

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p43-52>

DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO NO SUS: O TRABALHO (E TRABALHADOR) VIVO NO PLANEJAMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE

DIMENSIONING OF WORKFORCE IN SUS: WORK (AND WORKER) LIVE IN HEALTH CARE PLANNING

Lívia Ramos

Psicóloga, Pós graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo e pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Email: liviamamospsi@gmail.com

Lisiane Boer Possa

Fisioterapeuta, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Gerente de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Email: lisianepossa@gmail.com

Resumo

O dimensionamento tem sido evidenciado na literatura como importante dispositivo para o planejamento e desenvolvimento da força de trabalho no Sistema Único de Saúde. Enquanto vinculado a modelos de atenção, expressa características sobre incorporação tecnológica, processos decisórios, relação entre profissionais e a própria compreensão do ato de cuidar, conferindo diferentes possibilidades de sentidos para o processo de dimensionamento e sua operacionalização. Assim, este estudo visa, a partir da análise de nove experiências, a caracterização dos processos de dimensionamento desenvolvidos no cotidiano de gestão do trabalho no SUS e análise compreensiva de acordo com o debate dos modelos tecnoassistenciais em saúde. Os resultados indicam a incorporação do dimensionamento como uma agenda das instituições de gestão descentralizadas do SUS, afirmando o planejamento a partir das realidades locais de cada território. As ações de dimensionamento em 77,8% dos casos envolveram todas as categorias profissionais dos serviços, sendo os tipos de serviços dimensionados de acordo com a lógica de redes e linhas de cuidado. A importância do dimensionamento enquanto um processo contínuo e integrado ao processo de trabalho é evidenciada. O planejamento da força de trabalho é indicado como ato político atravessado por disputas de projetos assistenciais, se configurando a partir

de processos mais centrados nas relações ou mais presos à lógica dos instrumentos duros, com desdobramentos na forma de organização do cuidado. Afirma-se a proposta do dimensionamento articulado a espaços de decisão mais públicos, implicados com a construção coletiva do trabalho e com a dimensão cuidadora na produção de saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Planejamento em Saúde; Recursos Humanos em Saúde, Serviços de Saúde.

Abstract

Dimensioning of health workers has been portrayed in articles as an important tool for planning and developing human resources in the Unified Health System (SUS). While bound to health care models, it expresses characteristics concerning such as the incorporation of technological resources, decision-making, the relationship between professionals and even the comprehension of care, thus delivering different possibilities for the organization and operationalizing processes of dimensioning. Therefore, this study aimed to characterize the dimensioning processes developed at the SUS, and to elaborate a thorough analysis according to the debate of assistance models in health care based on the perspective of nine projects. The results indicate that the dimensioning has been incorporated as part of the agenda of the decentralized management institutions of SUS, affirming that planning built upon local realities is a need. Dimensioning activities involved all the diverse set of professional categories in 77.8% of the cases analyzed, and the services were scaled according to the logic of networks and lines in health care. The

importance of dimensioning as a continuous and integrated process in the work setting is highlighted. Planning workforce is recognized as a political act in which occur social welfare projects disputes, designed from processes focused on relations or attached to the logic of hard instruments, with developments in the form of the organization of health care. An intricate dimensioning process, interconnected with public decision spaces and involved with the public construction of labor, with care as the central dimension in health, appears as an indisputable proposal.

Keywords: Health Management; Health Planning; Health Manpower; Health Services.

Introdução

Proposto como dispositivo potente para contribuir com ampliação de competências na gestão do trabalho, o dimensionamento é citado na literatura como um instrumento técnico que fundamenta o planejamento e o desenvolvimento da força de trabalho.^{1,2,3}

Ao subsidiar estratégias de caracterização do cenário de profissionais, sua distribuição e movimentação, déficits e superávits, o dimensionamento possibilita, de forma articulada às necessidades dos usuários, dos trabalhadores e do Sistema Único de Saúde (SUS), a qualificação do processo de tomada de decisão na área do planejamento em saúde.

De acordo com Machado e Poz³, os estudos sobre dimensionamento têm sido direcionados à enfermagem (dos estudos analisados, 78,6% se referiam especificamente a essa categoria) se efetivando a partir da lógica da razão entre profissionais e população ou definição

de equipes padrão, em uma relação que considera a capacidade instalada e o quantitativo de pessoal necessário para sua utilização.

