



PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE; MATERIAL DIDÁTICO PARA SECRETARIAS DE SAÚDE

Organizadoras:

Elisabet Pereira Lelo Nascimento

Desirée dos Santos Carvalho

Silvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona

Vânia Maria Corrêa Barthmann

PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: MATERIAL DIDÁTICO PARA SECRETARIAS DE SAÚDE

Organizadoras:

Elisabet Pereira Lelo Nascimento
Desirée dos Santos Carvalho
Sílvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona
Vânia Maria Corrêa Barthmann

BRASÍLIA

2020

MATERIAL DIDÁTICO

©2020 Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia – IBICT

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da equipe de elaboração.

Autores:

Acácia Cristina Marcondes de Almeida Spirandelli
Carla Novara Monclar
Carlos Eduardo Antoniete de Souza
Desirée dos Santos Carvalho
Doris Vilas-Boas
Elisabet Pereira Lelo Nascimento
Gislene Henrique de Souza
Josefa Maria de Jesus
Júlio César de Moraes
Maria Cecília Brandt Piovesan
Maria de Guadalupe Nogueira Paranaguá de Santana
Maria Luiza Fonseca do Valle
Sílvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona
Vânia Maria Corrêa Barthmann
Waléria Cristina Sandim

Colaboradores

Gustavo Hoffmann
Greycy Kelly Santos Oliveira
Lana Varandas de Jesus Rocha
Mirna Santos Marques
Maria Carmen Martins Dantas

Organização e Revisão:

Desirée dos Santos Carvalho
Elisabet Pereira Lelo Nascimento
Sílvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona
Vânia Maria Corrêa Barthmann

Revisão ortográfica e gramatical:

Brenda Valadão Pereira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N244t Nascimento, Elisabet Pereira Lelo.
Planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde: material didático para secretarias de saúde / organização de Elisabet Pereira Lelo Nascimento ... [et al] . – Brasília, DF: IBICT, 2020.
135 p. : 30 cm.

ISBN 978-65-00-03754-8

1. Gestão de Recursos Humanos em Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Força de Trabalho. 4. Dimensionamento. I. Nascimento, Elisabet Pereira Lelo, Org. II. Carvalho, Desirée dos Santos, Org. III. Carmona, Sílvia Aparecida Maria Lutaif Dolci, Org. IV. Barthmann, Vânia Maria Corrêa, Org. V. Título.

CDU 614:658.3

Catalogação elaborada por Luciane Berto Benedetti, CRB 10/1458.

O material foi organizado e publicado por meio de colaboração técnica entre o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) e o Ministério da Saúde, fruto de demanda do Departamento da Gestão do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (DEGTS/SGTES), por meio do Projeto: “Dimensionamento da Força de Trabalho em Secretarias de Saúde para a Tomada de decisão em Gestão do Trabalho em Saúde a partir da coleta, estruturação e análise de dados quantitativos e qualitativos”.

Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT)

SAUS - Quadra 05 - Lote 06 - Bloco H – 6º andar - CEP: 70070-912 - Brasília, DF – Telefone: +55 (61) 3217-6177

AUTORES

Acácia Cristina Marcondes de Almeida Spirandelli

Cirurgiã-dentista, especialista em Odontopediatria pela Universidade Federal de Goiás, especialista em saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, tutora no Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde e pesquisadora do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

Carla Novara Monclar

Fonoaudióloga, mestranda em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Tocantins, assessora técnica do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde.

Carlos Eduardo Antoniete de Souza

Analista de Sistemas, graduado em Análise e Desenvolvimento de Sistemas pelo Centro Universitário UNIFTEC Porto Alegre, assessor de diretoria do Grupo Hospitalar Conceição/Ministério da Saúde e consultor da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde para o Ministério da Saúde.

Desirée dos Santos Carvalho

Enfermeira, professora, mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, especialista de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela Universidade Federal do Pampa, trabalhadora do SUS no Grupo Hospitalar Conceição/Ministério da Saúde, tutora no Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde e pesquisadora no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

Dóris Vilas-Boas

Arquiteta e Urbanista, especialista em Arquitetura de Sistemas de Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), pesquisadora do Grupo de Estudos de Arquitetura e Engenharia Hospitalar da UFBA, professora da pós-graduação da Universidade Salvador UNIFACS, vice-presidente da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar e consultora da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde para o Ministério da Saúde.

Elisabet Pereira Lelo Nascimento

Enfermeira sanitária, mestra em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, apoio técnico do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, coordenadora do Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde e pesquisadora no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

Gislene Henrique de Souza

Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, *MBA* em Gestão de Pessoas pela Universidade Veiga de Almeida, especialista em Gestão Pública pela Faculdade Fortium. Atua no Gabinete da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde/Ministério da Saúde, tutora no Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde e pesquisadora no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

Josefa Maria de Jesus

Gestora Pública, especialista em Gestão em Saúde, mestranda em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Tocantins, consultora técnica do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde.

Júlio César de Moraes

Assistente Social, especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Pública pela Faculdade Estácio de Sá, referência técnica da Promoção da Equidade na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, tutor no Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde e pesquisador no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

Maria Cecília Brandt Piovesan

Médica, especialista em Saúde Pública e Gestão Hospitalar pela Universidade Estadual de Campinas, tutora no Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde e pesquisadora no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

Maria de Guadalupe Nogueira Paranaguá de Santana

Pedagoga, especialista em Gestão Educacional pela Universidade Católica de Campinas, técnica do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde.

Maria Luiza Fonseca do Valle

Licenciada em Educação Física, mestra em Ciências da Educação pela Universidade Internacional de Lisboa (Portugal), tutora no Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde e pesquisadora no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

Silvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona

Enfermeira, especialista em Processos Educacionais em Saúde com ênfase em Avaliação de Competência pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Campinas, tutora no Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde e pesquisadora no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

Vânia Maria Corrêa Barthmann

Cirurgiã-dentista, sanitarista, especialista em Gestão Estratégica Pública para Governantes pela Universidade Estadual de Campinas, Especialista em Gestão da Clínica nas Redes Metropolitanas e em Processos Educacionais na Saúde com ênfase em Facilitação de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem e Avaliação de Competências pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, tutora no Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde e pesquisadora no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

Waléria Cristina Sandim

Economista, especializanda em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Estado de Goiás em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz, agente comunitária de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, tutora no Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde e pesquisadora no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia.

AGRADECIMENTO

A elaboração deste material não se deve apenas aos seus autores e colaboradores, mas, antes, a todos os trabalhadores e gestores das secretarias municipal e estadual da primeira Região de Saúde do Ceará. Ao participarem do Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde, eles levantaram questões, compartilharam experiências e possibilitaram a produção de conhecimentos e a construção do caderno didático. Foi enorme e constante a partilha. Partilharmos dúvidas, incertezas, conquistas e muitas, muitas aprendizagens.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	13
APRESENTAÇÃO	15
CAPÍTULO I – CONCEITOS E PERSPECTIVAS DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS	19
Referências	26
CAPÍTULO II – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA FORÇA DE TRABALHO NO SUS: UM DISPOSITIVO PARA CONSOLIDAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE	27
Rede de Atenção à Saúde	28
Planejamento Estratégico da Força de Trabalho em Saúde	30
Referências	33
CAPÍTULO III – PRESSUPOSTOS E CONCEPÇÕES APLICADAS NO PROCESSO DE DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE	35
Necessidades de saúde	35
Vulnerabilidade	37
Território e territorialidade	38
Modelo de atenção	39
Conceitos e termos mais utilizados	41
Força de trabalho	42
Absentéismo	42
Índice de segurança técnica	43
Equipe, Área ou Linha de Cuidado	43
Horário de funcionamento	44
Potencial de produtividade	44
Capacidade instalada	45
Índices de utilização e produção dos serviços	46
Dados Secundários e Primários	46
Indicadores e parâmetros	47

Referências	48
CAPÍTULO IV – PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DOS ESTABELECIMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	51
Caracterização do território	54
Primeiro Passo: Definição de indicadores	55
Segundo Passo: Percentual e média de indicadores.....	55
Terceiro Passo: Adscrição de usuários por equipe de Saúde da Família (eSF)/equipe de Atenção Primária (eAP).....	56
Quarto Passo: Cálculo da média entre os indicadores.....	57
Quinto Passo: Classificação das Unidades de Saúde da Família	57
Sexto Passo: Definição do número de eSF por USF	58
Dimensionamento da força de trabalho necessária	59
Médico	61
Enfermeiro	64
Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.....	66
Agente Comunitário de Saúde	68
Equipe de Saúde Bucal.....	70
Assistência Farmacêutica.....	73
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).....	77
Apresentação dos Resultados	77
Referências.....	80
Apêndice A – Roteiro de coleta de dados.....	82
Apêndice B – Roteiro para análise do processo de trabalho	83
Apêndice C – Coleta de dados sobre a Força de Trabalho Atual	86
CAPÍTULO V - PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO PARA ESTABELECIMENTOS DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA A SAÚDE.....	87
Caracterização do estabelecimento	89

Levantamento da Força de trabalho	90
Identificação do escopo de práticas	92
Dimensionamento da Força de Trabalho Necessária.....	93
Apresentação dos resultados.....	99
Referências.....	102
Apêndice D- Roteiro de coleta de dados Atenção secundária e terciária	103
Apêndice E – Coleta de dados sobre as práticas.....	111
CAPÍTULO VI – PLANEJAMENTO ARQUITETÔNICO: INFRAESTRUTURA E AMBIÊNCIA EM SAÚDE.....	113
O Espaço como Facilitador dos Processos de Trabalho.....	113
Ferramentas de Avaliação de Unidades de Saúde	116
Dimensionamento da Infraestrutura Física vinculada à Força de Trabalho	125
Referências.....	129
Apêndice F - Questionário base: informações para arquitetura	131

PREFÁCIO

Prefaciara presente obra é uma honra e tenho muito a agradecer o convite a toda equipe. Especialmente, agradeço a Elisabet Lelo pela oportunidade de apresentar este material didático para servidores, gestores, pesquisadores e profissionais em Gestão do Trabalho em Saúde.

Organizar uma obra que se propõe a traduzir em termos práticos um tema altamente complexo é uma entrega de valor que as organizadoras realizam nesta publicação. Planejamento da força de trabalho, dimensionamento de pessoal, tomada de decisão em gestão do trabalho em saúde são, em si, desafios inerentes aos que dedicam seus esforços na busca diária por melhores soluções técnicas que sustentem a entrega de serviços de saúde de qualidade à população. Assim, a sistematização de orientações e de procedimentos práticos contribuem decisivamente para a qualificação da Gestão do Trabalho em Saúde.

Em tempos de transformações do mundo do trabalho, asseveradas pela pandemia da COVID-19, tem-se o enfretamento de uma crise de sanitária global sem precedentes, ao mesmo tempo em que se enfrenta mudanças tecnológicas nas organizações de trabalho impactadas tecnologias como inteligência artificial, *blockchain*, automação, *big data*, dentre outras. Diante de contingências de austeridade fiscal, de crise de saúde pública e de novos paradigmas de organização produtiva, sabe-se que o fortalecimento de capacidades de resposta e de adaptação dos sistemas de saúde são prioridades em todos os países.

Conforme afirma a Organização Mundial da Saúde (2016), na publicação “*Global Strategy on human resources for health: Workforce 2030*”, os sistemas de saúde só podem funcionar e responder às demandas com profissionais de saúde em qualidade e quantidade adequados para que haja melhoria na cobertura dos serviços de saúde e a concretização do direito ao gozo do mais alto padrão de saúde possível. Dessa forma, a força de trabalho da saúde tem um papel vital na construção a resiliência das comunidades e sistemas de saúde para responder a desastres naturais ou provocados pelo homem, bem como perigos e riscos ambientais, tecnológicos e biológicos relacionados.

A base para uma força de trabalho de saúde forte e eficaz, capaz de responder às prioridades do Século 21, exige a devida capacidade de planejar, organizar, mobilizar e

liderar os recursos humanos para atender às necessidades da população agora e no futuro. Nesse sentido, o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho caracterizam-se como importantes ferramentas técnico-gerenciais destinadas a otimizar a tomada de decisões em gestão do trabalho em saúde, tornando-as mais responsivas, assertivas e confiáveis.

O caráter prático e instrumental deste material didático enfatiza aspectos conceituais e metodológicos que sustentam a atuação de profissionais da gestão do trabalho intencionados em contribuir para a melhoria da gestão dos serviços de saúde. A presente obra contribui para minimizar a relativa escassez de obras sobre o tema muitas vezes negligenciado por organizações e profissionais. Sem o devido rigor e confiabilidade, o dimensionamento revela-se impreciso, frágil, gerando ineficiência, ingerência e inefetividade à gestão do trabalho em saúde.

Como este material didático, o leitor, seja pesquisador, profissional ou gestor, possui orientação adequada para a condução desse processo nas organizações de saúde em diferentes contextos e territórios. Esta obra vai ajudar a qualificar os processos de dimensionamento da força de trabalho diretamente, contribuindo para a melhoria da entrega de serviços de saúde à população.

Boa leitura!

Antonio Isidro da Silva Filho

Pós-Doutorando em Inovação Pública (USP), Doutor e Mestre em Administração (UnB), MBA em Gestão de Pessoas (FGV) e Psicólogo (UniCEUB). Coordenador do Laboratório de Inovação e Estratégia em Governo (LineGov) da Universidade de Brasília. Co-fundador do Centro de Inovação em Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (CIGETS) da Universidade Federal de Goiás. Professor do Departamento de Administração e do Programa de Pós-Graduação em Administração da UnB.

APRESENTAÇÃO

Elisabet Pereira Lelo Nascimento

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) disponibiliza mecanismos de gestão que apoiam a qualificação dos processos de trabalho das organizações de saúde. Dessa maneira, considera diferentes densidades tecnológicas com objetivo de promover a integralidade do cuidado por meio da produção de bens e serviços para os usuários. É responsável por planejar e coordenar estudos de análises das necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais com perfil adequado às demandas de saúde da população. Assim, formula políticas públicas orientadoras da gestão, da formação e da qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

O Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS) é responsável por contribuir para a implementação de práticas de gestão que propiciem investigação dos processos de trabalho em saúde. Dentre elas, ganha destaque o desenvolvimento do dimensionamento da força de trabalho em saúde, que busca prever a quantidade de trabalhadores por categoria profissional e prover as necessidades de assistência aos usuários. Dessa forma, identifica o déficit e/ou o superávit da força de trabalho na saúde.

Nessa linha de trabalho, o DEGTS, em parceria com o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), desenvolveu, em quatro municípios pertencentes à primeira Região de Saúde do Ceará, o projeto-piloto intitulado “Governança da Gestão do Trabalho em Saúde”. Essa proposta tinha por finalidade implementar a metodologia do dimensionamento da força de trabalho em saúde e, assim, diagnosticar a capacidade física existente e necessária na Rede de Atenção à Saúde daquela região. A pesquisa foi realizada a partir de dados primários e secundários disponíveis nos sistemas de informação nacionais e nos pontos de atenção priorizados. Com base nesses dados, efetuou-se a análise dos processos de trabalho.

Tendo em vista que a metodologia utilizada propõe, entre outras ações, uma intervenção em serviço alicerçada nos princípios básicos do construtivismo, realizou-se a formação de trabalhadores e gestores das secretarias municipais e estaduais de saúde para implantação da ferramenta de dimensionamento da força de trabalho em saúde nos municípios selecionados. Sabemos que essa metodologia evidencia, de forma objetiva e privilegiada, elementos estratégicos para a gestão do trabalho em saúde. cremos, ainda, que, num futuro próximo, por meio da disseminação de seu uso, teremos acesso ao alcance, à abrangência e às potencialidades de sua prática.

Dado o protagonismo do trabalhador no processo de produzir saúde, o dimensionamento de profissionais assume função central e estruturante na ação de planejar serviços na área de saúde, em especial, da saúde pública. Não obstante, o dimensionamento da força de trabalho no Sistema Único de Saúde ainda é um processo recente e que não foi explorado em todas as capacidades e limites de alcance, seja no campo do planejamento, seja nas demais funções de gestão.

É nesse contexto que metodologias inovadoras de dimensionamento da força de trabalho em saúde no SUS se constituem em ferramenta robusta que dialoga com elementos presentes no funcionamento dos serviços de saúde, das práticas e das cenas do cotidiano dos profissionais. Essas metodologias proporcionam conteúdos privilegiados para discussão entre gestores e trabalhadores e permitem a análise e a compreensão de suas práticas e melhoria dos resultados por elas gerados.

Para desenvolver o dimensionamento da força de trabalho de uma Rede de Atenção à Saúde já instalada e em funcionamento, que é o caso das capitais e das grandes cidades brasileiras, é necessário que se compreendam e se analisem as seguintes informações: dados do planejamento local, séries históricas de produção, potencial de produtividade e caracterização da força de trabalho em exercício, distribuição do uso do tempo dos profissionais por processo de trabalho e capacidade física instalada.

É nesse sentido que o material didático aqui apresentado aborda conteúdos relacionados ao dimensionamento da força de trabalho em saúde, que são relevantes no sentido de oferecer aos gestores uma aproximação a assuntos diretamente ou indiretamente relacionados, mas que sustentam toda a proposta metodológica de forma clara e sintética. O material não explora os enunciados de forma exaustiva, mas aborda os temas com vistas a contribuir para que os gestores ampliem sua capacidade de

compreensão e análise dos contextos da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde e suas perspectivas.

No decorrer da leitura, os gestores poderão apreender a relevância do uso desse dispositivo para a consolidação e o fortalecimento do modelo de atenção à saúde com base no planejamento e no dimensionamento da força de trabalho na Rede de Atenção à Saúde.

Para melhor compreensão, explanamos determinados conceitos e concepções que sustentam a elaboração da metodologia, descrita de forma detalhada e didática para facilitar o entendimento e a realização dos cálculos para diagnosticar a necessidade da força de trabalho em saúde. Ademais, com vistas a ressaltar a importância da adequada capacidade física dos serviços de saúde em quantidade de espaços e ambiência, de forma a compatibilizar com a alocação necessária de profissionais, equipamentos e ações ofertadas, explicamos também o planejamento arquitetônico.

Por fim, longe de esgotar a diversidade e a profundidade de assuntos e áreas da gestão do trabalho envolvidos na ação de dimensionar força de trabalho em saúde, propomos dar a ideia da amplitude, da complexidade e da potencialidade do tema. Destacamos a relevância de se apropriar e considerar a percepção e a experiência dos gestores e dos trabalhadores de cada localidade, bem como a cultura organizacional das instituições, para que se dê sentido e sequência a qualquer resultado obtido pelo processo de dimensionamento da força de trabalho em saúde. Além disso, há que se considerar o contexto próprio e particular que representa o campo da saúde como área de formação, atuação, pesquisa, geração de conhecimento, relações de trabalho e interações humanas.

CAPÍTULO I – CONCEITOS E PERSPECTIVAS DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

Maria Luiza Fonseca do Valle
Carla Novara Monclar
Maria de Guadalupe Nogueira Paranaguá de Santana
Josefa Maria de Jesus

Como ponto de partida para o entendimento do processo de Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde (DFTS) no Sistema Único de Saúde, faz-se necessária a reflexão sobre dois temas presentes no dia a dia de nosso trabalho: a gestão do trabalho em saúde e o planejamento estratégico da força de trabalho em saúde.

Em sua dimensão ontológica, o trabalho corresponde à criação humana natural, própria do ser humano, para prover a sua sobrevivência. O conceito de trabalho também é histórico e está relacionado à condição humana, portanto, inserido no contexto das relações sociais e de produção. O mundo de hoje encontra-se marcado pela relevância dos recursos utilizados para atender à necessidade dos seres humanos em seu ambiente de trabalho, que influencia fortemente o meio por sua atividade e é influenciado por este, como resposta a sua ação.

A atividade de quem trabalha deve ser pensada como um processo permanente de regulação e propõe, dentre outros objetivos, responder em forma de tarefas e de determinações situacionais, físicas, materiais, sociais e instrumentais. A visão e a consequente avaliação que o trabalhador faz do seu estado interno também podem ser consideradas uma determinante na sua atividade profissional.

Nesse sentido, é importante que se conheça o trabalhador e se estabeleça uma relação de mais proximidade entre os próprios trabalhadores e entre os trabalhadores e aqueles que estão na gestão, que também devem se ver – e serem vistos – como trabalhadores. Para discutir a Gestão do Trabalho em Saúde (GTS), é necessário considerar essas dimensões.

O modo 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. Nesse cenário, estão os trabalhadores da 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. São esses alguns elementos que fazem parte do processo de gestão da administração pública como um todo.

O conceito de gestão está diretamente relacionado à capacidade de organizar e administrar pessoas e recursos para atingir um fim pré-estabelecido. Segundo Dussalt (1992, p. 16), “a gestão da saúde, tem que ser orientada para o ambiente e adaptar-se às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais”.

Na saúde pública do Brasil, o tema da gestão do trabalho tem sido reconhecido, desde o início, como estratégico para a adequada gestão no SUS. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) foi e continua sendo um instrumento importante e um dos elementos centrais do Sistema Único de Saúde na obtenção de maiores possibilidades de operacionalização e gestão do sistema. Ela define as diretrizes para a gestão de pessoas no SUS, dando ênfase à Educação Permanente, à valorização dos profissionais e à gestão participativa como eixo estratégico para a qualidade das ações e dos serviços prestados à população (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

Nas organizações modernas, em especial, na área da saúde, o setor responsável pela gestão do trabalho está mais voltado para aqueles que dirigem e elaboram políticas institucionais voltadas para esse campo, sendo descoladas em muitos de seus aspectos, das necessidades e das condições de trabalho dos profissionais que ali atuam. Por vezes, não percebem que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade são, em grande parte, reflexos da forma e das condições em que estes estão inseridos e de como são tratados institucionalmente (MACHADO, 2000). 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, et al, 2004).

Além disso, para potencializar o objetivo de garantir uma atenção integral, resolutiva e humanizada, é necessário o envolvimento de usuários, trabalhadores e gestores. “O sucesso de qualquer organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada um dos seus integrantes” (SANTANA, 1993, p. 388). No mesmo sentido, Valle e Xavier (2018) entendem que o trabalhador é o elemento principal do Sistema Único

de Saúde. Ele é o protagonista da ação em saúde, desde o atendimento básico até os níveis de maior exigência tecnológica.

Ressaltamos ainda que o usuário está cada vez mais consciente das suas necessidades de saúde e mais exigente quanto às ofertas que devem estar disponíveis para atender aos seus interesses de saúde. Esse aspecto exige alterações de mentalidade, culturas e processos, transformando o usuário na referência básica de todas as ações e motivações por mudanças. Dessa maneira, a qualidade de atendimento e resolutividade da saúde deve se constituir de elementos estratégicos na determinação das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde (SANTANA, 1993).

Portanto, as mudanças na gestão do trabalho em saúde requerem o enfrentamento da excessiva divisão do trabalho, exigindo a adoção de instrumentos e políticas capazes de enfrentar a influência excessiva de profissões – em detrimento de outras –, nas formas predominantes de organização do trabalho. Assim, são necessárias medidas de motivação e engajamento no trabalho, com ênfase na Educação Permanente e em reorganização dos processos e das rotinas de trabalho baseadas na cooperação e no trabalho em equipe (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Nos últimos anos, a valorização da gestão do trabalho decorre, entre outros aspectos, da crescente insatisfação e da percepção de ineficiência dos serviços de saúde e das fragilidades dos paradigmas administrativos. Estes não se organizam em perspectiva de integração e articulação de processos voltados à satisfação dos usuários do sistema de saúde. O sistema de produção de serviços e da organização do trabalho na saúde é complexo; envolve ações de múltiplos interesses e atores, atendendo às necessidades multidimensionais. O desempenho da organização envolve diversos profissionais que operam os serviços, e a excessiva fragmentação do trabalho torna ineficiente a coordenação, o controle e a integração dos múltiplos trabalhadores envolvidos na prestação de serviços (SANTANA, 1993).

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro faz uma descrição técnica e política da função do gestor do SUS, que também seria válida para o gestor do trabalho em saúde. 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. (RIO DE JANEIRO. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, 2016).

Nessa perspectiva, no âmbito da gestão federal do SUS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) propõe políticas para a Gestão do Trabalho em Saúde (GTS). Apoia-se, então, no conceito de que a Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do Sistema Único de Saúde. Desse modo, o trabalhador é reconhecido como “sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012, p. 23).

Na Gestão do Trabalho em Saúde, “o trabalhador não é um insumo adicional, que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infraestrutura para produzir serviços” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014, p. 13). Não obstante, reiteramos que as políticas propostas pela GTS vêm ao encontro dos anseios dos profissionais da área. Nesse sentido, dialoga com os princípios fundantes do Sistema Único de Saúde, fortalecendo o processo e as relações de trabalho. Assim, o trabalhador é considerado como sujeito imprescindível para atingir a melhora da qualidade nos serviços de saúde.

Ademais, as principais finalidades da produção de serviços públicos de saúde – prevenção e resolutividade – parecem não se constituírem, na prática, em fatores determinantes da organização e do funcionamento do sistema. Dessa forma, é preciso que as mudanças na organização da produção de serviços e do trabalho sejam conduzidas pelos princípios de eficiência e resolutividade.

Para que se cumpra a razão primeira da instituição de saúde, é importante que o gestor atenda às necessidades de saúde da população com economicidade, eficiência, eficácia e efetividade. Nessa linha, requer planejamento estratégico, execução e controle da gestão em saúde, promovendo maior coordenação de políticas públicas. Dessa maneira, a governança pode contribuir com os gestores na condução dos processos, uma vez que o setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão. Com vistas a conduzir as políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade, a governança se ocupa de avaliar a situação, determinar a direção, monitorar os

acontecimentos e ainda acompanhar se a direção determinada está sendo seguida (BRASIL. Tribunal de Contas da União, 2018 p. 15).

