



EXPERIÊNCIAS DOCENTES E DISCENTES

Inventando mapas, recalculando a rota: sobre dimensionar a força de trabalho em saúde em meio à pandemia

*Inventing maps, recalculating route: sizing
the health workforce amid the pandemic*

*Inventando mapas, recalculando la ruta: sobre dimensionar
la fuerza de trabajo en salud en medio a la pandemia*

 Lidiele Berriel de Medeiros*
 Carlos Eduardo Antoniete de Souza**
 Carolina Gasperin***
 Christine Kubiszewski Moreira****
 Marina Haase da Costa Franco*****

RESUMO

Este artigo constitui uma narrativa sobre o percurso de dimensionamento da força de trabalho de uma instituição pública referência para atenção à saúde no sul do país, durante o período pandêmico, com os impactos, deslocamentos e invenções possíveis a partir do encontro com o inóspito contexto trazido pela COVID-19. O minucioso planejamento realizado para a tarefa de dimensionar a força de trabalho em saúde, previamente à eclosão da pandemia, estruturava-se em etapas predefinidas e, a partir das experiências anteriores, buscava avaliar o todo da instituição, considerando também outros cenários pesquisados. A pandemia provocou uma mudança de cenário tão drástica que demarcou indelevelmente o quão volátil é o terreno do trabalho em saúde, emaranhando as linhas preestabelecidas e desafiando profissionais a reinventar um modo possível de dimensionar em terreno tão incerto. Frente a este atravessamento, foi preciso desfiar e (re)tecer seu planejamento à realidade que se impunha, criando novos processos e buscando estudar, de modo adaptado, as demandas de cada serviço.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde. Dimensionamento de Pessoal. Sistema Único de Saúde. Saúde Pública.

*Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, Brasil. E-mail: lidiele@gmail.com.

**Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPI), Porto Alegre, Brasil. E-mail: carlos.eduardo.antoniete@gmail.com.

***Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, Brasil. E-mail: carolgasperino@gmail.com.

****Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, Brasil. E-mail: christinekika1@gmail.com.

*****Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, Brasil. E-mail: marinina.psico@gmail.com.

ABSTRACT

This article constitutes a narrative about the route of dimensioning the workforce of a public institution that is a reference for health care in the south of the country, during the pandemic period, with the impacts, displacements and possible inventions from the encounter with the inhospitable context brought by COVID-19. The meticulous planning carried out for the task prior to the outbreak of the pandemic was structured in predefined stages and, based on previous experiences, sought to evaluate the institution as a whole, also considering other researched scenarios. The pandemic caused such a drastic change of scenery that it indelibly marked how volatile the field of health work is, blurring pre-established lines and challenging professionals to reinvent a possible way of scaling up in such an uncertain terrain. Faced with this crossing, it was necessary to unravel and (re)weave its planning to the reality that was imposed, creating new processes and seeking to study in a way that was adapted to the demands of each service.

Keywords: Health Human Resource. Staff Rightsizing. Unified Health System. Public Health.

RESUMEN

Este artículo constituye una narrativa sobre la ruta de dimensionamiento de la fuerza laboral de una institución pública referente para la atención de la salud en el sur del país, durante el período de la pandemia, con los impactos, desplazamientos y posibles invenciones a partir del encuentro con el contexto inhóspito traído por el COVID-19. La minuciosa planificación realizada para la tarea previa al estallido de la pandemia se estructuró en etapas predefinidas y, con base en experiencias anteriores, buscó evaluar la institución en su conjunto, considerando también otros escenarios investigados. La pandemia provocó un cambio de escenario tan drástico que marcó de manera indeleble lo volátil que es el campo del trabajo en salud, desdibujando las líneas preestablecidas y desafiando a los profesionales a reinventar una forma posible de dimensionar en un terreno tan incierto. Ante este cruce, fue necesario desentrañar y (re)tejer su planeamiento a la realidad que se imponía, creando nuevos procesos y buscando estudiar de manera que se adaptara a las exigencias de cada servicio.

Palabras clave: Recursos Humanos en Salud. Dimensionamiento de personal. Sistema único de Salud. Salud pública.

