



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Alessandra Pereira da Silva

**Dimensionamento de pessoal para cuidados paliativos em uma instituição
complexa de oncologia**

Rio de Janeiro

2020

Alessandra Pereira da Silva

Dimensionamento de pessoal para cuidados paliativos em uma instituição complexa de oncologia

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Rio de Janeiro

2020

Alessandra Pereira da Silva

Dimensionamento de pessoal para cuidados paliativos em uma instituição complexa de oncologia

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 25 de março de 2020.

Orientador : Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof.^a Dra. Ana Maria Laus
Universidade de São Paulo

Prof.^a Dra. Andréa Georgia de Souza Frossard
Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva

Prof. Dr. Dércio Santiago da Silva
Faculdade de Engenharia – UERJ

Prof. Dr. Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Magda de Souza Chagas
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho acadêmico a todos que valorizam a pesquisa, a cultura, os profissionais de saúde e apostam no uso do conhecimento científico para melhorar as condições de vida em nosso país.

AGRADECIMENTOS

Agradeço essa conquista aos meus antepassados e à força ancestral que governa meus caminhos. A família sempre foi a fonte de minha força e minha motivação para seguir em frente e dar exemplo para as novas gerações.

Aos meus maiores exemplos, Rubem e Marlene, pela vida, pelo incentivo, pela dedicação incansável e pelo ensinamento que o estudo é a melhor herança que os pais podem proporcionar aos filhos.

Minha gratidão a meus irmãos, sobrinhos e amigos que se tornaram familiares pelo elo afetivo construído.

À minha filha Leticia pelo apoio e pelas palavras doces de estímulo nos momentos difíceis.

Ao meu companheiro Lucio pela atenção, pela paciência e por ter cuidado de mim durante esta jornada.

À minha cunhada Cristiana pelas orações e pela torcida para que eu tivesse êxito no meu caminhar.

Aos amigos Marcelo Borges, Ernani Mendes e Valdir Donizete, que não mediram esforços em me ajudar em momentos importantes para que eu perseverasse no doutorado.

Aos meus companheiros de estrada no curso, Warley Pereira e Jorge Monteiro pela troca e de experiências e pelos momentos de descontração.

Às amigas do IMS Dra. Maria Helena Costa Couto, Dra. Leila Senna Maia e Dra. Karen Matsumoto por trazerem calma em momentos de dúvida e apreensão.

À diretora Eliete Azevedo pelas orientações iniciais e acolhimento e à equipe do HCIV pela participação e interesse na pesquisa.

À equipe que realizou o trabalho de campo pela disponibilidade e compromisso.

Homenageio e expresso minha gratidão a todos os professores que contribuíram para que eu chegasse até aqui fazendo um agradecimento especial ao meu orientador, Dr. Mario Dal Poz, que é um exemplo no ofício de motivar e transformar seus alunos. Agradeço o apoio, o incentivo constante, a disponibilidade em me atender e responder prontamente de qualquer ponto do planeta seja nos EUA, no Paquistão ou em um café no Rio de Janeiro. O respeito e a valorização que recebi foram fundamentais para fortalecer minha dedicação e comprometimento.

Você nunca deve ter medo do que você faz quando você faz o que é certo.
Rosa Parks

RESUMO

SILVA, Alessandra Pereira. **Dimensionamento de pessoal para cuidados paliativos em uma instituição complexa de oncologia**. 2020 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

O presente estudo trata do dimensionamento de recursos humanos para cuidados paliativos oncológicos. As justificativas estão assentadas em argumentos como a transição epidemiológica do câncer associada ao envelhecimento da população e as estimativas mundiais de escassez de profissionais para a saúde. O principal objetivo deste trabalho foi contribuir para o dimensionamento dos recursos humanos de saúde no âmbito dos cuidados paliativos em oncologia. Os objetivos específicos foram revisar metodologias de dimensionamento de recursos humanos utilizadas para cuidados paliativos; analisar a carga de trabalho dos recursos humanos de saúde em uma unidade complexa de cuidados paliativos oncológicos e elaborar recomendações de dimensionamento e padrões de atividades no processo de trabalho de cuidados paliativos em oncologia. Foi realizada uma investigação quanti-qualitativa, descritiva e exploratória ancorada na perspectiva funcionalista, com base na pesquisa bibliográfica com uso de revisão integrativa e estudo documental. Acresceu-se ao processo investigativo estudo de caso com utilização de entrevista semiestruturada se utilizando de análise temática de conteúdo e aplicação da ferramenta WISN com utilização de software. Os resultados evidenciaram que há carência de literatura específica para dimensionamento de pessoal em cuidados paliativos oncológicos; que os papéis e atribuições definidos para profissionais desta área são genéricos e não traduzem a complexidade do cotidiano; que não há um padrão de atividades estipulado por categoria; e que a mensuração da carga de trabalho pode auxiliar o planejamento dos serviços. O produto da pesquisa foi uma definição de atividades-padrão para cada grupo profissional, análise e comparação das atividades por categorias, por setores, por turnos de trabalho e recomendações para incluir os recursos humanos como parte fundamental de uma política nacional de cuidados paliativos. Concluiu-se que a ferramenta WISN é aplicável para o planejamento de recursos humanos em instituições oncológicas de cuidados paliativos e permite vários desdobramentos para análise que podem ser utilizados com outros métodos consagrados na literatura.

Palavras-chave: Planejamento. Dimensionamento. Recursos humanos para a saúde. Cuidados paliativos. WISN.

ABSTRACT

SILVA, Alessandra Pereira. **Staff design for palliative care in a complex oncology institution**. 2020 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

The present study deals with the dimensioning of human resources for palliative oncology care. The justifications are based on arguments such as the epidemiological transition of cancer associated with the aging of the population and worldwide estimates of the shortage of health professionals. The main objective of this work was to contribute to the dimensioning of human health resources within the scope of palliative care in oncology. The specific objectives were to review methodologies for dimensioning human resources used for palliative care; analyze the workload of human health resources in a complex oncology palliative care unit and develop recommendations for sizing and patterns of activities in the palliative care work process in oncology. A quantitative-qualitative, descriptive and exploratory investigation was carried out, anchored in the functionalist perspective, based on bibliographic research using an integrative review and documentary study. A case study was added to the investigative process using semi-structured interviews using thematic content analysis and application of the WISN tool using software. The results showed that there is a lack of specific literature for dimensioning personnel in oncology palliative care; that the roles and duties defined for professionals in this area are generic and do not reflect the complexity of everyday life; that there is no standard of activity stipulated by category; and that measuring workload can assist with service planning. The product of the research was a definition of standard activities for each professional group, analysis and comparison of activities by categories, sectors, work shifts and recommendations to include human resources as a fundamental part of a national palliative care policy. It was concluded that the WISN tool is applicable for the planning of human resources in oncological palliative care institutions and allows several developments for analysis that can be used with other methods established in the literature.

Keywords: Planning. Staffing. Human resources for health. Palliative care. WISN.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Oferta assistencial do INCA.....	57
Quadro 2 - Conceitos, termos e palavras-chave para a busca de descritores.....	71
Quadro 3 - Planilha para extração de dados de artigos e teses.....	75
Quadro 4 - Formulário para registro de observação direta.....	86
Quadro 5 - Trabalhos selecionados para leitura na íntegra.....	91
Quadro 6 - Dados de produtividade do HCIV.....	145
Quadro 7 -Estratégias de busca em bases de dados.....	208
Quadro 8 - Atividades identificadas na Psicologia.....	210
Quadro 9 - Atividades identificadas na Medicina.....	213
Quadro 10 - Atividades identificadas na Nutrição.....	216
Quadro 11 - Atividades identificadas na Enfermagem.....	219
Quadro 12 - Atividades identificadas na Fisioterapia.....	226
Quadro 13 - Atividades identificadas na Farmácia.....	228
Quadro 14 - Frequência e tempo em minutos de atividades diretas do Serviço Social.....	236
Quadro 15 - Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Psicologia.....	237
Quadro 16 - Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Nutrição.....	238
Quadro 17 - Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Farmácia.....	239
Quadro 18 - Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Fisioterapia.....	240
Quadro 19 - Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Medicina	241
Quadro 20 - Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Enfermagem.....	242

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Matriz para avaliação de teses.....	73
Figura 2 - Página do aplicativo Rryan com resultado de seleção de artigos	74
Figura 3 - Identificação da instituição na ferramenta.....	142
Figura 4 - Identificação de categorias definidas para o estudo.....	142
Figura 5 - Cálculo dos dias trabalhados/ano/categoria.....	143
Figura 6 - Cálculo da carga de trabalho do Serviço Social.....	148
Figura 7 - Cálculo da carga de trabalho da Enfermagem.....	149
Figura 8 - Cálculo da carga de trabalho da Farmácia.....	150
Figura 9 - Cálculo da carga de trabalho da Fisioterapia.....	151
Figura 10 - Cálculo da carga de trabalho da Medicina.....	152
Figura 11 - Cálculo da carga de trabalho da Nutrição.....	153
Figura 12 - Cálculo da carga de trabalho da Psicologia.....	154
Figura 13 - Comparação entre <i>staff</i> atual e recomendado.....	155
Figura 14 - Cálculo de custo com o <i>staff</i>	157

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comparação entre o número total de registros, o número de atividades observadas e não observadas.....	98
Gráfico 2 - Percentual de atividades observadas e não-observadas por categoria.	99
Gráfico 3 - Número de atividades não-observadas por categoria.....	100
Gráfico 4 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais do HCIV.....	102
Gráfico 5 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Enfermagem...	103
Gráfico 6 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais do Serviço Social.....	104
Gráfico 7 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Medicina.....	105
Gráfico 8 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Nutrição.....	106
Gráfico 9 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Psicologia.....	107
Gráfico 10 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Farmácia.....	108
Gráfico 11 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Fisioterapia..	109
Gráfico 12 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais no ambulatório.....	111
Gráfico 13 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais na assistência domiciliar.....	115
Gráfico 14 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais na internação hospitalar.....	117
Gráfico 15 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais no serviço de pronto-atendimento.....	119
Gráfico 16 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais no ginásio de Fisioterapia.....	120
Gráfico 17 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais na farmácia....	121
Gráfico 18 - Número de atividades por categoria no ambulatório.....	122
Gráfico 19 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais por categoria no ambulatório.....	123
Gráfico 20 - Número de atividades por categoria na internação hospitalar	124
Gráfico 21 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais por categoria na internação hospitalar.....	125
Gráfico 22 - Distribuição das atividades diretas, de apoio e adicionais no serviço de pronto-atendimento.....	126
Gráfico 23 - Distribuição de atividades por categoria na assistência domiciliar.....	127

Gráfico 24 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais por categoria na assistência domiciliar.....	128
Gráfico 25 - Distribuição das atividades de Enfermagem realizadas por turnos nos serviços.....	129
Gráfico 26 - Distribuição das atividades da Farmácia realizadas por turnos nos serviços.....	130
Gráfico 27 - Distribuição das atividades da Fisioterapia realizadas por turnos nos serviços.....	131
Gráfico 28 - Distribuição das atividades de Medicina realizadas por turnos nos serviços.....	132
Gráfico 29 - Distribuição das atividades de Nutrição realizadas por turnos nos serviços.....	133
Gráfico 30 - Distribuição das atividades de Psicologia realizadas por turnos nos serviços.....	134
Gráfico 31 - Distribuição das atividades de Serviço Social realizadas por turnos nos serviços.....	135
Gráfico 32 - Proporção entre atividades de ensino e pesquisa realizadas.....	136
Gráfico 33 - Percentual de distribuição das atividades pessoais no HCIV.....	137
Gráfico 34 - Projeção percentual para atividades pessoais.....	138
Gráfico 35 - Número de atividades administrativas por profissionais que acumulam cargo de gestão	139
Gráfico 36 - Número de deslocamentos realizados pela equipe.....	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição numérica de Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil	42
Tabela 2 - Percentual de Serviços de Cuidados Paliativos por ano de início de atividade.....	42
Tabela 3 - Indicadores de produtividade do HCIV de 2018.....	44
Tabela 4 -. Indicadores de produtividade do INCA de 2018.....	58
Tabela 5 - Número de profissionais que atuam na assistência direta do HCIV.....	60
Tabela 6 - Número de trabalhos selecionados em Bancos de Teses.....	72
Tabela 7 - Distribuição geográfica das equipes de assistência domiciliar na área de abrangência.....	113
Tabela 8 - Absenteísmo por categoria no HCIV em 2018.....	144

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Assistência Domiciliar
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AWT	Total de tempo de trabalho disponível (<i>Available Working Time</i>)
BDTB	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAF	Fator de atividades por categoria (<i>Category Allowance Fator</i>)
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAS	Padrão de atividade por categoria (<i>Category Allowance Standard</i>)
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
C&T	Ciência e tecnologia
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DISAT	Divisão de Saúde do Trabalhador
FAF	Fundação Ary Frausino para pesquisa e controle do câncer
FPT	Fora de possibilidade terapêutica
GDACT	Gratificação de desempenho de Atividade de Ciência e Tecnologia
HC	Hospital do Câncer
HCI	Hospital do Câncer 1
HCII	Hospital do Câncer 2
HCIII	Hospital do Câncer 3
HCIV	Hospital do Câncer 4
IAF	Fator de atividade individual (<i>Individual Allowance Fator</i>)
IAS	Padrão de atividade individual (<i>Individual Allowance Standard</i>)
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
MS	Ministério da Saúde
NERJ/RJ	Núcleo do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro
NIC	Classificação de Intervenções de Enfermagem (<i>Nursing Interventions Classification</i>)

ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNGC	Programa Nacional da Gestão de Custos
QCRI	Instituto de Pesquisa em Computação do Catar (<i>Qatar Computing Research Institute</i>)
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SES/RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SER	Sistema Nacional de Regulação
SISPLAN	Sistema de Planejamento do INCA
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SPA	Serviço de pronto-atendimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WISN	Indicadores de carga de trabalho para a estimativa de necessidades de pessoal (<i>Workload Indicators of Staffing Needs</i>)

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	19
1	REVISÃO DA LITERATURA.....	28
1.1	Planejamento da força de trabalho em saúde.....	28
1.1.2	<u>Métodos mais utilizados em planejamento de saúde.....</u>	29
1.1.3	<u>Método de planejamento de pessoal com indicadores de carga de trabalho.....</u>	32
1.2	Cuidados Paliativos.....	37
1.3	Papel dos profissionais que atuam em Cuidados Paliativos.....	45
1.4	Recursos Humanos no INCA.....	56
2	METODOLOGIA.....	62
2.1	Marco Conceitual.....	63
2.2	Revisão bibliográfica.....	70
2.3	Método de planejamento de pessoal com indicadores de carga de trabalho.....	76
2.4	Trabalho de campo e estratégia de coleta de dados.....	81
2.5	Entrevistas.....	87
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	90
3.1	Revisão bibliográfica.....	90
3.2	Análise das atividades realizadas no HCIV.....	97
3.2.1	<u>Organização do HCIV de acordo com a classificação das atividades observadas.....</u>	101
3.2.2	<u>Distribuição de atividades do HCIV por categoria.....</u>	103
3.2.3	<u>Análise das atividades por serviços.....</u>	110
3.2.4	<u>Análise da distribuição de atividades por categorias nos serviços.....</u>	121
3.2.5	<u>Análise de atividades realizadas por turnos.....</u>	129
3.2.6	<u>Análise de atividades de ensino e pesquisa.....</u>	135
3.2.7	<u>Análise de atividades pessoais, administrativas e deslocamentos.....</u>	137
3.2.8	<u>Destaques da análise de atividades.....</u>	141
3.3	<u>Aplicação do método de indicadores de carga de trabalho no HCIV.....</u>	142
3.4	Entrevistas com gestores.....	158

3.5	Recomendações para elaborar padrões de atividades e dimensionar RH para cuidados paliativos.....	174
	CONCLUSÃO.....	180
	REFERÊNCIAS.....	187
	APÊNDICE – Listas de atividades codificadas para observação direta...	197
	ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido para equipe do HCIV.....	198
	ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido para entrevistas.....	202
	ANEXO C - Atividades para orientar cronograma de trabalho com a Direção do HCIV	206
	ANEXO D - Roteiro para entrevista com gestores de instituições oncológicas municipais, estaduais ou federais.....	207
	ANEXO E - Estratégias de busca em bases de dados.....	208
	ANEXO F - Atividades validadas e codificadas por categoria para observação.....	210
	ANEXO G - Listas de atividades codificadas para observação.....	231
	ANEXO H - Frequência absoluta, relativa e tempo médio de execução de atividades por categoria.....	36
	ANEXO I - Relatório extraído do WISN sobre o HCIV.....	244

INTRODUÇÃO

Esta tese discute o dimensionamento de profissionais para cuidados paliativos. Foi desenvolvida na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ e ancorada na linha de pesquisa denominada Gestão e Força de Trabalho em Saúde.

A motivação do tema advém da experiência profissional em serviços públicos e privados como enfermeira e gestora na assistência hospitalar e na atenção básica, que propiciou reconhecer a gestão de recursos humanos como elemento-chave para compreensão de fatores que influenciam e determinam o cotidiano e os resultados dos serviços de saúde. A atuação como gestora de Planejamento no Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) despertou o interesse em estudar temas relacionados à administração que impactam diretamente na atividade assistencial da oncologia, considerando que as atividades administrativas são o meio para a oferta de serviços à população e não devem atuar de forma independente, ensimesmadas ou descoladas das necessidades e realidades assistenciais. A condição dos pacientes com câncer e familiares que buscam atendimento suscita um gerenciamento eficiente, tratamento tempestivo e acolhimento em todas as fases da doença. As experiências e parcerias exitosas com o Hospital do Câncer IV, que apresenta bons resultados de gestão e desempenho, estimularam o interesse em desenvolver a pesquisa na área de cuidados paliativos.

A pesquisa está balizada na constatação de que o câncer é uma doença crônica e um problema mundial de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. Há referências que, em 2008, 36 milhões dos óbitos (63%) ocorreram em consequência das DANT, com destaque para as doenças cardiovasculares (48%) e o câncer (21%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INCA, 2017).

No Brasil, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) para o decênio 2011-2022. O Plano tem como objetivo principal ações que visam ao fortalecimento da capacidade de resposta do SUS e à ampliação das ações de cuidado integrado para a prevenção e o controle das DCNT. Este documento considera esse grupo de doenças como um problema de saúde de grande magnitude, pois são responsáveis

por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Além disso, as doenças crônicas atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, alcançam pessoas que pertencem a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A OMS estima a incidência do câncer em 2030 em torno de 27 milhões de casos, com 17 milhões de óbitos, além de 75 milhões de cidadãos doentes vivendo com a doença (anualmente). Dados internacionais revelam que em 2012 ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos. Nos países em desenvolvimento, desse total estimado, a incidência foi de 60% e a mortalidade atingiu 70%. As desigualdades regionais, socioeconômicas e culturais impactam desde o controle dos fatores de risco até a incidência e a prevalência de doenças crônico-degenerativas. Além disso, interferem na possibilidade de o cidadão receber tratamento tempestivo e adequado, o que dificulta o enfrentamento de mortes evitáveis ou preveníveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INCA, 2017).

No Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). Os tipos de câncer mais frequentes em homens, à exceção do câncer de pele não melanoma, serão próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). Nas mulheres, exceto o câncer de pele não melanoma, os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%) figurarão entre os principais. O câncer de pele não melanoma representará 27,1% de todos os casos de câncer em homens e 29,5% em mulheres (INCA, 2019a).

Além da repercussão dos dados de mortalidade e morbidade, o câncer gera grande impacto no desenvolvimento econômico quando se avalia os anos potenciais de vida perdidos na população economicamente ativa. Adicionado a isso, há uma atmosfera com forte carga de negação e temor da população, que constitui um tabu em relação ao câncer. Além de afetar a sustentabilidade econômica dos países, principalmente os em desenvolvimento, como o Brasil, traz consequências não mensuráveis ao indivíduo, à família e à coletividade (INCA, 2015).

Para enfrentamento do desafio global de ofertar serviços de saúde a uma população longeva, com doenças crônicas e comorbidades, se faz primordial a discussão sobre os cuidados paliativos. Segundo estimativa da Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (ANCP), há 20 milhões de pessoas que precisam desse tipo de assistência no mundo anualmente. Os adultos acima dos 60 anos representam 69% e crianças 6% das pessoas que precisam de tratamento paliativo para diversas doenças, incluindo as oncológicas (CONNOR; SEPULVEDA BERMEDO, 2014). A maior proporção de adultos que demandam esse tipo de tratamento está em países de baixa e média rendas. Segundo a OMS, aproximadamente um terço desses pacientes tem diagnóstico de câncer. O relatório da ANCP de 2014, divulgado em parceria com a OMS, informa que somente 10% dos que precisam dos cuidados paliativos no mundo recebem o tratamento. A dimensão das doenças crônicas na saúde global e sua relação com o aumento da demanda para cuidados paliativos levam à reflexão sobre como organizar a assistência oncológica a fim de atender ao impacto previsto para os sistemas de saúde.

Ao se conceber propostas para sistemas e serviços de saúde, o primeiro ponto a ser apresentado é o papel central dos recursos humanos (RH). De acordo com McPake, os profissionais são essenciais no desenvolvimento e efetividade dos sistemas de saúde, pois suas ações determinam a eficiência de utilização dos demais recursos (MCPAKE et al., 2013). Nessa perspectiva, os recursos humanos assumem a centralidade das concepções de políticas em saúde, considerando que um profissional com condições de garantir a assistência individual adequada corrobora diretamente para a segurança da coletividade e, conseqüentemente, para as políticas globais adotadas (LANCET, 2016) (WHO, 2016a).

Existem várias afirmações na literatura enfatizando que profissionais são o centro dos sistemas de saúde e que sem eles não há cuidado em saúde. A centralidade do papel desempenhado expõe o crescente reconhecimento da necessidade de atenção às atividades de recrutamento, treinamento, retenção, alocação e gestão desses profissionais. Há também evidências de que o investimento em pessoal de saúde sensibiliza áreas como a educação, possibilitando oportunidades de emprego para mulheres, facilita o trabalho decente ¹ no setor formal e abastece o crescimento econômico (WHO, 2016a) (DAVIAUD; CHOPRA, 2008).

¹ “O Trabalho Decente é o ponto de convergência dos quatro objetivos estratégicos da OIT: o respeito aos direitos no trabalho (em especial aqueles definidos como fundamentais pela Declaração Relativa aos Direitos e Princípios Fundamentais no Trabalho e seu seguimento adotada em 1998: (i) liberdade sindical e reconhecimento

Porém, essa constatação sobre a influência e necessidade de recursos humanos adequados para os sistemas de saúde vai de encontro à oferta de profissionais no mercado de saúde global. De acordo com estimativa da Organização Mundial da Saúde, haverá um aumento do déficit de 7.2 milhões de profissionais do ano de 2012 para 12.9 milhões até 2035. Países de baixa e média renda, como o Brasil, são os mais afetados pelas epidemias e escassez de profissionais (WHO, 2016a).

Os pesquisadores Sousa e Scheffer sinalizam que a escassez da força de trabalho em países de rendas média e baixa é acentuada por fatores como distribuição inadequada, treinamento inapropriado, supervisão falha, falta de regulação das práticas profissionais, desequilíbrios de habilidades na composição de equipes, pouca produtividade e baixo desempenho. Importante destacar que os países desenvolvidos também enfrentam problemas pelos cortes de orçamento devido à desaceleração econômica global. O envelhecimento da população é outro fator que pressiona o sistema com aumento da demanda por serviços de saúde (SOUSA et al., 2013) (DAL POZ et al., 2010).

Segundo a OMS, os países com alta renda também encontram desafios em relação à manutenção do financiamento de sistemas universais. Entretanto, esses países possuem planos estruturados para acompanhar o envelhecimento da população e contam com a migração de profissionais treinados de países em desenvolvimento para supressão do déficit de pessoal (WHO, 2016a). Este processo migratório de profissionais que beneficia o sistema de saúde de países desenvolvidos, por outro lado, é um desafio para o mercado de trabalho de saúde global, uma vez que se observa êxodo de uma quantidade significativa de profissionais em alguns países em desenvolvimento, levando ao agravamento do quadro de escassez profissional (SOUSA et al., 2013).

A OMS divulgou estratégias para recursos humanos com objetivos de melhorar o recrutamento, o desempenho dos profissionais e reduzir a rotatividade. Observa-se a ênfase na melhoria do desempenho (e não no aumento numérico) dos profissionais com vistas a resultados qualitativos mais rápidos, atrair mais trabalhadores e manter os existentes (OMS, 2006). A

efetivo do direito de negociação coletiva; (ii) eliminação de todas as formas de trabalho forçado; (iii) abolição efetiva do trabalho infantil; (iv) eliminação de todas as formas de discriminação em matéria de emprego e ocupação), a promoção do emprego produtivo e de qualidade, a extensão da proteção social e o fortalecimento do diálogo social.” (OIT, [s.d.]) Disponível em <http://www.ilo.org/brasilia/temas/trabalho-decente/lang--pt/index.htm>. Consultado em 15/11/2017

retenção de profissionais qualificados exige políticas específicas na gestão de RH e guarda relação direta com as possíveis formas de contratação e remuneração. A literatura traz exemplos de iniciativas recentes cujos resultados confirmam a relevância de desenvolver pesquisas para planejamento de recursos humanos a partir dos desafios locais e globais.

Um estudo na África do Sul, que se propôs a identificar fatores que influenciam a atração e retenção de jovens médicos para o campo da pesquisa, concluiu que a oferta de boas condições de trabalho, iniciativas de capacitação com tutoria, melhoria de financiamento e atualização acadêmica são mecanismos gerenciais exitosos para composição e estruturação do quadro de pesquisadores desejado (FLOOD; BLOCH, 2015).

No Brasil, uma pesquisa com médicos de família vinculou a alta rotatividade a múltiplos fatores como condições de trabalho inadequadas, insatisfação profissional, carga de trabalho excessiva, atividades irregulares de educação permanente e política frágil de plano de cargos, carreira e salários. Em contraposição a esse resultado, os autores sugeriram que fatores como vocação, identificação com a filosofia do trabalho e com a população atendida podem favorecer a permanência de profissionais (NEY; RODRIGUES, 2012).

Outro estudo na África do Sul utilizou características demográficas para avaliar a rotatividade voluntária dos profissionais, testando 14 variáveis. Nessa pesquisa, cinco variáveis apresentaram valor preditivo estatístico significativo: idade, tempo de serviço, centro de custos, *performance* e a interação entre anos de serviço e dependentes. O objetivo foi auxiliar os gestores na identificação de profissionais com risco de deixar o serviço e desenvolver mecanismos para mantê-los (SCHLECHTER; SYCE; BUSSIN, 2016). Essas constatações em origem local podem ser adotadas em segmentos diversos dos sistemas de saúde para reter profissionais, de acordo com as especificidades de cada sistema, local ou serviço.

Em uma proposta mais abrangente, os Observatórios de Recursos Humanos do Cone Sul, reconhecendo a complexidade da adaptação dos profissionais às necessidades de saúde da população, desenvolveram metas regionais para recursos humanos, sem negligenciar a diversidade e peculiaridades dos países. Foi realizado um esforço de cooperação técnica para planejamento de acordo com as mudanças sociais e epidemiológicas, com vistas a garantir um financiamento permanente para os países desenvolverem ações relacionadas ao quadro de pessoal na saúde (MANDELLI; RIGOLI, 2015).

Como mencionado anteriormente, os países de alta renda também convivem com problemas relacionados a recursos humanos. Por exemplo, na França, a oferta da força de trabalho é regulada na formação. O governo define o “*numerus clausus*”², controlando o acesso em escolas médicas e também para outras profissões de saúde. No nível regional, essa medida considera e atenua, de certa forma, a má distribuição geográfica da força de trabalho. Porém, após a graduação, os profissionais autônomos por questões pessoais e profissionais migram para outras regiões, contribuindo para a manutenção da inequidade do sistema de saúde (CHEVREUL et al., 2015).

De acordo com o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, hospitais e outros serviços necessitam de um número apropriado de profissionais bem treinados e motivados. Por isso, sugere que o planejamento incorpore a disponibilidade e competência dos recursos humanos, conjugando o investimento de capital e a força de trabalho para saúde. Pesquisas apontam que a melhoria nos ambientes de trabalho, com projetos arquitetônicos funcionais, sustentáveis, com equipamentos modernos, pode ser um investimento importante para melhorar o recrutamento, a retenção e a motivação do *staff*. Como exemplo, pode ser citado o Conselho Internacional de Enfermeiros, que motivou a competição entre provedores para ter “ambientes de práticas positivas” (*positive practice environments*), ou seja, locais de trabalho que primam pela excelência, para atrair e reter enfermeiros. Essa crescente preocupação vem sendo estimulada pela potencial melhora na produtividade, na motivação e na redução do absenteísmo. No Reino Unido há uma ferramenta denominada ASPECT - *A Staff and Patient Environment Calibration Tool* (Ferramenta para aferir o ambiente do staff e do paciente) - para avaliar os ambientes de saúde a partir de oito áreas de desempenho, envolvendo pacientes e profissionais (WRIGHT; EDWARDS, 2009).

Os métodos mais utilizados para cálculo de recursos humanos são desenvolvidos a partir da demanda, das necessidades da população, de metas governamentais de produtividade para os serviços e do indicador de densidade de profissionais por uma população determinada. Porém,

² *Numerus clausus* (número fechado em latim) - Limite máximo estabelecido de indivíduos ou entidades que podem ser admitidos num organismo ou instituição. É um dos muitos métodos usados para limitar o número de alunos que podem estudar em uma universidade. Em muitos casos, o objetivo do *numerus clausus* é simplesmente limitar o número de alunos para o máximo possível em algumas áreas de estudos particularmente procuradas. (“Dicionário Priberam”, [s.d.]) Disponível em <https://dicionario.priberam.org> Consultado em 13/08/2019

não há uma metodologia específica que resolva os problemas de recursos humanos de um sistema de saúde; por isso, é importante testar métodos em instituições, serviços ou setores visando o compartilhamento de experiências e contribuição para o aprimoramento do planejamento de recursos humanos em saúde

O dimensionamento de profissionais de oncologia, com ênfase para os cuidados paliativos, é peça importante do planejamento em saúde. Essa afirmação se ampara na característica de cronicidade do câncer, na complexidade dos tratamentos oncológicos disponíveis e nas estimativas mundiais de escassez de profissionais para a saúde. Observa-se a necessidade de planejar a oferta de serviços considerando a transição epidemiológica, o envelhecimento da população e a urgência de uma força de trabalho adequada numérica e tecnicamente para esse cenário.

Do ponto de vista gerencial, ao prever necessidades de pessoal, é importante pensar no funcionamento das equipes, ou seja, nas relações inerentes às composições multiprofissionais. Por isso, nesta pesquisa, diferentemente de outros estudos com proposição semelhante que se ativeram a uma ou duas categorias de saúde, foi selecionada a composição total da força de trabalho de nível superior do serviço com assistente social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição e psicologia. A possibilidade de inserção e participação de todas as categorias profissionais envolvidas no dimensionamento pode ser um reforço positivo para o fortalecimento da multidisciplinaridade. Tal raciocínio é pertinente para equipes de cuidados paliativos, cuja essência de funcionamento é o trabalho conjunto, com troca e valorização de conhecimentos e experiências.

. O objeto de estudo foi o dimensionamento de profissionais de saúde para cuidados paliativos em uma instituição complexa de oncologia, com foco nas especificidades de gestão de recursos humanos e, mais particularmente, de carga de trabalho a serem considerados no planejamento das equipes e da oferta de serviços. A pergunta norteadora foi: o dimensionamento com base na mensuração da carga de trabalho é aplicável no processo de planejamento na área de cuidados paliativos oncológicos?

O **objetivo geral** do presente trabalho foi contribuir para o dimensionamento dos recursos humanos de saúde no âmbito dos cuidados paliativos em oncologia. Os **objetivos específicos** foram: 1- revisar criticamente metodologias de dimensionamento de recursos humanos que podem ser utilizadas para cuidados paliativos; 2- analisar a carga de trabalho dos recursos

humanos de saúde em uma unidade complexa de cuidados paliativos oncológicos e 3- elaborar recomendações de dimensionamento e padrões de atividades no processo de trabalho de cuidados paliativos em oncologia.

O marco conceitual para desenvolvimento da pesquisa foi baseado na teoria funcionalista, que defende que os sistemas e serviços de saúde são destinados a organizar o ordenamento da sociedade. Dentro do marco funcionalista foi utilizada a abordagem de Gilles Dussault, que enfatiza que para o planejamento de recursos humanos cooperar com a organização de um serviço ou de um sistema de saúde, deve considerar a quantidade de profissionais necessários, se estes possuem as competências e habilidades adequadas à função a ser exercida e como são distribuídos, pois o profissional preparado e alocado corretamente qualifica a oferta de recursos e facilita o acesso da população aos cuidados de saúde.

Na literatura, observa-se a carência de estudos sobre dimensionamento de pessoal para cuidados paliativos. Pesquisas nesta área ajudariam a sensibilizar planejadores de RHS no desenvolvimento de políticas abrangentes e sustentáveis, considerando os diferentes aspectos e nuances das linhas de tratamento oncológico.

Os cuidados paliativos necessitam de uma equipe capacitada e dimensionada adequadamente para ofertar serviços de qualidade aos pacientes e familiares. Ao mesmo tempo, a concepção da palição deve estar disseminada entre todos os profissionais, inclusive os que atuam nas linhas de tratamento com objetivo de cura. Para o bom funcionamento dos serviços e para um atendimento de qualidade ao paciente e aos familiares, esse conhecimento compartilhado poderá garantir a pronta inserção na modalidade de assistência “cuidados paliativos” quando a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia não oferecerem benefícios para a recuperação do paciente.

Esta pesquisa trata de tema inédito e relevante para a saúde pública ao utilizar uma ferramenta da Organização Mundial de Saúde denominada WISN para o estudo de diversas categorias profissionais, dando visibilidade à questão de recursos humanos em cuidados paliativos. Além disso, oferece subsídios para o aperfeiçoamento da estimativa, alocação e retenção de profissionais, contribuindo para o avanço das discussões no âmbito dos cuidados paliativos. Dessa forma, constitui uma contribuição acadêmica para o avanço das políticas de cuidados paliativos e fortalecimento da Política Oncológica no Brasil.

A tese no primeiro capítulo apresenta revisão bibliográfica sobre os temas: planejamento de recursos humanos em saúde; contexto dos cuidados paliativos nos cenários global e nacional; o papel e as atribuições de profissionais paliativistas e informações sobre o Instituto Nacional do Câncer. O segundo capítulo descreve o marco conceitual com base na perspectiva funcionalista e os métodos utilizados para cada etapa da pesquisa. O terceiro capítulo é dedicado aos resultados e à discussão dos seguintes temas: a carência na literatura de dimensionamento das categorias que atuam em cuidados paliativos; o conhecimento adquirido pela pesquisadora no trabalho de campo; as estratégias de coleta e análise de dados para aplicação do método WISN e os depoimentos de gestores de instituições oncológicas das esferas federal e municipal sobre o tema. Para finalizar, são apresentadas reflexões e recomendações para dimensionamento de pessoal em cuidados paliativos, enfatizando a carga de trabalho, com o intuito de demonstrar a aplicabilidade do método e encorajar gestores e planejadores a considerarem recursos humanos como elementos-chave para o desenvolvimento de uma Política de Cuidados Paliativos no país.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Planejamento da força de trabalho em saúde

Planejamento de recursos humanos, para Dreesch, é um processo complexo, pois, além de envolver aspectos técnicos, os métodos adotados devem respeitar os componentes políticos. Por isso, deve ser realizado para além da estimativa de números. Por exemplo, a epidemiologia é determinante para dimensionar recursos humanos em sistemas de saúde com financiamento público e acesso baseado nas necessidades; já para serviços privados com acesso definido pela disponibilidade de pagamento, o fator econômico é o que vai direcionar a composição do quadro de profissionais. O autor também ressalta que o planejamento deve ser um processo multisetorial, multidisciplinar, combinar dados qualitativos e quantitativos e considerar informações macro e microeconômicas para melhor integração e coordenação dos recursos humanos nas políticas governamentais (DREESCH et al., 2005).

O principal objetivo dos planejadores de políticas de saúde é garantir recursos disponíveis para o acesso da população aos serviços de saúde para manutenção ou melhoria das condições de saúde. O desafio que se impõe é garantir recursos humanos suficientes nos sistemas de saúde para oferecer esses serviços (VUJICIC; ZURN, 2006).

Convém explicitar que o conceito de oferta de profissionais diz respeito ao número de indivíduos com qualificação necessária que estão dispostos a trabalhar no setor saúde (“oferta potencial”), o que não é o mesmo que indivíduos que estão trabalhando ou que possuem a qualificação necessária para trabalhar. A literatura alerta para o aprendizado resultante de equívocos de políticas anteriores: para alterar a oferta de profissionais não basta simplesmente treinar mais pessoas para o mercado de trabalho (VUJICIC; ZURN, 2006). Para iluminar esta reflexão, trazemos a afirmação da OMS que a oferta de força de trabalho consiste não somente no número disponível de prestadores, mas também como eles são distribuídos, organizados e motivados (DAL POZ et al., 2010).

Os métodos mais utilizados para cálculo de recursos humanos são desenvolvidos a partir da demanda, das necessidades da população, de metas governamentais de produtividade para os

serviços e do indicador de densidade de profissionais por uma população determinada (DREESCH et al., 2005).

1.1.2 Métodos mais utilizados em planejamento de saúde

Para avançar na discussão do tema, sintetizamos os estudos sobre métodos mais utilizados para o planejamento de RH, com vistas a considerações futuras. *A priori*, a proposta de projetar força de trabalho é racionalizar as opções políticas baseadas no financiamento factível para garantir o equilíbrio entre a força de trabalho solicitada e a expectativa de oferta no sistema de saúde (DAL POZ et al., 2010).

O método baseado em necessidades é uma abordagem profunda que vincula aspectos demográficos, culturais e epidemiológicos. Avalia as prováveis mudanças requeridas a partir da alteração dos padrões das doenças, deficiências e danos e o número de serviços necessários para atender a esses resultados (DAL POZ et al., 2010). Dreesch critica as estimativas baseadas neste método, considerando que formuladores de políticas e especialistas precisam de informações epidemiológicas consistentes, o que não é comumente observado. Relata, também, que há limitação no modelo no que se refere ao atendimento das necessidades individuais de saúde, uma vez que enfatizam as principais necessidades coletivas de uma população e não consideram as impressões dos profissionais para definição de estratégias (DREESCH et al., 2005). A utilização exclusiva do método também é criticada por Daviaud, por se apoiar na organização estática e isolada de serviços com diferentes graus de complexidade, mesclar os conceitos de demanda e oferta e, por fim, gerar a expectativa de obtenção de recursos orçamentários para ampliação do quadro de pessoal a partir da identificação simplista de carências de profissionais (DAVIAUD; CHOPRA, 2008). Em relação às necessidades de saúde, uma corrente avalia que independente do que for ofertado, sempre haverá necessidades não atendidas. No outro extremo, há defensores de que as necessidades são finitas; à medida que os serviços atingem um determinado nível, os benefícios da população passam a ser desprezíveis ou negativos. Porém, considerando a limitação de recursos, pode-se deduzir que nem todas as necessidades poderão ser atendidas e será preciso definir as escolhas. Dessa forma, as necessidades podem ajudar na decisão para alocação de recursos, mas não são o único elemento no processo (VUJICIC; ZURN, 2006).

A estimativa de recursos humanos a partir da demanda é norteada por estruturas para assistência e oferta de serviços e especialistas já disponíveis. O cálculo de trabalhadores é baseado na utilização dos serviços e as solicitações para a força de trabalho podem oscilar se houver mudança na estrutura da população (DREESCH et al., 2005). Esta abordagem é apoiada na projeção da taxa de utilização por diferentes grupos e prescinde de considerações sobre variáveis relevantes. O escopo e natureza das demandas por serviços são convertidos para necessidades de profissionais a partir de normas e padrões de produtividade estabelecidos (DAL POZ et al., 2010). Logo, a demanda por serviços de saúde sofre influência das necessidades de saúde identificadas.

Corroborando com afirmação anterior, o que é desejável pode não ser factível, dada a limitação de recursos e outros elementos como características demográficas, fatores econômicos e sócios culturais. A demanda pode ser sensibilizada pelo preço dos serviços, por informações assimétricas entre demanda e necessidade e pela indução de profissionais e prestadores de serviços. Além disso, um quantitativo adequado de recursos humanos baseado exclusivamente na demanda não garantirá a qualidade da oferta e melhores resultados de saúde da população (VUJICIC; ZURN, 2006).

Outro método correntemente utilizado é a definição governamental de metas para os diferentes níveis de atenção, a partir da tecnologia disponível, da demanda da população para alguns serviços e da disponibilidade de profissionais com habilidades específicas (DREESCH et al., 2005). Um tipo de abordagem utilizada para tais projeções é a densidade profissional/população, cujo critério está baseado na projeção de profissionais para um limite populacional (por exemplo, n ginecologistas para cada 100.000 mulheres). É uma projeção simples que exige poucos dados, porém tem limitações como, por exemplo, a suposição de homogeneidade na produtividade e número dos profissionais e da população por um período de tempo (DAL POZ et al., 2010). Também podem ser observadas limitações na percepção de mudança das características populacionais e nas questões geográficas, que podem impactar o acesso das pessoas ao serviço (DAVIAUD; CHOPRA, 2008).

O método de normas de produtividade é uma alternativa que define metas de produção e utilização de vários tipos de serviços, como base para projetar o *staff* em número e formato de acordo com normas de desempenho numérico de atendimentos (DAL POZ et al., 2010). Dessa forma, os recursos humanos podem ser organizados a partir da utilização dos serviços ofertados e

a oferta pode não representar fielmente a demanda. De acordo com esse arranjo, não há previsão de alteração do quadro de trabalhadores, nem de mudança dos índices de produtividade (DAVIAUD; CHOPRA, 2008).

Para Vujicic e Zurn (2006), as condições de saúde determinam as necessidades, que por sua vez influenciam a demanda por profissionais. Sendo assim, representam o resultado ou nível de saúde alcançados por uma população. Para mensuração das condições de saúde, são adotadas abordagens como expectativa de vida, taxa de mortalidade (geral ou específica), taxa de morbidade e taxa de incidência de determinada doença. Também são utilizadas formas mais elaboradas, como anos de vida ajustados e expectativa de vida ajustada, que combinam dados de morbidade e mortalidade, ampliando a abordagem das condições de saúde. Outro exemplo de avaliação mais abrangente citado pelos autores é a qualidade de vida ajustada, que combina qualidade com sobrevida.

Todas essas abordagens para o planejamento de recursos humanos para a saúde apresentam limitações metodológicas, quando aplicadas em um país. Geralmente, o planejamento é interpretado como uma técnica descolada da política de saúde nacional. Os dados utilizados não são fidedignos nem completos, o que dificulta a informação adequada para a tomada de decisão. Além disso, há uma valorização dos dados quantitativos e pouca informação qualitativa. Outra limitação destacada na literatura é que o planejamento é desenhado considerando profissionais médicos e enfermeiros, descartando outros trabalhadores que poderiam colaborar com a produtividade e qualidade da prestação de serviços, a partir do redesenho das tarefas executadas. Os recursos comprometidos para assistência à saúde e a situação econômica do país também não são considerados nesses métodos. Outro ponto importante é que as suposições sobre necessidade de pessoal precisam ser avaliadas pela acurácia e relevância (DREESCH et al., 2005).

