

CARGA DE TRABALHO DE UM PROFISSIONAL TÍPICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL: OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Workload of a typical primary health care professional in Brazil: community health workers

Célia Regina Pierantoni¹, Thereza Christina Varella², Maria Ruth Santos³, Lorena Lopes Silva⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar um instrumento concebido para descrever as intervenções do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e sua potencialidade para circunscrever os componentes da carga de trabalho deste profissional, típico da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). O referencial teórico percorre os conceitos-chaves: de “trabalho”, “jornada de trabalho” e “carga de trabalho”. A metodologia foi a observação não participante estruturada. O instrumento de coleta de dados foi construído a partir de um levantamento das atividades normatizadas dos ACSs e validado em reunião com representantes da categoria com experiência comprovada. Foram agrupadas 27 atividades, subdivididas em cinco classes: Atenção Integral à Saúde do Indivíduo, Ações Coletivas de Vigilância à Saúde, Ações de Planejamento, Avaliação e Educação Permanente, Atividades Pessoais e Outras Atividades. A observação em campo foi realizada durante cinco dias úteis, em uma Unidade de Saúde da Família em Juiz Fora, MG. Para a análise dos dados, foi calculado o somatório do tempo gasto em cada atividade pelos profissionais em observação. Em seguida, foi calculada a média aritmética por tipo de procedimento. O instrumento aplicado permitiu alcançar as intervenções fundamentais diárias desenvolvidas pelos ACSs na atenção primária em saúde, sendo capaz de capturar ações não relacionadas e não previstas nas atribuições básicas desta categoria, mas que ocorrem em sua prática cotidiana. Além disto, constatou-se que o instrumento de identificação da carga de trabalho dos ACSs, muito embora necessite

ABSTRACT

The central objective of this study was to analyze an instrument designed to describe the components of the workload of the Community Health Worker (CHW), this unique and typical category of Brazilian primary health care worker. The theoretical framework was based on the following key concepts: “work”, “working day” and “workload.” The methodology used in the research was the non-participant structured observation method. The data collection instrument development was begun with a survey of normalized activities of the CHWs and validated in a meeting with seasoned representatives of this class. 27 activities were grouped into five classes: Integral Health Care of the Individual, Collective Action for Health Surveillance, Planning Actions, Evaluation and Continuing Education, Personal Activities and Other Activities. Field observation was conducted for five days in a Family Health Unit in Juiz Fora, MG. For data analysis we calculated the amount of time spent in each activity by the professionals under observation. Then the arithmetic average was calculated for each type of procedure. The applied instrument allowed to encompass the fundamental daily interventions and also the unrelated and unpredicted actions that occur in the CHWs` work day. Furthermore, it was found that the instrument for identification of the CHWs` workload, although requiring

¹ Célia Regina Pierantoni, Médica; Doutora em Saúde Coletiva; Professora Adjunta do IMS/UERJ; Coordenadora Geral da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde-Estação de Trabalho IMS/UERJ e Diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

² Thereza Christina Varella, Enfermeira. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Pesquisadora associada da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

³ Maria Ruth Santos, Farmacêutica. Pesquisadora associada da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. E-mail: maria.ruth@ims.uerj.br

⁴ Lorena Lopes Silva, Enfermeira. Aluna MBA Executivo em Saúde da FGV. Bolsista de pesquisa da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

de aprimoramento e de ampliações, tem potencialidade para subsidiar o cálculo de trabalhadores para a prática na atenção primária em saúde, sem desconsiderar que outras variáveis devam ser levadas em conta.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoal de Saúde; Carga de Trabalho; Atenção Primária em Saúde.

INTRODUÇÃO

Este estudo tem origem na constatação da insuficiência de parâmetros e métodos para dimensionamento de recursos humanos que considere as cargas de trabalho para reorientação do processo de alocação de pessoal e para a composição das equipes de trabalho. O argumento central é identificar um equilíbrio entre número de trabalhadores e o tempo gasto na execução de um conjunto de atividades durante o período laboral.

Inicialmente, procuramos desenvolver uma reflexão teórica, de modo a constituir o referencial conceitual que fundamenta o estudo. Nesse sentido, a discussão percorre alguns conceitos chaves para a análise: “trabalho”, “jornada de trabalho” e “carga de trabalho”.

