



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE**

**LUCIANO DE PAULA MOURA**

**PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE:  
UMA ANÁLISE DO PERÍODO ENTRE 1964 A 2013**

Salvador  
2014

**LUCIANO DE PAULA MOURA**

**PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE:  
UMA ANÁLISE DO PERÍODO ENTRE 1964 A 2013**

Artigo apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, área de concentração Gestão de Sistemas de Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabela Cardoso de Matos Pinto

Salvador  
2014

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

M929p Moura, Luciano de Paula.

Planejamento da força de trabalho em saúde: uma análise do período entre 1964 a 2013 / Luciano de Paula Moura. -- Salvador: L.M. Paula, 2014.

45p.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabela Cardoso de Matos Pinto.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Planejamento. 2. Força de Trabalho. 3. Recursos Humanos em Saúde. I. Título.

CDU 614.2

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva**

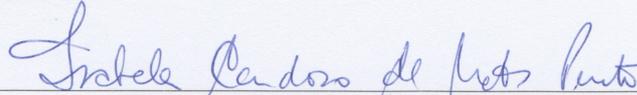
**Luciano de Paula Moura**

**“Planejamento da força de trabalho em saúde: uma análise do período  
entre 1964 a 2013”**

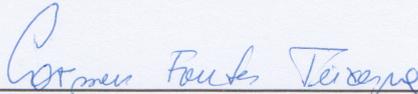
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 18 de setembro de 2014.

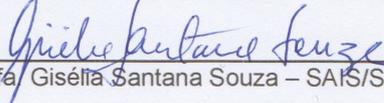
Banca Examinadora:



Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto /ISC/UFBA



Profa. Carmen Fontes Teixeira – IHAC/UFBA



Profa. Gisélia Santana Souza – SAIS/SESAB

Salvador  
2014

## AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia pela oportunidade de crescimento profissional.

À Professora Isabela Cardoso de Matos Pinto pela atenção dispensada no desenvolvimento deste artigo e pela grande contribuição ao meu aprendizado. Agradeço, também, a generosidade e seriedade no compartilhamento dos seus saberes, pela competência, paciência e dedicação que teve ao longo do período de construção deste artigo.

Às trabalhadoras e os trabalhadores da Diretoria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, atuais e aos que por ali passaram e que muito contribuíram com meu aprendizado. Em especial, as trabalhadoras da Coordenação de Gestão e Humanização de Trabalho pela compreensão dos momentos ausentes, pelo auxílio, aprendizado, amizade e força na conclusão do mestrado. Meu muito obrigado por todos os momentos vivenciados.

A Bruno Guimarães e Rosângela Katayose que me acolheram desde a chegada a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação, compartilhando seus saberes, experiências e possibilidade de inserção no campo da gestão do trabalho.

À Professora Telma Dantas pela contribuição na realização deste ideal, agradeço pelo carinho, ensinamento e respeito.

Às Professoras Carmem Teixeira e Gisélia Santana pelas contribuições e direcionalidades sugeridas ao estudo durante a banca de qualificação.

Aos meus pais, irmãos, sobrinhos pelo incentivo, força e compreensão pela ausência em momentos importantes.

A Raimundo Britto pela paciência, incentivo e entendimento nos momentos de estresse e ausência.

Moura LP, Pinto ICM. *Planejamento da força de trabalho em saúde: uma análise do período entre 1964 a 2013*. 33 p; 2014. Artigo (Mestrado Profissional) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

## RESUMO

O estudo analisa a produção científica sobre o planejamento da força de trabalho em saúde no período entre 1964 a 2013, ao tempo em que busca identificar critérios utilizados, métodos e as categorias de trabalhadores da saúde tomadas como objeto de estudos no Brasil. Realizou-se um levantamento de artigos nacionais selecionados nas bases de dados bibliográficas *Lilacs* e *Scielo*. Foram incluídos 58 trabalhos, analisados a partir das conjunturas políticas brasileiras em três momentos distintos, 1964 a 1979, 1980 a 1989 e 1990 a 2013. Observa-se uma tendência na utilização dos métodos normativos, iniciadas desde 1964 permanecendo ao longo de todo o período analisado. A centralização política no primeiro momento direcionou a prática do planejamento no setor saúde, com forte viés econômico, influência das organizações internacionais e foco na categoria médica. O momento seguinte, de intensa movimentação e proposta de reformulação das políticas de saúde no país é dada maior nitidez e visibilidade a estruturação da área de Recursos Humanos em Saúde. Nota-se que, embora influenciados pelo pensamento estratégico, o planejamento permaneceu com práticas e métodos normativos, voltados para os profissionais da área de enfermagem, incluindo o nível médio, técnico e universitário. Já o período entre 1990 a 2013, marcado pelo processo de implementação do SUS, caracteriza-se pela influência das políticas neoliberais, com redução do papel do Estado e forte processo de privatizações, levando ao pouco investimento no planejamento da força de trabalho em saúde (PFTS). Mesmo em um contexto preocupado com as questões sociais e de ampliação do acesso aos serviços de saúde, a preocupação com as questões referentes a força de trabalho permaneceram em respostas as discussões inerentes ao mercado de trabalho. Conclui-se que mesmo em diferentes contextos políticos e sociais, o planejamento da força de trabalho permaneceu voltado a responder as questões econômicas e com forte concentração no setor hospitalar.

**Palavras chave:** planejamento da força de trabalho em saúde; planejamento de recursos humanos; força de trabalho em saúde; recursos humanos; dimensionamento.

Moura LP, Pinto ICM. *Workforce planning in health: an analysis of the period between 1964 to 2013*. 33 p; 2014. Artigo (Mestrado Profissional) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

## ABSTRACT

The study analyzes the scientific production on the planning of the health work force in the period between 1964 and 2013, the time in that it seeks to identify criteria used, methods and categories of health workers taken as an object of study in Brazil. We conducted a survey of articles selected national in bibliographic databases Lilacs and Scielo. We included 58 studies, analyzed from the conjunctures Brazilian policies in three distinct moments, 1964 to 1979, 1980 to 1989 and 1990 to 2013. There is a trend in the use of normative methods, initiated since 1964 remaining throughout the period examined. The political centralisation at first directed practice of planning in the health sector, with strong economic bias, influence of international organizations and focus on physicians. The next moment of intense movement and recast proposal of health policies in the country is given greater clarity and visibility the structuring of the area of Human Resources in Health. Note that, although influenced by strategic thinking, planning remained with practices and normative methods, facing the professionals in the area of nursing, including the average level, technical and university. The period between 1990 and 2013, marked by a process of implementation of the SUS, is characterized by the influence of neo-liberal policies, with reduction of the role of the State and strong privatisation process, leading to low investment in workforce planning in health (PFTS). Even in a context concerned with social issues and to expand access to health services, the concern with the issues of workforce remained in answers to the discussions relating to the labor market. It is concluded that even in different political contexts and social, the planning of the workforce remained focused to answer the economic questions and with a strong concentration in the hospital sector.

**Keywords:** Workforce planning in health; human resources planning; health workforce; human resources; dimensioning.

## LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1	Síntese do processo de inclusão dos estudos encontrados, segundo recomendações do PRISMA	19
Gráfico 1	Evolução temporal das publicações nacionais sobre planejamento da força de trabalho em saúde, no período entre 1964 a 2013, Brasil 2014	19
Tabela 1	Distribuição das publicações sobre planejamento da força de trabalho em saúde, segundo periódico de publicação no período entre 1964-2013, Brasil, 2014	21
Tabela 2	Características das publicações sobre planejamento da força de trabalho em saúde, segundo tipo de estudo, no período entre 1964-2013, Brasil, 2014	22
Tabela 3	Distribuição das publicações sobre planejamento da força de trabalho em saúde, segundo categoria e setores dimensionados, Brasil, 1990-2013	34
Tabela 4	Características das publicações segundo métodos, resoluções, parâmetros e/ou instrumentos utilizados no PFTS, Brasil, 1990-2013	36

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPP	Cuidado Progressivo ao Paciente
DesprecarizaSUS	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
DIPE	Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem
DFTS	Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde
FTS	Força de Trabalho em Saúde
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NAS	Nursing Activities Score
NOBRH	Norma Operacional Básica para os Recursos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCCS	Planos de Cargos, Carreiras e Salários
PFTS	Planejamento da Força de Trabalho em Saúde
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde
ProgeSUS	Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS
SiNNP-SUS	Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>ELEMENTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS</b>	14
<b>PROCEDIMENTO METODOLÓGICO</b>	16
<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	19
CARACTERÍSTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA	19
PERÍODO ENTRE 1964 A 1974: CONSTITUIÇÃO, CONSOLIDAÇÃO E DESARTICULAÇÃO DO REGIME DITATORIAL	22
PERÍODO ENTRE 1980 A 1989: FIM DO REGIME MILITAR E A CRISE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	27
PERÍODO ENTRE 1990 A 2013: IMPLEMENTAÇÃO DO SUS	30
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	39
<b>REFERÊNCIAS</b>	41

# **Planejamento da força de trabalho em saúde: uma análise do período entre 1964 a 2013**

## **Workforce planning in health: an analysis of the period between 1964 to 2013**

Luciano de Paula Moura<sup>1</sup>  
Isabela Cardoso de Matos Pinto<sup>2</sup>

### **Introdução**

O debate entre a adequação da Força de Trabalho em Saúde (FTS) e a organização das práticas nos serviços de saúde se mantém entre os velhos e novos desafios à gestão. Sejam os de ordem macroeconômica, a exemplo da capacidade de geração de emprego e absorção da mão de obra ou, os de natureza político gerencial, como a distribuição, utilização e a composição da força de trabalho às diretrizes da política de saúde<sup>1</sup>.

Se por um longo tempo, a abordagem “Recursos Humanos na Saúde (RHS)” foi considerada, ao lado dos recursos materiais e financeiros, como mais um insumo, atualmente, pode-se dizer que o reconhecimento do papel dos trabalhadores da saúde como estruturante dos sistemas de saúde vem ganhando significativa relevância entre as diferentes abordagens teóricas e práticas frente aos desafios impostos pelas fortes influências do modo de produção capitalista<sup>2,3</sup>.

A busca pela redução dos custos e pelo alcance de resultados eficazes, atrelados, a inserção dos avanços tecnológicos e os efeitos da globalização, tornaram as relações de trabalho heterogêneas e fragmentadas. Reflexos do processo flexivo pelo qual passa o modo de produção ao responder diretamente às demandas e exigências cada vez mais individualizadas do mercado, no menor tempo, maior qualidade e com forte processo de especialização dos trabalhadores, gerando assim, a necessidade de alterações e mudanças organizacionais e gerenciais, bem como, a introdução de inovações tecnológicas nesse campo<sup>2,4,5,6</sup>.

Segundo Pierantoni et al.<sup>7,8</sup>, em uma época de dualidade entre as políticas de expansão dos serviços de saúde e as políticas reducionistas de controle do déficit público, a ausência da justificativa pela elaboração de políticas igualitárias e regulamentadoras, em respostas aos limites impostos pelas flexibilizações do mercado, corrobora com a fragilidade gerencial do

---

<sup>1</sup> Mestrado Profissional. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama s/n Campus Universitário, Canela.40110-040 Salvador BA. mouraluciano@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Prof<sup>a</sup>. Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia e Coordenadora do GT Trabalho e Educação na Saúde da ABRASCOR. Basílio da Gama s/n Campus Universitário, Canela.40110-040 Salvador BA.

setor. Havendo, frente aos desafios relacionados a problemática dos RHS, a necessidade, entre outras estratégias, do fortalecimento da capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde.

Nesse contexto, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) há uma necessidade de dedicação, por parte dos dirigentes e gestores, em refletir e criticar os fatores problemáticos da gestão do trabalho, entre eles,

[...] o trabalho desregulado e desprotegido, a falta de controle e planejamento sobre os gastos de pessoal, a falta de controle e baixa capacidade de avaliação do sistema e de recursos humanos, a baixa eficácia e efetividade dos serviços e a insatisfação dos trabalhadores com a mobilização de suas representações<sup>4</sup>.

Evitando assim, que o processo de flexibilização, desregulamentação, ausência de proteção social e a intensa tendência a terceirização e a privatização, provoque tensões no processo de trabalho capazes de produzir a insatisfação do trabalhador, desvios de função e múltiplas jornadas de trabalho.