De acordo com a OMS, as variáveis que determinam as necessidades de recursos humanos e que precisam ser previamente identificadas para se organizar as projeções são: crescimento e mudanças demográficas; políticas e legislação de saúde; mudanças tecnológicas; carga de doenças; utilização de serviços e prestadores; padrões de qualidade dos serviços; eficiência organizacional; *mix* de habilidades; *performance* dos prestadores; demanda pública e expectativas; disponibilidade e meios de financiamento (DAL POZ et al., 2010)

Em vários países, planejamento e implementação de estratégias para força de trabalho em saúde encontram limitação pelos seguintes motivos: atenção insuficiente ao processo; falta de uso

ou perda do acesso aos métodos e ferramentas para enfrentar desafios em países de baixa e média rendas; dados e informações dispersos no sistema e sem acurácia; problemas no desenvolvimento e retenção dos profissionais; baixa produtividade; necessidades dos serviços não atendidas; saídas de profissionais para o setor privado; pouco envolvimento dos envolvidos no processo e argumentos insuficientes para atrair recursos para implementação (DAL POZ et al., 2010)

Além do conhecimento dos métodos de planejamento de profissionais descritos, Vujicic sinaliza que conceitos como status de saúde, necessidades de cuidados de saúde, demanda por serviços, demanda por profissionais e oferta de profissionais precisam de detalhamento para ajudar a previsão de recursos humanos no mercado de saúde (VUJICIC; ZURN, 2006).

Considerando que não há uma metodologia específica que envolva todos os aspectos descritos e resolva os problemas de recursos humanos de um sistema de saúde, é importante testar métodos em instituições, serviços ou setores visando o compartilhamento de experiências e contribuição para o aprimoramento do planejamento de recursos humanos em saúde.

1.1.3 Método de planejamento de pessoal com indicadores de carga de trabalho

O WISN é uma ferramenta desenvolvida em 1998 por Peter Shipp e Peter Hornby, para ser utilizada para várias instâncias em um país, tais como ministério de saúde, instituições nacionais, níveis regional e local de gestão, instituições e serviços (SHIPP, 1998). A OMS vem aperfeiçoando e utilizando essa ferramenta em vários países. Pode ser aplicada por instituições governamentais, organizações não-governamentais, serviços privados e para todas as categorias profissionais, incluindo as pessoas que atuam na área administrativa. É um método simples, aplicável para tomada de decisão para todos os níveis de serviços de saúde, tecnicamente aceitável e compreensível para gestores de serviços de saúde e da área administrativa, que utiliza dados secundários e aponta onde há necessidade real de financiamento e alocação de recursos.

Além disso, o método auxilia gestores de recursos humanos a determinar quantos trabalhadores são necessários para um determinado hospital, centro ou serviço de saúde, favorecendo o planejamento de pessoal necessário para prestação de serviços em estabelecimentos de saúde. A ferramenta é baseada no cálculo da carga de trabalho dos profissionais a partir da definição de padrões de atividades e do tempo necessário para executar

as tarefas realizadas por cada categoria. Permite comparar a dotação de pessoal entre serviços e também possibilita avaliar a pressão da carga de trabalho para os profissionais.

Os resultados oferecidos, que podem subsidiar decisões gerenciais, são de dois tipos: diferença e razão. O primeiro evidencia a diferença entre o número real de profissionais e a quantidade necessária, o que demonstra o nível de escassez ou excesso tanto para uma categoria específica, quanto para uma equipe ou para o serviço de saúde. O outro tipo de resultado é uma razão, ou seja, a relação entre o pessoal disponível e o necessário, apontando a pressão da carga de trabalho com a qual os profissionais estão lidando (WHO, 2010).

Essas informações servem para identificar iniquidades nas categorias, na equipe, nos serviços, entre diferentes estabelecimentos e entre regiões. Podem ajudar tanto na melhoria da situação dos profissionais alocados, quanto na definição de prioridades para receber novos profissionais ou transferir os que já existem, pois a análise da carga de trabalho é um componente relevante para decidir quais serviços precisam receber a máxima prioridade.

Há experiências estrangeiras e nacionais que atestam a aplicabilidade do WISN em cenários diversos, no que concerne a número de categorias analisadas, quantidade e diversidade de instituições nas quais o método foi aplicado, tipo de financiamento e objetivos.

Na Indonésia, foi elaborado um decreto que autorizou a utilização de três métodos combinados para enfrentar a dificuldade de planejar a força de trabalho em diferentes serviços. Foram utilizados os métodos de capacidade instalada hospitalar, profissional/densidade populacional e o WISN. A abordagem foi *top-down* (descendente), muito centralizada e pouco efetiva no nível local. Em uma nova abordagem, foram analisadas parteiras de um centro de saúde e enfermeiras em um hospital. Foi permitida a participação dos profissionais, inclusive na análise de dados, o que motivou a implementação do método em outros distritos, chegando a 11 distritos. A partir dessa experiência realizada em 2008, foi avaliado que em um sistema de governo descentralizado a abordagem *bottom-up* (ascendente) para introduzir o método é mais efetiva do que uma política de implantação *top-down*. Os resultados obtidos foram úteis para classificar os papéis dos profissionais e das categorias. Foi constatado que aplicar o método para todos os profissionais ao mesmo tempo é mais valioso para definir o papel do que aplicar para uma categoria por vez. O WISN foi considerado mais efetivo por ter sido combinado com outra metodologia de planejamento da força de trabalho. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Em Moçambique, os indicadores de carga de trabalho foram utilizados na década de 90 a partir de observação direta e relatos de profissionais. A experiência de utilização do WISN em 2004 ocorreu em duas províncias, com 3 categorias profissionais em 13 serviços de saúde. A aplicação do método incluiu várias categorias profissionais que trabalhavam em hospitais ou centros de saúde nas zonas rural e urbana. Os objetivos foram validar a aplicabilidade do método no país e aumentar o uso das medidas de carga de trabalho para melhorar as tomadas de decisão com integração de diferentes sistemas de informação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Uganda possui um sistema de saúde descentralizado. Perante o desafio de ofertar força de trabalho qualificada para atender as necessidades da população, aplicou o método WISN por uma iniciativa do ministro da saúde com apoio técnico e financeiro de um doador externo. O cenário apontava um número insuficiente de profissionais, distribuição desigual entre as regiões, treinamento e remuneração baixa. As atividades foram desenvolvidas em dois distritos para médicos, enfermeiros e parteiras em vários tipos de instalações de saúde – hospitais gerais, públicos, privados e centros de saúde. O estudo demonstrou o impacto do método em determinar as necessidades do *staff* e foi expandido para quinze distritos tendo como base os padrões desenvolvidos. Houve também um estudo realizado com médicos, enfermeiros, parteiras e profissionais que atuam em um hospital privado de nível terciário para auxiliar a gestão em resolver problemas como *turnover* e identificar sobrecarga de trabalho na enfermagem. Devido à complexidade de questões econômicas, sociais e do perfil dos pacientes atendidos, foi identificado que as normas aplicadas a outros hospitais não poderiam ser empregadas. O trabalho foi desenvolvido com a participação de estudantes de gestão de serviços de saúde da Universidade de Uganda e supervisão de experts no método WISN. O padrão de atividades foi elaborado com autorrelato e observação para determinar o tempo requerido para cada atividade. Por ser um hospital privado, desvinculado de normas rígidas do serviço público, houve liberdade para determinar mudanças e tomadas de decisão. O envolvimento dos profissionais favoreceu a aceitação da experiência pela força de trabalho e a gestão local foi convencida da necessidade de financiamento para implantar o método (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O WISN também foi utilizado em um hospital de ensino na Índia, com anestesistas e enfermeiros. O estudo identificou uma escassez de profissionais relacionada com a sobrecarga de trabalho (SATISH et al., 2015).

Na Namíbia, com o objetivo de reestruturar o sistema de saúde e melhorar a qualidade dos serviços ofertados, o WISN foi aplicado em treze regiões, em quatro tipos de serviços: clínica, centro de saúde, hospital distrital e hospital intermediário. As categorias analisadas foram médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes de farmácia. Foi identificada escassez do número de médicos e farmacêuticos e má distribuição dos profissionais nos serviços. O método colaborou para revisão das normas sobre o papel e atribuições dos profissionais e para determinar a necessidade de pessoal para atender a carga de trabalho real (MCQUIDE; KOLEHMAINEN-AITKEN; FORSTER, 2013).

Em Botsuana, o Ministério da Saúde decidiu melhorar o planejamento de pessoal com o desenvolvimento de normas para instituições de saúde, a partir da utilização de uma ferramenta que permitisse a análise da carga de trabalho. O estudo cobriu dezesseis categorias profissionais em diversos tipos de serviços de saúde no país. A experiência demonstrou a importância de desenvolver padrões de atividade com vários métodos, incluindo o uso de questionários, observação direta e estimativa de tempo por especialistas, para a obtenção de resultado mais válido e confiável do que aqueles que dependem somente de uma metodologia, como, por exemplo, o relato de profissionais. Foi observado que a definição de papéis, responsabilidades e participação dos profissionais envolvidos colaboram para melhores resultados (WHO, 2016b).

A experiência do Quênia foi iniciativa das áreas de planejamento e recursos humanos do Ministério da Saúde e obteve apoio técnico e financeiro governamental para aplicação após a divulgação dos benefícios da utilização do WISN. A proposta geral foi estabelecer as normas de padrões com o objetivo de replicar para todo país. Devido ao custo e à urgência de testar o método, um hospital geral foi selecionado por uma amostra para o projeto piloto. O estudo envolveu todos os trabalhadores do hospital nas suas unidades de trabalho e dentro das suas categorias profissionais, baseado na *performance*, no gerenciamento de informação de saúde e na história de qualidade de atendimento ao paciente. Especialistas divididos em quatro comitês definiram os componentes de carga de trabalho e as principais atividades para cada quadro em atividades padrões, incluindo as atividades de suporte e adicionais. Os padrões de trabalho foram definidos para cada quadro por um grupo treinando pela OMS (WHO, 2016b).

Em Gana, o mote para a utilização do WISN foi a necessidade de revisar as normas, com a proposta de uma versão atualizada que considerasse carga de doenças, novos serviços e mudanças tecnológicas na saúde. O objetivo foi definir uma distribuição equitativa da força de

trabalho e conseguir subsídios técnicos para justificar recursos adicionais. O trabalho foi desenvolvido em cinco regiões com dezoito serviços de diferentes níveis de complexidade, tais como, centro de saúde, policlínicas, hospitais distritais, hospital regional, hospital especializado em psiquiatria e hospital de ensino. Para o estudo sobre o *staff* clínico, foram realizadas entrevistas, grupos focais, observação direta, além da contribuição de especialistas para definir os componentes de carga de trabalho (WHO, 2016b).

Há registros de experiências do uso do método com apoio técnico da OMS em Ruanda, no Congo, no Egito, em Fiji e na República Dominicana, que também adotaram o WISN para auxiliar na tomada de decisões na organização do sistema de saúde (WHO, 2016b).

No Brasil, houve experiências com o método WISN, dentre as quais podem ser destacadas: um estudo com abordagem quantitativa, realizada em unidades de clínica médica, cirúrgica, terapia intensiva e semi-intensiva de um hospital de ensino e uma unidade de saúde da família para a enfermagem (LAUS, 2014); uma pesquisa multicêntrica em 12 estados com enfermeiros e técnicos de enfermagem de 27 unidades de Saúde da Família (BONFIM, 2014) e estudo sobre carga de trabalho de médicos de um hospital público especializado em traumatologia e ortopedia (MACHADO, 2015).

Embora haja na literatura experiências exitosas da aplicação do WISN, é importante ressaltar que outras ferramentas podem ser necessárias para complementar a avaliação. O WISN é uma opção em um rol de ferramentas disponíveis que podem auxiliar a gestão e o planejamento de recursos humanos. Aplicar um método tradicional com uma ferramenta como o WISN pode ajudar a construir um sistema de RH mais robusto do que a opção de utilizar somente um método de forma isolada. A aplicação dessa ferramenta pode ser limitada devido à dependência de estatísticas com informações fidedignas para garantir acurácia das análises. Os dados utilizados, que são sempre de um ano anterior, podem ser corrigidos anualmente, a cada aplicação da ferramenta.

O método é um norteador para mudanças gerenciais na área de RH; contribui para decisões gerenciais; aponta onde há sobrecarga de trabalho; permite revisar e ajustar a distribuição de tarefas no quadro de pessoal; favorece a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e produz indicadores que servem de base para o estabelecimento de plano de contratações futuras.

1.2 Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos foram inseridos como componente do cuidado integral na Portaria nº 874 de 2013 (BRASIL, 2013). A partir desse marco no Brasil, os cuidados paliativos passam a ser uma modalidade de tratamento junto com a quimioterapia, radioterapia e cirurgia. O diferencial é que a utilização de recursos terapêuticos com foco exclusivo para a cura foi ampliada para a oferta de tratamento digno quando não há possibilidade de recuperação da doença, visando o alívio do sofrimento, com protagonismo do paciente nas decisões e inclusão da família na oferta de assistência pela equipe.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu um conceito para cuidados paliativos em 1990, que foi atualizado em 2002:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (INCA, 2017)³

Para Floriani, os cuidados paliativos constituem um campo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, dispensados aos pacientes com doenças avançadas e em fase terminal. Seu arcabouço teórico é baseado na filosofia do Moderno Movimento Hospice – o cuidar de um ser humano que está morrendo, e de sua família, com compaixão e empatia. Inicialmente conhecido como “assistência hospice”, o termo “cuidados paliativos” foi sendo absorvido pela comunidade científica, dentro de uma perspectiva que inclui, além dos cuidados administrados, o ensino e a pesquisa. (FLORIANI; SCHRAMM, 2007)

Na visão de Menezes, cuidados paliativos consistem na assistência ativa e integral para pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida, tanto para o paciente como para seus familiares. A medicina paliativa consiste em controlar a dor e demais sintomas, evitar o sofrimento e prolongar ao máximo a vida. (MENEZES; BARBOSA, 2013).

Pela abrangência da oferta assistencial prestada, os cuidados paliativos são importantes desde o diagnóstico tanto para a equipe manejar as indicações de forma assertiva como para

³ Disponível no site do INCA: www.inca.gov.br

pacientes e familiares se sentirem acolhidos e partícipes do tratamento. Porém, devido a fatores técnicos e subjetivos, tais como a formação de profissionais da saúde voltada majoritariamente para a cura e os tabus familiares, sociais e religiosos que envolvem a finitude, há vários obstáculos para reconhecer e aceitar o tratamento em questão. Isso pode ser percebido em expressões consagradas como “fora de possibilidade terapêutica” (FPT) que ainda hoje é largamente utilizada por profissionais paliativistas, negligenciando o fato de a palição⁴ constituir uma terapêutica, embora sem um horizonte de cura.

Os cuidados paliativos são configurados com base nas necessidades de pacientes e familiares e não apenas com ênfase no diagnóstico ou no prognóstico. Por isso, podem ser disponibilizados em fases mais precoces da doença (qualquer que ela seja), mesmo que haja possibilidade de investimento no tratamento ou finalidade de prolongar a vida.

Assumirão importância progressivamente maior à medida que as necessidades dos doentes assim o justifiquem. Configuram, portanto, um modelo de intervenção flexível, não exclusivo nem dicotômico, conducente à prestação de cuidados com continuidade, partilhados e preventivos. Todas as pessoas com doenças crônicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado são candidatas a cuidados paliativos (BRAGANÇA, 2011a, p.29)

Observa-se que, mesmo na literatura recente, há um descompasso entre conceitos e expressões, que atrelam os cuidados paliativos necessariamente à morte e não a uma possibilidade de cuidar do ser humano com respeito à sua dignidade até a finitude e para além dela, com atenção ao luto das famílias. Um exemplo é a expressão “prolongamento da vida” que vai de encontro ao consenso atual sobre cuidados paliativos e pode ser confundida com a utilização excessiva e desnecessária de recursos tecnológicos disponíveis sem benefício direto ou indireto, denominada de “obstinação terapêutica” “futilidade terapêutica” e “encarniçamento terapêutico”, que é ponto nevrálgico de críticas dos paliativistas (MENEZES, 2004). Dentre os princípios dos cuidados paliativos, a Resolução do MS nº 41 de 2018 repudia as futilidades diagnósticas e terapêuticas, com ênfase à afirmação da vida, à aceitação da morte como um processo natural e ao respeito à evolução natural da doença, sem acelerar nem retardar a morte

⁴ Palição vem do latim “pallium” e significa capa, manto. A conotação é de proteção e acolhimento para os sintomas e a progressão da doença subjacente (FLORIANI; SCHRAMM, 2007)

(MINISTÉRIO DA SAÚDE; GABINETE DO MINISTRO; COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2018). Dessa forma, os cuidados paliativos constituem um suporte para que o paciente viva com autonomia, e o mais ativamente possível de acordo com as limitações impostas. O Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução 1805/2006 permite ao médico limitar ou suspender tratamentos que prolonguem a vida na fase terminal de doenças graves e incuráveis, com garantia de uma assistência integral no alívio do sofrimento. Esta norma e a Resolução 1995/2012, que trata das diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, amparam o respeito à vontade do paciente e de seu representante legal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; GABINETE DO MINISTRO; COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2018).

No Brasil, a assistência oncológica foi regulamentada por meio das Portarias GM/MS nº. 3.535 e nº. 3.536 de 1998, que tratavam, respectivamente de critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia e da cobrança de procedimentos ambulatoriais. Essas normas propiciaram um planejamento para estruturação do acesso e para definição de parâmetros para a assistência oncológica com tratamento integral. Porém, não havia menção sobre o fluxo em rede no SUS, o que seria crucial para evitar fragmentações na oferta de serviços prestada pelos diferentes níveis de atenção. Com a Portaria GM/MS nº. 2.439, de 2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), com foco na integralidade da assistência e previsão de um conjunto de ações, quais sejam: promoção e prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em todos os níveis de complexidade, com mecanismo de referência e contrarreferência (MIGOWSKI et al., 2018). Na Portaria SAS/MS nº. 741, de 2005, houve revisão de critérios para habilitação dos hospitais em oncologia (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2005).

O Ministério da Saúde lançou no ano de 2010 as Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde, vislumbrando a integração de ações e serviços de saúde com apoio técnico, logístico e de gestão para garantir a integralidade do cuidado.

O conceito de “atenção oncológica” foi substituído para “controle do câncer” e em 2013 foi divulgada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). Essa norma aborda o caráter prevenível do câncer, apresenta componentes da rede de atenção à saúde, atribui responsabilidades aos entes federados e reforça princípios e diretrizes de promoção, prevenção, cuidado integral, vigilância, educação, comunicação e incorporação tecnológica.(MIGOWSKI et al., 2018)

O papel dos cuidados paliativos na atenção integral foi evidenciado na 67ª Assembleia da OMS, realizada em 2014, com a recomendação para o desenvolvimento, fortalecimento e implementação de políticas públicas para apoiar os sistemas de saúde, em todos os níveis (ANCP, 2017).

No âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a proposta para organizar as diretrizes dos cuidados paliativos no SUS, no contexto de continuidade e integralidade da assistência, foi apresentada na Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE; GABINETE DO MINISTRO; COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2018). Essa norma define pontos importantes do que se espera dessa modalidade de tratamento como multidisciplinaridade, prevenção e alívio do sofrimento, início da oferta dos cuidados paliativos a partir do diagnóstico e abordagem e sintomas de origem física, psicossocial e espiritual.

O objetivo é que os cuidados paliativos estejam integrados na RAS para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, com assistência humanizada, abrangência de todas as linhas de cuidado e todos os níveis de atenção, baseada em evidências e com acesso equitativo. Dessa forma, há previsão de oferta de cuidados paliativos na atenção básica, na atenção domiciliar, em serviços ambulatoriais, urgências, emergências e atenção hospitalar. O desenho é que o acompanhamento longitudinal seja realizado em qualquer ponto da rede, com coordenação de cuidados e plano terapêutico ajustado à complexidade das necessidades e possibilidades do paciente e dos familiares, inclusive no domicílio.

Uma vez que a melhoria da qualidade de vida associada à longevidade deverá acarretar o aumento da incidência de doenças crônicas e constituirá um desafio para os sistemas de saúde, o dimensionamento do quadro de pessoal para o controle da doença ganha relevância. Por isso, a preocupação sobre suficiência ou insuficiência de profissionais para acolher e tratar pessoas com câncer deve estar na pauta do dia.

Impulsionada por essa realidade, advém a necessidade de capacitar profissionais e redesenhar os sistemas de saúde para tratar um número elevado de pacientes crônicos. Somado a isso, a distribuição da força de trabalho precisa ser planejada para o funcionamento equânime de um sistema. Por essas razões, a proposta de dimensionamento deve considerar um método que evidencie as necessidades reais - e não as estimadas ou percebidas - para a oferta de uma atenção qualificada. Esse raciocínio também é aplicável à composição das equipes, bem como aos problemas *vis a vis* a deficiência técnica na atuação, baixa *performance* e alocação inadequada. A

previsão e alocação da força de trabalho devem seguir um planejamento de médio e longo prazos, norteado por decisões gerenciais tecnicamente subsidiadas e com a participação dos profissionais.

McPake advoga que, para ser efetivo, o sistema de saúde deve possuir o número certo de profissionais, um mix de categorias e garantir que os trabalhadores tenham motivação e habilidades para desempenhar suas atribuições. A pesquisadora adverte que muitos países enfrentam uma crise nos RHS devido às seguintes dimensões: disponibilidade para ofertar profissionais qualificados em número adequado; distribuição de acordo com a necessidade, que envolve recrutamento e retenção; *performance*, que trata de produtividade e qualidade do serviço prestado. A autora faz uma reflexão sobre a relação entre provisão de pessoal e resultados de saúde, alertando que países de média e baixa rendas procuram ofertar cobertura universal mediante limitações de recursos (escassez de profissionais, má distribuição geográfica e desempenho ruim), o que os impede de garantir um bom funcionamento do sistema de saúde (MCPAKE et al., 2013).

Essa realidade pode ser constatada nos serviços de saúde brasileiros, onde há vazios sanitários, escassez de profissionais no interior e áreas rurais e concentração de profissionais nos grandes centros urbanos. O Brasil ainda não possui política de saúde pública específica para o desenvolvimento do cuidado paliativo. De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), os serviços disponíveis são insuficientes para o país. Em um levantamento sobre serviços de cuidados paliativos realizado em 2018, foi identificado que há somente 177 serviços de Cuidados Paliativos atuantes no país e que menos de 10% dos hospitais brasileiros com mais de 50 leitos possuem equipes para esta finalidade. Sem desconsiderar a diferença estrutural entre os sistemas de saúde brasileiro e americano, chama a atenção o fato de que nos Estados Unidos havia em 2016 mais de 1800 equipes atuando, cobrindo mais de 75% dos hospitais norte-americanos com mais de 50 leitos (ANCP, 2017).

A ANCP elaborou um documento denominado Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil, que reuniu informações sobre 177 serviços cadastrados até 2018 (ANCP, 2018).

Tabela 1 - Distribuição numérica de Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil

Região	Número de serviços cadastrados
Centro- Oeste	8
Norte	5
Nordeste	36
Sudeste	103
Sul	25
Total	177

Fonte: Site da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2018)

Observa-se, além do número limitado de equipes para o país, a distribuição desigual entre as diferentes regiões. Há uma concentração de equipes na região sudeste que representa 58 % do total da oferta de equipes, enquanto na região norte há o equivalente a 3 % do disponível.

Um dado adicional e importante que consta no relatório é a alocação de 131 equipes (74%) em unidades hospitalares, quando esta modalidade de atenção poderia estar consolidada na atenção primária.

Tabela 2 – Percentual de Serviços de Cuidados Paliativos por ano de início da atividade

Início das atividades	Número de serviços	Percentual
Anterior a 1999	7	4%
2000-2005	12	7%
2006-2010	23	13%
2011-2015	49	28%
2016-2018	40	23%
Não informado	46	26%
Total	177	100%

Fonte: Site da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2018)

De acordo com a tabela anterior, 51% dos serviços do país iniciaram suas atividades entre 2011 e 2018, ou seja, possuem menos de uma década de existência. Outro dado importante é a falta de informação de 26% dos serviços. Para elaborar uma política específica e um planejamento, dados completos e fidedignos são essenciais em qualquer sistema de saúde. A preponderância de serviços recentes e a lacuna de informações são exemplos do que diferencia o Brasil de países onde os cuidados paliativos estão consolidados no sistema de saúde.

Para a ANCP, se faz urgente a implantação de modelos padronizados de atendimento que garantam a eficácia e a qualidade (ANCP, 2017). De acordo com a instituição, o país enfrenta problemas de escassez de serviços e de protocolos para cuidados paliativos conjugados com quantidade e distribuição inadequadas de serviços e profissionais para prestar esse tipo de assistência. Dessa forma, a expansão da oferta de cuidados paliativos suscita discussão sobre os profissionais desde a formação até as condições de trabalho para oferta de um serviço de qualidade.

O Hospital do Câncer IV faz parte do complexo hospitalar do INCA. É especializado em cuidados paliativos e foi a primeira unidade pública paliativa no país. Está localizado na cidade do Rio de Janeiro e possui a peculiaridade de ocupar o mesmo terreno do Hospital do Câncer III, com compartilhamento de profissionais. O serviço iniciou com quadro exclusivo de voluntários. Em 1986, foi implantado o Programa de Treinamento ao Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas (FPT). Em 1989, esse programa foi transformado no Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico, contando com equipe multiprofissional de voluntários e iniciou visitas domiciliares. Em 1991, foi criado o Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer I com voluntários e com o diferencial de profissionais contratados no quadro. Em 1998, foi construído um hospital destinado exclusivamente aos pacientes FPT chamado Centro de Suporte Terapêutico Oncológico, que atualmente é o HC IV, referência nacional no ensino e treinamento de profissionais e atendimento em cuidados paliativos (MENEZES, 2004).

A gestão está organizada da seguinte forma: ocupando a Direção Geral há uma médica e uma enfermeira (diretora e vice-diretora, respectivamente), que trabalham de forma integrada, compartilhando responsabilidades e decisões. Há uma chefia definida para os médicos, para a enfermagem (incluindo enfermeiros e técnicos) e para os farmacêuticos. Na Divisão Técnico Assistencial estão as categorias de Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Fisioterapia. A

particularidade é que os chefes dessa divisão são eleitos e fazem rodízio, de forma que toda a equipe fica comprometida com questões assistenciais e de gestão dos respectivos serviços.

Tabela 3 – Indicadores de produtividade do HCIV de 2018

Indicadores	Resultados
Internações hospitalares	2.034
Taxa de ocupação hospitalar	85,43%
Tempo médio de permanência	8,56
Consultas médicas	7.629
Consultas multiprofissionais	17.762
Visitas domiciliares	10.545
Atendimentos de urgência	2.903

Fonte: Sisplan/INCA

Apesar de ser uma unidade hospitalar com resultados expressivos, bem equipada, com ambulatório, serviço de pronto-atendimento, ginásio de fisioterapia, 53 leitos de internação e uma equipe de assistência domiciliar, há limitações para garantir o acesso à palição quando se avalia a demanda populacional. Primeiro, porque de acordo com a literatura recente a palição deve iniciar o mais cedo possível após o diagnóstico e o hospital recebe pessoas que já se encontram sem possibilidade de cura; segundo, porque a rede de atenção deve estar organizada de tal forma que permita a oferta dessa modalidade de tratamento para pessoas com doença crônica, inclusive o câncer, em todo o país e em diferentes níveis; terceiro, as estimativas apontam para o aumento de demanda para cuidados paliativos, conforme já foi apresentado anteriormente, o que aponta para a necessidade de vários serviços com profissionais habilitados para palição. Por outro lado, apesar de limitações e deficiências comuns a instituições públicas, o histórico, resultados positivos e a estrutura com serviços variados do HCIV credenciam o hospital para a realização de uma experiência de dimensionamento, que poderá ser utilizada na formulação de uma política e ainda ser replicada e ajustada em diferentes instâncias do sistema de saúde.

1.3 Papel dos profissionais que atuam em Cuidados Paliativos

Na assistência paliativa, as relações pessoais entre os envolvidos no processo do morrer é um aspecto relevante. Dessa forma, espera-se que os paliativistas definam claramente os limites entre sua vida pessoal e profissional para obter o equilíbrio entre a objetividade indispensável à rotina institucional e a assistência ao sofrimento dos doentes e seus familiares (MENEZES, 2004). O desgaste dos profissionais que “cuidam de quem ninguém quer cuidar”, as trocas afetivas inevitáveis com pacientes e familiares, o lidar diário com a morte, a disponibilidade em tempo integral para escuta e os conflitos da equipe inerentes ao processo de trabalho são realidades que precisam ser consideradas para a gestão das emoções dos profissionais de cuidados paliativos.

A prestação de serviços de saúde também comporta uma dimensão ética e moral importante: há problemas de ética biomédica, como os ligados ao sigilo, ao direito do usuário à informação sobre sua condição, à garantia de continuidade do tratamento, intervenções experimentais, eutanásia...(DUSSAULT, 1992 p.12)

De acordo com estudiosos dessa área, o tratamento paliativo consiste no tratamento do sofrimento, sendo para isso necessário reconhecê-lo em suas diversas formas. Estes autores organizam o sofrimento em cinco dimensões: física, psicológica, social, espiritual e existencial (KON; ABLIN, 2010). A literatura também destaca que a formação de profissionais para uma assistência compatível com o bom cuidado no fim da vida representa um desafio para os sistemas de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

Menezes apresenta a reflexão de que o exercício prático da medicina é constituído por uma dupla dimensão – “saber/ sentir”, “tecnologia/ humanismo”, “competência/cuidado”, “objetividade/ subjetividade”, “racionalidade/ experiência”, entre outras denominações. A autora identifica que na formação profissional e no exercício prático da medicina curativa há uma hierarquia entre os dois pólos: os valores do saber e da objetividade são superiores aos do sentir e da subjetividade. A partir dessa afirmação, conclui que a assistência paliativa, seus pressupostos teóricos e sua prática vão de encontro a esse *status* e determinam uma nova hierarquia (MENEZES, 2004).

Dessa forma, observa-se que a atuação em cuidados paliativos possui peculiaridades que vão interferir na prática cotidiana, incluindo a ampliação do papel de cada categoria. A teoria de Elizabeth Kübler-Ross, conjugada ao conceito de dor total⁵ e às pesquisas farmacológicas antálgicas, contribuiu para o desenvolvimento de uma teoria específica para pessoas em fim de vida, que pressupõe profissionais com formações variadas e específicas atuando na palição, voltados ao controle da dor e dos sintomas e a um trabalho social e psicológico (MENEZES, 2004).

Kübler-Ross classifica a resposta psíquica e comportamental do indivíduo que recebe a notícia de impossibilidade de cura em cinco etapas. A primeira reação é a de choque com recusa do diagnóstico e um processo de negação da piora pelo doente. Em seguida, vêm os sentimentos de revolta e raiva. A terceira fase seria a da negociação, para afastar a ideia de proximidade da morte. Na fase depressiva, o paciente vivenciaria o luto pela perda da vida e, finalmente, a última etapa seria a aceitação da morte próxima. Esta teoria colabora para a estruturação da oferta de serviços e da concepção da equipe de saúde a partir da perspectiva do doente, ampliando a inserção de diferentes saberes que são complementares.

Nesta perspectiva, cabe aos gestores pensar alternativas gerenciais que facilitem e estimulem a atuação técnica e multiprofissional, considerando que o componente emocional se apresenta em todas as atividades desenvolvidas na palição, incluindo a participação de pacientes e familiares. Para Dussault, os serviços devem estar organizados para facilitar o trabalho participativo e a inclusão dos envolvidos.

O desafio da gestão das organizações de saúde consiste em responsabilizar os prestadores pela criação de um ambiente propício ao trabalho multiprofissional e pela integração da participação dos usuários no processo de produção dos serviços (DUSSAULT, 1992 p.15).

⁵ A expressão “dor total” foi descrita por Cicely Saunders, a precursora dos cuidados paliativos. Refere-se a uma dor complexa dos pacientes em fim de vida que extrapola o físico. A profissional identificou que a dor se faz presente nos campos mental, social e espiritual. Dessa forma, os profissionais prestam assistência à totalidade do indivíduo (MENEZES, 2004). Esse conceito traz à luz mais uma vez a importância do profissional que assiste indivíduos em palição. São equipes que lidam com as dores complexas de pacientes, familiares e com as próprias dores que o exercício laboral impõe.

Não há dúvidas de que os profissionais constituem a essência do trabalho em saúde e todos os aspectos que dizem respeito aos recursos humanos desde a formação acadêmica, passando pela organização de serviços até a etapa de locação e retenção, são fundamentais para o sistema de saúde. Entretanto, há um aspecto que merece aprofundamento e pode sensibilizar todos os outros: o papel designado e as atividades a serem realizadas por cada categoria. Para o estudo das atividades referentes a cada profissional sob o ponto de vista individual e em equipe, o conhecimento sobre o que é esperado de cada categoria no senso comum ajuda a compreender os limites de atuação e explicar a cisão entre expectativa e realidade.

Em uma revisão de literatura, foram observados pontos de convergência em relação ao papel na palição com o estudo de quatro categorias: enfermagem, medicina, psicologia e serviço social (HERMES; LAMARCA, 2013). O estudo apontou como limitadores a carência de disciplinas que tratam da morte na academia e o despreparo profissional para lidar com a morte. Por outro lado, observou-se avanços como a utilização do conceito da OMS para os cuidados paliativos, a valorização da tríade acolhimento/escuta/respeito à autonomia do paciente, o reconhecimento da importância de uma equipe multiprofissional e da humanização do atendimento.

O Manual de Cuidados Paliativos da ANCP aborda o papel das diferentes categorias no cenário nacional, enfatizando a importância da *expertise* na respectiva área de conhecimento, bem como a habilidade para o trabalho em equipe com o objetivo de garantir um tratamento que preserve a autonomia e a dignidade do paciente. Embora tenha sido construído por profissionais com destaque nas respectivas áreas de conhecimento, o manual apresenta algumas lacunas e necessidade de aprimoramento e atualização sobre as categorias que devem compor uma equipe mínima e sobre as competências essenciais das profissões que dão sustentação ao campo paliativo. Na cidade do Rio de Janeiro foi sancionada a Lei nº 6714 de 2020 que prevê uma política de cuidados paliativos para o município (CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2020). O documento contempla a formação de profissionais e estratégias para aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para qualificação do cuidado prestado pelos profissionais, além da organização dos serviços, fluxos e rotinas. Tal iniciativa, quando implantada poderá colaborar para a discussão não somente do papel de cada profissional como para a composição de equipes e definição de competências essenciais.

A seguir será apresentado um panorama sobre o papel das categorias inseridas nos cuidados paliativos a partir de dados da literatura, com a utilização do Manual da ANCP como referência para a realidade brasileira. O manual descreve o papel das seguintes categorias: enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Os profissionais farmacêuticos foram acrescentadas à descrição com base na literatura.

O papel do enfermeiro em todas as áreas de atuação está relacionado ao Processo de Enfermagem, que é um instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017). A consulta de enfermagem consiste em uma avaliação para identificar problemas, definir o diagnóstico de enfermagem e elaborar um plano de cuidados individualizado, considerando o contexto do paciente. O Conselho Internacional de Enfermagem sinaliza que mediante avaliação, identificação e gestão da dor e das necessidades físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais, o enfermeiro atua no alívio do sofrimento de pacientes, auxiliando na melhoria da qualidade de vida das famílias.

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) normatiza a atuação do enfermeiro nos cuidados paliativos a partir da Resolução 564/2017, que reconhece que a assistência de enfermagem deve propiciar qualidade de vida à pessoa e família nos casos de doenças graves, incuráveis e terminais. Define que o profissional, em conjunto com equipe multiprofissional, deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico psíquico, social e espiritual respeitando a autonomia do paciente. O avanço das discussões sobre o tema no país tem propiciado melhorias na organização, o que pode ser constatado com a realização da Primeira Conferência Internacional de Enfermagem em Dor e Cuidados Paliativos em 2019 na cidade de São Paulo. Além da normatização na atuação do enfermeiro, há para esta categoria especificidades em atividades técnicas, de gestão e relacionais tais como: hipodermóclise, curativos, zelo pelo asseio e higiene, medidas de conforto, atividades de gestão e supervisão da equipe de enfermagem, interação com a equipe multidisciplinar e comunicação com famílias.

Cabe ao farmacêutico organizar, fortalecer e aprimorar as ações da assistência farmacêutica em hospitais, norteado pela segurança e promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde (SAUDE, 2010). De acordo com o Conselho Federal da categoria, o farmacêutico atua no cuidado direto ao paciente, promove o uso racional de

medicamentos e de outras tecnologias em saúde, redefinindo sua prática a partir das necessidades dos pacientes, família, cuidadores e sociedade (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013). A Assistência Farmacêutica deve estar estruturada para atender a demanda, tendo em vista que além das atividades de seleção, aquisição, armazenamento e distribuição envolve a orientação sobre a utilização dos medicamentos. O gerenciamento inadequado e o uso incorreto de medicamentos e de outras tecnologias em saúde acarretam sérios problemas à sociedade, ao SUS e às instituições privadas (hospitais, clínicas, operadoras de planos de saúde, entre outros), gerando aumento da morbimortalidade, elevação dos custos diretos e indiretos e prejuízos à segurança e à qualidade de vida dos usuários (SAUDE, 2010).

A assistência farmacêutica nos cuidados paliativos, além do enfoque em informar sobre as disponibilidades dos medicamentos aos demais membros da equipe, com relação às possibilidades farmacotécnicas e aos aspectos legais, prevê atividades clínicas, de comunicação e de educação em saúde, gestão da prática, produção e aplicação do conhecimento. No processo de orientação aos pacientes e familiares, quanto ao uso e ao armazenamento corretos dos medicamentos, devem ser repassadas informações sobre interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos (BRICOLA, 2009). Todas estas atividades caracterizam um dos componentes da assistência farmacêutica denominado utilização de medicamentos, que engloba a prescrição, a dispensação e o uso dos medicamentos (MARIN et al., 2003) (BARBOSA, 2011).

O farmacêutico tem a atribuição de comparar a prescrição algica com o padrão proposto pela OMS e, a partir dessa análise, classificar as prescrições como compatíveis, compatíveis com restrições ou incompatíveis. De acordo com essa classificação, “compatível” refere-se aos esquemas terapêuticos contemplados na proposta analgésica da OMS; “compatível com restrições” refere-se a esquemas terapêuticos que apresentavam desvio da proposta da escada analgésica e “não compatível” tem relação com esquemas terapêuticos divergentes da proposta da OMS. Cabe ao profissional alertar ao prescritor sobre a incompatibilidade visualizada na prescrição. As atividades clínicas aproximam o profissional do paciente, o que representa uma mudança de postura na relação, potencializando o trabalho multidisciplinar e interferindo diretamente na qualidade de vida dos assistidos (RABELO; BORELLA, 2013).

Ao fisioterapeuta, cabe promover aperfeiçoar ou adaptar as condições físicas do indivíduo em uma relação terapêutica que envolve o paciente e a família. O planejamento do tratamento é norteado por uma avaliação específica para posterior utilização de recursos, técnicas

e exercícios para alívio do sofrimento, da dor e de outros sintomas estressantes. As principais intervenções fisioterapêuticas utilizadas para os pacientes oncológicos são para analgesia como o uso da eletroterapia; para intervenções em casos de depressão e estresse por meio de terapia manual e técnicas de relaxamento; para atuação nas complicações osteomioarticulares e linfáticas, com o uso da cinesioterapia, mecanoterapia, crioterapia, hidroterapia, adequação de órteses, bandagens, orientações e drenagem linfática manual e para manutenção e melhora da função pulmonar (ROCHA; CUNHA, 2017).

O programa de tratamento deve ser flexível e considerar o grau de dependência e progressão da doença. Para pacientes com grau de dependência elevado, o objetivo é manter a amplitude de movimento e aquisição de posturas confortáveis. Nestes casos o que se busca é favorecer a respiração e outras funções fisiológicas, propiciar a higienização e evitar complicações como úlceras por pressão, edemas em membros e dor. Para pacientes parcialmente dependentes, com marcha preservada, o objetivo é manter a capacidade de locomoção, o autocuidado e a funcionalidade. Os pacientes independentes são atendidos e orientados visando a manutenção ou melhora da capacidade funcional. O plano de cuidados, independente do grau de dependência da avaliação inicial, deve facilitar a adaptação às progressivas perdas físicas e suas implicações emocionais, sociais e espirituais até a chegada da morte. O papel do profissional é oferecer suporte para que pacientes vivam de forma ativa, considerando suas limitações, com preocupação em garantir qualidade de vida, dignidade e conforto. Ao compor uma equipe de cuidados paliativos, é requerida do fisioterapeuta a habilidade de trabalhar de forma multidisciplinar, colaborando com uma comunicação clara para fortalecer o trabalho em equipe com vistas a otimizar a assistência prestada. Cabe também ao fisioterapeuta, para além das questões científicas e técnicas, auxiliar os familiares na assistência ao paciente no enfrentamento da doença e no luto com acolhimento e escuta qualificada.

O médico, historicamente, possui uma formação acadêmica voltada para o diagnóstico, tratamento e cura das doenças (MENEZES, 2004). Nos cuidados paliativos, a necessidade de mudar o foco da doença para a pessoa conjugada com o trabalho em equipe provoca alteração na hierarquia da organização dos serviços. Dessa forma, a abordagem para interação carece de mediação por um canal fluido de comunicação. O médico mantém especificidades relativas a diagnósticos clínicos, definição de condutas e tratamentos, incluindo os não-medicamentosos. Além disso, há a responsabilidade de explicar diagnósticos e prognósticos, bem como manter a

equipe informada para que os discursos e abordagens sejam alinhados em situações de fragilidade emocional tanto de pacientes quanto de familiares (ANCP, 2012). O papel do médico como facilitador, que incorpora o paciente na tomada de decisão e compartilha a responsabilidade do projeto terapêutico com outros profissionais, é um diferencial para o êxito do tratamento que preza pela dignidade do ser humano, com respeito à autonomia do paciente e com destaque para o trabalho em equipe.

Para compreender o papel do nutricionista, é importante identificar o que o alimento significa para o paciente em cuidados paliativos sob o ponto de vista afetivo, levando em consideração as histórias de vida, os hábitos alimentares e até mesmo aspectos religiosos que influenciam na forma como as pessoas se alimentam. Com a progressão da doença, o paciente começa a perceber limitações na alimentação, com redução do prazer que o ato de se alimentar ou alguns alimentos em especial proporcionavam. Merece destaque o fato de tanto o quadro clínico como os medicamentos antineoplásicos produzirem efeitos colaterais como dor, astenia, anorexia, mucosite, alterações do paladar e do cheiro, náuseas, vômitos, diarreia, saciedade precoce, má absorção, obstipação intestinal, xerostomia, disgeusia e disfagia (PINTO; CAMPOS, 2016). Essas dificuldades levam à baixa ingestão e perda ponderal. Para identificar as causas reversíveis de anorexia e combatê-las, os familiares e membros da equipe precisam das orientações de um nutricionista. O conforto emocional e o resgate do prazer com a ingestão de determinados alimentos podem auxiliar na diminuição da ansiedade, no aumento da autoestima e na independência.