Trataremos o termo “trabalho” analisando as conceituações sob diferentes óticas predominantes. Como categoria abstrata, o trabalho pode ser compreendido como esforço físico ou mecânico, como energia despendida por seres humanos, animais ou máquinas.^{1,2}

Numa concepção geral, o trabalho é a forma pela qual o homem se apropria da natureza, transformando-a, tendo em vista construir as condições para sua sobrevivência. É uma atividade que altera o estado natural de materiais da natureza para aumentar sua utilidade. O trabalho humano tem como característica peculiar o fato de sua concepção anteceder a execução.³

Outra concepção, com base na economia política, refere-se às formas que vem assumindo com o desenvolvimento das forças produtivas - forma concreta que assume em um determinado modo de produzir mercadorias.

Esta capacidade de adaptar ou transformar a natureza para atender às necessidades do homem produz um valor de uso que, em princípio, não tem por finalidade produzir excedentes para acumular riqueza. A capacidade para trabalhar é uma propriedade inalienável dos indivíduos, uma vez que é tradução da articulação de propriedades físicas, cognitivas e psicológicas do sujeito.³

Entretanto, o modo de produção capitalista tem, na sua essência, a acumulação de capital. Sob esta ótica, o traba-

lho passa a se constituir em valor de troca. O trabalhador detém a capacidade de trabalho e o capitalista domina as possibilidades (meios) de o trabalhador exercê-la. Mas, o que o trabalhador vende e o capitalista compra não é uma quantidade de trabalho contratada, mas a força para trabalhar por um período de tempo contratado.⁴

KEY WORDS: Health Personnel, Primary Health Care, Workload

Desse modo, o trabalho passa a embutir uma dupla finalidade: a de produzir valores de uso e valores de troca. Assume a condição de mercadoria a ser colocada no mercado, estando sujeito a sua regulação. Polanyi⁵ categoriza o trabalho como uma mercadoria “fictícia”. Ainda segue analisando que, ao transformar a terra, o trabalho e o dinheiro em mercadorias “fictícias”, o mercado capitalista vai, pouco a pouco, corroendo a própria sociedade que lhe deu origem e condições de surgir, e de se desenvolver. Busca evidências na história e na antropologia para mostrar que, na realidade, a atividade econômica sempre esteve, no passado, integrada em outras atividades de tipo social, e que a primazia do econômico, assim como a expansão e o domínio do mercado, são fenômenos essencialmente modernos.⁵

O trabalho em saúde, como parte do setor de serviços é um trabalho da esfera não material que se completa no ato de sua realização. O consumo e a apropriação dos resultados do trabalho em saúde ocorrem no ato de sua produção sendo dele indissociável. Caracteriza-se pelo uso intensivo de mão de obra, pois a incorporação tecnológica na saúde não produz economia de força de trabalho.

O tempo de trabalho é objeto de discussão clássica dos estudos a respeito da organização capitalista e das lutas sindicais desde o século XIX. O conceito de tempo de trabalho comporta três dimensões: a duração (intervalo que tem um ponto de início e outro de término); a distribuição (momentos em que o trabalho é executado em um intervalo considerado) e a intensidade (esforço físico, intelectual ou emocional empregado para executar uma tarefa em determinado tempo).²

Na atualidade, o conceito de jornada de trabalho tem seu referencial nas ciências jurídicas. No Direito do Trabalho, jornada de trabalho é o período diário durante o

qual o trabalhador está à disposição do empregador. Para Nascimento⁶, é “o tempo em que o empregado permanece, mesmo sem trabalhar, à disposição do empregador e quando, em casos especiais, manda computar como de jornada de trabalho o tempo em que o empregado se locomove para atingir o local de trabalho”.

Pode-se compreender, assim, que jornada de trabalho é uma medida de tempo. No Brasil, a jornada de trabalho é regulamentada pela Constituição Federal⁷ em seu art. 7º XIII e pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) no art. 58, e não pode ultrapassar 8 horas diárias.⁸

A CLT, em seu Art. 4º, diz: “Considera-se como de serviço efetivo o período em que o empregado esteja à disposição do empregador, aguardando ou executando suas ordens, salvo disposição especial expressamente consignada.” É, também, considerado como jornada o período em que o empregado está à disposição do empregador, mesmo que em sua residência.

Não é computado, na jornada de trabalho, o período de repouso e refeição (art. 71 §2º da CLT) e o tempo despendido pelo empregado até o local de trabalho, salvo em caso de difícil acesso ou não servido por transporte público, e em que o empregador fornecer a condução.