INTRODUÇÃO

O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.
(João Guimarães Rosa)

Quantas pessoas são necessárias para realizar cotidianamente, com qualidade, o atendimento às usuárias e aos usuários em cada serviço de saúde? Como começar a construir respostas a essa questão? Falamos aqui de dimensionamento da força de trabalho, tema que nos últimos anos tem recebido crescente atenção no âmbito da gestão em saúde em todo o mundo.

Na instituição pública de saúde do sul do país, pertencente ao Ministério da Saúde, sobre a qual a expomos a experiência relatada, foram realizados estudos nesta temática em 2012 e 2015, e o desafio de atualizá-los estava em andamento por meio de uma frente iniciada pela Assessoria da Diretoria, conforme previsto no Planejamento Estratégico Institucional. Contudo, no final do ano de 2019, recebemos uma demanda da Secretaria de Coordenação das Empresas Estatais (SEST) do Ministério da Economia — responsável pela definição do limite de vagas da instituição — acrescentando novas análises necessárias ao estudo e com o objetivo de justificar o quadro atual.

O dimensionamento, pela primeira vez, abrangeria a totalidade da instituição. Frente à magnitude e à complexidade do trabalho a ser realizado, em setembro de 2019, foi criado um grupo de trabalho com dedicação exclusiva para realizar um novo estudo de dimensionamento, o GT DFT 2022, com quatro trabalhadoras do setor Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GTED), pertencente à Gerência de Recursos Humanos, coordenado pela assessoria técnica da diretoria. O estudo também contou com colaboração complementar de outras trabalhadoras(es) da GTED. Como integrantes do GT DFT 2022, é a partir desta perspectiva que compomos nossa narrativa.

Aquele momento, a vida corria em relativa “normalidade”. Lidávamos com controvérsias e dificuldades já conhecidas e uma realidade pandêmica parecia possível somente em uma dimensão ficcional. Assim, o planejamento para dimensionar a força de trabalho da instituição foi estruturado de uma forma que inevitavelmente se dissolveu pela intervenção do imprevisível quando, pouco depois do início do projeto, eclodiu a pandemia de COVID-19. A partir daí, as linhas estruturadamente planejadas se puseram em movimento, na composição de um novo modo de compreender e refletir as necessidades da instituição através do dimensionamento da força de trabalho. Frente à restrição de circulação nas áreas e buscando um modo de aproximar o estudo do cotidiano dos serviços, deslocamos, como o mundo, nossos encontros para o espaço virtual, e entre janelas buscamos compor uma imagem em movimento, posto que o dimensionamento não é fotografia, mas processo vivo em constante fazer (POSSA *et al.*, 2020).

É um fragmento dessa história que aqui compartilhamos, narrando como foi dimensionar a força de trabalho da instituição em meio à pandemia, com os impactos, deslocamentos e invenções possíveis a partir do encontro com este inóspito contexto. Nos inspira na composição desta escrita a abordagem cartográfica, que guarda aproximações com o processo que vivenciamos à medida que “longe de limitar seu olhar à realidade fixa, tal como propõe a abordagem da representação, a cartografia visa a ampliação de nossa concepção de mundo para incluir o plano movente da realidade das coisas” (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2009, p. 92), e ainda que se trata “menos da descrição das coisas e mais do acompanhamento de processos” (ALVAREZ; PASSOS, 2009, p. 135). Tal abordagem nos permitiu produzir um olhar reflexivo sobre os planos em movimento do dimensionamento, na medida em que trabalha com a produção de mapas das linhas que compõem o território e suas relações, sempre moventes (SCHERER; GRISCI, 2022). Cabe destacar ainda que, como a produção desse relato emerge a partir de inquietações suscitadas no dimensionar, constituindo uma narrativa autoral sobre um percurso vivo, o olhar cartográfico se faz pertinente também por viabilizar uma investigação da experiência a partir da experiência, em que o cartógrafo(a) se posiciona acessando/produzindo o plano de forças que responde pela criação e transformação da experiência (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Acompanhar estes processos no contexto pandêmico não foi tarefa simples, pois tal cenário exigiu que os serviços de saúde muito rapidamente se organizassem em resposta às novas demandas emergentes, em um contexto de escassez de recursos. Evidenciou-se, neste cenário, a relevância dos saberes no âmbito do dimensionamento da força de trabalho em saúde (DFTS), à medida que a gestão, em todos os seus níveis, precisava empregar a força de trabalho disponível da forma mais eficiente possível para lidar com o desafio dramático que se impunha em todo o mundo.

