitalares fixos e hospitalares de urgência e emergência em rede e desenhar cenários em que paulatinamente qualifiquem-se o conjunto dos serviços para efetivamente atender as necessidades dos usuários.

O dimensionamento da força de trabalho do serviço também é produzido com base nas informações que resultam da avaliação e a reflexão sobre a estrutura, organização e gestão do processo de trabalho do próprio serviço. As escolhas administrativas, gerenciais e da atenção em cada setor e unidade do serviço têm impacto na força de trabalho existente e demandada. Refletir sobre a organização dos processos de trabalho é fundamental para a realização de um dimensionamento adequado.

Nesta etapa, a equipe, ou parte dela, deve estar intensamente imersa no serviço a ser dimensionado. Ter dados, informações e conhecimento sobre o que acontece no cotidiano do trabalho é fundamental para que o dimensionamento seja realizado. Também é imprescindível que os atores do próprio serviço colaborem com essa etapa.

Para desenvolver o dimensionamento, conforme essa metodologia, há quatro atividades centrais: 1) definir a força de trabalho programada em horas mensais e a capacidade de cuidado; 2) comparar a força de trabalho programada com a existente;

Força de trabalho programada em horas mensais: número de horas mensais de trabalho necessárias para cada cargo e especialidade do serviço. Definir que dimensionamento da força de trabalho será em horas de trabalho é uma escolha desta metodologia. É partir das horas de trabalho mensais necessárias que podemos identificar quantos postos de trabalho serão programados ou quantos trabalhadores terão que ser contratados.

3) estimar os custos da força de trabalho dimensionada e; 4) produzir uma análise sintética do dimensionamento e estabelecer um plano de ação.

Na sequência deste material, as quatro ações serão descritas detalhadamente.

6.1 - DEFINIR A FORÇA DE TRABALHO PROGRAMADA E A CAPACIDADE DE CUIDADO

Nos Capítulos 4 e 5 a força de trabalho e a capacidade de cuidado existente nos serviços de saúde, que vocês dispuseram-se a comparar, foi descrita e analisada. Portanto, vocês trabalharam com a realidade tal qual ela se apresenta.

Nesta etapa vocês irão planejar e dimensionar a(s) unidade(s) de urgência e emergência escolhida(s) no escopo do projeto, ou seja, vocês irão apontar as atividades que desejam que sejam desenvolvidas e programar as horas de trabalho necessárias para que as mesmas possam ser realizadas. Vocês irão desenhar a proposta para esses locais esboçando a capacidade de cuidado, com base nas necessidades em saúde e o papel deste serviço na rede de atenção, e projetando a força de trabalho programada para esse fim.

Por fim, vocês poderão comparar a realidade existente da força de trabalho (descrita no Capítulo 4) com a proposta de dimensionamento que produziram (programação explicitada neste capítulo).

As questões que pretendemos responder aqui são:

Quais os cargos e especialidades planejamos que tenha o serviço?

Quantas horas de trabalho por mês programaremos para cada cargo e especialidade planejada, ou seja, qual CARGA HORÁRIA PROGRAMADA?

O que é ou será possível produzir de cuidado 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?

Ao responder essas questões você irá dimensionar as horas de trabalho e a capacidade de cuidado gerada. Para isso, sugerimos os seguintes passos:

6.1.1 - Explícite qual o escopo de práticas e/ou carteira de serviços da unidade dimensionada

O primeiro passo para dimensionar força de trabalho é, obviamente, definir qual trabalho. Desta forma, é necessário que seja descrita a oferta de atenção que a unidade de emergência dimensionada tem como responsabilidade na rede de atenção e no território.

A pergunta a responder é:

Que cuidado é oferecido ou que se pretende oferecer?

Com frequência, encontramos nos serviços de urgência e emergência listas publicizadas do que não é ofertado! Faz-se placas para divulgar ao usuário o atendimento que ele não terá no serviço.

A questão, como rede de atenção é: qual o serviço que se responsabilizará por esse cuidado então? Nossas placas devem conter quais informações ao usuário?

Qual o cuidado que oferecemos?

Qual o cuidado não oferecemos – e o local da rede em que o usuário poderá acessá-lo?

O cuidado que oferecemos nas unidades de urgência e emergência parecem a princípio óbvios, e, em grande medida, são normatizados nas políticas. No entanto, alguns aspectos precisam ser considerados na definição dos escopos de práticas e/ou carteira de serviços e, que interferem diretamente na definição da força de trabalho.

- Temos necessidades de saúde distintas nos territórios e que precisam ser identificadas para que sejam consideradas.
- É muito importante refletir se o que estamos fazendo, para além de exclusivamente seguir as normas, responde às necessidades de cuidado e às demandas que se apresentam no território e que são pactuadas na rede de atenção.
- O que fazemos deve ser negociado/pactuado com os demais serviços da rede de atenção em que estamos inseridos, a atuação dos demais serviços impactam nas demandas do serviço que iremos dimensionar.
- Precisamos considerar as modelagens tecnoassistenciais e de gestão que nos orientam na definição do nosso fazer e do papel de cada serviço na rede, os processos de trabalho, ou seja, o como fazemos.
- É preciso considerar as diversidades na composição das capacidades dos serviços - tanto na infraestrutura quando nas competências e habilidades dos trabalhadores.
- Um aspecto central é a negociação/pactuação do escopo das práticas com os atores implicados: gestores, trabalhadores e usuários da rede e dos serviços.

Um exemplo de carteira o de serviço de urgência e emergência:

- Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento;
- Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos para o cuidado dos usuários, articulando-se por meio de Centrais de Regulação de Urgências e do Complexo Regulador.

- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os usuários e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- Fornecer retaguarda às urgências dos usuários atendidos pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
- Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento para os usuários com casos de menor gravidade;
- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados às necessidades dos usuários demandados à unidade;
- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- Manter pacientes em observação, por período de até 24 horas para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os usuários que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação;
- Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à RUE a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- Referenciar os usuários para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade.

Fonte: Adaptação do escopo de práticas apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS, 2016).

Explicitem o escopo de práticas e/ou carteira de serviços para a(s) unidade(s) que estão dimensionando. Aqui vocês devem considerar o que já foi produzido como conceito de urgência e emergência e escopo de práticas.

6.1.2 - Planejamento de Cargos - Defina os cargos e especialidades do serviço

Assim que forem explicitadas as ações que o serviço irá realizar a pergunta seguinte para realizar o planejamento e dimensionamento da força de trabalho será:

Quais as habilidades e competências de trabalho são necessárias para concretizar o escopo de práticas 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 cargos e especialidades serão propostos para o serviço?

Para qualificar o processo decisório sobre os cargos e especialidades que atuará nos serviços de urgência e também para a definição das atividades de cada um desses cargos (próxima tarefa) é fundamental a reflexão sobre as formas trabalho de equipe e de práticas no trabalho.



Leia o texto: "Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional", (PEDUZZI et al, 2011). Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf>. Acesso em: 02 Mai. 2018.

Defina que tipo de equipe e que formas de prática quer construir no serviço que está sendo dimensionado.

Para cada cargo e especialidade terá que ser definido:

Nome: procure nomear o cargo e especialidade, considerando as atribuições semelhantes do escopo de práticas e também a nomenclatura de cargos já existentes na força de trabalho e descritos no Capítulo IV. Considere aglutinar em um só cargo, para o dimensionamento, funções e atividades semelhantes, fragmentadas entre muitos cargos existentes.

Ex.: Se há diversos profissionais administrativos de nível médio exercendo as mesmas atividades, crie um único cargo e aglutine todos os existentes.

Índice de Segurança Técnica (IST): é um percentual de horas de trabalho acrescido às horas necessárias à execução das atividades planejadas no serviço (horas programadas), com vistas a corrigir lacunas provenientes de ausências (regulamentadas ou não) dos trabalhadores, tais como: férias, feriados, faltas, folgas, licenças menores que 15 dias e outros. Destina-se à cobertura das ausências do trabalho, previstas ou não em Lei.

O Índice de Segurança Técnica

Para esta metodologia foi adotado o Índice de Segurança Técnica de 15% a ser acrescido às horas programadas no dimensionamento da necessidade de força de trabalho. A escolha por esse percentual está detalhada no Quadro 24.

Quadro 24 - Motivações para a definição do Índice de Segurança Técnica

| Motivações para IST | % |
|-------------------------|-------|
| Cobrir férias | 8,33% |
| Cobrir feriados | 3,33% |
| Cobrir ausências faltas | 3,34% |
| Total | 15% |

É importante destacar que este índice pode ser adequação à realidade dos indicadores de gestão do trabalho do serviço em questão.

Carga Horária Semanal Padrão: Definem a carga horária padrão que este projeto de dimensionamento adotará para cada cargo e especialidade, ou seja, que é desejável para o serviço que está dimensionando. Como sugestão, utilize a carga horária que há mais trabalhadores atualmente contratados para o cargo (essa informação está na descrição da força de trabalho capítulo 4), alguns casos só há uma carga horária contratada, aí fica ainda mais fácil atribuir a carga horária padrão.

No capítulo IV apresentamos a carga horária padrão adotada neste trabalho e explicitamos porque ela deve ser definida. Em caso de dúvidas releia o item 4.2.2.

Remuneração Inicial Mensal conforme Carga Horária Padrão: Para cada cargo e especialidade é necessário definir qual a remuneração mensal considerando a carga horária padrão definida anteriormente.

Preste atenção que o que precisamos saber é o custo com pessoal e este é o somatório da remuneração dos trabalhadores que inclui: salário, vencimentos (salário + férias, décimo terceiro, horas extras, insalubridade, periculosidade, abonos etc.), vale-transporte, contribuição patronal, entre outros. Busque o setor financeiro da área de gestão do trabalho para ter acesso a informações sobre remuneração inicial e remuneração média por cargo e especialidade.

No dimensionamento, sugere-se informar o valor de remuneração inicial do cargo, caso exista carreira, uma vez que esta informação será utilizada para calcular a necessidade de incremento de recursos, caso o dimensionamento realizado sinalize para a ampliação da força de trabalho.

Nesta etapa está sendo definida qual a equipe de trabalho será necessária para responder as demandas de trabalho (escopo de práticas e carteira de serviço) e é fundamental que você faça o debate sobre trabalho em equipe, formação profissional e práticas e processos de trabalho. Como são constituídos e/ou deseja-se constituir o trabalho da equipe, as práticas e processos de trabalho influenciam nas decisões de dimensionamento que serão tomadas neste e nos próximos passos do trabalho.