A nutrição atua na prevenção orientando meios e vias de alimentação, visando reduzir os efeitos adversos provocados pelo tratamento, auxilia no controle de sintomas, procura manter hidratação satisfatória, preserva o peso e a composição corporal. A terapia nutricional deve ter como primeiro objetivo aumentar a qualidade de vida do paciente minimizando os sintomas relacionados à nutrição, inclusive quando o final da vida se aproxima. Dessa forma, a decisão de nutrir até a morte o paciente deve ser multiprofissional e ter o consentimento do próprio ou da família, se o paciente não tiver condições de decidir. A decisão deve ser respeitada e acatada pelos profissionais da saúde por respeito à autonomia do paciente. A literatura recente aponta para o número reduzido de estudos científicos de nutricionistas em serviços de cuidados paliativos oncológicos e o escasso trabalho desenvolvido em torno da determinação de práticas e competências profissionais (PINTO; CAMPOS, 2016) (OLIVEIRA, ELOÁ SIQUEIRA

MAGALHÃES; CUNHA, 2018). Por fazer a interlocução entre pacientes, familiares e equipe sobre as adaptações alimentares necessárias no decorrer da doença e sobre a redução da necessidade de alimentos nos dias finais de vida, para o nutricionista, a habilidade para comunicação é tão importante quanto o conhecimento técnico dentro de sua especialidade.

A relevância do papel do psicólogo na atuação precoce em cuidados paliativos está intimamente relacionada com a valorização do fator emocional no processo de adoecimento, dor e sofrimento. A formação específica para lidar com emoções e comportamentos favorece o tratamento e o acompanhamento da evolução da doença desde o diagnóstico até o luto vivido pela família. O conceito de dor total de Cecily Saunders foi ampliado para o de sintomas totais. Ou seja, não há dissociação entre sintomas físicos e fatores psicológicos. O psicólogo realiza atendimentos individuais e em grupos, incluindo pacientes, familiares e cuidadores desde o diagnóstico até o luto. Compete a este profissional estimular e dar subsídios para que os envolvidos direta ou indiretamente com o tratamento possam se expressar sobre sentimentos, medos e perspectivas. O esperado é a promoção de um processo de resiliência para facilitar a adaptação e o ajustamento psicoemocional, pois tanto o paciente como os cuidadores podem vir a apresentar manifestações físicas e psicológicas ao longo do percurso da doença (CARQUEJA; COSTA, 2014).

No Brasil, a literatura aponta atividades da psicologia hospitalar como avaliação psicológica e neuropsicológica, atendimento psicológico individual e grupal e atendimento especial em situações de alta complexidade em diferentes serviços, tais como ambulatório, enfermaria, UTI, pronto-socorro e domicílio (FERRARI et al., 2013). As competências centrais exclusivas do psicólogo, de acordo com manuais internacionais, estão relacionadas à avaliação, intervenção, implementação de planos de ação, treinamento, formação e supervisão de outros profissionais, investigação e comunicação. Em relação ao trabalho multidisciplinar, o psicólogo pode ajudar reconhecendo e identificando situações de níveis diferentes de sofrimento e orientando a melhor conduta para os casos em que pacientes e familiares apresentam dificuldades que os tornam refratários aos serviços e orientações oferecidos. Uma discussão necessária é sobre a responsabilidade de o psicólogo dar atenção à equipe, pois os profissionais também sofrem e necessitam de cuidado. Em serviços de algumas organizações, o psicólogo do quadro próprio assume a responsabilidade de promover o apoio emocional à equipe (SAPETA, 2016). Porém, considerando que esse profissional enquanto membro de uma equipe padece das mesmas

sensações, sentimentos e frustrações, é legítimo corroborar com Carqueja (2014), que defende como solução ideal um espaço de acolhimento liderado por um profissional externo para atuar em problemas intrapessoais, interpessoais e organizacionais.

O exercício da profissão de serviço social é regulamentado pela Constituição Federal e pela Lei nº 8662/93, que destaca as competências e atribuições privativas da categoria. A atuação dessa categoria é norteada por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e corresponde ao desenvolvimento de ações socioeducativas e assistenciais para facilitar o acesso e ampliação dos direitos sociais (CFESS, 2012). O profissional do Serviço Social intervém nas diversas refrações da questão social (desigualdade econômica, política e social, desemprego, situação de vulnerabilidade, adoecimento, violência e outros), e atua numa perspectiva socioeducativa e assistencial vinculado a políticas sociais e as políticas públicas de saúde visando à efetivação e garantia dos direitos sociais (CFESS, 2020). No âmbito dos cuidados paliativos a atuação do Serviço Social se traduz na garantia do direito humano e social. Desse modo, a atuação profissional se centra não apenas no paciente, mas também, em sua família e no cuidador. O profissional elabora o plano de cuidados e compartilha com os demais paliativistas. O Serviço Social busca na abordagem com o paciente e sua família uma aproximação com a realidade socioeconômica, identificando demandas que se colocam frente às condições atuais e as respostas possíveis a elas nas políticas sociais como na assistência social. A avaliação socioeconômica é importante no acompanhamento do paciente em cuidados paliativos e seus familiares, para que seja realizada a orientação social com vistas à ampliação do acesso destes aos direitos sociais. Assim, prioriza-se o trabalho em rede baseado em uma avaliação social que aponta a direção para a intervenção, tanto no que diz respeito à rede de apoio quanto aos recursos sócio assistenciais a serem acionados caso a caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INCA, 2018).

O papel da odontologia em cuidados paliativos está associado ao diagnóstico e tratamento de doenças progressivas ou avançadas, com comprometimento direto ou indireto da cavidade bucal, visando oferecer conforto e qualidade de vida. O cirurgião dentista contribui com intervenções especializadas e cuidados de suporte para promover a saúde bucal. O tratamento sintomático da dor e cuidados locais, como higiene bucal e limpeza de feridas, contribuem para redução de dor, do desconforto e de infecções oportunistas, evitando complicações sistêmicas como septicemia e endocardite bacteriana.

As atividades técnicas para esta categoria vão desde ações de prevenção até o tratamento

de complicações como dor, infecções virais, bacterianas e fúngicas, instabilidade de próteses dentárias, disfagia, problemas nutricionais, xerostomia, pneumonia por aspiração, úlceras, feridas tumorais, halitose, trismo, mucosite, cáries, doenças periodontais, osteorradionecrose, disgeusia, sialorreia e disfagia (ANCP, 2012). No câncer de cabeça e pescoço, especificamente, há o comprometimento da estética facial que afeta a autoimagem e a socialização. O quadro vem acompanhado pela perda de habilidade para atividades de mastigação, deglutição e respiração, ocasionada pelo tumor ou pelo tratamento. Compete também ao cirurgião-dentista orientar pacientes, cuidadores e familiares, bem como compartilhar informações e plano de cuidados com a equipe multiprofissional, visando minimizar o sofrimento de pacientes e familiares, com oferta de conforto, escuta e acolhimento.

O papel do fonoaudiólogo é essencial, pois esse profissional oferece recursos para que o paciente possa se alimentar e preservar a comunicação com a família e a equipe mediante a avaliação da presença de riscos e complicações, levando em conta o nível de consciência do paciente para participar das decisões. O fonoaudiólogo auxilia o paciente de acordo com as limitações causadas pela evolução da doença, ofertando recursos para lidar com sintomas decorrentes do uso de medicações, tratamentos e da própria evolução da patologia tais como: xerostomia (boca seca), estomatite, candidíase, mucosite, ulceração, halitose, alteração de paladar, hipersalivação, disfagia, náuseas, vômitos, anorexia, desidratação, alteração do nível de consciência e alterações de comunicação (ANCP, 2012). O tratamento consiste em orientações e treinamento para garantir ao paciente a possibilidade de se alimentar de uma forma segura.

A abordagem é focada no alívio dos sintomas do paciente; na escolha da melhor via e consistência dos alimentos adequada para alimentação; na orientação sobre manobras, posturas adequadas e oferta de alimentos em quantidade e qualidade que sejam adequadas às necessidades do paciente. Em casos de disfagia, recursos como sonda enteral, gastrostomia ou jejunostomia são indicados com o parecer do fonoaudiólogo. Para minorar o sofrimento do paciente, o profissional utiliza recursos para que a comunicação com familiares e equipe flua com auxílio de gestos, leitura de movimentos corporais, escrita e desenhos. O processo do fonoaudiólogo deve ser individualizado e alinhado com a equipe multidisciplinar para ofertar alternativas de comunicação para o paciente e uma alimentação assistida, a partir de um plano de cuidados que seja voltado para o estabelecimento de rotinas para alívio dos sintomas. Merece destaque na atuação desse profissional a habilidade para trabalhar em equipe, compartilhando saberes e de

estabelecer uma ponte com pacientes, cuidadores e familiares para melhorar a qualidade de vida com respeito ao protagonismo dos pacientes nas decisões sobre seu tratamento em cuidados paliativos.

O terapeuta ocupacional é um profissional cuja categoria é alinhada em sua essência aos princípios dos cuidados paliativos no que concerne ao estímulo do paciente a viver ativamente de acordo com o estágio de sua doença, criando possibilidades para ampliar ou manter a autonomia em atividades cotidianas. O terapeuta ocupacional desenvolve atividades artísticas, manuais, de lazer e de autocuidado que são recursos para proporcionar a conexão entre o sujeito e seu meio, envolvendo orientação e treinamento da família e cuidadores para auxiliar o paciente nas atividades do dia a dia. Em cuidados paliativos, os objetivos do terapeuta ocupacional são manter as atividades cotidianas significativas; promover estímulos sensoriais e cognitivos; orientar e realizar medidas de conforto e controle de sintomas; adaptar e treinar atividades de vida diária para autonomia e independência; criar possibilidades de comunicação e expressão; propiciar o exercício da criatividade e criar espaços de convivência e interação pautados nas potencialidades dos sujeitos (ANCP, 2012). Na fase final da vida, o terapeuta ocupacional, além de manter o apoio, a escuta e a orientação, adequa o plano terapêutico com a diminuição de estímulos para propiciar maior acolhimento e conforto ao paciente através das atividades como música e leitura, por exemplo. Além disso, cabe ao terapeuta ocupacional acompanhamento de familiares pós-óbito.

Ao fazer uma comparação da equipe do INCA com as categorias elencadas no Manual de Cuidados Paliativos (2012), observa-se que alguns profissionais como odontólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais não compõem a equipe multidisciplinar, o que compromete a ampliação de saberes na atenção ofertada à população. Por outro lado, o profissional de Farmácia, que não é contemplado no referido manual, possui um papel definido no INCA, com atividades clínicas, de gestão e ensino. Esses profissionais atuam fortemente na orientação de pacientes e familiares no ambulatório e na internação. Além disso, são responsáveis pela gestão do estoque e armazenamento adequado de medicamentos e materiais; realizam atividades de farmacovigilância; assistem pacientes e familiares acompanhados pela equipe de atenção domiciliar e dão suporte aos outros profissionais, colaborando com sua *expertise* nas reuniões de equipe.

Essas constatações exemplificam a falta de uma política de recursos humanos no país que

estabeleça critérios para designação de quais componentes devem constituir as equipes para o cuidado paliativo, com uma diferenciação clara do papel e das responsabilidades individuais de atuação dos profissionais. Atualmente, a literatura dispõe de uma gama de informações isoladas sobre a atuação de algumas categorias profissionais, de estudos sobre a atuação multidisciplinar em diversos níveis e do conceito sobre cuidados paliativos (HERMES; LAMARCA, 2013), (BRAGANÇA, 2011b), (FERRARI et al., 2013), (SAPETA, 2016), (OLIVEIRA; ALINE; HILÁRIO, 2010), (OLIVEIRA, ELOÁ SIQUEIRA MAGALHÃES; CUNHA, 2018), (PINTO; CAMPOS, 2016), (ROCHA; CUNHA, 2017), (BARBOSA, 2011), (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013), (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017), (ANCP, 2012). Porém, ainda há uma confusão entre papel e atividades desenvolvidas, o que pode prejudicar um planejamento baseado na carga de trabalho. Em cuidados paliativos, o papel de todos os profissionais é prestar uma assistência holística. Sendo assim, pode-se questionar, por exemplo, qual o limite entre o apoio emocional prestado por todos da equipe e o atendimento psicológico. Por outro lado, um profissional que se furta a fornecer orientações pacificadas da área de outra categoria e adia uma informação pode prejudicar, por omissão, o tratamento do paciente. Como evitar conflitos quando a linha é tênue? Como sair da concepção filosófica para as atividades do cotidiano sem gerar conflitos? A indefinição de papéis claros pode levar ao raciocínio que algumas categorias são prescindíveis, o que é um equívoco. Considerando que raramente se tem a oportunidade de planejar uma equipe ainda não constituída, completamente nova, para serviços que não estejam em funcionamento, o planejador ou gestor deve ter a clareza de que a forma de organização dos recursos humanos pode tanto aguçar como minimizar conflitos internos. Ao se planejar o dimensionamento da equipe, é necessário elencar as categorias, os papéis coletivos e individuais e as tarefas específicas de cada profissional. Conhecer o histórico dos RHS disponíveis e o contexto do serviço ajuda a aproximar a teoria do cotidiano e evita desperdício de recursos em planejamentos inócuos.

1.4 Recursos Humanos no INCA

O Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é órgão auxiliar do Ministério da Saúde (MS) no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil, Centro de Referência de Alta Complexidade em

Oncologia do MS e tem o papel de prestar serviços médico-assistenciais aos portadores de neoplasias malignas e afecções correlatas em todas as etapas do cuidado: da entrada do paciente na instituição até os cuidados paliativos.

A missão do Instituto é: “Promover o controle do câncer com ações nacionais integradas em prevenção, assistência, ensino e pesquisa”; sua visão é “Exercer plenamente seu papel governamental como um Centro Integrado, de referência nacional e internacional, para o cuidado, ensino e pesquisa oncológica, com excelência na elaboração de políticas públicas para prevenção e controle do câncer, contribuindo para o bem-estar da sociedade”.

As ações desenvolvidas compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a atuação em áreas estratégicas como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica (INCA, 2017).

Quadro 1 – Oferta assistencial do INCA

Hospital	Serviço
HCI	Tratamento clínico e cirúrgico em: oncologia clínica, oncologia pediátrica, hematologia oncológica, dermatologia, endocrinologia, cirurgia pediátrica, cirurgia abdominal, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia plástica, cirurgia torácica, neurocirurgia, radioterapia (incluindo braquiterapia), quimioterapia e exames de alta complexidade
HCII	Especializado em tumores ginecológicos, cutâneos e do tecido conjuntivo. Realiza tratamento clínico e cirúrgico em oncologia clínica, cirurgia ginecológica, cirurgia de tecido ósseo e conectivo (para sarcomas ósseos e de partes moles, câncer cutâneo)
HCIII	Diagnóstico e tratamento (hospitalar e ambulatorial) do câncer de mama, com tratamento clínico e cirúrgico em oncologia clínica, mastologia, radioterapia (incluindo braquiterapia)
HCIV	Cuidados Paliativos

Fonte: TCU- Relatório de Gestão, 2018

A Coordenação de Assistência abrange todos os hospitais do quadro e um centro de transplante. Nessa coordenação estão lotados aproximadamente 80% dos profissionais do Instituto. As unidades hospitalares oferecem serviços de confirmação de diagnóstico, estadiamento do câncer, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com atendimento multiprofissional integrado, garantidos os suportes diagnósticos e terapêuticos. Todas estas atividades estão ainda estreitamente vinculadas à formação de recursos humanos nas diversas especialidades oncológicas, ao desenvolvimento da pesquisa clínica e à divulgação científica. Os resultados das atividades assistenciais de cada hospital são monitorados mensalmente pelo Sisplan - Sistema de Planejamento do INCA, que faz a compilação anual dos dados gerais, conforme tabela a seguir:

Tabela 4 – Indicadores de produtividade do INCA de 2018

Indicadores	Resultados
Atendimentos de quimioterapia	43.419
Campos irradiados na radioterapia	206.577
Cirurgias	6.793
Consultas médicas	212.074
Consultas multiprofissionais	153.345
Internações hospitalares	13.614
Transplantes de medula óssea	81
Taxa de ocupação hospitalar	78,95%
Tempo médio de permanência	7,51

Fonte: Sisplan/INCA, 2018

A tabela demonstra alguns indicadores que são monitorados e os números expressivos dos atendimentos realizados pelos profissionais dos quatro hospitais do instituto à população.

O quadro do INCA é formado por servidores, ingressos mediante concurso público. O Instituto integra a Administração Pública Direta e não possui autonomia administrativa para contratação imediata de profissionais mediante necessidade constatada. Após aprovação do certame pelos Ministérios da Saúde e do Planejamento, de acordo com as últimas experiências, o processo de seleção dura em média dois anos para o início do exercício dos candidatos aprovados. Esse obstáculo é apontado por Dussault e ilustra uma dificuldade de adequação dos RHS no setor público.

“ ... as condições e a organização do trabalho tendem a uniformizar-se no setor público. A autoridade dos dirigentes é delegada e, tipicamente, o âmbito da decisão é mais limitado que no setor privado.”
(DUSSAULT, 1992,p.13)

Até o ano de 2013, o INCA contava com um quadro misto de servidores públicos e funcionários da Fundação Ary Frausino para Pesquisa e Controle do Câncer (FAF), que foi criada em 1991 com a finalidade de contratar serviços de apoio com enfoque no desenvolvimento institucional, científico e tecnológico em pesquisa, ensino, assistência, formação, atualização e aperfeiçoamento dos recursos humanos. A força de trabalho oriunda desse contrato permitiu a manutenção de várias ações e projetos do INCA quando os concursos públicos eram escassos e pouco atraentes aos profissionais de saúde. Este mecanismo de incorporação da força de trabalho foi questionado quanto à precariedade do vínculo trabalhista. Após o concurso de 2010, que recebeu em torno de 1.500 servidores, esses funcionários foram substituídos gradativamente por decisão judicial. O HCIV foi impactado com a substituição de aproximadamente 80% da força de trabalho, o que repercutiu em um esforço importante para adaptação dos novos profissionais e manutenção da qualidade do serviço, considerando a necessidade de tempo para a ambientação e aprendizagem dos profissionais concursados. Neste hospital o quadro de profissionais de nível superior é organizado com as seguintes categorias: enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social.

Tabela 5 - Número de profissionais que atuam na assistência direta do HCIV

enfermeiros	45
farmacêuticos	7
fisioterapeutas	5
médicos	20
nutricionistas	8
psicólogos	6
assistentes sociais	8

Fonte: HCIV, 2019

Além da oferta de serviços assistenciais na prestação de cuidados paliativos, desenvolvem atividades de ensino e pesquisa, conforme legislação da carreira de Ciência e Tecnologia. A relação com residentes, profissionais, instituições públicas e pesquisadores no âmbito nacional e internacional amplia a atuação da equipe para além do papel de desenvolver atividades com foco na autonomia e conforto de pacientes e familiares que necessitam de cuidados paliativos.

Os servidores do INCA são da carreira de Ciência e Tecnologia (C&T), que define a progressão dos salários para os níveis auxiliar, intermediário e superior. A carreira de pesquisa em C&T possui o cargo de pesquisador exclusivamente para nível superior. As demais abarcam os níveis superior, intermediário e auxiliar. A carreira de gestão, planejamento e infraestrutura em C&T possui os cargos de analista, assistente e auxiliar em C&T. A carreira de desenvolvimento tecnológico possui os cargos de tecnologista, técnico e auxiliar técnico (BRASIL, 2018).

Para o nível superior de tecnologista, foco desta pesquisa, a tabela salarial é dividida em cinco classes (júnior, pleno 1, pleno 2, pleno 3 e sênior). Cada classe possui três níveis. Ao valor básico do salário, de acordo com a avaliação de desempenho, há acréscimo de uma Gratificação de Desempenho de Atividade de Ciência e Tecnologia (GDACT). Além disso, pode haver retribuição por titulação de especialização, mestrado e doutorado. Dessa forma, não há diferença salarial por categoria. Os profissionais que ingressaram no mesmo concurso e possuem titulações semelhantes recebem os mesmos valores de remuneração para uma carga horária de 40 horas semanais.

Não há flexibilidade da gestão local para promoções ou benefícios para os profissionais no âmbito financeiro. Devido à alta qualificação dos servidores e aos salários oferecidos pelo mercado em instituições privadas, a retenção sob o ponto de vista da remuneração fica

fragilizada. O modelo gerido de forma centralizada pelo MS engessa a relação com os profissionais no âmbito normativo - não somente sob o ponto de vista salarial - e impede a proposição de adaptações necessárias, conforme alerta Dussault: “O modelo de gerência autoritária, com as ordens de comando vindo de cima para baixo, tem pouca probabilidade de sucesso no setor de saúde, sendo necessário criar modelos mais adaptáveis.” (DUSSAULT, 1994 p.485).

Pesquisadores que criticam a atuação frágil do setor de recursos humanos, geralmente em atividades menos estratégicas, atribuem essa lacuna de gestão à estrutura da Administração Pública, que define os salários e planos de carreira sem vislumbrar peculiaridades dos serviços e não apresenta alternativas para flexibilizar a contratação e reposição rápidas da força de trabalho (MORICI; BARBOSA, 2013). Mediante esse impasse administrativo, uma alternativa para os gestores é a proposição de organização dos serviços com planejamento adequado, considerando as possibilidades e limitações dos profissionais em relação ao estabelecido pelas regras da Administração Pública. As políticas de saúde para áreas específicas são ferramentas de sensibilização que permitem a cobrança de melhorias, desde que realizadas com embasamento técnico-científico. Daí a necessidade de desenvolver uma política para cuidados paliativos, que evidencie a devida importância dos recursos humanos para os serviços e o sistema de saúde.

2 METODOLOGIA

Neste capítulo serão descritos os procedimentos teórico-metodológicos nos quais a pesquisa foi ancorada, com uma descrição individual da metodologia utilizada de acordo com os objetivos definidos.

Abordagem teórico-metodológica

Trata-se de pesquisa metodológica com estratégia explanatória sequencial que utiliza dados estatísticos da instituição e é caracterizada pela coleta e análise de dados quantitativos em uma primeira fase da pesquisa, seguida de uma fase dedicada a dados qualitativos, e se desenvolve a partir dos resultados quantitativos iniciais. As duas formas de obtenção de dados estão separadas, porém conectadas, permitindo a combinação dos dados a partir do exame mais detalhado dos resultados quantitativos (CRESWELL, 2010).

Foi realizada uma investigação quanti-qualitativa, descritiva e exploratória ancorada na perspectiva funcionalista, com base na pesquisa bibliográfica com uso de revisão integrativa e estudo documental. Acresceu-se ao processo investigativo estudo de caso com utilização de entrevista semiestruturada se utilizando de análise temática de conteúdo e aplicação da ferramenta WISN.

Cenário da pesquisa

O trabalho de campo foi realizado no Hospital do Câncer IV do INCA, especializado em cuidados paliativos e com histórico relevante no contexto da atenção oncológica nacional.

Participantes da pesquisa

A pesquisa foi organizada com a participação de profissionais com curso superior das categorias de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social e com gestores da direção do hospital. Os profissionais foram selecionados e distribuídos em uma agenda para garantir a participação de acordo com a respectiva fase da aplicação do método, ou

seja, reuniões e observação direta no campo. A premissa de organização foi que a disponibilidade dos profissionais para a pesquisa não comprometesse a agenda de atendimentos. Os critérios de inclusão adotados para participação foram 5 anos consecutivos de prática em cuidados paliativos para os profissionais e o mínimo de 3 anos de experiência em administração de serviços de saúde para os gestores.

Aspectos éticos da pesquisa

Os Comitês de Ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética do IMS (CAAE: 01368818.4.0000.5260) e do INCA (CAAE: 01368818.4.3001.5274), conforme preconiza a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para a etapa de aplicação da ferramenta e entrevistas (ANEXOS A e B).

2.1 Marco Conceitual

De acordo com a teoria funcionalista, a estruturação dos serviços depende de ordenamento administrativo, do estabelecimento de mecanismos reguladores por parte do Estado e de mudanças comportamentais dos principais atores envolvidos (produtores e usuários). Uma vez que a doença é considerada um desvio funcional, os sistemas e serviços de saúde são destinados a organizar o ordenamento da sociedade. Por isso, devem responder a objetivos comuns e a uma coordenação geral que permita a correta interação entre as partes. A teoria interpreta a conformação dos sistemas como resultado de fatores como a geografia, as características demográficas, o nível de desenvolvimento econômico, as decisões políticas, a história e a cultura de cada país. Devido a essa forma peculiar de interpretação conclui-se que, a partir da abordagem funcionalista, os fenômenos são reconhecidos em sua regularidade e homogeneidade.

A presente tese dedicou-se a um segmento de pesquisa da saúde, RHS em oncologia. Apesar da especificidade da abordagem em cuidados paliativos, o estudo se vincula aos macroobjetivos nacionais e internacionais que visam à melhoria das condições de saúde da

população, à oferta qualificada de serviços e ao aprimoramento no campo da gestão de recursos humanos.

A agenda global da saúde pós 2015 apresentou novas propostas, como por exemplo, a Comissão de Alto Nível sobre Emprego em Saúde e Crescimento Econômico em 2016, que deu visibilidade à influência dos RHS para melhorar a economia dos países (BUCHAN; DHILLON; CAMPBELL, 2017). Do mesmo modo, as resoluções da 69ª. Assembleia Mundial da Saúde, que foi realizada em 2016, contribuíram com a abordagem de uma estratégia global da OMS para a força de trabalho em saúde até 2030. Certamente os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), com 169 metas direcionadas para diversos segmentos no âmbito global, consolidaram este arranjo da agenda, que coincidiu com transformações no campo da força de trabalho em saúde (FTS) e no mercado de trabalho em saúde. Com objetivos de erradicação da pobreza; redução do desemprego; promoção do trabalho decente; retenção da força de trabalho em áreas remotas e de difícil acesso e redução de desigualdades na distribuição, o debate sobre os ODS permitiu fomentar a discussão sobre aprimoramento da área RHS, em instâncias governamentais, não governamentais e de ensino e pesquisa.

Tendo em vista a possibilidade da correlação do trabalho com a teoria funcionalista, uma vez que o foco do estudo foi a organização de um serviço hospitalar de oncologia na perspectiva dos recursos humanos, foi utilizada a abordagem de Gilles Dussault, que relaciona a utilização eficiente de recursos com a melhoria do nível de saúde e possui relevância na Saúde Pública dentro do marco funcionalista.

O desafio, em qualquer país, consiste em aumentar a coerência entre os recursos, os serviços e as necessidades da comunidade, isto é, tentar eliminar os desequilíbrios geográficos (colocar os serviços onde estão as necessidades), numéricos (excesso de médicos, falta de enfermeiros), organizacionais (falta de serviços básicos, abundância de serviços hospitalares). (DUSSAULT, 1992 p.9)

Ao abordar questões relativas à atenção oncológica, devemos registrar que há problemas estruturais que extrapolam o alcance de normativos e impedem o aprimoramento das políticas para o controle do câncer. Dessa forma, o desenvolvimento da pesquisa se apoiou em concepções

teóricas, formulações e conclusões de pesquisadores das áreas correlatas, para delinear uma aproximação do estudo nessa perspectiva.

Políticas de racionalização e planejamento são necessárias para corrigir a imperfeição dos mercados de saúde, ou seja, minimizar o desequilíbrio entre as expectativas numéricas de profissionais, a realidade possível com financiamento limitado e o atendimento das necessidades da população.

Nancarrow advoga que para um serviço de saúde ser acessível é preciso um número de profissionais habilitados para atender às necessidades da população. Afirma que as restrições impostas por limitações profissionais, modelos de financiamento e divisões terapêuticas, interferem no tratamento e diagnóstico efetivos, com restrição de acesso a habilidades específicas, tecnologias e serviços. Em alguns casos, não somente reduzem a flexibilidade da força de trabalho, mas depreciam a capacidade de resposta dos profissionais e dos serviços (NANCARROW, 2015). Dessa forma, uma política de saúde deve abranger aspectos relevantes, tais como, a interferência do mercado na sobrecarga de trabalho em relação a uma determinada categoria; dificuldade de atração e retenção de profissionais para os cuidados paliativos oncológicos e financiamento para o tratamento em oncologia

É importante ainda considerar que o mercado de trabalho de saúde funciona de forma distinta de outros setores econômicos. A preocupação com a utilização e alocação de recursos neste setor significa que, para garantir equidade, eficácia e eficiência, os sistemas de saúde precisam aproveitar plenamente os recursos disponíveis. A avaliação de custo-efetividade das políticas de recursos humanos, sob a ótica do mercado de trabalho, desconstrói a ênfase na carência no emprego formal e permite uma análise apurada dos problemas apresentados (MANDEVILLE et al., 2016). Dessa forma, conclui-se que é necessário entender a dinâmica do mercado de trabalho para pensar em intervenções e políticas para recursos humanos em saúde.

Do ponto de vista da demanda por recursos humanos fica clara, mais uma vez, a centralidade dos profissionais na oferta de serviços e o impacto dos custos diretos e indiretos nos orçamentos dos sistemas de saúde. A política de saúde deve definir uma cesta de serviços que representem o atendimento das necessidades para depois definir a exigência qualitativa e quantitativa de recursos humanos para lograr êxito nesta oferta. Devem ser considerados a produtividade, tecnologia disponível, nível de educação e treinamento. Além disso, não se pode

negar que as decisões estão em um contexto para além das necessidades da população, com componentes políticos, econômicos e sociais (VUJICIC; ZURN, 2006)

A limitação de recursos financeiros e de força de trabalho reforça o debate necessário sobre distribuição dos recursos para auxiliar a tomada de decisões gerenciais e assegurar a melhor assistência à população. As análises de impacto de alocação equitativa são consideradas tecnologias em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Dessa forma, pode-se fazer uma aproximação da Economia com o dimensionamento e distribuição da força de trabalho.

A Economia da Saúde estuda a dinâmica do mercado de trabalho de saúde e engloba os seguintes temas: papel dos serviços de saúde no sistema econômico; o sistema de produção e distribuição de serviços de saúde; as formas de medir o impacto de investimentos em saúde; o estudo de indicadores e níveis de saúde correlacionados a variáveis econômicas; o emprego e os salários de profissionais de saúde e a oferta de mão-de-obra; a indústria da saúde no capitalismo avançado; o comportamento do prestador de serviços e suas relações com o consumidor; a análise de custo-benefício, de custo-efetividade e de custo-utilidade de serviços ou bens específicos, além de análise das políticas de saúde em vários níveis (PIOLA; VIANNA, 2002). Logo, esse ramo da Economia é aplicável em estudos semelhantes à presente pesquisa, que se propõem a investigar temas relacionados com força de trabalho (empregabilidade, projeções e oferta de profissionais), com vistas à organização dos serviços e dos sistemas de saúde.

Merece destaque a iniciativa do MS ao lançar o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), com o objetivo de avaliar resultados e auxiliar decisões administrativas com mecanismos modernos de gestão. “A otimização de recursos, sem comprometer a funcionalidade e a qualidade dos produtos e serviços, deve ser um objetivo permanente nas instituições que buscam excelência” (BRASIL, 2006). Porém, a decisão não trouxe elementos para o desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que no documento não há referência à centralidade dos recursos humanos e o impacto do desempenho profissional na qualidade dos resultados e na utilização adequada dos recursos disponíveis. Ou seja, não foi expressa a correlação entre adequação quali e quantitativa do quadro de pessoal e a utilização conveniente dos demais recursos do sistema, o que demonstra a necessidade de considerar tecnicamente os recursos humanos como elementos-chave da discussão econômica do sistema de saúde.

Por outro lado, a conclusão reducionista de que, para melhorar o sistema de saúde, deve-se contratar e formar mais profissionais, perde argumentação tendo em vista que há uma miríade

de fatores a serem considerados, inclusive sob o ponto de vista do mercado de trabalho, conforme abordado anteriormente. Como exemplo, para analisar o estado de saúde de uma população pode ser citada uma das formas, que é a função de produção, definida pela relação entre insumos e produtos.

Gobi e colaboradores (2013) detalham a classificação de insumos usados na estimativa de uma função de produção em: fatores socioeconômicos e demográficos (sexo, idade, cor ou raça, índice de massa corporal, taxa de urbanização, renda per capita, poluição do ar, disponibilidade de alimentos e nível de escolaridade); variáveis de assistência à saúde (procura por cuidados e planos de saúde); variáveis de comportamento (sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, alimentação, sono excessivo ou insuficiente e estresse) e aspectos relacionados ao diagnóstico de doenças crônicas (GOBI et al., 2013). Nessa concepção, insumos englobam a assistência prestada por profissionais dos serviços de saúde; o estilo de vida das pessoas; o meio ambiente e a própria biologia humana. O estado de saúde da população seria então o produto dessa combinação. A relação entre insumos e produtos demonstra o impacto de um insumo, mantendo-se as demais constantes, na saúde dos indivíduos em um dado período de tempo. Para isso, em geral, são utilizados taxas de mortalidade, taxas de morbidade e dias de incapacidade na mensuração do estado de saúde. Estes estudos permitem compreender as variáveis que impactam no estado de saúde dos indivíduos, permitindo a formulação de políticas públicas baseadas em evidências para melhoria da saúde da população (FOLLAND; GOODMAN; STANO, 2008).

Conclui-se, então, que a função de produção parte da identificação da menor correlação que se pode estabelecer para uma determinada finalidade: por exemplo, o número mínimo de profissionais necessários para realizar uma determinada atividade. Por esse motivo, essa lógica foi incorporada à pesquisa, que prevê o desenvolvimento de recomendação de padrões de atividades para cuidados paliativos.

A abordagem econômica e seus componentes reforçam a atenção para o papel dos recursos humanos, sua interferência nos resultados financeiros e não financeiros e na organização dos sistemas de saúde.

Para Dussault, os processos de reforma da saúde, como os que ocorrem no Brasil, acarretam mudanças para alcançar objetivos da melhoria da acessibilidade, da equidade e da qualidade dos serviços e não devem se limitar à reforma das estruturas. Este autor enfatiza que os processos devem adequar as competências, os comportamentos e as atitudes dos prestadores de

serviços de modo prioritário e atribui o sucesso das ações de saúde à organização do trabalho, ou seja, definições sobre a quantidade, a combinação (*mix*) de competências, a distribuição, o treinamento e as condições laborais dos profissionais da saúde. Considera ainda que os desequilíbrios na distribuição do pessoal de saúde, seja por tipo de estabelecimento, por nível de atenção, por categoria ocupacional ou por região, representam uma utilização inadequada de recursos raros e custosos e limitam o acesso da população aos serviços (DUSSAULT, 1999)

A partir da experiência em organizações de sistemas de saúde, Dussault destaca aspectos a serem observados nas reformas dos sistemas de saúde. Considera a diversidade e especificidade desses sistemas e enumera princípios aplicáveis a qualquer contexto, quais sejam:

- 1- Definição de objetivos claros e específicos para qualidade nas dimensões técnica e de serviço;
- 2- Compromisso político governamental no apoio para alcance dos objetivos;
- 3- Mobilização da força de trabalho das organizações prestadoras para criar um ambiente de trabalho favorável e de mecanismos de financiamento, pagamento de prestadores e regulação da qualidade. (CONILL; GIOVANELLA; FREIRE, 2011)

Dussault traz à luz às discussões sobre a centralidade e a dificuldade do tema gestão de recursos humanos em saúde. Por um lado enfatiza o papel dos profissionais tanto na produção da oferta de saúde quanto na possibilidade de oferta de recursos humanos para possibilitar a utilização dos serviços. Porém destaca que por não se tratar de uma ciência exata, há uma dependência de múltiplos fatores para se alcançar o resultado desejado (DUSSAULT, 1999)

O presente estudo parte do reconhecimento da centralidade dos recursos humanos em saúde e o impacto na organização dos serviços. Depreende-se das concepções de Dussault que quando a previsão, distribuição e mecanismos de retenção de recursos humanos são inadequados, a organização do serviço não alcança resultados de qualidade, mesmo com estrutura e financiamento, conforme trecho de entrevista concedida pelo pesquisador:

É obvio que a produção de serviços de qualidade exige recursos financeiros suficientes, mas os entraves à melhoria da qualidade são mais os de natureza organizacional e cultural que influenciam os comportamentos dos prestadores. (CONILL; GIOVANELLA; FREIRE, 2011)

Os estudos de Gilles Dussault levam à conclusão de que o planejamento de recursos humanos, para contribuir com a organização de um serviço ou de um sistema de saúde de um país, deve considerar a quantidade de profissionais necessários e se possuem as competências e habilidades adequadas à função a ser exercida. Outro ponto de extrema relevância é como essas pessoas são distribuídas, pois se estes forem preparados e alocados corretamente, haverá a qualificação da oferta. Ou seja, o desequilíbrio na distribuição de profissionais, além de explicitar a má utilização de recursos, dificulta o acesso da população aos cuidados de saúde. Questões relativas à formação, treinamento e condições de trabalho também impactam no sucesso da organização dos serviços e precisam de propostas de melhoria contínua.

A partir desse arcabouço conceitual, concluiu-se que estudos ancorados em carga de trabalho podem se beneficiar da utilização de ferramentas de diferentes fontes como, por exemplo, função de produção, Economia e Economia da Saúde, para dar concretude no estudo da viabilidade econômica dos sistemas de saúde. Considerando os aspectos essenciais para a organização de serviços e os pontos de desequilíbrio apontados por Dussault, a pesquisa em

desenvolvimento teve como foco discutir o planejamento da força de trabalho para cuidados paliativos em uma instituição complexa de oncologia.

2.2 Revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica para responder ao primeiro objetivo específico deste estudo diferiu da pesquisa da literatura realizada para embasar o desenvolvimento do projeto, que consta dos dois primeiros capítulos desta tese.

Para pesquisar as metodologias de dimensionamento de recursos humanos que podem ser utilizadas para cuidados paliativos foi realizada uma revisão bibliográfica do tipo integrativa, envolvendo a sistematização bibliográfica integrada entre a pesquisa científica e a prática profissional no âmbito da atuação profissional.

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008 ,p.759)

Para revisão da literatura foram utilizadas como fontes os serviços eletrônicos com base de dados de revistas científicas nacionais e internacionais e a literatura cinza que abrange relatórios, documentos de trabalho, documentos de governo e avaliações de material produzido fora dos canais de publicação e distribuição comerciais ou acadêmicos.

O processo consistiu nas seguintes etapas, conforme preconizado na literatura (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010)(WHITTEMORE; KNAFL, 2005):

- a) Identificação do tema: A necessidade de metodologia para dimensionamento de recursos humanos para cuidados paliativos em oncologia.
- b) Pergunta norteadora : O que há na literatura sobre dimensionamento de força de trabalho específica para oncologia e cuidados paliativos?

c) Planejamento e definição da estratégia de busca :

O planejamento foi realizado em novembro de 2018 e contou com o apoio de profissional de biblioteconomia. Para identificar os elementos da pergunta de pesquisa, foi utilizada a estratégia PICO, com a adaptação para questões qualitativas quando são utilizados os seguintes componentes: participante (população), interesse e contexto (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Nesta etapa, foram definidas palavras-chave que representam o assunto principal da pesquisa: recursos humanos, dimensionamento e cuidados paliativos. Em seguida, foram identificados os descritores, que são uma terminologia padronizada, no vocabulário trilingue e padronizado DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no vocabulário controlado MeSH (*Medical Subject Heading*), que é estruturado com termos médicos.

Quadro 2 – Conceitos, termos e palavras-chave para a busca de descritores

População	Interesse	Contexto
Recursos humanos (médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista) Recursos Humanos em Hospital Recursos Humanos em Saúde Recursos Humanos de Enfermagem	Dimensionamento Carga de trabalho, fatores de tempo, gerenciamento de tempo	Cuidados Paliativos Cuidados Paliativos na terminalidade da vida Hospitais para doentes terminais Doente terminal Assistência terminal Assistência de longa duração

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

As bases de dados pesquisadas foram Lilacs, Pubmed, Cinahl e Embase, com as estratégias de buscas apresentadas no Quadro 7 do ANEXO E.

Com a busca baseada nas estratégias desse quadro, foram encontradas 8 referências no Lilacs, 168 no Pubmed, 91 no Cinahl e 83 no Embase, totalizando 350 artigos. Houve pesquisa nos Bancos de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo (USP), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), UERJ e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTB). Na busca, houve o acréscimo da expressão ‘oncologia’ às palavras-chave identificadas previamente: “recursos humanos”, “dimensionamento” e “cuidados paliativos”. Foram identificados 118 trabalhos, conforme tabela a seguir:

Tabela 6 – Número de trabalhos selecionados em Bancos de Teses

Banco de Teses	Identificados	Descartados	Pré-selecionados
USP	25	12	13
CAPES	60	23	37
UERJ	14	13	1
BDTD	19	19	0

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Para complementar a busca na literatura cinza, foram pesquisados o catálogo WorldCat (“WorldCat”, [s.d.]) e os websites da Agência de Pesquisa em Saúde e Qualidade (AHRQ, [s.d.]), MedNar (MEDNAR, [s.d.]), Relatório Europeu de Literatura Cinza (OPENGREY, [s.d.]), Serviço de rede de Literatura Cinza (GREY LITERATURE NETWORK SERVICE, [s.d.]). Foram identificados 8 trabalhos no MedNar, 1 no Greynet.

a) Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados

Os artigos, teses e dissertações foram pré-selecionados mediante leitura de resumo, palavras-chave e título. Os critérios de inclusão foram trabalhos publicados de 1990 a 2018 nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram estudos que não colaboravam para responder a pergunta norteadora definida para a revisão. Nessa fase, foram descartados os artigos que não estavam disponíveis nos idiomas definidos (46); sobre tratamento clínico (30); com assunto de uma categoria específica (12); exclusivos da prática de enfermagem (11); com teorias sobre serviços de cuidados paliativos (7); sobre familiares e cuidadores (5); sobre atividades específicas de enfermeiros (2) e médicos (1). Em relação às teses e dissertações, o descarte de 67 trabalhos na fase de pré-seleção foi devido à abordagem de temas diversos da questão estudada, o que também foi identificado nos 9 artigos pesquisados em websites que são fontes de literatura cinza.

Após essa fase, foi observado que se o operador booleano AND fosse substituído por OR antes do descritor da oncologia, haveria identificação de artigos que poderiam contribuir para a revisão. Para ampliar as possibilidades de identificar mais trabalhos para auxiliar a revisão, foi

realizada nova busca com essa alteração. O total de 350 artigos pré-selecionados aumentou para 944.

A seleção das teses foi realizada com a utilização de planilhas excel, com identificação dos títulos selecionados de todos os bancos pesquisados. A pesquisadora e uma colaboradora voluntária, com doutorado na temática de dimensionamento de pessoal, realizaram as análises e as divergências foram avaliadas em um segundo momento pelo orientador da pesquisa. Foram selecionadas 2 teses para a etapa de análise para leitura dos textos na íntegra. A matriz a seguir apresenta um recorte dos cinco primeiros artigos da lista para exemplificar como foi a organização para análise de todos os trabalhos.

Figura 1 – Matriz para avaliação de teses

Artigo	Banco de teses BDTD	Decisão do screening								Decisão final		
	Título	Revisor	Aceito	Recusado	Talvez	Revisor	Aceito	Recusado	Talvez	Revisor	Aceito	Recusado
1	O psicanalista nos cuidados paliativos com crianças			x				x				x
2	A clínica psicológica e a experiência da espiritualidade de pacientes em cuidados paliativos			x				x				x
3	Vivências de pacientes com câncer em cuidados paliativos e o significado da espiritualidade			x				x				x
4	O Cuidado à família do idoso com câncer em cuidados paliativos: perspectiva da equipe de enfermagem e dos usuários			x				x				x
5	Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos à quimioterapia paliativa			x				x				x

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Para a seleção dos artigos, foi utilizado o aplicativo denominado Rayyan, desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa em Computação do Catar – *Qatar Computing Research Institute* (QCRI). Consiste em um algoritmo para sistematizar a seleção de artigos, com visualização e sinalização que facilitam os avaliadores. Auxilia revisões sistemáticas, é gratuito, permite sincronização com banco de dados quando utilizado remotamente, é estruturado para avaliação em duplo-cego de forma concomitante. Outra vantagem é que elimina os documentos repetidos quando são utilizados vários bancos de dados, agilizando a seleção de trabalhos para estudo (OUZZANI et al., 2016).