O processo de avaliação e monitoramento busca ampliar a autonomia e o protagonismo de todos os envolvidos e tem por finalidade respaldar as políticas públicas de governança, voltadas à transformação da realidade, partindo dos pressupostos da eficiência, da eficácia e da efetividade. O monitoramento consiste em acompanhar sistematicamente o desenvolvimento de metodologias e também propiciar uma reflexão crítica referente aos processos, por meio de indicadores, para verificar o alcance dos objetivos e registrar regularmente as observações. Pretende, também, produzir informações estratégicas para a gestão do trabalho em saúde e aprimoramento do SUS.

Logo, a avaliação e o monitoramento são atividades permanentes, representam uma medida de valor atribuída em função da interpretação dos resultados obtidos e indicam o grau de adequação, significado e utilidade desses resultados em relação ao que se deseja avaliar. Alicerçados nessas evidências, necessitamos desenvolver ações referentes à gestão e ao planejamento estratégico da força de trabalho com foco na qualidade do cuidado prestado aos usuários.

Salientamos, ainda, que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), dentre outros propósitos, elabora políticas públicas voltadas para a melhoria da eficiência dos serviços. Por meio do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS), vem investindo na implementação da ferramenta estratégica de dimensionamento da força de trabalho em saúde. Destaca-se o objetivo de contribuir para o fortalecimento da governança da gestão do trabalho em saúde e para a qualificação das redes de atenção. Assim, identifica a força de trabalho e a capacidade física existentes e necessárias nos níveis de atenção à saúde.

O ponto de partida consiste na centralidade do usuário e no conhecimento da demanda por serviços de saúde, considerando as influências dos mapas e os perfis ambientais, socioeconômicos e epidemiológicos. Outro aspecto importante é o levantamento da oferta dos serviços que já são prestados e da força de trabalho (categorias, perfil, quantidade, jornadas e ponto de atenção), além da infraestrutura (instalações e equipamentos), utilizada para a execução desses serviços nos mais distintos territórios. O cruzamento dos dois diagnósticos (oferta e demanda) indicará a real necessidade de todos

os serviços da atenção distribuídos por território e a adequada distribuição da força de trabalho para a execução desses serviços.

É nesse contexto que o planejamento e o DFTS na Rede de Atenção à Saúde apresentam a importância da saúde como uma questão de cidadania, dentre elas, a possibilidade de reflexão de saberes e práticas para repensar os determinantes sociais em saúde a partir do usuário. Por conseguinte, incorpora estratégias para construir, monitorar e avaliar as políticas públicas.

Entretanto, a construção do dimensionamento da força de trabalho não é um processo automático e linear. É uma construção social, envolvendo relações e processos de trabalho, subjetividades e interesses coletivos e corporativos de toda a cadeia de produção. Entre outras, o consumo dos serviços (usuários, gestores e profissionais de saúde, produtores de serviços, insumos, equipamentos e medicamentos) exige permanente processo de pactuação e negociação. Os princípios condutores de todo esse processo, então, devem ser a melhoria na qualidade da atenção e da resolutividade dos problemas de saúde da população, a otimização dos recursos públicos e a valorização do trabalho em saúde.

Portanto, quando falamos de Gestão do Trabalho em Saúde, há em mente uma correlação de diferentes dimensões referentes ao planejamento e à gestão. Evidenciamos aqueles que possibilitam a formação, a distribuição, a vinculação, a proteção social e a qualificação, ou seja, a regulação da força de trabalho no setor.

Nesse sentido, para que essa regulação aconteça, o DFTS na Rede de Atenção à Saúde é um potente instrumento de gestão do trabalho. Essa ferramenta contribui para nortear e dar maior amplitude ao planejamento estratégico da força de trabalho em saúde nas secretarias municipais e estaduais de saúde. Além disso, contribui na qualificação das práticas em gestão do trabalho, a partir de indicadores epidemiológicos, sociais e assistenciais, e podem orientar a composição das equipes de saúde de acordo com as necessidades reais dos usuários do SUS nos territórios de abrangência dos serviços de saúde.

Entre as possibilidades que o DFTS oferece, estão a identificação do número de trabalhadores necessários para a composição das equipes e as análises comparativas entre a força de trabalho necessária e a existente. Concede, ainda, dados estratégicos que auxiliam a gestão dos serviços de saúde no planejamento para a contratação e a alocação

de trabalhadores. Ademais, permite a previsão de gastos com pessoal, a identificação e a previsão da estrutura física e de equipamentos necessários. Faculta aos gestores apropriação sobre as fontes de financiamento disponíveis e identifica as necessidades de qualificação dos profissionais e dos gestores que atuam na Rede de Atenção à Saúde, articulando-se com a Educação Permanente em Saúde, conseqüentemente, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH/Ministério da Saúde**. - 2. ed., rev. e atual., 2 reimpressões. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_NOB_2003.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. **Painel de indicadores do SUS: gestão do trabalho em saúde**, v. 6, n. 9, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/314188/>. Acesso em 27 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. - 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf. Acesso em 27 maio 2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Controle Externo da Saúde. **Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde**. Brasília, DF: Tribunal de Contas da União, p. 11-20, 2018. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/0A/52/94/E4/5F3F561019190A56E18818A8/GUIA%20GOVERNANCA%20EM%20SAUDE_WEB.PDF. Acesso em 22 maio 2020.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 133-146, jul./ago. 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6295>. Acesso em: 17 maio 2020.

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

RIO DE JANEIRO. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. COSEMS-RJ. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “diálogos do cotidiano”/ CONASEMS**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/manual-doa-gestora-municipal-do-sus-dialogos-no-cotidiano/. Acesso em: 28 maio 2020.

SANTANA, J.P.A. **Gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta**. Cadernos RH Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. v. 1, n. 3, p. 387-400, 1993. Disponível em: <http://www.observatoriorh.ufrn.br/uploads/e9f59add9727fe856f2a5b4ee9e05f65.pdf>. Acesso em 27 maio 2020.

VALLE, M. L. F.; XAVIER, E. A. Gestão do trabalho em saúde. *In*: POSSA, L. B.; TREPTE, R. F. (org). **Planejamento e dimensionamento da força de trabalho para os serviços pré-hospitalares fixos e hospitalares de urgência e emergência: desenvolvimento de metodologia**. 2 ed, Porto Alegre: Editora Rede Unida, p. 13-19, 2018. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/dimensionatrabalho/menu/material-didatico/>. Acesso em 27 maio 2020.

CAPÍTULO II – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA FORÇA DE TRABALHO NO SUS: UM DISPOSITIVO PARA CONSOLIDAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Gislene Henrique de Souza
Desirée dos Santos Carvalho
Maria Cecília Brandt Piovesan

O Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde (DFTS), como demonstramos no Capítulo I, é uma importante ferramenta da Gestão do Trabalho em Saúde para buscar avanços em relação à composição de equipes que auxiliem na superação da fragmentação do trabalho em saúde e que qualifiquem o atendimento das necessidades de gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, o DFTS deve ser considerado um processo que pode instrumentalizar o planejamento das instituições de saúde, em especial, das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, maiores responsáveis pela execução das ações e dos serviços de saúde nos territórios. Vamos explorar, aqui, as potências desse processo quando planejado estrategicamente.

Consideremos, simplesmente, que planejar é preparar a ação, estabelecer um plano antecipadamente, e que estratégico se refere a avaliar a realidade usando informações para escolher as alternativas que nos dariam maiores chances de chegar ao cenário desejado. Portanto, nesse caso, planejar estrategicamente significa que o DFTS não será meramente quantificar número de trabalhadores. Contudo, principalmente, projetar a força de trabalho necessária para a realização das ações e dos serviços de saúde que viabilizam a organização da Rede de Atenção à Saúde.

Assim, antes de refletirmos especificamente sobre o plano, precisamos entender um pouco mais sobre a organização da Rede de Atenção à Saúde, enquanto cenário das práticas dos trabalhadores em saúde e objetivo a ser alcançado no SUS.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O SUS constitui-se pelo arranjo de ações e serviços de promoção, recuperação e proteção da saúde, sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) “onde a integralidade da assistência se inicia e se completa” (BRASIL, 2011, p. 04).

A RAS visa promover a integração sistêmica dessas ações e desses serviços por intermédio de “provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017, p. 09).

Entretanto, vale destacar, como centro da RAS e razão primeira de ser de todo processo organizativo, o usuário, no contexto do espaço territorial. Para tanto, é importante haver coerência entre a oferta de serviços e as suas necessidades de saúde, assegurando um conjunto de ações e serviços que necessita, de forma contínua, em todos os níveis, de atenção.

Nesse sentido, a RAS emerge como forma de

satisfazer as necessidades da pessoa no cuidado com a sua saúde, de modo a criar um itinerário sanitário racional e identitário, sem obstáculos burocráticos, com economia processual e temporal, racionalidade nos gastos e nos exames de apoio diagnóstico, entre outros elementos (Santos, 2017, p. 1288).

Considerada uma forma de consolidar o modelo de atenção, na perspectiva de superação das fragmentações do sistema e da produção de impactos positivos na saúde da população, a RAS se organiza por regiões de saúde. Mais, deve articular os diferentes pontos de atenção à saúde de forma inovadora, estruturando-se em níveis de atenção, classificados conforme a densidade tecnológica predominante, “variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde)” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017, p. 13).

Quer saber mais sobre
as diretrizes da RAS?
[Clique aqui.](#)

A Atenção Primária à Saúde (APS), é caracterizada como o primeiro nível de atenção, o centro de comunicação da RAS e coordenadora do cuidado, podendo ser desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, próxima à vida das pessoas, onde são

ofertados os cuidados que resolvem os problemas de saúde mais frequentes. Sendo assim, entendida como o primeiro nível de atenção, o centro de comunicação da RAS e coordenadora de todos os pontos de atenção.

Considerando os diferentes pontos de atenção no sistema de cuidado em saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar. Estes se diferenciam pela exigência de maior densidade tecnológica, isto é, densidade intermediária entre os níveis de atenção, articulados de forma complementar.

O nível terciário de atenção à saúde fornece atendimento de alta densidade tecnológica, sendo formado, em especial, por hospitais de grande porte. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como oncológicos, transplantes e partos de alto risco.

Os pontos de atenção à saúde são “espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde”, igualmente relevantes para o sistema, e se relacionam de forma horizontal, diferindo entre si apenas pela densidade tecnológica. Podem ser unidades básicas de saúde, domicílios, centros de apoio psicossocial, hospitais, entre outros (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017, p. 09).

Considerando que utilizaremos, no decorrer dos próximos capítulos, o termo de estabelecimento como outro significado de espaço no qual são realizadas as ofertas de saúde, é importante destacar a diferença entre ele e o ponto de atenção. As normativas do SUS definem que o “Estabelecimento de Saúde é o espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica” e os classificam conforme grupos de acordo com sua atividade principal ou predominante: assistência à saúde, vigilância em saúde, gestão da saúde ou outras relacionadas à saúde humana (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a, p. 112). Dessa forma, um mesmo estabelecimento, como hospitais, por exemplo, pode abrigar mais de um ponto de atenção: a unidade de cirurgia ambulatorial, a maternidade, a emergência e outros (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017, p. 09).

Ponderam-se as dificuldades de um modelo organizacional único para todos os pontos e estabelecimentos, porém existe um conjunto de atributos essenciais para o funcionamento da RAS. Entre eles, podem ser destacados: população e território definidos; sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; gestão baseada em

resultados. Também, recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).

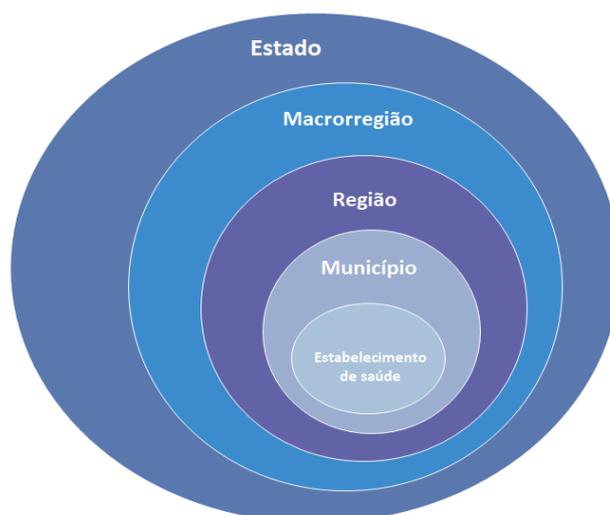
A partir dos pressupostos acima, é necessário que seja repensado como um dispositivo e elemento essencial na integralidade do cuidado, para a consolidação da RAS, o complexo processo de planejar estrategicamente a força de trabalho.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

A gestão estratégica da força de trabalho pressupõe que o planejamento da necessidade de pessoal e todas as políticas relacionadas estejam pautadas na governança institucional. Para tanto, espera-se que a organização adote mecanismos de governança como a formulação do seu alinhamento estratégico, compondo-se de missão, visão e valores, bem como seu planejamento estratégico. É necessário que cada serviço dentro da organização possua sua missão clara desenhada e pactuada com os profissionais, visto que será o desempenho desses profissionais, no cumprimento da missão de suas áreas, que fará com que a organização alcance sua missão maior.

Quando nos referimos à gestão e ao planejamento estratégico da força de trabalho no SUS, devemos considerar a governança desse sistema e seu processo de planejamento. Estes devem compor o planejamento estratégico dos três níveis de gestão: Federal, Estadual e Municipal, dos quais desdobram o Plano Nacional de Saúde, o Plano Estadual e o Plano Municipal de Saúde. Tais planos buscam responder às necessidades de saúde da população, subsidiando a organização da Rede de Atenção à Saúde em determinado território.

Considerando que as ações e os serviços chegam à população por meio de estabelecimentos de saúde, estes, nesse contexto, são a menor célula na oferta de atenção à saúde dessa população.



Assim, o planejamento estratégico de um estabelecimento de saúde, deverá buscar responder as suas demandas locais em articulação com os objetivos e as metas a eles direcionados no plano maior do território ou onde estiver inserido. Este, por sua vez, deve considerar o Plano Nacional de Saúde.

[Clique aqui para assistir o vídeo o “Zoom do Galo” para uma melhor compreensão dessa visão integrada.](#)

No caso de um estabelecimento de atenção hospitalar no SUS, por exemplo, uma missão possível seria: “ofertar cuidado hospitalar humanizado, em tempo oportuno, de acordo com a necessidade dos usuários”. Cada serviço que compusesse esse estabelecimento, com sua missão, apoiaria a unidade a alcançar esse propósito maior. Desse modo, os objetivos e as metas do planejamento estratégico do estabelecimento estariam direcionados ao componente de atenção hospitalar do município e/ou da região de saúde a qual ele pertence.

É importante descartar, no entanto, que quem torna as metas e as ações delas desdobradas efetivas, no âmbito dos estabelecimentos, são os trabalhadores. Assim, os profissionais precisam estar envolvidos desde a formulação da missão da instituição, bem como de seu planejamento estratégico, ao operacional.

Os objetivos do estabelecimento precisam estar bem definidos e explicitados.

Cada pessoa do estabelecimento de saúde deve compreender o seu papel, sua posição e importância para o alcance dos objetivos organizacionais. Cada meta e cada objetivo do estabelecimento devem ser desdobrados em metas e objetivos de nível individual ou de equipes dos serviços (SCHIKMANN, 2015, p. 10).

Esse percurso é fundamental para promover um efetivo entendimento e identificação dos profissionais com o estabelecimento de saúde, tendo em vista que propicia uma melhor compreensão do papel desse estabelecimento no contexto do atendimento das necessidades de saúde locorregionais, levando os indivíduos ao maior envolvimento e engajamento com seus objetivos.

Para Schikmann (2015), o engajamento dos profissionais poderá ser assegurado também por meio da:

- formulação e do alinhamento das políticas e das ações de gestão do trabalho aos objetivos estratégicos organizacionais;
- construção do planejamento necessário ao alcance da missão e visão, incluído todos os níveis da organização, do estratégico ao operacional.

Outro requisito essencial apontado pela autora é aquele relativo às competências. Ela afirma que é essencial dotar os estabelecimentos das competências necessárias para atingir os objetivos estratégicos definidos. “É a combinação das competências existentes do indivíduo e das equipes, por consequência, também no nível da organização, que forma um conjunto exclusivo adequado a um determinado contexto organizacional” (SCHIKMANN, 2015 p. 12). Sabe-se que, por diversos motivos, este é um dos grandes desafios dos estabelecimentos de saúde no SUS, por diversos motivos.

Outras práticas fundamentais para uma gestão estratégica de pessoas são: a comunicação horizontal, as práticas de gestão compartilhada e a efetivação das ações de educação continuada e Educação Permanente. Nesse sentido, o trabalhador se coloca no lugar de corresponsável pelo alcance da missão do estabelecimento, pois sente-se responsável por sua parte no plano maior de atender às necessidades de saúde dos usuários do SUS, seja em que nível de atenção estiver.

Dessa maneira, abordaremos, neste material, o DFTS para estabelecimentos de saúde dos três níveis de atenção, a partir de informações sobre o território, os processos de trabalho e a missão ou a razão de existir de cada um, visando ao modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS na consolidação das RAS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, set. 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em 28 maio 2020.

REDES de Atenção à Saúde (RAS) - FOP UNICAMP. Produção: Gigli Testoni. Campinas, 2017. 1 vídeo (14 min 57 s). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=0N_9KKu15oM. Acesso em: 20 maio 2020.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1981-1289, abr. 2017.

SCHIKMANN, R. **Gestão estratégica de pessoas e planos de carreira, Módulo I: gestão estratégica de pessoas**. ENAP, p. 5-17, Brasília, 2015.

ZOOM. Direção e produção: Istvan Banyai. Produtora: Tim Empringham. Canadá, 1995. 1 vídeo (5 min 57 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JMhUujrN4iU>. Acesso em: 22 mai. 2020.

CAPÍTULO III – PRESSUPOSTOS E CONCEPÇÕES APLICADAS NO PROCESSO DE DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Waléria Cristina Sandim
Acácia Cristina Marcondes de Almeida Spirandelli
Júlio Cesar de Moraes

Como vimos anteriormente, o Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho é uma robusta ferramenta para a construção das redes e a consolidação do modelo de atenção à saúde. As metodologias de dimensionamento da força de trabalho em saúde (DFTS) apresentadas neste material estão baseadas num modelo centrado nas necessidades de saúde das pessoas, que são afetadas pelas condições do território e pela situação em que vivem.

Partindo da premissa de que toda e qualquer atividade humana está impregnada de sentido e significados, apresentamos, aqui, os pressupostos das metodologias que você verá nos próximos capítulos. Vamos detalhar também como entendemos e utilizamos os conceitos e os termos que estão ao longo de todo o material.

NECESSIDADES DE SAÚDE

O processo saúde-doença está relacionado a fenômenos complexos que incluem fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais. O que se coloca em questão é a própria suficiência da utilização e da análise de indicadores socioepidemiológicos na explicação da situação de saúde da população. Destaca-se que, quanto maior a capacidade explicativa de fenômenos que interferem no estado de saúde, maior será a capacidade de formular alternativas de solução para os problemas e as necessidades de saúde da população (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2007).

O grande desafio consiste em conceituar essa necessidade de saúde e colocá-la em prática. A taxonomia adotada por Cecílio (1999) e Matsmoto (1999) ressalta que as necessidades de saúde podem ser apreendidas, de forma bastante completa, organizadas em quatro grandes conjuntos de necessidades. O primeiro conjunto diz respeito a ter boas condições de vida, seguido da necessidade de ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. Um terceiro conjunto de necessidades diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional. Um quarto e último conjunto de necessidades diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida.

Nessa linha de definição, as necessidades em saúde não expressam somente demandas médicas, doenças, sofrimentos ou riscos. Revelam também carências e vulnerabilidades que refletem estilos de vida e identidades, expressos no que é necessário para se ter saúde e que envolvem condições necessárias para o gozo da vida (HINO *et al.*, 2009; PAIM, 2006). Não se restringem às demandas biológicas, tampouco podem ser consideradas como individuais e isoladas (BREILH, 1991).

Sob essa perspectiva, as necessidades devem estar articuladas às necessidades sociais, que são heterogêneas e originam-se da reprodução da vida em sociedade (BARROS; CHIESA, 2007). Embora sejam determinadas e construídas socialmente, podem ser apreendidas em sua dimensão individual, expressando uma relação dialética entre o indivíduo e a sociedade (STOTZ, 2003).

O cuidado em saúde deve ser planejado considerando as necessidades e os serviços de saúde, os quais devem estar preparados para lidar com elas. Assim, torna-se necessário compreender os significados sobre sua natureza na interseção dos sujeitos implicados – nos momentos da produção e do consumo da saúde – de forma a buscar promover a autonomia dos sujeitos. (NAKAMURA *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, os serviços de saúde têm como finalidade atender às necessidades de saúde da população, observando que tanto necessidade quanto saúde são fenômenos complexos que mudam ao longo da história humana. Em cada sociedade, portanto, são conceitos relativos, dependem de quem, como e quando são definidos (FRANCO *et al.*, 2012).

Percebemos, com isso, que é imprescindível também um olhar para onde vivem as pessoas, visto que um entendimento das características de saúde na comunidade e de seus recursos disponíveis fornece uma forma mais complexa de avaliar essas necessidades. (REICHERT *et al.*, 2016).

VULNERABILIDADE

O conceito de vulnerabilidade, hoje incorporado ao repertório teórico-metodológico em saúde, pode ser resumido como “o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais” (MEYER *et al.*, 2006, p. 1339 apud AYRES *et al.*, 2003, p. 123).

Então, não se pode compreender a situação de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade sem levar em conta a vulnerabilidade a que estão submetidos. Deve-se considerar que as relações com o meio físico, psíquico, social, político, econômico, cultural, ambiental de um território ou de uma sociedade estão diretamente correlacionados ao processo saúde e doença. Leva-se em conta também que esses diferentes indivíduos estão inseridos em diferentes territórios, apresentam diferentes necessidades e têm diferentes visões de mundo e de como caminhar na vida.

Partindo da concepção de que vulnerabilidade é uma abordagem do território, é necessário entender e reconhecer o contexto territorial, em todas as suas dimensões, relacionadas ao indivíduo, à família e à comunidade. Dessa forma, possibilita análises diversas e complexas na relação dessas características, considerando as singularidades na formação da realidade social desse território, a maior suscetibilidade ao adoecimento e os recursos de proteção existentes.

Para Meyer e colaboradores (2006, p. 1339), essas diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos), além do componente individual, trazem mais dois componentes: o social e o programático ou institucional. Estes nos permitem analisar “vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições?”.

Quando analisamos o componente social, podemos identificar inúmeros indicadores para diferenciar essas distintas condições de acesso a informações ou recursos materiais. Cançado (2014) traz que a vulnerabilidade social caracteriza a condição de grupos de indivíduos que estão à margem da sociedade. Isto é, pessoas ou famílias que estão numa condição de fragilidade da situação socioeconômica. Já o componente programático ou institucional faz a conexão dos outros dois, levando-nos a analisar como as instituições se organizam no sentido de atender esses sujeitos em suas necessidades.

Articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem, apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade, priorizam análises e intervenções multidimensionais. Parte-se do princípio de que “as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas” (MEYER *et al*, 2006, p. 1340).

Nesse sentido, a vulnerabilidade tem uma importância singular no SUS, bem como na aplicabilidade para o DFTS, pois leva em consideração a centralidade no usuário, protagonista da sua vida, com necessidades singulares, sendo influenciado e influenciando fortemente o território que habita.

TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADE

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 subsidia a atuação na Rede de Atenção à Saúde, de forma que os serviços atendam à necessidade da população. Assim sendo, é importante compreendermos o que é território e territorialidade.

Segundo Milton Santos (1994), o território consiste em lugar com limites definidos, onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Dele fazem parte ambientes construídos e ambientes naturais, sendo, sobretudo, um espaço de relações de poder, informações e trocas.

A territorialidade é uma estratégia dos indivíduos ou do grupo social para influenciar ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando

o controle sobre uma área, e resulta das relações políticas, econômicas e culturais, assumindo diferentes configurações, criando heterogeneidades espacial, paisagística e cultural. É uma expressão geográfica do exercício do poder em uma determinada área – essa área é o território (SACK, 1986). Poderíamos dizer, então, que a territorialidade impacta na conformação dos territórios e, portanto, nos condicionantes e nas necessidades de saúde dos indivíduos e dos coletivos que nele vivem.

Ao longo deste material, abordamos território como unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS para execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, à promoção, à prevenção, à proteção e à recuperação da saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017). Os dados devem ser atualizados periodicamente ou sempre que necessário, pois o território está em movimento, é vivo e está em constante transformação, implicando as necessidades de saúde.

MODELO DE ATENÇÃO

O termo “modelo de atenção” se refere à forma como são organizadas as estruturas, a força de trabalho e as tecnologias usadas para responder às necessidades de saúde de uma população. Assim, o modelo de atenção à saúde expressa as concepções de saúde e doença e os valores sociais, culturais, técnicos e científicos de uma dada política, serviço ou sistema de saúde.

Ao longo da história, observamos mudanças no modelo de atenção, principalmente, relacionadas às transformações das concepções de saúde. Por exemplo, enquanto o objeto de uma concepção de saúde-doença pautada no fator biológico é o indivíduo e suas intervenções visam ao tratamento por meio de atenção médica, o modelo ancorado numa concepção ecológica tem como objeto as relações entre agente, hospedeiro e ambiente, organizando intervenções ambientais e intersetoriais para evitar doenças.

O Sistema Único de Saúde foi criado concebendo saúde como um direito de cidadania, produto de políticas sociais e econômicas que garantam a proteção, a promoção e a recuperação de saúde das pessoas e da coletividade, cujo dever é de organizar suas

ações e seus serviços em uma rede regionalizada e hierarquizada, obedecendo às diretrizes de descentralização, integralidade e participação comunitária (BRASIL, 1988, 1990). Diante desse cenário, o SUS estabeleceu diretrizes do modelo de atenção que deveria ser adotado no Brasil.