Quais cargos e especialidades serão necessários para realizar o escopo de prática proposto para o serviço? Liste os cargos e especialidades que planeja dimensionar para o serviço nomeando-os, indique qual o IST e a carga horária semanal padrão que irá propor para este cargo, bem como a remuneração mensal para esta carga horária padrão. Associe o cargo e especialidade proposto ao escopo de prática e/ou carteira de serviços da unidade que propôs no exercício anterior.

6.1.3 - Definam o escopo de práticas exercidos pelos trabalhadores de cada cargos e especialidades

Para identificar as horas de trabalho necessárias para cada cargo e especialidade é necessário explicitar o escopo de prática, ou seja, quais as atividades são propostas para os trabalhadores dos cargos e especialidade programados. Essa é uma etapa fundamental para que se tenha como resultado um dimensionamento que represente a real necessidade de horas de trabalho.

Atenção! O escopo de prática de cada cargo e especialidade precisa responder ao escopo de prática e à carteira de serviços da unidade que esta sendo dimensionada. Ambas, preferencialmente, devem ser negociadas com os trabalhadores e com os demais serviços da rede e também relacionadas às capacidades instaladas existentes nos serviços.

A pergunta é:

Quais as atividades que os trabalhadores de cada um dos cargos e especialidades desenvolvem ou que deveriam desenvolvam no serviço para que este oferte o combinado na rede de atenção?

É preciso considerar a realidade do serviço que está sendo dimensionando e listar, para cada cargo e especialidade, o conjunto das atividades que demandam programação de horas de trabalho. Considere a organização e os processos de trabalho específicos do serviço que está sendo dimensionado. Abaixo, são apresentados três exemplos que poderão auxiliar no entendimento dessa descrição:

Exemplo 1: Equipe de Enfermagem (tanto enfermeiro como auxiliar e técnico de enfermagem)

Considerando o escopo de prática do serviço poderá ter como atividades:

- Cuidado do paciente adulto internado sala vermelha = internação
- Cuidado do paciente adulto internado sala amarela = Internação
- Cuidado do paciente adulto internado sala verde = Internação
- Cuidado no acolhimento = Acolhimento
- Cuidado no ambulatório = Procedimentos diversos
- Orientação de residentes/estudantes = Ensino
- Educação permanente = Formação
- Colegiados de gestão = participação na gestão
- Etc...

Exemplo 2: Auxiliar administrativo

- Recepção e registros para o cuidado ambulatorial = Ambulatório
- Registros do cuidado de internação = Internação
- Agendamento de consultas para os usuários na UBS/ESF = Continuidade do cuidado
- Educação permanente = Formação
- Colegiados de gestão = Participação na gestão
- Etc..

Exemplo 3: **Médicos**

- Cuidado do paciente adulto internado sala vermelha = Internação
- Cuidado do paciente adulto internado sala amarela = Internação
- Cuidado do paciente adulto internado sala verde = Internação
- Cuidado do paciente pediátrico internado sala vermelha = Internação
- Cuidado do paciente pediátrico internado sala amarela = Internação
- Cuidado do paciente pediátrico internado sala verde = Internação
- Cuidado no ambulatório = Consulta
- Cuidado no ambulatório = pequenos procedimentos cirúrgicos/suturas

- Orientação de residentes = Ensino
- Educação permanente = Formação
- Colegiados de gestão = participação na gestão
- Etc..

Nesta etapa do trabalho de dimensionamento, detalham-se os principais processos de trabalho em que estão implicados os trabalhadores de cada cargo e especialidade que compõem a equipe, de forma que o trabalho de todos garanta o cuidado dos usuários. A construção do trabalho em equipe integra, em especial a possibilidade de práticas colaborativas. É um desafio que está sendo colocado quando precisamos definir atividades por cargo e especialidade. Precisamos evitar a excessiva divisão do trabalho, as práticas fragmentadas, justaposição das ações, despersonalização do trabalho, enfim, as equipes agrupamentos (PEDUZZI, 2009).

SAIBA MAIS

O trabalho em equipe e as práticas colaborativas são uma construção coletiva e cotidiana nos serviços. Os textos listados abaixo nos dão pistas interessantes sobre essa discussão.



“Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional”, (PEDUZZI et al, 2011). Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200015&lang=pt>. Acesso em: 02 Mai. 2018.



“Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, (OMS, 2010). Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20>. Acesso em: 31 Mai. 2017.



“Interprofissionalidade e Educação na Saúde: onde estamos?”, (TOASSI, 2017). Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>>. Acesso em: 02 Mai. 2018.

Propomos que sejam mapeadas atividades gerais, de cada cargo e especialidade, que são necessárias, ou que apoiem, à realização do cuidado dos usuários. É preciso considerar que muitas dessas ações são, ou podem ser, práticas colaborativas e, portanto, desenvolvida por profissionais de diversos cargos e especialidades.

SAIBA MAIS



Se quiseres aprofundar a reflexão sobre o trabalho e sua organização, sugerimos a leitura do texto: “Bem-estar: Equilíbrio entre a Cultura do Trabalho Prescrito e a Cultura do Trabalho Real”, (FERREIRA, 2004). Disponível em: <<http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1252862083.82-arquivo.PDF>>. Acesso em: 02 Mai. 2018.



Sobre a temática da participação o texto abaixo apresenta as diferentes teorias sobre democracia e uma revisão sistemática sobre as produções sobre gestão participativa no SUS: “DEMOCRACIA NO SUS, COMO ESTAMOS? UM DEBATE SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL A PARTIR DA LITERATURA RECENTE”, (MELO; POSSA, 2016). Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/803>>. Acesso em: 02 Mai. 2018.



Revisão integrativa da literatura com a produção sobre esse tema desde 1970 é o tema do texto: “Educação permanente nos serviços de saúde”, (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf> Acesso em: 02 Mai. 2018.



Uma reflexão sobre o significado da educação permanente – a formação no mundo do trabalho é apresentada no texto: “Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso”, (MERHY, 2015). Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>>. Acesso em: 02 Mai. 2018.



A educação permanente e a implicação para o trabalho é debatido no texto: “EDUCAÇÃO PERMANENTE E O CUIDADO EM SAÚDE: ENSAIO SOBRE O TRABALHO COMO PRODUÇÃO INVENTIVA”, (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015). Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/644>>. Acesso em: 02 Mai. 2018.

Listem as atividades desenvolvidas e/ou planejadas para cada um dos cargos e especialidade para os quais pretendem-se dimensionar a força de trabalho:

6.1.4 - Definição de indicadores e de parâmetros

Depois de listadas as atividades de cada cargo e especialidade, o próximo passo será definir os indicadores e parâmetros que serão utilizados para calcular as horas de trabalho

programadas para cada atividade.

A pergunta é:

Como calcular as horas de trabalho mensais necessárias para realizar as atividades previstas para cada cargo e especialidade?

Os indicadores que permitem propor (e analisar) força de trabalho em horas para os serviços foram categorizados, nesta metodologia, em quatro tipos: hora de trabalho por atendimento realizado; posto de trabalho por atendimentos ou produção mensal; horas de trabalho por capacidade operacional e sítio de trabalho.

Posto de trabalho: Considera o número de horas semanais e dias da semana suficientes para que um conjunto de atendimentos ou de produção/mês seja realizado.

Atenção! Para que possamos calcular as horas programadas é preciso escolher um único indicador e um único parâmetro para cada uma das atividades listadas.

Exemplo:

Para o cuidado de paciente adulto internado na sala vermelha de uma emergência pode-se escolher entre mais de um indicador e parâmetro para calcular as horas de trabalho do cargo de médico como demonstra o **Quadro 21**.

Quadro 21: Sugestões de indicadores e parâmetros para calcular as horas de trabalho do cargo de médico na sala vermelha da emergência.

| Indicador | Parâmetro |
|---|---|
| Sítio de trabalho – sala vermelha | 1 médico (24 horas dia x 7 dias na semana) para cada sala vermelha em funcionamento |
| Posto de trabalho por capacidade operacional – número de leitos | 2 horas de trabalho médico para cada leito em funcionamento (24 horas dia x 7 dias na semana) |
| Posto de trabalho por atendimento ou produção – número de atendimento mês | 1 profissional (8 horas dia x 7 dias na semana) para cada 120 atendimentos mês |
| Hora de trabalho por de atendimento – número de atendimentos mês | 2 horas de trabalho médico para cada atendimento |

A definição dos indicadores bem como os dados necessários para que possam ser calculados são apresentados a seguir:

1. Sítio de trabalho – Horas de trabalho são atribuídas a um determinado local de atendimento.

As informações necessárias para o cálculo das horas programadas são:

- a. quantidade de sítios nos serviços – número absoluto;
- b. Tipologia de sítio;
- c. horas dia em atividade;
- d. dias da semana em atividade.

Tipologia da Capacidade Instalada e de Sítios que já constam no DIMI:

consultório(s)

equipamento(s)

farmácia(s)

gestor(es)

guichê(s) de atendimento

leito(s)

metro(s) quadrado(s)

porta(s) de entrada

posto(s)

residente(s)

sala(s)

serviço(s)

trabalhador(es)

veículo(s)

Ex.: vigilante/porta de entrada, auxiliar administrativo/guichê de atendimento, médico/sala vermelha

2. Hora de trabalho por atendimento realizado – um valor/hora é atribuído para cada atendimento realizado ou programado.

As informações necessárias para o cálculo das horas programadas são:

- a. Produção planejada por mês ou quantidade de trabalhadores planejados no serviço – número absoluto;
- b. Tipologia de produção realizada;
- c. Parâmetro – número de horas previsto para realização de um atendimento ou para cada trabalhador;
- d. % da atividade para o cargo – definido quando se trata de uma prática colaborativa com trabalhadores de outros cargos e especialidade.

Tipologia da Produção Realizada que já constam no DIMI:

atendimentos/mês

coletas/mês

consultas/mês

consultorias/mês

dispensações/mês

exames/mês

horas-aula/mês

internações/mês

itens movimentados/mês

orientações/mês

pacientes-dia/mês

pacotes/mês

procedimentos/mês

refeições/mês

sujeitos de pesquisa/mês

trabalhadores/mês

transportes/mês

Ex: minutos/consulta, horas enfermagem/atendimento por paciente internado, minutos/por pessoa atendida na recepção, minutos/RX, horas de formação/trabalhador, gestor/trabalhador, etc.

3. Horas de trabalho por capacidade operacional – uma carga horária de trabalho é atribuída para uma determinada capacidade instalada operacional existente ou programada.