A insuficiência de tais modelos é indicada diante de especificidades epidemiológicas e sociais que interferem nas necessidades de saúde e, portanto, no planejamento dos serviços para responder a elas. Tal aspecto, associado à escassez de metodologias, repercute no planejamento da força de trabalho, ressaltando a importância da construção de métodos que contribuam para o reconhecimento do contexto e subsidiem o processo decisório para organização do sistema e dos serviços de saúde.³

Nesse sentido, o presente estudo busca compreender como processos de dimensionar têm sido concretizados no cotidiano local de serviços do SUS. A partir de uma análise fundamentada nos modelos technoassistenciais em saúde^{4,5,6,7}, considera o dimensionamento enquanto ferramenta inserida no processo produtivo, afirmando um núcleo tecnológico de acordo com a micropolítica da organização dos processos de trabalho.

O dimensionamento assume, assim, múltiplas possibilidades, sendo delineados a partir de processos em que as tecnologias duras assumem a centralidade, com enfoque na normatização, padronização e produção de procedimentos ou centram-se nas tecnologias leves, estando mais voltados a processos criativos e compartilhados, direcionados à dimensão cuidadora das necessidades em saúde.

É a partir dessa lógica que o presente estudo se volta para análise de casos reais desenvolvidos nos espaços locais do SUS, convidando à reflexão sobre os diferentes sentidos atribuídos ao dimensionamento e suas relações com a organização do trabalho e a produção do cuidado em saúde.

Métodos

Como abordagem metodológica, foi adotado nessa pesquisa o método qualitativo de caráter descritivo, com investigação do objeto fundamentada no Estudo de Casos Múltiplos⁸.

A seleção dos casos ocorreu a partir de amostra intencional considerando experiências de dimensionamento já consolidadas em serviços locais de saúde, que foram contempladas por um prêmio nacional de gestão do trabalho (INOVASUSⁱ), e que são consideradas críticas para testar uma teoria prévia acerca da relação entre o dimensionamento da força de trabalho e as modelagens technoassistenciais.

A partir do levantamento das experiências contempladas em todas as edições do prêmio (2011 a 2014) foram selecionados nove casos, sistematizados considerando as múltiplas fontes de evidências disponíveis para o acesso (publicações das experiências, documentos do prêmio e relatórios de visitas técnicas).

Após a caracterização inicial de cada caso separadamente os casos foram analisados de forma conjunta com base no debate sobre modelos technoassistenciais em saúde.^{4,5,6,7}

ⁱ O Prêmio Inovasus é uma iniciativa do Ministério da Saúde, coordenada pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Objetiva identificar, reconhecer, valorizar e divulgar práticas inovadoras da Gestão do Trabalho na Saúde, considerando a necessidade de estruturação, articulação e fortalecimento do âmbito da gestão do trabalho nos entes federativos.

Resultados

Observa-se que as Secretarias Estaduais de Saúde (6 casos - 67%) são as instituições que, em maior número, protagonizaram experiências de dimensionamento de força de trabalho. As Secretarias Municipais de Saúde (3 casos - 33%) foram as outras instituições que tiveram experiências premiadas. Cabe destacar que, destas, todas eram Secretarias Municipais de grandes cidades.

Com relação à justificativa da necessidade de ações de dimensionamento, observa-se uma característica geral dos casos: dificuldades com provimento, lotação e movimentação profissional. As justificativas citadas foram: dar respostas às solicitações das unidades de saúde para suprimento do quadro de profissionais (33,3% - 3 casos), definição de vagas para concurso público (22,2% - 2 casos), reestruturação dos serviços (22,2% - 2 casos), implementação da política de Gestão do Trabalho (11,1% - 1 caso), validação metodológica de proposta de dimensionamento (11,1% - 1 caso); caracterização do dimensionamento como ação cotidiana na secretaria (11,1% - 1 caso).

Quanto às formas de operacionalização, foram caracterizadas duas perspectivas: uma voltada para a visibilidade do quadro funcional atual, e outra não só voltada para a identificação da força de trabalho, mas enfatizando também o monitoramento para atualização constante da movimentação profissional.