Figura 2 – Página do aplicativo Ryyan com resultado de seleção de artigos

The screenshot shows the Ryyan application interface. The main content area displays a list of articles with the following details:

Date	Authors	Title	Rating
2011-01-01	Karen, Mario Roberto, enfasiva12	Comparison of occupational stress in rapid re...	Zeng, L.; DiProspero, L.; Da...
2002-01-01	Karen, enfasiva12	Meeting complex needs: an analysis of Macmillan nurses' ...	Skilbeck, Julie; Seymour, Jane
2015-01-01	Karen, enfasiva12	Changing oncology compliance standards: Step 1 in re-val...	Bosserman, L. D.
1998-01-01	Karen, enfasiva12	Cancer support nurses: a co-ordinating role in cancer care.	McIllmurray, M B; Cumming...

The interface also includes a sidebar with filters such as 'Duplicates', 'Inclusion decisions', and 'Search methods'. The main content area shows the full text of the selected article, 'Comparison of occupational stress in rapid response radiotherapy program's interprofessional team, the radiation therapists and the nurses at the odette cancer centre'.

Fonte: Disponível em <https://rayyan.qcri.org/reviews/49375>. Consultado em 15/11/2019

A análise foi realizada com o mesmo método dos artigos, ou seja, pela pesquisadora e uma colaboradora voluntária. As divergências foram avaliadas em um segundo momento pelo orientador da pesquisa em situações identificadas como conflitos, de acordo com a ferramenta Ryyan. Foram escolhidos 14 artigos para a etapa de análise mediante leitura dos textos na íntegra.

b) Coleta de dados/categorização dos estudos selecionados

Para coleta de dados, foi elaborada uma matriz de síntese, que foi preenchida para cada documento com os elementos para identificação (título, identificação DOI, ano de publicação, país de origem, idioma, autor(es), nome da revista), com as características metodológicas do estudo (tipo de publicação, objetivos, população, cenário, serviço, método para dimensionamento de pessoal) e com informações adicionais abordadas no estudo (relação com Síndrome de *Burnout*⁶, barreiras e potencialidades para implementação de métodos de dimensionamento).

⁶ “Burnout é uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizada por três dimensões: sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho; e redução da eficácia profissional.” Disponível em <https://www.paho.org> consultado em 10/09/2019

Quadro 3 –Planilha para extração de dados de artigos e teses

EXTRAÇÃO DOS DADOS-DIMENSIONAMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS	
1) Identificação:	
Título do artigo:	
Identificação do estudo (DOI):	
Ano de publicação:	
País de origem:	
Idioma:	
Autor(es):	
Revista:	
2) Características metodológicas do estudo:	
a) Tipo de publicação	<input type="checkbox"/> pesquisa qualitativa <input type="checkbox"/> pesquisa quantitativa <input type="checkbox"/> relato de experiência
b) Objetivos:	
c) População (profissionais de saúde envolvidos):	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Assistente social <input type="checkbox"/> Nutricionista
d) Cenário	<input type="checkbox"/> oncologia
e) Serviço	<input type="checkbox"/> cuidados paliativos
	<input type="checkbox"/> outro
	<input type="checkbox"/> radioterapia
	<input type="checkbox"/> ambulatório
	<input type="checkbox"/> internação
	<input type="checkbox"/> emergência
f) Método para dimensionamento de pessoal:	<input type="checkbox"/> atenção domiciliar
	<input type="checkbox"/> farmácia
3) Informações adicionais abordadas no estudo:	
Carga de trabalho relaciona-se com a Síndrome de Burnout	
Barreiras para implementação dos métodos de dimensionamento	
Potencialidades para implementação dos métodos de dimensionamento	
4) Outras informações não mencionadas acima que podem ser importantes para esta revisão?	

Fonte: Elaborado por Karen Matsumoto, 2019

Os estudos mapeados na matriz foram analisados e hierarquizados em níveis para a discussão dos resultados. Optou-se pela análise da síntese das publicações para identificar o escopo das pesquisas e apontar lacunas na abordagem do tema sobre dimensionamento de pessoal em cuidados paliativos na literatura. As considerações sobre o estudo estão no capítulo de resultados e discussão.

2.3 Método de planejamento de pessoal com indicadores de carga de trabalho

O método utilizado foi *Workload Indicators of Staffing Needs* (WISN) - Indicadores de carga de trabalho para a estimativa de necessidades de pessoal. A aplicação em campo se baseia em um conjunto de padrões de atividades que são transformados em carga de trabalho para dimensionar a necessidade de recursos humanos. Este método considera a participação de profissionais desde o nível central até o nível local, incluindo instituições e serviços. Demonstra o desequilíbrio entre profissionais disponíveis e carga de trabalho, principalmente quando o cálculo anterior foi realizado com base na capacidade instalada. Pode subsidiar decisões gerenciais em relação à distribuição de pessoal e de tarefas, favorecendo a melhoria da qualidade dos serviços e o planejamento realista para contratações futuras (SHIPP, 1998).

A aplicação da ferramenta segue as seguintes etapas, de acordo com o preconizado pela OMS (WHO, 2010):

a) Definição das categorias e do tipo de instalação de saúde onde o método será aplicado.

Foram definidas sete categorias profissionais com curso superior em enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social com atuação em um hospital de cuidados paliativos oncológicos que oferece os serviços de ambulatório, assistência domiciliar, farmácia, internação hospitalar, ginásio de fisioterapia e serviço de pronto-atendimento.

b) Estimativa do tempo de trabalho disponível com o cálculo do tempo útil de um profissional de saúde em um ano para realizar seu trabalho, considerando ausências autorizadas e não autorizadas.

O cálculo do tempo de trabalho disponível é importante pois mesmo considerando a cobertura de plantões noturnos e finais de semana, o dimensionamento inicia a partir da constatação de que os profissionais de saúde não trabalham durante todos os dias do ano. O

tempo de trabalho disponível é o tempo que um profissional de saúde tem em um ano para fazer seu trabalho levando em conta ausências autorizadas e não autorizadas. Pode ser expresso por dias/ano ou horas/ ano. A estimativa é feita contando o número de dias de trabalho possíveis em um ano. Isto é calculado multiplicando o número de semanas em um ano (52) pelo número de dias que um profissional trabalha em uma semana. Após isso, é calculado o número de dias em que o profissional não trabalha em um ano com ausências por motivos diversos como férias, feriados, adoecimento, treinamento e razões pessoais. Se chega à média do número de ausências em dias subtraindo o total de dias de ausências do número de dias que os profissionais de cada quadro trabalham em um ano, conforme a seguinte fórmula:

$$AWT=A- (B+C+D+E) \quad (1)$$

AWT= total de tempo de trabalho disponível (*available working time*)

A= número de dias de trabalho em um ano

B= número de feriados em um ano

C= número de faltas em um ano

D= número de faltas por motivo de doença em um ano

E= número de faltas por outros motivos (ex: treinamento)

É possível transformar dias/ ano em horas/ano com a fórmula:

$$ATW=A- (B+C+D+E) \times F \quad (2)$$

AWT= total de tempo de trabalho disponível (*available working time*)

A= número de dias de trabalho em um ano

B= número de feriados em um ano

C= número de faltas em um ano

D= número de faltas por motivo de doença em um ano

E= número de faltas por outros motivos (ex: treinamento)

F= número de horas de trabalho por dia

c) Definição dos componentes da carga de trabalho para atividades do serviço de saúde (estatísticas regulares coletadas), de apoio e adicionais (estatísticas regulares não coletadas)

Nessa etapa, são definidas as atividades de trabalho realizadas diariamente, que são denominadas componentes da carga de trabalho de cada categoria.

Há três tipos de componentes de carga de trabalho:

- atividades de serviços de saúde que são realizadas por todos os membros de uma categoria profissional e registradas em estatísticas de forma regular;
- atividades de apoio que são realizadas por todos os profissionais da categoria, mas não são documentadas em estatísticas;
- atividades adicionais que são aquelas realizadas somente por alguns membros da categoria; também sem registros em estatísticas do serviço.

As atividades mais importantes de um dia de trabalho diário são as que definem os componentes da carga de trabalho. Cada atividade terá sua própria demanda de tempo de realização, por isso é importante elaborar uma lista de atividades. Se não há uma estatística regular disponível, os componentes da carga de trabalho nos serviços de saúde não podem ser divididos em componentes menores. Para a maioria das categorias quatro a cinco atividades de saúde, três ou quatro atividades de suporte, são suficientes para ocuparem a maioria de um dia de trabalho. Adicionar componentes de carga de trabalho que consomem pouco tempo é desnecessário porque faz uma pequena diferença no final do cálculo de necessidade de pessoal.

d) Definição dos padrões de atividade

Padrão de atividade é o tempo que leva um indivíduo treinado e bem motivado de uma categoria para executar a atividade com padrões profissionais aceitáveis.

Há dois tipos de padrão que são utilizados para o cálculo de necessidade de pessoal: padrões de serviço e de atividades.

O padrão de serviço é um conjunto de atividades de saúde realizado por uma categoria, que pode ser expresso pelo tempo médio que um profissional executa uma atividade (por exemplo: 30 minutos para consulta) ou pela média do número de atividades que são executadas em um dado período de tempo (por exemplo: 8 consultas no período vespertino).

O padrão de atividade mensura as atividades de suporte - como elaboração de relatórios - e adicionais - como preceptoria - e é composto por padrões de atividade da categoria (*category allowance standards- CAS*) e padrões de atividade individual (*individual allowance standards – IAS*). Pode ser expresso pelo número de horas (por exemplo: 1 hora de 1 dia de trabalho) ou pela porcentagem da hora trabalhada (por exemplo: 14% do tempo trabalhado)

e) Definição de padrão de carga de trabalho

Nesta etapa, são determinados os padrões da carga de trabalho que demonstram a quantidade de trabalho de cada atividade que um profissional pode realizar em um ano. O cálculo pode ser baseado em unidade de tempo (por exemplo: tempo de visita domiciliar/ paciente) ou taxa de trabalho realizado.

Para saber o número de pessoas atendidas em uma modalidade de atividade por ano, de acordo com a unidade de tempo, utiliza-se a seguinte fórmula:

$$\text{Total de tempo de trabalho disponível (AWT) /unidade de tempo} \quad (3)$$

Ex: $\frac{1512 \text{ horas/ano}}{5 \text{ horas/cirurgia}} = 252 \text{ cirurgias/ano}$

Para saber o número de pessoas atendidas em uma modalidade de atividade por ano, de acordo com a taxa de trabalho, utiliza-se a seguinte fórmula:

$$\text{Total de tempo de trabalho disponível (AWT) x taxa de trabalho} \quad (4)$$

Ex: $1512 \text{ horas/ano} \times 2 \text{ pacientes consultados/hora} = 3024 \text{ consultas/ano}$

f) Cálculo dos fatores de atividade por categoria e individual

Esse cálculo considera atividades de suporte e adicionais. Para isso, é necessário converter os padrões de atividade (CAS e IAS) em fatores de atividade para as classificações de categoria e individual (*category allowance factor - CAF* e *individual allowance factor - IAF*).

Cada fator tem uma forma distinta de aplicação. O CAF é um multiplicador usado para calcular o número de pessoal necessário para atividades diretas e de suporte.

$$\text{CAF} = 1 / [1 - (\text{Total CAS} / 100)] \quad (5)$$

O IAF não é um multiplicador; é adicionado ao total de staff necessário e considera atividades adicionais realizadas por alguns profissionais.

$$\text{IAF} = \text{IAS} / \text{AWT} \quad (6)$$

Esta etapa possibilita calcular o total de profissionais para todos os tipos de atividades previstas e não somente as atividades diretas realizadas pelos profissionais.

g) Determinação da necessidade de pessoal baseada no WISN

Para apresentar as necessidades de pessoal baseados no WISN, os três grupos de carga de trabalho (atividades diretas, de apoio e adicionais) são calculados separadamente. Para calcular o número de profissionais para todas as atividades diretas, divide-se a carga anual de cada atividade por seu respectivo padrão de carga de trabalho. Para o cálculo de profissionais necessários para executar atividades diretas e de apoio, multiplica-se o *staff* necessário calculado para atividades diretas pelo fator de atividade por categoria (FAC). Para concluir e considerar as atividades adicionais, acrescenta-se o fator de atividade individual (IAF) ao número de pessoal estimado para as atividades diretas e de suporte no cálculo anterior.

h) Análise e interpretação dos resultados

Há duas formas de análise dos resultados do WISN. A primeira, é sobre a diferença entre o número atual e o necessário de profissionais, que permite identificar a falta ou excesso por categoria. A segunda, é a utilização da razão entre a quantidade real e a estimada para cada categoria, que permite avaliar a carga de trabalho. A razão equivalente a 1 é considerada normal. Quanto menor a razão, maior é a carga de trabalho.

Esses cálculos podem ser realizados com auxílio de software que é disponibilizado pela OMS.

O resultado dessa análise serve para subsidiar tomada de decisão sobre os quadros atual e futuro de uma instituição de saúde, com a melhoria da distribuição do staff e redução da carga de trabalho, revisão e alinhamento entre categorias para controlar sobreposição e lacunas na execução de tarefas, planejamento para dimensionar o quadro de pessoal de forma realista e melhora da qualidade dos serviços.

2.4 Trabalho de campo e estratégia de coleta de dados

De acordo com o manual elaborado pela OMS, para que a implantação do método WISN seja exitosa, a organização deve prever três diferentes grupos para o processo. O primeiro é um comitê de gestão; o segundo é um grupo de trabalho técnico e o terceiro é um grupo de especialistas. Como esta previsão é para diferentes cenários, inclusive para implantação em nível nacional e a pesquisa foi realizada em serviços concentrados em uma instituição, houve uma adaptação da proposição do manual às condições locais da pesquisa.

A direção geral do hospital, representada pela diretora e vice-diretora, compôs o primeiro grupo, aprovando a estratégia e o planejamento do trabalho de pesquisa. Para facilitar o acompanhamento, ficou definido que todas as solicitações e contatos com gestores e profissionais seriam intermediados oficialmente por e-mail para a direção, que centralizou a comunicação entre a pesquisadora e os participantes. Como em qualquer outro método para organização de serviços, foi considerado fundamental mobilizar as gestoras principais com explicitação do objetivo do estudo, os tipos de resultados que seriam produzidos e como poderiam ser úteis para embasar a gestão para tomada de decisão em relação aos recursos humanos.

A transparência e disponibilidade para dirimir dúvidas favoreceram o comprometimento e a garantia de apoio até o final da pesquisa. O primeiro contato com a direção geral para que o HCIV fosse campo de pesquisa foi uma reunião com a vice-diretora em novembro de 2017, quando foi determinado que o início do trabalho no HCIV e o acesso às informações institucionais estavam condicionados à aprovação do CEP. Durante o ano de 2018, houve trocas de e-mails sobre o andamento do projeto acadêmico e esclarecimentos sobre a proposta de pesquisa. Após aprovação do projeto pelo CEP do INCA, ocorreu uma reunião com a direção em fevereiro de 2019. Nessa oportunidade foram apresentados o escopo da pesquisa, a metodologia e

o cronograma e a pesquisadora elucidou detalhes do desenvolvimento do processo por solicitação das gestoras. Foram solicitadas oficialmente informações sobre o quadro de pessoal para serem utilizadas na pesquisa. Além disso, foram apresentados os pontos fortes e as fragilidades dos métodos de dimensionamento e a possibilidade de utilização de uma ferramenta que utiliza carga de trabalho, como WISN, para equipes de oncologia e especificamente para cuidados paliativos.

O segundo grupo, de caráter técnico, é o responsável pela implantação do processo. A pesquisadora assumiu esse papel de coordenação, com responsabilidade sob o ponto de vista técnico, ético e de acompanhamento de todas as etapas do trabalho de campo, com anuência e colaboração da direção.

O grupo de especialistas cumpre um papel importante na estimativa de carga de trabalho e dos padrões de atividades realizadas pelas categorias profissionais, que são processos importantes para o método. Esse grupo precisa de profissionais com experiência para garantir confiança para os outros profissionais. Uma vez realizados com a colaboração de profissionais experientes, passa segurança para as equipes que serão acompanhadas de que a pesquisa será desenvolvida em bases sólidas e confiáveis. Por isso, os chefes de serviço participaram desse grupo por ocuparem cargo de gestão e experiência também assistencial. Cada categoria definiu um profissional ou um grupo de referência para auxiliar nesta etapa. A direção agendou uma reunião em março de 2019 para alguns gestores tomarem conhecimento do processo. Houve dúvidas na apresentação principalmente em relação à observação direta. Por isso, esta fase da pesquisa foi esclarecida o maior número de vezes possível, tanto em grupo quanto individualmente no trato com gestores. Para ampliar a divulgação da pesquisa, foi agendada uma reunião com as chefias de todas as categorias. Apesar do cancelamento de duas reuniões consecutivas, foi possível fazer essa apresentação no final do mês de março, com retorno positivo sobre a aceitação do projeto.

Em abril de 2019, ocorreu uma visita às dependências do HCIV, com o acompanhamento e explicação minuciosa da direção sobre cada serviço. Nessa ocasião, todos os andares e prédios anexos foram visitados para conhecimento da planta física, com o objetivo de organizar a distribuição da equipe de auxiliares de pesquisa para a observação direta.

Em todas as oportunidades de reunião foi necessário esclarecer que o projeto não era uma encomenda administrativa institucional; que o objetivo acadêmico era testar a aplicabilidade do método na instituição para mensurar carga de trabalho dos profissionais de nível superior durante

o período de 7 às 19 horas nos serviços ambulatorio, assistência domiciliar, internação hospitalar, serviço de pronto atendimento, farmácia e ginásio de fisioterapia. As atividades noturnas e de final de semana não foram observados. Os profissionais com função administrativa e de nível técnico não foram incluídos porque havia limitações de cronograma e financeira para implementar a pesquisa. Foi esclarecido também a possibilidade metodológica de que, uma vez constatada a aplicabilidade do WISN, esses profissionais poderiam ser incluídos em uma próxima oportunidade.

O processo de aplicação do WISN é muito flexível pode se destinar a tamanhos variados de instalações de saúde e categorias profissionais. Recomenda-se, por exemplo, que para uma área administrativa pequena, um distrito, uma ou duas instalações de saúde, uma ou poucas categorias a implementação seja *bottom-up* (processo ascendente). Essa opção permite que resultados sejam compartilhados para encorajar aplicações semelhantes e mais abrangentes. Apesar de o HCIV se enquadrar em características de escopo pequeno de atuação, o estudo foi estruturado para trabalhar com sete categorias baseado na premissa de que seria vantajoso examinar a carga de trabalho total do local e não somente de uma ou duas categorias isoladas. Outra vantagem foi ter proporcionado a avaliação de diferentes categorias em conjunto, permitindo identificar tarefas que estavam em conflito ou sobrepostas, além de lacunas no serviço ofertado.

Na definição da estratégia de implementação ficou definido que não haveria um estudo de campo piloto; em caso de necessidade de ajustes significativos o período de observação seria ampliado. O grupo que conduziu a implantação do processo foi composto pela pesquisadora, gestores do hospital, auxiliares e supervisores de pesquisa. A pesquisadora registrou as atividades de implementação em um diário, que constituiu fonte de informação do desenvolvimento do trabalho de campo.

As informações sobre o trabalho de profissionais das diferentes categorias foram obtidas em dois documentos institucionais: no Sistema de Planejamento do INCA (Sisplan), que contém dados de produtividade de cada categoria profissional e de atividades de grupo; e no Normatiza, que contém informações sobre normas internas dos hospitais e áreas administrativas do instituto. Após essa etapa, foi realizada pesquisa na literatura sobre o papel e atividades das categorias em cuidados paliativos (HERMES; LAMARCA, 2013), (BRAGANÇA, 2011b), (FERRARI et al., 2013), (SAPETA, 2016), (OLIVEIRA; ALINE; HILÁRIO, 2010), (OLIVEIRA, ELOÁ

SIQUEIRA MAGALHÃES; CUNHA, 2018), (PINTO; CAMPOS, 2016), (ROCHA; CUNHA, 2017), (BARBOSA, 2011), (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013), (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017), (ANCP, 2012). Em seguida, um compilado de todas as atividades por categoria foi encaminhado à direção para posterior apresentação aos especialistas/gestores do serviço. As reuniões foram realizadas em junho de 2019, com representantes de cada categoria, após validação do documento por cada equipe, com exceção do serviço social. Essa etapa, além de ter sido mais uma oportunidade de esclarecimento de escopo e objetivos da pesquisa, auxiliou a qualificar e ampliar da lista de atividades em alguns casos.

A confirmação da carga de trabalho por categoria profissional, a partir de informações coletadas nos documentos e relatos, foi realizada pelo método de observação direta. Foram selecionados 17 auxiliares de pesquisa e 2 supervisoras para essa fase da pesquisa. O requisito para ser auxiliar de pesquisa foi ser aluno de graduação na área de saúde. Foi realizada uma convocação em universidades públicas e particulares e a seleção foi realizada por análise curricular. Foram selecionados alunos dos cursos de serviço social, psicologia, nutrição e farmácia. As supervisoras foram indicadas devido à experiência em coordenar pesquisa de campo na área de saúde e não fazem parte do quadro de profissionais do INCA.

Para os auxiliares de pesquisa, houve uma capacitação no Instituto de Medicina Social da UERJ para explicar a circunscrição de atuação; questões éticas e comportamentais no ambiente hospitalar; natureza e os objetivos da pesquisa e as limitações de atuação direta em atividades ou procedimentos que exigem privacidade. A direção do HCIV teve acesso ao material da capacitação e, a partir dessa informação, a rotina de observações foi combinada com os profissionais.

A coleta de dados foi realizada em formulário eletrônico no período de 22 de julho a 02 de agosto de 2019, em dias úteis, no período de funcionamento do INCA, das 7 às 19 horas.

Para as atividades de coleta, foram selecionados e treinados 18 auxiliares de pesquisa para utilização do *tablet* e registro das atividades codificadas. Houve supervisão de 2 profissionais, o que permitiu que em todo o período os auxiliares de pesquisa pudessem esclarecer dúvidas. Dessa forma, a pesquisadora pôde acompanhar as visitas domiciliares e participar da revisão diária dos produtos obtidos em cada dia. A partir da revisão dos dados, observou-se a necessidade de incluir na lista de algumas categorias atividades que todos realizam, mas foram indicadas apenas por

uma categoria profissional como, por exemplo, consulta à prescrição é uma atividade que vários profissionais realizam, com objetivos diferentes, mas foi citada por apenas uma categoria.

Os dados foram coletados em seis locais: 01 - Ambulatório, 02 - Assistência domiciliar, 04 - Internação hospitalar, 05 - Serviço de pronto atendimento, 06 - Farmácia e 07 - Ginásio. Inicialmente também foi considerada observação de atividades em área geral (03 - Geral), mas não foi coletada informação com essa classificação de local.

As atividades indicadas pelos gestores/profissionais tiveram a sua descrição padronizada e foram identificadas e distribuídas em cinco classes: atividades diretas, atividades de apoio, atividades adicionais, geral e outras. O formulário eletrônico disponibilizou filtros para que as atividades fossem associadas aos locais e às categorias profissionais. Para aprimorar a análise, as classes de atividades foram reorganizadas em diretas, de apoio, adicionais, atividades pessoais e outras atividades. Para as observações, foi considerado o intervalo de 10 minutos.

O quadro a seguir exemplifica as possibilidades de preenchimento do formulário eletrônico disponibilizado no tablete para os auxiliares de pesquisa. Inicialmente, havia a possibilidade de selecionar a(s) categoria(s) dos profissionais observados. Na sequência, o nome de cada profissional. De acordo com a hora e com a coluna correspondente aos minutos, o observador inseria o código da atividade executada.

Quadro 4 – Formulário para registro da observação direta

Categoria Profissional	Nome	7 HORAS	00	10	20	30	40	50
1								
2								
3								
Categoria Profissional	Nome	8 HORAS	0	10	20	30	40	50
1								
Categoria Profissional	Nome	9 HORAS	0	10	20	30	40	50
1								
Categoria Profissional	Nome	10 HORAS	0	10	20	30	40	50
1								
Categoria Profissional	Nome	11 HORAS	0	10	20	30	40	50
1								
Categoria Profissional	Nome	12 HORAS	0	10	20	30	40	50
1								

Fonte: Elaborado por técnicos da USP, 2019

Havia uma planilha para registro de dados do período vespertino, com a mesma configuração. Dos métodos descritos na literatura para mensurar tempo de trabalho, quais sejam, autorrelato, tempo e movimento e amostragem do trabalho observacional, o último foi escolhido pelo custo-benefício e pela redução da interferência dos observados nas estimativas (MYNY et al., 2010), (PELLETIER; DUFFIELD, 2003), (BARTHOLOMEYCIK; HUNSTEIN, 2004). A amostragem é baseada nas leis da probabilidade, ou seja, considera que a distribuição de momentos aleatórios repetidos é invariável e permite registrar o tempo utilizado a partir de observações intervaladas realizadas pelos auxiliares de pesquisa. A desvantagem é que informações sobre a qualidade, a complexidade e o trabalho realizado nos intervalos das observações não são capturadas. Uma vantagem para estudos como o presente, que utiliza a carga

de trabalho, é a possibilidade de quantificar tempo para atividades diretas e indiretas dos profissionais (URDEN; ROODE, 1997), (MYNY et al., 2010).

Deve-se ressaltar que, apesar do horário coberto pelos pesquisadores ser no período matutino e vespertino, os horários dos profissionais são variados e em escala nem sempre compatível com o horário proposto para a coleta. Considerando que todos os servidores possuem no mínimo 8 anos de experiência no HCIV, o foco da observação foi o serviço, com acompanhamento do profissional mediante escala diária e disponibilidade. Assim, os dados ora apresentados se referem a 60 profissionais observados em duas semanas seguidas, em 10 dias úteis de atividade na instituição.

Foi utilizado um software da OMS que permite os cálculos sobre a média de dias trabalhados ao ano (considerando férias, licenças e feriados); o rateio do tempo das atividades em diferentes unidades de medida (ex: minutos/dia, horas/mês, dias/ano); os percentuais de carga de trabalho e a relação entre o número de profissionais (existentes, excedentes e necessários) a partir das informações coletadas na observação direta das atividades desenvolvidas de assistência, pesquisa e ensino. A análise e interpretação dos resultados foram realizados pela pesquisadora e o orientador.

2.5 Entrevistas

Para complementar os resultados e subsidiar a contribuição do projeto em relação às recomendações, foram entrevistados cinco informantes-chave com histórico de ocupação de cargo de gestão federal, estadual ou municipal em instituições especializadas em oncologia. A colaboração desses profissionais auxiliou na compreensão das tendências e expectativas do tema em estudo sob a ótica de gestores, enriquecendo a discussão dos resultados e recomendações.

As entrevistas foram realizadas no período de abril a maio de 2019. Após teste em duas entrevistas piloto, foram realizadas pequenas modificações no roteiro (ANEXO D). Foram entrevistados cinco gestores ou ex-gestores de instituições/serviços de oncologia, sendo 3 médicos, 1 psicóloga e 1 enfermeiro, com 3 respondentes do sexo masculino e 2 do sexo feminino.

Em relação ao tempo de atividade laboral, um participante tem experiência superior a 15 anos e quatro possuem mais de 25 anos de atuação especificamente em gestão pública nas esferas

federal e municipal. Entre os que figuram com mais tempo de prática, dois estão aposentados. Houve dificuldade em obter a indicação de um profissional que pudesse representar a Secretaria Estadual de Saúde (SES). Os atuais ocupantes de cargos relevantes que foram contactados não se prontificaram a indicar um nome ou não responderam os e-mails enviados, o que impossibilitou a participação de um representante da esfera estadual conforme programado.

Os três gestores federais revelaram vínculo com o INCA, inclusive um que está aposentado. A gestora municipal também atuou no instituto antes de migrar para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A assinatura do TCLE específico para esta atividade (ANEXO B) - e a identificação dos entrevistados - foi padronizada por números arábicos, de acordo com a ordem em que as entrevistas foram realizadas para garantir a confidencialidade e sigilo, com a anonimização dos participantes. Os informantes-chave receberam a denominação de gestores ou entrevistados, seguida do número correspondente à ordem de participação, por ex: gestor 1 ou entrevistado 1.

A pesquisa foi realizada na residência dos informantes já aposentados ou no ambiente de trabalho dos demais. Após explicação sobre o escopo e objetivos da pesquisa, o TCLE foi assinado e cada um recebeu uma cópia do documento.

As perguntas de entrevista foram lidas em sequência antes do início da gravação para favorecer a ambientação e permitir um preparo a partir do roteiro utilizado. Em seguida, mediante consentimento, as perguntas e respostas foram gravadas simultaneamente em gravador e no celular. O tempo médio de duração foi de 25 (vinte e cinco) minutos, sendo a mais curta de 18 (dezoito) minutos e a mais longa de 60 (sessenta) minutos.

O método de interpretação das entrevistas foi a análise de conteúdo, que é oriunda do meio jornalístico em meados do século XX, utilizada em diversos setores das Ciências Humanas (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Laurence Bardin apresenta os seguintes conceitos sobre este método: “conjunto de técnicas de análise das comunicações” e “conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (BARDIN, 1977 p.9). A análise de conteúdo pode ser realizada com um método de dedução sequencial, que identifica a frequência de uma palavra ou por categorias temáticas, elaboradas a partir dos temas identificados nos textos. As etapas de desenvolvimento da análise de conteúdo são: a pré-análise, que é a fase de organização em que há uma primeira leitura denominada leitura flutuante; a exploração do

material, quando há a codificação dos dados do texto a partir de hipóteses estabelecidas e o tratamento dos resultados e interpretação, quando há a categorização dos temas por semelhanças e diferenças, cruzamento das frequências observadas e organização por temas específicos para análise (CAREGNATO; MUTTI, 2006) (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

Diferente da técnica de análise de discurso, cuja interpretação é qualitativa, a interpretação da análise de conteúdo pode ser quantitativa e qualitativa. Enquanto a primeira trabalha com o sentido do que é expresso, a segunda se dedica à compreensão do pensamento através do conteúdo de um texto (CAREGNATO; MUTTI, 2006) O método de análise de conteúdo foi utilizado a partir de um roteiro desenvolvido para discutir os seguintes temas: relevância da temática sobre RH em cuidados paliativos; importância de uma política de RH para a gestão; fatores que podem interferir para uma política de RH em cuidados paliativos; experiências em dimensionamento de pessoal para cuidados paliativos; expectativa para organização de RH em cuidados paliativos a curto, médio e longo prazos.

As entrevistas realizadas tiveram o objetivo de captar temas relevantes sob a ótica de gestores experientes para nortear a discussão, auxiliar nas análises e embasar as recomendações para subsidiar a gestão na tomada de decisão sobre o quadro atual e futuro, bem como para auxiliar as discussões sobre políticas públicas para cuidados paliativos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados e considerações referentes à revisão bibliográfica sobre dimensionamento de pessoal em oncologia e cuidados paliativos; ao trabalho de campo realizado no HCIV; às conclusões sobre carga de trabalho a partir da utilização do método WISN e às entrevistas realizadas com gestores e recomendações sobre dimensionamento para cuidados paliativos em oncologia.

3.1 Revisão bibliográfica

Este resultado em forma de revisão da literatura está relacionado ao primeiro objetivo específico da pesquisa, que orientava para a revisão crítica das metodologias de dimensionamento de recursos humanos utilizadas para cuidados paliativos.

Após as etapas de busca e pré-seleção, conforme descrito no capítulo 3 (item 3.2), foram identificados 14 artigos e 2 dissertações para leitura da íntegra e avaliação. Dos 14 artigos selecionados, 2 não foram localizados em texto completo. Os trabalhos analisados foram elencados no quadro a seguir.

Quadro 5 – Trabalhos selecionados para leitura na íntegra

Título	Ano	Revista	Autores
Comparison of occupational stress in rapid response radiotherapy program's interprofessional team, the radiation therapists and the nurses at the odette cancer centre	2011	Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences	Koo,K. and Zeng, L. and DiProspero, L. and DasGupta, T. and Vachon, M. L. S. and Holden, L. and Jon, F. and Chow, E.
Meeting complex needs: an analysis of Macmillan nurses' work with patients.	2002	International journal of palliative nursing	Skilbeck, Julie and Seymour, Jane
Changing oncology compliance standards: Step 1 in re-valuing clinician workload for value-based cancer care,	2015	Journal of Community and Supportive Oncology	Bosserman, L. D.
Cancer support nurses: a co-ordinating role in cancer care	1998	European journal of cancer care	McIllmurray, M B and Cummings, M and Hopkins, E and McCann, C.
Ocuparse del bienestar de los profesionales de la salud: un desafío pendiente	2014	Rev. chil. ter. ocup	Flores M, Daniela and Vega C, Valentina and Del Rio G, Constanza and Zavala B, Daniel
A better management for a better car	2019	Bulletin du cancer	Colombat, Philippe and Lejeune, Julien and Altmeyer, Antonia and Fouquereau, Evelyne
Factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff	2009	The American journal of hospice & palliative care	Dougherty, Elizabeth and Pierce, Bruce and Ma, Clement and Panzarella, Tony and Rodin, Gary and Zimmermann, Camilla
A new quality assurance package for hospital palliative care teams: the Trent Hospice Audit Group model	2004	British journal of cancer	Hunt, J and Keeley, VL and Cobb, M and Ahmedzai, S H"
a qualitative study of workload and coping strategies RTTs in radiotherapy	2012	Radiotherapy and oncology	Schuffenhauer,T.
Impact of the Powys Macmillan GP clinical facilitator project: views of health-care professionals	2003	Int J Palliat Nurs	Noble, Bill and Hughes, Philippa and Ingleton, Christine and Berg, Jane and Clark, David
Nurses' work in a hospice and in an oncological unit in Sweden	2000	Hosp J	Rasmussen, B. H. and , S and man, P. O.
Surgical oncologist workforce profile in Brazil 2014-2015	2015	European Journal of Surgical Oncology	Vieira, H. C. and Moreira, R. C. L. and Tedde, M. L. and Lopes, A. and Miyata, S. and Cintra, C.A
Dimensionamento de profissionais de enfermagem em ambulatório de oncologia e hematologia	2013	USP, São Paulo Biblioteca Depositária: Biblioteca Wanda de Aguiar Horta	Martins, Lelia Gonçalves Rocha
O uso de sistemas informatizados para o dimensionamento de pessoal de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura	2009	USP/ Ribeirão Preto, Ribeirão Preto Biblioteca Depositária: Biblioteca Central	Lulio, Fabiana Rangel Marques.

Fonte: Dados da autora, 2019

A análise foi realizada com a leitura de 1 artigo em espanhol e 2 dissertações na língua portuguesa; os outros textos foram lidos no idioma inglês.

Os artigos foram classificados em quatro grupos, de acordo com a temática abordada: o primeiro reuniu publicações que abordavam atividades específicas de uma categoria profissional;

o segundo, agrupou estudos sobre carga de trabalho; o terceiro grupo foi composto por trabalhos que versaram sobre estratégias para gerenciamento de serviços e o último grupo de artigos abordou a implicação de fatores emocionais na *performance* da equipe.

Dois trabalhos que foram incluídos no primeiro grupo discorreram sobre atividades específicas da enfermagem. O primeiro artigo descreveu e comparou as atividades de enfermagem na Suécia em um *hospice*, que era composto por uma equipe multidisciplinar e um hospital oncológico. Utilizou as técnicas de observação participante e entrevistas como enfermeiros em oncologia na área de cuidados paliativos. O estudo apresentou a distribuição das atividades nos cuidados diretos, indiretos, atividades de gestão e atividades pessoais, com identificação da maioria das atividades realizadas pela enfermagem e a respectiva carga de trabalho. Destacou as diferenças na atuação da enfermagem na internação hospitalar e na atenção domiciliar e o impacto na carga de trabalho a partir desse contexto (RASMUSSEN, 2000).

O outro artigo tratou do papel da enfermagem no cuidado ao paciente. O objetivo foi avaliar serviços organizados com enfermeiras especializadas em cuidados paliativos, com a identificação de cinco áreas distintas de atuação: prática clínica, organização e gerenciamento de serviços, educação, liderança e pesquisa. Foi realizado um estudo de caso com a utilização de diários, consulta a prontuários e entrevistas. Nesta pesquisa observou-se que 56% do tempo de trabalho era destinado a atividades diretas para o paciente. Outra informação relevante foi a dificuldade relatada pelas enfermeiras em identificar e separar atividades que são realizadas ao mesmo tempo ou com momentos de sobreposição. O resultado evidenciou um predomínio de atendimento de idosos e correlacionou a necessidade de organização de cuidados paliativos para essa população, apontando necessidade de mais investigações nessa área (SKIILBECK; SEYMOUR, 2002).

No segundo grupo, o tema carga de trabalho foi abordado por quatro publicações. A primeira foi um relato de experiência da aplicação de padrões para avaliação de qualidade e resultados de médicos da oncologia publicado em um editorial. Houve ênfase e correlação entre a sobrecarga de trabalho, resultados em saúde e o aumento dos custos em saúde com o câncer. Foi ressaltada a necessidade de migrar do modelo de financiamento de serviços pagos por volume para um formato que privilegiasse a qualidade do tratamento ofertado, considerando a reestruturação da carga de trabalho de uma equipe sobrecarregada. A autora apontou barreiras para implementar dimensionamento, tais como a carga de atividades administrativas e sugeriu

caminhos para avançar como, por exemplo, desenvolver a atenção personalizada e ações educativas aos pacientes (BOSSERMAN, 2015). A segunda publicação foi um artigo que abordou o papel do enfermeiro no cuidado oncológico a partir do estudo da carga de trabalho e sua adequação às necessidades da população a partir do diagnóstico do câncer. Destacou a importância da equipe multidisciplinar e os diferentes serviços necessários para pacientes com câncer, tais como leitos para internação, serviços comunitários e cuidados paliativos. No estudo foi desenvolvido um padrão de serviço no qual as enfermeiras especialistas desempenhavam o papel-chave nos diversos serviços e eram referência para dimensionar carga de trabalho e os resultados de saúde (MCILLMURRAY et al., 1998).

O terceiro trabalho foi estudo qualitativo de carga de trabalho no serviço de radioterapia, com a identificação de fatores, estratégias e propostas de treinamento e educação para melhorar a qualidade do trabalho. Foram realizadas entrevistas que evidenciaram a necessidade de treinamento e educação para lidar com dificuldades da organização do trabalho, questões emocionais dos pacientes e conflitos das equipes (SCHUFFENHAUER, 2012).

O último trabalho deste grupo foi apresentado em um congresso e demonstrou o perfil do cirurgião oncológico no Brasil com a utilização de um questionário aplicado para membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica. Os resultados apontaram dados numéricos sobre sexo, idade, natureza da instituição de graduação, distribuição profissional nas regiões do país e percentual de atuação em serviços públicos e privados, com evidências que as contratações nos serviços públicos são majoritárias. Os autores advogam que o conhecimento sobre perfil e carga de trabalho é essencial para análise da situação atual; planejamento de recursos; desenvolvimento de propostas para melhorar as condições de trabalho e facilitar o acesso de pacientes aos cuidados de saúde (VIEIRA et al., 2015).

O penúltimo grupo apresentou artigos que discutem gerenciamento de serviços. O primeiro consiste em um relato de experiência com a proposta de uma generalização de um modelo destinado a gestores da oncologia com abordagem participativa e treinamento de gerentes, com destaque para os tipos e a carga de trabalhos realizados, os conflitos interpessoais, os fatores organizacionais e gerenciais e a relação desses componentes com a organização e com os resultados dos serviços. Os autores constataram que entre 10% a 40% de profissionais não médicos e 20% a 70% de médicos sofrem com a Síndrome de *Burnout*. Ao avaliar esse cenário por categorias, a enfermagem representa 20% a 40%; oncologistas 60%; estagiários em

oncologia, 50% a 70% dos afetados por esta síndrome. O trabalho esclareceu que, para o *Burnout*, a má qualidade do trabalho é mais impactante do que o tempo despendido de permanência no ambiente laboral. Outros fatores ou condições como ambiguidade de papéis, interrupção de tarefas, sensação de falta de justiça no gerenciamento e no planejamento também interferem na saúde emocional dos profissionais. Concluiu destacando a necessidade da prevenção individual e coletiva para uma gestão de qualidade (COLOMBAT et al., 2019).

O segundo artigo desenvolveu e validou um conjunto de padrões para equipes de cuidados paliativos. Foram utilizadas ferramentas de auditoria para monitoramento de conformidade, desenvolvidas e utilizadas por uma equipe de um hospital do Reino Unido. Para definição de critérios padrões para auditoria, foram avaliados 23 hospitais. A partir dessa análise foram descritas a carga de trabalho, a visão dos profissionais e a efetividade dos programas de educação. O estudo permitiu a identificação de áreas que merecem atenção como, por exemplo, o volume de atendimentos telefônicos e a necessidade de aproximação com a rede de cuidados paliativos e seus diferentes níveis de atenção. O trabalho possibilitou a revisão do serviço de cuidados paliativos e forneceu subsídios para planejamento de futuros serviços a serem desenvolvidos (HUNT et al., 2004).

O terceiro artigo descreveu os resultados de um projeto que envolvia enfermeiros hospitalares, médicos generalistas e especialistas em cuidados paliativos. Tratava de um modelo de facilitação clínica implantado em uma localidade na qual médicos generalistas e enfermeiros constituíam a única fonte de cuidado especializado. Houve contratação de especialistas em câncer e cuidados paliativos para oferecer treinamento em serviço e avaliação com o objetivo de alcançar impacto positivo no trabalho da atenção primária e no *status* do hospital de referência. No método, foram utilizados questionários para conhecer a visão dos especialistas em relação às atividades e à situação do serviço no que diz respeito a recursos, treinamento e necessidade de apoio e os resultados após implantação do projeto. O estudo concluiu que, após o projeto, os médicos aumentaram em média 50% do tempo destinado para cuidados paliativos. Os serviços de cuidados paliativos especializados foram percebidos pelos médicos e enfermeiros da atenção primária como relevantes. A carga de trabalho para cuidados paliativos das enfermeiras na atenção primária reduziu à metade porque houve aumento da oferta de cuidados paliativos no hospital, o que gerou um aumento quanti e qualitativo de atividades de palição na localidade estudada (NOBLE et al., 2003).