As informações necessárias para o cálculo das horas programadas são:

- a. Capacidade instalada – número absoluto;
- b. Tipologia da capacidade instalada;
- c. horas/dia em atividade;
- d. dias da semana em atividade;
- e. % da atividade para o cargo – definido quando se trata de uma prática colaborativa com trabalhadores de outros cargos e especialidade;
- f. Parâmetro – número de profissionais para a capacidade instalada.

Ex.: auxiliar/técnico de enfermagem/leito de UTI, horas técnico de radiologia/sala de RX, auxiliar de higienização/ metro quadrado; médico/consultório.

4. Posto de trabalho por atendimento ou produção – um posto de trabalho é atribuído para um conjunto de atendimentos ou produção realizada ou programada.

As informações necessárias para o cálculo das horas programadas são:

- a. Produção mensal planejada – número absoluto;
- b. Tipologia da produção;
- c. horas/dia em atividade;
- d. dias da semana em atividade;
- e. % da atividade para o cargo – definido quando se trata de uma prática colaborativa com trabalhadores de outros cargos e especialidade;
- f. Parâmetro – número de profissionais para a produção mensal.

Ex.: horas de trabalhador/pacote de esterilização mês; horas de trabalhador/número de coletas de laboratorial mês; horas de trabalho médico/atendimento mês, etc.

O **Quadro 22** apresenta o exemplo de cálculo de hora programada por mês considerando os diferentes indicadores e parâmetros propostos acima.

Quadro 22: Carga horária e mensal programada de médicos para o cuidado de paciente adulto na sala vermelha com base nos diferentes indicadores.

| Indicador | Capacidade instalada/ produtividade | Número de horas por mês |
|---|--|----------------------------|
| Sítio de trabalho – sala vermelha | 1 sala | 722 |
| Posto de trabalho por capacidade operacional – número de leitos | 4 leitos | 241 |
| Posto de trabalho por atendimento ou produção – número de atendimento mês | 120 atendimentos | 301 |
| Hora de trabalho por de atendimento – número de atendimentos mês | 120 atendimentos | 301 |

O exemplo apresentado no item 6.1.6 ilustra o cálculo das horas programadas mensais e auxilia na compreensão dos indicadores e parâmetros.

A definição de indicadores e parâmetros consiste numa das etapas do dimensionamento em que nos deparamos com a necessidade de muito diálogo, e mesmo assim, dificilmente conseguimos consensos absolutos. A escolha entre os indicadores para cada atividade 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; e a utilização da força de trabalho programada (apresentada no item 6.1.5).

Em alguns casos, os parâmetros referem fração e isso altera a forma de cálculo das horas programadas, por isso fiquem atentos!

Lembrem-se: o parâmetro é um valor de referência que é atribuído arbitrariamente, ou seja, voluntariamente definimos como padrão ou modelo.

Uma das ferramentas ofertadas conjuntamente com o DIMI é um documento que apresenta vários indicadores e parâmetros que poderão ser utilizados.

Tais indicadores e parâmetros foram construídos por meio de pesquisa às normas que regem o dimensionamento de pessoal nas unidades de saúde, às referências bibliográficas, bem como, por meio de diálogos e pactuações coletivas, tendo por base as especificidades das diferentes atividades profissionais envolvidas no cuidado.

Havendo necessidade, a partir da realidade dos serviços e da reflexão realizada na elaboração do escopo de práticas, outros indicadores e parâmetros poderão ser construídos para contemplar a necessidade dos serviços dimensionados.

É importante observar que, caso a relação de indicadores e parâmetros sugeridos na metodologia não sejam suficientes para a realidade dimensionada, propõe-se que essa construção ocorra em colegiados, envolvendo profissionais de saúde, implicados no cuidado ao qual o parâmetro/indicador está sendo construído, gestores e a área de gestão do trabalho do estado e/ou município.

Atenção! Algumas dicas e reflexões sobre a escolha de indicadores e parâmetros:

- Levem em conta que o melhor indicador é aquele que podemos produzir para que tenhamos um dimensionamento no momento oportuno. Por isso, a disponibilidade de dados confiáveis sobre a força de trabalho, a capacidade instalada e a produtividade, muitas vezes, orientam a escolha de indicadores.

Exemplo:

se não temos dados sistematizados sobre paciente/dia nos serviços, podemos utilizar o número de internações/mês, o número de leitos ocupados, o número de leitos existentes.

- Podemos sempre qualificar nossos sistemas de informação para que, em projetos futuros, tenhamos os dados que qualifiquem o processo. Caso não tenhamos sistemas de informação, muitas vezes, temos que coletar os dados in loco. Avaliem sempre a viabilidade em tempo e recursos para essa escolha. Às vezes, o ótimo é o inimigo do bom!

- Sugerimos que, para a escolha dos parâmetros, o critério utilizado para orientar a decisão sempre deve ser a necessidade de acesso ao cuidado dos usuários. Desta forma, devemos priorizar as atividades que tenham mais insuficiência de cuidado, em que temos mais filas e demandas reprimidas, bem como a qualificação da atenção mais próxima dos usuários.

- 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.

Seguindo os passos sugeridos acima, vocês poderão calcular a carga horária para todas as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores e obter o total de hora programada/mês para um cargo e/ou especialidade, que será o somatório das horas atribuídas a cada uma das atividades deste mesmo cargo e/ou especialidade.

Lembrem-se: Parâmetro é o critério de bom, e cada ator tem opinião diversa sobre o que seria bom!

6.1.5 - Capacidade de cuidado possível com as horas programadas

Definidas as horas programadas para as atividades, o próximo passo é calcular a produção estimada da força de trabalho e relacioná-la com a produção realizada, efetivamente, no serviço, identificando o grau de utilização da capacidade operacional.

A pergunta é:

1. Quanto pode ser produzido de atendimentos com as horas de trabalho que foram programadas, ou seja, qual a produção estimada?
2. Como relacionamos a produção que seria possível realizar conforme a força de trabalho programada e a produção efetivamente realizada?

As informações necessárias para calcular a produção estimada são:

- a. Produção realizada por atividade,
- b. Unidade desta produção realizada (veja a lista de unidade das produções realizadas)
- c. O tempo médio da produção.

Estes dados serão informados sempre que utilizarmos os indicadores e parâmetros, para definir a força de trabalho, que não consideram apenas a produção realizada.

Como calculamos a produção estimada?

No caso de atendimentos, acolhimento, consultas etc.:

$$\frac{\text{Nº DE HORAS DE TRABALHO PROGRAMADAS}}{\text{TEMPO MÉDIO DO ATENDIMENTO}}$$

O tempo médio de atendimento é um parâmetro a ser definido para cada atividade. Conforme já explicitamos o documento que acompanha esse material é uma ferramenta em que há sugestões de parâmetros de tempos médios de atendimento para muitas atividades.

- No caso das internações

$$\frac{\text{Nº DE LEITOS X TAXA DE OCUPAÇÃO X 30}}{\text{MÉDIA DE PERMANÊNCIA}}$$

Para as internações de urgência, sugere-se que a taxa de ocupação seja 90% e a média de permanência de 2 dias, uma vez que são parâmetros adequados à qualidade assistencial desta realidade.

Produção estimada/mês: é o número de atendimentos, pessoas cuidadas, consultas, internações, etc., que podem ser realizados considerando as horas de trabalho programadas.

Produção realizada/mês: é o número de atendimentos, pessoas cuidadas, consultas, internações, etc., realizados efetivamente por mês nos serviços. Sugere-se a média de um período de 12 meses.

Para identificarmos o quanto da capacidade operacional está sendo utilizada, propomos o indicador percentual de utilização da capacidade operacional.

A fórmula para calcular percentual de utilização da capacidade operacional (% de utilização da capacidade operacional):

$$\frac{\text{PRODUÇÃO REALIZADA} \times 100}{\text{PRODUÇÃO ESTIMADA}}$$

Capacidade operacional do serviço é a capacidade em utilização ou passível de ser utilizada, ou seja, é o potencial de atendimentos que o serviço tem para ofertar, uma vez que conta com a infraestrutura (capacidade instalada) e a força de trabalho para operá-la.

Capacidade instalada do serviço é a capacidade de infraestrutura habitualmente utilizada para os atendimentos, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por certo período, por qualquer razão.

Capacidade planejada do serviço é a capacidade total de infraestrutura do serviço, levando-se em conta a área física destinada e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que parte desta infraestrutura esteja desativada por qualquer razão.

6.1.6 - Exemplo da força de trabalho programada em horas mensais e a capacidade de cuidado

Conforme salientado anteriormente, para a realização do cálculo da carga horária programada é necessário identificar as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de mesmo cargo e especialidade no processo de trabalho do serviço a ser dimensionado. O Quadro 23 apresenta um modelo que exemplifica para um cargo e especialidade a definição das atividades, os dados de capacidade instalada, sítios de trabalho e produtividade, os indicadores e os parâmetros, bem como a realização do cálculo das horas programadas semana/mês, da produção estimada e do percentual de utilização da capacidade instalada.

Este é um exemplo que ilustra as atividades previstas nos processos de trabalho de médicos para o cuidado de pessoas em situação de urgência em um dado serviço.

Quadro 23: Exemplo de programação de carga horária para médicos em emergência.

| EMERGÊNCIA – MÉDICO ATIVIDADE UNIDADE DE MEDIDA (A) | INDICADOR (B) | CAPACIDADE INSTALADA (C) | HORA FUNC./ DIA (D) | HORA ASSISTENCIAL (parâmetro de tempo médio) (E) | HORAS/ MÊS (G) | PRODUÇÃO ESTIMADA MÊS/ CAPACIDADE INSTALADA (H) | PRODUÇÃO REALIZADA MÊS (I) | % UTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE OPERACIONAL (J) |
|--|--|--------------------------|---------------------|--|----------------|---|----------------------------|--|
| CONSULTA - CLÍNICO (DIA) - CONSULTÓRIO | HORA DE TRABALHO/ CAPACIDADE OPERACIONAL | 5 | 12 | 0,25 | 1806 | 11558 | 9527 | 82% |
| CONSULTA - CLÍNICO (NOITE) - CONSULTÓRIO | | 3 | 12 | 0,25 | 1084 | | | |
| CONSULTA - CIRÚRGICO (DIA) - CONSULTÓRIO | | 2 | 12 | 0,25 | 722 | 4334 | 2978 | 69% |
| CONSULTA - CIRÚRGICO (NOITE) - CONSULTÓRIO | | 1 | 12 | 0,25 | 361 | | | |
| ATENDIMENTO - SALA DE OBSERVAÇÃO - LEITOS | HORA DE TRABALHO/ CAPACIDADE OPERACIONAL | 60 | 24 | 0,50 | 903 | 1530 | 1083 | 47% |
| INTERNAÇÃO - SALA LARANJA - LEITOS | | 30 | 24 | 1,3 | 1174 | 765 | | |
| INTERNAÇÃO - SALA VERMELHA - SÍTIO | SÍTIO DE TRABALHO | 7 | 24 | 4 | 722 | - | 180 | |
| GESTÃO/ROUND - NÚMERO DE TRABALHADORES | HORA DE TRABALHO/ NÚMERO DE TRABALHADORES | 60 | | 2 | 516 | | | |
| HORAS PROGRAMADAS SEMANA/MÊS | | | | | 7289 | | | |

Fonte: Produção deste material

Na coluna "A" da planilha, são relacionadas as atividades centrais que expressam todos os processos de trabalho que esse profissional está envolvido para o cuidado. Também foi incluído como atividade a gestão e os rounds, considerando que todos os profissionais têm implicação com a gestão e que a realização de rounds qualifica o cuidado das pessoas.