Consoante com as análises, discussão e a necessidade de reflexão sobre a complexidade da área de RHS, foi solicitado a OPAS, em 1994, durante a reunião da “Cúpula dos Chefes de Estado das Américas” maior empenho sobre o tema “força de trabalho no desenvolvimento e reforma do setor da saúde”<sup>9</sup>.

Inicia-se então, em 1999, a organização do Observatório de Recursos Humanos, inicialmente com nove países, e posteriormente, organizado em uma Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ROREHS, fruto da articulação entre OPAS e a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (MS), com dimensão internacional, envolvendo 21 países<sup>3</sup>. Cujos objetivos centravam na produção de estudos e pesquisas e a disponibilização de informações como subsídio para as ações e possibilidade para a avaliação das políticas e programas voltados para os RHS<sup>9</sup>.

Com a finalidade de ampliar a discussão e construir coletivamente políticas e intervenções na área de RHS que subsidie o fortalecimento e o desenvolvimento da FTS, o “Chamado à Ação de Toronto para uma década de Recursos Humanos 2006 – 2015”, propôs uma década de envolvimento e colaboração permanente, subsidiados pela vontade política, dos diferentes atores na superação dos desafios e problemas enfrentados nessa área. Ao tempo em que ratifica, enquanto princípios, “os recursos humanos como base do sistema de saúde; o trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social e os trabalhadores de

---

<sup>3</sup> Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Jamaica, Paraguai, República Dominicana, Chile, México, Belize, Colômbia, Equador, Nicarágua, Panamá, Peru, Santa Lúcia, Uruguai e Venezuela.

saúde são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde”<sup>10</sup>.

Na mesma direcionalidade, o “Relatório Mundial da Saúde de 2006: Trabalhando juntos pela saúde” ao reconhecer a complexidade do trabalho no setor saúde e a necessidade da interdisciplinaridade e a multisetorialidade na interpretação dos fenômenos e enfrentamentos dos gargalos que impeçam o alcance de metas e objetivos dos sistemas de saúde, propõe melhorias no investimento na educação, provimento, gerenciamento e controle dos fluxos migratórios dos trabalhadores. Destaca ainda, a necessidade de se considerar a historicidade e especificidade dos diferentes contextos presentes em cada país, assim como, do engajamento dos diferentes atores nos momentos de realização do diagnóstico e na elaboração e definição das estratégias de enfrentamento dos problemas<sup>11</sup>.

O que se observa é a preocupação com a elaboração de planos e estratégias sustentáveis, capazes de absorver as mudanças necessárias nos sistemas de saúde e a promover o adequado planejamento da força de trabalho em saúde (PFTS). Assim, tanto o “Chamado a ação de Toronto” quanto o “Relatório Mundial de Saúde de 2006”, apostam em políticas e planos capazes de superar o tempo político, que promovam uma distribuição equitativa e capaz de regular os fluxos e migrações dos trabalhadores, sem desconsiderar, no entanto, as melhorias nas relações e condições de trabalho e a necessidade da interação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde<sup>10,11</sup>.

No Brasil, os esforços para inserção da prática de planejamento no âmbito governamental, tem início na década de 40, precisamente em 1948, com a elaboração do “Plano Salte”, o qual buscou corresponder a necessidade de racionalização do processo orçamentário. Todavia, o “Plano de Metas” do Governo de Juscelino Kubitschek (1956 – 61), é o marco dessa experiência prática no país dado a sua complexidade e impacto<sup>12</sup>.

Especificamente no setor saúde, as experiências com o PFTS tem início na década de 50 com a análise sobre a formação médica no país, estimuladas pelas ações de cooperação técnica com a OPAS. Todavia, só se internalizou, político e institucionalmente, durante a realização da 3ª Conferências Nacionais de Saúde (CNS) em 1963, com o apontamento do crescimento do setor privado e a necessidade de adequação do número e distribuição de trabalhadores, assinalados, como problemas a serem discutidos pelo governo e subsídio para as primeiras recomendações sobre a municipalização<sup>13</sup>.

Desde então, distintas práticas e métodos passaram a fazer parte do processo de planejamento no setor saúde, como uma proposta normativa, frente a um estado interventor e autoritário ou como uma atividade estratégica e situacional da realidade, ou ainda,

reconhecendo que os pressupostos e métodos se intercalam, sem necessariamente, se basear em um único momento<sup>12</sup>.

No entanto, o mercado de trabalho no setor da saúde ao seguir a tendência geral dos outros mercados, trouxe consigo problemas comuns enfrentados pelos gestores, entre eles, a contratação por tempo parcial ou temporário, a multiplicidade da jornada de trabalho, a diferenciação salarial entre trabalhadores de uma mesma categoria e o enfraquecimento do trabalho coletivo, justificado por muitos gestores, como respostas a Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei complementar nº 101/2000, ao limitar os gastos com pessoal em 60% da receita corrente líquida para os estados e municípios<sup>4</sup>.

A partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no Ministério da Saúde e seus Departamentos: de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e de Gestão da Educação na Saúde, assumindo assim, o papel de gestor federal do SUS nesse campo, leva a elaboração e a instituição de estratégias frente a problemática nessa área e, podem ser consideradas como avanços relacionados, entre eles, o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS); os princípios e diretrizes para os Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS-SUS); o Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS); o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS) e o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão<sup>4</sup>.

Todavia, a coexistência de antigos e atuais problemas no setor saúde, diante da complexidade do trabalho e das mudanças ocorridas na gestão da saúde, reafirmam a necessidade de se considerar a relação entre o PFTS *versus* qualidade dos serviços. De acordo com o “Manual para Monitorização e Avaliação de RHS”, publicado pela OMS<sup>14</sup>, a escala entre baixo a médio no rendimento apresentada pelos serviços de saúde, em muitos países, esta relacionada ao reduzido número de seus trabalhadores. Sendo necessário à superação dessa crise, um aumento estimado em quase 140% de trabalhadores frente ao déficit, a nível mundial, de 2,3 milhões de médicos, enfermeiros e parteiras, e mais de 4 milhões de trabalhadores da saúde.

Como desafio desse cenário, as mudanças na gestão dos processos e relações de trabalho apontam como estratégias a reorganização dos serviços, das ações de saúde e a articulação entre o planejamento e a área de gestão do trabalho, tendo em vista, a redução dos custos, a melhoria da qualidade da atenção e gestão e a satisfação dos usuários<sup>9</sup>. Contudo, a adequação da força de trabalho, assim como, dos recursos financeiros e materiais, apresentam-se como um desafio aos administradores. Nesse sentido, a definição adequada do

método para o PFTS tornou-se um instrumento valioso na abrangência de parâmetros mínimos, a fim de suprir as necessidades dos pacientes, garantir a melhoria da qualidade na prestação da atenção, bem como, a satisfação da equipe<sup>15</sup>.

Diante do exposto, o presente estudo se propõe a analisar a produção científica sobre o planejamento da força de trabalho em saúde no período entre 1964 a 2013, ao tempo em que busca identificar critérios utilizados, métodos atuais e as categorias de trabalhadores da saúde tomadas como objeto do planejamento da força de trabalho.

### **Elementos teóricos conceituais**

A multiplicidade de significados leva a necessidade da delimitação de conceitos que reflitam e reproduzam uma análise concernente a problemática do mundo do trabalho e suas particularidades de ação<sup>16</sup>. Assim, alguns conceitos e termos foram aqui utilizados por corroborar com a proposta defendida neste estudo e que se refere a uma tentativa de contribuir com um sistema de saúde universal, equânime e resolutivo, ao tempo em que valoriza seus trabalhadores e anseia por relações, condições e processos de trabalho adequados.

A gestão do trabalho, ao incluir o trabalhador como ser social e a sociedade, passa a um re(significado) do termo ao somar a sociologia do trabalho, processo que marca a evolução conceitual, inicialmente, baseado na capacidade de gerenciar pessoas, procedente da administração de recursos humanos com origem na Ciência da Administração, passando pela absorção do conceito força de trabalho da economia política, possibilitando descrição e análise do mercado de trabalho<sup>7,8</sup>.

Dessa forma, ao tratar das relações e condições do e no trabalho, a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS, fomenta a corresponsabilidade e coparticipação do trabalhador no processo de mudanças de suas práticas, contribuindo para a humanização da atenção à saúde e democratização da gestão. Passando então, a apresentar um aspecto amplo, responsável pela proposição de políticas de gestão e planejamento e regulação do trabalho em saúde e um aspecto local, responsável pela organização do trabalho nos estabelecimentos de saúde<sup>4</sup>.

Nesse sentido, o trabalho em saúde ao ser considerado como um processo de transformação, onde o agente, baseado em um saber operante e a tecnologia disponível, faz a finalidade social do próprio trabalho acontecer, ou seja, a prevenção, a manutenção ou restauração de “algo”: a saúde. Configura-se, portanto, como um trabalho reflexivo, marcado

por incertezas e descontinuidade, características estas, que acendem a necessidade cada vez maior da integração entre as distintas categorias na operacionalização concreta do trabalho<sup>17</sup>.

Finalidade essa, segundo Mendes Gonçalves, citado por Peduzzi<sup>17</sup>, representativa da intencionalidade do processo de trabalho, onde o objeto de trabalho no caso da saúde, esta relacionado a necessidade humana, na qual incidirá a ação do homem. E que diz “respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores”, tendo os agentes, a responsabilidade, por meio de um saber operante, da mediação entre o objeto, o instrumento e a atividade de trabalho<sup>17</sup>.

Exigindo para isso, a articulação entre as intervenções e atividades de todos os trabalhadores de saúde de maneira cooperativa, interdependente e complementar, sem haver, no entanto, justaposição de objetos, saberes e instrumentos próprios. Desenvolvidas de maneira dialógica, tanto no apontamento quanto no enfrentamento dos problemas, com flexibilização de regras, inserção de processos negociais e compartilhamento das decisões, objetivando, o trabalho em equipe. Onde, a coletivização dos prestadores de saúde passa a desenvolver um trabalho associado, em cooperação técnica, seja em um hospital, uma clínica ou em uma rede de serviços<sup>18,19,20</sup>.

Frente a crescente complexificação dos processos de trabalho na saúde, o interesse pelo planejamento tornou-se necessário a adequação da FTS, entendido aqui, como um “conjunto de propostas de ação, elaboradas por atores sociais e orientadas por um propósito direcionado a manutenção ou modificação de uma determinada situação”<sup>11</sup>.

Por planejamento da força de trabalho em saúde compreende-se, segundo Rovere<sup>21</sup>, “como um processo de reflexão orientada e dirigida para a ação [...] concebido como uma ferramenta de liberdade[...]”, desenvolvido de maneira estratégica, “não de cima para baixo ou de baixo para cima”. Onde nas organizações, “[...]representativas de recortes da estrutura social, a coerção, a cooperação, a competição e o conflito fazem parte de uma grande especificidade dinâmica[...]”, e visualiza seus RHS não como parte, mas sim, como a própria organização.

Segundo o mesmo autor, o desenvolvimento do planejamento estratégico se encontra em “[...]processo de construção coletiva e tem como objetivo reduzir a distância entre a reflexão e a ação, entre a pesquisa, o conhecimento e a prática, e entender melhor os processos de mudança, reprodução e transformação em espaços sociais micro e macro”<sup>21</sup>.

Reafirmando assim, o Planejamento Estratégico de Recursos Humanos,

[...]como o enriquecimento teórico e metodológico da reflexão e do cálculo de todos aqueles sujeitos que, individual ou coletivamente, participam, tomando

decisões importantes sobre o longo processo que vai desde o início do processo formativo de um novo pessoal de saúde até a criação de condições que permitam o maior ou menor aproveitamento social de sua capacidade de fornecer serviços diretos e indiretos de saúde, para participar ativamente nos processos de mudança e adequação destes serviços e a expansão de seu próprio potencial através de oportunidades sistemáticas de aprendizagem e aperfeiçoamento individual e em grupo<sup>21</sup>.