Dimensionamento — o que é isso? Di-men-si-o-nar: do dicionário, calcular as dimensões de; estabelecer determinadas dimensões adequadamente. Mas afinal, o que é isso? Para começar, uma pista: a primeira dimensão do DFTS é situar o lugar das trabalhadoras e trabalhadores de saúde no processo de cuidar. O fazer em saúde é um processo de trabalho em ato, em que processo e produto estão imbricados no cuidar (MALTA; MERHY, 2003). Por meio do “encontro entre o usuário e o consumidor dá-se o espaço intercessor com possibilidades de mudanças, de atos criativos. É extremamente difícil capturar o trabalho vivo em ato na saúde” (MALTA; MERHY, 2003, p. 64).

Esse fazer em saúde precisa ser conhecido em todas as suas singularidades se tencionarmos empreender um dimensionamento que contribua com a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste percurso, apostamos na produção de “mapas” como recurso, buscando desenhar os processos de cuidado e compor imagens vivas de seus autores, assumindo um pouco a posição do cartógrafo, que

[...] se encontra sempre na situação paradoxal de começar pelo meio, entre pulsações. Isso acontece não apenas porque o momento presente carrega uma história anterior, mas também porque o próprio território presente é portador de uma espessura processual. A espessura processual é tudo aquilo que impede que o território seja um meio ambiente composto de formas a serem representadas ou de informações a serem coletadas. Em outras palavras, o território espesso contrasta com o meio informacional raso. (KASTRUP; BARROS, 2009, p. 58).

E, de quem falamos quando nos referimos à categoria de “profissionais de saúde”? Desde fevereiro de 2020, a pandemia do novo Coronavírus evidencia o papel central destas (es) trabalhadoras (es) para assegurar bem-estar à população. Também em consequência desse fato, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu 2021 como o Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde. Mas como os (re)conhecemos? Sabemos tratar-se de uma categoria composta, em sua maioria, por mulheres. Na instituição em questão, as mulheres constituem 72% da força de trabalho e encontramos proporção semelhante em outras instituições de saúde. Ao longo do período pandêmico presenciamos a difusão, nas redes sociais, de imagens estereotipadas destas profissionais, retratadas como figuras angelicais ou como “heroínas de jaleco”. Como fazer um encontro vivo com tais profissionais e seus processos de trabalho, para além das idealizações?

Tateando à distância, seguimos, buscando compreender como cada fazer compõe o processo de cuidar, mantendo também nossa atenção às pessoas usuárias dos serviços de saúde, cujas necessidades devem integrar a composição deste grande mapa.

O DFTS é um instrumento para o processo de ampliação de competências na gestão do trabalho (POSSA; RAMOS, 2016), pois se trata de compreender a alocação de trabalhadores no processo de cuidado, e qualifica a tomada de decisão no planejamento em saúde, em articulação às necessidades de usuários, trabalhadores e serviços do SUS. O planejamento estratégico da força de trabalho deve ser compreendido, para Souza, Carvalho e Piovena (2020), como dispositivo essencial na integralidade do cuidado e para a consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contribuindo para a superação da fragmentação do trabalho em saúde.

Possa e Ramos (2016) evidenciam a importância da construção de modelos de dimensionamento inovadores, que se situem como dispositivo de trabalho com a potência para real compreensão e transformação dos processos de cuidado em saúde. Considerando a escassez de metodologias para DFTS que compreendam variáveis locais (MACHADO; DAL POZ,

2015), pensamos que essa (re) formulação metodológica só pode se produzir de modo coletivo, pelo diálogo entre diferentes saberes e perspectivas. E se importa, para além de números, acompanhar os processos de trabalho, como fazê-lo à distância, sem o contato *in loco* com este fazer e seus sujeitos?