Os indicadores escolhidos para calcular a carga horária programada foram explicitados na coluna "B". Perceba que o numerador expressa o parâmetro de horas que será utilizado para a programação das mesmas, enquanto o denominador explicita a capacidade instalada ou produção que será a referência.

A capacidade operacional (horários de funcionamento da capacidade instalada) ou produtividade (Coluna "C" e "D") precisa estar relacionada às atividades previstas e ao indicador proposto (numerador). Neste exemplo foram:

- 5 consultórios clínico/dia, com 12 horas de funcionamento;
- 3 consultórios clínico/noite, com 12 horas de funcionamento;
- 2 consultórios cirúrgico/dia, com 12 horas de funcionamento;
- 1 consultório cirúrgico/noite, com 12 horas de funcionamento;
- 60 leitos/cadeiras na sala de observação, com 24 horas de funcionamento;
- 30 leitos na sala laranja, com 24 horas de funcionamento;
- 7 leitos na sala vermelha, com 24 horas de funcionamento;
- 60 profissionais médicos (o total do serviço).

Na coluna "E", relacionamos, quando for possível, a hora assistencial por atividade (que é um dos parâmetros propostos por essa metodologia). Trata-se do tempo médio previsto para a realização daquela atividade. Ou seja, neste caso foram definidos:

- 15 minutos de tempo médico/consulta;
- 30 minutos de tempo médico/leito da sala de observação;
- 1 hora e 20 minutos de tempo médico/leito da sala laranja;
- 2 horas de tempo médico/sala vermelha;
- 2 horas de tempo médico por semana/gestão e round.

Esses parâmetros sofrerão alteração a depender das atividades e das profissões que estiverem sendo dimensionadas. Note que o parâmetro será utilizado para cálculo da produção estimada.

A coluna "F" apresenta os resultados das horas programadas mensais,

O cálculo da hora programada mensal de consultórios, seja clínico/dia/noite ou consultório cirúrgico será:

$$\frac{\text{(HORA DE FUNCIONAMENTO)} \times \text{(N.º DE DIAS DE FUNCIONAMENTO DO SETOR NA SEMANA)} \times \text{(CAPACIDADE INSTALADA - NÚMERO DE CONSULTÓRIOS)} \times 4,3^*}{\text{TEMPO MÉDIO POR AÇÃO (HORA ASSISTENCIAL PARAMETRIZADA)}}$$

O cálculo da hora mensal programada para cuidado de paciente nos leitos será:

$$\frac{\text{(HORA ASSISTENCIAL)} \times \text{(N.º DE DIAS DA SEMANA DE FUNCIONAMENTO DO SETOR)} \times \text{(CAPACIDADE INSTALADA - LEITOS)} \times 4,3^*}{\text{TEMPO MÉDIO POR AÇÃO (HORA ASSISTENCIAL PARAMETRIZADA)}}$$

No caso do cuidado na sala vermelha, como o funcionamento é 24h o cálculo será:

$$\frac{\text{(CAPACIDADE INSTALADA)} \times \text{(HORA DE FUNCIONAMENTO)}}{\text{TEMPO MÉDIO POR AÇÃO (HORA ASSISTENCIAL PARAMETRIZADA)}}$$

Para horas dedicadas a gestão/round será:

$$\frac{\text{(NÚMERO DE PROFISSIONAIS EXISTENTES NO SETOR)} \times \text{(HORA SEMANAL PARAMETRIZADA PARA A ATIVIDADE)}}{\text{TEMPO MÉDIO POR AÇÃO (HORA ASSISTENCIAL PARAMETRIZADA)}}$$

Atenção! *Observe que o cálculo das horas mês será sempre = total de horas semanais x 4,3

Na coluna "H" têm-se a produção estimada. Esta é a capacidade de um setor e/ou serviço produzir cuidado, tendo por base as atividades propostas aos profissionais, a capacidade operacional estabelecida e as horas programadas. O cálculo da produção estimada toma por base os parâmetros de tempo médio de trabalho para cada atividade, estabelecidos como critérios que garantam acesso e qualidade. Vários parâmetros vocês encontrarão no documento que acompanha esse material.

A fórmula para calcular a produção estimada/mês da maior parte das atividades é:

$$\frac{\text{Nº DE HORAS PROGRAMADAS/MÊS}}{\text{TEMPO MÉDIO POR AÇÃO (HORA ASSISTENCIAL PARAMETRIZADA)}}$$

Na coluna "I", consta a produção realizada/mês, que é efetivamente o que os setores/serviços estão produzindo. É importante destacar que a melhor forma de identificar a produção realizada é através do levantamento da média/mês, com série histórica de 12 meses.

Por fim, na coluna "J", consta o percentual de utilização da capacidade instalada do serviço, com base na hora programada.

A fórmula para calcular percentual de utilização da capacidade operacional (% de utilização da capacidade operacional)

$$\frac{\text{PRODUÇÃO REALIZADA} \times 100}{\text{PRODUÇÃO ESTIMADA}}$$

O ideal é que o percentual de utilização da capacidade instalada esteja próximo de 100%, demonstrando a eficiência no uso dos recursos.

Quando é menor que 100%, sugere-se que seja realizada uma análise de modo a compreender a situação. No entanto, sinaliza para a subutilização da capacidade operacional e pode ser explicada pelo excesso de carga horária programada.

Quando é maior que 100%, é necessário analisar a pertinência do parâmetro de tempo médio por ação adotado, que pode estar superestimado, uma vez que, neste caso, as pessoas estariam desenvolvendo suas atividades em menos tempo do que o parametrizado. Também é necessário analisar as condições gerais de trabalho, que podem significar estrangulamento da capacidade operacional pressionada pela demanda excessiva.

Note que no caso do serviço exemplificado acima, a produção realizada no atendimento de consultório clínico há 82% de utilização da capacidade operacional, sendo que o percentual de utilização nos consultórios cirúrgicos foi ainda menor: 69%, (coluna "I").

A análise dos percentuais de utilização da capacidade operacional de dado serviço e/ou setor, conforme exemplo acima, pode servir de alerta ao gestor para vários aspectos. Por exemplo, que há capacidade instalada e programação de horas de trabalho de profissionais ociosas. Por isso, é importante considerar o percentual de utilização da capacidade operacional quando da definição da força de trabalho. Muitas vezes, queremos programar horas para o conjunto da capacidade instalada do serviço, tornando-a operacional, sem que haja demanda de atendimentos para isso.

É possível termos um déficit de profissionais frente à capacidade instalada existente no serviço, mas um superávit de horas de trabalho quando considerada a demanda assistencial daquele processo de trabalho.

O **Quadro 24** exemplifica a definição das atividades, os dados (de capacidade instalada, atendimento ou sítio de trabalho), os indicadores e parâmetros, e as horas programadas por mês tendo como base as atividades definidas nos processos de trabalho de médicos para o cuidado de pessoas em situação de urgência em um dado serviço.

Quadro 24: Exemplo de programação de horas médicas por atividade na UPA Horizonte (utilizando do DIMI).

Tabela 1 - Atividades e Horas Programadas

| Atividade | Base de Cálculo | Parâmetro | Horas Prog./Mês sem IST |
|--|----------------------|--|-------------------------|
| Atendimento em consultas Atendimento usuarios em consulta médicas | 10462 consultas/mês | 0,25 hora(s) por consultas/mês 100% para o cargo ¹ | 2.616 |
| Atendimento em observação e internação Atendimento pacientes internados | 842 atendimentos/mês | 0,50 hora(s) por atendimentos/mês 100% para o cargo ² | 421 |
| Atendimento sala vermelha Atendimento realizado ao paciente classificado como vermelho e laranja - cuidados intensivos e semi-intensivos | 3 leito(s) | 1 profissional 24h para cada 10 leito(s) 7 dias na semana - 100% para o cargo | 217 |
| Procedimentos Realização de procedimentos como suturas | 42 procedimentos/mês | 0,25 hora(s) por procedimentos/mês 100% para o cargo | 11 |
| TOTAL DE HORAS PROGRAMADAS POR MÊS | | | 3.264 |

1 - atendimento em consultas pacientes classificados como amarelo, verdes, azul.2.152, 7.798 e 512.

2 - atendimento pacientes sala vermelha, amarela, observação e isolamento.

A coluna "A" da planilha relaciona as atividades centrais que expressam todos os processos de trabalho que o profissional médico está envolvido para o cuidado. Os indicadores e parâmetros escolhidos para calcular a carga horária programada foram explicitados na coluna "C". Perceba que o numerador expressa o parâmetro de horas que será utilizado para a programação, enquanto o denominador explicita a capacidade instalada ou produção que será a referência. A coluna "B" apresenta os dados de produtividade ou capacidade operacional que foram base para o cálculo e a coluna "C" o total de horas programadas mês (sem IST).

6.1.7 - Coleta de dados.

A tarefa de levantar os dados de capacidade instalada e produtividade dos serviços é fundamental para que sejam calculadas as horas de trabalho, produção estimada e realizada, ou seja, fazer o dimensionamento da força de trabalho e identificar o grau de utilização da capacidade operacional programada.

Quando vocês definirem os cargos e especialidades para os quais pretendem dimensionar horas de trabalho, as atividades previstas para estes trabalhadores e os indicadores e parâmetros - adequadas à realidade dos serviços que estão analisando - é que conseguirão identificar todos os dados que efetivamente serão necessários para dimensionar. Cabe destaque que, em muitas ocasiões, não encontrarão os dados disponíveis e precisarão rever o indicador proposto, ou até mesmo a descrição da atividade para adequar aos dados que têm acesso.

O Anexo 2, a título de exemplo, apresenta um rol de dados de capacidade instalada e de produção, que são úteis para fazer o cálculo de horas programada, produção estimada e grau de utilização da capacidade instalada programada, considerando os indicadores que conhecemos.