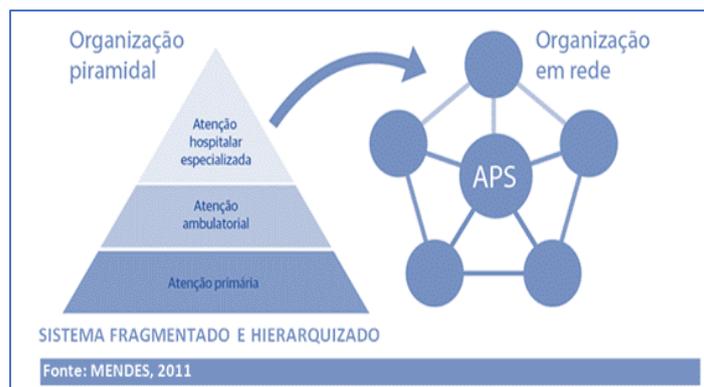
A atenção à saúde se constrói a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e participativa. Os reflexos sobre o processo saúde-doença são produzidos pelo envolvimento dos trabalhadores e dos usuários que produzem e conduzem as ações de saúde (MATTA; MOROSINI, 2009). Portanto, reconhecemos que o modelo de atenção à saúde não é afetado apenas pelas leis e normativas vigentes, mas, principalmente, pelas concepções, pelos interesses e pelas práticas dos grupos sociais que o operam (gestores e trabalhadores da saúde) e o demandam (usuários).

Consequentemente, ainda que o SUS tenha apontado para um modelo de atenção desde sua criação, múltiplos esforços são realizados constantemente para consolidá-lo, uma vez que, na prática, diversos modelos coexistem, em disputa, na organização do sistema e no interior de cada serviço de saúde.

O modelo de atenção que se pratica sofre críticas há muito tempo, em especial, no aspecto que o caracteriza como um sistema fragmentado e hierarquizado, tendo em vista que é organizado por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados uns dos outros, sem comunicação entre si, impossibilitando a continuidade do cuidado à população.

Cecílio, em 1997, já defendia um sistema pensado como um círculo, com múltiplas “portas de entrada” localizadas em vários pontos do sistema, e não mais em uma suposta “base”. A lógica seria o que fosse mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada (CECÍLIO, 1997).

Essa organização, observada no lado esquerdo da representação seguinte, precisa ser “substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde [...], em que se rompem as relações verticalizadas, conformando redes policêntricas horizontais” (MENDES, 2011, p. 84).



Ao reconhecer que o modelo de atenção à saúde vigente se mostrava insuficiente e as necessidades de superar fragmentação do sistema, o Ministério da Saúde, desde 2010, regulamentou a organização da Rede de Atenção à Saúde. Essa regulamentação orienta a construção de relações horizontais entre os pontos de atenção, com foco nas necessidades em saúde de uma população, considerando a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado. Propõe também a atenção contínua e integral, por meio de cuidado multiprofissional e do compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a). Atualmente, é desse modelo que falamos quando nos referimos à consolidação do modelo de atenção proposto para o SUS.

Desse modo, durante o processo de dimensionamento, orientamo-nos pelos princípios legais e pelo arcabouço normativo do SUS. Adotamos, ainda, concepções teórico-científicas como a de Mendes (2007), que afirma o Modelo de Atenção à Saúde como um sistema organizativo do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS). À vista disso, correlaciona seus componentes de acordo com as necessidades de um determinado território e tempo, considerando suas características demográficas, epidemiológicas e dos condicionantes de saúde.

CONCEITOS E TERMOS MAIS UTILIZADOS

A seguir, vamos apresentar uma série de conceitos e termos que são utilizados ao longo do material. Quando você avançar na leitura e encontrá-los em outros contextos, poderá revisá-los para recordar o que pretendemos dizer com cada expressão.

FORÇA DE TRABALHO

Consideramos força de trabalho o conjunto de trabalhadores que atuam em determinada equipe ou estabelecimento, independentemente do vínculo empregatício. Será descrita em horas e/ou representada em número de trabalhadores, conforme a carga horária.

Força de trabalho atual/contratada: vamos usar o termo para descrever o conjunto de trabalhadores que está atualmente contratado. Poderemos, ainda, classificar esses trabalhadores entre ativos e afastados, contabilizando quantos estão de fato à disposição para o trabalho naquele momento. É recomendado definir uma data-base, que seja próxima ou no período em que o dimensionamento está sendo realizado, para a consulta dos dados que serão considerados como atual. Dependendo da fonte, a data poderá ser um dia ou mês do ano. Por exemplo, para dimensionamento de um determinada USF, vamos considerar “força de trabalho atual” todos os trabalhadores que estiverem contratados no mês de julho de 2020.

Força programada ou planejada: vamos usar o termo para descrever o conjunto de trabalhadores que deveria existir no estabelecimento, conforme o dimensionamento realizado.

Carga horária ou jornada semanal: refere-se a quantas horas por semana o trabalhador tem contratadas ou planejadas.

Carga horária padrão: refere-se a um valor de horas semanais estabelecido como padrão para o dimensionamento de determinada categoria profissional ou equipe.

Número de trabalhadores conforme a carga horária: representa o total de horas contratadas ou planejadas divididas pela carga horária.

ABSENTEÍSMO

Absenteísmo é o termo usado para mencionar a ausência ao trabalho. As faltas, as licenças e as ausências do trabalhador para participar de eventos científicos e cursos, além de folgas, descanso semanal e férias, são fatores componentes da taxa de absenteísmo (PICCHIAI, 2009).

Haja vista que, nos serviços públicos, há diferentes legislações trabalhistas e políticas de gestão do trabalho e educação, o que confere diferentes direitos e benefícios aos trabalhadores, é necessário reconhecer a realidade de cada ente ou estabelecimento para que sejam conhecidas as taxas ou os percentuais de absenteísmo.

ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA

O Índice de Segurança Técnico (IST) indica o percentual de horas de trabalho a ser acrescido ao total dimensionado, visando a cobrir ausências regulamentadas ou não dos trabalhadores, como férias, faltas, atestados, licenças e outros. Dessa forma, busca reduzir implicações que a eventual redução da equipe ocasiona na qualidade e na quantidade dos serviços prestados aos usuários, especialmente, em unidades de funcionamento ininterrupto (MAEDA; COELHO JÚNIOR, 2006; DISTRITO FEDERAL, 2015; POSSA; TREPTE, 2018).

Vamos utilizar, ao longo do material, uma recomendação-padrão de 15%, considerando que, em pesquisa sobre parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais, Picchiai (2009) aponta que esse valor é um bom parâmetro para IST. Esse índice viabiliza apoio a substituições que podem ser resolvidas também com ajustes de escalas de trabalho, rotação de trabalhadores, organização de férias em períodos com menor demanda e diminuição de absenteísmo.

No entanto, segundo Maeda e Coelho Júnior (2006), o conhecimento da taxa de absenteísmo é o que determinará se o IST aplicado proporcionará o adequado preenchimento do quantitativo planejado para atender às necessidades do serviço.

Por isso, recomendamos que, nas suas experiências práticas, o percentual de IST seja definido a partir do conhecimento das especificidades do estabelecimento ou da unidade estudada, além de analisar as características de sua força de trabalho, seus regulamentos trabalhistas e suas políticas de gestão do trabalho.

EQUIPE, ÁREA OU LINHA DE CUIDADO

Esses termos têm conceitos e interpretações amplas. Vamos nos concentrar em explicar em como aparecerão na descrição das metodologias.

Equipe: considera o grupo de profissionais que compartilha o mesmo espaço e processo de trabalho, ainda que mantendo a especificidade de cada categoria profissional, concorrendo para um objetivo comum. Por exemplo, o agente comunitário de saúde, o técnico de enfermagem e o enfermeiro de uma Unidade da Saúde de Família compõem uma equipe que trabalha em conjunto para o cuidado de uma determinada comunidade.

Área ou Linha de Cuidado: considera o conjunto de equipes que se organiza para produzir cuidado em uma determinada área de atuação, estabelecendo fluxos e outras formas de integração que vise a um resultado comum. Algumas instituições seguem trabalhando na perspectiva de denominar áreas e outras têm avançado em processos mais articulados, de acordo com o modelo de atenção proposto para a RAS, e trabalham com Linhas de Cuidado.

Comumente, o conjunto que engloba as equipes do Bloco Cirúrgico, a Central de Esterilização de Materiais e a Sala de Recuperação de um hospital, por exemplo, é chamada de Área Cirúrgica. Já uma Linha de Cuidado Cirúrgico provavelmente envolveria essas mesmas equipes mais a Internação Cirúrgica, o Ambulatório e a Emergência do hospital, além de agregar outros estabelecimentos e pontos de atenção contemplados no itinerário do usuário desde a porta de entrada no sistema até o retorno, acompanhamento no seu domicílio.

Incentivamos que, sempre que possível, os dimensionamentos não se limitem à força de trabalho de apenas uma equipe, para que suscitem análises mais amplas por área, linha de cuidado e/ou do total do estabelecimento.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

O horário de funcionamento dos serviços de saúde está diretamente relacionado à força de trabalho necessária para desenvolver as atividades durante todo o tempo de funcionamento. Salientamos que, para efeito de cálculos, consideramos o total de horas que o serviço/estabelecimento permanece aberto, podendo ser contabilizado por dia ou semana.

POTENCIAL DE PRODUTIVIDADE

A partir da média de consultas ou procedimentos por hora estabelecidos para cada categoria profissional que atua nas diversas áreas da saúde, é possível realizar o cálculo quanto ao potencial de produtividade. É importante destacar que existem algumas literaturas indicando qual é a média de consultas ou procedimentos esperados entre as categorias profissionais. No entanto, a SMS é responsável por estabelecer, de acordo com suas diretrizes e legislações vigentes, essa média.

Lembramos que parte da jornada semanal dos profissionais será destinada às outras atividades que não estão diretamente relacionadas à assistência individual ou coletiva dos usuários (reuniões de equipe e capacitações). Dessa maneira, para efeito de cálculos, é necessário definir a quantidade de horas que serão destinadas para atendimentos aos usuários. Ao identificar qual o potencial de produtividade de cada categoria profissional, o gestor terá condições de avaliar e monitorar a produção esperada e a executada, fazendo os ajustes necessários.

CAPACIDADE INSTALADA

A infraestrutura de um estabelecimento de saúde deve estar adequada ao quantitativo de usuários que recebe, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde ali prestada.

Usaremos o termo “capacidade física instalada” para nos referirmos a estruturas, como salas e consultórios. No entanto, quando usarmos o termo “capacidade instalada”, ele poderá se referir a mais que a estrutura, pode abarcar as relações entre ela, a força de trabalho e os equipamentos. Por exemplo, a capacidade instalada para um serviço de saúde ofertar coleta de exames ginecológicos depende não só do espaço (consultório ou sala), mas também da ocupação dele por profissional durante o tempo de funcionamento e dos equipamentos adequados para coleta. Assim, se tivermos um consultório equipado e com um profissional disponível seis horas por dia em cinco dias da semana, se o tempo médio de consulta fosse uma hora, esse serviço teria capacidade instalada para realizar 30 exames por semana.

ÍNDICES DE UTILIZAÇÃO E PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS

A informação sobre utilização pelos usuários dos diversos serviços ofertados, bem como sobre a produção das equipes e dos estabelecimentos que realizam as ofertas, auxilia na tomada de decisão em relação à organização da assistência prestada nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Quando utilizados para dimensionamento e outras tomadas de decisão, sugerimos que sejam identificados atendimentos, consultas, exames e demais ações ou procedimentos registrados em prontuários ou sistemas e controles específicos dos serviços. E que sejam coletadas em séries históricas de, no mínimo, um ano, para evitar vieses relacionados à sazonalidade. Os dados encontrados nesses levantamentos auxiliam na seleção de parâmetros e indicadores que representem maior proximidade com a realidade local.

DADOS SECUNDÁRIOS E PRIMÁRIOS

Dados primários: são os dados levantados em fontes primárias, diretamente no estabelecimento/equipe ou na população pesquisada, mediante pesquisas, entrevistas e questionários. Ou seja, entende-se que os indicadores são baseados em dados primários se a fonte de dados foi criada para atingir um objetivo específico.

Dados secundários: são o conjunto de informações reunidas por outro indivíduo, equipe ou instituição durante um processo de pesquisa ou estudo. Ou seja, são dados já existentes (arquivados, registrados, processados ou publicados) em diferentes sistemas de informação, originalmente coletados para outros propósitos. Alguns exemplos de dados secundários são: livros, artigos, sites, sistemas de informação como e-SUS, CNES, SIM, SINAN, SIH, entre outros.

Para analisar a situação de saúde, inúmeros dados e de fontes diversas podem ser usados (SCHENDER; ANTUNES; SILVA, 2015). Podemos destacar os dados sobre população, dados socioeconômicos, dados ambientais, dados sobre utilização e produção de serviços de saúde e dados de morbidade e mortalidade.

Comumente, os dados são sistematizados em informações e expressos em indicadores, para que possam servir nas comparações com parâmetros ou entre realidades ou espaços de tempo.

[Para saber mais, clique aqui.](#)

Vejamos, então, o que são indicadores e parâmetros.

INDICADORES E PARÂMETROS

Indicador: é uma informação que explica uma relação entre variáveis numa determinada realidade. Por intermédio de indicadores, podemos realizar comparações com parâmetros estabelecidos (MATO GROSSO. Secretaria Estadual de Saúde, 2010).

Parâmetro: “é uma relação desejável entre variáveis”. Além dos parâmetros utilizados pela OPAS/OMS e pelo Ministério da Saúde, pode-se utilizar também como parâmetros as séries históricas e a comparação de indicadores entre realidades diferentes (MATO GROSSO. Secretaria Estadual de Saúde, 2010, p. 06).

Fazemos uso de parâmetros na prática cotidiana da área da saúde de diversas formas, podendo incluir desde a avaliação de indicadores de saúde de um território até o acompanhamento de usuários em atendimento. Por exemplo: a avaliação de melhora de um usuário adoecido pode ser a verificação da temperatura corporal utilizando um valor de 37° como parâmetro.

Para o DFTS, o parâmetro é também um dado necessário para valorizar ou analisar uma determinada situação. A partir do parâmetro estabelecido, conseguimos entender uma determinada circunstância ou ter uma perspectiva desta que pode ser usada para o planejamento.

Sugerimos que os valores de referências utilizados para os cálculos sejam escolhidos a partir de pesquisas realizadas para o estudo, normativas vigentes e observação de dados e informações relevantes, tais como as séries históricas e os processos de trabalho do serviço dimensionado.

No próximo capítulo, você começará a usar todos esses termos na prática. Vamos lá?

REFERÊNCIAS

BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidade de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. esp, p. 793-798, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 28 maio 2020.

BREILH, J. **Epidemiologia e economia, política e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CANÇADO, T. C.L.; SOUZA, R. S.; CARDOSO, C. B. S. Trabalhando o conceito de vulnerabilidade social. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XIX, 2014, São Pedro-SP. São Pedro. **Anais** [s.l.] São Pedro: ABEP, 2014, p. 1-21.

CECILIO, L. C. O. Programa UNI: una necesaria ampliación de su agenda. *In*: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, M.A. (org.). **La educación de los profesionales de la salud en latinoamérica: teoría e práctica de un movimiento de cambio**. Tomo I. São Paulo: Hucitec, 1999.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública** [online], v. 13, n. 3, p.469-478, jul./set., 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>. Acesso em 29 maio 2020.

DIFERENÇA entre dado e informação = conhecimento Direção e produção: Kio Novelletto, São Paulo, 2015. 1 vídeo (2 min 42s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KErUUZuyFsY> . Acesso em: 20 maio 2020.

DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão de Pessoas. **Manual de parâmetros para dimensionamento da força de trabalho SES/DF 2015**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/joomla/26ce381c2cea47887b2b13ef224ec99d.pdf>. Acesso em 28 maio 2020.

FRANCO, F. A.; HINO, P.; NICHIA, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem, **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 157-162, Rio de Janeiro, jan./mar. 2012.

MAEDA, S. T.; COELHO JÚNIOR, C. (org.). **Parâmetros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais**. Observa RH. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, p.1-175, 2006. Disponível em:
http://www.observarh.org/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/SES-SP/Parametros_planejamento.pdf. Acesso em 29 maio 2020.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Gestão da Informação em Saúde. **Manual de indicadores e parâmetros da saúde**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde, 2010.

MATSMUTO, N.F. **A avaliação do impacto do PAS ao nível de um centro de saúde**. 1999. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 1999.

MATTA, G. C.; MOROSINI, V. G. **Atenção Primária à Saúde**: dicionário da educação profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em 14 maio 2020.

MENDES, E. V. **Os modelos de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Mimeo, 2007

MENDES E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MEYER, D. E. E *et al.* "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1335-1342, jun, 2006.

NAKAMURA, E. E *et al.* O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 253-258, 2009.

PICCHAI, D. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais**. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

POSSA, L. B.; TREPTE, R. F. (org.) **Planejamento e dimensionamento da força de trabalho para os serviços pré-hospitalares fixos e hospitalares de urgência e emergência**: desenvolvimento de metodologia. 2.ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.

SACHS, I. **Espaços, tempos e estratégias de desenvolvimento**. São Paulo: Edições Vértice, 1986.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional, São Paulo: Hucitec, 1994.

SCHENDER, K. W. L.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Revista Saúde Sociedade**. São Paulo, v.24, n.1, p.61-71, 2015.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. **Problemas, necessidades e situação de saúde**: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2007. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39205>. Acesso em: 15 maio 2020.

STOTZ, E. M. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 17, n. 1, p.25-33, São Paulo, 2003.

CAPÍTULO IV – PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DOS ESTABELECIMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Elisabet Pereira Lelo Nascimento
Silvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona
Vânia Maria Corrêa Barthmann

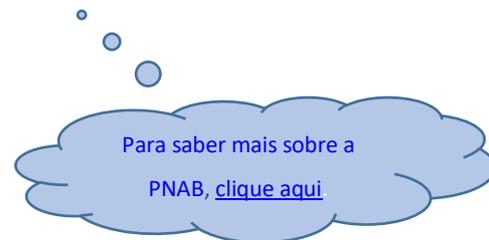
Como mencionado anteriormente, a Rede de Atenção à Saúde vem se estruturando e todas as iniciativas do Ministério da Saúde reafirmam a Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Em 20 de maio de 2019, pela primeira vez na história do país, foi criada uma Secretaria específica responsável pela Atenção Primária, mediante Decreto nº 9.795, com o compromisso de enfrentar desafios de ordem estruturante. À vista disso, elencamos ampliação do acesso da população às unidades de saúde da família, definição de um novo modelo de financiamento baseado em resultados em saúde e eficiência, definição de um novo modelo de provimento e formação de médicos para áreas remotas, fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe, ampliação da informatização das unidades e prontuário eletrônico (REIS, *et al*, 2019).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017, redefiniu um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo. Estas abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Com a Portaria de Consolidação nº 1, em 2017, revisaram-se os Parâmetros e Critérios Assistenciais para o Planejamento de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Dessa forma, assegurou aos gestores a definição dos parâmetros da atenção para as necessidades de saúde da população e o planejamento das ofertas em saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017; BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a).

Assim, para o enfrentamento desses desafios, um conjunto de diretrizes deve ser observado, no sentido de auxiliar as Regiões de Saúde e seus municípios a ordenarem suas

redes e garantir o acesso oportuno aos serviços. Uma série de publicações vem favorecendo reflexões pelos gestores e pelos trabalhadores na ampliação do horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. Essa orientação objetiva ampliar o acesso de modo mais oportuno e conveniente aos cidadãos. Ainda está em pauta a oferta de um conjunto obrigatório de ações e procedimentos, com fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF). E define claramente o papel de cada profissional, preservando os processos de cuidado compartilhado, por meio de uma “carteira de serviços de atenção primária”.

Tal processo pretende caminhar na direção de uma atenção de qualidade, com garantia da integralidade e continuidade do cuidado, a partir de evidências científicas da eficácia das tecnologias adotadas, levando em conta o padrão de desenvolvimento tecnológico, econômico e social do país (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).



Nesse contexto, descreveremos a metodologia do Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde (DFTS) para Atenção Primária considerando essas diretrizes, para assegurar a centralidade no usuário e os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Em princípio, o DFTS pode significar apenas um conjunto de números. Ou seja, dados estatísticos que indicam a necessidade de profissionais para repor aposentadorias, exonerações, demissões e ampliação de oferta de serviços prestados à população. No entanto, o conceito é bem mais amplo, dimensionar é uma estratégia de qualificação da gestão do trabalho em saúde e considera as necessidades de gestores, trabalhadores e usuários, realizando o planejamento estratégico da força de trabalho em saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

A metodologia desenvolvida no Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde, aqui apresentada, vem sendo utilizada e constantemente revisada, conforme às diferentes realidades. Neste material, discorreremos a versão atual que propõe uma intervenção em serviço ancorada nos princípios básicos do construtivismo. A premissa essencial é de que o

indivíduo é agente ativo de seu próprio conhecimento. Isto é, ele constrói significados e define sentidos de acordo com a representação que tem da realidade, a partir de suas experiências e vivências em diferentes contextos (AYRES, 2001).

Desse modo, o DFTS da APS deve ser entendido como um processo de planejamento contínuo de modo a garantir o quantitativo e o qualitativo de trabalhadores. Assim, garante o atendimento da demanda diária dos serviços de saúde, bem como das diversas necessidades de saúde da população. Isso posto, aqueles que se habilitarem a desenvolver essa metodologia de dimensionamento deverão se apropriar das especificidades do mundo do trabalho no campo da saúde coletiva. Isso pressupõe promover um diálogo com as práticas hegemônicas de produção do cuidado, problematizando-as na perspectiva de construir novos modos de produção.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a centralidade de qualquer ação deve ser o usuário com suas necessidades de saúde e o território que habita com as suas vulnerabilidades. É nesse cenário que propomos iniciar o desenvolvimento desta metodologia refletindo sobre quatro questões que julgamos ser norteadoras para todo o processo de elaboração do DFTS da APS. Segundo Nascimento e Carmona (2018 p. 01)

Para quem?

Identifica os usuários no território onde vivem, considerando-os como sujeitos históricos, ativos, inseridos num determinado lugar. E convivendo com os dilemas, os conflitos e com as contradições presentes na macro e na micropolítica da cidade (SANTOS, 2000). Usuários autênticos, dotados de necessidades e valores próprios, com situações de vida singular e dinâmica. A partir dessas definições é que classificamos a vulnerabilidade social dos territórios circunscritos pelas unidades de saúde.

O que oferecer?

Identifica os pontos de atenção nos territórios, sua distribuição nos níveis, e quais ações e serviços ofertam e/ou deveriam ofertar para atender as necessidades de saúde dos usuários. Considera assim, estes como centro das intervenções e práticas implementadas pelos trabalhadores em seu cotidiano, visando uma atenção mais humanizada e qualificada. Os indicadores epidemiológicos e as necessidades de saúde dos usuários podem variar desde as ações mais simples e concretas (consumo de medicamentos) até as mais complexas e subjetivas (violência domiciliar). E a equipe de saúde, independente dos arranjos organizacionais, deverá ter sensibilidade e capacidade para traduzir essas necessidades de saúde, oferecendo serviços da melhor forma possível (CECÍLIO, 2009).

Como fazer?

Identifica a articulação de estruturas e práticas e os arranjos organizativos e produtivos dos pontos de atenção onde são desenvolvidas as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Aqui analisamos a organização do processo de trabalho, a forma como será ofertada as atividades que são desenvolvidas nos serviços. Além dos fluxos estabelecidos e as atribuições dos cargos, considerando o trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional.

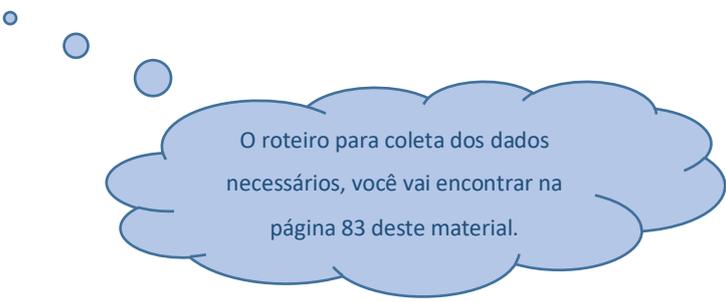
Quantos profissionais?

Identifica quais categorias e a quantidade de profissionais necessários para que a rede de atenção à saúde promova a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada aos usuários. Essa dimensão é quantitativa, baseada em cálculos matemáticos que trazem a distribuição formal de servidores por ponto de atenção, cargo e jornada semanal. Trata-se de identificar a quantidade de profissionais ou horas que serão necessários para atender com qualidade as necessidades de saúde dos usuários, a vista de oferecer aos serviços de forma organizada, integrada e resolutive. Ao responder essa questão, é possível realizar avaliação comparativa entre o quadro atual e o dimensionado.

CARACTERIZAÇÃO DO TERITÓRIO

Uma das premissas para elaboração desta metodologia é a definição de indicadores que sejam capazes de distinguir as vulnerabilidades de cada território. Segundo a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) – 2008, convencionou-se classificar os indicadores em seis subconjuntos temáticos: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura.

Sendo assim, para dar início aos cálculos do dimensionamento, é necessário caracterizar o cenário de prática. Isto é, o território, por meio da coleta de dados, definindo, assim, quantos e quais indicadores de saúde serão utilizados para classificar conforme as vulnerabilidades. Tendo em vista as especificidades epidemiológicas e sociais que interferem nas necessidades de saúde da população, será necessário identificar as taxas ou os percentuais relativos aos indicadores selecionados por Unidade de Saúde da Família (USF).



O roteiro para coleta dos dados necessários, você vai encontrar na página 83 deste material.

Descreveremos a metodologia por meio de seis passos que nos mostram como estratificar os territórios de acordo com suas vulnerabilidades a partir de indicadores selecionados por USF. Para isso, vamos criar um município fictício com suas unidades de

saúde, aqui denominada cidade Paraíso. Este é apenas um exemplo de como elaborar essa estratificação, lembrando que cada município deve definir os indicadores que melhor representam a sua realidade.