Os artigos do último grupo discutiram questões emocionais que envolvem os profissionais de saúde. O primeiro estudo avaliou fatores que predisõem o estresse ocupacional e comparou níveis e origem de estresse em equipe de radioterapia, médicos e enfermeiros, que atuam na radioterapia com pacientes em cuidados paliativos. A pesquisa identificou que 63% do *staff* de cuidados paliativos em oncologia apresentaram estresse elevado. O *turnover* médico de 50% foi relacionado ao estresse da carga de trabalho. Os resultados demonstraram que algumas condições como categoria profissional, sexo, estado civil e religiosidade podem predispor profissionais a um alto nível de estresse. Além dessa constatação, o trabalho associou a Síndrome de *Burnout* com altas taxas de absenteísmo, *turnover* e diminuição da produtividade. O artigo trouxe uma reflexão sobre a necessidade de aprofundamento em temas como a organização de uma carga de trabalho sustentável. Destacou como a possibilidade de realizar escolhas no ambiente laboral; mecanismos de reconhecimento; sensação de apoio, justiça e valorização do trabalho impactam na resposta emocional aos agentes que geram estresse no trabalho. Salientou também o impacto econômico e danos à saúde causados pelo estresse ocupacional (KOO et al., 2013). O segundo trabalho é um estudo de caso que objetivou descrever as características laborais associadas à Síndrome de *Burnout* em uma equipe de cuidados paliativos. Foram identificados o diagnóstico da síndrome, riscos psicossociais e carga mental em médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a partir da aplicação de ferramentas específicas para essa finalidade. Para enfrentar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, foram propostas medidas tais como a flexibilidade de horário e a adequação da quantidade de atividades à jornada de trabalho (FLORES et al., 2014). O terceiro artigo estudou os fatores que contribuem para o estresse profissional com a hipótese de que a carga de trabalho excessiva poderia afetar a saúde ocupacional. O estudo foi realizado em um centro especializado em oncologia com um grupo formado por médicos, psiquiatras, assistentes sociais, capelão e enfermeiros. Os questionários continham informações demográficas sobre ocupação, estratégias de autocuidado, percepção de apoio institucional e da equipe e satisfação no ambiente de trabalho. Para 52%, a carga de trabalho afetava negativamente o cuidado do paciente. Outro dado relevante é que, para mais de 80%, a carga de trabalho afetava a habilidade de oferecer um suporte emocional para os pacientes, ou seja, interferia na qualidade do trabalho. A partir dos resultados, foram propostas intervenções para reduzir o estresse na unidade de cuidados paliativos (DOUGHERTY et al., 2009).

Do banco de teses, foram lidas 2 dissertações de mestrado. A primeira, foi sobre dimensionamento de profissionais de enfermagem em ambulatório de oncologia e hematologia em um hospital privado. O estudo foi fundamentado a partir da Classificação Internacional de Enfermagem, com a escolha de intervenções das áreas essenciais de oncologia pediátrica e enfermagem oncológica. A pesquisa identificou as intervenções/atividades de enfermagem, definiu e aplicou parâmetros para dimensionar os profissionais, possibilitando identificar os tipos e a proporção de intervenções que influenciam na carga de trabalho. O estudo aponta limitações e constata a necessidade de replicação do método em outros serviços de enfermagem (MARTIN, 2013). A segunda, foi uma revisão integrativa sobre uso de sistemas informatizados para o dimensionamento de pessoal de enfermagem. O estudo apresentou as teorias e ferramentas que compõem o histórico do dimensionamento de enfermagem no cenário nacional e internacional. Destacou a relevância e praticidade dos sistemas de informação para auxiliar no planejamento e gerenciamento de recursos humanos em todas as áreas de atuação da enfermagem (LULIO, 2009)

Apesar de os trabalhos selecionados abordarem alguns pontos da pergunta norteadora, a temática sobre dimensionamento de recursos humanos para cuidados paliativos, com foco na equipe multidisciplinar, não foi identificada nesta revisão. Para Mello, a apresentação dos resultados da revisão integrativa deve contribuir com propostas para estudos futuros. (MELLO et al., 2017). Nesse sentido, é importante ressaltar que as literaturas nacional e internacional possuem uma gama de trabalhos sobre dimensionamento para a enfermagem - em vários serviços e especialidades - com métodos sofisticados para obter uma precisão numérica com vistas à qualidade da oferta do trabalho do enfermeiro. Porém, este nível de refinamento não é observado em estudos de outras categorias profissionais. Merece destaque a correlação entre fatores emocionais, carga de trabalho dos profissionais e a interferência destes componentes na organização dos serviços, com reflexo na qualidade da oferta de saúde. Mediante essa reflexão, outro aspecto importante específico para o dimensionamento é a identificação de todas as atividades realizadas pelas categorias profissionais em uma especialidade ou serviço. Acrescenta-se que a estimativa do tempo para realização de atividades de prestação direta ao paciente, em relação às outras desempenhadas por todas as categorias, constitui mecanismo robusto para planejamento e organização dos serviços.

Considerando a relevância do aspecto multiprofissional para composição das equipes, estima-se que à medida que os padrões de cuidados paliativos forem definidos para todos os

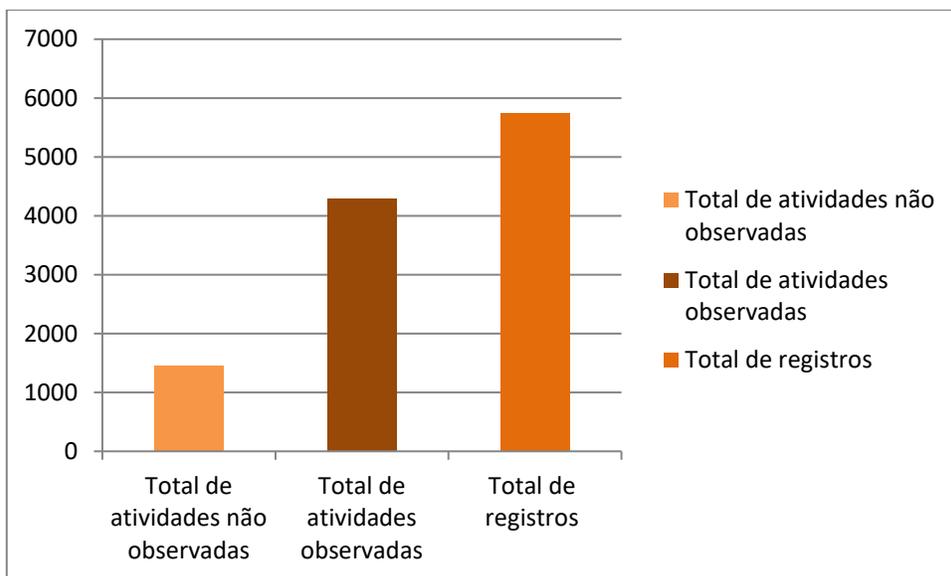
componentes de uma equipe, haverá subsídios para melhoria de políticas para esse segmento nos sistemas de saúde. Embora estudos sobre oncologia, cuidados paliativos, recursos humanos e dimensionamento estejam presentes na literatura, a lacuna identificada em trabalhos que englobam a especificidade do dimensionamento em cuidados paliativos confirma a necessidade de estimular pesquisas futuras para fomento da discussão e desenvolvimento de políticas públicas sobre o tema.

3.2 Análise das atividades realizadas no HCIV

O primeiro produto do trabalho de campo foi elaborar uma lista de atividades codificadas por categoria profissional, para orientar os registros dos auxiliares de pesquisa.

Foram elencadas atividades realizadas por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e psicólogos, nos serviços pesquisados. O INCA possui uma plataforma denominada Normatiza, que contém normas referentes aos profissionais, serviços e procedimentos, que é atualizada pelos profissionais e validada pela gestão como documento oficial. Uma constatação relevante foi que as informações obtidas no Normatiza e os relatos dos profissionais das categorias estudadas nas primeiras reuniões não foram suficientes para fechar uma lista fidedigna ao que é realizado cotidianamente. Observou-se a dificuldade em detalhar e explicitar várias atividades, pois muitas são interpretadas como incorporadas/automatizadas como, por exemplo, consulta à prescrição médica, que não apareceu na primeira listagem realizada embora demande tempo e seja uma atividade trivial. Muitas são interrelacionadas e realizadas simultaneamente como, por exemplo, reunião de equipe e consulta ao prontuário. Este comportamento aponta para a falta de atenção a detalhes que fazem diferença na carga de trabalho diária da equipe e não para o desconhecimento sobre os papéis e atividades a serem realizadas. Os quadros 8 a 13 do ANEXO F, apresentam as atividades identificadas inicialmente e as que foram codificadas após consulta à literatura sobre o tema e reuniões subsequentes, quando também foram colhidas as estimativas de duração de cada atividade, checadas posteriormente com o método de observação direta. As atividades de todas as categorias foram compiladas, gerando as listas do ANEXO G. Essas listas foram utilizadas no trabalho com filtros de acordo com a categoria ou serviço observados. Isso possibilitou comparações com múltiplas variáveis que ajudaram na discussão dos resultados, conforme gráficos apresentados neste capítulo.

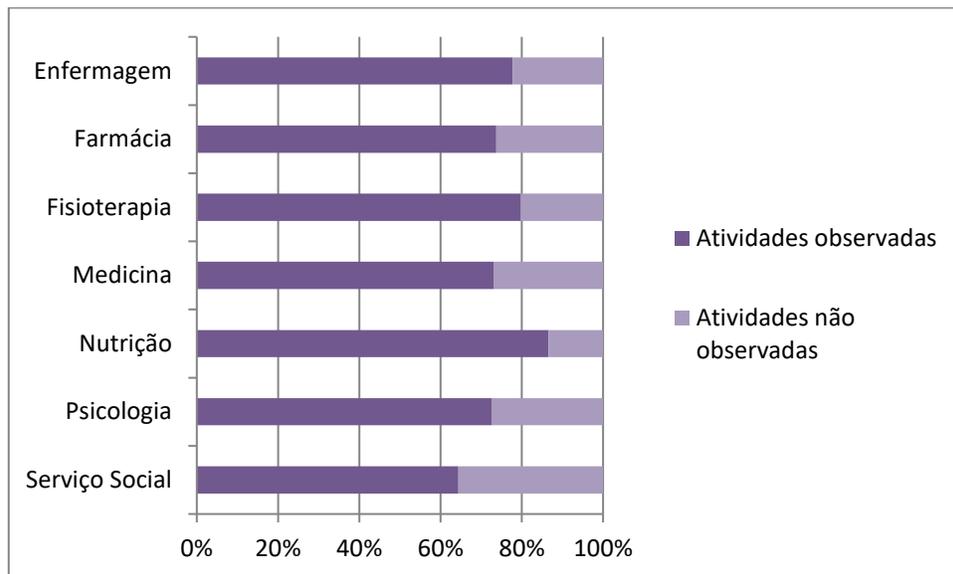
Gráfico 1 – Comparação entre o número total de registros, o número de atividades observadas e não observadas



Fonte: Dados da autora, 2019

Foram realizados 5748 registros de atividades no software. Considerando que 333 se reportavam à sinalização de final de expediente e 1123 ao código 998 (não observados), o total de atividades observadas para orientar a análise foi da ordem de 4292.

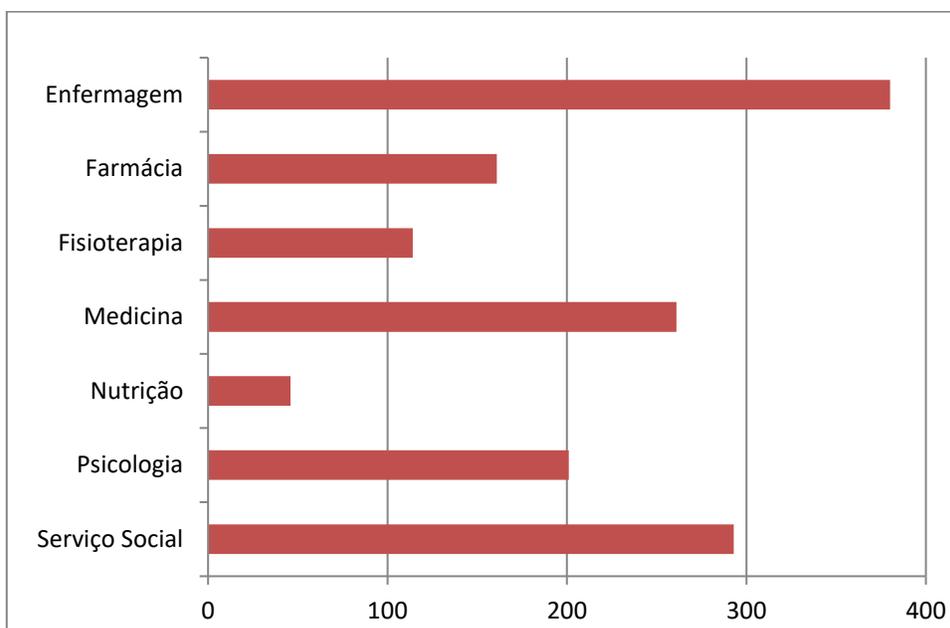
Gráfico 2 – Percentual de atividades observadas e não observadas por categoria



Fonte: Dados da autora, 2019

O percentual de atividades observadas variou entre 64% (Serviço Social) e 86% (Nutrição) do total registrado. A quantidade e variedade das atividades observadas foram satisfatórias para o período de duas semanas de pesquisa. Apesar de ter havido 2 serviços com profissionais de férias - a psicóloga do ambulatório e o fisioterapeuta da assistência domiciliar - foi possível ter um percentual de observação válido por categoria para subsidiar as análises.

Gráfico 3- Número de atividades não observadas por categoria



Fonte: Dados da autora, 2019

O maior volume em números absolutos de atividades não observadas por categoria foi da Enfermagem, com 380 registros, que significa 26%. Para as demais categorias, o valor percentual aproximado foi de 20% para o Serviço Social; 18% para Medicina; 14% para a Psicologia; 11% para a Farmácia; 8% para a Fisioterapia e 3% para a Nutrição, que teve 46 registros. As atividades não observadas retratam período de adaptação no início do trabalho de campo; ausência do auxiliar de pesquisa para atividades fisiológicas e impossibilidade da presença do observador em atendimentos reservados não especificados pelos profissionais. Esse montante representa 25,4% do total de observações, que foram descartadas para a análise das atividades.

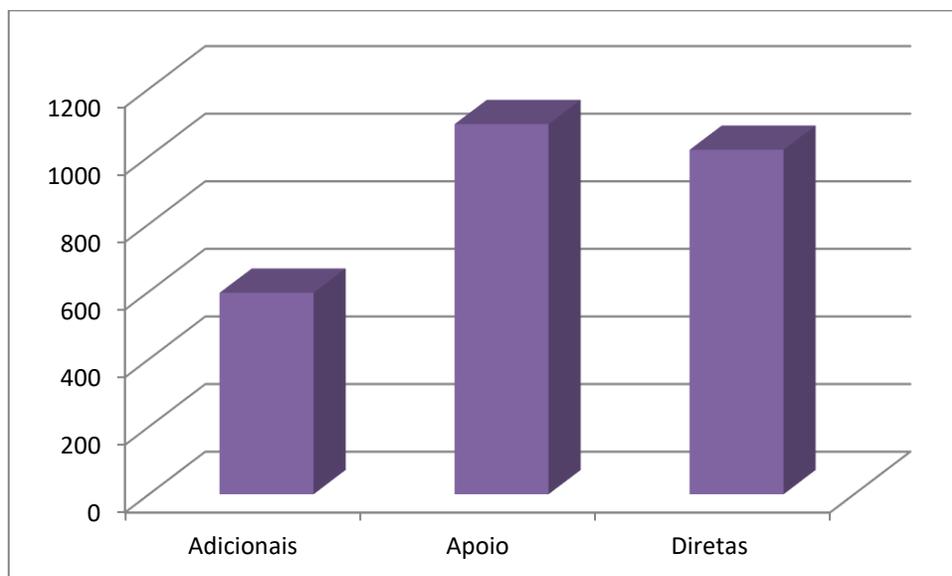
3.2.1 Organização do HCIV de acordo com a classificação das atividades observadas

As atividades foram classificadas, de acordo com os parâmetros do método WISN, em diretas, de apoio e adicionais. As primeiras, são as tarefas realizadas com pacientes e familiares; as atividades de apoio incluem o trabalho de organização e administrativo realizado para o paciente sem a presença do mesmo; as atividades de gestão, ensino e pesquisa foram nomeadas como adicionais.

Para análise de distribuição das atividades classificadas em diretas, de apoio e adicionais, as atividades nomeadas como “geral” e “outras” foram retiradas do banco de dados. No primeiro caso, havia 1033 observações, onde estão contidas informações sobre pausas para lanche (114), almoço (254), descanso (295), atividades fisiológicas (84), deslocamento interno (256), deslocamento para visita domiciliar (27), deslocamento para outras instituições (2) e deslocamento para outro hospital do INCA (1).

Como descrito na metodologia, a categoria “outras” foi disponibilizada no software para contemplar atividades novas, não previstas ou sem codificação, identificadas pelos observadores durante o trabalho de campo. O total de registro foi 2005 observações nesta categoria. Incluiu os códigos 998 - não observados (1123); final de expediente (333) e outras atividades diretas (47); de apoio (88) e adicionais (118). O conjunto que incluiu outras atividades (diretas, de apoio e adicionais) foi descartado da análise porque a cada dois dias do trabalho de campo houve revisão do conteúdo registrado. Essa iniciativa permitiu que fossem criados códigos para atividades não previstas e que atividades classificadas equivocadamente recebessem o código correto de acordo com a lista geral desenvolvida para observação. Dessa forma, as informações das atividades classificadas como “outras”, consideradas relevantes sob o ponto de vista quantitativo e qualitativo, passaram a incorporar os grupos descritos no gráfico.

Gráfico 4 – Número de atividades diretas, de apoio e adicionais no HCIV



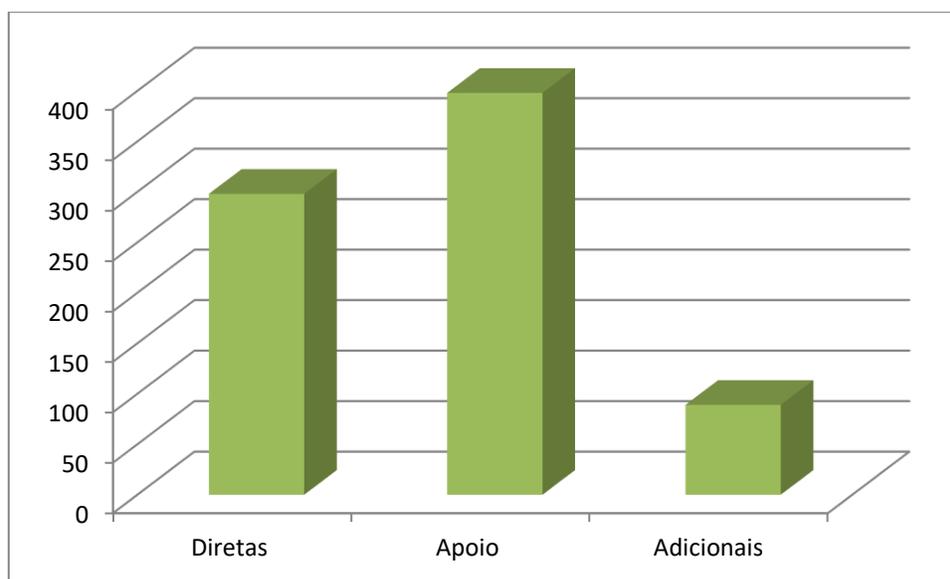
Fonte: Dados da autora, 2019

Após essa adequação para os cálculos de dados absolutos, foram identificados 1019 registros de atuação direta, 1095 de apoio e 596 adicionais de atividades realizadas pelas sete categorias profissionais nos cinco serviços definidos. O fato de o volume de atividades de apoio ser superior ao de atividades diretas realça que, para manter a atividade assistencial direta ao paciente e familiares com qualidade, é necessário um volume de trabalho para atividades indiretas e administrativas que auxiliam na organização dos serviços e na garantia da continuidade da assistência. Por exemplo, para um atendimento de menor complexidade, o profissional previamente lê informações que a equipe registrou no prontuário, consulta a prescrição de medicamentos e planeja material necessário para procedimentos. Após a atividade assistencial direta com o paciente, faz registro em prontuário sobre o atendimento realizado, discute o caso clínico com os outros profissionais, anota sua produtividade e atualiza do plano de cuidados para o próximo atendimento. As tarefas que antecedem e sucedem o atendimento direto são relevantes e representam uma carga de trabalho expressiva.

3.2.2 Distribuição de atividades no HCIV por categoria

O trabalho em equipe é uma forma de organização que permite uma visão global sobre o paciente e seu meio familiar e direciona a atenção especializada em Cuidados Paliativos. Para isso, o profissional precisa ter clareza sobre o seu próprio trabalho, bem como dos colegas da equipe (ANCP, 2012). Além disso, para melhorar a organização do serviço, é importante conhecer não somente o que cada categoria faz mas também como se dá a distribuição de atividades que todos podem realizar; se há cargas de trabalho específicas de um profissional e se existe sobreposição de tarefas ou dificuldade de organização para executar tarefas relevantes. Por exemplo, se uma categoria está sobrecarregada de tarefas não exclusivas, poderá haver um arranjo de distribuição para que outros componentes da equipe assumam a responsabilidade de realizá-las. A análise de cada categoria permitirá pensar na equipe com reconhecimento de particularidades e limitações, que poderão auxiliar o planejamento e a gestão do serviço.

Gráfico 5 – Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Enfermagem



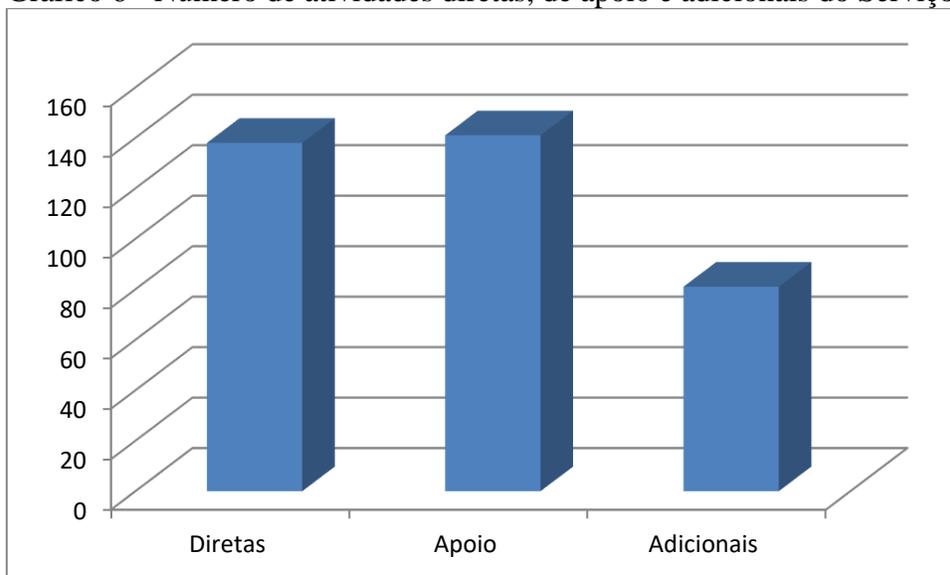
Fonte: Dados da autora, 2019

As atividades de apoio na Enfermagem (398) superaram a soma das atividades diretas (298) e adicionais (89). Corroborando com esse resultado, uma tese de Portugal identificou 48 intervenções de Enfermagem das 134 preconizadas no Catálogo CIPE®: “Cuidados Paliativos

para uma Morte Digna”. Nesse estudo, foi evidenciado que “os enfermeiros despenderam 53% do tempo observado em intervenções indiretas, 29% em intervenções diretas e 18% do tempo em atividades pessoais” (BRAGANÇA, 2011a, p. 73).

O gráfico representa a categoria de enfermeiros nos serviços de pronto-atendimento, ambulatório, assistência domiciliar e internação hospitalar. Foram acompanhados para observação 20 enfermeiros e houve o registro do trabalho de 4 profissionais somente durante reunião de equipe da assistência domiciliar. Grande parte das atividades diretas da lista elaborada para observação desta categoria é realizada tanto por técnicos como por enfermeiros. Como os técnicos de enfermagem não participaram da pesquisa, parte das atividades com atuação preponderante desta categoria não foi observada, principalmente na internação hospitalar e no serviço de pronto-atendimento. Por outro lado, ao observar somente enfermeiros percebeu-se a sobreposição de atividades de gestão, ensino e pesquisa durante as atividades assistenciais, o que justifica uma atuação mais acentuada nas atividades de apoio.

Gráfico 6 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais do Serviço Social

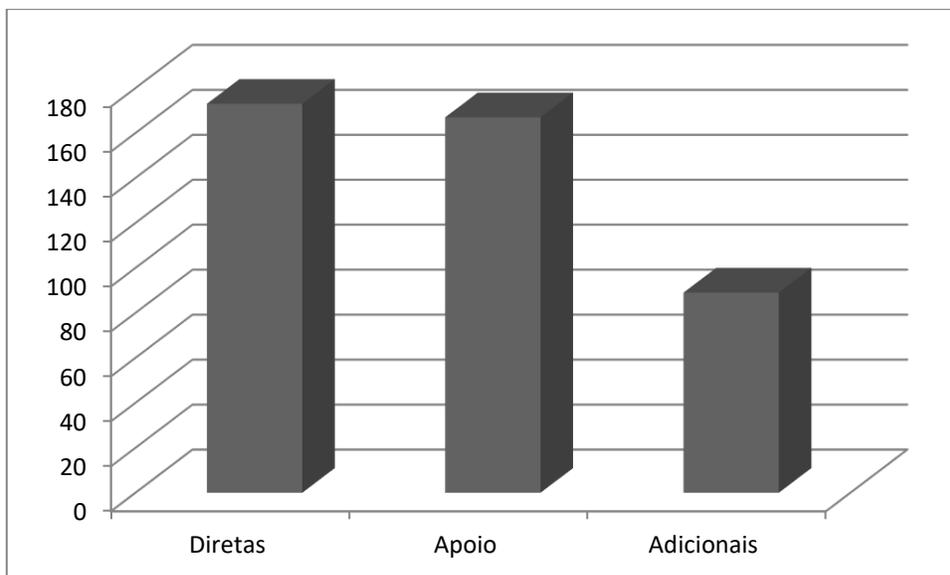


Fonte: Dados da autora, 2019

As atividades do Serviço Social foram observadas no ambulatório, assistência domiciliar e internação hospitalar. Foram acompanhados 10 assistentes sociais, sendo que uma profissional foi observada em dois serviços diferentes em dias distintos. Houve recusa de participação por parte de uma profissional, que demonstrou desconhecimento sobre o trabalho. Após esclarecimentos, a assistente social permitiu ser observada em outro dia.

As atividades diretas (138) e de apoio (141) estão em patamares assemelhados em relação ao número absoluto de observações. As atividades adicionais (81) observadas envolveram atividades administrativas, de ensino, pesquisa e gestão e representam 22% das atividades observadas.

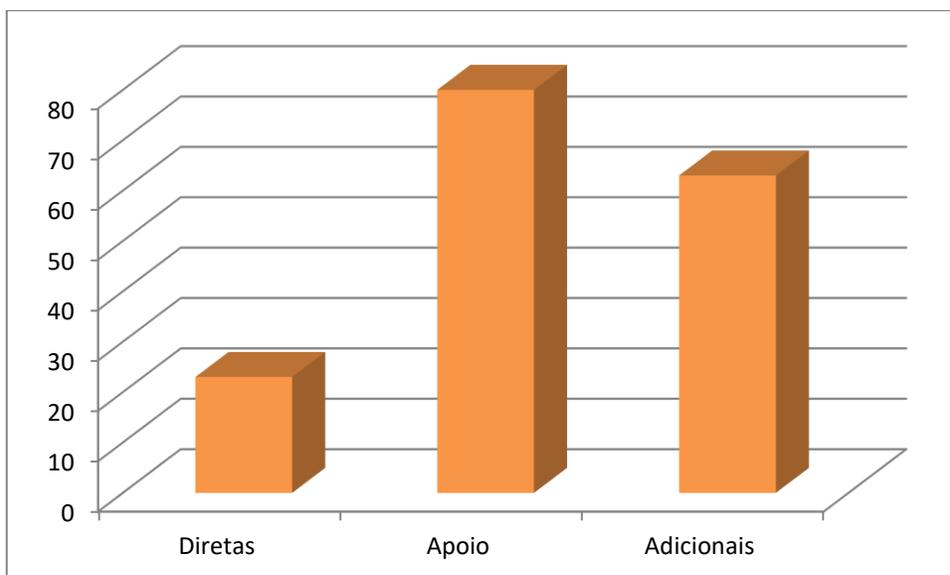
Gráfico 7 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Medicina



Fonte: Dados da autora, 2019

O gráfico representa a categoria de médicos nos serviços de pronto-atendimento, ambulatório, assistência domiciliar e internação hospitalar. Foram observados 18 profissionais. Uma médica da internação se recusou a participar, embora estivesse na escala fornecida pela gestão. Comparando com as atividades diretas (173), o número de atividades de apoio (167) é elevado e demonstra a demanda do trabalho realizado pelo médico quando este profissional não está em atendimento direto, ou seja, em atividades assistenciais prestadas ao paciente. As atividades adicionais da categoria (89) foram administrativas, de ensino, pesquisa e gestão e representam 20% das atividades observadas.

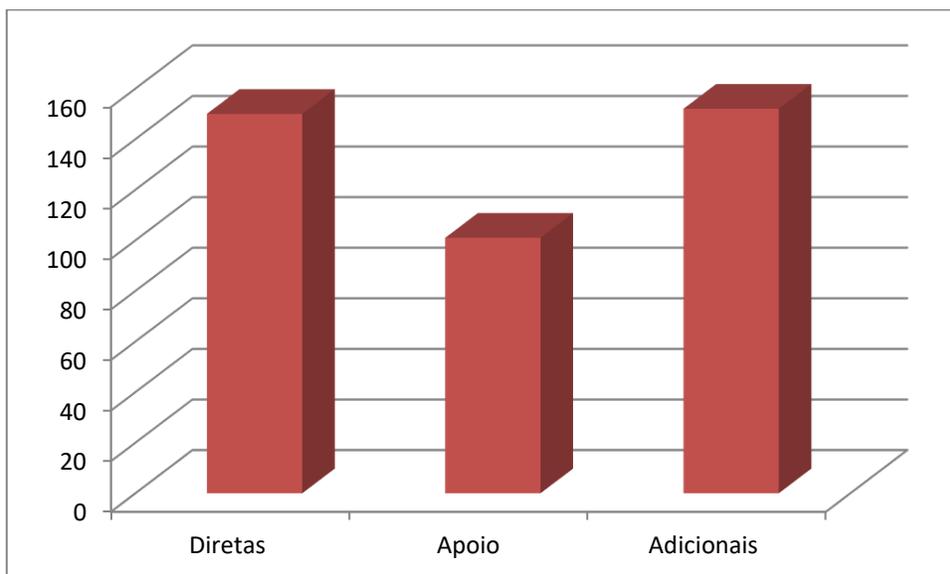
Gráfico 8 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Nutrição



Fonte: Dados da autora, 2019

As atividades da Nutrição foram observadas no ambulatório e na internação, com a participação de 5 profissionais. A Nutrição atende o SPA quando solicitada mas durante o período de trabalho de campo isso não foi observado. Os trabalhos com atividades de apoio (80) e adicionais (63) se destacam em relação às atividades diretas (23), o que demonstra um contato reduzido com os pacientes e uma carga elevada de atividades administrativas e de gestão. Diferente das outras categorias, observou-se que as atividades de pesquisa e ensino se destacaram no grupo de atividades adicionais.

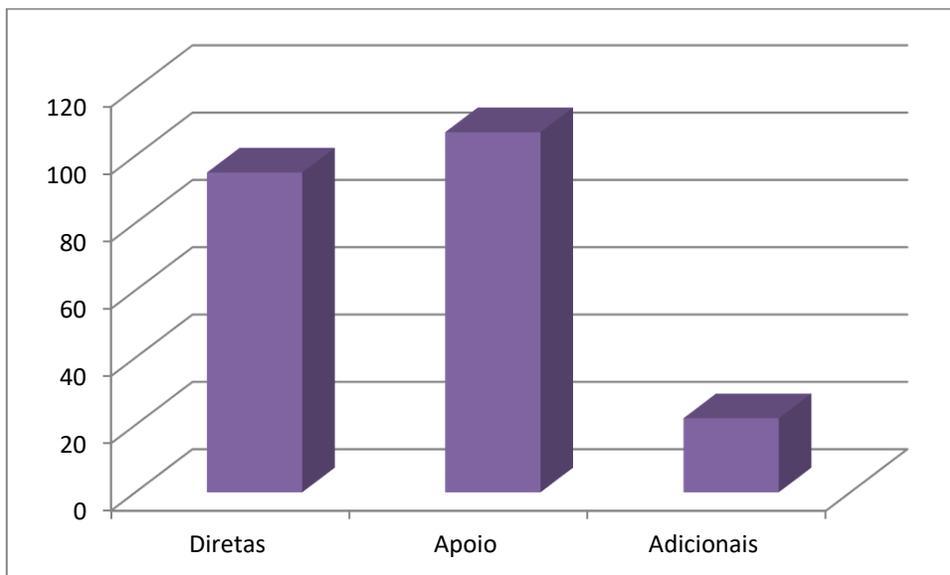
Gráfico 9 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Psicologia



Fonte: Dados da autora, 2019

As atividades da Psicologia foram observadas no ambulatório, assistência domiciliar e internação hospitalar, com o acompanhamento do trabalho de 6 profissionais. A Psicologia foi a única categoria em que as atividades adicionais (152) se destacaram em relação às outras atividades. Observou-se um volume de atividades de gestão e pesquisa semelhante às outras categorias profissionais porém, o grande número de atividades de ensino contribuiu para essa diferença. As atividades de apoio (101) representaram o menor volume em números absolutos, o que demonstra que mesmo com uma carga significativa de atividades administrativas a categoria concilia a agenda com atividades diretas (150) e com uma forte carga de atividades de ensino.

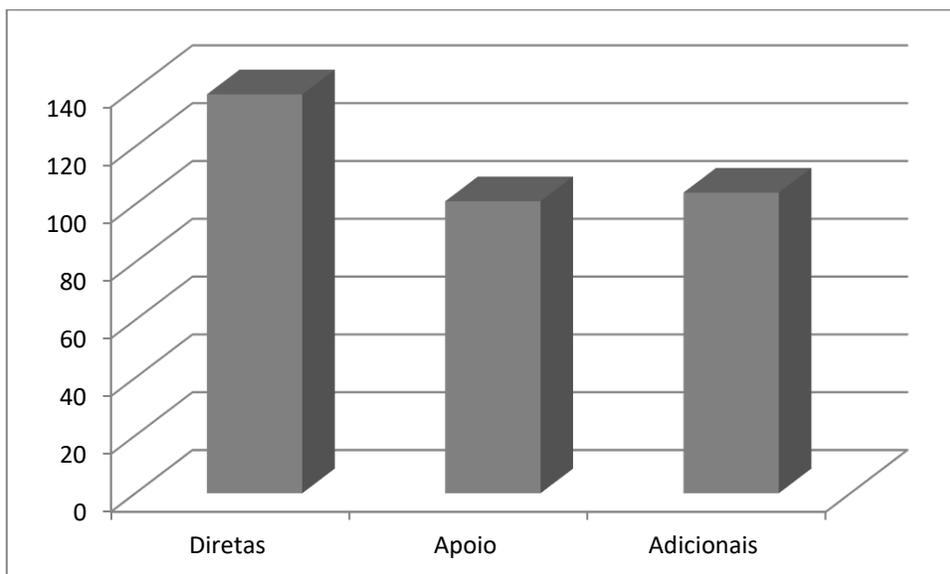
Gráfico 10 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Farmácia



Fonte: Dados da autora, 2019

As atividades do farmacêutico foram observadas na assistência domiciliar e na farmácia. Foram observados 10 farmacêuticos. Para esta categoria, o volume de atividades adicionais observadas (22), em comparação com as outras profissões analisadas, indicou pouco tempo da categoria dedicado ao ensino e à pesquisa. Apesar de as atividades de apoio (107) se destacarem, a quantidade de atividades diretas (95) aponta para uma atividade clínica da farmácia intensa e uma aproximação do profissional com pacientes e familiares. Na assistência domiciliar, o atendimento farmacêutico para os familiares e pacientes é realizado pessoalmente no hospital e por telefone. Apesar de o contato telefônico ter aumentado a carga de trabalho, facilitou o acesso de pacientes e familiares e deu visibilidade à importância do acompanhamento farmacêutico para a população.

Gráfico 11 - Número de atividades diretas, de apoio e adicionais da Fisioterapia



Fonte: Dados da autora, 2019

As atividades da fisioterapia foram observadas majoritariamente no ginásio, a partir do acompanhamento de quatro fisioterapeutas. Algumas observações foram realizadas nos andares de internação, quando havia demanda e os profissionais se deslocavam para atender pacientes internados. O fisioterapeuta da assistência domiciliar estava de férias, o que impossibilitou a observação no serviço. Quando houve demanda para visita domiciliar e outro profissional cobriu a escala, não foi possível conciliar com a agenda do observador. As atividades diretas (138) representaram a maioria, ou seja, no ginásio o protagonismo é o atendimento assistencial ao paciente. Ao analisar a execução das atividades de apoio (101) e adicionais (104), observou-se que houve equilíbrio na distribuição de atividades administrativas, de gestão, ensino e pesquisa.

3.2.3 Análise das atividades por serviços

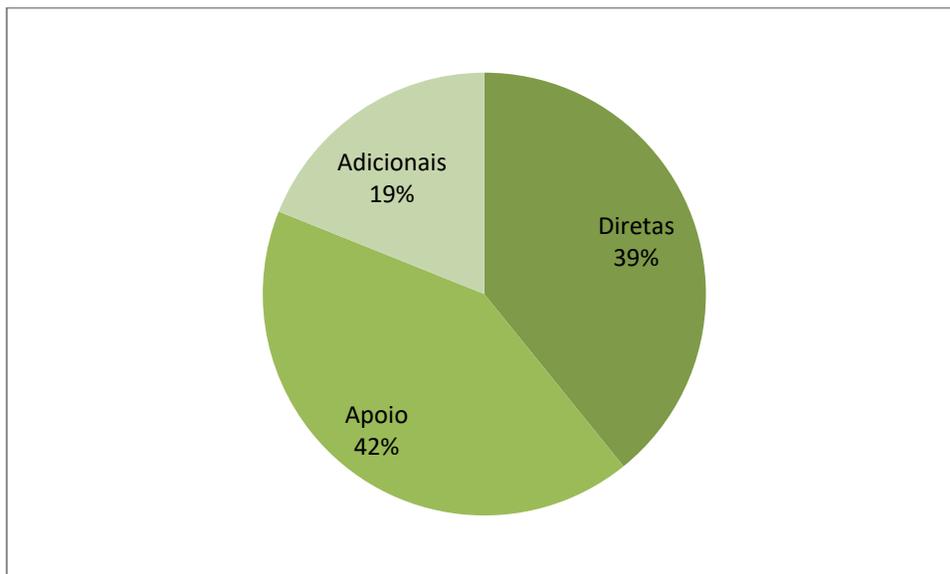
Conhecer a distribuição de atividades por serviço permite identificar as características e o volume das atividades demandadas para cada local de atendimento. Essas informações podem, por exemplo, auxiliar a gestão na escala diária de profissionais; na distribuição de atividades comuns para aliviar a carga de algumas categorias; na previsão de cobertura de serviços deficitários por profissionais de outros setores e, em uma concepção mais ampla, na previsão de dimensionamento de profissionais.

Por isso, foi realizada a análise do percentual destinado às atividades diretas, de apoio e adicionais em cada serviço onde houve observação direta. Para explicar o contexto da origem da informação, há uma breve descrição dos serviços construída a partir de visita realizada com a direção geral para conhecer o HCIV; de informações recebidas nas reuniões realizadas com as equipes e na observação direta realizada por auxiliares de pesquisa e pela pesquisadora.

Ambulatório

O ambulatório funciona de 8h às 17h de segunda a sexta. Fica no andar térreo, onde há uma recepção, um espaço para marcação de consultas e 27 cadeiras para os pacientes e familiares aguardarem os atendimentos. Há uma sala denominada Clínica-Dia, com 3 cadeiras para que os pacientes descansem, recebam medicamentos e realizem procedimentos simples, com o acolhimento realizado por uma técnica de enfermagem. A estrutura ambulatorial dispõe de 9 consultórios, sendo três para consultas e procedimentos de enfermagem; um para psicologia; três para consultas médicas; um para nutrição e um para o serviço social. O ambulatório possui quatro enfermeiros na escala; a média é de três de enfermeiros por dia, considerando os ajustes de escala necessários para o período semanal. Há três médicos escalados para o ambulatório, sendo um com carga horária reduzida de 20 horas, que atua no período da manhã. Há uma médica lotada exclusivamente no ambulatório. O outro profissional médico reveza o atendimento no ambulatório e na internação, quando há necessidade. O serviço conta com dois nutricionistas, sendo que um tem carga horária reduzida de 30 horas. Todos os profissionais que atuam no ambulatório fazem também preceptoria, recebem residentes e atuam em atividades de ensino.

Gráfico 12 – Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais no ambulatório



Fonte: Dados da autora, 2019

No ambulatório, foram observados 12 profissionais, sendo 3 enfermeiros, 3 médicos, 3 nutricionistas, 1 psicólogo e 2 assistentes sociais. Observou-se um percentual de 42% de atividades de apoio, com valor absoluto de 155 observações. As atividades diretas (145) representaram 39% e as adicionais 19% do observado, com 70 registros. A natureza do trabalho no ambulatório pressupõe uma organização com planejamento prévio pois há um número de atendimentos de acordo com a capacidade instalada; possibilidade de falta dos pacientes por motivos diversos e necessidade de atendimentos com complexidades variadas, que nem sempre podem ser previstas. Além disso, após os atendimentos, há uma variedade de atividades a serem realizadas, como reajustar o plano terapêutico; atualizar a prescrição de medicamentos; discutir os casos clínicos com a equipe; fazer registros de atendimento e fazer relatórios para encaminhamentos internos e para outras instituições. Essa característica da atividade ambulatorial esclarece o alto percentual de atividades de apoio observado.

Assistência Domiciliar

A equipe é composta por médico, farmacêutico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta. O dia de trabalho começa com uma reunião de equipe antes da saída para as casas e termina com os profissionais completando as evoluções e providenciando os

preparativos para o dia seguinte. O trabalho da equipe de visita domiciliar, além dos atendimentos técnicos específicos para cada categoria, inclui visitas domiciliares; discussões clínicas; orientações a familiares e cuidadores; pedido e devolução de medicamentos e material hospitalar; evolução em prontuário e preenchimento de dados de produtividade. O dinamismo das atividades extrapola o que é elencado nas normas institucionais. Em geral, as atividades não possuem início meio e fim, ou seja, não são concluídas antes que a próxima atividade inicie pois há sobreposição de tarefas. É frequente, por exemplo, durante deslocamentos e atendimentos domiciliares, o contato telefônico com os profissionais da equipe para dirimir dúvidas ou para compartilhar informação importante para o paciente e familiares. Os profissionais realizam evolução em dois prontuários: um, que é institucional e retorna ao hospital; o outro, fica na casa do paciente e serve tanto para orientação de familiares quanto atualização do tratamento do paciente para profissionais que venham a visitá-lo no domicílio. As reuniões de equipe que antecedem as visitas diárias tratam de detalhes de cada família que será visitada e revelam que todos da equipe possuem um conhecimento aprofundado de todos os pacientes acompanhados, de todas as áreas. A equipe de atenção domiciliar tem uma escala de 10 horas diárias; há um dia de folga na semana organizado pela gestão, pois a carga horária semanal é de 40 horas.

A equipe segue uma classificação de risco baseada na presença de “manifestações de alerta” que são dor; falta de ar; náuseas/ vômitos; sangramento e confusão mental, para determinar o agendamento dos médicos. A classificação é vermelha quando ocorre uma ou mais manifestações de moderada a forte intensidade. Nesse caso o primeiro atendimento é médico e o atendimento subsequente é feito em até 7 dias. A classificação é amarela quando há uma ou mais manifestações de leve intensidade. Para pacientes nessas condições, é realizado o primeiro atendimento médico e o subsequente em até 15 a 20 dias. A classificação é verde quando o paciente está sem manifestações de alerta. Após o primeiro atendimento médico, o atendimento subsequente ocorre em até 30 e 45 dias. Os pacientes verdes podem ter demandas para outros profissionais e retornos com intervalos menores com a equipe multiprofissional.