A doutrina distingue jornada de trabalho e horário de trabalho. O primeiro é o tempo em que o empregado está à disposição de seu empregador aguardando ou executando ordens. O segundo inclui o intervalo intrajornada para repouso e alimentação. Portanto, o horário representa os marcos de início e fim de um dia de trabalho, mas, na jornada, só se computa o efetivo tempo de trabalho.

Para compreender o conceito de carga de trabalho, é necessário entender a forma de produzir, a organização e a divisão do trabalho, bem como as relações de força que se estabelecem entre capital e trabalho. As cargas podem ser analisadas separadamente, mas, na concretude do processo de trabalho, elas interatuam entre si e com o corpo do trabalhador.⁹

Carga de trabalho é um conceito que procura estabelecer uma dinâmica relação entre o trabalhador e seu trabalho, que, abstraindo outras questões subjetivas, poderá refletir em seu estado de saúde.¹⁰

As cargas de trabalho são elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com a corporeidade humana, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste.¹¹

Toda atividade apresenta uma carga de trabalho, na qual se podem evidenciar três elementos que se interrelacionam e, ao mesmo tempo, interagem mutuamente: a carga física - resultado da relação entre o corpo físico do trabalhador

em atividade, e o ambiente de trabalho; a carga mental/cognitiva - resultante dos processos cognitivos envolvidos nas atividades de trabalho; e a carga psíquica - aspecto analisado pela chamada “psicopatologia do trabalho” e que diz respeito aos “componentes afetivos negativos desencadeados ou agravados pelo processo de trabalho”. O medo e a ansiedade são exemplos deste componente.¹²

Para Dejours¹³, a relação corpo-condição de trabalho é sempre mais palpável para ser estudada e analisada, não sendo, muitas vezes, levado em conta, o trabalho psíquico que também faz parte do desgaste da estrutura orgânica do indivíduo.

Ressalte-se que a carga de trabalho tem a ver com a dinâmica do processo de trabalho no qual o trabalhador, em face das exigências da produção, elabora atitudes compensatórias para realizar seu trabalho de forma que acarrete o menor prejuízo possível para sua saúde e alcance os objetivos da produção.⁹

A utilização do indicador de carga de trabalho vem sendo discutida por vários autores para o dimensionamento quantitativo e qualitativo das equipes de enfermagem. Segundo Gaidysinski¹⁴, a carga de trabalho de enfermagem é definida como a aplicação de um processo sistemático para determinar o número e a categoria profissional requerida para prover os cuidados de enfermagem que garanta qualidade aos pacientes.

Observa-se, na literatura, uma insuficiência de estudos sobre carga de trabalho para o conjunto de profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS). Este estudo teve como foco avaliar um instrumento concebido para descrever as intervenções do ACS e sua potencialidade para circunscrever os componentes da carga de trabalho deste profissional.

O ACS é um profissional da área de saúde, integrante da equipe de saúde da família, com exclusividade de exercício no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Realiza, sob supervisão do gestor local, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema.

A profissão tem alguns condicionantes restritivos censitários - residência no local - e de formação - conclusão de curso de qualificação básica. O seu perfil de atribuições, antes intensivo em ações voltadas para o foco materno-infantil, envolve atualmente competências para atuação no apoio às famílias e coletivos sociais, além de concentrar atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças ou pela mobilização de recursos e práticas sociais

para intervenção no campo político e social numa micro-área de ação.¹⁵

METODOLOGIA

Como primeira etapa para a construção do instrumento, foi realizado um levantamento das atividades normatizadas dos ACSs, em revisão bibliográfica e pesquisa em documentos oficiais. Na sequência, as atividades foram classificadas utilizando a experiência de matriz de categorias de atividades.

O instrumento foi validado em reunião com ACSs de experiência comprovada. Nesta oportunidade, o formulário foi ajustado com a contribuição dos participantes. Ao final, o documento resultou em uma lista de 27 atividades que foram subdivididas em 5 classes, a saber: Atenção Integral à Saúde do Indivíduo, Ações Coletivas de Vigilância à Saúde, Ações de Planejamento, Avaliação e Educação Permanente, Atividades Pessoais e Outras Atividades.

Para a realização do trabalho de campo, utilizou-se a observação não participante estruturada. Neste caso, o observador não está diretamente envolvido na situação a ser observada, isto é, não interage nem afeta de modo intencional o objeto da observação. Utiliza instrumento estruturado, previamente elaborado, como guia de sua atividade.