O DFTS é um processo multidimensional, que se configura sob o desafio de estabelecer balizas e, ao mesmo tempo, acompanhar e se deixar permear pela realidade em movimento. Sua produção não é linear ou fixa, mas sim uma construção que envolve relações de trabalho, subjetividades e interesses coletivos e corporativos diversos e que deve ter por fio condutor a qualificação da atenção, a otimização dos recursos públicos e a valorização do trabalho em saúde (VALLE *et al.*, 2020). O DFT 2022 se produz, além de todos estes aspectos, atravessado pela realidade pandêmica que exigiu movimentos de reinvenção constantes.

Nos estudos institucionais anteriores (realizados em 2012 e 2015), a construção metodológica considerou a reconhecida fragilidade do enfoque horizontal, abordagem centrada na relação entre o número de trabalhadores por leito e que coloca serviços de saúde de portes e níveis de atenção diversos no mesmo patamar de necessidades, ignorando suas especificidades. Assim, a metodologia previamente desenvolvida já tinha como base cada unidade organizacional, adotando o enfoque vertical, que possibilita a inclusão de fatores diversos relacionados à atuação das equipes no dimensionamento: os processos assistenciais, as estruturas físicas e as capacidades instaladas disponíveis, a rede de saúde, suas demandas, os níveis de complexidade do cuidado e de vulnerabilidade da população usuária; os fluxos assistenciais, a produção e o resultado dos indicadores institucionais estratégicos; e o Índice de Segurança Técnica, que assegura o funcionamento dos serviços mesmo em eventual ausência de trabalhadores.

Projetos institucionais anteriores, entretanto, tiveram abrangência limitada, restringindo-se às áreas assistenciais hospitalares. O projeto atual engloba 100% da força de trabalho da instituição, apresentando, além disso, avanços em complexidade, considerando todos os desafios na (re) construção de metodologias pertinentes às especificidades de cada área. O projeto considerou, ainda, as pactuações de cobertura assistencial firmadas com o município e com o Estado. Além disso, o mesmo destaca-se por, desde as etapas de construção dos instrumentos e outros dispositivos, orientar-se para viabilizar a institucionalização do dimensionamento, permitindo atualização contínua alinhada à dinâmica dos serviços, incluindo o planejamento de cenários futuros, com ajustes nas capacidades e outros necessários. Objetiva torná-lo intrínseco aos instrumentos de gestão, articulado às demais frentes da gestão do trabalho, pelo diagnóstico e organização da distribuição de profissionais, em um processo contínuo de monitoramento, avaliação e composição de ações no âmbito da gestão de pessoal, qualificando a administração de recursos e os processos de assistência, considerando a realidade pandêmica.

O planejamento para o DFT 2022 previa que as áreas passariam por extenso mapeamento, alicerçado em visitas técnicas aos locais de trabalho englobando o estudo dos processos de cada setor, a análise dos dados de produção e diálogo com gestores e trabalhadores. A análise *in loco* viabilizaria também a observação do espaço em sua estrutura física e ambiência, mensurando seus possíveis impactos na oferta do cuidado, e poderia inclusive minimizar as resistências naturais de um observador estranho que estuda o território do fazer. O projeto demandaria, ainda, pesquisa na legislação e na literatura científica, ampliando o olhar para além da realidade da instituição, para atualização dos parâmetros de 2015 e formulação de novos parâmetros para as áreas dimensionadas de forma inédita em 2022. Seria preciso

avaliar as especificidades de cada setor e conjugá-las com o todo da instituição em sua oferta de cuidado na rede, além de confrontá-la com outros cenários pesquisados.

Nessa perspectiva, entre o final de 2019 e o início de 2020, realizamos, com apoio dos profissionais da GTED, visitas técnicas a três grandes áreas da instituição. Sabíamos, a partir do estudo de Carvalho, Souza e Souza (2021), que essa etapa de caracterização dos serviços é fundamental no DFTS, pois traz o conhecimento dos fluxos internos de cada setor — serviços ofertados, organização funcional, capacidade instalada com relação a equipamentos, leitos e estrutura, produção e profissionais envolvidos na oferta do cuidado — que viabiliza a análise adequada sobre a gestão e a organização dos processos de trabalho. As visitas técnicas envolveram também consulta das informações sob a ótica dos gestores, de forma a propiciar o registro detalhado dos dados, o levantamento das especificidades, a análise e posicionamento da gestão com relação à aplicabilidade dos parâmetros do estudo anterior e ainda o espaço para proposição de parâmetros julgados pertinentes, desde que acompanhados das devidas fundamentações, conforme exigido pela SEST/ME para análises referentes ao quadro de pessoal.