Tabela 7- Distribuição geográfica das equipes de assistência domiciliar na área de abrangência

Região	Subdivisão	Bairros
Região Oeste	Oeste	Bangu, Realengo, Campo Grande, Inhoaíba, Paciência, Santa Cruz, Sepetiba, Guaratiba e bairros adjacentes
	Jacarepaguá	Praça Seca, Tanque, Taquara, Freguesia, Vargem Grande, Barra da Tijuca, Itanhangá, Recreio dos Bandeirantes e bairros adjacentes
Região Baixada	Caxias	Municípios de Caxias, Magé, parte de Guapimirim e Petrópolis
	Nova Iguaçu	Municípios de Nova Iguaçu, Mesquita, Nilópolis, Queimados, Seropédica e parte de Japeri e Itaguaí
	Belford Roxo e São João de Meriti	Municípios de Belford Roxo e São João de Meriti
Região Niterói		Municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí e parte de Maricá e Tanguá
Região Norte	Norte	Guadalupe, Sulacap, Honório Gurgel, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Vila Valqueire, Campinho, Madureira, Cascadura, Quintino, Pilares, Piedade, Méier, Lins, São Cristovão, Rocha, Benfica, Higienópolis, Sampaio Engenho Novo e bairros adjacentes
	Leopoldina	Irajá, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Inhaúma, Vila Cosmos, Parada de Lucas, Engenho da Rainha, Olaria, Jardim América, Ilha do Governador e bairros adjacentes
Região Centro Sul		Grajaú, Vila Isabel, Tijuca, Centro, Santa Teresa, Gávea, Flamengo, Botafogo, Copacabana, Jardim Botânico, Leme e bairros adjacentes

Fonte: Serviço de Assistência Domiciliar do HCIV/INCA

Observa-se um grande número de bairros por região, com distâncias variáveis, sem contiguidade em alguns casos. Considerando as dificuldades para o deslocamento, as visitas médicas possuem um agendamento diferenciado para otimizar o tempo. Em uma visita, a médica foi a um domicílio e visitou três pacientes em um abrigo, o que possibilitou mais tempo disponível para atividades de apoio e adicionais.

A distribuição de médicos por área é dividida em quatro: a primeira, cobre Caxias, Nova Iguaçu, Centro e Zona Sul; a segunda, cobre a região de Jacarepaguá e Leopoldina; a terceira, é responsável por Niterói, São Gonçalo e Zona Oeste; a última área é a de Belford Roxo e São João de Meriti. As áreas de abrangência dos médicos são maiores e menos concentradas que as dos demais profissionais. Por isso, o agendamento das visitas é mais complexo para que os pacientes

não fiquem sem consultas médicas e para que os médicos possam fazer o maior número de visitas possível em cada dia.

As visitas são programadas por telefone por um técnico, com dois dias de antecedência. O prontuário é levado para registro. Por ser um documento utilizado por toda a equipe, inclusive quando o paciente de assistência domiciliar procura o serviço hospitalar, o processo de guarda, retirada e devolução é mais uma responsabilidade dos profissionais. As visitas são realizadas de acordo com a necessidade do paciente e com a disponibilidade da equipe. Por exemplo, um paciente pode receber visita do enfermeiro e assistente social em conjunto e outra do psicólogo até na mesma semana. Os profissionais são distribuídos por 5 regiões: Oeste, Baixada, Niterói, Norte e Centro-Sul e dão cobertura a mais de 60 bairros e 18 municípios do estado do Rio de Janeiro.

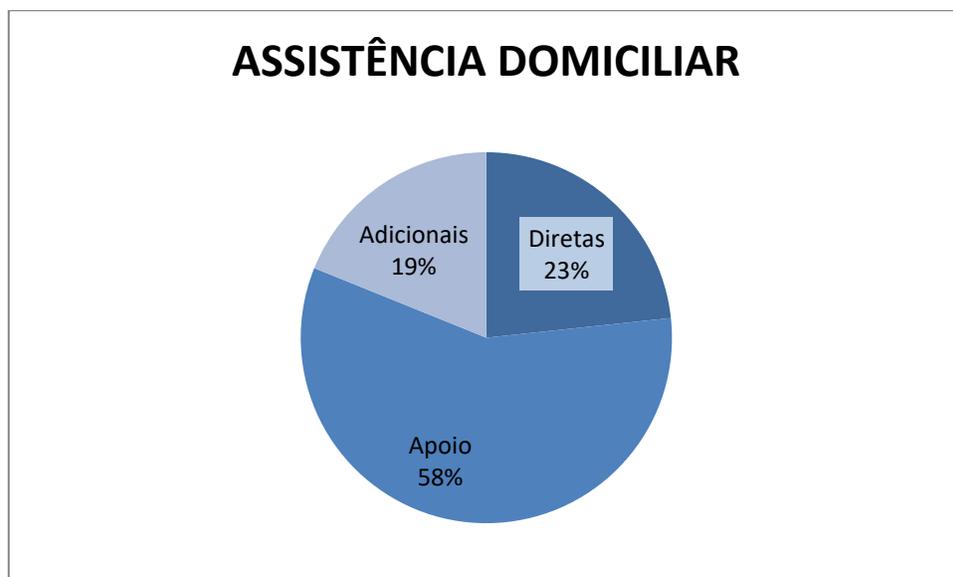
As visitas domiciliares possuem peculiaridades que merecem ser destacadas. Os profissionais são expostos a riscos de diferentes naturezas. O deslocamento no trânsito pode ser um fator de tensão para um profissional que precisa estar equilibrado a desempenhar o seu papel no domicílio do paciente. A exposição a riscos e violência, além de imprevistos como acidentes e engarrafamentos prolongados, são fatores geradores de tensão e que podem interferir na carga de trabalho do profissional. Dentre as atividades esperadas para os profissionais da equipe, há uma denominada mapeamento de risco ou reconhecimento de risco. Essa atividade pressupõe que o profissional e os motoristas identifiquem se o endereço do paciente está em uma área de risco pois há uma vedação explícita ao atendimento nesses casos. Se isto for verificado o atendimento é transferido para o ambulatório do HCIV. Porém, nem sempre é possível fazer essas identificações nas áreas designadas para visita, havendo algumas vezes a necessidade de interlocução com moradores e comerciantes para averiguação da real situação do local. As condições de higiene, conservação e localização dos domicílios, somadas a relatos de ameaças à equipe com diferentes graus de violência, são situações que afetam e desgastam o profissional sob o ponto de vista emocional.

São realizadas em torno de seis visitas domiciliares por dia. Essas atividades duram em média de 30 a 40 minutos, porém há que se considerar o tempo de deslocamento do hospital para as casas e entre as casas dos pacientes.

Para os pacientes serem atendidos nesta modalidade, há dois critérios de restrição pré-estabelecidos: residência em área de risco devido à violência urbana e distância superior a 80 km do hospital. Os que se enquadram nesses critérios de exclusão são atendidos no ambulatório.

Na equipe, há uma médica que permanece fixa na base com atividades de gestão. Esta profissional recebe demandas da equipe; ligações telefônicas; troca informações por *WhatsApp* com a equipe e atualiza as prescrições no sistema AD. As atividades realizadas por essa profissional incluem atendimento telefônico; consulta à equipe; inserção de prescrição no sistema; prescrição médica; emissão de receituário de controle especial; elaboração de relatório médico; declaração de óbito; atendimento presencial ao familiar que vai até o hospital; solicitação de exames; solicitação de pareceres; pedidos de hemotransfusão; pedidos de material para empréstimo (cama hospitalar, andador, bengala, colete, colar cervical muleta, cadeira de rodas, cadeira higiênica); pedido de ambulância e pedido de cilindro de oxigênio. Vale ressaltar que, mesmo em um atendimento telefônico, é necessário realizar anamnese; consultar resultados de exames no sistema; avaliar prescrição; alterar prescrição orientada verbalmente e inserir prescrição atualizada no sistema, além de comunicar à farmácia as alterações realizadas.

Gráfico 13 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais na assistência domiciliar



Fonte: Dados da autora, 2019

Na Assistência Domiciliar, foram registradas atividades de 14 profissionais. Destes, 7 foram observados somente durante as discussões de equipe que antecedem as visitas (1 assistente social, 4 enfermeiros, 1 psicólogo e 1 farmacêutico). Para que todas as categorias pudessem ser acompanhadas pela pesquisadora nas visitas, foi elaborada uma escala diária, que excluiu o fisioterapeuta que estava de férias. De acordo com a escala, houve observação de 2 médicas, sendo uma em visita domiciliar e a outra em atividades internas de gestão. Houve dois dias de observação com enfermeiras e 1 dia para outras categorias: assistente social, psicóloga e farmacêutica. A farmácia realiza trabalho interno e visita pacientes que são acompanhados pela AD e estão internados; não realiza visita domiciliar. As atividades de apoio (196) representam o trabalho que antecede as visitas domiciliares e as atividades administrativas que giram em torno da atividade. Organizar uma estrutura de apoio para os atendimentos ocorrerem nos domicílios demanda tempo, dedicação e *expertise* dos profissionais, para que a assistência domiciliar seja eficiente e efetiva. Há nitidez sobre como o trabalho em equipe se desdobra em atenção especializada de cada categoria. As atividades diretas (79) se concentram nas visitas, contatos telefônicos planejados e sob demanda e orientações de familiares que buscam pessoalmente o serviço no HCIV. As atividades adicionais (64) observadas foram, majoritariamente, reuniões de equipe.

Internação hospitalar

O hospital possui 4 andares de internação. Cada andar tem 14 leitos, sendo 12 dispostos em quartos compartilhados, cada um com dois leitos. Em cada andar há dois leitos individuais, ou seja, o paciente permanece sozinho no quarto. Os critérios para ocupar quarto com leito único são medidas de precaução, odor, sangramento ativo, questões sociais, sempre pensando em preservar o paciente e o outro paciente do leito ao lado. Os profissionais não são fixos em um andar e todos os andares tem uma sala para atendimento ou acolhimento.

No primeiro andar há também um ginásio de fisioterapia. Os fisioterapeutas atendem no ginásio, na visita domiciliar e pacientes internados. No segundo andar, além dos leitos, há um espaço dedicado à assistência domiciliar e uma sala para atividades do ambulatório de luto, onde familiares de pacientes que foram a óbito são atendidos por psicólogos. No final do corredor deste andar, há um espaço lúdico, colorido pelo artesanato produzido pelos pacientes, chamado

Curiosação, cujo objetivo é promover a autonomia e resgatar a autoestima do paciente. Os pacientes são estimulados a fazer atividades manuais, como crochê e fuxico, confraternizar com jogos de tabuleiro e festas comemorativas. O local é amplo e possui salão de beleza, TV, piano, violão e é decorado com várias fotos de atividades realizadas em datas festivas. O Curiosação é um ambiente importante por também propiciar reconciliações para pacientes com dificuldade de relacionamento com familiares, que são mediadas por profissionais da equipe.

A equipe é composta por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, que contam com a colaboração de quatro voluntários. As profissionais fazem busca ativa na internação e no ambulatório, realizam o controle clínico dos pacientes neste espaço e os procedimentos necessários para não haver descontinuidade do tratamento enquanto o paciente está no local.

Gráfico 14 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais na internação hospitalar



Fonte: Dados da autora, 2019

Na internação hospitalar, foram observados 27 profissionais, sendo 10 enfermeiros, 5 médicos, 3 nutricionistas, 4 psicólogos e 5 assistentes sociais. Percentualmente, a soma de atividades diretas (402) e de apoio (398) realizadas representa mais de 70% do total de atividades observadas. As atividades adicionais (295) alcançaram quase 30%, impulsionadas pelas atividades de ensino que todos os profissionais realizam.

Serviço de Pronto Atendimento

O serviço de emergência funciona em um prédio do HCIII e, além do espaço físico, há compartilhamento de tarefas e profissionais. Por exemplo, dos 18 técnicos lotados na emergência, somente três são do quadro de profissionais do HCIII. Merece destaque relatar que a demanda de pacientes provenientes do HC III como, por exemplo, procedimentos para atender parada cardiorrespiratória, é superior à do HCIV. Os pacientes são orientados adequadamente em relação ao momento ideal de procurar a emergência. Dessa forma, o fluxo do serviço tende a ser facilitado; dificilmente há procura por atendimento cuja necessidade não seja confirmada pela equipe. Pacientes e familiares recebem informações que os deixam seguros sobre o acolhimento no serviço. Quando há necessidade de uma vaga de internação, a prioridade é sempre da emergência. Os pacientes dos postos avançados, internados nos outros hospitais do INCA e com indicação de transferência, aguardam a vaga quando existe um paciente da emergência com indicação de internação. A equipe observa o aumento da procura no final do dia e no fim de semana, o que pode estar associado à disponibilidade dos acompanhantes que trabalham para levarem os pacientes após o horário de expediente e nos dias de folga.

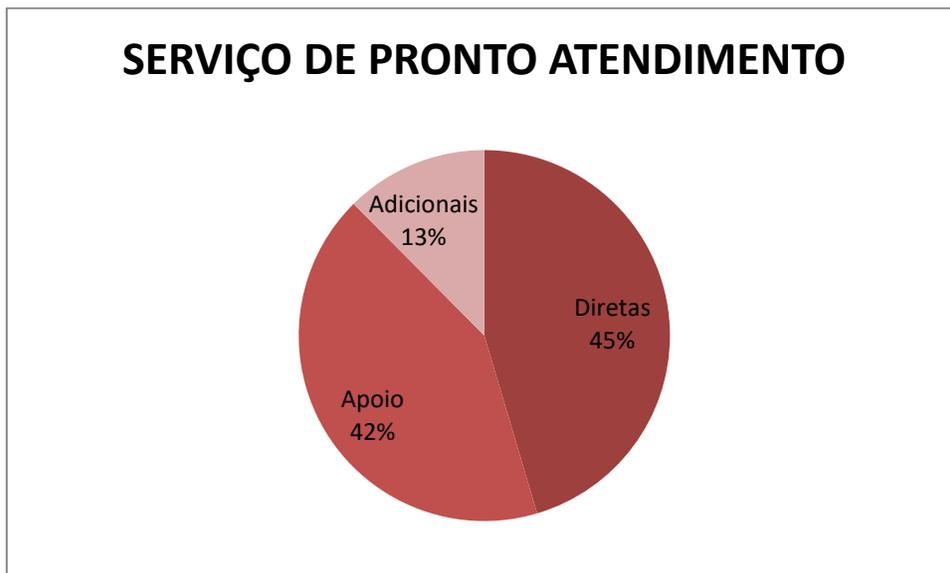
O SPA possui 10 leitos, sendo 6 para o HCIV e 4 para o HCIII, todos com uma maca e uma poltrona para o acompanhante. Além dos leitos, há uma sala de repouso para os técnicos de enfermagem. Na entrada, há uma sala de medicação com 3 poltronas, onde o paciente pode receber medicamentos até 2 horas. Há uma sala para os médicos. Geralmente são escalados dois médicos para o período diurno e um para o período noturno, pois o atendimento é de 24 horas.

A emergência é porta aberta e, além dos atendimentos presenciais, há um grande volume de contatos telefônicos. Neste atendimento à distância há esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos; orientações sobre adequação de condutas de acordo com o quadro descrito; indicação de conduzir o paciente ao serviço para atendimento presencial e escuta qualificada para questões emocionais de pacientes, familiares e cuidadores. Essa atividade não é mensurada como produtividade embora, ao realizar atendimento telefônico, o médico interrompe o atendimento presencial ou atividade administrativa que esteja fazendo por um período imprevisível.

Em relação à escala noturna com um plantonista para toda a estrutura hospitalar, o médico da emergência é uma referência para os profissionais do plantão e para os pacientes que buscam atendimento a partir das 19h; o profissional precisa dar suporte aos 4 andares de internação,

localizados em um outro prédio e também é responsável por acompanhar as transferências do postos avançados, pois a tempestividade está diretamente associada à qualidade do serviço.

Gráfico 15 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais no SPA



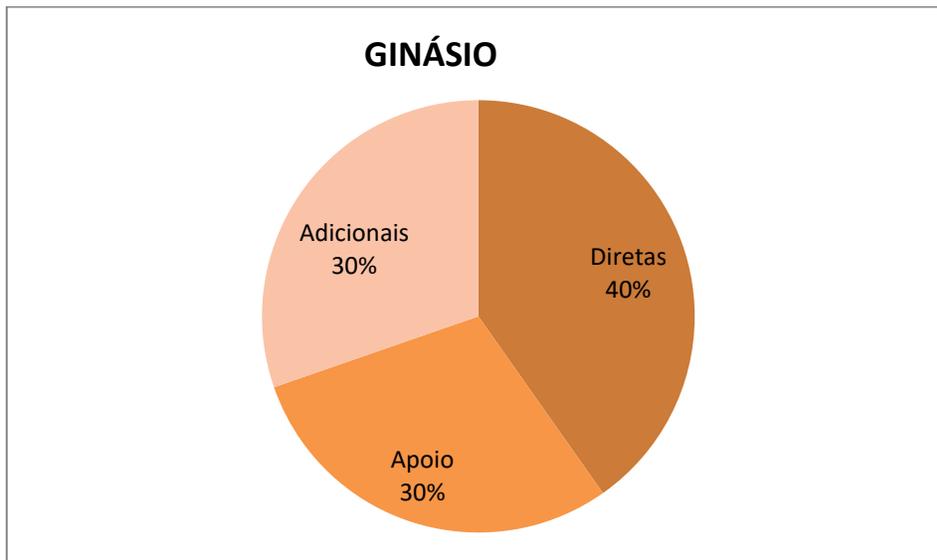
Fonte: Dados da autora, 2019

No pronto atendimento, foram observados 5 enfermeiros e 11 médicos. As atividades diretas (168) e de apoio (156) apresentam semelhança no percentual de distribuição. As atividades adicionais (46) foram realizadas em menor volume, equivalente a 13% do total, o que demonstra que mesmo em um serviço de emergência, gestão, ensino e pesquisa são executados pelos profissionais do HCIV.

Ginásio

O ginásio de fisioterapia é um espaço amplo e equipado para atendimento fisioterápico, localizado no segundo andar de internação. Os dados do ginásio são os mesmos apresentados na análise da fisioterapia uma vez que foi neste local que as atividades da categoria foram observadas majoritariamente. Foram observados 4 profissionais da categoria.

Gráfico 16 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais no ginásio de Fisioterapia



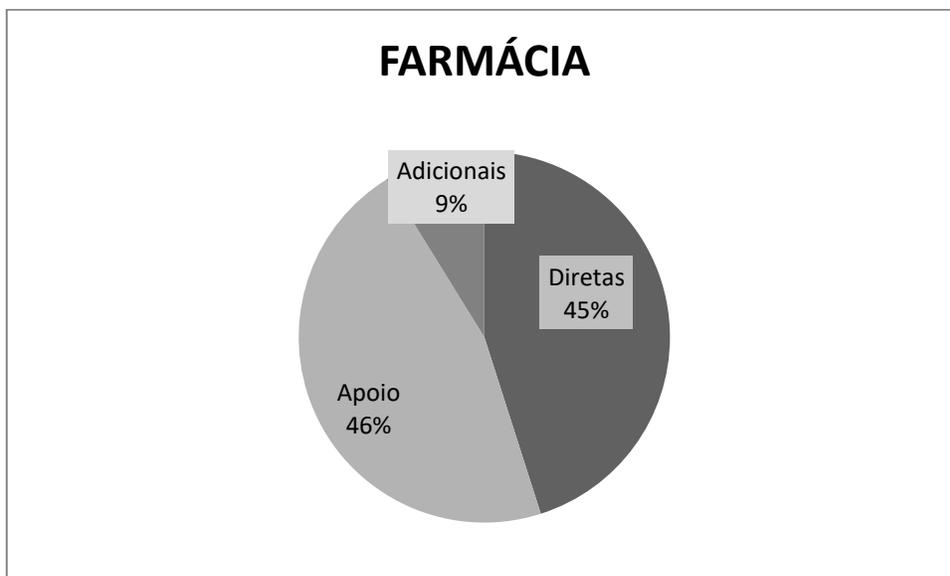
Fonte: Dados da autora, 2019

As atividades diretas (138) representaram 40% do que é realizado no ginásio. Ao analisar a execução das atividades de apoio (101) e adicionais (104) que juntas representam 60%, observou-se que houve equilíbrio na distribuição de atividades administrativas, de gestão, ensino e pesquisa.

Farmácia

A farmácia funciona em um prédio com entrada independente ao lado do HCIV, com 13 farmacêuticos que prestam atenção farmacêutica e realizam o gerenciamento de medicamentos e materiais com o suporte de técnicos. Os profissionais atendem andares de internação, ambulatório, SPA, quimioterapia do HCIII e assistência domiciliar. Realizam atividades clínicas, de gestão e ensino e atuam fortemente na orientação de pacientes e familiares no ambulatório e na internação. Além disso, são responsáveis pela gestão do estoque e armazenamento adequado de medicamentos e materiais; realizam atividades de farmacovigilância e dão suporte aos outros profissionais, colaborando com sua *expertise* nas reuniões de equipe.

Gráfico 17 - Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais na Farmácia



Fonte: Dados da autora, 2019

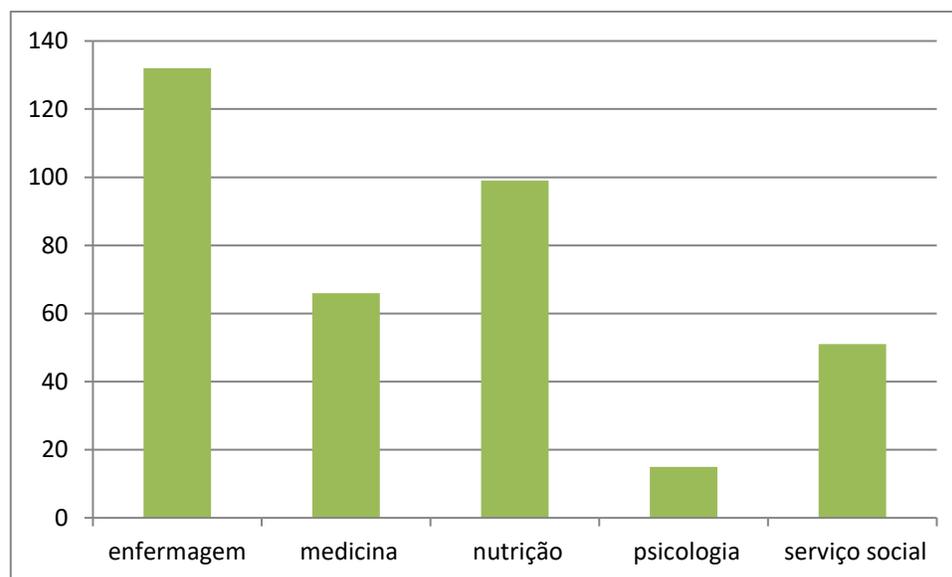
Para esta categoria, o volume de atividades adicionais (17) observadas, em comparação com as outras, indicou pouco tempo dedicado ao ensino e à pesquisa. As atividades de apoio (89) são realizadas em grande volume, semelhante à quantidade de atividades diretas (87), ambas em torno de 45%. Esse dado aponta para uma atividade clínica intensa da farmácia e uma aproximação do profissional com pacientes e familiares, que é um fenômeno relativamente recente e importante para o fortalecimento do papel do farmacêutico.

3.2.4 Análise da distribuição de atividades por categorias nos serviços

Os resultados sobre a atuação dos profissionais da equipe, no que diz respeito ao número de atividades realizadas por categoria e às características dessas atividades, são informações que ajudam a entender o cotidiano de cada serviço. Essa análise permite observar detalhes e colabora

para a previsão de intervenções, com vistas a melhorar a organização e a gestão da oferta assistencial.⁷

Gráfico 18 - Número de atividades por categoria no ambulatório

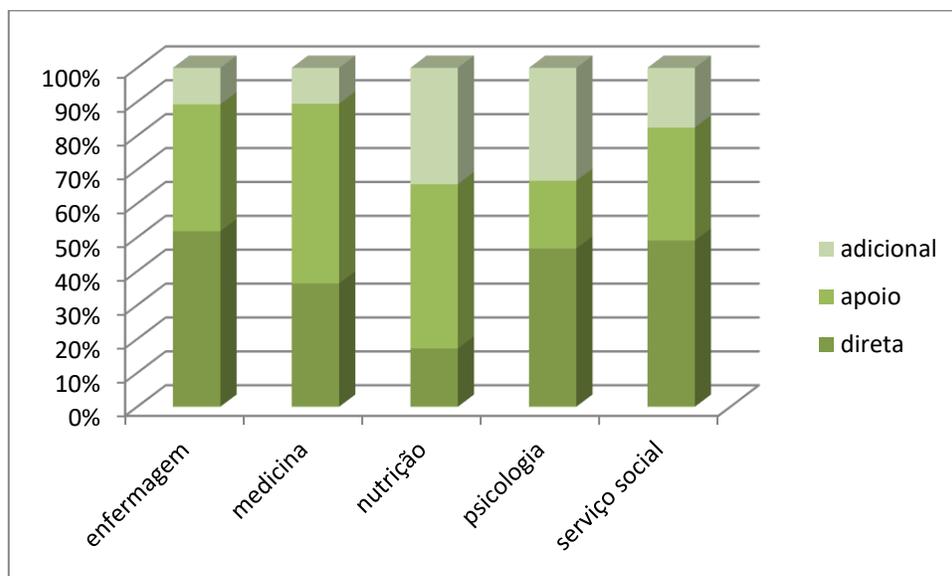


Fonte: Dados da autora, 2019

No ambulatório havia um observador fixo por turno. As categorias foram observadas de acordo com a anuência do profissional do dia, pois não havia uma escala pré-estabelecida. De acordo com o gráfico, a quantidade de atividades realizadas pela enfermagem e pela psicologia foram os destaques com o maior e menor número de observações respectivamente. Esses dados não são suficientes para esclarecer a participação das categorias, uma vez que foram observados 3 enfermeiras e 1 psicóloga. Além disso, a enfermagem foi observada por 5 dias e a psicologia em apenas 1 turno, no retorno de férias da profissional. A enfermagem se destacou com o maior número de observações (132) e a psicologia, pelo motivo já explicitado, figurou com o menor número de observações (15). Apesar dessa impossibilidade inicial de comparação devido à discrepância de dias e do número de profissionais observados em algumas categorias, o cômputo do total registrado no ambulatório foi útil na determinação do tempo para realização de tarefas, que é matéria-prima para dimensionar carga de trabalho.

⁷ Os resultados sobre distribuição de atividades por categoria no Ginásio e na Farmácia estão restritos aos fisioterapeutas e farmacêuticos e foram disponibilizados no item 7.2.3. Por este motivo, as informações não foram repetidas na distribuição de categorias por serviços.

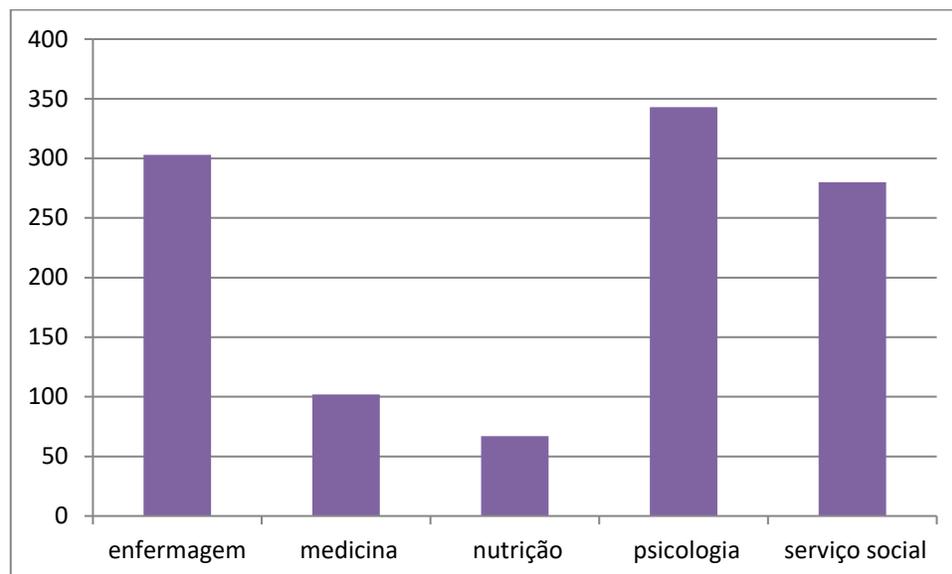
Gráfico 19 – Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais por categoria no ambulatório



Fonte: Dados da autora, 2019

De acordo com o gráfico, a distribuição de atividades no ambulatório não segue um padrão entre as categorias profissionais. Na enfermagem, na psicologia e no serviço social, há uma preponderância de atividades diretas com percentuais de 43%, 46% e 50%, respectivamente. As atividades adicionais representam um percentual de 46% para psicologia e 48% para a nutrição; são atividades executadas por todos os profissionais, principalmente por causa das atividades de ensino realizadas. Na medicina e nutrição, o destaque é para as atividades de apoio, que representam 53% e 48%, respectivamente. A distribuição das atividades de apoio no ambulatório, em comparação com as atividades diretas, demonstrou que, para realizar uma consulta ou um atendimento, é necessário realizar múltiplas atividades que antecedem ou sucedem o contato direto com pacientes.

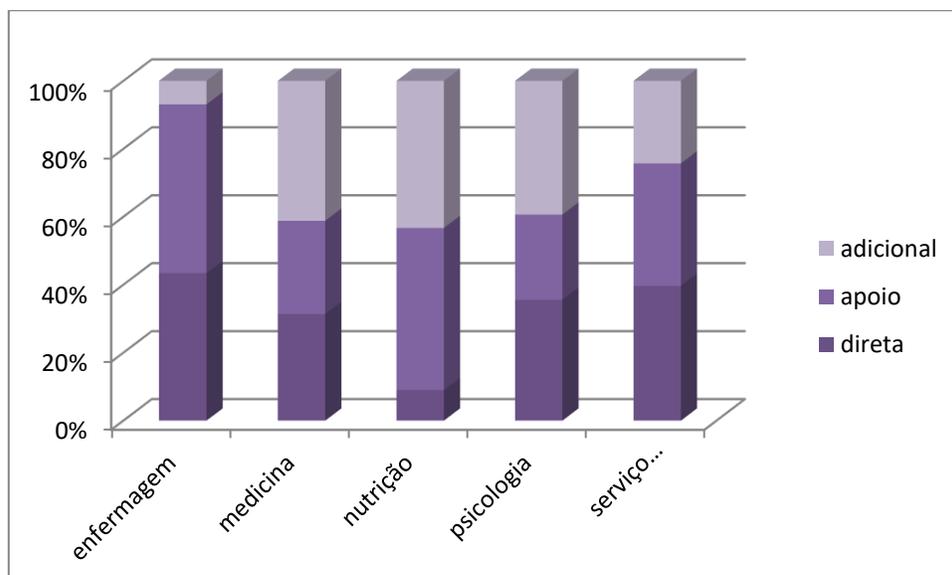
Gráfico 20- Número de atividades por categoria na internação hospitalar



Fonte: Dados da autora, 2019

Para a internação hospitalar, havia um observador fixo por categoria e por turno. A exceção foi para a medicina, que não tem escala na internação para turno da tarde e as demandas são atendidas pelo médico de pronto-atendimento. As categorias foram observadas de acordo com escala pré-definida pela gestão e com a anuência do profissional do dia. Houve recusa de participação de 1 médica, que aceitou ser observada em um outro dia de trabalho. De acordo com o gráfico, a quantidade de atividades realizadas pela psicologia (343), enfermagem (303) e serviço social (280) foi elevada em comparação com medicina (102), que tem atividade na internação somente em um turno, e com a nutrição, que apresentou o menor número de atividades (67).

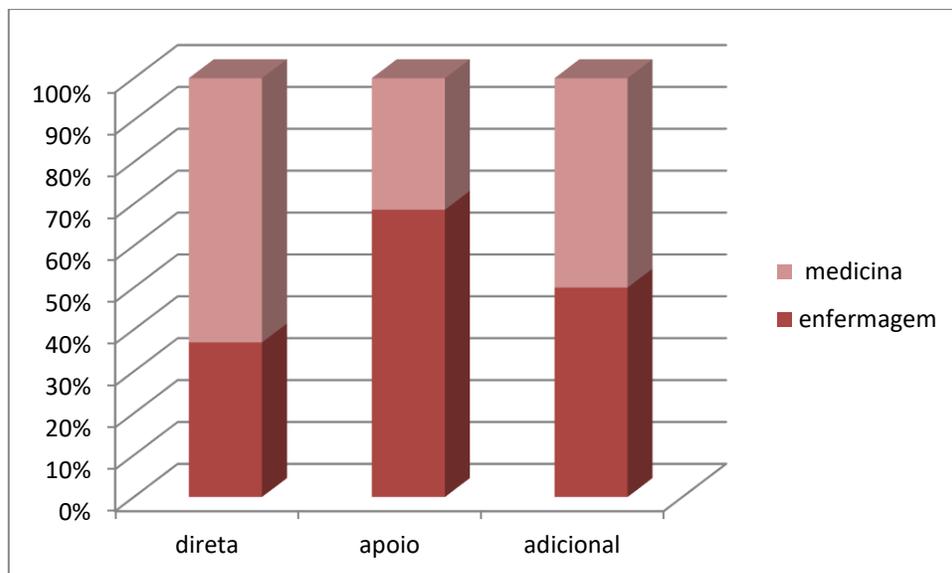
Gráfico 21 – Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais por categoria na internação hospitalar



Fonte: Dados da autora, 2019

De acordo com o gráfico, a distribuição de atividades na enfermagem é concentrada de forma equilibrada entre atividades diretas (43%) e de apoio (50%), cabendo às atividades adicionais 7%, ou seja, para o enfermeiro as atividades diretas competem com as atividades de apoio, que estão em maioria. Merece destaque o fato de as atividades diretas elencadas para observação de enfermeiros serem também realizadas por técnicos de enfermagem. Se estes profissionais fossem observados, o resultado poderia ser diferente. O serviço social tem uma distribuição semelhante à enfermagem, porém as atividades diretas são maioria e há proporção maior de atividades adicionais. Para a psicologia e medicina, as atividades adicionais superam as diretas. Na nutrição, as atividades de apoio superam as adicionais e as atividades diretas representam 9% do total observado para a categoria.

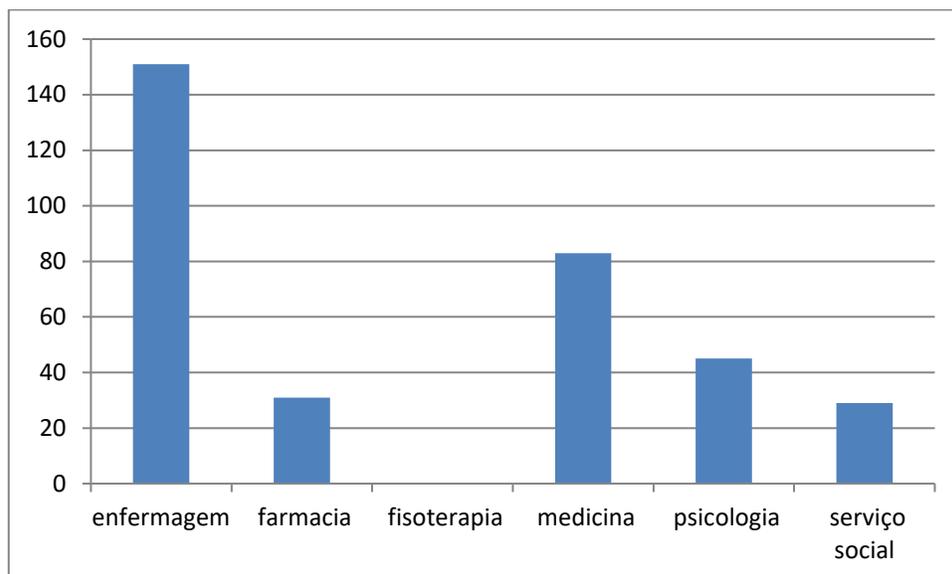
Gráfico 22 - Distribuição das atividades diretas, de apoio e adicionais no serviço de pronto-atendimento



Fonte: Dados da autora, 2019

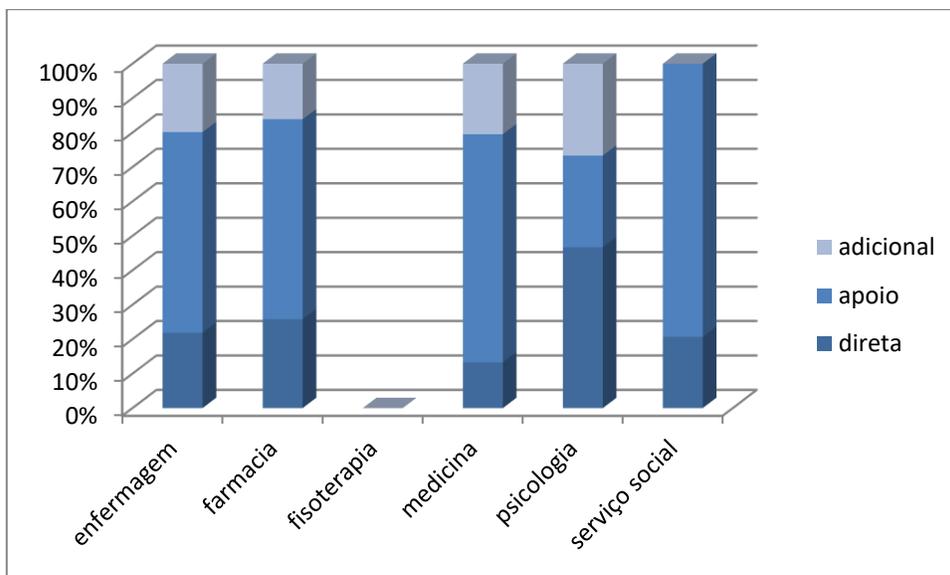
No serviço de pronto-atendimento, havia 1 observador por turno para registrar as atividades de 1 médico e 1 enfermeiro simultaneamente. Do total de atividades realizadas pela enfermagem, 55% eram atividades de apoio, 32% diretas e 17% adicionais. Merece destaque o fato de as atividades diretas elencadas para observação de enfermeiros serem também realizadas por técnicos de enfermagem. Se estes profissionais fossem observados, modificaria o resultado global da enfermagem. Os médicos realizaram 60% de atividades diretas, 27% de apoio e 13% de adicionais. Há uma disparidade entre as categorias ao se comparar dois grupos de atividades. Enquanto os médicos realizaram mais atividades diretas, houve predomínio de atividades de apoio no trabalho dos enfermeiros. Em relação a dedicação para atividade adicionais, há um equilíbrio entre as duas categorias.

Gráfico 23 - Distribuição de atividades por categoria na assistência domiciliar



A observação da equipe de assistência domiciliar foi realizada por 1 observadora que, a cada dia, acompanhava as visitas domiciliares de 1 profissional diferente. Quando havia reunião da equipe para discutir os casos dos pacientes, a participação de todos os profissionais era registrada. Por motivo de férias e dificuldade de conciliar a agenda com o profissional escalado para atender no período da pesquisa, não houve observação do fisioterapeuta. As visitas da fisioterapia são realizadas sob demanda e são mais espaçadas que as demais. A farmacêutica foi observada por dois dias. O período de observação de médicas e enfermeiras também foi de 2 dias, com profissionais diferentes. Em relação às médicas, houve um dia de acompanhamento externo e outro de observação do trabalho interno de gestão do serviço. A psicóloga e a assistente social foram acompanhadas durante 1 dia de trabalho. As atividades registradas da enfermagem (151) foram as que se destacaram numericamente e o serviço social que foi observado em 1 dia com agenda para 4 pacientes apresentou o menor número de atividades identificadas.

Gráfico 24- Percentual de atividades diretas, de apoio e adicionais por categoria na assistência domiciliar



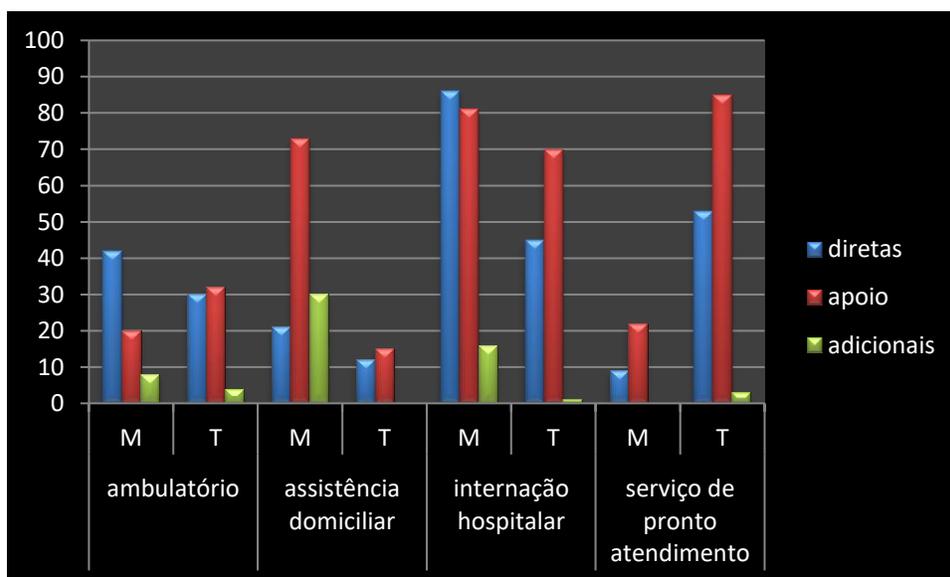
Fonte: Dados da autora, 2019

De acordo com o gráfico, houve superioridade na proporção de atividades de apoio realizadas quando comparadas com as atividades diretas; a exceção neste caso foi para psicologia, onde as atividades diretas foram mais observadas. O percentual de atividades adicionais variou entre 26% e 30% entre as categorias. Estas atividades são realizadas por todos, apesar de no dia de acompanhamento do serviço social não terem sido observadas.

3.2.5 Análise de atividades realizadas por turnos

De acordo com o serviço e com a categoria analisada, as atividades podem apresentar diferenças na execução e na distribuição em diferentes períodos. O trabalho de campo consistiu na observação dos períodos matutino e vespertino de todas as profissionais, permitindo análise por turno de trabalho de cada categoria.