No entanto, como forma de subsidiar o levantamento de artigos para compor este estudo, foi utilizado a expressão Dimensionamento da Força de Trabalho na Saúde (DFTS), definido por muitos autores ora como um processo de construção de uma ação governamental para um setor que envolve recursos, atores locais, ideias e negociação, ora como uma forma de intervenção do Estado sobre a organização social das práticas de saúde, problemas e necessidades<sup>22</sup>, ou ainda, como uma alternativa inicial ao provimento do quadro de pessoal de uma instituição<sup>23,24</sup>. Constituindo assim, “a adequação do pessoal em termos quantitativos e qualitativos<sup>25</sup>” definidos por meio de métodos estratégicos, com envolvimento de diferentes atores, considerando diferentes contextos políticos e sociais, baseados em indicadores quantitativos porém representativos de uma realidade local.

A adoção do termo FTS a RHS, parte da abrangência de análises e discussões que o termo possibilita, o que favorece desde uma apreciação às tendências estruturais e conjunturais nos diferentes contextos econômicos à utilização dos trabalhadores da saúde, evidenciando a problemática oriunda na sua inserção e manutenção, bem como, no seu gerenciamento face às políticas de privatização, flexibilização e desregulação do mercado. Tendo os mesmos, um papel fundante na realização e organização da prática em saúde, afastando assim, do conceito adotado ao longo dos tempos, onde os considerou como insumos, ao lado dos recursos financeiros e materiais<sup>16</sup>.

Nesse sentido, é parte integrante da FTS todos aqueles trabalhadores “que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor<sup>16</sup>”.

### **Procedimento metodológico**

Trata-se um estudo de síntese, retrospectivo que analisa os artigos nacionais sobre a temática “Planejamento da Força de Trabalho em Saúde”, publicados no período entre 1964 a 2013.

A escolha pelo estudo de síntese sustenta-se na contribuição da anexação de um maior número de resultados sobre a temática que se pretende analisar, contribuindo, com a ampliação do conhecimento, aprimoramento e qualificação de novas propostas de intervenção<sup>26</sup>.

A busca pelos artigos científicos envolveu as bases de dados *Scientific Electronic Library Online/Scielo* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde/Lilacs*, utilizando como descritores ou palavras-chave: planejamento da força de trabalho; planejamento de recursos humanos; força de trabalho; recursos humanos; dimensionamento, combinadas com o termo saúde.

A pré-seleção dos artigos baseou-se em uma fase exploratória, com análise dos títulos, seguida pela análise do período de publicação, tema e nacionalidade. Foram excluídos aqueles fora do limite de publicação definido, 1964 a 2013, os que não apresentavam relação com o tema, de nacionalidade estrangeira e as duplicidades encontradas. Para títulos não esclarecedores optou-se por buscar os resumos de forma a evitar a exclusão de estudos que poderiam adicionar relevância a revisão sistemática.

De posse dos artigos identificados, foi feita a análise para a inclusão, tendo como critérios, artigos completos, correspondente ao período determinado e ao tema definido, com objetivos, metodologia, resultados e conclusões claras. Foram excluídos capítulos de livros, normas técnicas, manuais, teses e dissertações, anais, relatórios técnicos, documentos institucionais e estudos que tenham apenas o objetivo de diagnóstico da força de trabalho, a exemplo dos censos ou mapeamentos da força de trabalho, bem como, aqueles que mesmos depois de serem lidos na íntegra permaneceram de maneira obscura, podendo assim, comprometer a validade deste estudo de síntese.

Para fins de sistematização das inclusões foi construído um banco de dados em planilha Microsoft *Office Excel*<sup>®</sup> para catalogação dos artigos por ano de publicação, descritores, autores, referência bibliográfica, periódico, método de estudo, instrumento ou base de dados utilizados, objetivos, categoria dimensionada, parâmetros utilizados, resultados e conclusão.

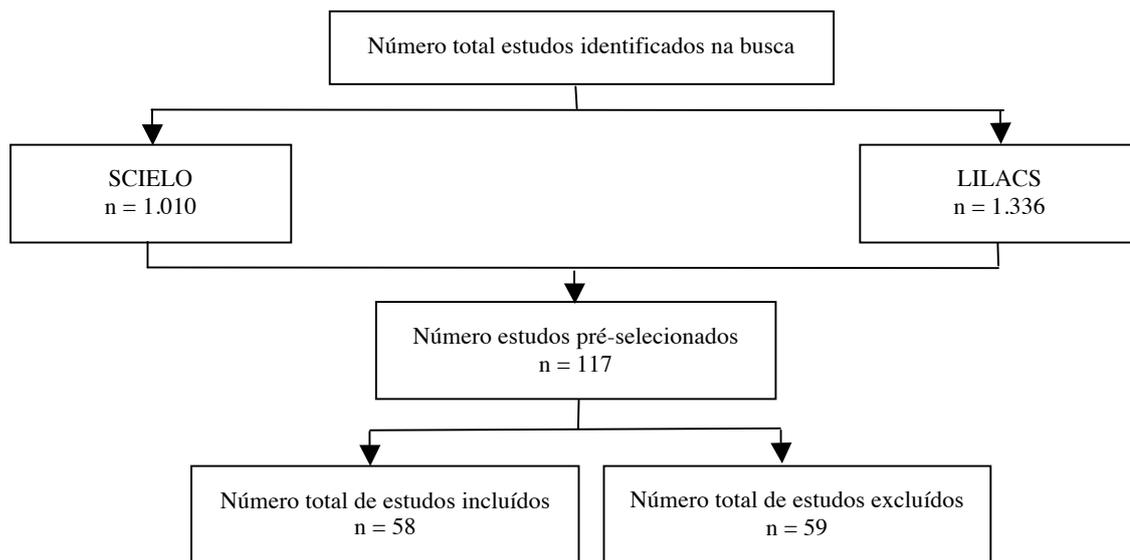
A fim de subsidiar a análise descritiva, quantitativa e qualitativa, foram estabelecidos três momentos distintos, porém representativos quanto a discussão e utilização de métodos de planejamento da força de trabalho nos diferentes contextos de discussão, organização e definição do sistema de saúde no Brasil. Para isso, o presente estudo encontra-se estruturado em três períodos, sendo o primeiro entre 1964 a 1979, onde busca retratar a maneira como as

discussões e práticas do PFTS foram direcionadas diante de um governo militar, interventor e autoritário, com forte predomínio do controle inflacionário, rápida aceleração do crescimento, urbanização e deterioração das condições de vida de grande parte da população.

O segundo, correspondente a 1980 a 1989, período do fortalecimento do movimento sanitário frente ao agravamento da crise do sistema de saúde centralizado, verticalizado, fragmentado institucionalmente e excludente. Onde a intensa movimentação e proposta de reformulação das políticas de saúde no país alcançaram seu auge durante a realização da 8ª CNS (1986), ocasião na qual, é dada maior nitidez e visibilidade a estruturação da área de RHS, além de determinar os princípios doutrinários que norteariam, no ano de 1988, o texto constitucional e posteriormente a implantação do SUS.

Por último, o período entre 1990 a 2013, contexto marcado pelas conquistas da democratização, da equidade e da cidadania, oriundas da Constituição de 88, onde as pressões econômicas e políticas, nacionais e internacionais, anunciadas pela Reforma do Estado e Reforma da Administração e Gerencial, sinalizam, na primeira década, a redução do papel do Estado, com contenção de gastos com pessoal e a flexibilização das relações de trabalho, considerada “a década perdida para os recursos humanos”. A segunda década, mesmo marcada pela retomada do planejamento no setor saúde e a demonstração de preocupação com a problemática relacionada a gestão do trabalho, refletida pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde no Ministério da saúde e, embora tenham implantado diferentes estratégias frente aos desafios encontrados, não se distanciou das questões inerentes ao mercado de trabalho, permanecendo incipiente a discussão sobre o PFTS, abrindo caminhos para a multiplicação de propostas corporativistas e normativas propositoras de indicadores das práticas de PFTS a nível hospitalar.

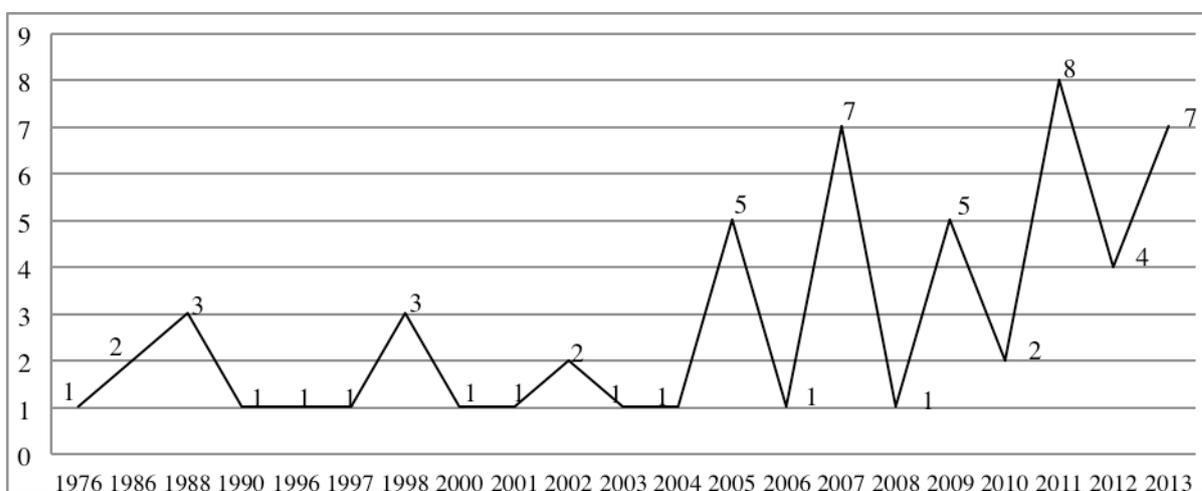
A **Figura 1** sintetiza o processo de inclusão dos estudos encontrados, segundo recomendações do PRISMA<sup>27</sup>



## Resultados e Discussões

### Características da produção científica

A busca por trabalhos referentes a temática PFTS no período entre 1964 a 2013 levantou um total de 2346 documentos. Em uma primeira análise foram selecionados 117 documentos, dos quais, foram incluídos 58 artigos que atenderam aos critérios de inclusão deste estudo.



**Gráfico 1:** Evolução temporal das publicações nacionais sobre planejamento da força de trabalho em saúde, no período entre 1964 a 2013, Brasil 2014.

Observa-se pela distribuição anual das publicações (Gráfico 1), a maior concentração dos artigos no período entre 1990 a 2013, 89,7%. Especificamente, os anos de 2007, 2011 e 2013, em sua maioria, voltados para o dimensionamento da força de trabalho em unidades

hospitalares. O ano de 2011 chama atenção pela concentração dos estudos em dois grupos de pesquisadores, responsáveis, nas últimas décadas, pelo desenvolvimento de métodos e técnicas para o PFTS. Utilizados, posteriormente, como estratégia de experimentação, validação e discussão por outros autores.

A direcionalidade para estudos realizados em unidades hospitalares, segundo Paim e Teixeira<sup>28</sup>, sugere o crescente interesse pela temática de administração hospitalar, possivelmente aos desdobramentos políticos institucionais na área de planejamento e gestão. Da mesma maneira, a baixa produção encontrada na década de 90, segundo Carvalho et al.<sup>29</sup> pode ser associada a um momento de omissão do estado e, conseqüentemente, a ausência da prática de planejamento. Justificado pelo contexto de privatizações no setor saúde e a sobreposição da lógica custo-benefício aos direitos humanos, onde as poucas práticas de PFTS que persistiram, apoiavam em critérios, indicadores e parâmetros internacionais baseados no número de habitantes ou por número de leitos.

Corroborando com o estudo realizado por Pinto et al.<sup>30</sup> referente a produção científica na área de trabalho e educação em saúde no Brasil, no período entre 1990 a 2010, sendo relatado, um reduzido número na produção de estudos sobre o PFTS, baixa produção relacionada a política e administração de RHS associados a um elevado quantitativo de publicações com a temática formação e capacitação.