O trabalho de campo se deu durante uma semana, em uma unidade básica com equipes de saúde da família. Um pesquisador ficou responsável pelo acompanhamento e registro das atividades dos profissionais por meio da marcação do tipo de procedimento que estava sendo realizado pelo profissional a cada 15 minutos, durante o expediente de trabalho.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ sob nº 0010.0.259.000-10, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Os participantes do estudo foram esclarecidos sob os objetivos do trabalho e receberam duas vias dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram da pesquisa três ACS de uma UBS de Juiz de Fora - MG. Trata-se de uma unidade pública, situada na área urbana da periferia do município, com exclusividade de atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF), contando com três equipes multiprofissionais para desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação de 2.835 famílias adstritas e 9.923 habitantes em sua área de abrangência.

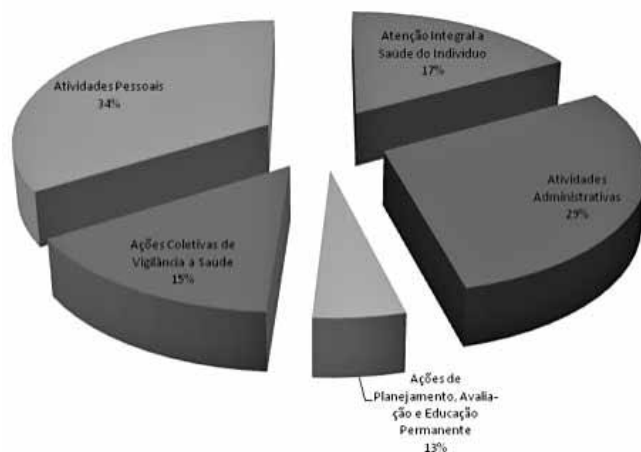
Para a discussão dos resultados, foi realizada a tabulação e a análise quantitativa e qualitativa dos dados. Foi

calculado o somatório do tempo gasto em minutos de cada atividade pelos profissionais em observação e calculada a média aritmética por tipo de procedimento com apoio de software Excel®.

RESULTADOS

O elenco das atividades catalogadas durante a observação em campo aponta para uma predominância de tempo destinada ao desenvolvimento de Atividades Pessoais (35%), seguida de Ações Coletivas de Vigilância à Saúde (29%), Atenção Integral à Saúde do Indivíduo (17%), Ações de Planejamento, Avaliação e Educação Permanente (14%) e, finalmente, as Atividades não Listadas (5%), conforme pode ser observado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde. Juiz de Fora/MG, 2010. (n= 1740)



Fonte: Pesquisa Dimensionamento de Pessoal: desenvolvendo tecnologias para o planejamento de recursos humanos em saúde. ROREHS/IMS/UERJ. Brasil; 2010.

No segmento Atividades Pessoais, foi considerado o conjunto de situações em que os trabalhadores se afastam de suas atividades laborais para realizar afazeres particulares como toalete, telefonemas, conversas informais, dentre outras. Em relação a estas atividades, a que teve maior representatividade foi a socialização com os colegas, verificada, basicamente, no período da manhã em que os ACSs permanecem na unidade de saúde. Foram contabilizadas, ainda, atividades de alimentação e de cuidados pessoais.