No entanto, é importante salientar que, o processo de coleta de dados para o dimensionamento é permanente e necessário ao longo de todas as tarefas que listamos acima. Portanto, parte da equipe que está responsável pelo dimensionamento terá que estar próxima ou aproximar-

se do serviço. Também é fundamental incluir pessoas do serviço que está sendo dimensionado na equipe (uma vez que ele tem ou terá acesso aos dados e informações necessários).

Não se faz planejamento e dimensionamento adequado da força de trabalho com uma ou duas visitas de um ator externo. Pense no seu local de trabalho! Acredita que alguém seria capaz de, sem a participação de vocês, definir quais as atividades que vocês realizam e em que prazo?

6.2 - IDENTIFICAR AS DIFERENÇAS ENTRE A FORÇA DE TRABALHO PROGRAMADA E A EXISTENTE PARA CADA CARGO/ESPECIALIDADE

Essa etapa do trabalho é bem simples.

Vocês já calcularam, no Capítulo IV, qual a carga horária contratada e de força de trabalho existente dos cargos e especialidades que o serviço dispõe. No item 1 deste capítulo também definiram a carga horária programada de força de trabalho para cada cargo e especialidade. Com esses dados, poderão calcular a diferença entre as horas programadas e as horas existentes de força de trabalho, identificando, assim, se faltam ou sobram horas de trabalho para o cargo e especialidade no serviço dimensionado. É importante destacar que à carga horária programada será acrescentado um índice de segurança técnica (IST) que vocês atribuíram para o cargo e especialidade.

O **Quadro 25** exemplifica estes cálculos.

Quadro 25: Horas e número de trabalhadores programados (com e sem IST), contratados, força de trabalho e as diferenças.

Tabela 3 - Diferença entre a Força de Trabalho Programada e a Contratada

| MÉDICO | Horas/Mês | Qtd. de Trabalhadores conforme Carga Horária Padrão 30 horas semanais |
|--|-----------|---|
| A - Horas Programadas por Mês (sem IST) | 3.264 | 25 |
| B - Horas Programadas por Mês (com IST de 15,00%) | 3.753 | 29 |
| C - Horas Contratadas por Mês (Ativos e Afastados) | 2.657 | 21 |
| D - Horas Força de Trabalho por Mês (Somente Horas Realizadas de Trab. Ativos) | 2.657 | 21 |
| Diferença entre a Força de Trabalho Ativa (D) e a Contratada (C) | 0 | 0 |
| Diferença entre a Força de Trabalho Ativa (D) e a Programada sem IST (A) | -606 | -5 |
| Diferença entre a Força de Trabalho Ativa (D) e a Programada com IST de 15,00% (A) | -1.096 | -8 |

Destaca-se que na coluna "A" do Quadro 24 constam os dados relativos às horas programadas (com e sem IST) e existentes (contratadas e força de trabalho) para o cargo/especialidade.

Força de trabalho é o tempo de trabalhadores que efetivamente contamos nos serviços. Relembrando os dados produzidos no Capítulo IV, trata-se das horas acordadas e realizadas dos trabalhadores ativos.

Na coluna "B", são lançadas as horas programadas, conforme as atividades desenvolvidas dos trabalhadores do cargo/especialidade, cujo calculo foi apresentado no item 1 deste capítulo.

A Coluna "C" apresenta o Número de Trabalhadores conforme carga horária padrão que resulta do cálculo:

| HORAS MENSAIS TOTAIS (PROGRAMADAS, COM E SEM IST, CONTRATADAS E FORÇA DE TRABALHO) |
|---|
| CH PADRÃO/MÊS |

A coluna "B" apresenta os dados em horas e a coluna "C" em número de trabalhadores das seguintes informações:

Linha "5" explicita a diferença (\neq) entre força de trabalho ativa – FT (tempo realmente existente de trabalhadores no serviço) e contratadas (tempo de trabalho previsto em contratos).
Linha "6" apresenta a diferença entre força de trabalho ativa e programada com IST.

A linha "7" explicita a diferença entre de força de trabalho ativa e programada com IST.

Ao analisarmos o exemplo do Quadro xx , percebemos um superávit de 750 horas, representando 7 trabalhadores, se comparadas as horas programadas e a força de trabalho ativa sem IST. No entanto, quando considerada a hora programada com 15% de IST, percebe-se um déficit de 1065 horas, equivalendo a 7 profissionais.

Observa-se também, analisando as horas contratadas em comparação com as horas de FT ativa, que o setor está operando sem trabalhadores afastados a mais do que quinze dias.

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, neste caso não há alterações significativas.
- A segunda possibilidade é que a insuficiência de força de trabalho para as ações e atividades programadas. Neste caso há dois caminhos para ação, que não são excludentes. Vocês podem tanto ampliar a força de trabalho quanto rever as atividades planejadas no serviço.
- Como terceira e ultima possibilidade percebe-se que a força de trabalho existente é maior que a força de trabalho programada. Neste caso, tanto podem haver remanejamento de pessoas para outras áreas do sistema em que há insuficiência e necessidade do cuidado, quanto rever a programação de atividades ampliando a oferta do cuidado (apenas há que se considerar que o objetivo não é manter serviços ociosos ou induzir ofertas desnecessárias).

Para a tomada de decisão sobre os caminhos a seguir, um dos aspectos fundamentais é o custo das alternativas que venham a ser propostas. Esse tema será tratado a seguir.

6.3 - ESTIMAR OS CUSTOS DA FORÇA DE TRABALHO DIMENSIONADA

Faz parte do processo de dimensionar força de trabalho identificar os investimentos que estão implicados. Essas informações podem instrumentalizar os atores para analisar a exequibilidade do planejamento e dimensionamento proposto, uma vez que sabemos o quanto são escassos os recursos financeiros para o SUS.

Assim, além do dimensionamento de horas de trabalho, identificamos o investimento, por serviço/setor, que são ou podem vir a ser aplicados na força de trabalho. Essa informação é bastante relevante para a tomada de decisão quanto da possibilidade de provimento de pessoal, por exemplo.

Caso seja verificado, ao aplicar a metodologia em dado setor, que há déficit de pessoal, as informações sobre os investimentos necessários para contratar os trabalhadores faltantes possibilitam aos atores analisarem o impacto financeiro e qualificar os processos decisórios. As informações sobre remuneração média e inicial por cargo e especialidade que foram solicitadas nos Capítulos 4 e 6 serão sistematizadas.

O **Quadro 26** apresenta síntese entre horas e trabalhadores programadas e contratadas, a diferença entre eles e o cálculo do investimento mensal do trabalhadores contratados e programados, permitindo identificar os recursos necessários caso o dimensionamento sinalize demanda de ampliação da força de trabalho.

Quadro 26: Síntese das informações sobre a diferença entre a programação e a realidade existente no serviço em horas de trabalho número de trabalhadores e investimento.

| SÍNTESE DO SERVIÇO - UPA HORIZONTE (Pré-Hospitalar Fixo) | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---------------------------|--|---|---|---|--|
| Cargo Planejado | Horas Programadas Mensais (c/IST) | Qtd. de Trab. Programados conforme C.H. Padrão | Horas Contratadas Mensais | Qtd. de Trab. Contratados conforme CH Padrão | Diferença entre Qtd. de Trab. Programados e Contratados | Investimento Mensal Trabalhadores Programados (R\$) | Investimento Mensal Trabalhadores Contratados (R\$) | Diferença entre Investimento Trab. Programados e Contratados (R\$) |
| ADMINISTRATIVO/ASSESSORIA À GESTÃO | 2.492 | 16 | 1.428 | 9 | -7 | 29.856,00 | 17.389,95 | -12.466,05 |
| AUX.TÉCNICO DE ENFERMAGEM | 3.559 | 23 | 6.811 | 44 | 21 | 52.578,00 | 105.169,80 | 52.591,80 |
| AUXILIAR DE FARMÁCIA | 310 | 2 | 929 | 6 | 4 | 4.230,00 | 12.693,60 | 8.463,60 |
| ENFERMEIRO | 1.841 | 12 | 2.322 | 15 | 3 | 31.092,00 | 41.468,48 | 10.376,48 |
| ENFERMEIRO GESTOR | 158 | 1 | 189 | 1 | 0 | 4.547,00 | 4.547,10 | 0,10 |
| HIGIENIZADOR | 839 | 5 | 1.858 | 12 | 7 | 8.835,00 | 21.215,88 | 12.380,88 |
| MÉDICO | 3.753 | 29 | 2.657 | 21 | -8 | 368.068,00 | 282.673,71 | -85.394,29 |
| TOTAL DO SERVIÇO | 12.952 | 88 | 16.194 | 108 | 19 | 499.206,00 | 485.158,52 | -14.047,48 |

Esse cálculo é muito simples (uma vez que se tenham os dados da remuneração média e inicial para cada cargo e especialidade), e consideramos a informação fundamental para que o projeto seja analisado sobre a perspectiva da sua viabilidade financeira.

6.4 - ANÁLISE DO DIMENSIONAMENTO E PLANO DE AÇÃO

É importante que a análise do resultado do dimensionamento sinalize questões tais como: readequação dos processos de trabalho que podem qualificar o trabalho; redistribuição/

remanejamento de profissionais; ampliação ou diminuição da capacidade operacional, de forma a atender às reais necessidades da rede local/regional em que o serviço está situado.

Dentre os fatores que influenciam a construção de projetos de planejamento e dimensionamento em geral, mas que repercutem diretamente na escolha dos indicadores e parametrização, destacam-se:

- Leis, normativas e regras que estabelecem limites financeiros, administrativos, jurídicos e burocráticos:

Esses limites acabam por determinar as possibilidades de negociação a cerca da força de trabalho. Ignorá-los é produzir dimensionamentos que não poderão ser executados. Neste caso, propõe-se que sejam tensionados os limites nos processos de negociação, mas que o resultado seja a produção de dimensionamentos exequíveis para o momento e realidade dada. Podemos aproveitar esses processos para construir planos de médio e longo prazo, em que tenhamos como objetivo superar esses limites. E principalmente, precisamos questionar e modificar normativas e regras que comprometam a construção de um SUS integral, equânime e adequado às necessidades de saúde de cada território.

- Os distintos projetos de modelagens tecnoassistências e de gestão dos gestores, trabalhadores, corporações e usuários:

O modelo de atenção biomédico e tradicional, centrado na uniprofissionalidade, nos hospitais e nos procedimentos, assim como modelos de gestão e organizacionais hierárquicos, hiperdepartamentalizados por profissões, controlistas e prescritivos ainda influenciam as nossas escolhas e têm impactos na construção de todo o dimensionamento e da parametrização, especificamente.