PRIMEIRO PASSO: DEFINIÇÃO DE INDICADORES

Os indicadores de saúde utilizados devem apresentar comprovada relevância e viabilidade de obtenção das informações em fontes confiáveis. A Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016, que dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores, relacionando as prioridades nacionais para o período de 2017-2021, aponta 20 indicadores universais e três específicos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2016). O município pode discutir e pactuar indicadores de interesse regional e/ou municipal conforme as necessidades e as especificidades. Nesse sentido, sugerimos que utilizem indicadores já pactuados pelo município. Como exemplo, utilizaremos mortalidade infantil, condições crônicas não transmissíveis, moradia e renda.

Vamos lembrar como calculamos esses indicadores?

Mortalidade infantil (n° óbitos de residentes com menos de um ano de idade \div n° nascidos vivos de mães residentes \times 1.000).

Condições crônicas não transmissíveis (n° de indivíduos de 18 anos ou mais de idade com DCNT referida \div n° de indivíduos de 18 anos ou mais residentes \times 100).

Moradia (n° de aglomerados subnormais – 51 ou mais unidades habitacionais \div n° de domicílios \times 100).

Renda (n° de chefes de família residentes com renda até três salários mínimos \div n° de chefes de família residentes \times 100).

SEGUNDO PASSO: PERCENTUAL E MÉDIA DE INDICADORES

Identificar a taxa ou o percentual de cada indicador selecionado por USF e as médias aritméticas simples. Esta é calculada somando-se todos os valores identificados e dividindo-se o resultado pelo número de elementos somados, conforme demonstrado na seguinte tabela.

Tabela 1 – PERCENTUAL E MÉDIA DOS INDICADORES SELECIONADOS POR USF.

USF	População Total	Taxa Mortalidade Infantil	Condições Crônicas Não-Transmissíveis %	Moradia %	Renda %	Média %
Formosa	8.745	26,7	12,1	20,3	38,6	24,4
Santana	7.908	19,8	12,1	18,1	32,5	20,6
Paraíso	9.187	14,6	14,6	17,2	28,4	18,7
São Vicente	12.354	10,4	21,6	16,6	17,2	16,5
Santa Lúcia	10.946	4,6	21,6	8,7	22,5	14,3
Americano	8.978	5,5	13,3	10,0	26,3	13,8
São Joaquim	12.585	3,4	26,1	6,0	19,5	13,8
Alvorada	7.569	10,2	9,8	15,9	15,8	12,9
Santo Antônio	10.104	6,7	14,9	15,2	14,0	12,7
Vila União	10.542	5,4	15,1	9,9	12,0	10,6
Suíço	9.143	5,0	13,4	9,0	10,5	9,5
São Benedito	10.677	3,2	18,9	5,5	7,0	8,7
TOTAL GERAL	118.738	115,5	193,5	152,4	244,3	14,7

Fonte: Elaborada pelas autoras.

TERCEIRO PASSO: ADSCRIÇÃO¹ DE USUÁRIOS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)/EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (EAP)

Com intuito de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e a resolutividade das equipes que atuam na APS, a PNAB recomenda que a população adscrita por eAP e eSF seja de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e as diretrizes da Atenção Primária. Todavia, além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária. Nessa perspectiva, os gestores locais, em conjunto com as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde e no Conselho Municipal de Saúde, têm “a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior

¹ Ressaltamos que as autoras reconhecem que o termo “adscrição”, etimologicamente, traz outro significado, porém, neste estudo, estamos utilizando na concepção apresentada na PNAB, 2017, no sentido de População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

ou menor do que o parâmetro recomendado (...)” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017, p. 12). Para exemplificar, utilizaremos três classificações de vulnerabilidades de USF, no entanto, poderiam ser quatro ou até cinco. Em seguida, efetuaremos a adscrição de usuários por eSF ou eAP, conforme demonstrado abaixo.

Vulnerabilidade baixa: 3.500 hab./eSF ou eAP
Vulnerabilidade média: 3.000 hab./eSF ou eAP
Vulnerabilidade alta: 2.500 hab./eSF ou eAP

QUARTO PASSO: CÁLCULO DA MÉDIA ENTRE OS INDICADORES

Identificamos a média entre todos os indicadores utilizados, conforme apontado na tabela 1 – “14.7”. Em seguida, dividimos pelo número de classificações definidas acima, em nosso exemplo – “3”. Dessa forma, encontramos o intervalo entre as médias dos indicadores selecionados.

Fórmula de Cálculo:

$14,7$ (média dos indicadores) \div 3 (número de classificações) = $4,9$ (intervalo entre as médias).

Identificar a menor média entre as USF e somar a média do intervalo encontrada sucessivamente.

Fórmula de Cálculo:

$8,7$ (menor média encontrada) + $4,9$ (intervalo entre as médias) = $13,6$ (primeiro recorte encontrado).

QUINTO PASSO: CLASSIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Sendo assim, veja como demonstramos na Tabela 2.

Todas as USF que possuírem média de indicadores **até 13,6 = Vulnerabilidade Baixa** (3.500 hab./eSF ou eAP).

Como a primeira classificação de média de indicadores definida foi de até 13,6 a segunda classificação deverá ser a partir de 13,7.

Fórmula de Cálculo:

13,7 (início da segunda classificação) + 4,9 (intervalo entre as médias) = 18,6 (segundo recorte encontrado).

Como nesse exemplo optamos por três níveis de classificação, obteremos a terceira classificação da vulnerabilidade das USF.

Todas que estiverem **acima de 18,6 = Vulnerabilidade Alta** (2.500 hab./eSF ou eAP).

Assim o intervalo entre a primeira e a segunda classificação será **de 13,7 a 18,6 = Vulnerabilidade Média** (3.000 hab./eSF ou eAP).

SEXTO PASSO: DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE ESF POR USF

Na sequência, de acordo com a vulnerabilidade e a adscrição, dividimos a população total da USF pelo número de usuários adscritos de acordo com a classificação das vulnerabilidades. Assim, encontramos a quantidade necessária de equipes por USF, como demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 - CLASSIFICAÇÃO DAS USF, ADSCRIÇÃO E DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES SF.

USF	População Total	Média Indicadores (%)	Classificação de Vulnerabilidade	Adscrição/Usuários	Nº Equipes
Formosa	8.745	24,4	ALTA	2.500	3,5
Santana	7.908	20,6	ALTA	2.500	3,2
Paraíso	9.187	18,7	ALTA	2.500	3,7
São Vicente	12.354	16,5	MÉDIA	3.000	4,1
Santa Lúcia	10.946	14,3	MÉDIA	3.000	3,6
Americano	8.978	13,8	MÉDIA	3.000	3,0
São Joaquim	12.585	13,8	MÉDIA	3.000	4,2
Alvorada	7.569	12,9	BAIXA	3.500	2,2
Santo Antônio	10.104	12,7	BAIXA	3.500	2,9
Vila União	10.542	10,6	BAIXA	3.500	3,0
Suíço	9.143	9,5	BAIXA	3.500	2,6
São Benedito	10.677	8,7	BAIXA	3.500	3,1
TOTAL GERAL	118.738	14,7	-	37.000	39,0

Fonte: Elaborada pelas autoras.

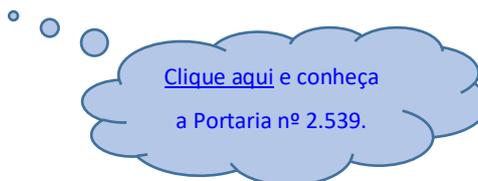
DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO NECESSÁRIA

Partindo do pressuposto de que os gestores de saúde enfrentam desafios crescentes referentes à necessidade de pessoal para responder à demanda de serviços de saúde, o planejamento do DFTS busca soluções para esse desequilíbrio. Para tanto, considera-se a especificidade do processo de trabalho em saúde, no qual a produção se dá, prioritariamente, por meio das relações entre trabalhador e usuário.

Na APS, a equipe da Saúde da Família é a estratégia prioritária de reorganização da Atenção à Saúde. Portanto, neste capítulo, trataremos do dimensionamento das Unidades de Saúde da Família a partir da vulnerabilidade de cada território. A eSF é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Também há equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e/ou técnico em saúde bucal, com a obrigatoriedade da

jornada de 40 horas semanais para todos os profissionais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).

Em 2019, por meio da Portaria nº 2.539, o Ministério da Saúde estabeleceu outro tipo de equipe referente ao atendimento à população, as equipes de Atenção Primária e as equipes de Saúde Bucal (eSB). Dentre as diferenças entre eAP e eSF, estão a composição – formadas minimamente por médico, enfermeiro e dentista – e a carga horária (de 20h ou 30h semanais) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2019).

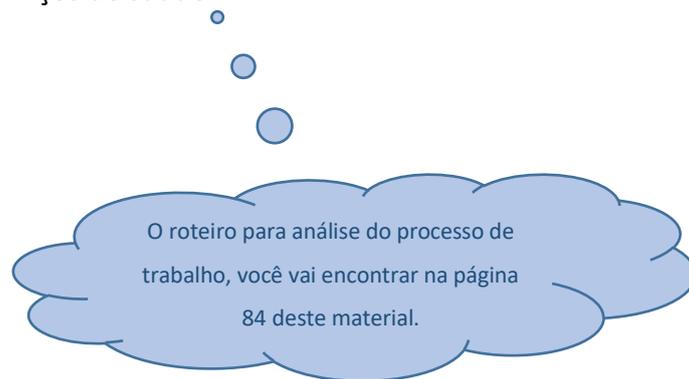


Recordamos alguns parâmetros que devem ser considerados no cálculo de cada categoria profissional da APS. Veja-os.

1. A partir da média de consultas ou procedimentos por hora estabelecidos para cada categoria profissional que atua nas diversas áreas da Atenção Primária, é possível realizar o cálculo quanto ao potencial de produtividade. Ressaltamos que existem algumas literaturas indicando a média de consultas ou procedimentos esperados entre as categorias profissionais. No entanto, a SMS é responsável por estabelecer essa média, de acordo com a legislação vigente, os protocolos e as diretrizes institucionais.
2. Parte da jornada semanal dos profissionais será destinada a outras atividades que não estão relacionadas à assistência individual ou coletiva dos usuários (reuniões de equipe e capacitações). Dessa forma, para efeito de cálculos, é necessário definir a quantidade de horas que serão destinadas exclusivamente para atendimentos aos usuários.
3. É importante definir o espaço-temporal que será utilizado para esse cálculo, que deve ser sempre de 12 meses. Também devemos considerar o período de 30 dias de férias do profissional a cada 12 meses trabalhados. Sendo assim, consideramos 11 meses ao efetuar os cálculos. Podemos, ainda, considerar outros afastamentos legais previstos de que o município tenha conhecimento e que julgue necessário incluir em seus parâmetros.

4. Devemos padronizar a média do número de semanas existentes por mês. Como um ano tem 52 semanas, dividimos por 12 meses, encontrando a média de 4,33 semanas no mês.

Um dos fatores que podem contribuir com a qualificação do DFTS é que possamos conhecer o processo de trabalho desenvolvido nos serviços do município, no sentido de entender a dinâmica de trabalho e a organização das equipes de saúde. Podemos, para isso, lançar mão de visitas *in loco* para compreender como essas equipes operam e como conseguem ofertar as ações e os serviços de saúde.



Partindo da necessidade de identificar a força de trabalho das categorias profissionais de saúde e da importância do planejamento do dimensionamento para gestores, trabalhadores e usuários e, ainda, considerando as especificidades de cada profissional nas equipes de saúde, em que os trabalhos são diferentes e essenciais na constituição e no desenvolvimento da atenção à saúde, apresentamos, abaixo, as principais características da força de trabalho de um município fictício, Paraíso, por categoria profissional.

MÉDICO

O médico da eSF, de acordo com os pressupostos orientadores da Atenção Primária, deve acolher os usuários e as famílias, buscando estabelecer vínculos e responsabilização pela atenção à saúde, integrado ao contexto do território, na lógica da construção do cuidado, de acordo com as necessidades de saúde da população. Conforme estabelecido pela PNAB, a carga horária semanal do médico deverá ser de 40 horas por eSF

(BRASIL. Ministério da Saúde, 2017). Dessa forma, multiplicamos o resultado do número de equipe de Saúde da Família por um profissional de 40 horas.

Fórmula de Cálculo:

USF Formosa - **8.745** (População total) ÷ **2.500** (vulnerabilidade alta) = **3,5** equipes.
3,5 (eSF) x **1** (profissional **40** horas) = **3,5** profissionais ou **140** horas de profissional médico.

Nesse caso, caberá uma definição da gestão municipal quanto ao resultado encontrado, já que não existe a possibilidade de cadastrar 3.5 eSF, ou trabalhamos com equipe ajustada para 4 eSF ou para 3 eSF. Para que seja feita essa escolha, é necessário analisar o espaço físico, as necessidades de saúde da população, o índice de utilização de consulta médica na unidade, a vulnerabilidade das microáreas das eSF, entre outros fatores que poderão subsidiar a tomada de decisão. Outro arranjo possível será por meio da eAP modalidade I, mantermos 3 eSF e colocarmos mais 20 horas do profissional médico.

Tabela 3 - RESUMO DIMENSIONAMENTO DE MÉDICOS.

USF	População Total	Nº de Equipes	Nº de Profissionais	Nº de Horas
Formosa	8.745	3,5	3,5	140
Santana	7.908	3,2	3,2	127
Paraíso	9.187	3,7	3,7	147
São Vicente	12.354	4,1	4,1	165
Santa Lúcia	10.946	3,6	3,6	146
Americano	8.978	3,0	3,0	120
São Joaquim	12.585	4,2	4,2	168
Alvorada	7.569	2,2	2,2	87
Santo Antônio	10.104	2,9	2,9	115
Vila União	10.542	3,0	3,0	120
Suíço	9.143	2,6	2,6	104
São Benedito	10.677	3,1	3,1	122
TOTAL GERAL	118.738	39,1	39,1	1.561

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Processo de Trabalho

Considerando a atuação do médico dentro da equipe, podemos utilizar a seguinte distribuição de jornada:

- 60% da jornada semanal dos médicos deve ser destinado para atendimentos individuais programáticos e de agudos na USF (BRASIL. Ministério da Saúde, 2019 e MURRAY, 2000)
- 40% da jornada dos médicos deve ser destinado para atividades coletivas na USF e no território, participação em reuniões de equipe, atendimentos domiciliares, ações educativas, capacitações, dentre outras atividades demandadas pelo serviço de saúde.

Essa definição é muito importante tanto do ponto de vista da organização das agendas e do atendimento aos usuários quanto para avaliar e monitorar a produção individual e por categoria profissional, facilitando a gestão do trabalho.

POTENCIAL DE PRODUTIVIDADE

Para a realização desse cálculo, é necessário, primeiramente, que seja definido qual percentual da jornada semanal dos médicos será destinado para atendimentos individuais programáticos e de agudos na USF. Em seguida, a definição da média de consultas médicas por hora de trabalho pactuada no município.

Em nosso exemplo, vamos utilizar o percentual de 60% da jornada semanal do profissional médico para atendimentos individuais e 40% para outras atividades, e a média de três consultas por hora. Lembrando que há recomendação que sejam de três a quatro consultas por hora na Atenção Primária (PERNAMBUCO. Conselho Regional de Medicina, 2005).

Fórmula de Cálculo:

40 horas/semanais x 60% = 24 horas x 3 (consultas/hora) = 72 consultas/semana x 4,33 (semanas/mês) = 312 consultas/mês x 11 (meses/ano) = 3.429 consultas/ano.

ENFERMEIRO

A inserção do enfermeiro na eSF é estratégica e indispensável, desenvolvendo atividades de natureza assistencial, educativa e de supervisão, propiciando maior potencialidade com relação às suas práticas, principalmente em relação à identificação e à resolução das necessidades de saúde dos usuários. Ainda ocupa espaços fundamentais na integralidade da assistência, na integração da equipe e na implementação das políticas de saúde no território. Para o profissional enfermeiro, também utilizamos a carga horária de 40 horas e multiplicamos o resultado pelo número de equipes.

Fórmula de Cálculo:

USF Formosa - **8.745** (População total) ÷ **2.500** (vulnerabilidade alta) = **3,5** equipes.

3,5 (eSF) x **1** (profissional **40** horas) = **3,5** profissionais ou **140** horas de profissional enfermeiro.

Como já mencionado acima, trabalhamos com equipe ajustada ou com eAP Modalidade I, com 20 horas do profissional enfermeiro.

Tabela 4 - RESUMO DIMENSIONAMENTO DE ENFERMEIROS.

USF	População Total	Nº de Equipes	Nº de Profissionais	Nº de Horas
Formosa	8.745	3,5	3,5	140
Santana	7.908	3,2	3,2	127
Paraíso	9.187	3,7	3,7	147
São Vicente	12.354	4,1	4,1	165
Santa Lúcia	10.946	3,6	3,6	146
Americano	8.978	3,0	3,0	120
São Joaquim	12.585	4,2	4,2	168
Alvorada	7.569	2,2	2,2	87
Santo Antônio	10.104	2,9	2,9	115
Vila União	10.542	3,0	3,0	120
Suíço	9.143	2,6	2,6	104
São Benedito	10.677	3,1	3,1	122
TOTAL GERAL	118.738	39,1	39,1	1.561

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Processo de trabalho

Considerando as diversas atuações do enfermeiro dentro eSF, podemos utilizar a seguinte distribuição da jornada:

- **Eixo assistencial:** 60% da jornada semanal destinadas para atendimentos individuais programáticos e de agudos na USF.
- **Eixo administrativo:** 20% da jornada semanal destinadas para atividades administrativas, tais como: supervisão de enfermagem, gerenciamento de escalas e atividades de vigilância à saúde.
- **Eixo educação:** 20% da jornada destinadas para atividades coletivas na USF e no território, participação em reuniões de equipe, educação permanente, capacitações, articulação de ensino serviço, dentre outras atividades demandadas pelo serviço de saúde.

POTENCIAL DE PRODUTIVIDADE

Para que seja realizado esse cálculo, é necessário, primeiramente, que seja definido qual percentual da jornada semanal dos enfermeiros será destinado para atendimentos individuais programáticos e de agudos na USF. Na sequência, a definição da média de consultas de enfermeiro por hora de trabalho pactuada no município. Essas questões devem estar definidas e acordadas com os profissionais e os gestores, conforme legislação vigente, protocolos e diretrizes institucionais. No exemplo a seguir, utilizaremos 60% da jornada semanal do profissional enfermeiro para atendimentos individuais e a média de duas consultas por hora.

Fórmula de Cálculo:

40 horas/semanais x **60%** = **24** horas x **2** (consultas/hora) = **48** consultas/semana x **4,33** (semanas/mês) = **208** consultas/mês x **11** (meses/ano) = **2.288** consultas/ano (potencial de produção anual do enfermeiro).

TÉCNICO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM

O campo de saber do técnico e do auxiliar de enfermagem vem se estruturando em função de um processo contínuo de reflexão sobre suas práticas e a organização do processo de trabalho na APS, caracterizado pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Portanto, o número de técnicos e auxiliares vinculados às eSF pode ser diferente, considerando essas singularidades, a relevância de sua participação na equipe, as necessidades de saúde da população e a vulnerabilidade do território.

Caso o município opte por alocar somente um profissional em cada eSF, deve ser analisada a sala de vacina, que, em muitos casos, dada a especificidade, necessita de um profissional fixo durante todo o horário de funcionamento da USF, além de todas as ações de vigilância em saúde, bem como outros procedimentos essenciais e necessários à assistência de enfermagem individual e coletiva nas unidades de saúde.

No entanto, não está estabelecido na PNAB quantos profissionais devem fazer parte dessa equipe. Nesse caso, o município fará a definição quantitativa pautada nas diretrizes da SMS e nas atribuições delegadas a esses profissionais na APS, conforme já explicitado acima. Sendo assim, multiplicamos o resultado do número de equipe de Saúde da Família por um ou dois profissionais de 40 horas. Resta, ainda, observar que, para efeito de cadastramento, é necessário no mínimo um profissional. Veja que, no exemplo abaixo, utilizamos dois profissionais para fórmula de cálculo.

Fórmula de Cálculo:

USF Formosa – **8.745** (População total) ÷ **2.500** (vulnerabilidade alta) = **3,5** equipes.

3,5 (eSF) x **2** (profissional 40 horas) = **7,0** profissionais ou **280** horas de profissional técnico ou auxiliar de enfermagem.

Tabela 5 - RESUMO DIMENSIONAMENTO DE TÉCNICOS OU AUXILIARES DE ENFERMAGEM.

USF	População Total	Nº de Equipes	Nº de Profissionais	Nº de Horas
Formosa	8.745	3,5	7,0	280
Santana	7.908	3,2	6,3	253
Paraíso	9.187	3,7	7,3	294
São Vicente	12.354	4,1	8,2	329
Santa Lúcia	10.946	3,6	7,3	292
Americano	8.978	3,0	6,0	239
São Joaquim	12.585	4,2	8,4	336
Alvorada	7.569	2,2	4,3	173
Santo Antônio	10.104	2,9	5,8	231
Vila União	10.542	3,0	6,0	241
Suíço	9.143	2,6	5,2	209
São Benedito	10.677	3,1	6,1	244
TOTAL GERAL	118.738	39,1	77,9	3.121

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Processo de Trabalho

- **Eixo assistencial:** 60% da jornada semanal sejam destinadas para assistência individual, ações programáticas na área da criança, mulher, adulto, idoso, acolhimento dos usuários, coleta de exames laboratoriais, aplicação de imunobiológicos, sala de procedimentos, inalação, curativo, esterilização/expurgo, etc.
- **Eixo administrativo:** 20% da jornada semanal sejam destinadas para atividades de organização dos processos de trabalho: controle de insumos e materiais de enfermagem, convocações de faltosos, agendamento de consultas da equipe para referência/especialidades médicas, arquivamento e organização de prontuários, dentre outras atividades afins.
- **Eixo educação:** 20% da jornada semanal sejam destinadas para atividades coletivas na USF e no território, visitas domiciliares, realização e grupos educativos, acuidade visual, participação em reuniões de equipe, capacitações, dentre outras atividades demandadas pelo serviço de saúde.

POTENCIAL DE PRODUTIVIDADE

Para este cálculo, utilizamos as definições já apresentadas para o cargo de enfermeiro, quanto à distribuição da jornada, à média de atendimentos e ao período de

férias. O percentual sugerido acima foi de 60% da jornada semanal do profissional técnico ou do auxiliar de enfermagem para atendimentos individuais, 20% para ações educativas e 20% para ações administrativas, com média de quatro atendimentos por hora. Lembrando, mais uma vez, que o município tem autonomia para definir outros valores, tanto de média de atendimentos por hora quanto de organização do processo de trabalho.

Fórmula de Cálculo:

40 horas/semanais x **60%** = **24** horas x **4** (atendimento/hora) = **96** atendimentos/semana x **4,33** (semanas/mês) = **416** atendimentos/mês x **11** (meses/ano) = **4.572 atendimentos/ano** (potencial de produção anual do técnico ou auxiliar de enfermagem).

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O agente comunitário de saúde é considerado um profissional essencial, na medida em que reside na comunidade em que atua, apresentando-se como um elo importante entre a equipe e a população. Dessa forma, favorece a assistência prestada e a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde.

Para a ESF, o número de ACS deve ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos e conforme definição local. A alocação desses profissionais nas eSF ou nas eAP deve estar sempre acompanhada da análise da vulnerabilidade e das necessidades de saúde dos usuários de cada microárea. É importante o reconhecimento do saber e do fazer do ACS, fortalecendo, assim, a integração entre o mapa territorial e a qualificação do acesso do usuário na Unidade de Saúde da Família. Ainda observa a melhoria no acompanhamento das famílias e/ou dos usuários de acordo com risco individual e coletivo. Segundo a PNAB (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017, p. 13), “em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS”.

Fórmula de Cálculo:

USF Formosa – **8.745** (População total) ÷ **750** (habitantes) = **11,7** profissionais x **40** (horas semanais)

Tabela 6 – RESUMO DIMENSIONAMENTO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

USF	População Total	Nº de Equipes	(750 Hab./ACS)	
			Nº de Profissionais	Nº de Horas
Formosa	8.745	3,5	11,7	466
Santana	7.908	3,2	10,5	422
Paraíso	9.187	3,7	12,2	490
São Vicente	12.354	4,1	16,5	659
Santa Lúcia	10.946	3,6	14,6	584
Americano	8.978	3,0	12,0	479
São Joaquim	12.585	4,2	16,8	671
Alvorada	7.569	2,2	10,1	404
Santo Antônio	10.104	2,9	13,5	539
Vila União	10.542	3,0	14,1	562
Suíço	9.143	2,6	12,2	488
São Benedito	10.677	3,1	14,2	569
TOTAL GERAL	118.738	39,1	158,4	6.332

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Processo de trabalho

- 80% da jornada semanal destinadas para visitas domiciliares em seu território de abrangência.
- 20% da jornada semanal destinadas para atividades coletivas, realização de grupos, acuidade visual, participação em reuniões de equipe, capacitações, dentre outras atividades.

A equipe de Saúde da Família poderá, ainda, realizar a classificação de risco das famílias das microáreas de abrangência. Dessa maneira, pode planejar a periodicidade das

visitas dos ACS de acordo com a necessidade de saúde e risco estabelecido para garantir assistência mais qualificada aos usuários.

POTENCIAL DE PRODUTIVIDADE

Embora não haja referência na PNAB sobre o tempo desejável que seja gasto em uma visita domiciliar do ACS, estimamos o tempo de uma hora para cada visita. Lembrando que essa definição deve ser da gestão local, considerando o acesso do ACS aos territórios das microáreas, que muitas vezes é distinta de uma área para outra. Por outro lado, também deve-se considerar áreas com grande aglomeração de domicílios no território, o que facilita o acesso e poderá ser estimado um tempo menor para as visitas domiciliares. Sendo assim, o ideal será fazer essa média de tempo por áreas de atuação do ACS, respeitando, assim, as singularidades e a dinâmica do território.