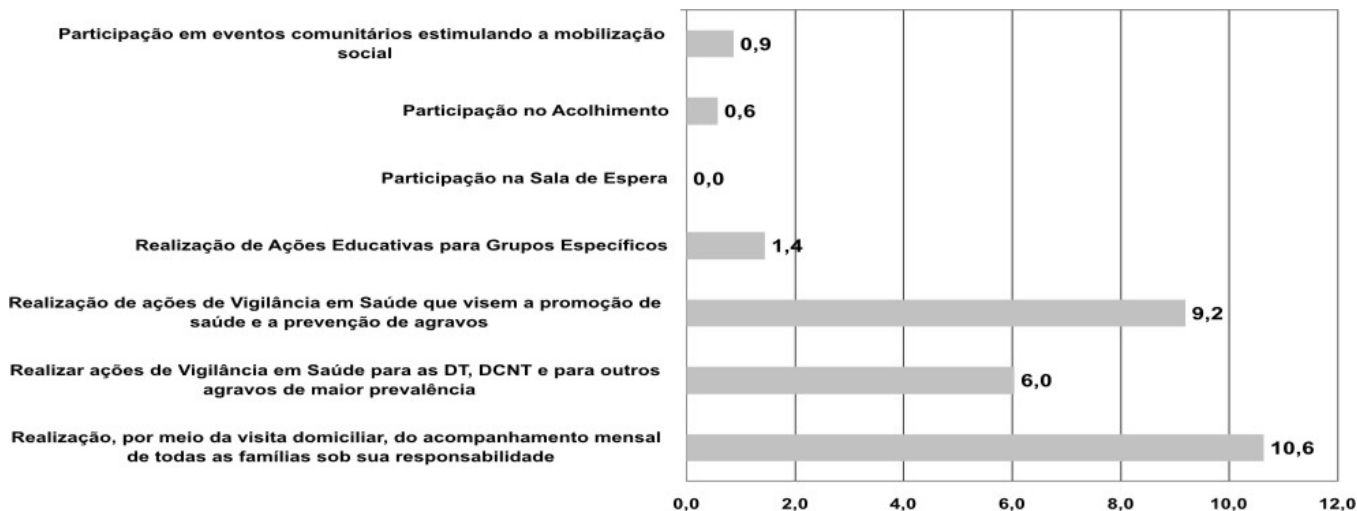
Sobre as Ações Coletivas de Vigilância à Saúde, a atividade que ocupou com mais frequência a jornada de trabalho foi o acompanhamento mensal por meio da visita domiciliar, seguida da realização de ações que visam a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Esta última pode ser explicada também em virtude da ocorrência de

uma epidemia de dengue que atingia o município na semana em que os dados foram coletados.

Na sequência, observou-se o desempenho de atividades relacionadas a ações de vigilância em saúde para as doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis e para

outros agravos de maior prevalência. Também foram realizadas ações educativas para grupos específicos e, ainda de forma incipiente, participação em eventos comunitários para estimular a mobilização social e a orientação sobre as ações e os serviços disponíveis na unidade. (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Ações coletivas de vigilância à saúde, em minutos. Juiz de Fora/MG, 2010.



Fonte: Pesquisa Dimensionamento de Pessoal: desenvolvendo

tecnologias para o planejamento de recursos humanos em saúde.

No campo da Atenção Integral à Saúde do Indivíduo (17%), a realização de busca ativa de casos de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis aparece em primeiro lugar, seguida pelo acompanhamento destes casos. Na sequência, observa-se com a mesma proporção de tempo despendido, a realização de busca ativa de gestantes e o encaminhamento dos indivíduos para atendimento na unidade de saúde. Em ordem de frequência, figuram como atividades que ocupam o menor tempo observado: o acompanhamento sistemático de crianças de 0 a 5 anos, a busca de mulheres que faltaram ao preventivo, a realização de busca ativa de faltosos às consultas e dos usuários do programa de atendimento ao desnutrido.

No que se refere às Ações de Planejamento, Avaliação e Educação Permanente (14%), a atividade que demandou maior tempo foi a participação nas ações educativas com a equipe. Em ordem de frequência, verifica-se a atualização e o cadastramento das famílias, a participação com a equipe no planejamento, no gerenciamento e na avaliação das ações de saúde com a identificação das famílias de risco e dos grupos vulneráveis.

As atividades de registro no SIAB, o preenchimento dos formulários do seu âmbito de competência, os registros

em geral e a “entrega de prontuários” figuram em quarto lugar. Não foram registradas atividades de mapeamento e territorialização da microárea, nem a ação de identificação de parceiros e recursos existentes na comunidade.

As atividades não listadas (5%) incluem ações não constantes do elenco de atribuições dos ACSs. Entre as atividades, destacam-se a separação e entrega de medicamentos, de resultados de exames e a marcação de consultas para usuários não acamados.

A promoção da interação social serviço-comunidade compõe o elenco de atribuições dos ACSs, desde a sua instituição. Neste conjunto, destacam-se ações para melhorar a capacidade da população de cuidar de sua própria saúde, prover a população de informações e estabelecer um elo entre a comunidade e os serviços locais. Tais atribuições são concretizadas nos domicílios, com as famílias e a comunidade.

Ao comparar o mapeamento das intervenções dos ACSs com a pesquisa de Santos¹, constata-se coincidência nos achados. A autora evidencia, na composição das ações dos agentes, a hegemonia de um conjunto de atividades vinculadas à prevenção de doenças e agravos, ou seja, ações voltadas aos cuidados que dão suporte à saúde da comunidade e à proteção contra danos.