Gráfico 25- Distribuição das atividades de Enfermagem realizadas por turnos nos serviços

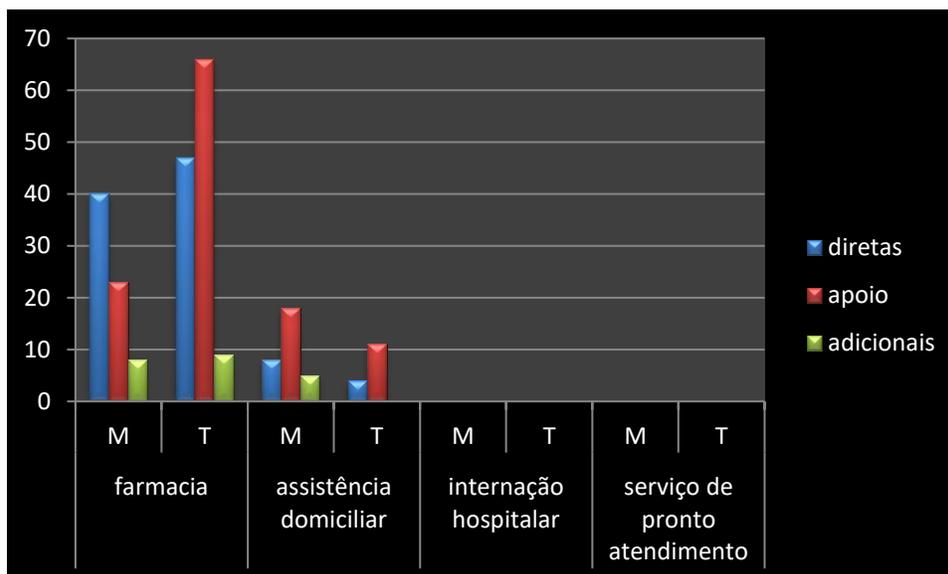


Fonte: Dados da autora, 2019

As atividades de enfermagem possuem distribuição peculiar entre os dois turnos em todos os serviços. No SPA há mais atividades na parte da tarde pois o fluxo de pacientes aumenta no período vespertino e consequentemente as internações também. Na internação, o período da manhã é quando ocorrem mais atividades diretas em relação às atividades de apoio. É o turno no qual ocorrem as visitas aos leitos; curativos; procedimentos e higiene corporal em maior volume. À tarde, a demanda por atividades diretas reduz, com atendimentos de emergência ou sob demanda, invertendo o foco de trabalho para atividades indiretas. Na assistência domiciliar, há uma preocupação em distribuir as visitas do dia entre os dois períodos, porém com um número menor para a tarde; ao final da tarde o trânsito na cidade se intensifica e o período de retorno é utilizado pelos profissionais para a conclusão das atividades de apoio do dia e planejamento para o dia seguinte. No ambulatório, à tarde, observou-se uma redução das atividades diretas em

relação às atividades de apoio. Diferentemente dos outros serviços, as atividades adicionais de enfermagem no ambulatório foram observadas nos dois períodos.

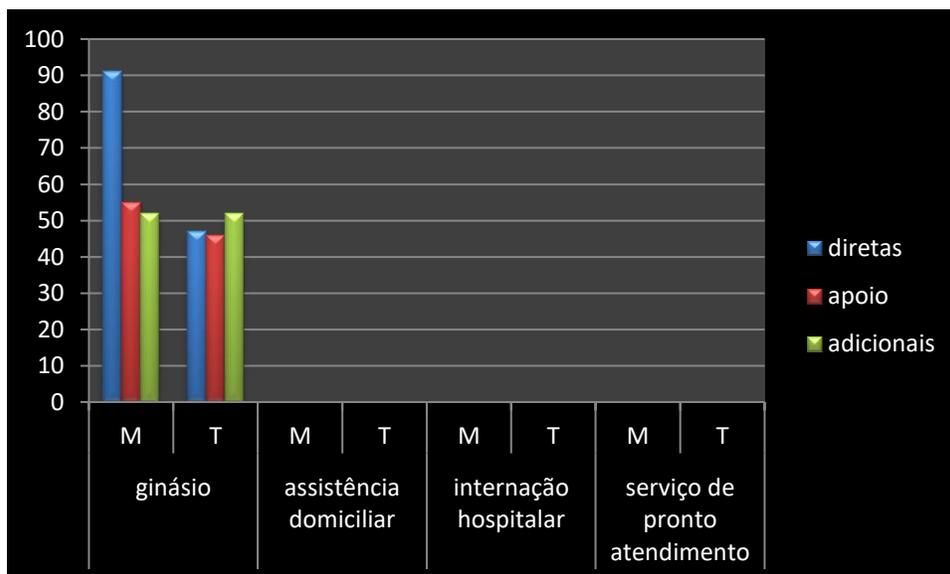
Gráfico 26- Distribuição das atividades de Farmácia realizadas por turnos nos serviços



Fonte: Dados da autora, 2019

As atividades do farmacêutico foram observadas em dois serviços. Na farmácia, são realizadas atividades relacionadas com previsão, guarda, abastecimento e dispensação de medicamentos e materiais para todos os serviços do HCIV e também para o HCIII. Os profissionais realizam atividades clínicas na internação. Observou-se uma predominância de atividades diretas no período da manhã e à tarde o maior volume foi para atividades de apoio. Na assistência domiciliar, as atividades de apoio se destacaram em ambos os turnos e não foram observadas atividades adicionais no período da tarde.

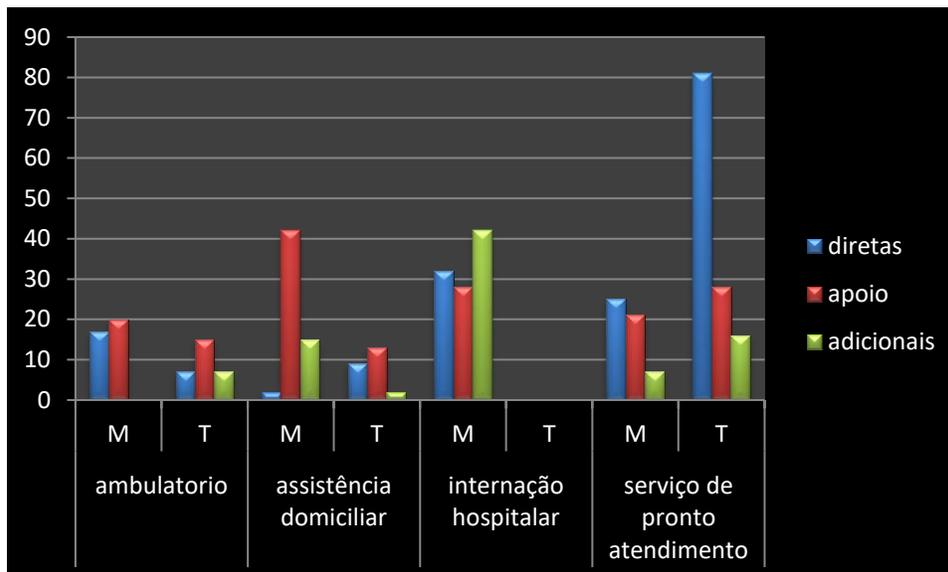
Gráfico 27- Distribuição das atividades de Fisioterapia realizadas por turnos nos serviços



Fonte: Dados da autora, 2019

A fisioterapia apresentou uma proporção na distribuição de atividades entre os dois turnos no ginásio. Foram observadas atividades diretas, de apoio e adicionais, com destaque para as atividades diretas no turno da manhã. Conforme já explicitado, a categoria atende no ginásio de forma planejada, na assistência domiciliar mediante escala e na internação sob demanda. Houve registro de sete atendimentos na internação no período da manhã, que foram computados no ginásio. Durante o período de observação, não houve registros na assistência domiciliar por motivo de férias do profissional.

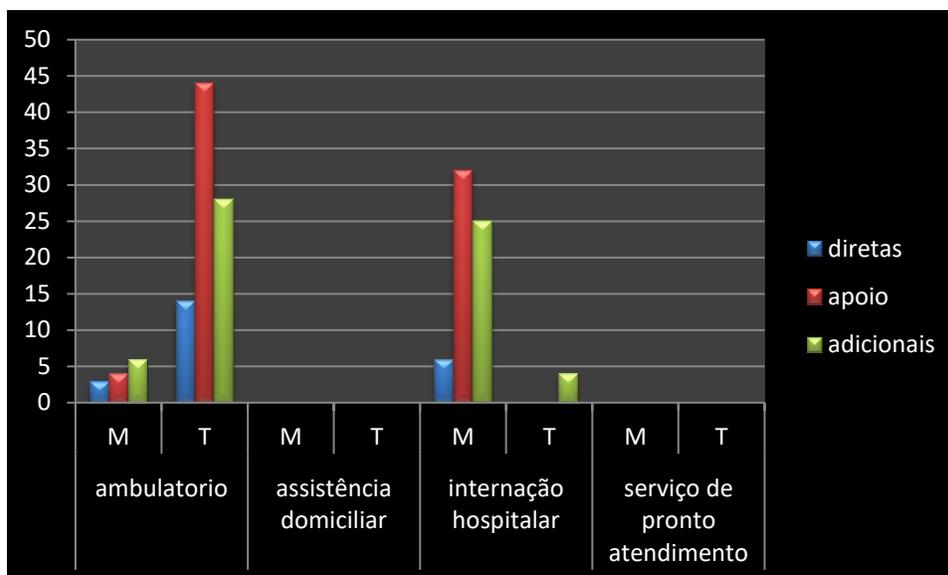
Gráfico 28- Distribuição das atividades de Medicina realizadas por turnos nos serviços



Fonte: Dados da autora, 2019

O gráfico apresenta um aumento significativo nas atividades diretas para os médicos do SPA no período da tarde. Ao mesmo tempo, observa-se a ausência de atividades desses profissionais na internação no período vespertino. Este desequilíbrio ocorre pelo fato de não haver médico à tarde na internação. Sendo assim, o serviço é coberto pelo médico do SPA que também apresenta aumento do fluxo de procura de pacientes no mesmo período. Dessa forma, o profissional precisa dar suporte aos 4 andares de internação, localizados em um outro prédio e também é responsável por acompanhar as transferências dos postos avançados pois a tempestividade está diretamente associada à qualidade do serviço. No ambulatório, há uma diminuição proporcional das atividades com a inclusão de atividades adicionais. Na assistência domiciliar, a médica acompanhada em um dia no serviço externo consultou dois pacientes no domicílio e três em um abrigo, após uma reunião de equipe que durou mais que o observado nos outros dias. A outra médica foi observada desempenhando funções de gestão e organização do serviço, com atendimentos telefônicos de profissionais e pacientes. Por esses motivos, na assistência domiciliar, o resultado da observação das médicas apresenta atividades de apoio destacadas em relação às atividades diretas.

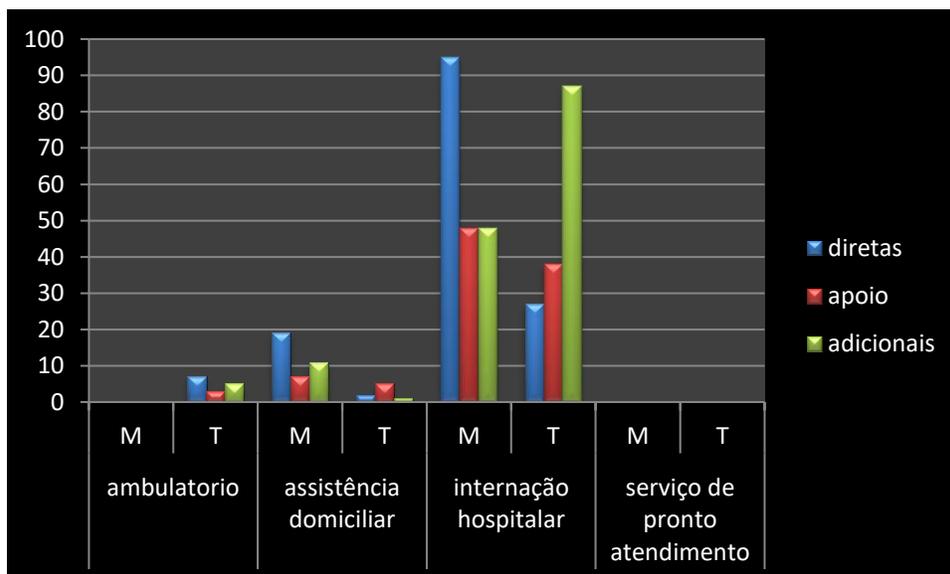
Gráfico 29- Distribuição das atividades de Nutrição realizadas por turnos nos serviços



Fonte: Dados da autora, 2019

De acordo com o gráfico, foram registradas atividades da nutrição nos serviços de ambulatório e internação. Observou-se maior concentração de atividades na internação pela manhã e no ambulatório à tarde. As atividades adicionais referentes à pesquisa, ensino e gestão, foram realizadas nos dois turnos em ambos serviços.

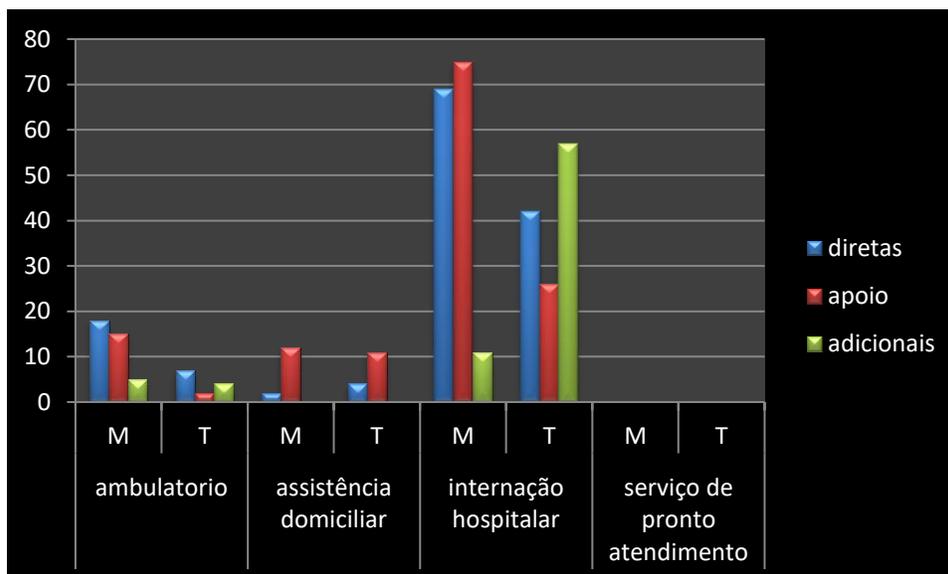
Gráfico 30- Distribuição das atividades de Psicologia realizadas por turnos nos serviços



Fonte: Dados da autora, 2019

O registro da psicologia no ambulatório representou apenas 1 turno de trabalho, no dia de retorno de férias da profissional. As informações colhidas foram importantes para mensurar o tempo de execução de cada atividade observada, mas não suficientes para uma análise semelhante a dos outros serviços, nas quais houve observação de dois turnos e, no caso da internação, por um período de tempo maior. Na assistência domiciliar, à tarde, houve mais atividades de apoio e não foram observadas atividades adicionais. As atividades diretas realizadas na internação hospitalar foram maioria no período da manhã enquanto as atividades adicionais sobressaíram em volume à tarde.

Gráfico 31- Atividades do Serviço Social realizadas por turnos nos serviços



Fonte: Dados da autora, 2019

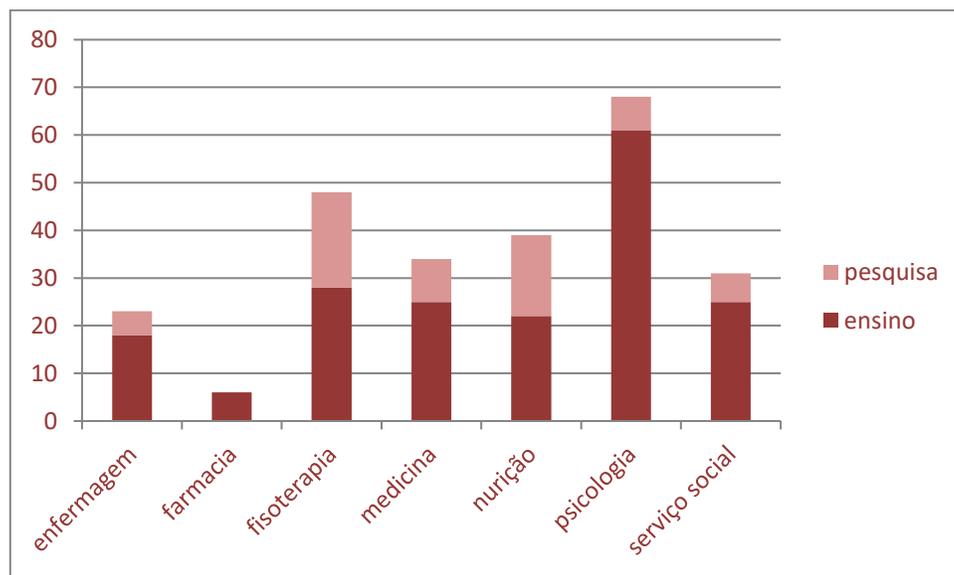
O serviço social foi observado em três serviços nos dois turnos. No ambulatório, o volume de atividades é menor à tarde, porém, as atividades diretas se destacam nos dois períodos. Na assistência domiciliar ocorre o inverso porque as atividades de apoio sobressaem em relação às atividades diretas nos dois turnos. Na internação hospitalar, as atividades de apoio no período da manhã dominam o trabalho do assistente social enquanto que à tarde ocorre comportamento similar em relação às atividades adicionais.

3.2.6 Análise de atividades de ensino e pesquisa

Os servidores do INCA são da carreira de ciência e tecnologia, o que significa que, de acordo com a Lei 8691/93, o Instituto possui como objetivos a promoção e realização de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico. Por este motivo, a organização dos servidores está estruturada em três carreiras: pesquisa em C&T, desenvolvimento tecnológico e gestão, planejamento e infraestrutura. A pesquisa no INCA objetiva desenvolver novas estratégias para o diagnóstico e tratamento do câncer. As atividades docentes oferecem os seguintes cursos: aperfeiçoamento (inclusive nos moldes *fellow*); atualização; técnico de nível médio; extensão; educação à distância; residências médica e multiprofissional; mestrado; doutorado e estágios de pós-graduação (INCA, 2019b). Há equipes da coordenação de ensino e pesquisa, com servidores

especializados nas respectivas áreas. Porém, os profissionais da assistência também realizam essas atividades que são acumuladas às práticas assistenciais.

Gráfico 32 – Proporção entre atividades de ensino e pesquisa realizadas



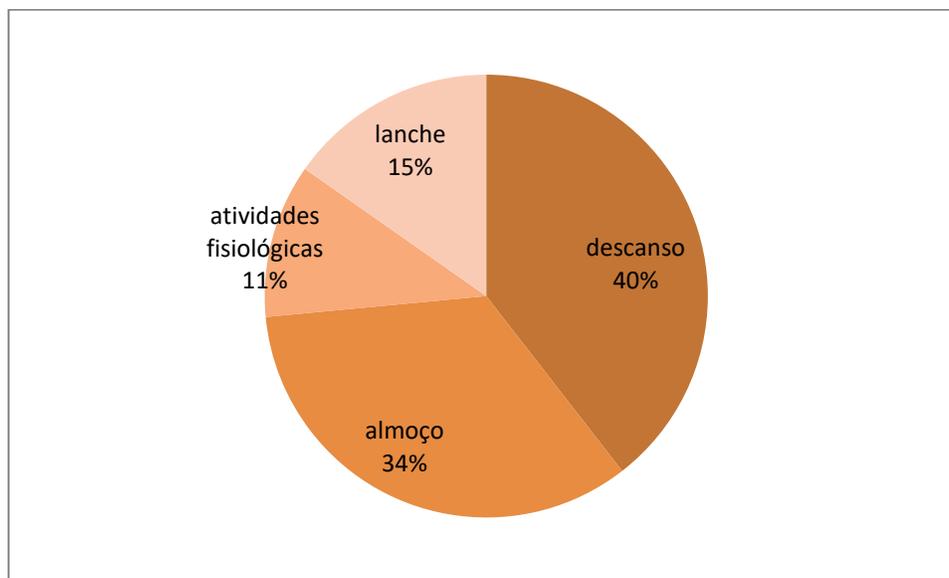
Fonte: Dados da autora, 2019

A dedicação às atividades de ensino e pesquisa representaram apenas 6% do total de 4292 observações realizadas. Dos 249 registros para essas atividades, 74% foram para atividades de ensino distribuídas por todas as categorias. Nas atividades de pesquisa, não houve registro da farmácia. Não há uma orientação por norma - nem da instituição nem do governo federal - sobre organização, metas e avaliação relativas às atribuições de ensino e pesquisa para os profissionais da assistência. Dessa forma, a atividade docente é moldada pela demanda da coordenação de ensino e a pesquisa depende da motivação e organização pessoal dos profissionais em relação ao tempo de dedicação. O percentual adequado de tempo, para que servidores de C&T realizem atividades de ensino e pesquisa, carece de uma norma para definição.

3.2.7 Análise de atividades pessoais, administrativas e deslocamentos

As atividades pessoais representaram 17% (774) do total de registros relativos a almoço, lanche, atividades fisiológicas e descanso, distribuídos de acordo com o gráfico a seguir.

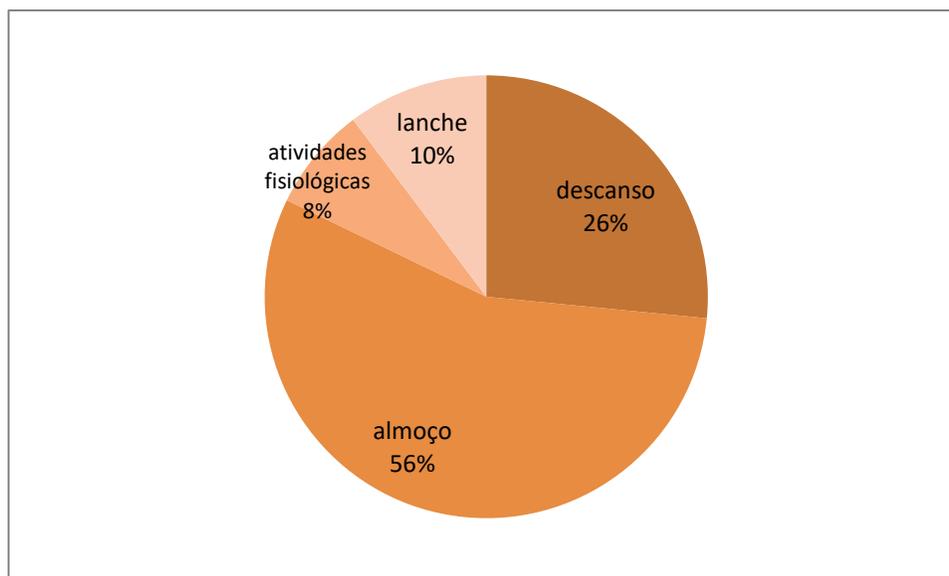
Gráfico 33 – Percentual de distribuição das atividades pessoais no HCIV



Fonte: Dados da autora, 2019

Em uma análise inicial, os registros de descanso (295) superaram o tempo reservado para o almoço (254). Para registro de almoço, eram esperadas 6 observações consecutivas a cada dez minutos. Foi observado que, embora haja controle de entrada, saída e almoço por ponto eletrônico, muitos profissionais retornavam às atividades sem completar 1 hora de almoço prevista. Por isso, alguns registros de descanso foram identificados após um período curto de almoço e a realização de alguma atividade na sequência. Foram observados 60 profissionais dos quais 29 foram acompanhados por vários dias. O somatório de observações, contando com a repetição de profissionais e suprimindo 6 profissionais que encerraram o expediente antes do almoço ou começaram a trabalhar a partir das 13h, foi de 103 horas, o que equivaleria a 618 observações. O número total de observações de almoço e descanso foi de 549, ou seja, os horários para essas atividades pessoais somadas não atingiram o mínimo esperado apenas para o almoço.

Gráfico 34- Projeção percentual para atividades pessoais

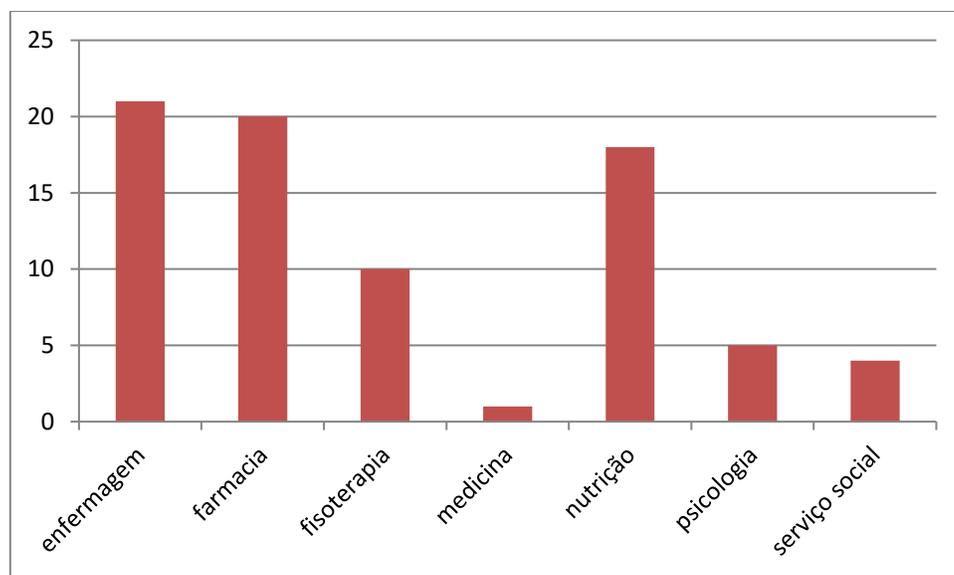


Fonte: Dados da autora, 2019

Ao apresentar uma projeção percentual para as atividades pessoais, o gráfico considerou o cenário de 1 hora de almoço para cada profissional observado e 30 minutos de descanso por dia o que representaria 25% (1111) do total das atividades observadas e garantiria pausas entre as atividades realizadas.

As atividades administrativas representaram 2% das atividades observadas. São atividades de gestão específicas para cada categoria; não são atividades para gestão do trabalho assistencial. Conforme mencionado anteriormente, vários gestores em algumas categorias são escalados pelo sistema de rodízio e acumulam atividades de gestão durante a prática assistencial.

Gráfico 35 – Número de atividades administrativas por profissionais que acumulam cargo de gestão



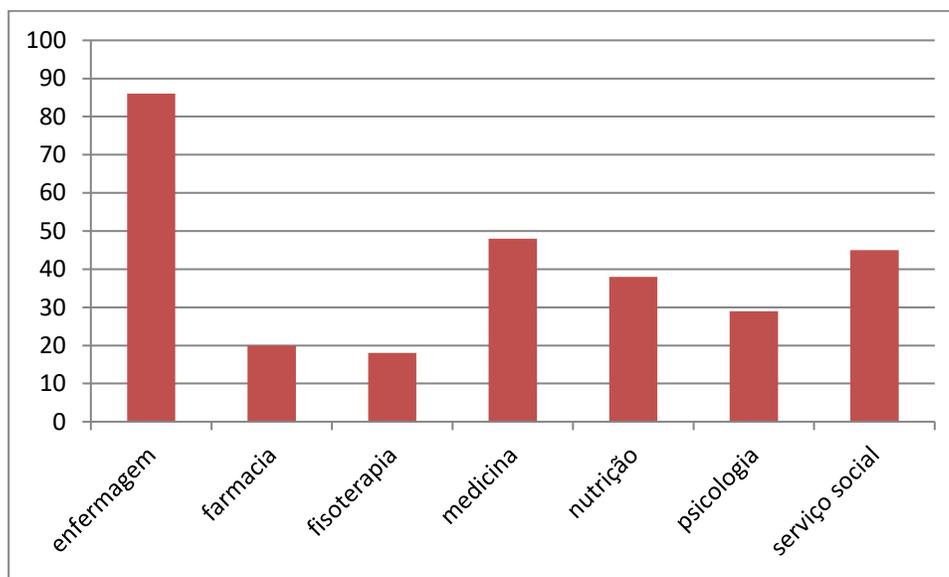
Fonte: Dados da autora, 2019

O gráfico destaca a realização de atividades administrativas para profissionais de enfermagem e farmácia enquanto para os médicos houve menor demanda para essa atividade. As categorias de enfermagem, médica e de farmácia possuem gestores fixos nomeados e as demais trabalham com rodízio de responsáveis pela gestão, que acumulam essas atividades com as assistenciais em maior dimensão. Observou-se a realização, em alguma medida, de atividades de gestão específicas relativas a cada categoria observada.

Deslocamentos

Os profissionais realizam deslocamentos internos; para visitas domiciliares; para outros hospitais do INCA e para outras instituições.

Gráfico 36 – Número de deslocamentos realizados pela equipe



Fonte: Dados da autora, 2019

Foram registrados 286 deslocamentos sendo 90% realizados nas dependências do HCIV. Os deslocamentos internos são de várias origens, tais como: atender pacientes nos 4 andares; se encaminhar para reuniões; buscar material impresso; buscar ou devolver prontuário para o arquivo; visitar pacientes em sequência no mesmo andar de internação e acompanhar transferência de paciente. Na sequência, os deslocamentos para visitas domiciliares que influenciam no planejamento de atividades da assistência domiciliar foram da ordem de 9%. O percentual de deslocamentos em relação às atividades diretas, de apoio e adicionais realizadas por categorias representaram 5% para a fisioterapia; 7% para a psicologia; 8% para a farmácia; 10% para a enfermagem; 11% para a medicina; 12% para o serviço social e 22% para a nutrição.

Os deslocamentos são provenientes da arquitetura do hospital, das visitas hospitalares e do fluxo dos profissionais para o desempenho das atribuições. Este tempo do profissional impacta a produtividade, a duração de outras atividades e ao mesmo tempo é um indicador a ser considerado no dimensionamento, como elemento influenciador na carga de trabalho.

3.2.8 Destaques da análise das atividades

Os resultados advindos da observação direta subsidiaram a definição do tempo requerido para a realização de uma atividade. No período de duas semanas, algumas atividades não puderam ser observadas. Parte dessas atividades são sazonais tais como participação em congressos e recepção de alunos em intercâmbio e outras não foram registradas por ausência de demanda no período, como, por exemplo, assistência ao paciente do HCIII em parada cardiorrespiratória. As atividades registradas foram suficientes numericamente para permitir um estudo segmentado com possibilidade de comparação entre serviços, categorias e turnos de trabalho. Além disso, foi oportunizado analisar o contexto de execução de atividades de ensino e pesquisa e a influência dos deslocamentos no fluxo diário dos profissionais. A utilização de filtros no banco de dados para a extração de atividades já classificadas em diretas, de apoio, adicionais e pessoais propiciou substrato para aplicação da ferramenta WISN.

A constatação que o volume de atividades indiretas é próximo ao de atividades diretas alerta para a possibilidade de falhas em planejamentos baseados exclusivamente em tarefas assistenciais. Na prática, uma reunião entre profissionais para discutir a melhor abordagem de um paciente propicia a atuação subsequente de várias categorias com qualidade e eficiência. Outro resultado que merece destaque é a previsão de carga horária disponível para pesquisa e ensino, que são atividades preconizadas para os profissionais do INCA. Ao reconhecer que as atividades indiretas interferem no desempenho da equipe, o planejamento adequado para dimensionamento de pessoal minimiza vulnerabilidades na organização e nos resultados dos serviços.

3.3 Aplicação do método de indicadores de carga de trabalho no HCIV

Para mensuração da carga de trabalho e análise da adequação do dimensionamento do hospital, os cálculos descritos pelas fórmulas apresentadas no capítulo 3 foram realizados com o auxílio de um software, que é um recurso tecnológico específico para a utilização do método WISN, elaborado e disponibilizado pela OMS.

Figura 3 – Identificação da instituição na ferramenta

The screenshot shows the 'Institution Report' tab in the WISN Automated Tool. The 'Geographics' section includes dropdown menus for Country (Brasil), Region/Province (Rio de Janeiro), and District (Rio de Janeiro). The 'Institution' section includes text input for Institution Name (Instituto Nacional do Câncer), a dropdown for Institution Type (Serviço Hospitalar), and a dropdown for Institution Description (Hospital especializado) with a 'Public' checkbox.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

O INCA foi classificado como instituição hospitalar pública e especializada, conforme já descrito no segundo capítulo desta tese.

Figura 4 – Identificação de categorias definidas para o estudo

The screenshot shows the 'Type of Staff at the Facility' tab in the WISN Automated Tool. It displays a table with two columns: 'Type of Staff' and 'Annual Salary (Local Currency)'. The table lists various staff categories, with several checked for inclusion in the study.

Type of Staff	Annual Salary (Local Currency)
<input type="checkbox"/> Ward Nurse	
<input checked="" type="checkbox"/> assistente social	120,000.00
<input type="checkbox"/> Biochemistry specialist	
<input checked="" type="checkbox"/> enfermeiro	120,000.00
<input checked="" type="checkbox"/> farmacêutico	120,000.00
<input checked="" type="checkbox"/> fisioterapeuta	120,000.00
<input type="checkbox"/> Haematologist	
<input checked="" type="checkbox"/> médico	120,000.00
<input type="checkbox"/> Microbiology specialist	
<input checked="" type="checkbox"/> nutricionista	120,000.00
<input type="checkbox"/> Pathologists	
<input checked="" type="checkbox"/> psicólogo	120,000.00

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Os profissionais acompanhados foram das categorias enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição e serviço social. Para inserção na ferramenta, foram incluídos na lista de

categorias como “outros especialistas”. O salário foi estimado a partir da última tabela salarial da carreira de C&T, do ano de 2016. Neste documento, os níveis auxiliar, intermediário e superior são divididos em classes e cada classe se subdivide em níveis. Ao valor básico são acrescentadas Gratificações de Desempenho de Atividade em C&T (GDACT) e retribuições por titulação para títulos de especialização, mestrado e doutorado, com valores progressivos. Em decorrência dessa organização, todos os servidores iniciam nos primeiros níveis e progredem nas classes e níveis durante sua carreira. Acrescido a isso, há incremento salarial que faz jus a capacitação e aprimoramento profissional. Considerando que a maioria dos servidores ingressaram no concurso de 2010, os mestres e doutores foram identificados no trabalho de campo e grande parte possui especialização foi realizada uma média, considerando o título de especialização para estimar os rendimentos anuais de cada categoria. Para o cálculo foi considerado apenas o salário bruto previsto na tabela salarial, sem previsão de décimo terceiro, férias e descontos previdenciários e de outras naturezas.

Figura 5 – Cálculo dos dias trabalhados/ano/categoria

Type of Staff	No of Working Days		No of Non Working Days					Total				
	Working Days Per Week	Working Hours Per Day	Annual Leave	Public Holidays	Sick Leave	Special No Notice Leave	Training Days Per Year	Non-Working Days	Non-Working Weeks	Working Weeks	Working Days	No of Hours
assistente social	5	8	30	17	12		5	64	12.8	39.2	196	1,568
enfermeiro	5	8	30	17	3	1	5	56	11.2	40.8	204	1,632
farmacêutico	5	8	30	17	37	1	5	90	18	34	170	1,360
fisioterapeuta	5	8	30	17	7		5	59	11.8	40.2	201	1,608
médico	5	8	30	17	38		5	90	18	34	170	1,360
nutricionista	5	8	30	17	10	3	5	65	13	39	195	1,560
psicólogo	5	8	30	17	15		5	67	13.4	38.6	193	1,544

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Convém rememorar que o método é baseado em dados retrospectivos. No ano de 2018, houve 15 feriados, incluídos os nacionais e municipais. Foram acrescentados 1 dia para o carnaval e 1 dia para representar o meio-expediente dos dias 24 e 31 de dez, totalizando 17 dias. Os dias para treinamento foram estimados em 5 dias/ano por profissional. As férias anuais são de 30 dias para todos os servidores. Foram observadas ausências por doença (do profissional ou familiares) e aquelas amparadas por lei, tais como: gestação, luto e gala (casamento). Na ferramenta, foram inseridos dados que representam a média de faltas de cada categoria para todos os tipos de licença.

As licenças médicas por motivo de doença foram a principal causa de absenteísmo (1674 dias) e as licenças por luto e para acompanhamento de familiares doentes representaram 5% deste total. Não foram registradas faltas sem justificativa no período.

Tabela 8 – Absenteísmo por categoria no HCIV em 2018

categoria	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	total
Serviço social	21	11	16	0	30	31	1	0	0	0	0	0	110
Enfermagem	19	16	0	7	23	14	0	30	35	1	2	18	165
Farmácia	39	35	43	38	31	15	35	1	1	1	8	13	260
Fisioterapia	0	0	0	0	0	0	41	0	0	0	0	0	41
Medicina	60	93	111	116	132	42	0	41	77	124	121	0	917
Nutrição	0	0	0	0	0	0	91	0	0	0	0	0	91
Psicologia	31	28	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90
total/mês	170	183	201	161	216	102	168	72	113	126	131	31	1674

Fonte: Dados elaborados pelo HCIV, 2019

O absenteísmo é um desafio para organizações e para os gestores pois é um fenômeno multicausal, que pode ter origem nas condições de trabalho; no estilo de gestão e liderança; na possibilidade de participação dos recursos humanos na tomada de decisões e nos relacionamentos profissionais do cotidiano. Estas e outras causas precisam ser identificadas, compreendidas e trabalhadas pela organização.

A literatura associa altas taxas de absenteísmo com a Síndrome de *Burnout*, *turnover* e diminuição da produtividade (KOO et al., 2013). O absenteísmo pode desencadear o adoecimento coletivo das equipes pois a falta de recursos humanos suscita maior esforço dos demais para ofertar o cuidado, gerando sobrecarga e consequências físicas e psíquicas para a saúde dos profissionais.

A flexibilidade de horário e a adequação da quantidade de atividades à jornada de trabalho são medidas descritas para minimizar a sobrecarga nas atividades laborais (FLORES et al., 2014). No mesmo sentido, treinamento e educação são indicados para lidar com dificuldades da organização do trabalho, questões emocionais dos pacientes e conflitos das equipes (SCHUFFENHAUER, 2012). Em uma perspectiva de minimizar as consequências do absenteísmo, observa-se a validade de sensibilizar gestores e planejadores para compreender a importância do dimensionamento da equipe para beneficiar pacientes, os serviços e a instituição em relação à qualidade de serviço prestado e à saúde dos trabalhadores.

A etapa seguinte consistiu no preenchimento de dados estatísticos disponíveis sobre as atividades realizadas nos serviços. Foram consideradas as informações do sistema de planejamento do INCA, que é mantido atualizado por cada hospital e monitorado pela Divisão de Planejamento.

O sistema contém indicadores hospitalares, com informações gerais da instituição e indicadores específicos para cada HC. Por exemplo, taxa de ocupação é comum a todos os hospitais; visita domiciliar é atividade específica do HCIV. A escolha dos indicadores de preenchimento obrigatório advém do que é pactuado com o MS anualmente. Há um espaço no sistema para inserção de atividades não pactuadas, cuja produtividade é de interesse dos serviços. Essa alternativa de registro de produção que pode, por exemplo, incluir informações sobre atividades de ensino e gestão, é utilizada de forma tímida por poucos serviços do Instituto.

Quadro 6- Dados de produtividade do HCIV de 2018

pacientes internados	2.034
óbitos	1.332
alta	707
procedimentos de enfermagem	53.557
procedimentos de fisioterapia- avaliação respiratória e muscular	15.666
atendimento de urgência com observação 24h	2.903
consulta ambulatorial	
médico	7.629
enfermeiro	28.615
fisioterapeuta	1.689
nutricionista	14.796
psicólogo	4.891
assistente social	6.512
consulta SPA	
enfermeiro	2.840
nutricionista	1.266
médico	2.904
visita domiciliar	
médico	1.649
enfermeiro	6.366
fisioterapeuta	237
psicólogo	693
assistente social	1.585
farmacêutico	15

Fonte: Sisplan, 2019

O rol de atividades disponibilizadas nas estatísticas para todas as categorias é em número menor que o observado em campo, o que comprova a pouca utilização de registros de atividades rotineiras e não pactuadas com o MS. O Sisplan dispõe de informações tais como: indicadores de capacidade; tempo médio de sobrevida; absenteísmo dos pacientes; taxa de infecção; consumo de morfina e procedimentos diversos. Foram utilizados os indicadores que demonstraram correlação com uma categoria específica para atender os requisitos metodológicos.

As atividades selecionadas a partir dos dados de produtividade foram: visita domiciliar; consulta ambulatorial; atendimento aos óbitos; procedimentos para internação; consulta no pronto-atendimento; atendimento a pacientes internados; procedimentos de enfermagem e procedimentos fisioterápicos.

As atividades com resultados estatísticos indisponíveis foram selecionadas pela maior frequência relativa de ocorrência e variaram entre as categorias. O conteúdo relacionado com registros em documentos físicos e sistemas eletrônicos abrange atividades como evoluções em prontuário, elaboração de relatórios, solicitação de material e medicamentos, prescrição, aprazamento de horários de medicamentos, atas de reuniões, encaminhamentos e outros de natureza similar. Neste grupo, foram inseridas atividades de pesquisa e ensino pela natureza da carreira de C&T, conforme explicado anteriormente. As atividades de ensino ocorrem com treinamento em serviço; aulas; supervisão e orientação acadêmica, sendo envolvidos todos os profissionais do hospital. Os profissionais realizam trabalhos de pesquisa nos intervalos dos atendimentos, sem uma carga horária definida para este fim.

No período de observação, duas categorias não realizaram atividades de pesquisa. De acordo com o que foi registrado no trabalho de campo e uma vez que não há orientação normativa para definir um percentual da carga horária com essa finalidade, foi estipulado na ferramenta que 15% da carga horária, ou seja, 6 horas/mês, é o padrão para todas as categorias realizarem trabalhos de pesquisa. Há também atividades relevantes que consomem tempo para execução e não são evidenciadas no rol de produtividade como, por exemplo, sessões clínicas para discussão de casos e condutas; reuniões específicas de avaliação e planejamento de cada categoria; registros diversos e atendimentos a pacientes e familiares por telefone. As atividades que não eram inerentes a uma categoria foram agrupadas em ensino; pesquisa; orientações a pacientes e familiares; reuniões; registros em documentos ou sistemas e atendimento telefônico.

As atividades individuais foram relacionadas com atividades de gestão – elaboração de escalas, reuniões com a Direção, atividades administrativas e visita aos leitos (*round*), que é realizada por equipes multiprofissionais nos quatro andares de internação. De acordo com a observação direta e relatos, essa atividade foi estimada para duas vezes na semana pois, apesar do fato de todos os profissionais visitarem os pacientes internados de forma planejada ou sob demanda, nem sempre isso se dá na configuração de um *round*, ou seja, com os profissionais em conjunto.

O cálculo do tempo padrão em minutos para a execução de cada atividade foi extraído do banco de dados formatado a partir da observação direta realizada no trabalho de campo. Foram observados a frequência e o tempo para execução de cada atividade no total de dias de observação e, quando possível, as variações diárias para estabelecimento de uma média. Esse ajuste foi necessário devido às peculiaridades de cada atendimento. Por exemplo, houve registros de visita domiciliar entre 20 a 100 minutos. Além da duração da visita, há que se considerar o tempo de deslocamento, que também varia de acordo com a programação diária. Após essa análise minuciosa, a atividade foi estimada em 90 minutos para todas as categorias. Sob o mesmo ponto de vista, o cálculo para atendimento dos óbitos considerou o tempo utilizado em atendimentos imediatos e posteriores para as famílias em fase de luto.

Esse detalhamento foi utilizado para todas as atividades com objetivo de estimar o tempo com neutralidade. As informações iniciais para os ajustes realizados estão disponíveis nos quadros do ANEXO H.

Figura 6 – Cálculo da carga de trabalho do Serviço Social

WISN Automated Tool - Relatório wisn HCIV.wat

Save Save As Dictionary Manager Institution Report Back

Facility Properties Type of Staff at the Facility Available Working Time Workload Statistics Activity Standards Staffing Comparison Salary Cost Calculations

Type of Staff

OTHER SPECIALISTS

assistente social

enfermeiro

farmacêutico

fisioterapeuta

médico

nutricionista

psicólogo

OTHER SPECIALISTS - assistente social Total staff requirement: 9.81

Activities Related With Service Statistics

Activity	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
Primary Activities				
visita domiciliar		90 min/visita	1,045.33	1.52
atendimento para pacientes internados		20 min/paciente	4,704	0.43
consulta ambulatorial		40 min/consulta	2,352	2.77
atendimento a óbito		60 min/paciente	1,568	0.85

Staff required based on activities related to service statistics: 5.57

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)				Individual Allowance Standard (IAS)				
Activity	Value	Unit	CAS (% of)	Activity	No of staff	Value	Unit	Annual IAS
ensino	80	mins/day	16.67	elaboração de escala...	1	2	hours/month	24
pesquisa	6	hours/month	4.59	reuniões com a direção	1	1	hours/month	12
registros em documentos e ...	90	mins/day	18.75	visita ao leito (round)	4	3	hours/week	624
				atividades administrat...	1	40	mins/day	173.33

Total CAS (%): 40.01 CAF: 1.67 Total IAS (hours): 833.33 IAF: 0.53

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

O cálculo da carga de trabalho do Serviço Social considerou as visitas domiciliares, as consultas ambulatoriais e atendimentos a todos os óbitos registrados nas estatísticas durante o ano. O cálculo de atendimento a pacientes internados estimou pelo menos 1 atendimento a cada paciente. Embora sejam realizados vários atendimentos para alguns pacientes internados e um número reduzido para outros, a falta desse detalhamento estatístico comprometeu a análise, limitando a estimativa. As padronizações por categoria e individuais foram as mesmas utilizadas para as demais profissões.