E no meio do caminho tinha uma pandemia...

Esperávamos nos deparar com a necessidade de eventuais ajustes a serem realizados sobre o projeto inicial, diante da realidade complexa do campo saúde, e pensando o processo de dimensionar situado em um plano coletivo de forças, afetado pelos próprios processos a serem dimensionados. O que não era possível prever é que a pandemia estaria no meio do caminho, em uma mudança de cenário tão drástica que demarcou indelevelmente o quão volátil é o terreno do trabalho em saúde. Assim, frente a este atravessamento, coube a nós como GT desfiar e (re) tecer seu planejamento à realidade que se impunha, criando novos processos e buscando estudar de modo adaptado as demandas de cada serviço. Como conhecer a realidade se o desenho inicial previa visitas técnicas locais, cujo objetivo era o conhecimento dos processos de trabalho, mas que não podiam mais ser feitas?

Em um primeiro momento, frente ao imperativo do distanciamento físico e à impossibilidade da continuidade das visitas às áreas, como GT direcionamos esforços para outras etapas a fim de postergar as visitas, na expectativa de realizá-las em um futuro breve no qual viria o esperado arrefecimento da pandemia. Àquela altura dos acontecimentos, não poderíamos prever que haveria a necessidade de um período atípico tão prolongado como o que vivenciamos. Com o subsequente aumento expressivo de casos e gravidade do cenário nas unidades hospitalares, percebemos que seria inevitável reformular a metodologia desta etapa, de modo a prover os produtos que seriam obtidos pelas visitas técnicas de outra forma, reduzindo o impacto nos prazos estipulados ao projeto.

A supressão das visitas revelou a necessidade de um acompanhamento ainda mais intenso junto às gestoras e gestores, em um processo dialógico que demandou sucessivos contatos virtuais, considerando o processo de apropriação dos mesmos com relação ao método e as reflexões necessárias acerca dos processos de trabalho. Como consequência, foram adequados os instrumentos de coletas de dados e de mapeamento de modo a não causar prejuízos ao estudo, substituindo as visitas.

Esse diálogo com as áreas envolveu, além dos instrumentos oficiais de coleta de dados, trocas de mensagens com imagens — fotografias produzidas pelos trabalhadores registrando cenas de cuidado e os ambientes em que se situam — assim como relatos textuais e em áudio. Buscamos nos aproximar com a maior intensidade possível do fazer cotidiano dos profissionais da instituição, extremamente diverso em cada setor e unidade de saúde.

Em paralelo, consultamos em diferentes sistemas de informação institucionais dados referentes à força de trabalho e à produção realizada por cada área. Como parte significativa dos processos não possui registro quanto à produção nestes sistemas, foram levantados dados primários junto às áreas, quando existentes. Visando assegurar a correspondência dos dados coletados com a realidade dos serviços, as informações foram validadas junto à gestão das áreas.

Cabe registrar que esse processo nem sempre fluiu de forma simples, sendo por vezes desafiador sob diversos aspectos. Uma das principais dificuldades que encontramos foi a busca por dados relativos à produção assistencial, necessários para fundamentar a necessidade de cada vaga dimensionada, considerando que em grande parte dos casos nos deparamos com a inexistência destes registros, ou seja, não era possível conhecer a produção realizada pelas equipes em seu aspecto quantitativo. Muitas vezes havia discrepâncias entre os dados de produção a depender da fonte consultada, tornando um verdadeiro quebra-cabeças compor uma imagem do volume dessa produção.

Houve, também, outros desafios, seja em decorrência da heterogeneidade do envolvimento dos múltiplos atores que participaram de forma direta ou indireta do estudo, seja pela realidade atípica vivenciada nos serviços. Esses desafios eram já esperados numa instituição de grande porte, comparável a uma cidade com seus mais de 9.000 trabalhadores e diversidade de frentes de trabalho, e os encontros nos locais de prática foram planejados para viabilizar sua superação, com soluções conjuntas construídas olho no olho. Com o afastamento, tal contexto foi enfrentado a partir das estratégias mencionadas e pela constituição de redes internas, com apoio de trabalhadores que demonstraram sensibilidade à temática e contribuíram de diferentes formas nesta caminhada. Os serviços estavam em constante adaptação e não se podia pensar numa estrutura mais estável. Por consequência, dilatou-se também o tempo necessário ao empreendimento desta etapa no formato remoto, reinventada frente às circunstâncias.