O que é correto e bom depende das modelagens que nos orientam, do projeto de SUS e de cuidado em saúde que temos e fundamentalmente das necessidades das pessoas que cuidamos.

- Os contextos de governo com os quais todos os gestores deparam-se:

No cotidiano, os gestores se deparam com limites financeiros, dos tempos de governo, dos compromissos políticos com as demais instâncias/atores e da necessidade de dar respostas rápidas aos “incêndios” que surgem no cotidiano 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).

- Os desejos, implicações, compromissos, competências e habilidades e relações de poder dos/entre os trabalhadores.

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; e) perspectivas discordantes sobre as relações de poder na organização.

Essas diferenças são geradoras de conflitos no cotidiano dos serviços e estarão presentes na produção do 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 que têm como objetivo explícito, dada por sua tarefa institucional, ampliar e garantir mercado de trabalho qualificado para as profissões que representam:

As corporações e suas entidades buscam reafirmar o espaço de sua profissão, muitas vezes, interferindo no espaço das 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 e às necessidades de saúde e de cuidado dos usuários.

- As culturas e concepções dos usuários que, como já afirmado, expressam modelagens de atenção e de gestão, tanto quanto os demais atores. E também a concepção sobre o papel dos usuários e suas representações nos debates dessa natureza.

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

Agora é consolidar todas essas informações em um grande relatório e fazer bom uso!


É isso equipes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência! Chegamos ao final do **DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**.

Se você chegou até aqui, possivelmente esteve e está diante de um conjunto de encontros, relações, negociações, informações e conhecimentos que poderá mobilizar os pensamentos, os sonhos, os desejos (ou não) para atuar na organização dos processos de trabalho, nas alternativas de provimento de pessoal.

O passo em frente na direção de uma gestão do trabalho ampliada, neste caso é:

Alcançarmos acordos provisórios, que sejam considerados legítimos pela maior parte dos atores, que se constituam em projetos exequíveis e, principalmente, respondam às necessidades de cuidado dos usuários. Assim, conseguimos um grande avanço. Portanto, vale a caminhada!

RELATO DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

 conhecimento que está registrado nessas páginas, mesmo que produzido pelos autores listados, é o resultado da construção coletiva e da contribuição de vários trabalhadores do SUS.

Cabe registrar a participação de trabalhadores dos hospitais sobre gerência do Ministério da Saúde: Hospital dos Servidores do Estado (HSE), cidade?; Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), cidade?; Hospital Geral de Jacarepaguá (HGJ) , cidade?; Hospital Geral do Andaraí (HGA) , cidade?; Hospital da Lagoa (HGL) , cidade?; e Hospital de Ipanema (HGI) , cidade?; tendo sido incluídos adicionalmente os hospitais do Grupo Hospitalar Conceição (Hospital Nossa Senhora da Conceição – HNSC, Hospital Cristo Redentor – HCR, Hospital da Criança Conceição – HCC e Hospital Fêmea – HF) , Porto Alegre/RS; Instituto Nacional de Cardiologia (INC) , cidade?; Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (INTO) , cidade?; e o Instituto Nacional do Câncer (INCA) , cidade?;. Foram nesses serviços que, entre 2004 e 2012, iniciou-se a trajetória da construção desta metodologia, com o foco para hospitais, e que contou com o apoio incansável da equipe da Coordenação Geral de Recursos Humanos/SE/MS e a participação direta dos pesquisadores Alcindo Antônio Ferla e Mariana Bertol Leal.

A nova empreitada, que resulta nesta produção específica para urgência e emergência, teve o apoio de muitos trabalhadores do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde/SEGERTS/MS. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), através da Unidade Técnica Capacidades Humanas para a Saúde, efetivamente esteve envolvida nesta construção, possibilitou os encontros que ampliaram os horizontes desta iniciativa.

Em especial, este projeto contou com a contribuição dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, que aceitaram o desafio de experimentar o dimensionamento da força de trabalho nos seus serviços. Foram suas críticas generosas e o empenho em fazer junto que qualificou muito esse trabalho. Também é preciso referir os muitos colegas que toparam participar das oficinas da Rede Unida para debater e construir essa produção. E são essas pessoas em especial que gostaríamos de citar como co-produtores deste projeto no caminho até aqui percorrido.

São eles:

Aline de Oliveira Perfeito , Ana Paula Cappellani , Ana Paula Nolli, André Luiz Rodrigues da Silva , Andréa Villas Bôas Mello, Andréia Cristiane Taffarel , Anelize Castro Inácio, Ayane Pontes Machado, Camilo de Oliveira Lirio, Carla Novara Monclar , Carlos Ericsson Mota , Carmen Fernanda Ribeiro, Caroline de Paula e Silva Oliveira , Celso de Alencar Raimundo , Cesar Monte Serrat Titton, Daniel Bruno Resende Chaves , Daniela Trindade Cavalcante , Danielle Lodi Silva, Desirée dos Santos Carvalho, Eduardo Funchal, Elcio de Souza Oliveira , Elene Karla Leite Anselmo , Elenise Coelho, Elisandra Birkheer , Erotildes Antunes Xavier, Estela Maris Gruske Junges, Etianne Martini Sasso, Eva Vilma Moura Baia , Fabiana de Araújo Falcomer dos Santos , Fernando H de Paula Uzuelli , Francisca Valda da Silva,

Gabriela Niches da Silva, Gillian Cristina Barbosa , Giovana Fratin, Giovana Petracco de Miranda, Gisele Ragugneti de Góes, Graziela Barbosa Dias, Gustavo Hass Lermen, Helena Maria Martins da Eira Rebelo, Henrique da Silva Domingues, Ilenor Junior Carmei de Leão, Ingrid Margareth Voth Lowen, Isis Aleixo Barone Esquiçoti, Janita N. de Oliveira, Josefa Maria de Jesus , Julio Cesar Shaweichardt, Karine de Lima e Silva, Karine Esteves de Souza, Keity Daniela Oliveira Arias, Lívia Cristina Bandeira Ramos , Luana Franciele Szymanski Zimmermman, Luanna Vieira Rodrigues Mascarenhas , Luciana Otoni de Faria , Luciana Pasqualini Milagre, Maisa Cristina Mendes , Márcia Biegas, Marcia de Oliveira Campos Biegas, Maria Aurea Pinheiro de Oliveira , Maria Conceição de Souza Oliveira , Maria do Socorro Lucas Bandeira , Maria Rocineide Ferreira da Silva, Marilane Almeida de Andrade , Marília Ribeiro de Carvalho Ferraz , Miriam Elenit Lima de Fachin , Najla Murad - SESAU, Nayara Omy Imazu, Nelza Faoyo, Olga Regina de Castro Deus , Patrícia Barbara Dias , Patrícia da Silva Magalhães , Quelen Tanize Alves da Silva, Raimundo Nonato Bittencourt de Sena , Raquel Oliveira Herzog, Rejane Feijo de Vasconcelos , Roberto Maia Bezerra , Rosani Pagani , Rosário do Socorro Mota da Silva , Rosiane Aparecida da Silva , Rosimeire Batista de Camargo, Sânela Cristine Rodrigues de Souza , Severino Rodrigues de Souza , Sheila Regina Souza França Casagrande, Simone Alves da Silveira, Simone Marie Perotta, Sueli Casarola, Sueli Goi Barrios, Tereza Kindra, Thayna Karoline Souza Silva, Tiana L. Camargo, Verônica Silveira Luiz Machado, Viviane Andrade de Rosário, Wanessa Medeiros Pinto Santana, entre outros tantos que se somaram a essa mobilização.

Como temos ainda muito horizonte, sabemos que cada um e cada uma de vocês que participaram desta formação serão os futuros coparticipes deste trabalho.

*Caminhante, são teus passos o caminho e nada mais;
Caminhante, não há caminho, faz-se caminho ao andar.
Ao andar se faz caminho, e ao voltar a vista atrás
se vê a senda que nunca se voltará a pisar.*

Autor: Antônio Machado

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. M. V. et al . Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 289-295, June 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200289&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 de Maio 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160039>.

ALVES, J. S.; ASSIS, M. M. A. Gestão do Trabalho: Abordagens Teóricas e Políticas no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Bahiana de Saúde Pública, Salvador, v.35, supl.1, p. 55-67, jan./jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 02 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) .3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf. Acesso em 01 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 2. ed. Brasília, , 2006. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-8363>. Acesso em: 03 Mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde: 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso 02 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011.. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acesso em: 31 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. . Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 02 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 1, DE 29 DE SETEMBRO DE 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. . Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html. Acesso em 02 Mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.395 de 11 de outubro de 2011e. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em 03 Mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010/GM/MS de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012b.html. Acesso em 06 out. 2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Texto de Referência em Gestão de Pessoas: Dimensionamento da Força de Trabalho. Brasília: 2016. Disponível em http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Ministerio_do_Planejamento/dimensionamento_de_forca_de_trabalho.pdf. Acesso em 02 Mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes/sgtes-gestao-do-trabalho>

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 10 de 3 de janeiro de 2017. Brasília, Ministério da Saúde, 2017b Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em 02 Mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 20 jan. 2018. CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, K. F. C. ; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, 2017; v. 21, n. 4, p. 1-10.

CARVALHO, M. D.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. D. 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, Set. 2013 . . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a02v37n98.pdf>. Acesso em 13 de abril de 2017.

CICONET, R. M. Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2015. 122 p.

COLLAR, J. M. et al. Educação Permanente e o cuidado em saúde: ensaio sobre o trabalho como produção inventiva. *Saúde em Redes*. Porto Alegre. Vol. 1, n. 4 (2015), p. 53-64, 2015. Disponível em <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/644>. Acesso em 02 Maio 2018.

CORDEIRO JUNIOR, W.; TORRES, B. L. B.; RAUSCH, M. C. P. SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: COMPARANDO MODELOS. 2014. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>> Acesso em: 02 Mai. 2018.

CONASEMS et al.. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”. Rio de Janeiro: CONASEMS, COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ, 2016. 324p.

Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes.html> >. Acesso em: 17 fev. 2018.

Dicas em Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/dicas-em-saude>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

DONNE, J. *Meditações*. São Paulo: Editora Landmark, 2007.

GALEANO, E. *Las palabras andantes*. Montevideo, Uruguai: Ediciones Chanchito, 1993.