No Brasil, a experiência de inclusão dos ACSs nos serviços de saúde da família tem demonstrado que este trabalhador tem duas funções que se superpõem em parte: a prestação de serviços e a promoção da saúde da comunidade. Ao mesmo tempo, deve ser agente da participação comunitária nas tarefas de saúde, o que é indispensável para dominar as distintas causas das enfermidades, o que, de certa forma, coincide com os resultados obtidos neste trabalho.

Mesmo considerando as limitações de um estudo piloto, verificou-se uma baixa utilização da carga de trabalho dos ACSs para o desempenho das atribuições requeridas, o que pode sugerir que não há déficit deste profissional na UBS em questão, desconsiderando outras variáveis que precisam ser atendidas neste cálculo. Deste modo, reitera-se a necessidade de identificar e classificar as atividades dos ACSs em intervenções, como referencial de medida de tempo na assistência em atenção primária em saúde, bem como o imperativo de construção de instrumentos de investigação e classificação das práticas de cuidados destes profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo avaliar um instrumento concebido para descrever as intervenções do ACS e sua potencialidade para circunscrever os componentes da carga de trabalho deste profissional. Foi realizado, por meio de um estudo piloto, com sua aplicação para mensuração do tempo de trabalho gasto com as principais atividades desenvolvidas em unidades de saúde da família.

O instrumento de coleta proposto e testado, bem como a metodologia de observação utilizada, alcançou as intervenções fundamentais diárias desenvolvidas pelos ACS, sendo capazes de capturar ações não relacionadas e não previstas nas atribuições básicas destes profissionais.

Pierantoni *et al.*¹⁸ destacam que os estudos para cálculo de postos de trabalho e de trabalhadores para o setor saúde apresentam-se sob diversas perspectivas. Assim, sem desconsiderar os métodos de cálculos e as fórmulas matemáticas disponíveis, esse planejamento de recursos humanos deve ser analisado em uma perspectiva macropolítica na qual devem ser considerados indicadores econômicos, sociais, demográficos e epidemiológicos, para estabelecimento de índices de segurança no que tange ao quantitativo de profissionais necessários para populações com vazios assistenciais e alto indicativo de risco social.

Em que pese a efetiva possibilidade do instrumento ser replicado em outros cenários, algumas limitações devem ser destacadas. Devido à grande extensão territorial brasileira

e considerando a diversidade cultural, social, bem como o estágio e padrão de organização das práticas assistenciais, devemos ficar atentos na utilização e extrapolação da aplicação deste instrumento, adequando-o às características de cada local. Ressalte-se, ainda, a falta de instrumentos concorrentes o que dificulta a checagem dos resultados para verificar sua validade.

A utilização de uma ferramenta de classificação das atividades dos ACSs mostrou ter potencialidade como um instrumento efetivo de elucidação dos elementos constitutivos da carga de trabalho destes profissionais. Por fim, ficou evidente a importância da utilização de método para referenciar as necessidades de pessoal com base em instrumental de aferição de cargas de trabalho reais e apoiar a redefinição do quantitativo de recursos humanos em saúde que deve compor o quadro da Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

1. Santos MR. Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora - MG [tese]. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006. 161f.
2. Cattani AD, organizador. Trabalho e tecnologia. Dicionário crítico. Petrópolis: Ed Vozes; 2006.
3. Varella TC, Pierantoni CR. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis*. 2008 set; 18(3):521-44.
4. Baverman H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.
5. Polanki K. A grande transformação - as origens de nossa época. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda; 1980.
6. Nascimento AM. Curso de Direito do Trabalho. São Paulo: Saraiva; 2003.
7. Brasil. Consolidação das Leis Trabalhistas, 1943. [Citado 2008 mar. 03]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del5452.htm>.
8. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. [Citado 2008 mar. 03]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.htm.

9. Oliveira RMR. A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 143f.
10. Bosi MLM. Trabalho e Subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. *Rev Nutr.* 2000 maio/ago; 13(2):107-15.
11. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: HUCITEC; 1989.
12. Brito JC. Porto MFS. Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
13. Dejour SC. A loucura do trabalho. São Paulo: Oboré Editorial; 1987.
14. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo; 1998. 119f.
15. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, Matsumoto K, Silva LL. Planejamento de recursos humanos em saúde: Desenvolvendo tecnologias para dimensionamento de pessoal; 2009 (no prelo).
-
- Submissão: março de 2011
Aprovação: maio de 2011
-