O período de 1980 a 1989, caracterizado pela ênfase na avaliação dos programas de extensão de cobertura, iniciados na década de anterior, assim como, dos programas de formação e capacitação de pessoal e experiências de integração docente assistencial, experimentou um momento de concentração teórico-metodológico na área de gestão, planejamento e organização dos serviços<sup>28</sup>, com crítica ao pensamento normativo e aproximação ao pensamento estratégico, no entanto, entre os artigos selecionados, 8,6%, traduziam uma realidade normativa dos processos de PFTS.

Com apenas 1,7% de produção, o período entre 1964 a 1979, reafirma a dificuldade de estudos que retratavam práticas e métodos do PFTS para o período. Segundo Paiva<sup>31</sup>, reflexo da incipiência na prática do planejamento na primeira metade da década de 60, a qual, limitou-se à programação de atividades setoriais e, embora tenha se organizado de maneira centralizada e institucionalizada a partir de 1968, só se estruturou após a década de 70.

No entanto, de acordo com Paim e Teixeira<sup>28</sup>, esta realidade não se traduz na ausência de estudos sobre política, planejamento e gestão anteriores a década de 70, mas o que se observa é um direcionamento da produção às questões da administração sanitária, seguida

pela programação de saúde. As questões de política e planejamento, no entanto, tiveram menor foco e se voltaram para atender as questões orçamentárias, organizativas e da legislação sanitária. Os autores apontam como exemplo o estudo de Donnangelo (1975), com uma grande contribuição nas discussões sobre política e, posteriormente, para o planejamento e gestão.

As autoras Secaf e Sanna<sup>32</sup> chamam a atenção para a realização de estudo, na década de 50, focado nos recursos humanos de enfermagem, intitulado “Levantamento de Recursos Humanos e Necessidade de Enfermagem no Brasil”, que pode ser apontado, de acordo com as autoras, como um provável suporte ao desenvolvimento e controle do exercício da profissão. Porém, ressaltam que a baixa referência a esse estudo, esta atrelada ao seu desconhecimento e ao acesso restrito, uma vez que o mesmo teve a sua publicação inicial mimeografada e em inglês.

Há ainda, estudos que destacam o modelo de classificação de pacientes como subsídio para o cálculo do pessoal de enfermagem nas unidades hospitalares, a exemplo, da proposta de Riberio (1972), no início da década de 70, vista como um marco no PFTS<sup>33,34,35,36,37</sup>, bem como, o método de Atalá et al. (1978), referenciado por Gaidzinski e Kurcgant<sup>38</sup> ao indicar as horas assistenciais de enfermagem para o cálculo de pessoal segundo o tipo de unidade de internação.

Ao ser analisado o periódico utilizado como canal de publicação, a maior proporção dos artigos foram publicados em revistas de enfermagem 60%, demonstrando o predomínio da categoria nas discussões e experimentações na área do PFTS (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição das publicações sobre planejamento da força de trabalho em saúde, segundo periódico de publicação no período entre 1964-2013, Brasil, 2014.

PERIÓDICOS	PERÍODO			Total de artigos selecionados
	1964-1979	1980 -1889	1990-2014	
Enfermagem	-	01	34	35 (60%)
Saúde pública e/ou coletiva	01	01	06	08 (14%)
Estudos interdisciplinares	-	-	04	04 (7%)
Administração Pública em saúde	-	-	02	02 (3%)
Administração pública	-	-	04	04 (7%)
Planejamento hospitalar	-	02	01	03 (5%)
Especializada	-	01	01	02 (5%)
<i>Total de artigos selecionados</i>	01	05	52	58 (100%)

Quanto ao tipo de estudo, a Tabela 2 classifica as publicações no período agrupando

os artigos da seguinte maneira: teórico-conceitual ou metodológico, para os estudos que abordam aspectos conceituais, incluindo revisão bibliográfica e análise da contribuição de distintas correntes de pensamento para a compreensão do PFTS; estudos descritivos, destinados a descrevem experiências inovadoras e estudos de caso que tomam como objeto o PFTS; revisão de sistemática, cuja finalidade se deve a reunião ou sintetização de resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, contribuindo assim, para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado e outros.

O estudo descritivo predominou nas publicações, perfazendo um total de 83% dos artigos analisados, que tratam do uso/aplicação de um método já difundido na literatura ou na tentativa de adequá-lo a realidade de um setor específico da unidade assistencial. Corroborando com o estudo de Meneguetti<sup>39</sup>, ao realizar uma revisão sistemática sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares e, com os estudos de Vianna et al.<sup>40</sup> ao encontrar, entre os artigos selecionados para a revisão de modelos econométricos de estimativa da força de trabalho, maior número de artigos desenvolvidos por estudo de caso.

**Tabela 2:** Características das publicações sobre planejamento da força de trabalho em saúde, segundo tipo de estudo, no período entre 1964-2013, Brasil, 2014.

TIPO DE ESTUDO	PERÍODO			Total de artigos selecionados
	1964-1979	1980-1989	1990-2013	
Teórico-conceitual ou metodológico	-	-	01	01 (2%)
Descritivo	01	05	42	48 (83%)
Revisão de sistemática	-	-	2	02 (3%)
Outros	-	-	7	07 (12%)
<i>Total de artigos selecionados</i>	01	05	52	58 (100%)

### **Período entre 1964 – 1974: constituição, consolidação e desarticulação do regime ditatorial**

O forte controle burocrático e autoritário do Estado foi a marca principal desse período. Se por um lado houve ampliação da política assistencial, em particular da assistência médica e previdenciária, por outro, a burocratização foi o caminho encontrado para aumentar o poder regulador sobre a sociedade, enfraquecer tensões, legitimar o regime recém implantado e contribuir com a acumulação de capital<sup>41</sup>.

No entanto, os diferentes momentos experimentados no decorrer do regime militar, de

constituição, consolidação e desarticulação, levaram a inserção e manutenção do pensamento e prática do planejamento normativo às ações do governo, monopolizando as questões econômicas e o controle político sobre as questões sociais. O forte viés econômico e as influências teórica e metodológica de organismos internacionais, direcionaram a elaboração dos planos nacionais e a preparação do pessoal, em resposta a lógica do mercado, objetivando a racionalização das atividades e o equilíbrio entre a oferta e a necessidade quanti-qualitativa de pessoal<sup>42,43</sup>.

Especificamente no setor da saúde, o acelerado investimento público no setor privado, impulsionado pela compra de serviços e estímulo a prática médica orientada pelo lucro, bem como, o afastamento dos trabalhadores da participação na gestão dos órgãos, após unificação dos IAP's ao Instituto Nacional de Previdência Social, centralizou, ainda mais, o foco do planejamento à programação da assistência médica, preocupados, nesse momento, com a disponibilidade, formação e os altos custo dos serviços<sup>29,42,43,44</sup>.

Diante de toda essa centralidade, o planejamento chegou a ser considerado, como um “conjunto de meios a serem aplicados a um conjunto de objetivos[...]”, estes, “[...]no campo da saúde, definidos e quantificados”, para auxiliar ao processo de ordenação e racionalização das atividades, necessário, à seleção e avaliação dos recursos humanos e materiais<sup>29,12,42</sup>. Conceito que se adéqua a um período onde aos recursos humanos é abordado como “pessoal de saúde” e compreendidos enquanto “capital humano”, onde a saúde, estava associada a um “bem de consumo”, de caráter assistencial e curativista, vista como estratégia de “medicalização social”<sup>29,43,45</sup>.

Características que levaram a preocupação com a elaboração de um planejamento capaz de promover o equilíbrio entre a necessidade e a oferta quanti-qualitativa de pessoal, direcionando e apontando as discussões e estratégias durante as Conferências Nacionais de Saúde realizadas nesse período. Assim, a 4º CNS, 1967, ao promover o debate acerca da necessidade de uma política de avaliação de recursos humanos, relacionou a formação contingencial de pessoal necessário ao desenvolvimento das atividades de saúde à estruturação dos planos baseados em índices de crescimento demográfico e na organização, avaliação e projeção dos dados existentes, em sua ausência, obtidos por meio de estimativas aproximadas da população<sup>12</sup>.

Sendo proposta, durante as discussões, a implantação de equipes “pluriprofissionais”, composta por pessoal de nível superior, médio, nível elementar ou primário, ou mesmo, aqueles sem qualquer instrução formativa. Providos a partir de capacitações em cursos

regulares de formação (graduação, pós-graduação e técnico), de responsabilidade do Ministério da Educação e Cultura e das Universidades, tendo esta última, a função de atrair o ensino técnico, e por cursos de adequação e aprimoramento, realizados descentralizadamente nos locais de trabalho, sob responsabilidade do Ministério da Saúde<sup>12</sup>.

No entanto, a dicotomia experimentada entre os anos de 1968 a 1974 manteve de um lado, a predominância dos investimentos em clínicas e hospitais privados, sob forte alegação da inexistência de capacidade da rede assistencial em atender a crescente demanda dos assegurados, e a persistência na atenção médica, assistencialista e especializada, favorecida pelo crescimento do setor empresarial médico e a multiplicação das faculdades particulares de medicina, por outro, a redução dos recursos para a saúde pública, o aumento dos custos e o encaminhamento da previdência social à falência, consubstanciaram com a insatisfação popular contra a “política de saúde da ditadura”<sup>43,44</sup>.

O contexto de lutas e reivindicações, em meio as crises e afirmação de mudanças no cenário atual, dá início a crítica ao planejamento técnico burocrático, bem como, a inserção das concepções do pensamento estratégico. Perceptível durante a elaboração dos novos planos do governo, a exemplo do II Plano Nacional de Desenvolvimento, com o reconhecimento do setor social no planejamento governamental, resultando em objetivos próprios das políticas sociais e seu desenvolvimento de forma paralela às políticas econômicas<sup>11,42</sup>.

As diretrizes do referido Plano auxiliaram a elaboração da Lei 6.229/75, estabelecendo o Sistema Nacional de Saúde, como uma tentativa de racionalização da crise. Tendo como proposta, a emergência na elaboração e implantação de programas voltados para a interiorização da assistência a saúde como o Programa Nacional de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, Plano de Localização dos Serviços de Saúde – PLUS, Projeto Montes Claros – PMC, ao tempo que, abriu espaço para a entrada de representantes do movimento sanitário nos órgãos do poder<sup>42,44</sup>, favorecendo a abertura de espaços para a discussão sobre a necessidade de mudanças no sistema de saúde.

No entanto, o desconhecimento das necessidades reais do pessoal de saúde, tanto qualitativa como quantitativamente, para suprir a necessidade de pessoal dos novos serviços levou o Brasil a institucionalizar as influências internacionais no PFTS ao assinar o acordo com a OPAS em 1973, mas só colocado em prática em 1975<sup>42</sup>. Ano de realização da 5º CNS, onde se discutiu, entre outras estratégias, a inserção do tecnólogo, inicialmente baseada pelas experiências com a fonoaudiologia, ortóptica e saneamento ambiental, posteriormente, em áreas propícias a sua inserção, assinaladas por estudos realizados por peritos internacionais.

Tendo em vista, a superação do vazio existente entre trabalhadores de nível superior e os de nível médio e o barateamento dos custos com pessoal médico<sup>12,45</sup>.

Todavia, a permanência de um cenário de crises econômicas e o desgaste do exercício político dos militares, levou a distensão política e as pressões pela redemocratização do país, ao tempo em que deu início ao movimento sanitário e um contexto favorável a elaboração e implantação de propostas de reformulação do setor saúde, alimentados, pelas discussões e pensamentos de um novo enfoque dado a saúde e seu processo de organização ocorridos durante a Conferência de Alma – Ata, em 1978<sup>44</sup>.

Reflexos que durante a realização da 6º CNS, 1977, colaboraram com a ampliação dos conceitos e significados para além das questões formativas ao retratar as relações e processos de trabalho na saúde. Sendo introduzido o termo força de trabalho ao referir recursos humanos, expandindo as possibilidades de análise em um contexto dependente das relações com o mercado, bem como, inserindo a necessidade de trabalhadores qualificados para a gestão. Porém, retrocedeu ao pensamento normativo no planejamento ao delimitar as áreas de atuação das novas categorias, sanitaristas e agentes de saúde pública, direcionando a primeira às “atividades normativas”, como planejamento, direção e supervisão, e a segunda, as questões executiva<sup>12</sup>.