A primeira nuance foi observada em 5 casos (55,5%), com a proposição de reaplicação anual do dimensionamento, elaboração de uma nova comissão para reaplicação quando necessária ou a noção de dimensionamento como finalizado com o diagnóstico realizado.

A percepção do dimensionamento enquanto processo contínuo fundamentou

4 casos (44,5%), enfatizando ações de monitoramento para o acompanhamento da mobilidade profissional nos serviços.

Vale ressaltar que, como estratégia para continuidade das ações de dimensionamento, foi proposta a elaboração de sistemas de informação para atualização dos dados em tempo real. Uma das experiências já possui um sistema desenvolvido e uma está em processo de desenvolvimento. Observou-se também que 3 das iniciativas mais voltadas para a lógica de diagnóstico enfatizaram a necessidade de continuidade das ações e perspectiva futura de acompanhamento dos dados.

Com relação às referências utilizadas, foi citada a escassez de materiais que subsidiassem as ações. Nesse sentido, dois casos optaram pela contratação de consultoria externa e um caso pelo acompanhamento de ações de dimensionamento já desenvolvidas em outros contextos.

As principais referências citadas foram: Políticas e Portarias Nacionais (8 casos - 88,9%), Políticas e Portarias Estaduais (8 casos - 88,9%), Resoluções de Conselhos (3 casos - 33,3%), Observatórios de Recursos Humanos (3 casos - 33,3%), Fundações Privadas (3 casos - 33,3%), Organização Pan-Americana da Saúde (1 caso - 11,1%), Organização Mundial da Saúde (1 caso - 11,1%).

Foi observada a articulação das proposições de políticas nacionais às normativas locais para o planejamento das ações. As referências nacionais voltam-se para diretrizes do serviço dimensionado (como Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção às Urgências e parâmetros para dimensionamento em serviços específicos), Lei de Responsabilidade Fiscal e Políticas voltadas para Gestão do Trabalho. Já as normativas locais se referem ao regime jurídico dos servidores e legislação sobre os cargos e o Plano de Cargos, Carreiras e Salários.

Estudos do OBSERVARH também foram citados, especificamente sobre dimensionamento em hospitais gerais. Tal estudo foi referencial em um dos casos para desenvolvimento de ações na atenção básica.

No que se refere às Resoluções dos Conselhos, nota-se a preponderância de citações embasadas na normativa do Conselho de Enfermagem, publicada em 2004 com parâmetros para dimensionamento da categoria, permanecendo como diretriz até os dias atuais.

Podemos observar também a relevância das instituições privadas de ensino como referencial utilizado. Essa perspectiva pode estar associada às consultorias desenvolvidas na área de dimensionamento.

Com relação aos tipos de serviços dimensionados, os casos analisados são descritos conforme a Tabela 1, a qual indica que 4 casos (44,4%) apresentaram proposições de dimensionamento para mais de um tipo de serviço, totalizando propostas para 6 tipos de serviço. Com relação aos serviços dimensionados isoladamente, foram encontrados casos direcionados à Atenção básica (2/22,2%), Urgência e Emergência (1/11,1%) e à Vigilância em Saúde (1/11,1%). Em 1 caso (11,1%) os dados indicaram dimensionamento de toda a rede não identificando quais são os serviços vinculados à mesma.

Tabela 1: Tipo de serviço dimensionando segundo a instituição proponente.

Caso	Tipo de serviço
Caso 1	Urgência e Emergência
Caso 2	Hospitalar e maternidades
Caso 3	12 Hospitais Gerais 8 Hospitais Especializados 4 Unidades de Emergência 3 maternidades 7 centros de referência
Caso 4	Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Caso 5	Rede de Saúde: Atenção hospitalar e Atenção primária
Caso 6	Unidades básicas de saúde 12 Distritos Sanitários
Caso 7	Atenção Básica
Caso 8	Todos os serviços da Rede Municipal de Saúde
Caso 9	23 Hospitais e 19 Unidades de Referência da rede

Fonte: Produção deste estudo

A caracterização dos dados sobre a tipologia dos serviços dimensionados indica: setor hospitalar (4 casos - 27%), seguido da atenção básica (3 casos - 20%), urgência e emergência (2 casos - 13%), maternidades (2 casos - 13%), centros de referência (2 casos - 13%), vigilância à saúde (1 caso - 7%) e não especificados (1 caso - 7%).