Os dados e suas respectivas fontes foram organizados em conjunto aos demais instrumentos visando facilitar a apresentação dos resultados e a atualização futura, constituindo um registro documentado, afirmado por Souza, Carvalho e Piovena (2020) como etapa fundamental do DFTS. Os indicadores assistenciais da instituição pública de saúde sofreram impacto expressivo na pandemia, com muitas atividades temporariamente suspensas enquanto outras se intensificaram, contando ainda com a contratação de centenas de funcionários temporários. Para evitar distorções na produtividade, portanto, a série histórica de produção que utilizamos refere-se ao ano de 2019.

No segundo semestre de 2020 foi possível retomar encontros presenciais com número reduzido de pessoas, porém ainda sem realizar visitas às áreas, cujo funcionamento seguia distante do usual, muitas vezes passando por sobrecarga devido à intensificação do volume de atendimentos e sem condições de realização das discussões *in loco*. O processo envolveu, nesse segundo momento, reuniões entre o GT DFT 2022 e a gestão das áreas, priorizando aquelas onde o mapeamento, no novo modelo, não foi suficiente para elucidar as questões. Participaram também das reuniões membros da Gerência de Recursos Humanos, da GTED e do GT de Vagas, grupo até então responsável por analisar as demandas por reposições e contratações da instituição.

O processo de mapeamento ocorreu para todas as áreas com modelo técnico baseado no enfoque vertical, por permitir o DFT adequado às especificidades de cada serviço. Parte dessas especificidades tem relação com os diferentes níveis de atenção em saúde, que exigem olhares e procedimentos metodológicos distintos. A Atenção Primária à Saúde (APS) é

ordenadora e coordenadora da rede de cuidado, o que implica a centralidade dos usuários, sendo a cobertura populacional dos serviços fundamental na análise da força de trabalho necessária. A atenção de média e alta complexidade, por sua vez, compõe-se de serviços que se organizam na RAS como pontos de referência para determinado território. O planejamento da força de trabalho de acordo com as necessidades da população envolve a conexão com a diversidade de características desses territórios e a difícil tarefa de identificá-las de forma homogênea (SOUZA; CARVALHO; PIOVENA, 2020). No DFT 2022, pudemos olhar para esses aspectos pela primeira vez, pois a Saúde Comunitária foi dimensionada de forma inédita, assim como a Higienização, a Holding e o novo Centro de Oncologia, entre outras áreas.

A pandemia — se por um lado inviabilizou que seguissemos o planejamento inicial, com visitas *in loco* —, por outro lado proporcionou, pelo alargamento do tempo nos primeiros meses, o aprofundamento da pesquisa bibliográfica, que alimentou vivamente o processo de mapeamento. Buscando por indicadores e parâmetros para todas as áreas e cargos em suas especificidades, foi realizada pela GTED e pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) consulta a bases como a Biblioteca Virtual em Saúde, Periódicos CAPES, Scielo, entre outras. Pesquisou-se também a legislação pertinente às áreas no Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde (Saúde Legis) e referenciais dos Conselhos e associações de profissionais presentes no quadro da instituição. Os resultados foram analisados pelo GT para seleção e classificação das obras a serem incorporadas na biblioteca constituída no projeto.

A pesquisa de parâmetros não se restringiu à etapa inicial, sendo realizadas pelo GT buscas complementares ao longo de todo o percurso do DFT. Além disso, à medida que outras etapas avançaram, impuseram-se novas questões além daquelas previamente identificadas. Mostrou-se necessário, também, revisar de forma sistemática as atualizações nos Conselhos Profissionais e na plataforma Saúde Legis, pois diferentes normativas estabelecendo parâmetros mínimos para determinadas áreas sofreram alterações ou mesmo revogações que impactaram o parâmetro final a ser adotado. Nesse movimento pendular transcorreram outras etapas do dimensionamento, em mais uma aproximação com a cartografia, pensando com Kastrup e Barros (2009) que, enquanto na ciência moderna as etapas de pesquisa se separam,

[...] o caminho da pesquisa cartográfica é constituído de passos que se sucedem sem se separar. Como o próprio ato de caminhar, onde um passo segue o outro num movimento contínuo, cada momento da pesquisa traz consigo o anterior e se prolonga nos momentos seguintes. (KASTRUP; BARROS, 2009, p. 59).