É importante destacar, ainda falando do planejamento, a elaboração e implementação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde – PPREPS, 1976, pensado como estratégia para abranger três grandes áreas de ação: a do planejamento de recursos humanos, a da preparação direta de pessoal e a do apoio a preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde, objetivando,

[...]adequar progressivamente a formação de recursos humanos para a saúde aos requerimentos de um sistema de serviços, com cobertura máxima possível e integral, de acordo com as necessidades das populações respectivas e as possibilidades das diversas realidades que o país apresenta<sup>42,46</sup>.

Podendo ser considerado, um dos principais projetos de PFTS, com vistas a subsidiar a extensão de cobertura proposta pelo PIASS, tendo com meta, capacitar entre 160.000 a 180.000 pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, além de apoiar a criação de núcleos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos estados, entre o período de 1976 a 1979<sup>42,45,47</sup>.

Contexto, até então, refletido nas conclusões do estudo realizado por Sá<sup>48</sup>, ao analisar o modelo de dimensionamento de recursos humanos na rede de unidades sanitárias da

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a autora identificou como critérios utilizados para o provimento de pessoal para compor a equipe local de saúde, o quantitativo de atividades especializadas ofertadas pela unidade, associada, a uma previsão empírica das atividades como limpeza, zeladoria, trabalhos de escritório. Considerando também, a classificação adaptada a realidade brasileira por especialistas da OMS, em equipes mínimas, composta por 4 categorias; ideal, formada com 15 a 20 categorias, entre eles médico e enfermeiro sanitário, nutricionistas e técnicos; e possível, recrutável em curto prazo e a nível local de forma a suprir a demanda por trabalhadores especializado. Havendo em alguns casos, a quantificação de pessoal de nível superior e auxiliar baseada em modelos estrangeiros, com foco em categorias de inspetor de saneamento, auxiliar de enfermagem e visitadora.

Entre os condicionantes na lotação das equipes nas unidades sanitárias distribuídas territorialmente, foram citados pela autora, os fatores socioeconômicos, a distribuição espacial e qualitativa dos equipamentos de saúde, o tipo e o programa da unidade sanitária e a existência ou não de outras agências e seus respectivos programas. Concluindo assim, que os ajustes do “estoque de recursos humanos” à nova rede definida estava comprometida em razão da impossibilidade de formação a curto prazo de pessoal, da existência de desvio de função, principalmente pelo afinilamento do quantitativo de técnicos em relação aos demais trabalhadores, bem como, pelos desvios numéricos, geralmente para menos, quando comparado o quantitativo existente e o recomendado pela Portaria SS-CG 8/72<sup>48</sup>.

Nota-se, portanto, que no período entre 1964 a 1979, as discussões sobre o PFTS, foram tratadas de maneira normativa, em sua maioria, influenciadas por organismos internacionais que imprimiam métodos prontos, desconsiderando as necessidades e realidades locais, com forte viés econômico e político. Caracterizados, pela perspectiva da formação como critério de provimento da força de trabalho para a expansão dos serviços e forte distanciamento dos assuntos relacionados a gestão. No primeiro momento, em respostas a expansão do setor hospitalar em um contexto médico assistencial, onde se configurou a categoria médica como a principal mantenedora do saber e prática. Sequenciado, no momento seguinte, em razão do caráter racionalizador, pelos processos de interiorização da assistência em saúde e a dificuldade na presença do profissional médico no interior, pela ampliação do das discussões sobre a necessidade de categorias formadas em ensino médio e elementar e crítica ao pensamento normativo. E, já no final do período, dentro de um contexto de proposição de renovação do sistema de saúde e reconhecimento da necessidade de trabalhadores qualificados para a gestão, com a inserção de duas novas categorias, sanitaristas

e agentes de saúde, no entanto, retornam ao pensamento normativo ao delimitar a área de atuação dos primeiros.

### **Período entre 1980 a 1989: fim do regime militar e a crise da previdência social**

No final do período anterior, as mudanças na forma de enfrentar as demandas da saúde voltaram para um caráter mais político, de determinação social do processo saúde doença, como crítica a uma visão positivista da sociedade, baseada em observações, indução e correlação dos fatos, mostrando-se inadequada as discussões e reivindicações pela transformação da realidade sanitária no país, conseqüentemente, o pensamento normativo e seu distanciamento do contexto político e social, bem como, a exclusão na participação de diferentes sujeitos em sua elaboração, passa a ser criticado e novas propostas foram experimentadas nesse campo<sup>44</sup>.

Novos ideais surgiram na perspectiva de unificação dos sistemas de saúde, propondo o fim do financiamento ao setor privado e esforços na expansão dos serviços básicos através de novos programas, a exemplo, do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, 1980, e o Programa de Ações Integradas de Saúde, 1983, projetos embrionários a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, posteriormente, o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>4</sup>.

O que levou, as questões relacionadas a FTS, a um retorno à discussão de alternativas à extensão das ações de saúde dos serviços básicos, influenciando o debate durante a 7ª CNS, 1980, onde a operacionalização de ações, por meio de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais, é apontada como estratégia de enfrentamento aos problemas com pessoal, tendo como ponto de partida,

[...]a realidade concreta dos serviços de saúde, o estágio em que se encontra cada secretaria, as condições existentes para a implementação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e, sobretudo, a ordem de necessidades detectadas seja pelo próprio órgão estadual ou auxiliado pelo Ministério da saúde<sup>12</sup>.

Sendo os recursos humanos, auxiliar a operacionalização dos programas e corresponsáveis pelas mudanças, objeto de atenção prioritária e integrada ao desenvolvimento das atividades de saúde, contribuindo pela mudança na lógica da especialidade pela generalidade ao tempo em que busca soluções para suprir a ausência dos médicos nas regiões mais distantes. Tendo o planejamento, a responsabilidade de formular propostas do conjunto

de ações para a área, orientado pela política de saúde<sup>42</sup>, a fim de clarificar a “[...]identificação das categorias profissionais essenciais ao desenvolvimento dos programas[...]”<sup>12</sup>.

Nesse momento, o reconhecimento do papel da equipe de enfermagem levantou a discussão de sua inserção em uma equipe multiprofissional, com hierarquização das ações e responsabilidades compartilhadas. Sendo os cuidados elementares, relacionados a orientação dos princípios da higiene, nutrição, imunização e saneamento, entre outras ações correlatas, sob a responsabilidade do nível médio e auxiliar, já os cuidados assistenciais primários, como o atendimento a gestante e puérperas, ao recém nascido, criança, ao adultos em situações menos complexas, doenças infecto parasitárias, grupos de hipertensos e diabéticos e outras tidas como essenciais, de responsabilidade do nível superior.

O foco na equipe de enfermagem leva a discussão de um quantitativo ideal de recursos humanos de enfermagem, a partir de uma análise crítica do percentual apresentado pelo II Plano Decenal de Saúde para as Américas, onde se estimava 4,5 enfermeiros e 14,5 pessoal auxiliar de enfermagem para cada 10.000 habitantes, uma vez que, não se considerou a realidade brasileira no desenvolvimento da assistência primária de saúde, nem mesmo, a categoria de atendentes de enfermagem, um reflexo do viés normativo que os planos apresentavam<sup>12</sup>.

No entanto, com o agravamento da crise do sistema de saúde centralizado, verticalizado, fragmentado institucionalmente e excludente, aumentaram as contestações sobre o mesmo e, a necessidade da reforma no setor da saúde ganha evidência e consistência com a constituição e fortalecimento do movimento sanitário. A intensa movimentação e propostas de reformulação das políticas de saúde no país alcançam o seu auge durante a 8ª CNS, 1986. Contribuindo com a implantação, em 1987, do SUDS, conveniado entre INAMPS e os governos estaduais, consensuando, a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público, de maneira universal e integral, organizado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, posteriormente, determinados como princípios doutrinários que norteariam, no ano de 1988, o texto constitucional e a implantação do SUS<sup>12,42</sup>.

Em um contexto de expansão da atenção básica, a composição multiprofissional das equipes passa a ser definida pela demanda por atendimento de cada região e os padrões mínimos de cobertura assistencial, tendo como base as diretrizes racionalizadoras para assistência ambulatorial e hospitalar definidas pelo Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdência – CONASP<sup>42</sup>. Porém, o descumprimento e desobediência desses critérios, favoreceram a prática do clientelismo, da troca de favores, o

que levou, a necessidade de se repensar os critérios, passando a ser fixados a partir da eficiência e eficácia da prestação dos serviços, a capacidade de gestão operacional e as características de cada região e do mercado de trabalho, elaborados de maneira transparente, regionalizada e descentralizada, gerenciados por instituições públicas, com (re)aproveitamento dos recursos humanos de cada localidade, de maneira racionalizada e próximo ao perfil profissional adequado à realidade dos serviços.

Nesse sentido, o estudo de Simões<sup>42</sup> ao discutir a emergência da organização dos Núcleos de Recursos Humanos, ratifica o foco na formação, em um período onde o redirecionamento da preparação de pessoal ficaria a cargo dos Estados e, os núcleos de desenvolvimento de recursos humanos, aproximariam as necessidades locais de formação, contribuindo com a criação de um modelo “alternativo” de atenção médico sanitário, uma vez que exigiria dos Estados, reorientação na preparação de pessoal e reorganização técnico administrativa das estruturas estatais de saúde. Por outro lado, Brasil<sup>12</sup> aponta para a necessidade da realização de “[...]estudos que determinam quadros de lotação específicos por unidade, considerando como critérios, a demanda, a capacidade instalada da unidade e da área, os programas implantados, a resolutividade e as características da população alvo”.

Na busca da definição de critérios e parâmetros adequados ao DFTS, o estudo de Teixeira et al.<sup>49</sup>, ao analisar as recomendações para se estimar recursos humanos destinados as unidades de alimentação em hospitais propostas por Oliveira, 1977, Passos, 1972, Mezomo, 1983 e Gandra,1986, faz crítica ao uso de parâmetros baseados no número de leitos (1,5; 1,8 e 2) ou ao número estimado de funcionários totais, bem como, aos 15 minutos definidos para a preparação e distribuição das refeições, a desconsideração das características da unidade e sua natureza jurídica. Da mesma forma que critica os métodos que reconhecem variáveis condicionantes ao processo, sem, no entanto, demonstrarem como as mesmas interferem, durante a aplicação da metodologia e realização do cálculo nos resultados finais que demonstram o quantitativo de pessoal.

Critérios estes que serviram de base para os outros artigos encontrados nesse período, e que dizem respeito, ao resultado da dissertação de mestrado de uma das autoras, Trigo, 1985. O primeiro deles, Trigo e Roncada<sup>50</sup>, propõe o emprego de um índice de adequação para interpretação daquilo que foi denominado de indicador de pessoal total, o qual faz uso de equações que consideraram o número de refeições servidas em 15 minutos, o número de horas normais de trabalho, dias de descanso, pessoal substituto e absenteísmo diário. Para o índice de adequação, foi considerado o número de profissionais existentes sobre o número de

profissionais esperados multiplicado por 100, chegando a quatro intervalos: menor ou igual a 50%, considerado deficiente; entre 51 a 89%, baixo; 90 a 110%, adequado e maior que 110% excessivo. Os outros dois artigos<sup>51,52</sup>, de mesma autoria, versam sobre os fatores intervenientes diretos e indiretos no dimensionamento realizado nas unidades de alimentação e dietética, apontando como indiretos a taxa de ocupação hospitalar, categoria de pacientes internados, tipo de cardápio, sistema de distribuição das refeições e de higienização dos utensílios e, os indiretos referiram a planta física, equipamentos e a qualidade de pessoal. Ao contrário da crítica feita por Teixeira et al.<sup>49</sup>, quanto a não demonstração da interferência das variáveis condicionantes sobre o método, os dois últimos artigos de Trigo e Roncada<sup>51,52</sup>, fazem uma relação desses fatores e sua influência, encontrando entre os fatores diretos, a melhor adequação entre as normas e recomendações naqueles hospitais com índice de adequação excessivo. Já entre os fatores indiretos, especificamente a taxa de ocupação, o estudo demonstrou não ter relação com o número de pessoal existente.