FERREIRA, M. C. Bem-estar: Equilíbrio entre a Cultura do Trabalho Prescrito e a Cultura do Trabalho Real. In: TAMAIO, A. (org.). *Cultura Organizacional e Saúde*. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

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

GIGLIO-JACQUEMOT, A. *Urgências e emergências em saúde: Perspectivas de Profissionais e Usuários*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MACHADO, C. R.; DAL POZ, M. R. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. 104 [Acessado 2 Maio 2018] , pp. 239-254. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040498>>. MACHADO, M. H. *Gestão do Trabalho em Saúde no Contexto de Mudanças*. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 2000, v. 34, p.133 a 146. Acesso em 13 de abril de 2017, disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6295>

MALIK, A., & CAMPOS, C. V. Dimensionamento de recursos humanos em saúde ou a vida como ela é. *Cadernos FGV Projetos*, ano 4, número 9. 2009. Acesso em 12 de Abril de 2017, disponível em FGV Easp: http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/malik_-_dimensionamento_de_recursos_humanos_em_saude_ou_a_vida_como_ela_e.pdf

McLAY, L. A.; MAYORGA, M. E. Evaluating emergency medical service performance measures. *Health Care Management Science*, Richmond, v. 13, no. 2, p. 124-136, 2010.

MELO, R.C. & POSSA, L.B. Democracia no SUS, Como Estamos? Um Debate sobre a Participação Social a Partir da Literatura Recente. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 2, n. 4 , 2016. Disponível em <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/803>. Acesso em 02 Maio 2018.

MERHY, E. E et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. (2a ed.). São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. *Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde*,

questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 07-14, 2014. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>. Acesso em 02 Maio 2018.

NASCIMENTO, E. P. Dimensionamento de Recursos Humanos na Atenção Básica. Blog. 2015. Acesso em 19 de Julho de 2016, disponível em Portal da Inovação na Gestão do SUS: http://apsredes.org/experiencia-campinas/wp-content/uploads/sites/17/2015/08/campinas_docs.pdf

Organização Pan-Americana De Saúde (OPAS). Conferencia Panamericana sobre Planificaci3n de Recursos Humanos en Salud, Ottawa/Canadá, 10-14 de setembro de 1973. Washington: OPAS, 1974. 134 p. Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para A3o em Educa3o Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: OMS; 2010. [página na internet]. [acessado 2017 mai 31]. Disponível em: http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20

PEDUZZI, M. O Trabalho em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em http://www.epsiv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf. Acesso em 02 Mai. 2018.

PEDUZZI, M; et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis, Revista Saúde Coletiva*, vol. 21, n. 2, 2011.

PEDUZZI, M; et al. Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional. In: *Clínica médica, volume 1 : atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica*[S.l: s.n.], 2009. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf. Acesso em 02 Mai. 2018.

PICCHIALI, D. Dimensionamento quantitativo de recursos humanos em hospitais privados e públicos no estado de São Paulo. EAESP - GVpesquisa - Relatórios Técnicos, 2000. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/3045>. Acesso em 15 abril de 2017.

Programa CQH, Compromisso com a Qualidade Hospitalar, Núcleo de Apoio a Gestão Hospitalar. Manual de Indicadores Recursos Humanos, São Paulo, 2014. Acesso em 02 janeiro de 2017, disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=870
Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. 3º Caderno de Indicadores CQH. São Paulo, 2009. Acesso em 15 de março de 2017, disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=127

QUINTANA, M. Antologia Poética. Porto Alegre: L&PM, 2002.

RAMOS, E. A. Planejamento Poesia Planos e Planos. Blog. Acesso em 31 de maio de 2017, disponível em <http://evelynalmeida.blogspot.com.br/search?q=PLANOS>

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, 2016, p. 43-52. Disponível em http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/653/pdf_10. Acesso em 03 de Maio de 2017.

ROCHA, A. M., & MORAIS, M. R. A construção de uma metodologia para o Planejamento da Força de Trabalho (PFT) no âmbito da Administração Pública do Estado de Minas Gerais. (2009). Acesso em 12 de abril de 2017, disponível em Consad: <http://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/A-CONSTRU%C3%87%C3%83O-DE-UMA-METODOLOGIA-PARA-O-PLANEJAMENTO-DA-FOR%C3%87A-DE-TRABALHO-PFT-NO-%C3%82MBITO-DA-ADMINISTRA%C3%87%C3%83O-P%C3%9ABLICA-DO-ESTADO-DE-MINAS-GERAIS.pdf>

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Relatório Preliminar da Rede de atenção e demanda/oferta programada para o cuidado em situações de urgência e emergência no município de Curitiba e Diagnóstico Transversal da força de trabalho das Unidades de Pronto Atendimento. Curitiba, 2016. Não publicado.

SILVA JUNIOR, A. G. & ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C. & CORBO, A.D.A. (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41.

TOASSI, R. F. C. (org.) Interprofissionalidade e formação na saúde : onde estamos? Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em 02 Maio 2018.

VIANNA, C. M. M. et al. Modelos econométricos de estimativa da força de trabalho: uma revisão integrativa da literatura. Physis, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 925-950, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 jan. 2018.

*Sonhe com o que você quiser. Vá para onde você queira ir.
Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida
e nela só temos uma chance de fazer aquilo que queremos.
Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldades
para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana. E
esperança suficiente para fazê-la feliz.*

Clarice Lispector

O presente material didático e sua respectiva formação fazem parte do projeto “Formação-Intervenção-Avaliação em Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho nos Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência”, objeto da Carta Acordo firmada entre a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e a Associação Brasileira da Rede Unida, fruto de demanda do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde - DEGERTS/SGTES/MS.

Busca contribuir para a melhoria e fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS por meio do oferecimento de um instrumento de gestão do trabalho capaz de auxiliar no planejamento da força de trabalho da rede de urgência e emergência de todo o país.

ANEXO 1

I Dados de força de trabalho

- **Vínculo:** refere-se à instituição que contrata os trabalhadores. Sejam próprios dos órgãos estatais, terceirizados, prestadores de serviço ou outros, conforme for o caso dos serviços em questão.
- **Serviços:** Nem sempre o cargo e a especialidade têm a mesma denominação. Exemplo: médico (cargo) e anestesista (especialidade). Neste caso, o DIMI apresenta uma listagem dos cargos que tem como base as nomenclaturas do CNES e vocês poderão informar a especialidade.
- **Carga Horária Semanal Contratada:** trata-se da carga horária semanal prevista nos contratos de trabalho para cada cargo/especialidade.
- **Carga Horária Semanal Realizada:** refere-se à jornada de trabalho semanal de cada cargo/especialidade efetivamente realizada pelos trabalhadores da rede, decorrente de acordos institucionalizados ou concedidos legalmente, quando esta é diferente da carga horária previstas nos contratos de trabalho.
- **Quantidade de trabalhadores ativos:** são aqueles trabalhadores contratados que efetivamente estão realizando suas atividades compondo as escalas/programações de trabalho. Estão incluídos todos os contratados, mesmo que em férias. São excluídos aqueles que estão afastados a mais de quinze dias por licença saúde, gestante, ou outra forma de licença prevista.
- **Quantidade de trabalhadores afastados:** Refere-se ao número de trabalhadores contratados que encontram-se afastados a mais de 15 dias, por licenças formalmente estabelecidas ou seja, aqueles que não contam como força de trabalho ativa.
- **Absenteísmo:** corresponde à soma das horas em que os trabalhadores encontram-se ausentes e estas ausências não são motivadas por férias, desemprego, doença prolongada ou licença legal.

ANEXO 2

Dados de capacidade instalada e de produção

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: INTERNAÇÃO

Número de leitos

Média de paciente/dia

Número de Internações/mês

Taxa de ocupação

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: SALA DE OBSERVAÇÃO

Número de leitos/cadeiras

Média de pacientes/dia

Número de internações/mês

Número de atendimento/mês

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: ACOLHIMENTO

Número de consultório/horário de funcionamento

Número médio de atendimento/mês

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: AMBULATÓRIO/CONSULTÓRIO EMERGÊNCIA

Número de consultório/horário de funcionamento

Número médio de atendimento/mês

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: PROCEDIMENTOS

Número de procedimentos

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: AMBULATÓRIO/EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA

Número de consultório/turnos/dias e hora de funcionamento

Número de atendimentos/mês

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: RESIDENTES

Número de Residentes

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: SERVIÇO SOCIAL

Número de consultórios/hora de funcionamento

Número de atendimento/mês

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: FARMÁCIA

Número de farmácia

Número de dispensações

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: RAIOS X

Número de salas/hora de funcionamento

Número de exames realizados/mês

Número de exames realizados no leito/mês

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: UNIDADE TRANSFUSIONAL

Número de transfusões

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: ELETROCARDIOGRAMA

Número de exames realizados mês

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: LABORATÓRIO

Número de coletas/mês

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: GESTÃO

Horas de trabalhadores do serviço

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: APOIO ADMINISTRATIVO À GESTÃO

Número de gestores

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Número de pacotes/mês

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: ALMOXARIFADO

Itens movimentados/mês

ÁREA/PROCESSO DE TRABALHO: TRANSPORTE

Número de carros

Número de transportes/mês

Tempo médio de transporte

ANEXO 3

Lista de cargos e especialidade, com as respectivas cargas horárias padrão e a classificação quando a área de atenção e atuação, utilizados no DIMI

| Cargo/Especialidade | CH Padrão (Semanal) | Área de Atenção | de | Área de Atuação |
|---|---------------------|------------------|----|---------------------------|
| Administrador/Analista/Assessoria à Gestão (Nível Superior) | 40 | Atenção Indireta | | Área Administrativa |
| Administrativo/Assessoria à Gestão (Nível Médio) | 40 | Atenção Direta | | Área Administrativa |
| Assistente Social | 30 | Atenção Direta | | Área de Apoio Técnico |
| Aux. / Téc. de Banco de Sangue | 36 | Atenção Indireta | | Área de Apoio Diagnóstico |
| Aux. / Téc. de Enfermagem | 36 | Atenção Direta | | Área Assistencial |
| Aux. / Téc. de Farmácia | 36 | Atenção Indireta | | Área de Apoio Diagnóstico |
| Aux. / Téc. de Manutenção | 40 | Atenção Indireta | | Área Administrativa |
| Aux. / Téc. Laboratório | 36 | Atenção Indireta | | Área de Apoio Diagnóstico |
| Aux. / Téc. Nutrição | 36 | Atenção Indireta | | Área de Apoio Diagnóstico |
| Aux. de Raio X | 36 | Atenção Indireta | | Área de Apoio Diagnóstico |
| Biólogo | 36 | Atenção Indireta | | Área de Apoio Diagnóstico |