Organizamos os parâmetros em índices (IPs) conforme cargo e área profissional, contribuindo às discussões em cada âmbito de trabalho. As respectivas obras foram catalogadas na Biblioteca de Indicadores e Parâmetros (BIP). Esses são os principais ‘produtos’ do processo de pesquisa, desenvolvidos de modo a serem atualizados para uso permanente após a institucionalização do DFT na instituição. No total, compilamos 780 obras, entre legislações, publicações de conselhos profissionais e literatura científica, e produzimos 374 IPs, organizados em 58 subáreas referentes a 32 categorias profissionais, além de 20 eixos assistenciais, compilando cerca de 7 mil parâmetros. Assim, sistematizamos décadas de conhecimento acumulado, desde antes da criação do SUS até recentes publicações, inclusive sobre questões relativas à COVID-19.

No DFTS, ao mesmo tempo em que devemos identificar as atividades para as quais se pretende definir a força de trabalho necessária em determinado espaço e tempo da organização, há o desafio de que a composição das mesmas tenha foco no cuidado das pessoas, e não apenas na execução de procedimentos demandados para esse cuidado. A pesquisa foi qualificada pela forma como se reconfigurou o trabalho do GT na pandemia, pois houve um tempo mais extenso para essa elaboração. Por um lado, a pesquisa foi pautada pela adequação do mapeamento e das informações que foram colhidas; por outro, também contribuiu para a qualificação da discussão de indicadores e parâmetros e consequentes escolhas feitas junto às áreas mapeadas.

À GUIA DE CONCLUSÃO

O DFTS se insere no campo da saúde como gestão do trabalho em ato (POSSA *et al.*, 2020). A experiência do DFT 2022 implicou o exercício de compreensão da dinâmica do trabalho em saúde, buscando ajustar certa previsibilidade da força de trabalho necessária para o cumprimento do papel da instituição na RAS à suscetibilidade intrínseca ao campo, posto que as ferramentas do cuidado são calcadas nas tecnologias leves (MERHY; FEUERWERKER, 2009) — ou seja, na atividade humana — sempre composta por elementos que fogem à determinação (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Quando Merhy (2002) coloca o fazer saúde como o fazer em ato, situando o cuidado como produção de uma relação, traz a perspectiva dinâmica para a centralidade do processo de trabalho. Considerando que se trata de um campo sujeito às modificações que a sociedade produz, dimensionar, para além de quantificar, é pensar as relações vivas de trabalho, os processos que se desenham e se redefinem a partir dos acontecimentos. É na incorporação deste caráter movente que o DFT assume a potência para impactar de forma efetiva na qualificação da assistência à saúde.

Percebemos que a pandemia tem propiciado a oportunidade de deslocarmos nosso olhar, ainda que parcialmente, dos produtos para os processos de trabalho — o que também foi observado por Quadros *et al.* (2021), ao analisarem as vivências de trabalhadores do SUS na pandemia, como sujeitos que elaboram constantemente sua atividade de trabalho. Se um quantitativo é produzido no decorrer do processo, é também preciso olhar para o processo que o produziu — resultados numéricos não são apenas encontrados, mas também produzidos a partir de disputas, tensionamentos, e atravessados pelo contexto sócio-histórico em que se inserem.

Assim, neste relato, buscamos compartilhar parte do caminho que percorremos na feitura do dimensionamento, colocando em foco os passos que percorremos. Mais do que um resultado fechado e estanque, o objetivo é que o DFT 2022 inaugure uma nova etapa desse percurso, situando-se como ferramenta de gestão da força de trabalho, produzida e afetada pelo objeto que se pretendeu estudar. O estudo de dimensionamento que entregamos, assim, não se configura como imagem fixa, mas processo movente, estando aberto a atualizações.