Fórmula de Cálculo:

40 horas/semanais x 80% = **32** horas x **1** (visita domiciliar/hora) = **32** visitas domiciliares/semana x **4,33** (semanas/mês) = **138** (visitas domiciliares/mês) x **11** (meses/ano) = **1.518 visitas** domiciliares/ano (potencial de produção anual do ACS).

EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Segundo a PNAB, essa modalidade pode compor as equipes que atuam na atenção primária, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. Independentemente da modalidade adotada, os profissionais de saúde bucal são vinculados a uma eSF ou eAP. A gestão e o processo de trabalho da equipe devem ser compartilhados, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito a equipe a qual integra (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).

Fórmula de Cálculo:

USF Formosa – **8.745** (População total) ÷ **2.500** (vulnerabilidade alta) = **3,5** equipes de Saúde da Família (eSF).

3,5 (eSF) x **1** (profissional 40 horas) = **3,5** profissionais (cirurgiões-dentistas e TSB ou ASB)

Como o trabalho na saúde bucal é realizado a quatro mãos, a mesma quantidade das horas dimensionadas para o cargo de cirurgião-dentista deve ser dimensionada para os Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e/ou Auxiliares de Saúde Bucal (ASB). Como já orientado anteriormente, a SMS deve definir se cadastra 3,0 eSF ou 4,0 eSF ou ainda 3 eSF mais 20 horas do profissional cirurgião-dentista.

Para auxiliar nessa definição, devem ser analisados, principalmente, a capacidade física instalada, as necessidades de saúde da população, o índice de cobertura odontológica das USF e a vulnerabilidade das microáreas das eSF. Outros fatores poderão subsidiar a tomada de decisão, de modo a qualificar e aumentar a assistência da saúde bucal no município.

Processo de Trabalho do Cirurgião Dentista

- 85% da jornada semanal para atendimento individual
- 15% da jornada semanal para outras atividades (reuniões de equipe, capacitações, participação em ações de promoção e prevenção).

POTENCIAL DE PRODUTIVIDADE

Para esse cálculo, é necessário, primeiramente, que seja definido qual percentual da jornada semanal dos dentistas será destinado para atendimentos individuais. Em seguida, além da estimativa de consultas por hora de trabalho pactuada no município, a gestão local deve definir o número de procedimentos por consulta. Nesse caso, deve considerar a legislação vigente, os protocolos e as diretrizes institucionais. A SMS necessita também estabelecer qual a cobertura assistencial para a saúde bucal que será pactuada.

Assim, poderá elevar a cobertura atual em curto, médio e longo prazo, sabendo que a capacidade física instalada fará parte desse planejamento.

Para efeito de cálculo, consideramos, neste exemplo, 1,5 consulta por hora e 2 procedimentos por consulta, lembrando que isso depende da pactuação local.

Fórmula de Cálculo:

40 (horas semanais contratadas) – **15%** (outras atividades) = **34** (horas semanais para atendimentos x **1,5** (consultas por hora) = **51** (consultas por semana) x **2** (procedimentos por consulta) = **102** (procedimentos por semana) x **4,33** (semanas/mês) = **442** (procedimentos /mês) x **11** (meses/ano) = **4.862 procedimentos** do profissional cirurgião dentista por ano.

Para a definição do gestor sobre o pessoal auxiliar em saúde bucal, segundo Lenza *et al.* (2019 p. 63):

para atender a carência dos serviços de saúde bucal da população, aumentando o alcance, potencializando os resultados e minimizando os custos, é necessário planejamento e gerenciamento eficaz das equipes de saúde bucal, delegando funções e dividindo responsabilidades. Esse planejamento é fundamental para estruturar a equipe auxiliar em odontologia e garantir que haja capacidade suficiente para alcançar os objetivos organizacionais.

Assim, é necessário que a equipe gestora defina quais profissionais comporão a equipe. A gestão em Saúde Bucal do município define sobre a contratação de Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal. Ressaltamos que as atribuições de cada uma das categorias apresentam diferentes graus de complexidade das ações.

Caso o município opte por contratar auxiliares de saúde bucal para compor a equipe, pode-se, ainda de acordo com as diretrizes, contratar um técnico de saúde bucal por USF para que sejam realizadas as atividades complementares da assistência aos usuários.

Tabela 7 – RESUMO DIMENSIONAMENTO EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (eSB).

USF	População Total	Nº de Equipes	CIRURGIÃO DENTISTA		ASB/TSB	
			Nº de Prof.	Nº de Horas	Nº de Prof.	Nº de Horas
Formosa	8.745	3,5	3,5	140	3,5	140
Santana	7.908	3,2	3,2	127	3,2	127
Paraíso	9.187	3,7	3,7	147	3,7	147
São Vicente	12.354	4,1	4,1	165	4,1	165
Santa Lúcia	10.946	3,6	3,6	146	3,6	146
Americano	8.978	3,0	3,0	120	3,0	120
São Joaquim	12.585	4,2	4,2	168	4,2	168
Alvorada	7.569	2,2	2,2	87	2,2	87
Santo Antônio	10.104	2,9	2,9	115	2,9	115
Vila União	10.542	3,0	3,0	120	3,0	120
Suíço	9.143	2,6	2,6	104	2,6	104
São Benedito	10.677	3,1	3,1	122	3,1	122
TOTAL GERAL	118.738	39,1	39,1	1.561	39,1	1.561

Fonte: Elaborada pelas autoras.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Consideramos que a Assistência Farmacêutica visa assegurar o acesso da população aos medicamentos a partir da promoção do uso correto destes, com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde.

Como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos. Mediante o planejamento, a organização e a estruturação das atividades realizadas, busca aperfeiçoar os serviços ofertados à população. Independentemente do modelo de saúde adotado pelo município, quando a USF possuir dispensário de medicamentos, haverá necessidade de prever a força de trabalho adequada para garantir o atendimento satisfatório aos usuários que procuram pelos medicamentos fornecidos nas unidades de saúde.

FARMACÊUTICO

É possível vincular esse profissional à equipe multiprofissional, sendo cadastrado diretamente na equipe eSF ou eAP. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

O farmacêutico realiza todas as atividades relativas ao campo de saberes, que se refere a espaços sem limites precisos, onde cada disciplina e profissão buscam outro apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Além disso, atividades do núcleo do conhecimento, que representam a identidade de uma área de saber e de prática profissional do farmacêutico (CAMPOS, 2000). Salientamos que, em outros modelos de atenção, pode-se definir a alocação de um profissional para cada unidade de saúde, ou dispensário regional, conforme a organização dos fluxos e do processo de trabalho pactuado para a assistência farmacêutica no município.

Processo de Trabalho

A inserção do farmacêutico nos serviços de saúde não está centrada somente na gestão da assistência farmacêutica, mas também, e principalmente, nas ações de cuidado à saúde dos usuários. Dessa forma, sugerimos a seguinte organização das atividades desenvolvidas por esse profissional.

- **Eixo assistencial:** 50% da jornada semanal destinadas para apoio às eSF participando da elaboração de projetos terapêuticos singulares e visitas domiciliares. Desenvolver estratégias para melhoria do tratamento medicamentoso e enfrentamento das Condições Crônicas Não Transmissíveis (CCNT). Desenvolver ações de promoção sobre adesão ao tratamento, realizar consulta farmacêutica, dispensar, controlar e monitorar os medicamentos disponíveis nos serviços de saúde.
- **Eixo educativo:** 30% da jornada semanal destinadas para capacitação técnica dos profissionais que atuam nas farmácias e dos Agentes Comunitários de Saúde quanto à promoção do uso racional e ao armazenamento das medicações (Brasil, 2006). Participar de reuniões de equipe, orientar os prescritores a respeito de uma farmacoterapia racional, capacitar e incentivar as equipes para as ações de farmacovigilância, participar de ações voltadas para educação em saúde no território e de grupos educativos relacionados aos campos de saberes dos diversos profissionais e áreas de atuação.
- **Eixo gerenciamento:** 20% da jornada semanal destinadas à coordenação e à supervisão de todas as ações desenvolvidas nos dispensários. Analisar os dados epidemiológicos e propor intervenções. Produzir relatórios e documentos técnicos, disponibilizando informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços da Assistência Farmacêutica.

TÉCNICO OU AUXILIAR EM FARMÁCIA

Esses profissionais que concluíram curso regular e autorizado na rede escolar, conforme legislação vigente, podem atuar em farmácias e dispensários auxiliando as atividades do profissional farmacêutico. No entanto, não podem substituí-lo nem serem responsáveis técnicos ou realizarem atividades privativas da profissão (BRASIL. Conselho Federal de Farmácia, 2016). Entre várias atividades desenvolvidas, os técnicos ou os auxiliares podem realizar ações sob a supervisão do farmacêutico. Assim, para identificar a força de trabalho necessária, garantindo qualificação da assistência prestada aos usuários, propomos definir a organização do processo de trabalho e o potencial de produção para dispensação de medicamentos.

Processo de Trabalho

Considerando que a principal atividade atribuída a esses profissionais é a dispensação de medicamentos, todavia, outras ações realizadas externamente e nos espaços dos dispensários são inerentes às suas funções. Para tanto, torna-se necessário organizar a distribuição da jornada de trabalho semanal entre todas as atividades que deverão ser desenvolvidas. Dessa forma, sugerimos:

- **Eixo assistencial:** 75% da jornada semanal destinadas para dispensação de medicamentos aos usuários;
- **Eixo administrativo:** 15% da jornada semanal destinadas para recebimento, estocagem, inventário e conservação de medicamentos, elaboração de relatórios, fracionamento de medicamentos, entre outras atividades;
- **Eixo educativo:** 10% da jornada semanal destinadas para reuniões de equipe e ações educativas/capacitações.

POTENCIAL DE PRODUTIVIDADE

Alguns estudos realizados a partir da observação no campo das práticas desses profissionais e o sistema de informação de gerenciamento de medicamentos adotados em municípios brasileiros apontam que a média de tempo gasto para a dispensação de cada receita médica varia de quatro a seis minutos. Para efeito de exemplo de cálculo, utilizaremos a média de seis minutos para dispensar cada receita nas USF (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

Considerando que, em alguns municípios, não há controle sistemático da quantidade de receitas dispensadas nem sistema de informação que seja capaz de emitir relatórios de produção, recomendamos que seja calculada a média de três medicamentos por cada receita. Dessa forma, mediante a identificação do número total de medicamentos dispensados no município, será possível identificar a quantidade de receitas dispensadas por mês em cada USF.

Fórmula de cálculo:

30 horas (carga horária para dispensação) x **10** receitas (hora/média de 6 minutos para cada receita) = **300** receitas por semana x **4,33** (semanas/mês) = **1.299** receitas por mês.

Em nosso exemplo, para o município Paraíso, continuaremos utilizando a USF Formosa. Supondo que a média de dispensação mensal nos últimos 12 meses seja 1.257 receitas, calculamos, então, o número de Auxiliares ou Técnicos de Farmácia necessários, conforme quadro abaixo.

Fórmula de Cálculo:

USF Formosa: **8745** (População total)

1.257 receitas (média de receitas dispensadas no anterior de janeiro a dezembro) ÷ **1.299** (potencial de produtividade mensal) = **0,96** profissionais auxiliares ou técnicos de farmácia, ou **38,7** horas semanais.

Neste caso, utilizamos o fator de ajuste para um profissional técnico ou auxiliar de farmácia de 40 horas.

Tabela 8 – RESUMO DIMENSIONAMENTO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

USF	População Total	Nº de Equipes	Média Receitas/Mês (Exemplo)	AGENTE DE APOIO À FARMÁCIA (1.299 Receitas/Mês)	
				Nº de Prof.	Nº de Horas
Formosa	8.745	3,5	1.257	1,0	38,7
Santana	7.908	3,2	1.061	0,8	32,7
Paraíso	9.187	3,7	1.645	1,3	50,7
São Vicente	12.354	4,1	2.566	2,0	79,0
Santa Lúcia	10.946	3,6	1.885	1,5	58,0
Americano	8.978	3,0	1.303	1,0	40,1
São Joaquim	12.585	4,2	2.602	2,0	80,1
Alvorada	7.569	2,2	1.020	0,8	31,4
Santo Antônio	10.104	2,9	1.743	1,3	53,7
Vila União	10.542	3,0	1.765	1,4	54,3
Suíço	9.143	2,6	1.435	1,1	44,2
São Benedito	10.677	3,1	1.848	1,4	56,9
TOTAL GERAL	118.738	39,1	20.130	15,5	619,9

Fonte: Elaborada pelas autoras.

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)

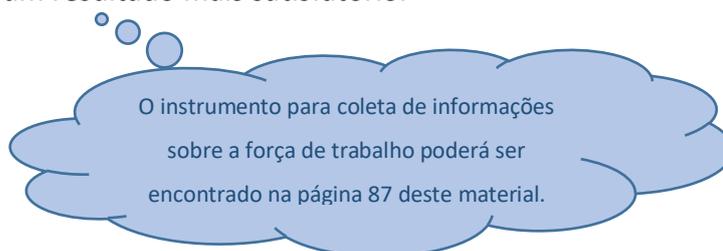
A composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe (BRASIL. Ministério da Saúde, 2020). Pode-se, então, cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou nas equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Também é permitido manter os profissionais cadastrados no CNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe. A composição da equipe deve ser definida pelos próprios gestores da SMS, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

É relevante esclarecer que o dimensionamento é um processo dinâmico e permanente, que acompanha as mudanças naturais do território, dos processos de trabalho, da força de trabalho, das pessoas e dos seus modos de caminhar na vida. Segundo Dal Poz *et al.* (2013), a mudança dos padrões de saúde, movimentos de população, fluxos financeiros, avanços tecnológicos e de telecomunicações, a difusão do conhecimento em saúde e as inovações dos sistemas de saúde, no Brasil e também globalmente, requerem uma força de trabalho em saúde mais afinada com as necessidades de saúde e compatíveis com a organização de serviços de saúde ao longo do tempo. Importante ainda considerar as mudanças institucionais de modelo de saúde, alterações das diretrizes, projetos técnicos ou políticos.

Portanto, a SMS deverá atualizar constantemente a força de trabalho existente, realizando análise comparativa com a força dimensionada. E, quando necessário, fazer a

revisão do dimensionamento, incluindo ou excluindo parâmetros e indicadores que se tornam significativos para alcançar um resultado mais satisfatório.



O resultado consolidado do dimensionamento identificou a força de trabalho necessária, considerando as categorias profissionais e os indicadores selecionados. O gestor local pode fazer a comparação com o quadro existente para um planejamento efetivo de força de trabalho e tomada de decisão.

Embora seja quantitativo, esse dimensionamento, no processo, agrega a dimensão qualitativa, na medida em que, durante a elaboração, está sendo necessário identificar e conhecer os usuários que vivem no território. Ainda, definir os serviços de saúde que serão oferecidos de modo a atender às diferentes necessidades de saúde, analisar e reorganizar o processo de trabalho, além da forma como ofertar as atividades desenvolvidas nos serviços, os fluxos estabelecidos e as atribuições dos cargos.

Para facilitar a compreensão, apresentamos a tabela resumo da força de trabalho dimensionada para as equipes das USF, no município de Paraíso, considerando as categorias profissionais que atuam nos serviços da APS, de modo a garantir a ordenação da rede e a coordenação do cuidado.

TABELA 9 – RESUMO DIMENSIONAMENTO EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE TODAS AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS.

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	TOTAL DIMENSIONADO eSF	
	Nº de Profissionais	Nº de Horas
MÉDICO SAÚDE DA FAMÍLIA	39,1	1.564
ENFERMEIRO	39,1	1.564
TÉC. E AUX. DE ENFERMAGEM	77,9	3.116
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	158,4	6.336
CIRURGIÃO-DENTISTA	39,1	1.564
TÉC. E AUX. SAÚDE BUCAL	39,1	1.564
AGENTE APOIO A FARMÁCIA	15,5	620
TOTAL GERAL	408,2	16.328

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A Atenção Primária à Saúde é componente estratégico do SUS e o centro da epidemiologia para o planejamento em saúde. Desenvolve-se com alto grau de descentralização, capilaridade e singularidade. Acreditamos que a metodologia de DFTS aqui apresentada traz relevância no âmbito da política de gestão do trabalho em saúde e do planejamento estratégico da força de trabalho para o SUS. Esta apoia a implementação de práticas de análise e reorganização dos processos de trabalho, contribuindo com as equipes de saúde, para a ampliação da resolutividade e o impacto na situação de saúde da população.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016**. Processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período de 2017 a 2021 relacionados a prioridades nacionais em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/Resolucoes-CIT-n---8-e-10.pdf>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 930, de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Norma Técnica Nº 003**, Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB e Programa Previne Brasil, Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos**. 2 ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Regulação na Saúde. **Prêmio InovaSUS 2012/2013**: valorização das práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução n. 628, de 30 de setembro de 2016**. Acrescenta os parágrafos primeiro e segundo ao artigo 10 da Resolução/CFF n. 517/2009, dispendo sobre a cédula de identidade profissional do não-farmacêutico de nível médio. Diário Oficial da União em 04 de outubro de 2016, n. 91. Seção 1, p. 243. Brasília,DF, 2016.

BRASIL. **Decreto n. 9795, de 17 de maio de 2019.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: 22 maio 2020.

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. [*on line*]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 maio 2020.

DAL POZ, M. R.; PIERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [*online*]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3. p. 185-233, 2013. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/98kpw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>. Acesso em 26 maio 2020.

LENZA, M. M. O. *et al.* Limites de Atuação da Equipe de Saúde Bucal em um Panorama Global. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**. v. 6, n. 3, p. 59-72, Ribeirão Preto, 2019.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Marcações para o mesmo dia: quebrando o paradigma do acesso. Publicado em **Family Practice Management**, et. 2000. Traduzido por GRAEVER, L. Rio de Janeiro: MFC, 2000. Disponível em: <http://smsdc-sf-drrdolphoperisse.blogspot.com/2014/10/marcacoes-para-o-mesmo-dia-quebrando-o.html>. Acesso em: 25 maio 2020.

NASCIMENTO, E. P. L.; CARMONA, S. A. M. L. D. **A experiência da elaboração do dimensionamento na Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. No prelo.

PERNAMBUCO, Conselho Regional de Medicina. **Resolução CREMEPE n.º 01, de 22 de junho 2005.** Determina os parâmetros a serem obedecidos, como limites máximos de consultas ambulatoriais, de evoluções de pacientes internados em enfermarias, de atendimentos em urgências e emergências e os realizados em serviço de terapia intensiva. Recife: CRM-PE, 2005. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/crmpe/resolucoes/2005/1_2005.htm . Acesso em: 14 maio 2020

REIS, J. G. *et al.* Criação da Secretaria da Atenção Primária e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, Rio de Janeiro, 2019.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSAs. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2ed., Brasília, DF: OPAS, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em 29 abr. 2020.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS - APS

Os dados e as informações deverão ser buscados em fontes oficiais do município, do estado ou da União, de forma a subsidiar todo o processo de elaboração do dimensionamento do município. Em caso de dúvidas ou falta de informações, os gestores da SMS farão as escolhas e tomarão as decisões, nem que sejam provisórias, para que a realização do dimensionamento represente, o mais fielmente possível, as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde do município.

População	Segundo o IBGE, com a última projeção, população urbana e rural, população por faixa etária e sexo.
Densidade demográfica	Segundo o IBGE, essa informação validará a adscrição de usuários em zonas urbana e rural.
Vulnerabilidade social e Indicadores epidemiológicos	<p>Poderão ser selecionados alguns indicadores significativos com as características sociais e epidemiológicas do território, com a intencionalidade de ampliar a análise da situação de saúde do município, e que estão disponíveis em fontes oficiais do município, do estado ou do MS. Sugerimos alguns indicadores, descritos a seguir.</p> <p>Mortalidade infantil (nº de óbitos de residentes com menos de um ano de idade ÷ nº de nascidos vivos de mães residentes x 1.000).</p> <p>Condições crônicas não transmissíveis (nº de indivíduos de 18 anos ou mais de idade com DCNT referida ÷ nº de indivíduos de 18 anos ou mais residentes x 100).</p> <p>Moradia (nº de aglomerados subnormais – 51 ou mais unidades habitacionais ÷ nº de domicílios x 100).</p> <p>Renda (nº de chefes de família residentes com renda até três salários mínimos ÷ nº de chefes de família residentes x 100).</p> <p>Poderão, ainda, buscar outros indicadores sociais que o município tenha disponível.</p>
Horário de funcionamento semanal	Identificar o horário de funcionamento das USF e, caso sejam diferentes entre elas, fazer a listagem nominal com os horários de funcionamento semanal.
Potencial de produtividade	Apresentar a média de consultas e/ou procedimentos/atendimentos produzidos por categoria profissional e a média de receitas de medicamentos dispensados em cada USF ou eAP nos últimos 12 meses.
Índice de utilização dos serviços da Atenção Primária	Realizar levantamento de prontuários ativos (com algum registro de atendimento nos últimos cinco anos) em cada UBS.
Caracterização da territorialização da Atenção Primária no município	Modelo de Saúde vigente no município. Protocolos ou consensos utilizados na Atenção Primária (municipal/estadual/federal). Carteira de serviços ofertados na Atenção Primária.
Outras informações do município	Número de eSF/eAP vinculadas à USF. Número de microáreas. Cobertura populacional das eSF na unidade territorial.

ROTEIRO PARA ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO

USF

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Este roteiro traz um conjunto de perguntas relevantes com o objetivo de contribuir para investigação do processo de trabalho, aproximando da realidade de cada unidade de saúde.

ÁREAS/SETORES	PERGUNTAS RELEVANTES
Território/ Carteira de Serviços	<p>A Unidade de Saúde tem a Estratégia Saúde da Família como prioritária?</p> <p>A equipe de saúde tem conhecimento da forma como os territórios estão organizados? Consegue dinamizar as ações em saúde, possibilitando uma visão ampliada, permitindo o planejamento, a programação e o desenvolvimento, com a finalidade de subsidiar a atuação junto com os usuários adscritos?</p> <p>Qual a Carteira de Serviços da Unidade de Saúde?</p> <p>A carteira de serviços está voltada às necessidades de saúde da população adscrita e/ou das populações específicas?</p> <p>Existem ações/serviços que estão na Carteira de Serviços do município que a USF não realiza?</p>
Recepção	<p>Como é a organização?</p> <p>Como é feito o agendamento?</p> <p>Os usuários necessitam se dirigir à recepção para todos os atendimentos?</p> <p>Existem outros profissionais que contribuem para cobrir todo o horário de funcionamento? Quais?</p>
Acolhimento	<p>Como é organizado? Existe horário para o acolhimento? Existe local para essa ação?</p> <p>Como é garantido o acesso? Existe classificação de risco?</p> <p>Quais categorias profissionais atuam no acolhimento?</p>
Assistência Farmacêutica	<p>Como está organizada? Mencionar o horário de funcionamento da farmácia, profissionais envolvidos etc.</p> <p>Como é feito o controle de receitas e estoque?</p>

ÁREAS/SETORES	PERGUNTAS RELEVANTES
Visita Domiciliar	<p>Como são priorizados os usuários e as famílias? Como é feita a classificação de risco das famílias para essa priorização?</p> <p>Quantos usuários e famílias são atendidos hoje? Com que frequência?</p> <p>Que profissionais acompanham a visita?</p>
Enfermagem (campo de atuação: enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem)	<p>Quantas e quais são as áreas de atuação da equipe?</p> <p>Como os profissionais estão distribuídos nos espaços de trabalho da USF?</p> <p>Como é organizada a imunização? Existe profissional fixo? Quantos? A imunização é realizada na unidade de saúde ou existem postos de vacinação em outros equipamentos da comunidade?</p>
Enfermeiros (núcleo de atuação)	<p>Como é organizada a agenda? Qual a porcentagem destinada para as ações de atendimento de programáticos e agudos; ações educativas e administração/supervisão?</p> <p>Quantas consultas são realizadas por hora?</p> <p>Como se organizam para atender aos protocolos de mulher, criança, adulto (HAS e DM) e idoso? Caso não exista protocolo, como atendem essa população?</p> <p>Existe a estratificação de risco das condições crônicas? Se sim, como é realizada?</p> <p>São realizadas ações educativas com usuários e trabalhadores? Se sim, quais?</p>
Médicos	<p>Como é organizada a agenda? Qual a porcentagem destinada para as ações de atendimento de programáticos, agudos, ações educativas e reuniões?</p> <p>Quantas consultas são realizadas por hora?</p> <p>Como se organizam para atender aos protocolos de mulher, criança, adulto (HAS e DM) e idoso? Caso não exista protocolo, como atendem essa população?</p> <p>Existe a estratificação de risco das condições crônicas? Se sim, como é realizada?</p> <p>São realizadas ações educativas com usuários e trabalhadores? Se sim, quais?</p>

ÁREAS/SETORES	PERGUNTAS RELEVANTES
Equipe de Saúde Bucal	<p>Como é composta a equipe?</p> <p>Qual a porcentagem destinada para as ações de atendimento de programáticos e agudos e ações educativas, reuniões? O agendamento de consultas é realizado na recepção? Se não, onde?</p> <p>São realizadas ações educativas com usuários e trabalhadores? Se sim, quais?</p>
Agente Comunitário de Saúde	<p>Como estão distribuídos nas microáreas de abrangência da USF?</p> <p>Qual a porcentagem de população cadastrada?</p> <p>Quanto tempo é destinado para atividades no território?</p> <p>Quantas visitas, em média, são realizadas por dia?</p> <p>Existe classificação de risco dos usuários em acompanhamento para a definição das visitas?</p>

CAPÍTULO V - PLANEJAMENTO E DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO PARA ESTABELECIMENTOS DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA A SAÚDE

Desirée dos Santos Carvalho
Gislene Henrique de Souza
Carlos Eduardo Antoniete de Souza

Neste capítulo, apresentamos a metodologia de Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde (DFTS) de estabelecimentos que são pontos de atenção secundária ou terciária à saúde, como hospitais e ambulatórios de especialidades.