| | | | |
|----------------------------------|----|------------------|---------------------------|
| Biomédico | 36 | Atenção Indireta | Área Administrativa |
| Coletador de Laboratório | 36 | Atenção Direta | Área de Apoio Diagnóstico |
| Condutor de Maca | 36 | Atenção Direta | Área Assistencial |
| Cozinheiro | 36 | Atenção Indireta | Área de Apoio Diagnóstico |
| Enfermeiro | 36 | Atenção Direta | Área Assistencial |
| Farmacêutico | 36 | Atenção Indireta | Área de Apoio Diagnóstico |
| Farmacêutico-Bioquímico | 36 | Atenção Indireta | Área de Apoio Diagnóstico |
| Fisioterapeuta | 30 | Atenção Direta | Área de Apoio Técnico |
| Fonoaudiólogo | 36 | Atenção Direta | Área de Apoio Técnico |
| Gessista | 36 | Atenção Direta | Área de Apoio Diagnóstico |
| Gestor (Administrador) | 40 | Atenção Indireta | Área Administrativa |
| Gestor (Administrativo) | 40 | Atenção Indireta | Área Administrativa |
| Gestor (Aux./Téc. de Enfermagem) | 40 | Atenção Indireta | Área Administrativa |
| Gestor (Enfermeiro) | 40 | Atenção Indireta | Área Administrativa |
| Gestor (Médico) | 40 | Atenção Indireta | Área Administrativa |
| Higienizador | 40 | Atenção Indireta | Área Administrativa |
| Médico | 36 | Atenção Direta | Área Assistencial |

| | | | |
|-----------------------------|----|----------------|-------------------|
| Médico Anestesiologista | 36 | Atenção Direta | Área Assistencial |
| Médico Cardiologista | 36 | Atenção Direta | Área Assistencial |
| Médico Cirurgião Geral | 36 | Atenção Direta | Área Assistencial |
| Médico Cirurgião Pediátrico | 36 | Atenção Direta | Área Assistencial |
| Médico Cirurgião Plástico | 36 | Atenção Direta | Área Assistencial |

ANEXO 4

- Tabela de Apoio para a Coleta de Dados



PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO PARA OS SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES FIXOS E HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

III Caracterização da Força de Trabalho
Tabela de Apoio para Coleta de Dados



| SERVIÇO | | PÁGINA | | | | | | |
|---------|-------|---------------|-----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------|--|
| Vínculo | Cargo | Especialidade | CH Semanal Contratada | CH Semanal Realizada | Qtd. Trab. Ativos | Qtd. Trab. Afastados | Absenteísmo | Remuneração Média Mensal / Prof. (R\$) |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Logos of partner organizations: redeunida, Hospital de Referência de Curitiba, Organização para o Desenvolvimento da Saúde, Instituto de Saúde da Universidade Federal do Paraná.

APÊNDICE 1 - Glossário

A

Absenteísmo. Relação percentual entre o número de horas/homem ausentes e o número de horas/trabalhador executadas.

Acolhimento. “Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde” (DICAS EM SAÚDE – Biblioteca Virtual em Saúde).

Análise comparada. Instrumento que visa a comparar, a partir da análise de um conjunto de indicadores, diversos serviços que compõem a rede de UE quanto à composição da força de trabalho, identificando diferenças e semelhanças, gerando informações que poderão subsidiar a tomada de decisão acerca da melhor distribuição dos profissionais na rede.

Área de atuação. No contexto do planejamento e dimensionamento da força de trabalho, diz respeito às quatro dimensões relacionadas à atenção direta ou indireta ao paciente, nas quais estão ou deverão estar alocados os trabalhadores nas unidades ou serviços de saúde: assistencial, administrativa, apoio técnico, apoio diagnóstico e terapêutico.

Atenção básica. Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (PNAB - Portaria nº 2.436/2017).

C

Capacidade instalada. É a disponibilidade total de infra-estrutura do serviço de saúde, levando-se em conta a área física destinada ao funcionamento do serviço, mesmo que parte dessa área esteja desativada por qualquer razão.

Capacidade operacional. É a disponibilidade da capacidade instalada em utilização e passível de ser utilizada, ainda que esteja desocupada.

Carga horária padrão. Trata-se de da jornada semanal de trabalho definida para as categorias profissionais ou cargos que, no contexto do planejamento e dimensionamento da força de trabalho, poderá orientar as contratações em uma unidade ou serviço de saúde e que também funciona como um dispositivo para se identificar a demanda por força de trabalho em número de trabalhadores.

Carga horária contratada. Refere-se à jornada de trabalho semanal prevista nos contratos de trabalho de cada profissional pertencente ao quadro de trabalhadores da unidade ou serviço de saúde.

Carga horária programada. Refere-se à quantidade de horas de trabalho por semana ou mês necessárias para cada cargo no serviço de saúde que está sendo dimensionado.

Carga horária realizada. Trata-se da jornada de trabalho semanal efetivamente realizada por cada profissional, que pode ser igual a carga horária contratada ou não, dependendo dos acordos institucionais ou legais existentes da unidade ou serviço de saúde.

Cargo. Conjunto de atribuições e responsabilidades previsto na estrutura da unidade ou serviço de saúde que poderá ser atribuído ou ocupado por profissional específico.

Classificação de risco. É uma ferramenta que permite a avaliação e identificação dos pacientes que precisam de atendimento prioritário, considerando a gravidade clínica, o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento.

COAP. Sigla de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde por meio do qual os entes federados pactuam colaboração com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde de uma determinada região de saúde, com o objetivo de assegurar a integralidade da assistência à saúde da população (Decreto nº 7.508/2011).

Cuidado em saúde. Trata-se de “ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (Dicionário Online de Educação Profissional em Saúde da FIOCRUZ).

D

Dimensionamento de força de trabalho. | Ferramenta para a Gestão do Trabalho em Saúde que possibilita identificar “o quantitativo e a composição de profissionais necessários ao desenvolvimento das atividades diárias de assistência. A partir do dimensionamento, é possível estimar os investimentos necessários à formação e capacitação de recursos humanos, bem como em infraestrutura e equipamentos para as unidades prestadoras de serviço” (VIANNA et al., 2013, p. 926).

E

Educação permanente. “Como ‘prática de ensino-aprendizagem’ significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A ‘educação permanente em saúde’ se apoia no conceito de ‘ensino problematizador’ (...) e de ‘aprendizagem significativa’ (...), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo” (Dicionário Online de Educação Profissional em Saúde da FIOCRUZ).

Emergência.

Escopo de prática. Trata-se do rol da carteira de serviços ofertados aos usuários por determinado serviço de saúde.

Especialidade: Trata-se do recorte de atuação profissional especializada na assistência ao paciente.

F

Força de trabalho. Trata-se do potencial humano disponível, a capacidade dos trabalhadores para transformar as coisas, considerando a potencialidade do conjunto dos trabalhadores, através dos seus recursos físicos, cognitivos e emotivos.

G

Gestão do trabalho em saúde. “Constitui-se numa combinação de diferentes dimensões referentes ao planejamento e à gestão que possibilitem a regulação (formação, distribuição, vinculação, proteção social e qualificação) da força de trabalho no setor”, tendo como desdobramento os processos políticos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua articulação com a Educação Permanente em Saúde (EPS) (ALVES & ASSIS, 2011, p.55).

I

Indicador. É um dado obtido acerca de uma dada realidade específica que possibilita realizar análises e comparações e análises em outros contextos, levando-se em conta as diferenças e semelhanças.

Índice de Segurança Técnica. É um percentual acrescido às horas necessárias à execução das atividades no serviço de saúde (horas programadas), com o objetivo de corrigir as lacunas provenientes de ausências (regulamentadas ou não) dos trabalhadores.

L

Leito ajustado. É número de leitos ocupados somado aos adicionais gerados, a partir dos cálculos propostos na etapa de análise comparada da metodologia de planejamento e dimensionamento de força de trabalho, tendo por base fatores de conversão da produção ambulatorial para equivalente em leitos.

Leito instalado. É a vaga habitualmente utilizada para internação, mesmo que ele eventualmente não possa ser utilizado por um certo período, por qualquer razão.

Leito ocupado. É o leito que está sendo utilizado por algum paciente.

Leito operacional. É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado, incluindo o leito extra que estiver sendo utilizado.

Linha de cuidado. Fluxos assistenciais organizados para garantir ao usuário o atendimento de suas necessidades de saúde (FRANCO e MAGALHÃES, 2004), evitando assim a fragmentação da assistência.

M

Modelagem tecnoassistencial. Refere-se à forma como está organizado e articulado os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde em uma dada localidade (SILVA JUNIOR & ALVES, 2007).

P

Parâmetro. São valores de referência que caracteriza uma dada população. Em se tratando de dimensionamento de pessoal, refere-se à força de trabalho dos serviços que serão analisados, ou ainda, valores estabelecidos com base em critérios (estabelecidos por peritos ou pactuados) que buscam um padrão de referência desejável para orientar as decisões.

Produção estimada. Refere-se ao que seria possível produzir de cuidado em saúde em um dado serviço, considerando a carga horária programada.

Produção realizada. Refere-se ao que é efetivamente produzido por mês em um dado serviço de saúde. Para fins do dimensionamento, sugere-se que seja considerado a produção realizada média mensal de um período de 12 meses.

R

Rede de atenção à saúde. “A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Portaria MS nº 4.279/2010).

Rede de atenção às urgências. Arranjo organizativo de ações e serviços que “tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna” (Portaria MS nº 1.600/2011).

Região de saúde. Recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos (PNAB - Portaria nº 2.436/2017).

S

Serviços hospitalares de urgência e emergência. Trata-se de “serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas

espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas” (Portaria MS nº 2.395/2011).

Serviços pré-hospitalares fixos de urgência e emergência. Unidades de pronto atendimento e similares (policlínica, pronto atendimento, pronto socorro especializado, pronto socorro geral e unidades mistas) destinadas ao atendimento de urgências e emergências de um dado território ou região de saúde.

Sistema de saúde / SUS.

T

Território. Unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (PNAB - Portaria nº 2.436/2017).

Trabalho em equipe em saúde. Trata-se de uma “modalidade de trabalho coletivo que é 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, 2009).

U

Urgência. Situação em que o usuário apresenta condição aguda de saúde, em sofrimento, seja com risco de morte ou não.

V

Vazios assistenciais. São territórios em que não há serviços para atendimento da população ou em que não há especialidades disponíveis, mas que são demandadas pelos usuários. Vínculo de trabalho. Diz respeito ao tipo de relação jurídico contratual mantido entre o trabalhador (ou seu empregador) e unidade ou serviço de saúde.



www.redeunida.org.br

ISBN 978-856665980-1



9 788566 659801