Fazer escolhas situadas neste momento histórico, reavaliá-las, adequar o método e imprimir outros tantos ajustes mostrou-se imperativo no processo de dimensionar. Foi preciso trilhar os caminhos de quem pesquisou dimensionamento mantendo em perspectiva o trabalho humano na saúde como “atividade enigmática” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Arrisca-se a situar o processo como o desenvolvimento de uma tecnologia educacional leve, ou um processo que levou em conta o encontro de subjetividades, na formação de conhecimento

institucional (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011). Ganhou a instituição que desenvolveu, mais do que um projeto pontual, a expertise e a possibilidade de seguir com a discussão do dimensionamento viva no âmbito da Gestão do Trabalho. Ganham também as trabalhadoras e trabalhadores da instituição, pela possibilidade de contar com um olhar mais próximo e acurado às necessidades intrínsecas aos seus processos de trabalho, e especialmente as usuárias e usuários, pelo aprimoramento do cuidado em saúde que o DFT propicia.

A evidência que se produz é a necessidade de manter o DFT também como processo dinâmico para problematizar a força de trabalho na instituição. Abre-se a perspectiva de um processo contínuo, portanto inacabado, aberto ao imprevisível, àquilo que pode ser criado em brechas. A pandemia, como lacuna e como a ruptura na organização do trabalho é, também, uma possibilidade de criação.

Referências

- ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 131-149.
- CARVALHO, D. S.; SOUZA, C. E. A.; SOUZA, G. H. A força de trabalho e a relação de profissionais por leito dos hospitais públicos no município de Fortaleza. **Revista de Gestão de Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 159-179, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/18473/8828>. Acesso em: 12 dez. 2022.
- ESCÓSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 92-108.
- GUIMARÃES ROSA, J. **Grande Sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019. 624 p.
- KASTRUP, V.; BARROS, L. P. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 52-75.
- MACHADO, C. R.; DAL POZ, M. R. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 239-254, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QYT3S5QKGwtjgcMTTDkxxrj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 9 nov. 2022.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/remef/v7n1/v7n1a12.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.
- PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (org.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014. v. 2. 310 p.
- POSSA, L. B. et al. (org.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. 168 p.
- POSSA, L. B.; RAMOS, L. Dimensionamento da Força de Trabalho no SUS: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em saúde. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 43-52, 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/653>. Acesso em: 28 nov. 2022.
- QUADROS, M. F. et al. Vivências multiprofissionais frente à pandemia de COVID-19: contribuições da ergologia. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 147-150, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/118631>. Acesso em: 26 fev. 2023.
- SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, Ergologia e Educação Popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 223-244, 2011. Supl. 1. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/iciict/37295/ve_Sant%27Anna_Suze_et_al_INI_2011.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 2 dez. 2022.

SCHERER, L. A.; GRISCI, C. L. I. A cartografia como método de pesquisa para estudos de trabalho e subjetividade. **Revista de Administração Contemporânea**, [s. l.], v. 26, e210202, 2022. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/QQT7x3GYszjB6GSxtd8nJvL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 fev. 2023.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Editora UFF, 2007. 378 p.

SOUZA, G. H.; CARVALHO, D. S.; PIOVENA, M. C. B. Planejamento estratégico da força de trabalho do SUS: um dispositivo para a consolidação da rede de atenção em saúde. In: NASCIMENTO, E. P. L. *et al.* **Planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde**: material didático para secretarias de saúde. Brasília, DF: IBICT, 2020. p. 27-33.

VALLE, M. L. F. *et al.* Conceitos e perspectivas da Gestão do Trabalho no SUS. In: NASCIMENTO, E. P. L. *et al.* **Planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde**: material didático para secretarias de saúde. Brasília, DF: IBICT, 2020. p. 19-26.

Fonte de financiamento

Recursos próprios.

Contribuição dos autores

Lidiele Berriel de Medeiros — elaboração do artigo, revisão do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Carlos Eduardo Antoniete de Souza — revisão do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Carolina Gasperin — revisão do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Christine Kubiszewski Moreira — revisão do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Marina Haase da Costa Franco — elaboração dos resumos, revisão do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Responsabilidade editorial

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Mariangela Kraemer Lenz Ziede

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Recebido em: 14/12/2022

Aceito em: 16/03/2023

Publicado em: 02/05/2023