Esses estabelecimentos costumam ser organizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), como pontos de referência, atendendo, muitas vezes, a mais de um território do próprio município ou até mesmo uma ou mais regiões de saúde. Esse fato torna mais complexo o planejamento de sua força de trabalho de acordo com as necessidades da população, visto que há a diversidade de características desses territórios e a difícil tarefa de identificá-las de forma homogênea. Ou seja, historicamente, esses estabelecimentos se organizam conforme a capacidade instalada existente, pautados mais pela oferta de serviços do que pelas demandas da população.

“Transitar de um modelo de gestão da oferta para um modelo de gestão da saúde da população” e avançar para um modelo de gestão em rede são desafios atuais do SUS (MENDES, 2019, p. 191). Nessa perspectiva, antes de realizar propriamente os cálculos de DFTS de um determinado estabelecimento, é recomendada uma análise situacional da RAS onde está inserido e quais funções ele assume nesse contexto.

A análise de dados sobre a organização dessa rede e a interdependência dos pontos de atenção, em todos os níveis, permitem compreender melhor o papel desse estabelecimento no território.

Para tanto, devemos buscar responder ao menos a algumas questões básicas sobre a organização da RAS do município ou da região de saúde onde o estabelecimento estudado se encontra, como: qual a cobertura de atenção primária e sua capacidade de atendimento; como estão estabelecidos os fluxos de referência e contrarreferência loco regional; qual a capacidade instalada dos três níveis de atenção desse território; e qual a característica da força de trabalho em saúde disponível.

Com isso, podemos perceber, por exemplo, que a insuficiência de horas de trabalho encontrada em determinada área de um estabelecimento para atender a uma demanda pode ter origem na desorganização do fluxo de referência e contrarreferência dos níveis de atenção. Pode, ainda, ocorrer a partir de acordos entre os gestores que incluem nas atividades dessa área um serviço que não se ofereceria ali tradicionalmente. Isto é, pode-se encontrar informações que influenciam no que é planejado para o DFTS. Nesse caso, a solução da insuficiência das horas de trabalho poderia estar fora do estabelecimento e dependendo de resoluções de gestão do sistema, sem necessariamente alterar o número de profissionais. Pode-se também considerar no dimensionamento esse novo processo de trabalho para ampliar a equipe, que não estava planejada para tal. O caso abaixo explicita melhor situações como essa.

Na cidade de Paraíso, todas as unidades da Atenção Primária à Saúde realizam curativos dos moradores que os procuram, porém apenas no horário da manhã. Em alguns dias da semana, conforme definição de cada UBS, o usuário toma conhecimento, ligando antes para a unidade. O gerente da única UPA da cidade pede aumento do número de profissionais, visto que a população tem buscado esse serviço para fazer curativos de rotina, já que lá atendem 24h e todos os dias da semana.

No município vizinho, Curilândia, a cobertura de Atenção Primária é muito baixa e, por dificuldades de estrutura física adequada em algumas UBS, foi pactuado que, para atender às demandas de curativo de forma segura, Ambulatórios de Especialidades farão rotineiramente curativos dos moradores da cidade. A gestora dos ambulatórios está preocupada com a longa fila que se forma todos os dias, porque a equipe permanece do mesmo tamanho após o aumento da demanda a partir desse acordo.

As informações mostram que as soluções não são iguais para territórios com características distintas de necessidades e de serviços.

Paraíso pode resolver a questão organizando melhor os fluxos na RAS e a comunicação com a população, enquanto Curilândia precisa adequar o dimensionamento da força de trabalho das unidades de acordo com as ações pactuadas e os fluxos já estabelecidos.

A metodologia aqui apresentada já foi descrita em outros materiais e utilizada, ainda que em versões variadas, em outras experiências de DFTS financiadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011, 2011a; 2011b, 2011c, 2011d, 2011e, 2012; BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2015; POSSA; TREPTE, 2018). Propõe, ainda, calcular a força de trabalho necessária para a atenção à saúde em determinado estabelecimento. Dessa maneira, considera, além da capacidade física instalada e quais serviços ofertados, os processos de trabalho pactuados e a organização multiprofissional de cada equipe. Com isso, poderíamos dizer que essa metodologia visa aproximar o DFTS da realidade vivida em cada cenário de cuidado, considerando seu papel na RAS. Assim, supera a lógica de padrões estáticos e o foco em uma única profissão predominante em outras metodologias.

Neste material, demonstraremos esta metodologia em cinco passos: caracterização do estabelecimento; levantamento da força de trabalho; identificação do escopo de práticas; dimensionamento da força de trabalho necessária; e apresentação dos resultados.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Busca identificar as especificidades do cuidado ofertado no estabelecimento dimensionado. É neste momento que buscamos, também, algumas informações importantes para subsidiar o processo de DFTS. Entre elas, tipo e abrangência do estabelecimento, serviços ofertados, organização funcional, capacidade instalada em termos de equipamentos, leitos e estrutura, produção realizada e quais profissionais do estabelecimento compõem a equipe que apoiará o processo. Enfim, informações que possibilitem análise sobre estrutura, organização e gestão do processo de trabalho do próprio estabelecimento.

Pode-se usar, também, alguns dados secundários, mas o reconhecimento dos processos internos é essencialmente a partir de dados primários. Desta forma, se os profissionais que estão dimensionando não fazem parte do estabelecimento, é essencial

identificar contatos locais que tenham conhecimento sobre processos de gestão do trabalho, fluxos e organização do cuidado para apoiarem essa atividade e aproximação da realidade.

Esses dados comporão o cálculo de dimensionamento. Portanto, sugerimos que o detalhamento dessas informações seja registrado em documentos ou formulários específicos e que sejam acessíveis a todos os profissionais envolvidos e consultados para tomada de decisões durante o processo de dimensionamento. Na página 106, você encontrará um exemplo de roteiro de coleta de dados para o dimensionamento que contém as principais informações a serem identificadas.

Além das informações internas e específicas do estabelecimento, para superar a limitação de uma visão desarticulada da rede e das necessidades de saúde da população referenciada, como apontado anteriormente, é relevante considerar os elementos que podem ser identificados em uma análise situacional prévia.

LEVANTAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO

O levantamento detalhado da força de trabalho existente no estabelecimento é uma ação que permite caracterizar o atual quadro de trabalhadores. Para tanto, indicamos levantar o quantitativo por vínculo, a área de atuação ou lotação, o cargo, a especialidade – quando houver –, a carga horária semanal contratada ou pactuada, o índice de absenteísmo e, se possível, o custo mensal de cada profissional.

Na página 87, você viu um modelo de instrumento para levantamento dos dados da força de trabalho, que pode ser preenchido conforme o exemplo a seguir.

Ministério da Saúde										
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde										
Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde										
Estabelecimento:		Hospital Paraíso								
CNES:		2661868								
Endereço:		Rua da Esperança, Centro - Brasil						Telefone:		61 3333-3333
Diretor Clínico/Gerente/Administrador:		Cuidadoso								Email: esperanca@saude.saude.br
Vínculo	Cargo	Especialidade	Lotação	CH Semanal Contratada	Qtde total de profissionais	Qtd Trab. Ativos	Qtd. Trab. Afastados	Absenteísmo	Custo Mensal por Profissional	
CLT	Assistente Sôcial	-	Ambulatório	30h	2	2	0	0,60%	R\$ 3.500,00	
CLT	Médico	Coordenador Médicos	Administração	30h	1	1	0	0,00%	R\$ 12.000,00	
CLT	Enfermeiro	-	Ambulatório	30h	2	2	0	5,10%	R\$ 5.500,00	
CLT	Técnico de Enfermagem	-	Ambulatório	30h	8	6	2	3,00%	R\$ 5.500,00	
CLT	Enfermeiro	-	SAE	30h	2	2	0	8,00%	R\$ 5.500,00	
CLT	Enfermeiro	Estomoterapeuta	Estomoterapeuta	30h	1	1	0	7,50%	R\$ 5.500,00	
CLT	Farmacêutico	-	Farmácia - NAC	30h	2	2	0	3,52%	R\$ 3.500,00	
CLT	Fisioterapeutas	Fisioterapia	Ambulatório	30h	8	5	3	2,08%	R\$ 4.000,00	
CLT	Fonoaudiólogo	-	Ambulatório	30h	2	2	0	1,10%	R\$ 3.500,00	
CLT	Enfermeiro	Gerente de Serv. Saúde	Administração	40h	5	5	0	0,00%	R\$ 5.500,00	
CLT	Médico	Angiologista	Ambulatório	30h	1	1	0	3,10%	R\$ 11.758,29	
CLT	Médico	Cardiologista	Ambulatório	20h	1	1	0	0,00%	R\$ 12.000,00	
Servidor	Médico	Dermatologista	Ambulatório	30h	1	1	0	6,50%	R\$ 12.000,00	
Servidor	Médico	Endoscopista	Ambulatório	20h	1	1	0	1,39%	R\$ 12.000,00	
Servidor	Médico	Ginecologista	Ambulatório	30h	1	0	1	4,00%	R\$ 12.000,00	
Servidor	Médico	Infectologista	Ambulatório	30h	1	1	0	2,1%	R\$ 12.000,00	
Servidor	Médico	Otorrino	Ambulatório	20h	2	2	0	1,00%	R\$ 12.000,00	
CLT	Médico	Anestesiata	Centro Cirúrgico	20h	30	30	0	0,00%	R\$ 12.000,00	
Servidor	Médico	Anestesiata	Centro Cirúrgico	30h	20	20	0	0,00%	R\$ 10.000,00	
CLT	Médico	Oftalmologista	Ambulatório	30h	6	6	0	0,00%	R\$ 12.000,00	
TOTAL					97	91	6	-	R\$ 171.758,29	

Note que a sistematização desses dados permite a produção de informações acerca da composição da força de trabalho do estabelecimento. Estes podem sustentar diversas análises e comparações relevantes para as tomadas de decisão durante o dimensionamento. Entre elas, a identificação de quantos profissionais estão efetivamente atuando no cuidado das pessoas. Ou seja, com quantos profissionais podemos contar para as ofertas de serviços do estabelecimento, em quais categorias eles estão e quantos são aqueles que estão nas atividades de apoio e gestão.

No caso do Hospital Paraíso, entre outras questões importantes, podemos verificar que há cinco enfermeiras de 40 horas semanais lotadas na Administração, contabilizando um total de 860* horas mensais desse cargo. Assim, ao dimensionarmos as necessidades de horas de trabalho para enfermeiras na área assistencial, em comparação com as horas contratadas para o cargo, saberemos que essas 860 horas não estão disponíveis para essa atividade. Poderemos, então, evitar resultados que apontem equívocos relacionados à suficiência da força de trabalho para cada área.

* Consideramos que cada mês tem 4,3 semanas. Nesta metodologia, as horas semanais são multiplicadas por esse número para encontrar o valor de horas mensais.

Esses dados podem auxiliar, durante o processo de dimensionamento, nas definições de variáveis, tais como: valor do índice de segurança técnica; carga horária padrão; e categorias profissionais que deverão ser estudadas. Posteriormente, serão

utilizados também para as análises comparativas entre a quantidade de horas de trabalho disponível e aquela que seria necessária à garantia das ofertas planejadas.

Todavia, destacamos que o levantamento da força de trabalho pode ser ação dispensável, caso não haja interesse de comparar a força de trabalho necessária com a existente. Pelo fato de não ter acesso a esses dados, como acontece quando o dimensionamento é feito para um estabelecimento ou área que aguarda inauguração e não possui nenhum profissional contratado.

IDENTIFICAÇÃO DO ESCOPO DE PRÁTICAS

Para dimensionar a real necessidade de horas de trabalho para cada equipe e categoria profissional, é necessário conhecer as atividades em que eles estão envolvidos e as possíveis especificidades de seus processos de trabalho no estabelecimento em questão. Chamamos esse conjunto de atividades exercidas ou planejadas de escopo de práticas.

Assim, com o apoio dos profissionais do próprio estabelecimento, devemos buscar o detalhamento dessas práticas realizadas ou planejadas para cada equipe, área ou linha de cuidado, bem como suas relações com a capacidade instalada, os equipamentos ou as tecnologias utilizadas e as produções da equipe. Observe o caso abaixo.

A equipe da Radiologia do Hospital de Pronto Socorro de Paraíso realiza exames de Raio X. Utiliza um equipamento de Raio X que tem necessidade de revelação em câmara escura. Para essa atividade, são necessários dois profissionais trabalhando concomitantemente. Os laudos são feitos e digitados pelos Médicos Radiologistas.

Na UPA de Curilândia, também são realizados exames de Raio X. O equipamento produz as imagens de forma digital e necessita de apenas um profissional para operá-lo. Os médicos emergencistas avaliam o exame durante a consulta e não são produzidos laudos para 80% deles. Os laudos dos 20% restantes são gravados em voz por médicos e digitados por auxiliares administrativos.

Note que, para uma mesma atividade (oferta de exames de Raio X), as práticas, os equipamentos e os profissionais envolvidos são diferentes entre os estabelecimentos. Assim, acarreta necessidades de quantitativo e categorias profissionais distintas.

Se não houvesse coleta de dados sobre o escopo de práticas específico do estabelecimento, não seria possível dar, durante o dimensionamento da força de trabalho, o tratamento de acordo com a realidade.

Observando as atividades previstas para a equipe, identifica-se também como estas são divididas e/ou compartilhadas entre as diferentes categorias profissionais. Essas relações são de grande relevância, visto que apontam para os parâmetros de cálculo de profissionais que seria mais adequado utilizar.

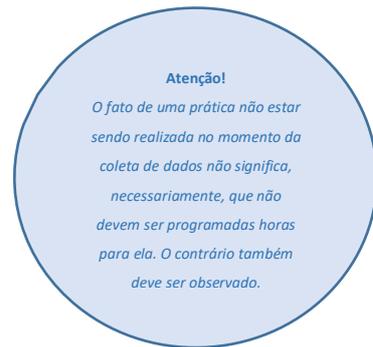
Na página 114 você encontra um modelo de instrumento para coleta desses dados sobre o escopo de práticas da equipe e dos profissionais que a compõe. Ao lado, temos um exemplo de preenchimento, considerando dados fictícios para o cargo de médico anestesista no Hospital Paraíso. Quanto maior o detalhamento, maior a segurança na escolha de parâmetros para o cálculo da força de trabalho necessária, a qual abordaremos no passo seguinte, utilizando os dados desse escopo de práticas.

EQUIPE: MÉDICO ANESTESISTAS	
Área/Linha de Cuidado:	Centro Cirúrgico (Hospital Paraíso)
Escopo de praticas	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento nas Cirurgias eletivas • Atendimento nas Cirurgias de emergência • Assistência aos usuários em recuperação pós-anestésica • Consultas pré-operatória • Atendimento anestésico na Endoscopia
Capacidade instalada e dados/indicadores de produção da equipe:	<ul style="list-style-type: none"> • 08 salas de cirurgias eletivas • 02 salas de cirurgia de emergência • 10 leitos de recuperação pós-anestésica • 822 consultas de pré-operatório (média/mês) • 800 exames de endoscopia (média/mês)
Observações:	As salas eletivas funcionam de segunda a sexta-feira entre 8 e 20h. Uma sala para emergência fica disponível nesse mesmo horário nesses dias, enquanto nos demais horários e dias da semana ficam as duas. Todos estão lotados no Centro Cirúrgico, mas estão também na escala da Endoscopia.

DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO NECESSÁRIA

O dimensionamento em si se refere ao cálculo, medir o tamanho de algo. Aqui, pretendemos medir o tamanho da equipe necessária para a adequada prestação de serviços de saúde em um determinado estabelecimento. Usam-se as informações coletadas nos passos anteriores, como base de indicadores, e parâmetros de referência para realizar esse cálculo.

A escolha do parâmetro dependerá de cada escopo de práticas e categorias profissionais a serem dimensionadas. Por vezes o escopo de práticas atual inclui atividades que representam retrabalho, desvio de função ou até mesmo contrariam o modelo de atenção e o planejamento proposto pela gestão do estabelecimento. Outras situações envolvem ausência de uma prática específica no escopo causada por falta de equipamento ou de profissionais. Nestes casos, devemos analisar criticamente cada situação e dar o tratamento adequado, definindo a inclusão ou não das atividades no dimensionamento, conforme a legislação vigente, protocolos e diretrizes institucionais.



A depender do escopo de práticas, haverá a possibilidade de escolher entre mais de uma referência de parâmetro. O diálogo e a pactuação com profissionais do estabelecimento, que conhecem a fundo o processo de trabalho, são importantes nesse momento para encontrar aquele que mais se aproxima do que é esperado para a realidade local.

Não há uma referência única ou obrigatória para parâmetros de DFTS no SUS. Desse modo, é importante destacar que não existe certo ou errado, e sim parâmetros mais adequados ao objetivo e ao modelo de atenção do estabelecimento do que outros. Quando o objetivo for verificar a força de trabalho necessária para cumprir os pré-requisitos de habilitação e cadastramentos de serviços, é recomendado que se utilizem as referências de parâmetro publicadas em documentos oficiais do Ministério da Saúde.

É necessário ressaltar que a maioria das referências de parâmetros de DFTS advém de normativos do Ministério da Saúde, dos conselhos de classe ou da literatura. Estes apresentam proposições de parâmetros que possibilitam o dimensionamento da força de trabalho nos estabelecimentos, citando regras gerais e/ou recomendações de equipe mínima. Entretanto, muitas vezes, podem ser adaptados, gerando novos valores ou até mesmo inspirando a construção de novos parâmetros que, pactuados com a equipe envolvida, usam como referência a própria realidade dos processos de trabalho e a experiência de uma área ou estabelecimento específico. Isto implica o estudo de parâmetros existentes, suas origens e suas possibilidades de aplicação para realizar as melhores escolhas possíveis durante o processo de dimensionamento.

Abaixo, apresentamos um exemplo com duas possibilidades de parâmetros a escolher para realizar o cálculo de necessidades para o cargo de médico anestesista, conforme o escopo de práticas apresentado no passo anterior.

Exemplo de possibilidades de escolha de parâmetro- médico anestesista		
Escopo de prática	Indicador	Parâmetro
Atendimento nas Cirurgias eletivas	Número de salas	1 profissional por sala em funcionamento
	Número de cirurgias	3 horas de profissional anestesista para cada cirurgia eletiva programada

Com o levantamento do escopo de práticas e os dados de capacidade instalada, é possível refletir sobre essa escolha.

No caso do Hospital Paraíso, não temos informação sobre o tempo médio de cirurgias nem sobre quantas são programadas, apenas quantas foram realizadas. Sabemos o número de salas e o tempo de funcionamento de cada uma delas. Caso tivéssemos o tempo médio de cirurgias, seria possível comparar com as 3 horas propostas no parâmetro ou até mesmo adaptá-lo, usando o tempo realmente utilizado nesse estabelecimento. Podemos supor, ainda, que nem todas as cirurgias programadas acontecem de fato, devido a condições de saúde do usuário e outras questões. Portanto, o número seria maior que as cirurgias realizadas. Então, dimensionar considerando apenas a média de cirurgias realizadas pode nos levar ao número de horas mensais em que os profissionais estariam disponíveis para todas as cirurgias programadas. Assim, considerando as informações disponíveis e o conhecimento técnico de que um médico anestesista deve acompanhar todo o tempo de cirurgia, é mais adequado escolher o primeiro parâmetro do que o segundo.

Após a escolha do parâmetro, o cálculo do dimensionamento é feito em horas de trabalho por mês, somando-se as programadas para cada uma das atividades descritas no escopo de práticas de determinado cargo.

Optamos por horas de trabalho, e não número de profissionais, para evitar as distorções de interpretação que pode haver quando esses últimos não possuem contratos fixos de carga horária semanal ou dedicam apenas uma parte delas ao cuidado. Entre outras

situações que precisariam ser individualizadas, mas não são de competência do dimensionamento, e sim da gerência do estabelecimento na distribuição de escalas.

Assim, ao calcular a necessidade de 360 horas semanais de profissionais farmacêuticos, é possível que sejam dez farmacêuticos com carga horária semanal de 36 horas, 12 farmacêuticos com 30 horas semanais ou até outras contratações em carga horária distintas que, juntas, somem o total esperado. O número de farmacêuticos difere conforme o contrato por que o gestor optou, porém as necessidades de força de trabalho em horas não se alteram, independentemente da escala de trabalho, serão 360 horas.

Nesta metodologia, utilizamos quatro tipos de cálculo matemático para encontrar as horas de trabalho programadas. Para cada um deles, é necessário um conjunto de informações, conforme o quadro a seguir.

Tipo de cálculo	Dados necessários para utilização
Sítio de trabalho: Neste caso, horas de trabalho são atribuídas a um determinado local de atendimento.	a) a quantidade de sítios a serem cobertos; e b) quantas horas por dia e quantos dias por semana esses sítios permanecem em atividade.
Hora de trabalho por atendimento realizado: Um valor de hora é atribuído para cada atendimento realizado ou programado.	a) a produção realizada ou planejada por mês; b) parâmetro: número em horas previsto para a realização de um atendimento; e c) % da atividade para o cargo - definido quando se trata de uma prática colaborativa com trabalhadores de outros cargos e especialidade.
Horas de trabalho por capacidade operacional: uma carga horária de trabalho é atribuída para uma determinada capacidade instalada operacional existente ou programada.	a) capacidade instalada - número absoluto; b) quantas horas por dia e quantos dias por semana em atividade; c) % da atividade para o cargo - definido quando se trata de uma prática colaborativa com trabalhadores de outros cargos e especialidade e; d) parâmetro: número de profissionais para a capacidade instalada.
Posto de trabalho por atendimento ou produção: Nessa situação um posto de trabalho é atribuído para um conjunto de atendimentos ou produção realizada ou programada.	a) produção realizada ou planejada - número absoluto; b) horas/dia em atividade; c) dias da semana em atividade; c) % da atividade para o cargo - definido quando se trata de uma prática colaborativa com trabalhadores de outros cargos e especialidade; d) parâmetro: número de profissionais para a produção mensal.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Possa e Trepte, 2018.

Abaixo, exemplificaremos os quatro tipos de cálculos, a partir do escopo de práticas para o cargo de médico anestesista do Hospital Paraíso, aplicando parâmetros fictícios.

Sítio de trabalho – Salas de cirurgia

Fórmula de cálculo: a quantidade de sítios × horas por dia × dias por semana × 4,3

Parâmetro: 1 profissional para cada sala cirúrgica em funcionamento

8 salas de eletivas + 1 sala de emergência, segunda a sexta, entre 8 e 20h

$$9 \times 12 \times 5 \times 4,3 = 2322h$$

2 salas de emergência, segunda a sexta 12h e sábado e domingo 24h

$$(2 \times 12 \times 5) + (2 \times 24 \times 2) \times 4,3 = 929h$$

Total de horas mensais para atendimento as cirurgias: 3251h

Hora de trabalho por atendimento – Consultas pré-operatórias

Fórmula de cálculo: produção realizada × parâmetro

Parâmetro: 30 min por consulta (0,5h)

822 consultas/mês

$$822 \times 0,5 = 411h$$

Total de horas mensais para consultas: 411h

Horas de trabalho por capacidade operacional – Leitos de Recuperação

Fórmula de cálculo:

(capacidade instalada ÷ parâmetro) × nº de profissionais × horas por dia × dias por semana × 4,3

Parâmetro: 1 profissional para cada 10 leitos

10 leitos

$$(10 \div 10) \times 1 \times 24 \times 7 \times 4,3 = 722h$$

Total de horas mensais para atendimento na Sala de Recuperação: 722h

Posto de trabalho por atendimento ou produção – Exames de Endoscopia

Fórmula de cálculo: (produção mensal ÷ parâmetro) × nº de profissionais × horas por dia × dias por semana × 4,3

Parâmetro: 2 profissionais 30h/semana para cada 400 exames

800 exames/mês e escolhendo um parâmetro que indica

$$(800 \div 400) \times 2 \times 6 \times 5 \times 4,3 = 516h$$

Total de horas mensais para atendimento na Endoscopia: 516h

Dimensionamos, por meio da soma das horas programadas para realizar cada uma das atividades previstas no escopo de práticas, que há uma necessidade de 4.900 horas de trabalho de médico anestesista na equipe desse Centro Cirúrgico (3.251 + 411 + 722 + 516).

Por se tratar de serviços de saúde, com demandas constantes e, na maioria das vezes, inadiáveis, recomendamos que as horas mensais sejam acrescidas de um percentual para cobertura de ausências previstas e imprevistas durante o ano, o Índice de Segurança Técnica (IST). Dessa maneira, evita prejudicar a oferta de serviços e mantém o atendimento das necessidades da população em tempo correto. O valor a ser acrescido pode ser pactuado conforme a realidade local, observando as características da força de trabalho, as ausências previstas e as médias de absenteísmo em cada instituição. Recomendamos que seja de no mínimo 15%, exceto em casos em que um valor menor se justifique por estudos técnicos.

Horas Programadas com IST – Médicos Anestesistas

Fórmula de cálculo: horas programadas + % de IST

Parâmetro: 15

4900 horas mensais

$4900 + 15\% = 5635h$

Total de horas mensais com IST: 5.635

Dessa forma, poderíamos afirmar que, para o Hospital Paraíso, considerando o escopo de práticas e relacionando a produção e a capacidade instalada para o trabalho do médico anestesista, a partir dos parâmetros escolhidos, o dimensionamento aponta a necessidade de 5.635 horas de trabalho desse profissional por mês, incluído o IST de 15%.

Como apresentamos anteriormente, existe ainda a possibilidade de calcular com base em escopos de práticas que são compartilhados. Entretanto, não mostramos isso nas fórmulas de cálculos dos anestesistas do Hospital Paraíso porque não há sinalização dessa necessidade nos dados coletados. Se houvesse, como é caso de muitas atividades de enfermagem, compartilhadas entre enfermeiros e técnicos, por exemplo, poderia ser considerado para cada cargo um percentual das horas que corresponde a sua participação

na atividade. Admitindo um parâmetro de 10 horas de enfermagem para cada leito de uma unidade de internação com 10 leitos, sendo 40% do trabalho realizado por técnicos, o cálculo para o cargo de enfermeiro seria o que segue.