No entanto, cabe destacar que, conforme apresentado na Tabela 1, mesmo os casos que trataram do âmbito hospitalar, não o considerou de forma isolada, sendo dimensionado conjuntamente com outros tipos de serviços.

Considerando o conjunto dos casos, os hospitais representaram apenas 4 propostas de dimensionamento e 27% de um total de 15 propostas de dimensionamento em 6 tipos de serviços dimensionados, portanto, não foram os serviços mais frequentes das experiências analisadas.

Para categorização das áreas foram definidas duas áreas específicas: área administrativa, voltada para operacionalização e gestão da saúde; e área assistencial, diretamente vinculada ao cuidado ao usuário. Já as categorias profissionais foram dimensionadas a partir da concepção de uniprofissionalidade (uma categoria profissional) e multiprofissionalidade (múltiplas categorias dimensionadas).

O levantamento das áreas dimensionadas expressa prevalência de casos (6 casos e 66,7%) que consideraram o quadro administrativo e assistencial para o desenvolvimento das ações. Do restante percentual, foram identificados que 22,2% (2 casos) considera apenas área administrativa, 11,1% (1 caso) apenas a área assistencial.

Considerando as categorias dimensionadas, observa-se que em 7 casos (77,8%) foram considerados todos os profissionais do serviço. São citadas categorias como: enfermagem, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional, agente comunitário de saúde, agente administrativo e técnicos. Em dois casos (22,2%) não foram especificadas as categorias abrangidas. Não foi observado em nenhum caso o dimensionamento de uma categoria profissional exclusiva.

Considerando a importância do dimensionamento de todas as categorias, um caso indica essa análise como fundamental para inclusão de novos cargos no Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração do estado, sinalizando o dimensionamento como potente para enfrentamento do modelo biomédico e potencializador da postura interdisciplinar da rede.

Os indicadores apresentados nos casos são apresentados na Tabela 2 conforme eixos que expressam, sendo divididos em: características da força de trabalho, características da unidade assistencial e características da população assistida.

Tabela 2. Categorias de análise dos indicadores utilizados

Características da força de trabalho	Características da Unidade Assistencial	Características da população assistida
Quantitativo de servidores, carga horária, lotação, cargos, natureza dos vínculos, categorias profissionais, desvios de função, readaptações, trabalhadores cedidos, férias e aposentadorias previstas.	Grau de complexidade, estrutura física, horário de funcionamento, produção e serviços, perfil das demandas, tecnologias incorporadas, grau de articulação com a rede de assistência, n. de leitos, equipes de saúde vinculadas	Principais demandas, população adscrita, vulnerabilidade social, demandas reprimidas, densidade demográfica

Fonte: Produção deste estudo

A metodologia do cálculo de dimensionamento centrada nas tecnologias duras, como número de leitos e/ou número de aparelhos por turno de funcionamento, foi evidenciada em 3 casos (33,3%). Essa é uma perspectiva que reproduz o dimensionamento tradicional pautado pela equação entre capacidade instalada e quantitativo de pessoal.³

Dois casos (22,2%) estabelecem a base de cálculo para o dimensionamento de acordo com o levantamento das atividades profissionais e o tempo médio necessário para sua

execução, em uma lógica aproximada dos modelos fordistas de produção.

Dois casos analisados (22,2%) consideram a capacidade instalada e produção profissional, mas havendo articulação com indicadores de necessidades de saúde da população.

Com relação à metodologia para operacionalização do dimensionamento, os dados indicam a maior frequência de espaços participativos, como reuniões, rodas de conversa e oficinas. As visitas, além de viabilizar os encontros, são também citadas em 8 casos (88,9%) como meio para levantamento dos dados *in loco* sobre o quadro funcional.

A partir da análise de composição desses espaços foi observado que 33,3% (3 casos), o enfoque é direcionado às funções de chefia, com determinação das necessidades de forma vertical. A análise dos postos de trabalho é realizada pelas chefias de forma a ser implementada pelos trabalhadores.