Diante dos estudos selecionados nesse período, a análise sugere a manutenção da preocupação com a formação, a exemplo do estudo de Simões<sup>42</sup>, e avaliação e implantação de métodos normativos para PFTS, nos estudos de Trigo e Roncada<sup>50,51,52</sup>. O período foi marcado por forte viés corporativista, desconsiderando o processo de trabalho multidisciplinar, em uma época com críticas ao planejamento normativo e de importantes contribuições no âmbito teórico-conceitual, principalmente, nas discussões dos processos de trabalho<sup>29</sup>.

É importante destacar que embora tenha ocorrido uma centralização nos estudos do PFTS da Nutrição, para muitos autores, ainda é reduzido o número de artigos que retratam a área nos serviços de alimentação e nutrição<sup>53</sup>, fato esse que pode estar relacionado a incipiência na definição do papel do nutricionista pelas instituições hospitalares, nas limitações no campo de atuação dado a correlação de forças entre as diferentes categorias e, conseqüentemente, a incipiente análise entre a relação reabilitação nutricional, tempo de permanência e custo, que por si só, já seria suficiente para justificar a importância desse cuidado.

### **Período entre 1990 a 2013: Implementação do SUS**

O período foi marcado pela elaboração e implementação das leis que norteariam o novo sistema de saúde, proposto para ser universal, descentralizado e com viés municipalista, e pelas pressões políticas e econômicas nacionais e internacionais frente as conquistas da

democratização, da equidade e da cidadania, oriundas da Constituição de 88. No entanto, os ideais neoliberais levaram o país a colocar na agenda governamental a Reforma do Estado e da Administração Pública na década de 90. A necessidade de ajuste fiscal, a redução do papel do Estado, a política de privatizações, contenção de gastos com pessoal e a flexibilização das relações de trabalho, vem acompanhadas de velhos e novos problemas para a gestão do trabalho<sup>4</sup>.

O modelo descentralizado de gerir o sistema de saúde, apontava para a necessidade da elaboração de estratégias de enfrentamento aos problemas instalados no setor, entre eles, as questões vinculadas pelas relações e condições do trabalho e o PFTS. Reforçando assim, a necessidade de pactuação e integração entre os processos de planejamento segundo o cenário político e institucional, referenciado nas Leis 8080/90 e 8.142/90, onde o planejamento foi proposto de forma ascendente, do nível local ao federal, com participação dos órgãos deliberativos. Devendo o mesmo ser articulado com a disponibilidade de recursos previstos na respectiva proposta orçamentária e as necessidades da política de saúde<sup>4</sup>.

No entanto, os primeiros anos deste período se configuraram como um momento de enfrentamento aos desafios, pelos gestores municipais e estaduais e pelo próprio Ministério da Saúde, da discussão e elaboração de propostas de PFTS que garantissem a absorção da força de trabalho ideal a expansão dos serviços básicos da rede pública. E, mesmo com a implantação do SUS, o qual se apresentava como um campo de experimentações de diversos métodos e práticas de planejamento, pouco se acrescentou ao PFTS necessário ao novo modelo de atenção<sup>11,54,55</sup>.

A proposta de elaboração de uma norma operacional básica específica para RHS, que orientasse as estratégias de enfrentamento da problemática da área, iniciada na 9ª CNS, 1992, ganha força após a 2ª CNRH, 1993, sendo deliberado durante a 10ª CNS, 1996 a elaboração de um documento, admitido, quatro anos após, como princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica para os Recursos Humanos (NOBRH-SUS) durante a 11ª CNS, 2000, onde se reconheceu o papel da gestão do trabalho no processo de implementação do SUS e sua influência na melhoria dos serviços prestados<sup>5,45</sup>.

No entanto, nem mesmo a reafirmação dos princípios e diretrizes da NOBRH-SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação para o Trabalho na Saúde, durante a 12ª CNS, 2003, mais tarde, aprovados por meio da Resolução nº. 330, de 04 de novembro de 2003, assegurou a realização do planejamento estratégico, ascendente e descentralizado. Principalmente, por não deixar claro em seu documento como a capacidade

instalada, o perfil epidemiológico, a missão institucional, os parâmetros de necessidade de pessoal, os mecanismos de controle de contratação e o tipo de vínculo<sup>4,5</sup> se articulariam durante a realização do PFTS, abrindo espaços, para a multiplicidades de métodos e práticas clientelistas e corporativistas e a manutenção do planejamento normativo em sua realização.

Com a mudança na gestão em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde passou a ser responsável pela formulação de políticas norteadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhos na saúde. O que levou, a partir de 2005, a institucionalização de ferramentas e instrumentos, na tentativa de reversão da problemática que se instalava no atual contexto da gestão do trabalho, a exemplo do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS); os princípios e diretrizes para os Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS-SUS); o Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS); o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS) e o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão<sup>4</sup>.

Mesmo que consideradas avanços no enfrentamento dos problemas, com a institucionalização dessa estratégia, era de se esperar um novo encaminhamento às discussões e propostas para o fortalecimento do pensamento estratégico ao se planejar a FTS. Uma vez que abre caminho para os processos negociais, a partir da implantação de espaços de negociação e participação de diferentes sujeitos, aponta mecanismos para a desprecarização e estabelece apoio aos processos de estruturação e qualificação da gestão do trabalho.

Contudo, mesmo com o fortalecimento e importância do planejamento, a partir da criação do Sistema de Planejamento do SUS – PLANEJASUS e a publicação das Portarias nº 399 e 699, que divulgam e aprovam as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde e regulamentam as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, respectivamente, o foco se manteve no apoio a elaboração de ferramentas direcionadas para o planejamento dos serviços, a exemplo do Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Especificamente, no Pacto de Gestão, as diretrizes se mantiveram na formação e necessidade de qualificação dos RHS e nas questões relacionadas ao vínculo trabalhista e salariais. Tendência esta, atrelada à exigência do novo modelo do sistema produtivo, o qual passou a incorporar novas tecnologias e a exigir cada vez mais trabalhadores qualificados<sup>54</sup>.

A utilização de métodos normativos e corporativista para o PFTS, justificados, em sua maioria, pelas limitações impostas pelas Leis Camata e de Responsabilidade Fiscal por gestores e administradores do setor saúde, se firmaram, nesse momento, como alternativa ao

planejamento. A Tabela 3 traz uma síntese das publicações realizadas no período entre 1990 a 2013, relacionando apenas aquelas que realizaram o PFTS em unidades assistenciais (34), a partir das principais categorias dimensionadas e os setores correspondentes.

Nota-se que, a maior produção, 85% dos estudos, estão relacionados ao PFTS da equipe de enfermagem, sequenciada pelos estudos de múltiplos trabalhadores 9% e em menor proporção a categoria médica 3%. Sugerindo assim, um distanciamento do pensamento multidisciplinar na composição das equipes e no desenvolvimento do processo de trabalho, ratificando, a interferência dos fatores econômicos como direcionador das práticas de PFTS. E mesmo quando se dimensionou todos os setores da unidade hospitalar, as discussões sobre o processo de trabalho multidisciplinar não aparece entre as variáveis condicionantes na definição do quantitativo de trabalhadores, sendo realizados de maneira isolada para cada categoria.

O caráter gerencial assumido pela enfermagem<sup>56</sup>, a relação custo *versus* benefício, uma vez que, a equipe de enfermagem representa a maior parte dos trabalhadores em um hospital<sup>37,57,58,59,60,61,62,63</sup> e seu papel fundamental no cuidado à saúde do paciente<sup>63,64</sup>, foram utilizados para justificar a maior concentração dos estudos voltados ao PFTS da equipe de enfermagem.

Quanto aos setores dimensionados, a Tabela 3 permite verificar a maior proporção de artigos que buscaram retratar o PFTS unicamente em Unidades de Terapia Intensiva - UTI 24%, sendo essa proporção ainda maior quando contabilizados todos os artigos que incluíram UTI em seu estudo 56%, seja em conjunto com as unidades de internação ou quando se realizou o estudo em todos os setores hospitalares. Para muitos autores<sup>56,61,65</sup>, a focalização dos estudos em UTI esta atrelada ao alto custo da manutenção da tecnologia necessária à prestação da assistência, maior tempo de permanência do paciente e, conseqüentemente, a exigência de equipe qualificada, com alta competência técnica e científica. O que exige maior proporção de trabalhadores de nível superior em relação ao nível médio para suprir a necessidade de cuidado do paciente, como também, contribuir com as condições satisfatórias de trabalho em um ambiente de constantes situações de estresse em razão dos sofrimentos e morte.

**Tabela 3.** Distribuição das publicações sobre planejamento da força de trabalho em saúde, segundo categoria e setores dimensionados, Brasil, 1990-2013.

CATEGORIA	Setores Dimensionados	Total de artigos por setor	% de artigos selecionados	
Equipe de enfermagem	Todos os setores hospitalares*	5	29 (85%)	
	UTI	8		
	Unidades de internação	Incluindo UTI Excluindo UTI		6 7
	Outros**	3		
Equipe de Enfermagem e Médica	Unidade de internação incluindo UTI	1	1(3%)	
Médica	Ambulatorial, cirúrgico, de internação e de urgência e emergência.	1	1(3%)	
Multiprofissional	Unidade de internação	3	3(9%)	
<i>Total de artigos</i>		34	34 (100%)	

\* envolve todos setores, desde a área assistencial, administrativa e de apoio diagnóstico terapêutico

\*\* sala de observação, pronto socorro; centro de material e esterilização; assistência domiciliar

Quanto ao método utilizado (Tabela 4), 38% dos artigos selecionados no período entre 1990 a 2013, realizaram o DFTS por meio da utilização do método proposto por Gaidzinski, seguido pela proposta de cálculo da resolução COFEN nº 203/2004, 35%, e pelo método SES-SO/OPAS, 12%. Os três métodos mais utilizados, guardam entre si, a definição da hora assistencial, a definição de percentual entre a equipe de enfermagem e o índice de segurança técnica - IST, porém, diferem quanto a metodologia. Os dois primeiros, calculados com base na necessidade de cuidado requerida pelo paciente, sendo maior a medida que aumenta seu grau de dependência e, o terceiro, com base no número de leitos por profissional, sem definir o tipo de cuidado.

O método de Gaidzinski prevê entre as etapas que antecede a aplicação do cálculo de adequação quanti-qualitativa dos trabalhadores da equipe de enfermagem, a classificação dos pacientes quanto ao grau de complexidade da assistência prestada, o levantamento do tempo assistencial de enfermagem, a determinação do percentual entre as categoriais profissionais; a identificação da jornada efetiva de trabalho e o percentual das ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem. Etapas estas, subsidiadas pelo uso de instrumentos e resoluções, entre eles, as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN nº 189/1996, revogada posteriormente pela Resolução COFEN nº 203/2004, auxiliar ao processo de determinação do tempo efetivo de trabalho e percentual entre os trabalhadores da equipe, e

os sistemas de classificação de pacientes de Perroca ou Fugulin, objetivando conhecer o perfil assistencial dos usuários atendidos. Este último, a própria Resolução COFEN nº 189/1996 faz menção a sua utilização como auxiliar ao processo de classificação e grau de dependência do usuário.

A utilização da Resolução COFEN nº 203/2004, ao fixar e estabelecer parâmetros para o dimensionamento de enfermagem, ressalta a importância de se basear em características das instituições, a exemplo da missão, estrutura organizacional, tecnologia e complexidade dos serviços, política de pessoal, indicadores hospitalares, bem como, nos serviços de enfermagem, fundamentação legal, código de ética, aspectos técnicos administrativos e, na clientela. Considerando ainda as necessidades de cuidado, a partir da classificação dos pacientes e na realidade sociocultural e econômica, no entanto, não refere como esses fatores interferem no cálculo nem mesmo como se chegou aos parâmetros definidos. Diante de suas características, faz-se necessário, o uso de instrumento de classificação de pacientes, sendo utilizado por muitos autores, o Sistema de Classificação de Pacientes - SCP de Perroca e/ou Fugulin, em outros casos, o instrumento Nursing Activities Score – NAS, facilitadores da quantificação da carga de trabalho de enfermagem. Diferem-se entre si, pela forma de avaliação e o número de categorias avaliadas, mas, convergem quanto ao propósito de determinar o tipo de cuidado progressivo do paciente<sup>37</sup>.