Horas de trabalho por capacidade operacional – Leitos de Internação

Fórmula de cálculo:

((capacidade instalada ÷ parâmetro) × nº de profissionais × horas por dia × dias por semana × 4,3) × % da atividade para o cargo

$$((10 \div 10) \times 1 \times 24 \times 7 \times 4,3) \times 60\% = 433h$$

Total de horas mensais de Enfermeiro para Unidade de Internação: 433h

Para calcular a força de trabalho de todo o estabelecimento, é necessário repetir, para cada profissional e em cada equipe, esses mesmos passos de cálculos, conforme a escolha de parâmetros adequados para cada escopo de práticas identificado.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Considerando o exemplo explorado para os cálculos, o resultado poderia apresentar simplesmente a necessidade que 4.900 horas de médicos anestesistas por mês ou ainda 5.635 horas se considerados um acréscimo de 15% de índice de segurança técnica. Complementarmente, poderia representá-los em número de profissionais conforme a carga horária que está prevista no edital de concurso ou contrato de prestação de serviço com o território, por exemplo.

É comum que se apresente o resultado contabilizando o IST escolhido e uma análise comparada entre a força de trabalho dimensionada como necessária e a que está disponível, conforme verificada no segundo passo desse método.

RESULTADOS DO DIMENSIONAMENTO DE MÉDICOS ANESTESISTAS						
CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL PARAÍSO						
Cargo	Total de horas necessárias/mês c/IST	Total de horas contratadas/mês	Diferença em horas	Nº de Profissionais necessários (30h)	Nº de Profissionais contratados (30h)	Diferença em Nº de Profissionais (30h)
Médico Anestesista	5635	5160	- 475	43,6	40	3,6

Considerando uma carga horária padrão de 30h semanais, seriam necessários 43,6 profissionais para o Centro Cirúrgico. Somando profissionais de diferentes cargas horárias e vínculos, o Hospital Paraíso tem disponível um total de 5.160h de médicos anestesistas contratados, equivalente a 40 profissionais nesta carga horária padrão. Estima-se, então, um déficit de 476 horas por mês, equivalente a 3,6 profissionais/mês.

Observe que encontramos um resultado que, quando representado em número de profissionais, sugere um valor com decimais. Como não há frações de profissionais, é importante apresentar em destaque o número em horas, para que haja condições de análises das possibilidades quando da tomada de decisão. Em geral, considerar essa questão apenas com arredondamentos matemáticos não é uma tarefa simples, porque impactam em número de vagas, orçamento e capacidade de produção de um estabelecimento.

Nesse caso, entre inúmeras possibilidades, as soluções para adequar a força de trabalho contratada poderiam ser: a) contratar quatro profissionais e, com as horas excedentes ao programado, ampliar a oferta de consultas pré-operatórias; b) contratar três profissionais de 30h e um de 20h semanais, ficando horas por semana disponíveis para anestesistas participarem de comissões internas e processos de gestão e educação permanente do hospital; ou c) contratar três profissionais de 30h e cobrir 18 horas de trabalho por semana com pagamento de horas extras.

Além dos resultados por cargo, considerando o trabalho em equipe, é necessária a apresentação dos dados consolidados conforme cada área, possibilitando a análise da composição da equipe, como no exemplo a seguir.

RESULTADOS DO DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO						
CENTRO CIRÚGICO DO HOSPITAL PARAÍSO						
Cargo	Total de horas necessárias/mês c/IST	Total de horas contratadas/mês	Diferença em horas	Nº de Profissionais necessários (30h)	Nº de Profissionais contratados (30h)	Diferença em Nº de Profissionais (30h)
Enfermeiro	3225	3225	0	25	25	0
Farmacêutico	387	258	- 129	3	2	- 1
Médico Anestesiata	5635	5160	- 475	43,6	40	- 3,6
Médico Cirurgião	5160	5031	- 129	40	39	- 1
Técnico de Enfermagem	6450	6708	258	50	52	2
Total	20857			161,6		

Os resultados consolidados no total do estabelecimento, com todas as equipes que compõem o hospital, por exemplo, pode ilustrar a necessidade de redistribuição entre as áreas. A análise comparativa desses resultados pode indicar que as necessidades de contratação podem estar concentradas em uma equipe específica e que, por meio de remanejamento, é possível reduzir o déficit de uma área com o superávit apresentado em outra.

Por fim, destacamos que a apresentação dos resultados pode ocorrer de forma simples, contemplando apenas as horas necessárias por cargo dimensionado ou de maneira mais elaborada, em que essas informações podem ser complementadas com análises comparadas e sugestões de ações estratégicas. Recomenda-se que sejam definidas as formas de apresentação conforme a necessidade do estabelecimento e/ou dos gestores do sistema de saúde, pois a consolidação, o acompanhamento e a análise de dados dessa natureza são insumos relevantes à tomada de decisão quanto ao planejamento e à gestão da força de trabalho.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Gestão de Pessoas. **Diagnóstico vertical e proposta de composição da força de trabalho por setores e áreas no Hospital Federal de Bonsucesso**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. [s. n], 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Gestão de Pessoas. **Diagnóstico vertical e proposta de composição da força de trabalho por setores e áreas no Hospital Federal do Andaraí**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. [s. n], 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Gestão de Pessoas. **Diagnóstico vertical e proposta de composição da força de trabalho por setores e áreas no Hospital Federal dos Servidores do Estado**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. [s. n], 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Gestão de Pessoas. **Diagnóstico vertical e proposta de composição da força de trabalho por setores e áreas no Hospital Federal de Ipanema**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. [s. n], 2011c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Gestão de Pessoas. **Diagnóstico vertical e proposta de composição da força de trabalho por setores e áreas no Hospital Federal da Lagoa**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. [s. n], 2011d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Gestão de Pessoas. **Diagnóstico vertical e proposta de composição da força de trabalho por setores e áreas no Hospital Federal Cardoso Fontes**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. [s. n], 2011e.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Gestão de Pessoas. **Diagnóstico vertical e proposta de composição da força de trabalho por setores e áreas no Hospital Nossa Senhora da Conceição**. Porto Alegre: Ministério da Saúde. [s. n], 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Diagnóstico vertical e proposta de composição da força de trabalho por setores e áreas assistenciais, apoio diagnóstico e apoio técnico do Grupo Hospitalar Conceição**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição. [s. n], 2015.
- MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.
- POSSA, L. B.; TREPTE, R. F. (org.) **Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho para os Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência e Emergência: Desenvolvimento de Metodologia**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2.ed., 2018.
- REDE UNIDA, Associação Brasileira da. **Dimi: Sistema de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde**. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <http://www.dimi.kinghost.net/prelogin.php>. Acesso em: 14 jun. 2019.

APÊNDICE D- ROTEIRO DE COLETA DE DADOS ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS²

Este roteiro visa identificar as especificidades do cuidado do estabelecimento estudado e sua articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) regional e as necessidades de saúde da população referenciada. Buscaremos, também, identificar as estruturas e a força de trabalho, bem como as informações relativas à atenção à saúde, à produção e à capacidade instalada dos serviços ofertados.

Atenção! A ideia não é ter todas as respostas num mesmo momento, e sim identificar a capacidade de estas serem produzidas no decorrer do processo de dimensionamento. A proposta é que possamos ouvir as áreas e conhecer as especificidades que elas apresentam, além de mobilizar os profissionais do estabelecimento para que o processo aconteça com maior proximidade da realidade local.

1. Identificação e Caracterização do Ponto de Atenção

Nome do estabelecimento de saúde:	
Município:	
Endereço:	
Gestão: () Estadual () Municipal () Dupla	
Diretor Clínico/Gerente/Administrador:	Contato (Telefone e E-mail):
Dias e Horário de Funcionamento:	
Nível de atenção do estabelecimento: Secundário () Terciário ()	Abrangência do estabelecimento: () Regional () Municipal () Intermunicipal () Estadual

² Roteiro elaborado por Maria Cecília Brandt Piovesan, Desirée dos Santos Carvalho, Gislene Henrique de Souza para o Projeto de Governança da Gestão do Trabalho em Saúde - 2019.

Tipo de estabelecimento (Conforme tabela da Portaria de Consolidação nº 01/GM/MS, de 28 de setembro de 2017): https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html		Natureza jurídica: <input type="checkbox"/> Administração Pública <input type="checkbox"/> Entidades Empresariais <input type="checkbox"/> Entidades sem fim lucrativos -
Profissionais do estabelecimento que apoiarão o processo de dimensionamento: (Identificar e pactuar com a gestão da unidade os profissionais que apoiarão a coleta de dados e o processamento desses. Indicar, prioritariamente profissionais que conheçam as diretrizes e os processos de Gestão do Trabalho, Assistência e Planejamento deste estabelecimento)		
Nome:	Lotação	Contato (Telefone e e-mail):
Nome:	Lotação	Contato (Telefone e e-mail):
Nome:	Lotação	Contato (Telefone e e-mail):
Nome:	Lotação	Contato (Telefone e e-mail):

Listar os serviços ofertados, habilitados e/ou pactuados pelo estabelecimento.

2. Identificação das Demandas

2.1 População Referenciada

Listar número de habitantes e características dos municípios/região para os quais os serviços do estabelecimento são referência.

2.2 Demanda

Caracterizar a demanda atendida pelo ponto de atenção, identificando as principais causas de procura pelo serviço, os dias e horários com maior demanda, se há informação sobre média de tempo/lista de espera para acesso do usuário e etc.

3. Capacidade Instalada

3.1 Infraestrutura e equipamentos

Listar os ambientes (áreas, Consultórios, Salas, unidades de internação leitos e equipamentos) e equipamentos (ecógrafos, cicladora de diálise, mamógrafos...) existentes no estabelecimento.

3.2 Força de Trabalho

Listar as categorias profissionais que atuam no estabelecimento (Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeutas...).

3.3 Produção Realizada

Listar os indicadores de produção e de resultado dos serviços ofertados no estabelecimento, disponíveis no último ano (número de consultas, cirurgias, taxa de ocupação, taxa de infecção...).

4. Informações relativas à Gestão do Trabalho e da Educação:

O quadro de trabalhadores é composto por:

() estatutários () celetistas () bolsistas

() outro vínculo Qual: _____

Outras informações relevantes:

Verificar a força de trabalho do estabelecimento, por equipe (lotação), conforme instrumento de Levantamento de dados da Força de Trabalho.

O trabalhador tem uma carga horária semanal padrão em geral ou por categoria profissional?

() Não () Sim. Qual(is):

Há Políticas de Gestão do Trabalho?

() Não () Sim Qual(is):

Há previsão de outros tipos de licenças e afastamentos dos trabalhadores além de atestados e férias de 30 dias?

() Não () Sim Qual(is):

Há práticas de educação permanente no âmbito do estabelecimento ou em articulação com a rede onde está inserido? Se sim, listar as atividades, o público-alvo e a periodicidade:

Há Sistema de Informações sobre Recursos Humanos?

() Não () Sim Qual(is)?

O estabelecimento é campo de práticas de ensino?

() Não () Sim Qual(is)?

O estabelecimento recebe estagiários de instituições de ensino?

() Não () Sim. Quantos? De qual(is) cursos?

O estabelecimento é campo de formação de Residências em Saúde?

() Não () Sim. Liste o número de vagas anuais por cargo e especialidade.

5. Informações relativas à organização e planejamento do estabelecimento

Verificar o organograma funcional do estabelecimento e, se possível, anexar uma cópia da imagem aqui. Comentar sobre sua composição e estrutura, levando em consideração a organização do cuidado e os serviços descritos no item 1 deste roteiro.

O estabelecimento possui documento (s) com diretrizes explícitas para organização e planejamento do serviço tais como Plano Diretor, Planejamento Estratégico ou similar?

() Não () Sim. Quais? Listar:

Há contrato de gestão, contratualização com gestor municipal/estadual com metas pactuadas para oferta e produção de serviços?

() Não () Sim Qual(is)?

Os trabalhadores participam ativamente dos processos de gestão e planejamento do estabelecimento (colegiados de gestão, fóruns participativos e etc.)?

() Não () Sim Qual(is)? Em que periodicidade?

6. Informações relativas aos processos de trabalho do estabelecimento

Os processos de trabalho no estabelecimento estão baseados em regulamentos, fluxos, protocolos, Planos Operacionais Padrão - POPs e/ou Diretrizes Clínicas específicas?

() Não () Sim. Identificar quais e como acessá-los.

Observações: _____

Os trabalhadores da assistência participam de Comissões e/ou Núcleos que os afastem do setor de lotação por algum período (horas/dias) de forma periódica?

() Não () Sim. Listar.

Há trabalhadores da assistência atuando na área administrativa e/ou gestão do estabelecimento? (horas/dias/área) de forma periódica?

() Não () Sim. Listar:

Identificar as equipes que compõem o estabelecimento (item 5) e listar o escopo de práticas e a produção de cada uma delas, correlacionando com os ambientes onde atuam com os equipamentos que utilizam (item 3.1). Em seguida, relacionar as práticas com os processos de trabalho e as responsabilidades de cada cargo que compõe a equipe (Instrumento de Coleta de Dados sobre Escopo de Práticas).

APÊNDICE E – COLETA DE DADOS SOBRE AS PRÁTICAS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOBRE ESCOPO DE PRÁTICAS ³

EQUIPE:
Área/Linha de Cuidado:
Escopo de práticas:
<i>Capacidade instalada e dados/indicadores de produção da equipe:</i>
Observações:

Cargo A:		
Remuneração mensal:	Carga horária semanal padrão:	IST:
Escopo de práticas:		
Observações:		

³ Adaptado de Dimi – Sistema de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde (REDE UNIDA, 2017).

Cargo B:		
Remuneração mensal:	Carga horária semanal padrão:	IST:
Escopo de práticas:		
Observações:		

Cargo C:		
Remuneração mensal:	Carga horária semanal padrão:	IST:
Escopo de práticas:		
Observações:		

Cargo D:		
Remuneração mensal:	Carga horária semanal padrão:	IST:
Escopo de práticas:		
Observações:		

CAPÍTULO VI – PLANEJAMENTO ARQUITETÔNICO: INFRAESTRUTURA E AMBIÊNCIA EM SAÚDE

Doris Vilas-Boas

O ESPAÇO COMO FACILITADOR DOS PROCESSOS DE TRABALHO

O Espaço para promoção da saúde deve ser dimensionado e projetado após a definição dos processos de trabalho que ali ocorrerão. Entretanto, não é raro acontecer, justamente, o contrário, ou seja, os processos serem adaptados aos espaços preexistentes. Para que o espaço seja um facilitador das atividades a serem nele realizadas, sua concepção deve ser fruto de uma ampla discussão entre os atores envolvidos.

A fase de programação arquitetônica, num projeto de edifício para a saúde, é a que engloba todos os trabalhos de fundamentação do programa arquitetônico, que não se constitui apenas numa relação de espaços ou atividades, mas de um complexo estudo que tornam claras as condicionantes funcionais e estéticas entre esses espaços e funções. (CARVALHO, 2014, p.26)

A Arquitetura para a Saúde deve adotar um planejamento prévio de todas as técnicas e recursos que serão utilizados, observar as normas e as legislações próprias dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e, simultaneamente, atender às características principais de qualificação desses estabelecimentos, como: racionalidade, flexibilidade, tecnologia e inovação, sustentabilidade e humanização (VILAS-BOAS, 2011).

Ao mesmo tempo, e não menos importante, a arquitetura deve ser entendida como um processo artístico e técnico capaz de elaborar ambientes organizados e criativos que promovam a ambiência e o acolhimento adequados aos diferentes tipos de atividades humanas dentro dos EAS.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017, p. 11).

A construção do Espaço dever ser precedida pela definição dos processos de trabalho, das atividades ali realizadas, do quantitativo de profissionais, das técnicas e da cultura organizacional. Quando o cliente, aqui compreendido como servidores da saúde, pacientes e acompanhantes, participa ativamente da definição do ambiente do cuidar, este potencializa a possibilidade de resolutividade, humanização, proporcionando o lócus ideal para a escuta ativa e a atenção acolhedora.

Por outro lado, quando o espaço é inadequado para a realização das atividades a ele destinadas, seja por possuir tamanho inferior ao pré-dimensionamento, mobiliário desconfortável, ruído elevado, condicionantes climáticos extremos, como muito calor ou muito frio, muita umidade ou baixa umidade, seja por apresentar manutenção inadequada, baixa luminosidade, infiltrações, mofo, falta de pias para higiene e desinfecção, todos esses fatores acabam por promover *stress* na rotina do servidor, irritabilidade e baixa produtividade.

Segundo Santos e Bursztyn (2014), a percepção de satisfação ou insatisfação em relação ao serviço e ao espaço está “permeada de aspectos objetivos e subjetivos que podem ir desde as sensações de conforto, até às expectativas do indivíduo com relação ao tratamento recebido (pacientes) ou condições de trabalho (profissionais)”. Sabe-se que a percepção da ambiência é influenciada pela “experiência de vida, valores culturais e saberes e práticas de cada grupo”.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), a Ambiência tem por finalidade “criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho” e, principalmente, prover um lugar de encontro entre as pessoas. A Arquitetura, a Estrutura Física e a Ambiência devem ser utilizadas como ferramentas de discussão coletiva e problematização do processo de trabalho, permitindo a inclusão de todos os profissionais de saúde e também do paciente, usuário do serviço, desde o planejamento dos serviços e a idealização dos EAS, favorecendo a coprodução desse espaço de promoção da saúde.

A ambiência isoladamente não altera o processo de trabalho, mas pode ser usada como uma ferramenta que contribua para as mudanças, através da co-produção dos espaços aspirados pelos profissionais de saúde e pelos usuários, com funcionalidade, possibilidades de flexibilidade, garantia de biossegurança relativa à infecção hospitalar, prevenção de acidentes biológicos e com arranjos que favoreçam o processo de trabalho (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

Para a construção de espaços que facilitem o processo de trabalho, faz-se necessária uma equipe multidisciplinar aliada a uma metodologia comprometida com a qualidade do projeto. Afinal, os edifícios de saúde são construídos para atenderem o ser humano e contribuírem positivamente para a cura e a saúde do paciente.



Figura 01: Ambiência e Processo de trabalho. Diagramação elaborada pela autora,2020.

Diversos fatores físicos influenciam na humanização do atendimento. Segundo Carvalho (2014, p. 60), a “boa sinalização, projeto paisagístico competente, esperas bem dimensionadas são essenciais para a utilização funcional correta desses espaços”. Salientamos que os EAS são ambientes dimensionados para cuidados de saúde. É necessário perceber que a humanização “não se trata apenas de decorar e sinalizar, mas certificar-se de que todo o projeto está comprometido com o melhor para o ser humano que utilizará o edifício”.

Mais do que Estabelecimentos de Saúde saudáveis, terapêuticos e humanizados, a arquitetura de ambientes de saúde deve buscar, acima de tudo, quebrar barreiras e levar a saúde para além das paredes dos estabelecimentos. Assim, a integração de todos os ambientes privados e espaços públicos num conceito ampliado de saúde universal e integral, constituindo “Cidades Saudáveis”, promovem a prevenção, bem-estar e vida plena a todos os seus habitantes (VILAS-BOAS, 2017).

FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

A metodologia utilizada para avaliação da Arquitetura e Estrutura Física das Unidades de Atenção Primária tem como base cinco eixos: Ambientes Obrigatórios, Ambiência, Acessibilidade e Sinalização, Instalações e Manutenção. Estes estão consolidados em uma ferramenta de avaliação que auxiliará os gestores e os trabalhadores da saúde.

Esse conjunto de métodos e técnicas para avaliação da qualidade da edificação e de seus ambientes construídos leva em consideração não somente o ponto de vista dos especialistas, mas também a satisfação dos clientes. Segundo Carvalho (2014, p. 47), as avaliações dos EAS e dos seus projetos devem ser assumidas como “uma rotina natural e necessária em estabelecimentos de saúde, não somente para garantir a qualidade do produto, mas para que haja desenvolvimento profissional contínuo e checagem do atendimento das exigências funcionais”.

Essa ferramenta comporta, em seu início, uma ficha técnica com as características gerais da unidade (figura 3), em que se identificam os dados principais, como: o nome da unidade, o município a que ela pertence e a sua região de saúde, o tipo de estabelecimento, por exemplo, Centro de Saúde ou Unidade de Atenção Primária ou Unidade de Saúde da Família, o endereço e o horário de funcionamento. Outro dado importante é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o “Status” da unidade: reformada ou nova. A quantidade de Equipes de Saúde da Família que estão presentes na unidade e a presença da equipe de saúde bucal. Além disso, a vinculação das unidades a programas federais, estaduais ou municipais, como, por exemplo: NASF, Saúde na Hora ou UAPI (Unidade de Apoio a Primeira Infância).

Inicialmente, cada unidade recebe um questionário para verificação dos ambientes existentes e características gerais, denominado “Questionário Base: informações para arquitetura”.

O **QUESTIONÁRIO BASE: INFORMAÇÕES PARA ARQUITETURA** tem como objetivo a identificação das **características gerais da unidade** e a verificação dos **ambientes existentes** (sugestão de modelo na página 135). Realizado com base no memorial descritivo de projeto de arquitetura de Unidade Básica de Saúde Padrão 1, 2, 3 e 4, desenvolvido pelo Ministério da Saúde e disponibilizado no sítio: <https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs> (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011, 2017; ABNT, 2015).

Nesse questionário, também são solicitados a identificação dos equipamentos não portáteis existentes, o envio da planta baixa, de cobertura, cortes e fachadas (cadastro atualizado de todos os andares), assim como fotos da fachada principal, dos acessos existentes e dos ambientes mais importantes, por exemplo: sala de espera, consultórios, sala de exame etc.

Outros dados pertinentes informam se a unidade é própria ou alugada; se é térrea ou tem outros andares e, em caso positivo, quantos possui. Se existe acessibilidade física por meio de rampa e/ou elevador; o número de pessoas atendidas por dia e se a equipe identifica a necessidade de ampliação na estrutura.

As plantas baixas das unidades com a metragem de cada ambiente permitem a verificação das áreas mínimas necessárias para realização das atividades de atenção à saúde e identificação dos fluxos principais (pacientes, trabalhadores, materiais e resíduos), o zoneamento da unidade e os principais acessos.

Após análise de plantas e memoriais técnicos, avaliação de fotos e localização da unidade, avaliação das questões urbanas, vulnerabilidade do território, proximidade de sistemas de transporte, parques, jardins, rios e ambientes estruturados para a comunidade, desenha-se um *checklist* de requisitos a serem avaliados na visita.

As visitas às unidades serão realizadas por arquiteto especialista em sistemas de saúde, capacitado para análise da Rede de Atenção à Saúde, conhecendo o

dimensionamento e a qualificação das estruturas. Os parâmetros e os critérios de avaliação adotados são baseados em programas e documentos do Ministério da Saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017, p. 11).

A visita se inicia com uma caminhada assistida pelo gestor ou coordenador da unidade com a aplicação do método de *walkthrough* de Avaliação Pós-Ocupação (APO) (MELLO, 2011). Em seguida, são realizadas entrevistas e atividades de grupo focal, exercendo a escuta ativa, dentre outros instrumentos, para coletar informações quanto à percepção dos usuários dos ambientes avaliados. Em sequência, aplica-se um *checklist* de requisitos a serem avaliados, e que foram anteriormente detalhados de acordo com as observações obtidas com a análise prévia do EAS.

O *checklist* é formado por cinco partes e tem como objetivos principais:

- analisar a estrutura física dos pontos de atenção à saúde.
- evidenciar as necessidades de adequação da arquitetura e da infraestrutura.

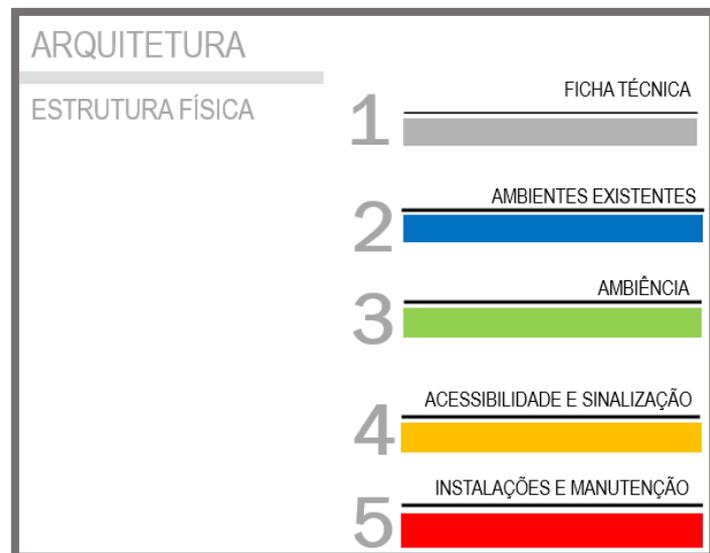


Figura 02- *checklist*: 5 etapas-requisitos a serem avaliados.

Diagramação elaborada pela autora, 2019.

A primeira etapa do *checklist* contempla as características gerais da unidade avaliada (Ficha Técnica), cuja maioria das informações foram anteriormente solicitadas no “Questionário Base: informações para arquitetura” enviado para cada gestor. Durante a visita presencial, o avaliador, seja externo ou interno, deve verificar se as informações são compatíveis com a realidade da unidade e registrar outras informações pertinentes, como vulnerabilidade, especificidades do território etc.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

UNIDADE 01 – nome da unidadeFICHA TÉCNICA

1

Regional:

Tipo de Estabelecimento:

Endereço:

Horário de funcionamento:

CNES:

Status: Reformado (ano) ou Novo (ano)

Equipes:

Programas:

NASF:

Saúde na Hora:

UAPI:

Outros:



Fotografia da fachada da unidade

Fonte:

NOTAS:

1. População atendida:
2. Vulnerabilidade:
3. Outros:

Fonte: BRASIL. GOVERNO FEDERAL. . Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em:

Figura 3: Ficha técnica: Elaborado pela autora, 2020.