Um dos casos (11,1%) pressupõe a participação do trabalhador, no entanto, acontecendo de forma diferenciada com relação às chefias, na medida em que para gestores e chefias são organizadas oficinas de trabalho e para trabalhadores, são direcionados formulários online para verificação de dados.

Em 5 casos (55,5%) o diálogo sobre o planejamento envolve discussão conjunta entre chefia e trabalhadores sobre a distribuição dos profissionais. Essa é uma perspectiva de diálogo participativo que propõe que o dimensionamento esteja centrado nos processos de trabalho, com a definição dos parâmetros também baseada na realidade dos serviços e experiências dos trabalhadores.

Discussão

Essas experiências, desenvolvidas por secretarias estaduais e municipais de saúde, demonstram a incorporação do planejamento da força de trabalho como uma agenda das instituições de gestão descentralizadas do SUS, em consonância com as mudanças de diretrizes da organização do sistema. Essa descentralização propicia que os dimensionamentos de força de trabalho sejam desenvolvidos conforme as realidades locais de cada território, mesmo que façam uso das recomendações e normas produzidas pela gestão federal.

A análise dos dados aponta que as regras das categorias profissionais, definidas, sobretudo, por conselhos de categorias (voltadas para um modelo centrado nas especialidades de acordo com modelo médico hegemônico), embora frequentes não são preponderantes, afirmando a transição do dimensionamento com foco na categoria para o enfoque no sistema e serviços.

Observa-se o quanto a proposição de dimensionamento de força de trabalho está relacionada às políticas prioritárias que estão na agenda do sistema de saúde. No período deste estudo (2011 a 2014) a construção das redes de urgência e emergência, cegonha e atenção básica estiveram na pauta prioritária de gestão e de forma concomitante foram objeto para os casos estudados.

A relevância desses dados é afirmada ao considerarmos estudos anteriores que indicam a prevalência de ações de dimensionamento direcionadas ao contexto hospitalar.³ Nota-se que, mesmo quando o hospital é o serviço dimensionado, há ampliação da abrangência para outras áreas, uma vez que nenhum caso sobre o dimensionamento hospitalar foi desenvolvido de forma isolada,

incorporando, assim, a lógica de rede e linhas de cuidado.

Os dados relacionados à categoria profissional apresentam uma nova perspectiva em relação aos resultados do estudo³ que indicam que apenas 3,9% dos estudos analisados (uma exceção) abrangiam mais de uma categoria profissional, sendo que a maior parte dos estudos se concentrava na enfermagem (78,6%) e medicina (8,7%).

Foi observado no presente estudo que 66,7% das iniciativas se voltaram para o dimensionamento do serviço como um todo envolvendo, para tanto, as áreas administrativa e assistencial. Quanto às categorias profissionais, 77,8% dos casos consideraram todas as categorias do serviço, valendo ressaltar que no percentual restante as categorias dimensionadas não foram especificadas. Um achado deste estudo evidencia que não houve em nenhum caso o dimensionamento de uma categoria profissional exclusiva.

Tais achados indicam alternativas diante de lógicas corporativas no planejamento em saúde. Ao considerar a multiplicidade de profissionais envolvida no cuidado abre possibilidade de colocar em questão noções sobre equipes de saúde, trabalho interdisciplinar, horizontalização das ações entre as categorias e a construção de projetos terapêuticos que sejam comuns aos profissionais e direcionados para as necessidades dos usuários.

A partir da análise dos indicadores utilizados podemos observar a relação estreita entre a centralidade tecnológica dos indicadores selecionados e as nuances que o dimensionamento assume.

A metodologia do cálculo centrada nas tecnologias duras, evidenciada em 3 casos, retoma a organização do trabalho voltada para absorção de tecnologias duras e para produção de procedimentos centrados nas profissões e especialidades. O dimensionamento a partir dessa lógica

centra-se na normatização, padronização e quantificação das horas de trabalho de especialistas visando a otimização da produtividade de cada profissional fragmentadamente.