Já o método utilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, desenvolvido com o auxílio da OPAS em um momento de transição dos hospitais pertencentes ao INAMPS à SES-SP, tem como base, fatores determinantes da concepção do modelo assistencial, entre eles, política de saúde, política de pessoal, porte do hospital e grau de complexidade e variáveis gerais - dias de trabalho, folgas, feriados, taxa de natalidade, horas contratuais, jornada de trabalho, dias de funcionamento – e específicas, baseadas nos parâmetros assistenciais da Portaria 1101/2001 do Ministério da Saúde. Para o cálculo tem-se como parâmetros a hora assistencial, a jornada de trabalho, o número de leitos, dias de funcionamento da unidade, produção, capacidade instalada e Índice de segurança técnica. No entanto, não há uma diferenciação pelo tipo de cuidado, apenas uma proporção da relação do número de enfermeiros e técnicos, diferenciados entre internação e UTI.

**Tabela 4:** Características das publicações segundo métodos, resoluções, parâmetros e/ou instrumentos utilizados no PFTS, Brasil, 1990-2013.

<b>MÉTODOS</b>	<b>Números de artigos selecionados</b>	<b>% de artigos selecionados</b>
Método proposto por Gaidzinski	13	38%
Resolução COFEN nº 203/2004	12	35%
Método SES-SP/OPAS	4	12%
Método de Bittar e Zucchi	3	9%
Outros	2	6%
<i>Total de artigos selecionados</i>	34	100%

Para fins de comparação entre os diferentes métodos encontrados no PFTS em unidades hospitalares, o estudo de Coletta e Prochet<sup>66</sup>, ao realizar e comparar o dimensionamento efetuado em um hospital universitário através das recomendações da Resolução COFEN nº 293/2004, da SES-SP e o método proposto por Bittar, apontou em seus resultados coerência nos cálculos, em sua maioria, porém, com algumas diferenças para mais ou para menos nas necessidades de trabalhadores. E, mesmo nos setores onde não haviam essa coerência, pelo menos 2 parâmetros, entre os métodos utilizados, concordaram quanto ao valor. As autoras chamam atenção para o IST recomendado pela Resolução COFEN, o qual pode contribuir com o superdimensionamento de pessoal, uma vez que o mesmo acresce 30% do valor.

No entanto, Amorin et al.<sup>57</sup> ao comparar o cálculo para o dimensionamento de enfermagem em um hospital do Paraná, os resultados apontaram um quantitativo da necessidade de trabalhadores 50% maior ao utilizar a classificação progressiva de pacientes à hora de enfermagem generalizada para todas as clínicas, demonstrando assim, ser o primeiro, o método o mais adequado. Segundo Tanos et al.<sup>67</sup>, os métodos tradicionais utilizados no dimensionamento, que não levam em consideração o SCP, são insatisfatórios, principalmente, por generalizarem o tipo de cuidado que os diferentes pacientes necessitam, desconsiderando sua gravidade e conseqüentemente, o quantitativo ideal de trabalhadores necessários.

A não utilização do sistema de classificação de pacientes, para muitos autores, impossibilita o conhecimento do tipo de usuários que o serviço presta atendimento, não contribui com a melhoria do cuidado, com o desenvolvimento de habilidades e competências dos trabalhadores e com o modelo gerencial participativo, seguro e inovador, e de maior autonomia aos trabalhadores<sup>15,64,68</sup>. Da mesma forma, ao possibilitar o acompanhamento da complexidade assistencial do paciente, torna-se mais adequado o planejamento das ações desenvolvidas com os pacientes<sup>69</sup>. Demonstrando ser, o método que faz uso dessa

classificação, o de maior confiabilidade quando comparado aos métodos que utilizam critérios como a relação número de leitos versus trabalhador e/ou indicadores de produção.

De acordo com Magalhães et al.<sup>70</sup>, embora seja possível avaliar, comparar e projetar o quadro de pessoal por diferentes métodos existentes na literatura atual, há uma necessidade de reflexão sobre os valores definidos em tais métodos, uma vez que, a ausência de uma melhor definição e especificação dos parâmetros recomendados, leva a uma sensação de quantitativos subestimados e a não correspondência com a veracidade das escalas de trabalho. Resultado semelhante encontrado por Gaidzinski e Kurcgant<sup>38</sup>, ao relatarem em sua síntese que o uso de modelos matemáticos, embora mais objetivos, seriam pouco confiáveis.

Em relação ao uso de instrumento que contribui com a classificação de pacientes quanto a necessidade de cuidado, Fugulin et al.<sup>71</sup>, apontaram a necessidade de adequação do SCP de Fugulin nas diferentes unidades hospitalares, principalmente por não identificar os diferentes níveis de gravidade dos pacientes internados. Corroborando com os estudos de Antunes e Costa<sup>37</sup>, ao utilizar o mesmo SCP para estipular o número de trabalhadores da equipe de enfermagem em um hospital, constataram a necessidade de adequação do instrumento para o berçário e UTI neonatal. Por outro lado, Inoue e Matsuda<sup>65</sup> relatam a adequação do instrumento NAS, apesar de reconhecer algumas limitações, às necessidades desse serviço, contribuindo assim, para um adequado dimensionamento da unidade. Similar ao estudo realizado por Nunes e Toma<sup>61</sup>, o qual demonstrou ser o instrumento NAS, superior na determinação da carga de trabalho quando comparado ao recomendado pelas legislações em unidades neonatais. E, no estudo de Wolff et al.<sup>72</sup>, ser o instrumento apropriado para a delimitação da carga de trabalho em unidades semi-intensiva.

A análise permitiu ainda, o reconhecimento de outros instrumentos associados aos métodos encontrados, entre eles, a Portaria MS/MG 3432/1998, a qual estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo; o Programa de Compromisso Qualidade Hospitalar, utilizado para contribuir com a melhoria contínua da qualidade hospitalar, a partir da participação e a autoavaliação, estimulando a qualificação e o incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos, em busca do trabalho coletivo e do aprimoramento dos processos de atendimento e, a resolução RDC nº 7/2010, a qual estabelece padrões mínimos para o funcionamento das UTI, com o objetivo de reduzir os riscos ao paciente, visitante, aos trabalhadores e ao meio ambiente.

Nota-se portanto, que apesar de muitos dos métodos adequarem a necessidade de cuidado real do paciente, não há uma relação entre o quantitativo recomendado com o

contexto político e social, nem mesmo, uma análise das facilidades, oportunidades, fragilidades ou fraquezas daquilo que se pretende realizar. Ao mesmo tempo, distancia da inclusão de diferentes sujeitos que, individual ou coletivamente, participam, tomando decisões importantes, entre eles, trabalhadores inseridos nos diferentes setores e gestores das unidades, nas discussões e pactuações dos indicadores, permanecendo de maneira vertical, justificados pela viabilidade econômica e reforço ao corporativismo. Baseados em um processo de trabalho individual, com pouca relação multiprofissional e ausência de um contexto integral dos determinantes que direcionam o processo de trabalho no setor.

Ausências estas referidas entre as dificuldades e facilidades encontradas, estando a primeira, relacionadas aos fatores externos que influenciam na prática do PFTS, o contexto econômico vivenciado pelo país, as leis que protegem os direitos dos usuários, que limitam o exercício profissional e a política salarial do mercado<sup>23</sup>. E, aos fatores internos, como a estrutura física, a capacidade instalada, o grau de desenvolvimento tecnológico<sup>28</sup>, o tipo de assistência prestada e as necessidades reais do paciente<sup>75</sup>, a ausência de compreensão dos fatores subjetivos das ações do cuidado<sup>70</sup>, a escassez de recursos humanos, materiais e financeiros, motivação, falta de tempo, necessidade de qualificação, fragilidade do apoio da instituição e de outros serviços<sup>74</sup>, a inexistência de uma política de recursos humanos, ausência de governabilidade por parte dos enfermeiros na decisão sobre contratações; a incompreensão do processo de trabalho da enfermagem por parte de quem contrata<sup>73,74</sup>.

A segunda, relaciona-se a boa articulação entre trabalhadores e diretoria da unidade<sup>74</sup>, a adoção do trabalho em equipe, o planejamento participativo, a motivação e o interesse em realizar as ações planejadas<sup>74</sup>. Um outro aspecto relacionado a facilidade da realização do dimensionamento, mas não referenciado nos estudos que discutiram essa temática, refere-se a informatização dos métodos, agilizando a realização dos processos, com economia de tempo, custo e energia. Nesse sentido, auxiliar ao processo de PFTS em unidades assistenciais, um grupo de pesquisadores desenvolveu um programa computacional capaz de contribuir com a realização do dimensionamento em unidades de internação, denominado de Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem – DIPE, com disponibilidade para utilização por outras pessoas<sup>76</sup>. Tal aplicativo tem como base, os cálculos propostos pelo método desenvolvido pela autora em momentos anteriores, associados as recomendações da Resolução COFEN nº 203/2004, podendo ser adaptado para o dimensionamento de outras categorias. A iniciativa referendada como uma oportunidade de propagação do conhecimento e contribuição da realização do dimensionamento por outras pessoas, foi em 2011, avaliado pelo mesmo grupo

de autores que o desenvolveu, concluindo que o instrumento apresenta características que auxiliam no planejamento e na tomada de decisões, da mesma forma que, por estar hospedado em uma plataforma livre, após cadastro, poderá contribuir no processo de PFTS por outros profissionais, sem a necessidade de implantação do software<sup>77</sup>.

Entre os desafios, vivências e reflexões sobre o PFTS, os achados relatam ter os enfermeiros o conhecimento acerca do dimensionamento<sup>73,75</sup>, convergindo para uma mesma finalidade, a realização do dimensionamento como uma alternativa a previsão de pessoal, justificando a necessidade de contratação<sup>73</sup>. Por outro lado, embora os estudos anteriores demonstraram a existência de conhecimento, na prática, ainda há a realização do cálculo de pessoal de forma empírica, baseada na experiência clínica dos enfermeiros<sup>38,75</sup>. Exigindo assim, a necessidade de aprofundamento do conhecimento técnico, aprimorando os saberes às complexidades da assistência<sup>70,75</sup>, a necessidade de modernização dos instrumentos, no sentido de contribuir com o distanciamento às ações corporativista e dos conflitos por uma isonomia salarial<sup>78</sup>, a superação na forma de contratação, dos múltiplos vínculos, aspecto delimitador na capacidade de decisão, bem como, na ausência de uma Política de Recursos Humanos auxiliares as definições internas e desenvolvimentos de programas relacionados a gestão de pessoal dentro das unidades<sup>79</sup>.

### **Considerações finais**

A análise realizada em torno da produção científica revela que muitos dos métodos para PFTS desenvolvidos para adequar quantitativa e qualitativamente a força de trabalho, independente do contexto político e social presente, buscaram responder as necessidades impostas pelo mercado, tendo o fator econômico um papel direcionador dos setores e categorias profissionais dimensionadas. Onde a racionalização dos gastos imposta pelo limite com os gastos com pessoal, justificativa utilizada por muitos gestores e administradores a não realização do PFTS através de métodos que favoreçam a adequação da força de trabalho de maneira estratégica e participativa, beneficiou a multiplicação e utilização dos métodos e práticas atrelados as ações corporativistas e individuais nos processos de trabalho.

Nesse sentido, a complexidade do trabalho na saúde, a incorporação acrítica de tecnologias, as especializações e subespecializações e a multiplicidade dos trabalhadores no fazer saúde convivem com os desafios da construção da integralidade do cuidado em um contexto desfavorável a interdisciplinaridade no processo de trabalho, onde, a individualidade,

a fragmentação e a heterogeneidade, contribuem com a perda da compreensão de pertencimento ao coletivo e da necessidade da cooperação, diálogo e interdependência nas relações e processos de trabalho. Por outro lado, o debate em torno dessas questões contribuirá com a desalienação do trabalhador e na a identificação das facilidades, oportunidades, fragilidades e ameaças, vivenciadas com o processo de precarização das condições e relação de trabalho.

Nem mesmo as modificações no sistema de saúde contribuíram com o pensamento multidisciplinar e integral na organização dos processos de trabalho, cooperando com a insatisfação, sobrecarga e adoecimento dos trabalhadores, bem como, a permanência da preocupação com a atenção hospitalar, ratificada neste estudo pelo elevado número de processos de dimensionamento da força de trabalho em setores hospitalares.