A segunda etapa contempla a verificação da Arquitetura e Infraestrutura Física com a avaliação da existência de todos os ambientes existentes na unidade (figura 4 e 5), desde os espaços destinados à assistência, aqui chamado de ambulatório, aos ambientes de apoio. Outra informação essencial são os ambientes chamados de “extras” em comparação aos ambientes listados como essenciais no memorial descritivo de projeto de arquitetura de Unidade Básica de Saúde Padrão 1, 2, 3 e 4, desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Os ambientes “extras” vão sendo listados e incluídos na ficha. Os ambientes são fruto das atividades realizadas na unidade. Quando surge a necessidade de um ambiente novo, é porque a unidade possivelmente se vinculou a um novo programa. Dessa forma, exige uma área diferenciada ou a gestão implementou novos processos, protocolos e atividades que precisam ser mapeados.

ARQUITETURA E ESTRUTURA FÍSICA		2	AMBIENTES EXISTENTES
NOME DA UNIDADE			
<u>AMBULATÓRIO</u>			<u>OBSERVAÇÕES</u>
<input type="checkbox"/> Sala de recepção e espera <input type="checkbox"/> Sanitário masculino pacientes <input type="checkbox"/> Sanitário feminino pacientes <input type="checkbox"/> Sanitário PCD pacientes <input type="checkbox"/> Consultório Indiferenciado / acolhimento 01 <input type="checkbox"/> Consultório Indiferenciado / acolhimento 02 <input type="checkbox"/> Consultório Indiferenciado / acolhimento 03 <input type="checkbox"/> Consultório Indiferenciado / acolhimento 04 <input type="checkbox"/> Consultório Indiferenciado / acolhimento 05 <input type="checkbox"/> Sala de Inalação Coletiva <input type="checkbox"/> Sala de Observação / Procedimento / Coleta <input type="checkbox"/> Sala de Observação / Procedimento <input type="checkbox"/> Sala de Coleta		<input type="checkbox"/> Sala de vacinas <input type="checkbox"/> Sala de Curativos <input type="checkbox"/> DML <input type="checkbox"/> Estocagem / dispersão de medicamentos <input type="checkbox"/> Sala de Espera Interna 01 <input type="checkbox"/> Sala de Espera Interna 02 <input type="checkbox"/> Consultórios <input type="checkbox"/> Consultório Odontológico	
<input type="checkbox"/> Ambiente Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Ambiente Existente			
<small>Fonte: Elaborado pelo autor baseado no Memorial Descritivo projeto de arquitetura – Unidade Básica de Saúde – Padrão 1,2,3 e 4 – disponível no site: https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs</small>			

Figura 4: Ficha Ambientes Existentes-Ambulatório: Elaborado pela autora, 2020.

ARQUITETURA E ESTRUTURA FÍSICA		2	AMBIENTES EXISTENTES
NOME DA UNIDADE			
<u>SERVIÇOS (APOIO)</u>	<u>AMBIENTES EXTRAS*</u>		<u>OBSERVAÇÕES</u>
<input type="checkbox"/> Sala de Esterilização <input type="checkbox"/> Sala de Utilidades <input type="checkbox"/> Almoarifado <input type="checkbox"/> Sanitário Feminino Funcionários <input type="checkbox"/> Sanitário Masculino Funcionários <input type="checkbox"/> Guarda de Pertences <input type="checkbox"/> Copa <input type="checkbox"/> Sala Administrativa e gerência <input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> Caixa d'água <input type="checkbox"/> Abrigo de resíduos contaminados <input type="checkbox"/> Abrigo de resíduos recicláveis <input type="checkbox"/> Abrigo de resíduos comum <input type="checkbox"/> Sala de Atividades / ACS	<input type="checkbox"/> Horta <input type="checkbox"/> Sala de Apoio a Amamentação <input type="checkbox"/> Área para guarda de cadeiras de rodas <input type="checkbox"/> Sala de Práticas Integrativas <input type="checkbox"/> Sala de Situação <input type="checkbox"/> Depósito de Inservíveis <input type="checkbox"/> Estacionamento <input type="checkbox"/> Escovódromo <input type="checkbox"/> Sala para Núcleo de desenvolvimento infantil <input type="checkbox"/> Sala de Controle de Zoonose		
<input type="checkbox"/> Ambiente Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Ambiente Existente			
<small>* Ambientes encontrados em pelo menos uma das unidades visitadas no estado que não fazem parte do programa sugerido pelo MS.</small>			
<small>Fonte: Elaborado pelo autor baseado no Memorial Descritivo projeto de arquitetura – Unidade Básica de Saúde – Padrão 1,2,3 e 4 – disponível no site: https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs</small>			

Figura 5: Ficha Ambientes Existentes (cont.) - Apoio e ambientes extras: Elaborado pela autora, 2020.

Os ambientes aqui listados estão de acordo com o padrão atual do MS, entretanto, essa tabela deve ser adaptada conforme o tipo de unidade a ser avaliada. Deve, também,

ser revisada sempre, de acordo com novas políticas de saúde, normas, resoluções e legislações pertinentes à arquitetura e à infraestrutura para saúde.

Os ambientes deverão ser analisados prioritariamente de acordo com os itens propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH), Manual de Ambiência, Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde e Saúde da Família (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003), elaborados pelo Ministério da Saúde. Os itens listados na ficha abaixo são oriundos das diretrizes do MS.

ARQUITETURA E ESTRUTURA FÍSICA
AMBIÊNCIA

NOME DA UNIDADE

3

- Ventilação Natural (Recepção e Espera)
- Esquadrias em todos os ambientes
- Iluminação Natural Esperas (Esquadrias Transparentes)
- Iluminação Natural Consultórios (Esquadrias Transparentes)
- Dispositivo para controle da luz natural (Persiana ou Brise)
- Paredes íntegras livres de infiltrações e fungos (Riscos Ambientais)
- Piso e Teto íntegro
- Ambientes com Cores e Texturas variadas
- Distração positiva (quadros, arte, plotagens)
- Paisagismo (Jardim)
- Horta (Programa Farmácia VIVA)
- Ambiente para Práticas Integrativas
- Mobiliários com ergonomia, resistência e durabilidade
- Áreas Externas para descanso de acompanhante e trabalhadores
- Mobiliário nas áreas externas
- Corredores com largura adequada, superior a 1,20m

OBSERVAÇÕES

POSITIVOS	NEGATIVOS

Ausente Existente

Fonte: Elaborado pelo autor com base em BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 01 out. 2019.

Figura6: Ficha Ambiência: Elaborado pela autora, 2020.

UNIDADE 01 – nome da unidade

ESTRUTURA FÍSICA

4

ACESSIBILIDADE E SINALIZAÇÃO

- Ponto de ônibus próximo (___metros)
- Rampa
- Elevador
- Piso tátil
- Sanitários Adaptados PCD na sala de espera
- Sanitário Adaptados PCD em pelo menos um consultório
- Portas de todos os sanitários para pacientes abrindo para fora
- Circulações largas (superior a 1,20m)
- Programação Visual (sinalização nas portas)
- Programação Visual (indicação da localização dos ambientes e fluxos)

Ausente

Existente

Fonte: Elaborado pelo autor com base na ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2 ed. Rio de Janeiro: Sede da *Abnt*, 2004.

Figura7: Ficha Acessibilidade e Sinalização: Elaborado pela autora, 2020.

Para a análise da Acessibilidade, deverão ser adotados, principalmente, a ABNT NBR9050/2015, as legislações e os documentos que contemplem o conceito de DESENHO UNIVERSAL. Como regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, é utilizada a Resolução – RDC nº 50/2002 da ANVISA.

NOME DA UNIDADE		5		INSTALAÇÕES E MANUTENÇÃO
ESTRUTURA FÍSICA				
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Elétrica e Eletrônica <input type="checkbox"/> Telefonia <input type="checkbox"/> Lógica <input type="checkbox"/> Hidráulica <input type="checkbox"/> Fluido-Mecânica <input type="checkbox"/> Climatização <input type="checkbox"/> Sistema de Combate a Incêndio 		OBSERVAÇÕES		
		Contrato de manutenção:		
1 - Inexistente	2 - Inadequada	3 - Necessidade de Manutenção	4 - Adequada	
<small>Fonte: Elaborado pelo autor com base em BRASIL. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Anvisa.</small>				

Figura 8: Ficha Instalações e Manutenção: Elaborado pela autora, 2020.

A análise da “Estrutura Física” de uma unidade de saúde deve observar atentamente as instalações de Elétrica e Eletrônica, Telefonia, Lógica, Hidráulica, Fluido-Mecânica, Climatização e Sistema de Combate a Incêndio. A qualidade das instalações e sua manutenção interferem na prestação da assistência em saúde. Um exemplo prático observado é quando uma unidade de atenção primária à saúde possui todos os ambientes necessários e indicados pelo MS e qualidade máxima no quesito ambiência e acessibilidade. Entretanto, não consegue prestar um serviço resolutivo à comunidade, ocasionando filas de espera, pois o ar-condicionado do consultório está quebrado e este consultório fica interditado. Outro exemplo é quando não se realiza atendimento odontológico devido a um equipamento quebrado (compressor). A unidade possui o espaço físico adequado, os profissionais de saúde estão disponíveis na unidade, mas o atendimento não é realizado, pois a manutenção das instalações não é efetiva.

Listados a seguir, podem-se observar alguns documentos pertinentes para fundamentação da abordagem da temática arquitetura e infraestrutura de saúde e seus objetivos principais.

ARQUITETURA E INFRAESTRUTURA DE SAÚDE	
DOCUMENTAÇÃO NORTEADORA	
DOCUMENTOS	OBJETIVOS
Política Nacional de Humanização (PNH)	Efetivar os princípios do SUS nas práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003).
Estratégia Saúde da Família (ESF)	Propor a reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, a partir da expansão, da qualificação e da consolidação do atendimento prestado (BRASIL, Ministério da Saúde, 2017).
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)	Incluir práticas integrativas e complementares para prevenção de agravos e recuperação da saúde de pacientes do SUS (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).
Programa Nacional de Segurança do Paciente	Contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, Ministério da Saúde, 2013).
Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente)	Reunir uma série de medidas para garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros (BRASIL, Ministério da Saúde, 2016)
RDC50/2002	Dispor sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (ANVISA, 2002).
ABNT NBR9050/2015	Estabelecer critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto ao projeto, à construção, à instalação e à adaptação do meio urbano e rural e de edificações às condições de acessibilidade (ABNT, 2005).
Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde	Criar incentivo financeiro para a reforma, a ampliação e a construção de UBS, estruturando e fortalecendo a Atenção Básica (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

Figura 9: documentos e seus objetivos. Elaborado pela autora, 2020.

Por meio do programa “Requalifica UBS”, o Ministério da Saúde visa à estruturação e ao fortalecimento da Atenção Básica, considerando a necessidade de aperfeiçoar a estrutura física das UBS para o melhor desempenho das ações das Equipes de saúde.

o MS propõe uma estrutura física das unidades básicas de saúde - acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade - que facilite a mudança das práticas das equipes de Saúde. (...). Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

Além de promover o incentivo financeiro para a reforma, a ampliação e a construção de UBS, essa estratégia visa dar condições adequadas para o trabalho em saúde, impactando na melhoria do acesso e da qualidade da atenção primária.

É necessária a observação de todas as políticas, normas e regulamentações que influenciem no dimensionamento da arquitetura e da infraestrutura física dos pontos de atenção à saúde. A adoção de multimétodos de análise (questionário, *checklist*, entrevistas, relatórios fotográficos, visitas com passeio assistido, reunião com grupo focal) pode elevar os índices de confiabilidade dos resultados de avaliação da unidade de saúde.

DIMENSIONAMENTO DA INFRAESTRUTURA FÍSICA VINCULADA À FORÇA DE TRABALHO

O “Dimensionamento da Arquitetura e Infraestrutura Física Vinculada à Força de Trabalho no SUS” tem como prioridades identificar a estrutura física dos “pontos de atenção à saúde” existentes no território e sugerir adequação às ofertas de serviços de saúde locais. Para isso, faz-se necessário realizar a análise da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde (EAS), apontando a necessidade de reforma, ampliação ou construção de novas unidades, de acordo com as informações fornecidas pelas equipes das secretarias de saúde locais e do Ministério da Saúde (MS).

Desenvolvido a partir da análise da Rede de Atenção à Saúde (RAS), da consolidação do Dimensionamento da Força de Trabalho, caracterizando os espaços, as atividades e os equipamentos básicos (médico-hospitalares e de infraestrutura), e do

atendimento às normas e às leis vinculadas à estrutura física para prestação dos serviços de saúde, o dimensionamento se constitui em quatro etapas:

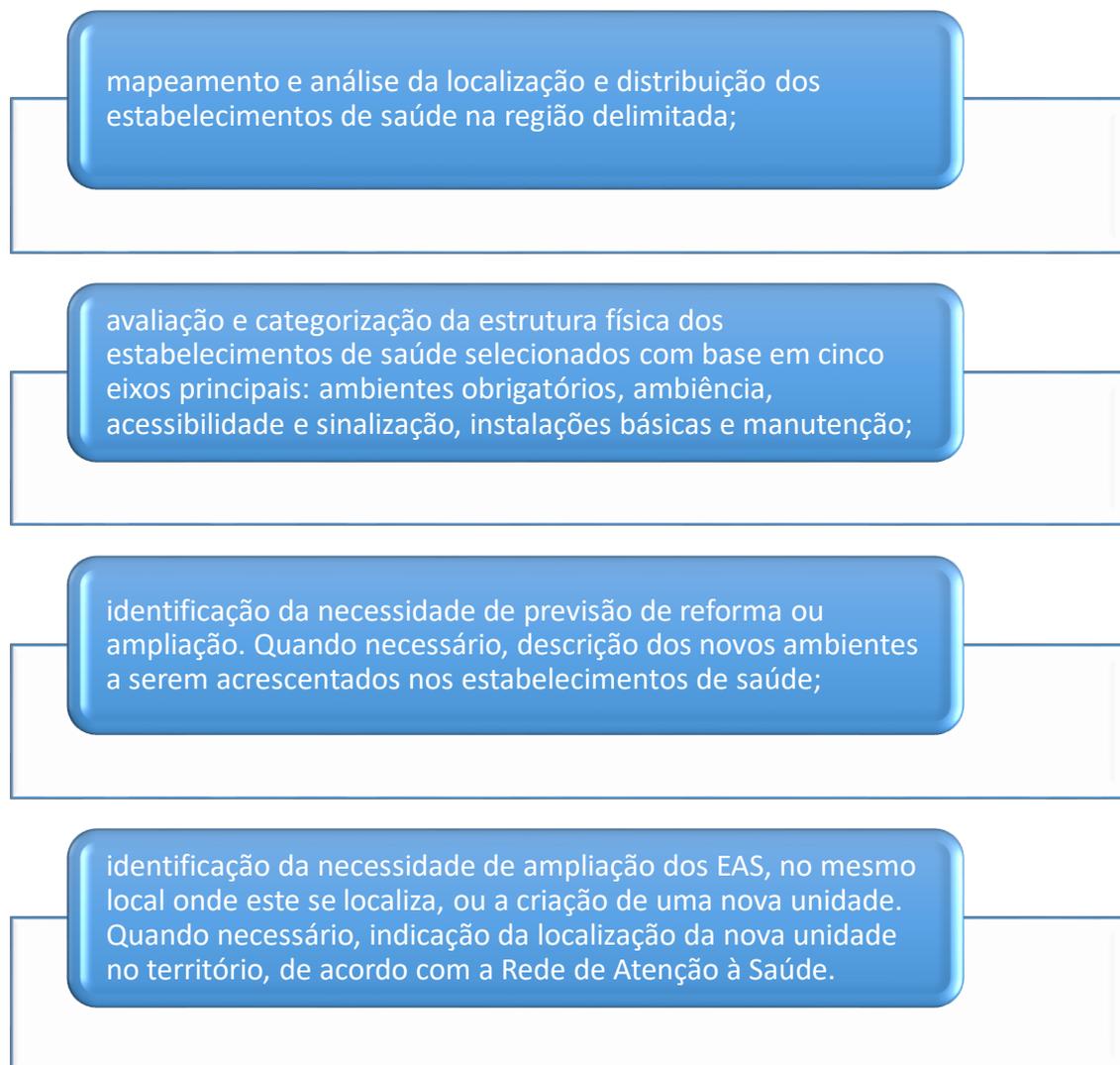


Figura 10: Etapas do Dimensionamento da Arquitetura e Infraestrutura

A análise e a avaliação de cada EAS e da RAS em que ele está inserido permitirão que os gestores identifiquem tecnicamente as reais necessidades de melhorias estruturais para garantir a integralidade do cuidado. Com esses dados organizados e unificados por meio da ferramenta do “Dimensionamento da Arquitetura e Infraestrutura Física Vinculada à Força de Trabalho no SUS”, técnicos e gestores estarão aptos a buscarem programas e projetos de incentivos existentes no MS, relacionados à estrutura física. Assim, viabiliza a otimização dos recursos financeiros disponíveis pelos entes federativos, para melhor planejamento de suas ações na promoção da atenção à saúde.

O “Dimensionamento da Arquitetura e Infraestrutura Física Vinculada à Força de Trabalho no SUS” tem como estratégia principal dimensionar estruturas físicas qualificadas para a prestação de serviços de promoção à saúde com base na identificação das atividades necessárias a serem realizadas em cada unidade, do quantitativo e da identificação dos profissionais fundamentais para o bom desempenho dessas atividades.



Figura 11: Espaço físico como resultado das atividades e profissionais. Diagramação elaborada pela autora, 2020.

O Planejamento de Recursos Humanos na Saúde e o Plano de Atenção à Saúde impactam de forma objetiva na criação e na organização da programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais de saúde. A determinação das ações a serem desenvolvidas, as atribuições do estabelecimento, as atividades a serem realizadas em cada ambiente e os profissionais necessários, assim como a definição das tecnologias de operação, são elementos básicos para organização da estrutura física.

Segundo a RDC50/2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, as atribuições, tanto na área pública quanto na área privada, “são conjuntos de atividades e subatividades específicas, que correspondem a uma descrição sinóptica da organização técnica do trabalho na assistência à saúde” (ANVISA, 2002). Os conjuntos de atribuições admitem diversas composições (teóricas) que são as tipologias (modelos funcionais) de estabelecimentos assistenciais de saúde. Portanto, cada composição de atribuições proposta definirá a tipologia própria de um EAS

a ser implantada. Com o entendimento dessa metodologia, os gestores e os técnicos estarão aptos a compor estruturas diferenciadas (fixas ou móveis) para constituição do melhor ambiente para prestação dos serviços nos “pontos de atenção à saúde”.

Apropriada da visão ampliada de Cidade Saudável e constituída sobre uma Rede de Atenção à Saúde, a metodologia adotada para o “Dimensionamento da Arquitetura, Infraestrutura Física Vinculada a Força de Trabalho no SUS” inicia com a análise do perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico atual e o mapeamento das principais unidades de saúde do estado e do município em análise.

O estudo perpassa pela avaliação dos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Plano Estadual de Saúde e Plano Municipal de Saúde vigentes e pelos Mapas disponibilizados pelos Institutos de Planejamento e Secretaria de Governo, assim como os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Essa análise abrangente deve ser validada por meio de entrevistas com técnicos atuantes no sistema e aprofundadas em uma análise micro mediante visitas técnicas realizadas *in loco*.

Uma análise ampla avaliará cada unidade de saúde dentro da RAS e seu programa assistencial atual, comparando com os “programas padrão” do MS e as normas de arquitetura e infraestrutura para EAS vigentes. Outras questões pertinentes são o quantitativo de equipamentos em cada ambiente e de pessoas e seu fluxo na linha de cuidado estabelecida.

As visitas técnicas realizadas – análise estrita – nos estabelecimentos de saúde contemplam unidades características da Atenção Primária, Secundária e Terciária. O propósito das visitas é a avaliação da arquitetura e da infraestrutura física e sua influência nos processos de trabalho, permitindo o desenvolvimento e a aplicação de metodologias de dimensionamento e avaliação que auxiliarão os gestores e os trabalhadores da saúde.

Uma vez realizadas a análise e a avaliação do EAS e da RAS em que ele está inserido e identificadas tecnicamente as reais necessidades de melhorias estruturais para garantir a integralidade do cuidado, os técnicos e os gestores poderão realizar o planejamento de suas ações na promoção da atenção à saúde, identificando programas de atenção à saúde e projetos de incentivos, inclusive, financeiros, existentes no Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 28 maio 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:

<https://wrstatil.com.br/wp-content/uploads/2020/01/NBR-9050-Atualizada.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde**. 2. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em: 27 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humanização SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_us.pdf. Acesso em: 27 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – **Humaniza SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 29 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Unidades de saúde terão novos padrões arquitetônicos a partir de 2019**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/se/43209-unidades-de-saude-terao-novos-padroes-arquitetonicos-a-partir-de-2019>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de requalificação de unidades básicas de saúde**: memorial descritivo projeto de arquitetura – Unidade Básica de Saúde – Padrão 1,2,3 e 4. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs>. Acesso em: 14 maio 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 27 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf. Acesso em: 27 maio 2020.

CARVALHO, A. P. A. **Introdução à arquitetura hospitalar**. Salvador: UFBA, FA, GEA-hosp., 2014.

MELLO, F. Avaliação pós-ocupação em estabelecimentos de saúde: o caso do centro de parto normal em hospital filantrópico. **Ambiente Hospitalar**. São Paulo: v. 5, n. 7, p.19-30, 2011.

SANTOS, M.; BURSZTYN, I. O Caminho do paciente: conceitos e ferramentas para a avaliação de estabelecimentos de atenção à saúde. *In*: BITENCOURT, F.; COSTEIRA, E. (org.). **Arquitetura e engenharia hospitalar: planejamento, projetos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Rio Books, Cap. 6, p. 139-162, 2014.

VILAS-BOAS, D. Sustentabilidade em estabelecimentos assistenciais de saúde: soluções de projeto arquitetônico. **Ambiente Hospitalar**. São Paulo, v. 5, n. 8, p. 9-17, 2011.

VILAS-BOAS, D. Arquitetura e saúde: cinco pilares do hospital do presente. Revista **HelthARQ**. São Paulo, n.24, p.28-32, 2017. Disponível em: <http://saudeonline.grupomidia.com/revista-digital/healtharq-plena-expansao/mobile/index.html#p=29>. Acesso em: 29 maio 2020.

APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO BASE: INFORMAÇÕES PARA ARQUITETURA

DIMENSIONAMENTO DA ARQUITETURA E INFRAESTRUTURA FÍSICA VINCULADA À FORÇA DE TRABALHO

Este questionário tem como objetivos a identificação das **características gerais da unidade** e a verificação dos **ambientes existentes**. Foi construído com base nos documentos RDC50/2020 da ANVISA, na NBR9050 da ABNT e no Memorial descritivo projeto de arquitetura – Unidade Básica de Saúde – Padrão 1, 2, 3 e 4 do Ministério da Saúde.

1. Nome da Unidade:

2. Endereço completo com CEP:

3. Horário de funcionamento:

4. CNES:

5. A unidade é nova ou reformada? Informar ano da inauguração e ano da reforma.

6. Quantas equipes de ESF e equipes de saúde bucal trabalham na unidade?

7. Em quais programas federais, estaduais ou municipais a unidade é cadastrada?

8. Assinale com um X e descreva a metragem quadrada dos ambientes presentes na Unidade.

Setor de Consulta			
Ambiente – presente?	SIM	NÃO	Área do Ambiente – m2
Setor de Consulta			
Sala de recepção e espera			
Sanitário masculino			
Sanitário feminino			
Sanitário PCD ⁴			
Consultório Indiferenciado / acolhimento 01			
Consultório Indiferenciado / acolhimento 02			
Consultório Indiferenciado / acolhimento 03			
Consultório Indiferenciado / acolhimento 04			
Consultório Indiferenciado / acolhimento 05			
Sala de inalação coletiva			
Sala de observação / procedimento / coleta			
Sala de observação / procedimento			
Sala de coleta			
Sala de atividades coletivas / ACS			
Sala de vacinas			
Sala de curativos			

⁴ Sanitário adaptado à pessoa com deficiência.

Sanitário PCD ²⁷			
DML 01			
DML 02			
Estocagem / dispersão de medicamentos			
Sala de espera interna 01			
Sala de espera interna 02			
Quantos consultórios a unidade possui?			
Quais consultórios? Exemplo: consultório odontológico, urológico e ginecológico.			
Quantos consultórios com sanitário?			
Quantos consultórios com sanitário adaptado à PCD? ⁵			
Listar outros ambientes não mencionados.			
Serviços			
			Área do Ambiente – m2

⁵ Sanitário adaptado à pessoa com deficiência.

Ambiente existe?	SIM	NÃO	
Sala de esterilização e guarda de materiais esterilizados			
Sala de utilidades (com pia de expurgo)			
Almoxarifado			
Banheiro / Vestiário feminino			
Banheiro / Vestiário masculino			
Copa			
Sala administrativa e gerência			
Infraestrutura			
			Área do Ambiente – m2
Ambiente existe?	SIM	NÃO	
Cisterna			
Abrigo de resíduos contaminados			
Abrigo de resíduos recicláveis			
Abrigo de resíduos comum			

9. Liste os equipamentos “não portáteis” existentes.

10. Possui planta baixa: de cobertura, cortes e fachadas (cadastro atualizado de todos os andares)?

SIM	NÃO
-----	-----

11. Enviar fotos da fachada principal, dos acessos existentes e dos ambientes principais. Exemplo: sala de espera, consultórios, sala de exame etc.

12. Unidade é própria ou alugada?

13. Unidade é térrea?

	SIM	NÃO – Quantos andares?
--	-----	------------------------

14. Existe acessibilidade física na Unidade (rampa e/ou elevador)?

15. Qual espaço físico necessita de ampliação na unidade? Por quê?

16. Qual a população adscrita?

17. Número de pessoas atendidas por dia na unidade?

18. Este espaço é para registro de observações, dúvidas e/ou informações.