Tal modelo traz implicações para processo de trabalho e concepção de cuidado, pois o projeto assistencial, centrado em um único profissional, enfatiza ações privativas pautadas pelas especialidades, caracterizando um projeto terapêutico fragmentado e desarticulado das necessidades do usuário. A assistência, nesse sentido, aparece mais relacionada à produção do procedimento do que, de fato, com o cuidado em saúde.⁴

O dimensionamento orientado segundo a lógica administrativa gerencial foi evidenciado em 2 casos (22,2%), preconizando a produção de procedimentos através da elaboração de protocolos para que o instrumento meio (trabalhador) atinja os fins organizacionais. Tal ótica se aproxima da discussão que dicotomiza a gestão (planejamento) da assistência (execução), com diferenciação clara de quem pensa e quem executa.

Em outra perspectiva, dois casos consideram a capacidade instalada e produção, mas centralizando nas necessidades dos usuários. A lógica administrativa que pressupõe maior eficiência nos gastos em saúde não é desconsiderada, mas sim voltada para otimização dos custos numa lógica usuário-centrada.⁷ Essa se constitui uma perspectiva transformadora na medida em que a própria capacidade instalada da instituição seria planejada, a partir da necessidade dos usuários, e não o contrário, como é visto no planejamento a partir da capacidade instalada.

A análise da composição dos espaços de participação na operacionalização do dimensionamento se mostra importante para caracterização da percepção sobre o trabalhador e sobre formas que o processo

decisório assume. Observou-se em 5 casos a potencialidade da perspectiva do trabalhador enquanto ator social implicado com a produção de saúde e com seu processo de trabalho.

Com relação à percepção do dimensionamento, é evidente nos estudos a que o dimensionamento é considerado instrumento potente para análise da força de trabalho. No entanto, encontramos aqui uma das questões que orientam a reflexão deste trabalho: o dimensionamento como um instrumento gerencial relacionado à instrumentalização de gestores para tomada de decisão, um instrumento de normatização de atos produtivos em saúde ou um instrumento de trabalho potente para reflexão dos processos de trabalho de todos os atores envolvidos?

São evidenciadas, assim, possibilidades que se mostram como caminhos, seja para a perspectiva do trabalho em equipe, pela horizontalização das ações e proposição de integralidade, seja por uma racionalidade vinculada às redes e linhas de cuidado, seja com relação ao próprio processo de planejamento, saindo de uma perspectiva de comando gerencial para construção democrática e coletiva do cuidado.

Conclusão

A potencialidade de espaços de decisão mais aproximados do território é afirmada com os resultados do estudo, evidenciando iniciativas transformadoras de enfrentamento às racionalidades hegemônicas na construção de modelos de dimensionamento. São evidenciadas possibilidades que situam o dimensionamento para além do diagnóstico situacional para tomada de decisão gerencial, ampliando a ideia do dimensionamento como um dispositivo de trabalho potente para compreensão e transformação dos processos produtivos em saúde.

Tecnologias duras e leve-duras são consideradas como ferramentas importantes para o planejamento, no entanto, voltadas centralmente para processos gerenciais autogestores, com a organização do trabalho construída a partir de avaliações coletivas e colegiadas nas equipes de saúde, envolvendo o protagonismo coletivos dos atores no sentido de negociação e pactuação do escopo de práticas e do processo de trabalho.

Esta é uma aposta na capacidade ilimitada de criação e inovação na construção de novos modos de produzir cuidado, para que a humanidade expressa no trabalho vivo aponte direções para o planejamento democrático em saúde implicado com a dimensão cuidadora das necessidades do usuário.

Referências

1. Bonfim D, Gaidzinski RR., Santos FM., Gonçalves CS, Fugulin FMT. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. Rev. esc. enferm. USP. Dec. 2012; v. 46: 1462-1470.
2. Campos, LF., Melo, MRAC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: parâmetros, facilidades e desafios. Cogitare Enferm. 2009; 14 (2): 237- 246.

- ³. Machado, CR, Poz, MRD. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. *Rev Saúde debate*. 2015; 39: 239-254.
- ⁴. Merhy EE, FRANCO, TB. O trabalho em saúde. EPJV/Fiocruz, 2005.
- ⁵. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4 (2): 305 – 314.
- ⁶. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
- ⁷. Franco TB, Merhy, EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus - actas de saúde coletiva*. 2012; 6 (2): 151-163.
- ⁸. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto alegre: Bookman, 2001.
- ⁹. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35 (2): 103-109.