Entre variáveis auxiliares ao dimensionamento da força de trabalho a hora assistencial, a jornada de trabalho, o número de leitos, a taxa de absenteísmo, o tipo de cuidado prestado ao usuário e o índice de segurança técnica são utilizadas pela maioria dos métodos encontrados, no entanto, afastam da participação e construção coletiva, uma vez que os processos metodológicos atuais permanecem sendo construídos de maneira vertical, sem demonstrar, no entanto, como essas variáveis interferem no processo de trabalho e quantificação da equipe multidisciplinar.

Em relação aos métodos difundidos e analisados na prática, os resultados apontam aqueles que buscaram se adequar a especificidade do cuidado e a complexidade dos serviços como os que mais se aproximam a das necessidades da força de trabalho nos serviços, uma vez que possibilita a identificação do tipo de usuários, contribui com a melhoria do cuidado e as respostas às necessidades de atenção requeridas pelos diferentes pacientes, possibilitando, a adequação da atenção. Todavia, ressaltam a necessidade de adaptação dos instrumentos utilizados para a classificação dos pacientes nos diferentes setores das unidades hospitalares.

Conclui-se portanto, que há a necessidade de se refletir, estruturar e desenvolver métodos que possam levar não só a conclusão quanti-qualitativa de trabalhadores, mas também, que promovam a discussão sobre a reconfiguração dos processos de trabalho, das necessidades reais do serviço e da população e do escopo de atuação das categorias envolvidas. Subsidiados pela vontade e apoio político, onde a institucionalização de uma política de gestão do trabalho possa nortear a implementação de ferramentas gerenciais e, principalmente, contribuir com a compreensão dos fatores subjetivos das ações do cuidado por parte da instituição. Fazendo-se cumprir o papel orientador na elaboração e

institucionalização de estratégias políticas frente aos desafios dos problemas que afetam a gestão do trabalho.

Da mesma forma, a necessidade de se investir no aperfeiçoamento e gestão da informação referente a força de trabalho, tanto quantitativa quanto qualitativamente, a partir de um sistema de informação que seja capaz de prover informações estratégicas dos trabalhadores de uma instituição, merece total atenção pelo seu potencial facilitador e contributivo no reconhecimento, identificação e análise da força de trabalho.

## Referências

1. Nogueira RP. A força de trabalho em saúde. *Rev. Adm. Pública* 1987; 17(3):61-70.
2. Camelo SHH. Políticas de Recursos Humanos: Sistema Único de Saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ* 2009; 17(4):589-94.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2006. 164 p.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. 120 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. 3.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98 p.
6. Antunes R. Trabalho e Estranhamento. In: Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: *Cortez* 1995; 121-134.
7. Pierantoni CR et al. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: recursos humanos em duas décadas de SUS. *Physis* 2008; 18(4): 341-360.
8. Pierantoni CR et al. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Falcão A et al. (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. 2004; 4:51-71.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da política de Recursos Humanos. *Política de Recursos Humanos para o SUS: balanços e perspectivas/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 31p.
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (2005: Brasília, DF) *Chamado a Ação de Toronto: 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas américas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 12p.*
11. Organização Mundial da Saúde. *Trabalhando juntos pela saúde / Organização Mundial da Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 210 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
12. Teixeira CF, organizadora. *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Cadernos RH saúde/Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS – CGDRH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1993; 1(1):60.

14. Organização Mundial da Saúde. *Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde: com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio* / editores Mario R. Dal Poz ... [et al]. 2009. 191p.
15. Nicola AL, Anselmi ML. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Bras. Enferm.* 2005; 58(2):186-190.
16. Paim JS. *Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo, Faculdade de saúde Pública/USP, 1994. 80p.
17. Peduzzi, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, educação e saúde* 2002; 1(1), 75-91.
18. Peduzzi M, Palma JLL. A equipe de Saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica*. São Paulo: *Hucitec* 2000; p.234-50.
19. Nogueira RP. A Força de Trabalho em Saúde. *Rev. Adm. Pública* (Rio de Janeiro) 1983; 17(3):61-70.
20. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Tese Doutorado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2000; 4(6):151.
21. Rovere MR. *Planificación Estratégica de Recursos Humanos em Salud* / Mário Rovere. – Washington, D.C.: OPS, cl 1993 – ix, 232p. (Série de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; 96).
22. Schraiber LB et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva* 1999; 4(2):221-242.
23. Kurcgant P, Cunha K, Gaidzinski RR. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. *Enfoque* 1989; 17(3): 79-81.
24. Coelho Jr C, Maeda ST. *Parâmetros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006.
25. Magalhães AMM, Duarte ERM, Moura GMSS. Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte. *Rev Gaúcha Enferm* 1995; 16(1/2):5-16.
26. Akobeng AK. Understand ingsy stematic reviewsand meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood* 2005; 90, 845-848.
27. Prisma flowchart disponível online em: <http://www.prismastatement.org/statement.htm>. Acessado em novembro de 2013.
28. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(n.spe):73-78.
29. Carvalho M; Santos NR, Campos GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em Debate* 2013; 37(98):372-387.
30. Pinto ICM et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(6):1525-1534.
31. Paiva CHA. Texto produzido como produto preliminar do projeto “*História da cooperação técnica em Recursos Humano sem Saúde no Brasil*”. COC/FIOCRUZ-OPAS/OMS. Out-jan. 2004. p. 1-19.
32. Secaf V, Sanna MC. "Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil": um documento da década de 50 do século XX. *Rev. bras. Enfermagem* 2003; 56(3):315-317.
33. Scapim EP, Tiveron ER, Marvulo MML. Dimensionamento de pessoal em uma unidade de observação de um Pronto Socorro. *Rev. Nursing (São Paulo)* 2007;10(112): 412-418.
34. Montezeli JH, Lopes AA. Implantação de um sistema classificatório do grau de

- dependência dos cuidados de enfermagem em um serviço de emergência. *Cogitare Enferm* 2006 set/dez; 11(3):239-44.
35. Dal Ben LW, Sousa RMC. Adaptação de instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. *Rev. esc. enferm. USP* 2004; 38(1):80-9.
  36. Laus AM, Anselmi ML. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004; 12(4):643-9.
  37. Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online] 2003; 11(6):832-839.
  38. Gaidzinski RR, Kurcgant P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiros. *Nursing (São Paulo)* 1998;1(2):2834. ilus.
  39. Meneguetti MG, Nicolussi AC, Scarparo AF, Campos LF, Chaves LDP, Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [1518-1944] Meneguetti, Mayra yr:2013; 15(2):551.
  40. Vianna CMM et al. Modelos econométricos de estimativa da força de trabalho: uma revisão integrativa da literatura. *Physis* 2013; 23(3):925-950.
  41. Bravo MIS. As Políticas de Saúde no Brasil. In: CFESS/CEAD. *Capacitação em Serviço Social. Módulo III: política Social*. Brasília: UnB – CEAD/CFESS, 200 e A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde – texto de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.
  42. Simões AP. Os núcleos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. *Cad. Saúde Pública* 1986; 2(4):553-560.
  43. Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 1991; 1(1):77-95.
  44. Escorel S. *História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária*. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p 385-434.
  45. Brasil. Conselho nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2009; 100(18).
  46. Macedo CG, Santos I, VIEIRACAB. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. *Educación Médica y Salud* 1980; 14(1):62-75.
  47. Organização Pan-Americana da Saúde/BRASIL. *Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil*. Brasília: 14 dez. 1973.
  48. Sá ENC. Equipe local de saúde: sugestões para a abrangência de sua caracterização. *Rev. Saúde Pública* 1976; 10(1).
  49. Teixeira SMFG, Oliveira ZMC, Biscontini TMB, Barbosa WA. Dimensionamento de recursos humanos para unidades de alimentação: análise de métodos. *Hospital (São Paulo)* 1986;10(37):35-40.
  50. Trigo M, Roncada MJ. O emprego de um índice de adequação no estudo do dimensionamento do pessoal dos serviços de nutrição e dietética de hospitais gerais no município de São Paulo. *Rev. Paul. Hosp.* 1988; 36(4/6):5-17.
  51. Trigo M, Roncada MJ. Análise dos fatores intervenientes no dimensionamento do pessoal de serviços de nutrição e dietética de hospitais gerais no Município de São Paulo: I. fatores intervenientes diretos. *Rev. Paul. Hosp.* 1988, 36(1/3):3-10.
  52. Trigo M, Roncada MJ. Análise dos fatores intervenientes no dimensionamento do pessoal de serviços de nutrição e dietética de hospitais gerais no município de São Paulo: II. fatores intervenientes indiretos. *Rev. Paul. Hosp.* 1988, 36(7/9):10-22.

53. Santos RCL, Diez-Garcia RW. Dimensionamento de recursos humanos em serviços de alimentação e nutrição de hospitais públicos e privados. *Rev. Adm. Pública* [online] 2011; 45(6):1805-1819.
54. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(6):1667-1676.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A investigação sobre recursos humanos em saúde. Brasília, 1993.
56. Miyadahira AMK et al. Recursos humanos das unidades de terapia intensiva do município de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1999; 7(5):15-24.
57. Amorim CVT, Façanha AAA, Barros JMA. Dimensionamento quantitativo e qualitativo de recursos humanos da Unidade Feminina do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. *Divulgação* 1996; 5:38-42.
58. Chenso MZB, Haddad MCL, Sêcco IAO, Dorigão AM, Nishiyama MN. Cálculo de Pessoal de Enfermagem em Hospital Universitário do Paraná: uma proposta de adequação. *Rev. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* 2004; 25:81-92.
59. Fugulin FMT et al. Tempo de assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº293/04. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2012; 20(2):325-332.
60. Gelbcke FL et al. Instrumento para classificação do grau de dependência de usuários: um estudo para contribuir no dimensionamento de pessoal. *Enfermagem em Foco* 2012; 3(1):25-28.
61. Nunes BK, Toma E. Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(1).
62. Ohara R, Melo MRAC, Laus AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Rev. Bras. Enferm.* 2010; 63(5):749-54.
63. Silva SA, Calheiros ER, Rocha FMG, Reis LLV. Adequação do dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma UTI segundo a Resolução COFEN 293/2004. *Rev. Nursing (São Paulo)* 2009; 12(137): 466-470.
64. Moraes M, Linch GFC, Souza EN. Classificação de pacientes internados em uma unidade traumatológica. *Rev. Gaúcha Enfermagem* 2012, 33(2):52-59.
65. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. *Acta Paul. Enferm.* 2010; 23(3):379-384.
66. Coletta MMD, Prochet TC. Comparação de diferentes parâmetros para dimensionamento da equipe de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Adm. Saúde* 2005, 7(26):19-24.
67. Tanos MAA, Massarollo MCKB, Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2000; 34(4):376-382.
68. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2009; 11(1):55-63.
69. Gill GP, Vituri DW, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Moreno FN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem e grau de dependência do paciente em um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011; 13(3):456-63.
70. Magalhães AMM, Riboldi CO, Dall'agnol CM. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev. Bras. Enferm.* 2009; 62(4):608-612.
71. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP.

- Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005; 13(1):72-78.
72. Wolff L, Mazur C, Wiezbicki C, Barros C, Quadros V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade semi-intensiva de um hospital universitário de Curitiba. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(2):171-82.
  73. Campos L, Melo M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: parâmetros, facilidades e desafios. *Cogitare Enferm.* 2009; 14(2):237-46.
  74. Coelho MA. Planejamento de enfermagem em hospital da rede pública de ensino e assistência em Goiânia–Goiás. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2008; 10(4):1172-3.
  75. Vigna CP, Perroca MG. Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. *Arquivos Ciências Saúde* 2007; 14(1).
  76. Gaidzinski RR et al. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: inovação tecnológica. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2009; 43(n.spe2):1314-1319.
  77. Pereira IM et al. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: avaliação de um software. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2011; 45(n.spe):1600-1605.
  78. Dal Poz MR, Romano RAT. Reflexões sobre o planejamento e a gestão de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 1990; 29: 57-61.
  79. Morici MC, Barbosa ACQ. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev. Adm. Pública* 2013; 47(1):205-225.