Figura 7 – Cálculo da carga de trabalho da Enfermagem

WISN Automated Tool - Relatório wisn HCIV.wat

Save Save As Dictionary Manager Institution Report Back

Facility Properties Type of Staff at the Facility Available Working Time Workload Statistics Activity Standards Staffing Comparison Salary Cost Calculations

Type of Staff

OTHER SPECIALISTS - enfermeiro **Total staff requirement: 46.66**

OTHER SPECIALISTS

- assistente social
- enfermeiro**
- farmacêutico
- fisioterapeuta
- médico
- nutricionista
- psicólogo

Activities Related With Service Statistics

Activity	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
Primary Activities				
consulta ambulatorial		30 min/consulta	3,264	8.77
visita domiciliar		90 min/visita	1,088	5.85
procedimentos para internação		20 min/paciente	4,896	0.42
consulta no pronto-atendimento		30 min/paciente	3,264	0.87
atendimento a óbito		30 min/paciente	3,264	0.41
procedimentos de enfermagem		20 min/procedimento	4,896	10.94

Staff required based on activities related to service statistics: 27.26

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)				Individual Allowance Standard (IAS)				
Activity	Value	Unit	CAS (% of)	Activity	No of staff	Value	Unit	Annual IAS
ensino	80	mins/day	16.67	visita ao leito (round)	4	3	hours/week	624
pesquisa	6	hours/month	4.41	reuniões com a direção	4	1	hours/month	48
registros em documentos e ...	90	mins/day	18.75	elaboração da escala...	3	8	hours/month	288
				atividades administrat...	6	40	mins/day	1,040

Total CAS (%): 39.83 CAF: 1.66 Total IAS (hours): 2000 IAF: 1.23

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

A Enfermagem possui dados estatísticos mais detalhados principalmente para atividades de atuação direta com o paciente. O cálculo da carga de trabalho da Enfermagem considerou as visitas domiciliares; as consultas ambulatoriais; as consultas no pronto-atendimento; procedimentos de internação; procedimentos de enfermagem e atendimentos a todos os óbitos registrados nas estatísticas durante o ano. O cálculo de atendimento a pacientes internados estimou o processo de admissão de cada paciente e incluiu os registros nomeados “procedimentos de enfermagem”. As padronizações por categoria e individuais foram as mesmas utilizadas para as demais profissões.

Figura 8 – Cálculo da carga de trabalho da Farmácia

WISN Automated Tool - Relatório wisn HClV.wat

Save Save As Dictionary Manager Institution Report Back

Facility Properties Type of Staff at the Facility Available Working Time Workload Statistics Activity Standards Staffing Comparison Salary Cost Calculations

Type of Staff

- OTHER SPECIALISTS
 - assistente social
 - enfermeiro
 - farmacêutico**
 - fisioterapeuta
 - médico
 - nutricionista
 - psicólogo

OTHER SPECIALISTS - farmacêutico Total staff requirement: 12.21

Activities Related With Service Statistics

Activity	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
Primary Activities				
dispensação de medicamentos para pacientes internados		10 min/dia	8,160	1.17
dispensação de medicamentos para pacientes do ambulatório, AD e SPA		20 min/paciente	4,080	1.74
dispensação de medicamentos e orientação de alta		20 min/paciente	4,080	0.17
atendimento farmacêutico para pacientes da AD		10 min/paciente	8,160	0.98
atividades clínicas e intervenções		20 min/paciente	4,080	0.30

Staff required based on activities related to service statistics: 4.36

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)				Individual Allowance Standard (IAS)				
Activity	Value	Unit	CAS (% of)	Activity	No of staff	Value	Unit	Annual IAS
ensino	80	mins/day	16.67	reuniões com a direção	1	1	hours/month	12
pesquisa	6	hours/month	5.29	elaboração de escala...	2	8	hours/month	192
conferência de medicament...	100	mins/day	20.83	visita ao leito (round)	4	3	hours/week	624
registros em documentos e ...	90	mins/day	18.75	atividades administrat...	1	40	mins/day	173.33

Total CAS (%): 61.54 CAF: 2.6 Total IAS (hours): 1001.33 IAF: 0.74

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

A Farmácia não possui informações específicas nas estatísticas do Sisplan. Para identificar dados que pudessem subsidiar o preenchimento do software, foi realizada uma reunião com a gestora do serviço. As estatísticas sobre pacientes internados, pacientes atendidos na ambulatório/AD/SPA e pacientes que receberam alta foram adaptadas às práticas do farmacêutico, para, em conjunto com as informações colhidas na observação direta, possibilitar as estimativas de tempo e carga de trabalho. As informações sobre atividades clínicas e intervenções, embora não divulgadas no Sisplan, possuem série histórica e são utilizadas pela gestão do serviço. A atividade “conferência de medicamentos” foi acrescentada às atividades-padrão da categoria pela representatividade na frequência absoluta e relativa no cotidiano do farmacêutico.

Figura 9 – Cálculo da carga de trabalho da Fisioterapia

WISN Automated Tool - Relatório wisn HCIV.wat

Save Save As Dictionary Manager Institution Report Back

Facility Properties Type of Staff at the Facility Available Working Time Workload Statistics Activity Standards Staffing Comparison Salary Cost Calculations

Type of Staff

- OTHER SPECIALISTS
 - assistente social
 - enfermeiro
 - farmacêutico
 - fisioterapeuta**
 - médico
 - nutricionista (fisioterapeuta)
 - psicólogo

OTHER SPECIALISTS - fisioterapeuta Total staff requirement: 7.18

Activities Related With Service Statistics

Activity	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
Primary Activities				
consulta ambulatorial		30 min/paciente	3,216	0.53
visita domiciliar		90 min/visita	1,072	0.22
procedimentos fisioterápicos		20 min/paciente	4,824	3.25

Staff required based on activities related to service statistics: 4.00

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)				Individual Allowance Standard (IAS)				
Activity	Value	Unit	CAS (% of)	Activity	No of staff	Value	Unit	Annual IAS
ensino	80	mins/day	16.67	visita ao leito (round)	4	3	hours/week	624
pesquisa	6	hours/month	4.48	reuniões com a direção	1	1	hours/month	12
registros em documentos e ...	90	mins/day	18.75	elaboração de escala...	1	2	hours/month	24
				atividades administrat...	1	40	mins/day	173.33

Total CAS (%): 39.9 CAF: 1.66 Total IAS (hours): 833.33 IAF: 0.52

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

O cálculo da carga de trabalho da Fisioterapia considerou as visitas domiciliares, as consultas ambulatoriais e procedimentos fisioterápicos registrados nas estatísticas durante o ano. Embora a visita domiciliar não tenha sido observada no trabalho de campo, a estimativa segue o padrão das demais categorias. O atendimento a pacientes internados e no ginásio não são identificados separadamente. Por isso, foi considerado o total de procedimentos da categoria. As padronizações por categoria e individuais foram as mesmas utilizadas para as demais profissões.

Figura 10 – Cálculo da carga de trabalho da Medicina

WISN Automated Tool - Relatório wisn HCIV.wat

Save Save As Dictionary Manager Institution Report Back

Facility Properties Type of Staff at the Facility Available Working Time Workload Statistics **Activity Standards** Staffing Comparison Salary Cost Calculations

Type of Staff

- OTHER SPECIALISTS
 - assistente social
 - enfermeiro
 - farmacêutico
 - fisioterapeuta
 - médico**
 - nutricionista
 - psicólogo

OTHER SPECIALISTS - médico Total staff requirement: 17.06

Activities Related With Service Statistics

Activity	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
Primary Activities				
consulta ambulatorial		50 min/consulta	1,632	4.67
visita domiciliar		90 min/visita	906.67	1.82
consulta no pronto-atendimento		40 min/paciente	2,040	1.42
admissão de pacientes para internação		20 min/paciente	4,080	0.50
atendimento a óbito		60 min/paciente	1,360	0.98

Staff required based on activities related to service statistics: 9.39

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)				Individual Allowance Standard (IAS)				
Activity	Value	Unit	CAS (% of)	Activity	No of staff	Value	Unit	Annual IAS
ensino	80 mins/day		16.67	visita ao leito (round)	4	3 hours/week		624
pesquisa	6 hours/month		5.29	atividades administrat...	4	40 mins/day		693.33
registros em documentos e ...	90 mins/day		18.75	reuniões com a direção	4	1 hours/month		48
				elaboração de escala...	2	8 hours/month		192

Total CAS (%): 40.71 CAF: 1.69 Total IAS (hours): 1557.33 IAF: 1.15

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

O cálculo da carga de trabalho dos médicos considerou as visitas domiciliares; as consultas ambulatoriais; as consultas no pronto-atendimento; admissões para internação e atendimentos a todos os óbitos registrados nas estatísticas durante o ano. Os procedimentos registrados no Sisplan foram descartados por não sensibilizarem numericamente análise dos resultados. As padronizações por categoria e individuais foram as mesmas utilizadas para as demais profissões.

Figura 11 – Cálculo da carga de trabalho da Nutrição

WISN Automated Tool - Relatório wisn HClV.wat

Save Save As Dictionary Manager Institution Report Back

Facility Properties Type of Staff at the Facility Available Working Time Workload Statistics Activity Standards Staffing Comparison Salary Cost Calculations

Type of Staff

- OTHER SPECIALISTS
 - assistente social
 - enfermeiro
 - farmacêutico
 - fisioterapeuta
 - médico
 - nutricionista**
 - psicólogo

OTHER SPECIALISTS - nutricionista Total staff requirement: 9.60

Activities Related With Service Statistics

Activity	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
Primary Activities				
avaliação inicial de pacientes internados		20 min/paciente	4,680	0.43
consulta ambulatorial		30 min/consulta	3,120	4.74
consulta no SPA		20 min/paciente	4,680	0.27

Staff required based on activities related to service statistics: 5.44

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)				Individual Allowance Standard (IAS)				
Activity	Value	Unit	CAS (% of)	Activity	No of staff	Value	Unit	Annual IAS
ensino	80	mins/day	16.67	atividades administrat...	1	40	mins/day	173.33
pesquisa		6 hours/month	4.62	reuniões com a direção	1	1	hours/month	12
registros em documentos e ...	90	mins/day	18.75	elaboração de escala...	1	2	hours/month	24
				visita ao leito (round)	4	3	hours/week	624

Total CAS (%): 40.04 CAF: 1.67 Total IAS (hours): 833.33 IAF: 0.53

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

O cálculo da carga de trabalho da Nutrição considerou as consultas ambulatoriais, as consultas no pronto-atendimento e a avaliação de pacientes internados que constavam nas estatísticas de 2018. Na observação direta, não foi identificada consulta no SPA. O cálculo de atendimento a pacientes internados estimou pelo menos 1 atendimento a cada paciente. Embora sejam realizados vários atendimentos subsequentes para pacientes internados e um número reduzido para outros, a falta desse detalhamento estatístico comprometeu a análise, limitando a estimativa. As padronizações por categoria e individuais foram as mesmas utilizadas para as demais profissões.

Figura 12 – Cálculo da carga de trabalho da Psicologia

WISN Automated Tool - Relatório wisn HCIV.wat

Save Save As Dictionary Manager Institution Report Back

Facility Properties Type of Staff at the Facility Available Working Time Workload Statistics Activity Standards Staffing Comparison Salary Cost Calculations

Type of Staff

OTHER SPECIALISTS - psicólogo **Total staff requirement: 11.36**

Activities Related With Service Statistics

Activity	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
Primary Activities				
consulta ambulatorial		40 min/consulta	2,316	2.11
avaliação inicial de pacientes internados		90 min/paciente	1,029.33	1.98
visita domiciliar		90 min/visita	1,029.33	0.67
atendimento a óbito		120 min/paciente	772	1.73

Staff required based on activities related to service statistics: 6.49

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)				Individual Allowance Standard (IAS)				
Activity	Value	Unit	CAS (% of)	Activity	No of staff	Value	Unit	Annual IAS
ensino	80	mins/day	16.67	reuniões com a direção	1	1	hours/month	12
pesquisa	6	hours/month	4.66	elaboração de escala...	1	2	hours/month	24
registros em documentos e ...	90	mins/day	18.75	atividades administrat...	1	40	mins/day	173.33
				visita ao leito (round)	4	3	hours/week	624

Total CAS (%): 40.08 CAF: 1.67 Total IAS (hours): 833.33 IAF: 0.54

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

O cálculo da carga de trabalho da Psicologia considerou as consultas ambulatoriais; a avaliação de pacientes internados; as visitas domiciliares e os atendimentos a óbitos que constavam nas estatísticas de 2018. O cálculo de atendimento a pacientes internados estimou pelo menos 1 avaliação inicial a cada paciente. Embora sejam realizados vários atendimentos subsequentes para pacientes internados, a falta desse detalhamento estatístico comprometeu a análise, limitando a estimativa. As padronizações por categoria e individuais foram as mesmas utilizadas para as demais profissões.

De acordo com os cálculos, a estimativa dos profissionais para cada categoria que atuam no ambulatório; serviço de pronto-atendimento; internação hospitalar; assistência domiciliar; ginásio e farmácia, é a descrita na figura a seguir:

Figura 13 – Comparação entre *staff* atual e recomendado

The screenshot shows the 'WISN Automated Tool - Relatório wisn HCIV.wat' interface. The 'Staffing Comparison' tab is active, displaying a table with the following data:

Type of Staff	A. Existing Staff	B. Calculated Requirement	C. Difference in Staff (A-B)	D. WISN Ratio (A/B)
assistente social	8	10	-1.81	0.82
enfermeiro	45	46	-1.43	0.97
farmacêutico	7	12	-5.21	0.57
fisioterapeuta	5	7	-2.18	0.70
médico	20	17	2.94	1.17
nutricionista	8	10	-1.6	0.83
psicólogo	6	11	-5.36	0.53

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Os dados do *staff* atual foram informados pelo HCIV e a comparação foi elaborada a partir da estimativa calculada pelo software. O resultado apresentou déficit de todas as categorias, exceto de médicos. As categorias que apresentaram maior déficit foram psicologia e farmácia, com falta de aproximadamente cinco profissionais cada uma. A Fisioterapia apresentou escassez de mais de dois profissionais, enquanto Serviço Social, Nutrição e Enfermagem apresentaram um déficit de até dois profissionais.

De acordo com o método, quando a razão identificada na coluna D da figura é 1 não há sobrecarga pois há um equilíbrio entre o *staff* e a demanda do serviço. Quanto menor a razão, maior é a carga de trabalho. Dessa forma, o resultado aponta para uma sobrecarga elevada para todas as categorias - exceto para os médicos - sendo mais expressiva para psicologia e farmácia.

Conforme já foi explicitado, o HCIV não possui autonomia administrativa para contratar pessoal e adequar o quadro de servidores. Embora não garanta um ajuste imediato das condições de trabalho, esse estudo pode auxiliar a gestão e a equipe na melhoria de processos e na argumentação com base teórica para redesenhar o quadro adequado de profissionais.

Por exemplo, no caso dos médicos o quadro atual conta com servidores do INCA e profissionais cedidos pelo NERJ/RJ (Núcleo do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro), que é uma instância responsável por atividades técnico-administrativas e de apoio logístico aos órgãos do MS no Rio de Janeiro. Conclui-se que o quadro próprio de médicos servidores do HCIV, de acordo com os parâmetros dessa análise, seria numericamente insuficiente se os cedidos pelo NERJ não fossem considerados. Por outro lado, observou-se a redução de atividades dessa categoria na internação hospitalar no turno vespertino (Gráfico 28), em contraste com uma sobrecarga dos médicos do SPA responsáveis também pela cobertura dos pacientes internados nesse período. Outro dado significativo, que merece um olhar mais atento, é que o absenteísmo dos médicos foi o mais elevado proporcionalmente entre as categorias, o que pode representar sobrecarga de alguns profissionais mesmo em um cenário aparentemente conforme (Figura 7).

A sobrecarga das categorias Serviço Social, Nutrição, Enfermagem e Fisioterapia, cuja diferença entre o quadro estimado e o atual é próximo ou menor a 2 profissionais, pode ser enfrentada com a revisão e redistribuição das atividades; identificação de sobreposição de tarefas e definição de metas anuais detalhadas de produção. É importante reforçar que quanto mais documentadas forem as atividades, mais fidedigno será o resultado com esse método. Por isso, as observações não abnegam a necessidade de revisão numérica de profissionais à medida em que os dados de produtividade se tornam mais robustos.

A Farmácia foi a segunda categoria com a maior taxa de absenteísmo (Figura 7), o que sugere correlação entre ausências e carga de trabalho. Junto com a Psicologia, compõem as duas categorias que apresentaram a maior sobrecarga. Convém recordar que a Farmácia atende também as necessidades do HC3. Neste caso, para ambas categorias, são pertinentes todas as observações sinalizadas anteriormente para os outros profissionais com vistas a minimizar a situação atual. Para complementar, além da revisão do quadro de servidores ser mais premente, medidas de gestão para evitar um aumento ainda mais considerável da sobrecarga precisam ser adotadas tais como: revisão de metas; ajuste da oferta de atendimentos, considerando demanda e capacidade instalada e flexibilização de carga horária de acordo com a escala de serviço.

Figura 14 – Cálculo do custo com o *staff*

Type of Staff	A. Annual Salary (Local Currency)	B. Existing Staff	C. Total Salary Cost Existing Staff (A-B)	D. Calculated Requirement	E. "True" Cost (A-D)	F. Difference (C-E)	G. WSN Ratio (B/D)
assistente social	120,000.00	8	960,000	10	1,200,000	-240,000	0.80
enfermeiro	120,000.00	45	5,400,000	46	5,520,000	-120,000	0.98
farmacêutico	120,000.00	7	840,000	12	1,440,000	-600,000	0.58
fisioterapeuta	120,000.00	5	600,000	7	840,000	-240,000	0.71
médico	120,000.00	20	2,400,000	17	2,040,000	360,000	1.18
nutricionista	120,000.00	8	960,000	10	1,200,000	-240,000	0.80
psicólogo	120,000.00	6	720,000	11	1,320,000	-600,000	0.55

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

A ferramenta disponibiliza o cálculo de salário anual que pode ser aplicado em casos de planejamentos públicos nacionais ou de serviços privados. Essa informação não possui utilidade prática em um hospital como o HCIV devido às peculiaridades da Administração Pública direta, conforme foi explicado no capítulo 2. De qualquer forma, dados que possibilitem identificar o custo dos profissionais para o governo; avaliar se existe relação da remuneração com o nível de formação para estimular o aprimoramento profissional e realizar *benchmarking* com instituições privadas e não governamentais, são basilares para o planejamento de recursos humanos de saúde.

Para além dessas constatações, fica a reflexão de que a adoção desse método com revisões anuais para ajustes possibilita: o refinamento na identificação das atividades realizadas; a fidedignidade do resultado à medida que as informações são detalhadas e a corresponsabilização da equipe e gestores para enfrentar os desafios de manter os serviços com a melhor qualidade possível.

3.4 Entrevistas com gestores

O roteiro de entrevistas foi estruturado para discutir os seguintes temas com os informantes-chave: relevância da temática sobre RH em cuidados paliativos; importância de uma política de RH para a gestão; fatores que podem interferir para uma política de RH em cuidados paliativos; experiências em dimensionamento de pessoal para cuidados paliativos e expectativas para organização de RH em cuidados paliativos a curto, médio e longo prazos.

A partir desse matriciamento, foram identificadas semelhanças e divergências no conteúdo dos entrevistados, com potencial de auxiliar reflexões sobre a situação dos recursos humanos em cuidados paliativos. Alguns temas que surgiram nos relatos como: organização da rede de atenção à saúde; limitação na cobertura da população; formação profissional; financiamento e limites da pesquisa foram considerados apropriados para o desenvolvimento de recomendações e por isso foram inseridos na discussão.

Outros temas abordados pelos respondentes, embora relevantes, foram excluídos por extrapolarem o escopo e objetivos da pesquisa.

Sobre a relevância da temática, todos os entrevistados consideraram a discussão sobre dimensionamento de recursos humanos para cuidados paliativos relevante e necessária.

Antes de iniciar o relato específico sobre o tema, os entrevistados 1 e 3 fizeram questão de enfatizar o conceito atualizado de cuidados paliativos considerando o alcance dessa modalidade para doenças crônicas e a constatação da necessidade de ofertar cuidados paliativos de forma dosada e progressiva desde o diagnóstico da doença.

“Cuidados paliativos são para quaisquer doenças crônicas, qualquer pessoa que precise realmente ser acolhida, cuidada ... acho que é extremamente importante a gente começar a pensar numa política especificamente para essa área de cuidados paliativos. Não só uma política que veja a parte de quantificar mas principalmente saber que profissionais são esses e que perfis de profissionais são necessários para que a gente possa dar esse cuidado a população” (entrevistada 1).

“Essa é uma temática muito pertinente. Nós estamos diante de um tema que permeia todo o curso de um paciente que recebe o diagnóstico de uma neoplasia. Quando se diz permear, chama a atenção que é desde o diagnóstico até a evolução para cura, cronicidade ou para um desfecho de óbito. Então, é importante que a equipe esteja bem dimensionada, bem treinada e preparada para cuidar desses aspectos que vão permear todo esse curso. Não podemos esquecer

que são equipes que vão estar diante de situações bastante delicadas e que exigem uma postura adequada diante da família e do paciente e que precisam também de um suporte durante a sua atuação. É necessário que alguém cuide do profissional; então é muito pertinente pensar no planejamento das equipes e na disponibilidade dos profissionais que devem estar envolvidos no cuidado paliativo” (entrevistado 3)

Vale ratificar que o domínio sobre os objetivos e limites da palição advém do conhecimento do conceito de cuidados paliativos, ou seja, gestores, planejadores e equipes - principalmente aquelas que trabalham com tratamento visando a cura - precisam ter o mesmo entendimento para ofertar cuidados paliativos no momento adequado, com a melhor estrutura possível e de forma tempestiva, respeitando o período de evolução em que a doença se manifesta e a autonomia do paciente para construção do plano terapêutico.

O entrevistado 5 corroborou com a preocupação do entrevistado 3, destacando que os recursos humanos precisam ter habilidades e qualidades específicas bem como conhecimentos do que irão enfrentar na área de cuidados paliativos. Esse entendimento remete à constatação de que a equipe, além de dispor de formação, capacitação e planejamento para oferta de serviços, necessita ser cuidada para melhor administrar uma rotina de convivência com a morte e sofrimento. O componente relacionado aos profissionais de cuidados paliativos merece visibilidade na discussão de políticas para a área. O dimensionamento adequado pode minimizar a intensidade e a quantidade de exposição da equipe a essa realidade com a previsão de carga horária para atividades de ensino, pesquisa e de suporte psicológico.

A entrevistada 2 apontou que o presente trabalho vai trazer à tona uma série de problemas, inclusive o de não haver uma política clara para cuidados paliativos. Para além da questão dos recursos humanos, a política precisa definir os atores, atribuições, responsabilidades e limitações.

“O tempo que eu trabalhei na Prefeitura ou mesmo antes, quando a gente tinha uma comissão de oncologia lá no início das propostas de políticas oncológicas para o país, a gente sempre falava da necessidade de ter uma política de cuidados paliativos. Isso nunca se aprofundou no sentido de: explicitar qual era essa política; definir quem seriam os atores; quem faria o quê; o que compreenderia essa política; o que não compreenderia e definir a questão de recursos humanos envolvidos. Eu nunca participei de nenhum grupo, trabalho ou leitura que tivesse estruturado esse problema. Então, eu acho que é muito importante você estruturar o trabalho que vai ser pioneiro. É um trabalho que, naturalmente, vai ter limitações, mas ao mesmo

tempo vai ter uma riqueza enorme, porque ele vai trazer à tona uma série de problemas, inclusive esse da gente não ter definido uma política clara.” (entrevistada 2)

A entrevistada informou ainda que tem conhecimento de experiências de implantação tímida de cuidados paliativos com o objetivo de manter os pacientes, mesmo com recursos limitados de cuidados paliativos, o que leva à reflexão sobre a importância de valorizar os serviços e desenvolver estratégias de avanço para qualificar serviços e ampliar a cobertura.

Corroborando com McPake, que aponta que os profissionais são essenciais para o desenvolvimento e efetividade dos sistemas de saúde (MCPAKE et al., 2013), o entrevistado 4, além de valorizar a centralidade dos recursos humanos na saúde, teorizou componentes importantes para estruturação dos cuidados paliativos que estão relacionados intrinsecamente com a formação dos profissionais e a rede de atenção à saúde. O primeiro é o componente de atitude profissional, que tem relação com aprendizado sobre a atividade a ser desenvolvida e envolve o componente ético na discussão dos limites da medicina em relação ao prolongamento do sofrimento. O segundo, é o componente técnico, relacionado diretamente com a atuação do profissional e o uso de tecnologias apropriadas para tratamento. O terceiro componente é o sistêmico, que seria articulação do cuidado no sistema de saúde.

“O cuidado paliativo tem um histórico ligado muito ainda à atividade hospitalar. Mas, na verdade, o cuidado paliativo, cada vez mais com o envelhecimento populacional; com mudança do perfil epidemiológico e com prolongamento da vida, a partir do próprio tratamento do paciente, você vai progressivamente levando o processo de cuidado paliativo para fora do ambiente hospitalar e para o atendimento domiciliar. Então, o componente sistêmico envolve as questões de mudanças necessárias no sistema de saúde para, de fato, poder trazer uma estratégia de cuidado paliativo, resultado de uma política de cuidado paliativo.” (entrevistado 4)

Em relação ao desenvolvimento de uma política específica para RH em cuidados paliativos, os entrevistados apontaram que esta iniciativa oportunizaria aprofundar o estudo sobre o tema e apresentar uma análise que permita um planejamento, financiamento e capacitação que atendam às necessidades do sistema de saúde.

O entrevistado 5 informou não conhecer uma política específica de RH para cuidados paliativos. Esclareceu que há manuais de cuidados e políticas que amparam cuidados paliativos e que, inclusive, abordam educação e saúde, mas sem a especificidade do dimensionamento. Demonstrou preocupação com a importância de um bom planejamento para evitar sobrecarga

principalmente emocional - de profissionais. Falou da necessidade da discussão ser ampliada para as áreas de assistência, ensino, pesquisa e planejamento, considerando a estrutura organizacional do INCA, com objetivo de envolvimento de todos os profissionais que atuam na área de oncologia.

A entrevistada 1 relatou relevância da política para orientar a seleção de profissionais para cuidados paliativos. Acrescentou que em um processo seletivo o objetivo é buscar a pessoa adequada à função. Porém, segundo a experiência da gestora, o processo não dá essa garantia, sendo necessário ver o comportamento diário e a adequação do profissional às expectativas. Discorreu sobre uma experiência acadêmica em 1998 sobre cargas psíquicas dos técnicos de enfermagem a pacientes que à época eram conceituados como terminais. Segundo a entrevistada, foi observado que o sofrimento psíquico era menor do que a hipótese estimada. A conclusão foi que a relação dos profissionais com o trabalho sofria influência de crenças religiosas e filosofia de vida, o que, aparentemente minimizava o sofrimento.

“Comecei a fazer entrevista com os profissionais e verificamos que o sofrimento psíquico, que eu achei que seria enorme, não era tão grande assim. Aí, eu me questioneei: mas o que é que essas pessoas aí suportam? Elas entravam com aquela coisa ‘eu vou cuidar’... Percebi que a maior parte era espírita e elas tinham aquilo como uma espécie de filosofia de vida: ‘eu estou fazendo alguma coisa agora que vai me garantir um terreninho no céu para construir a minha casinha.’ Elas barganhavam e se resignavam com o sofrimento.”(entrevistada 1)

Essa fala chama a atenção para a necessidade urgente de que, diferentemente do final da década de 90 do século passado, o sofrimento dos profissionais seja encarado como um problema de gestão, sem atribuir a responsabilidade de manejo do problema a mecanismos particulares de quem sofre ou vivências individuais dos paliativistas.

Sobre essa questão, o HCIV possui experiências exitosas para dar suporte para a promoção de saúde dos profissionais. Um exemplo é o coral formado por profissionais de todas as áreas de atuação no hospital chamado Paliando e Cantando, que faz apresentações para funcionários e pacientes em datas comemorativas. Pensando na saúde mental da equipe e nos desafios que a atuação em cuidados paliativos apresenta, a direção do HCIV encaminhou uma proposta para que profissionais reabilitados e com carga horária reduzida e que foram afastados por motivo de doença (uma enfermeira, uma psicóloga e uma nutricionista) utilizassem o conhecimento e as experiências acumuladas para desenvolverem projetos que promovam escuta,

acolhimento e melhoria das condições laborais para os colegas de todas as categorias. Assim surgiu a segunda experiência de sucesso: o projeto denominado Nosso Cuidado, com o objetivo de desenvolver ações para promoção da saúde; ofertar apoio psicológico em grupo; prevenir doenças crônicas e melhorar a qualidade de vida dos profissionais. A proposta foi alinhada com a Disat (Divisão de Saúde do Trabalhador), que faz parte da Coordenação de Gestão de Pessoas do INCA. Os voluntários para coordenação das atividades são servidores do HCIV com habilidades, conhecimentos e experiência para realizar atividades como dança do ventre, reiki, mindfulness e yoga, que foram sugeridas pela equipe. A assunção da responsabilidade de propiciar esse mecanismo de cuidado da equipe revela a sensibilidade e proatividade da gestão sobre o tema, que também precisa ser abordado em uma política de recursos humanos.

Dando prosseguimento às respostas sobre o desenvolvimento de políticas específicas para os recursos humanos, o entrevistado 3 corroborou com preocupações que surgiram na maioria das respostas tais como: saber quais são os profissionais que vão atuar; de que forma vão atuar; em quais instituições; se haverá uma centralização deste tipo de cuidado e como será o treinamento das pessoas.

“É muito importante ter uma política. A política, na verdade, envolve conhecer aspectos sobre o tema cuidado paliativo, as dificuldades e as necessidades da população e das instituições envolvidas. Então, sem essa análise mais aprofundada, sem essa preparação, fica muito difícil se propor um planejamento ou até mesmo requisitar adequadamente profissionais para atuar nessa área.” (entrevistado 3)

Em suma, para os entrevistados, a política poderá constituir a base para que se possa requisitar e desenvolver o grupo de profissionais que vão atuar nos cuidados paliativos em serviços e instituições mapeadas para esta finalidade, colaborando para o acesso da população ao cuidado paliativo aos serviços e equipes adequados numérica e qualitativamente.

Na narrativa sobre os fatores que podem interferir na política, o grupo apresentou visões antagônicas. Parte se mostrou mais confiante e esperançosa e a outra fez uma avaliação negativa e crítica sobre possibilidade de avanços na política de RH na atualidade.

Dois entrevistados apresentaram uma visão otimista, apontando que há uma maior possibilidade de a política sofrer interferências positivas do que negativas. Elogiaram o presente estudo, refletindo que trabalhos acadêmicos na área podem ajudar a entender o processo e o perfil do profissional, facilitando a política e a gestão. A entrevistada 1 enfatizou que “é necessário

compreender que os profissionais de cuidados paliativos não são diferentes, porém, trabalham com situações diferentes”. Sinalizou que não pode haver uma política somente para definir o perfil; que a política tem que se preocupar para que profissional continue saudável e motivado com o entendimento do processo no qual está inserido. O entrevistado 5, na mesma linha de pensamento, não vislumbrou fatores que podem trazer prejuízos para a política de RH desde que ela seja planejada adequadamente e construída de acordo com o planejamento. Enfatizou a preocupação sobre condições inadequadas de trabalho geradas pela desconformidade do planejamento pois, de acordo com a experiência do gestor, a escassez de profissionais não oferece condição de atender à demanda, gerando uma carga de trabalho elevada e tendo como consequência um alto nível de adoecimento e absenteísmo, interferindo na organização da oferta de serviços.

A preocupação com o planejamento, para além dos números, vai ao encontro com a percepção de pesquisadores (VUJICIC; ZURN, 2006) que criticam as limitações de métodos de dimensionamento consagrados e que não resolvem de forma isolada as dificuldades de organização dos sistemas e serviços de saúde. Esta pesquisa, ao considerar carga de trabalho, aponta na direção de ratificar a relevância da abordagem de questões voltadas às condições intrínsecas e extrínsecas do profissional como: depressão; problemas pessoais; conflitos na equipe; número elevado de óbitos de pacientes em um período curto e condições de trabalho inadequadas. Por exemplo, o absenteísmo referente ao adoecimento causado por estresse associado a uma ambiência sem ergonomia e a uma carga de trabalho elevada é negligenciado em cálculos de pessoal. Da mesma forma, um profissional que trabalha em um serviço com muitos colegas licenciados por motivo de doença e se sinta sobrecarregado pode entrar em um ciclo de adoecimento que também vai se refletir na qualidade do serviço.

Os outros entrevistados apresentaram uma visão pessimista, considerando vários fatores que podem continuar interferindo negativamente para a política. O entrevistado 3 descreveu uma piora no cenário atual, que é reflexo do subinvestimento ou da falta de recursos adequados para atuação no serviço público nas últimas décadas. Denunciou a ausência de política de recursos humano efetiva na saúde e criticou a falta de flexibilidade dos concursos públicos.

“Por exemplo, se eu tenho uma dificuldade, que é a do investimento no serviço público, por que não permitir uma parceria público-privada que tenha a possibilidade de ser mais ágil e seja mais eficiente na contratação de recursos humanos? Outra dificuldade é o impedimento de se

realizar contratações para o serviço público porque o mecanismo que existe é o recurso do concurso público que não é tão simples assim de se aprovar; de se organizar; exige toda uma organização e uma regulamentação que acabam dificultando, enquanto que a saída e a perda de profissionais são muito frequentes. Quando se organiza um concurso público demora-se cinco anos para que isso aconteça e em cinco anos mudou completamente o cenário do RH. Por isso, é muito importante que outros mecanismos sejam possíveis para que a gente possa alavancar o recurso humano no que diz respeito a determinados tipos de programas, como é o caso do cuidado paliativo”. (entrevistado 3)

Morici e Barbosa (2013) relacionam uma atuação tímida do ponto de vista estratégico dos setores de RH à estrutura engessada da Administração Pública. Os servidores do INCA são da carreira de Ciência e Tecnologia (C&T), com salários e planos de carreira definidos, sem considerar especificidades dos serviços e as atividades assistenciais diversas realizadas nos diferentes hospitais. Este modelo de gerência autoritária com estrutura vertical de comando também é criticado por Dussault (1994), que aponta necessidade de modelos alternativos para o setor de saúde.

Alguns estudos atrelam a defasagem nas políticas de recursos humanos com a contratação via concurso público. Os resultados apontam que, ao comparar a estrutura das políticas dos setores privado e público, a autonomia do primeiro garante suprir com agilidade as necessidades assistenciais. A partir desse raciocínio, emerge a defesa de alguns acadêmicos de que parcerias público-privadas seriam configurações para uma gestão mais flexível. A remuneração também difere entre os serviços de saúde de acordo com sua natureza. Na esfera pública, os planos salariais são definidos e as progressões são baseadas em tempo de serviço e avaliações de desempenho; já no setor privado, o que prevalece é a lei do mercado e as regras não são generalizadas. A fixação se relaciona não somente com a forma de contratação ou com a garantia de estabilidade, mas também pode ser afetada quando há oferta de alternativas que favorecem a motivação, tais como: revisão de políticas internas; planos de incentivos e melhoria de relações interpessoais (DIAS-SILVEIRA; OROSKI-PAES, 2017).

O entrevistado 3, na descrição de limitações para implantação de uma política, abordou a dificuldade do profissional em lidar com o sofrimento do trabalho cotidiano; o que acarreta problemas emocionais e de saúde como um todo e interfere no relacionamento e *performance* no trabalho.

“Não basta contratar profissionais ou treiná-los se a gente, durante o seu tempo de profissional, não der o suporte adequado. Vide o que acontece, por exemplo, no que diz respeito à Síndrome de *Burnout* e outras síndromes sobre as quais a gestão vem sendo alertada. Porque se você não tomar as providências necessárias... esses profissionais vão desenvolver essas síndromes e vão acabar deixando uma lacuna no RH. Então é muito importante o investimento no cuidar dessas equipes. Uma vez contratada e atuante, essa equipe tem que ser cuidada e esse cuidado precisa ser ofertado por profissionais especializados para isso.” (entrevistado 3)

De acordo com a 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), a Síndrome de Burnout está incluída, com maior detalhamento da CID-10, como um fenômeno ocupacional no capítulo “Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde.” Se refere especificamente a fenômenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicada para descrever experiências em outras áreas da vida.

Para exemplificar que a literatura ampara a preocupação do entrevistado, podem ser citados trabalhos com abordagem do stress, sofrimento e adoecimento decorrentes da atividade laboral em profissionais de saúde, como médicos de família (KAY; TROLLOPE-KUMAR, 2012), assistentes sociais (CALLAHAN, 2016) e uma grande produção sobre a categoria de enfermagem (PAPA-RODRIGUEZ et al., 2015) (FILLION et al., 2011). Há também publicações específicas da área de cuidados paliativos (MCWILLIAMS, 2004) (KAVALIERATOS et al., 2017). Todos os trabalhos apontam para o reconhecimento de problemas da saúde mental e proposição de soluções para evitar risco à saúde e tratar os profissionais e saúde já adoecidos (FLORES et al., 2014).

O entrevistado 4 também se mostrou cético sobre influências positivas para a política. “Olha essa é talvez a pergunta de 1 milhão de dólares... é, eu acho que tem muita coisa para dificultar e eu sinceramente hoje eu vejo pouca coisa para favorecer” (entrevistado 4). Recordou tentativas anteriores, quando havia uma ênfase dentro da política de saúde de atenção oncológica, de 2005 a 2013, com a Política de Atenção Oncológica e a Política Nacional de Controle de Câncer, respectivamente. Segundo o entrevistado, havia possibilidade de quebrar paradigmas e sair do tratamento do paciente para uma visão ampliada de controle da doença, considerando a história natural e fatores de risco biológicos, genéticos e ambientais até o cuidado paliativo. Segundo ele, este modelo evitaria quebrar a continuidade da implementação da política

oncológica no país e permitiria alcançar estratégias para estruturar a modalidade de cuidados paliativos.

“O nível de dificuldade é muito grande e, para romper essa dificuldade, é preciso uma mudança muito profunda paradigmática mesmo, até na compreensão do próprio processo saúde, doença e na compreensão dos limites éticos de tratamento clínico ou cirúrgico. Saber onde estão esses limites. Isso envolve uma série de fatores que hoje não fazem parte dessa discussão, a não ser entre aqueles especialistas que se dedicam a esse assunto. Mas esse grupo ainda não tem e dificilmente terá, na minha opinião, forças o suficiente para influir num conjunto. Cuidados paliativos é um tratamento contido no seu próprio limite e precisamos ultrapassar isso.” (entrevistado 4)

As falas dos entrevistados convergem para a relevância de haver uma política na área e apontam obstáculos importantes para a consecução dessa tarefa. Considerando o âmbito da Administração Pública, há limitações no financiamento e rigidez em normativos e processos. Somado a isso, há escassez de profissionais na saúde e a urgência de contribuições acadêmicas para ampliar a discussão sobre cuidados paliativos e fortalecer o desenvolvimento de uma política específica. A partir das falas, conclui-se que iniciativas para conhecimento das necessidades, a partir da realidade do cotidiano, com dados quantitativos fidedignos somados a um planejamento qualitativo, podem colaborar para o desenvolvimento de uma política que atenda às necessidades da população.

Todos os entrevistados informaram não terem participado de experiências que envolvessem dimensionamento específico para cuidados paliativos.

O entrevistado 5 descreveu a percepção do momento atual, conforme depoimento a seguir:

“A minha experiência hoje é de um serviço que recebe pacientes para diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos em um mesmo contexto. Hoje, o que a gente vivencia dentro do meu contexto? Cada vez mais aumenta o número de pacientes em fim de vida no contexto que cursa junto com diagnóstico e tratamento e também aumenta o número de profissionais licenciados principalmente por doenças mentais.” (entrevistado 5)

Os outros entrevistados relataram participação de diferentes graus de intensidade em projetos de dimensionamento para oncologia.

A entrevistada 1 relatou a experiência de dimensionamento em 2008 no INCA - com critérios de uma metodologia oriunda do Ministério da Saúde - que foi adotada para a esfera federal, tanto para institutos quanto para hospitais gerais com ou sem emergência. Acrescentou que este formato gerou muitas críticas, pois a particularidade dos recursos para oncologia não pôde ser evidenciada.

“Quando você vai fazer esse processo, eu entendo que não é só ver o trabalho físico ... tem que medir a carga emocional; o que que tem ali; o que que não tem, eu gostaria de participar de uma metodologia em que não fosse apenas visto trabalho no sentido mais econômico simples mas sim as cargas psíquicas daquele trabalho realizado.” (entrevistada 1)

Acrescentou que houve outra oportunidade semelhante no instituto em 2011, com uma flexibilidade maior. Somente em 2013, foi possível realizar um trabalho para área de enfermagem com a análise do processo de trabalho e com critérios próprios para área de oncologia. O trabalho não foi estendido para outras categorias.

A entrevistada 2 relatou experiência em cálculos de necessidades, à época do Programa Nacional de Controle do Câncer no país. Acompanhou de perto a dificuldade de manter pessoas que não eram repostas por aposentadoria ou pedido de demissão do serviço. O cálculo não era a partir de necessidade, mas sim pela capacidade de oferta.

O entrevistado 3 discorreu sobre inúmeras tentativas de se fazer um planejamento adequado às necessidades durante sua vida pública no serviço público. Enfatizou que o INCA é uma instituição de peso, com áreas de prevenção; ensino; pesquisa e assistência e esse dimensionamento é muito complicado para chegar a um número e a uma necessidade que possa ser atendida. Reforçou que a instituição pública depende de outras instâncias para aprovação dessas necessidades e tocou na questão já discutida anteriormente da falta de flexibilidade para contratar e manter profissionais. Relatou que no Inca houve iniciativas na década de 90 e no início dos anos de 2000, para utilizar métodos de avaliação da atuação de cada profissional; da carga horária necessária e do número de clientes. Segundo o entrevistado, nessa época, os cuidados paliativos foram incluídos. Concluiu, considerando que, mesmo com frustrações em relação às respostas adequadas às necessidades, seria muito pior se não houvesse sequer a tentativa para análise de capacidade instalada e necessidades de RH.

O entrevistado 4 informou uma experiência limitada no INCA: com a criação de alguns critérios para o dimensionamento hospitalar, quando as necessidades de cuidados paliativos

foram definidas com base na oferta possível da unidade. Para ele, o dimensionamento não teve um bom embasamento para se desenvolvido. Por isso, avaliou que sua atuação no processo foi muito mais gerencial e administrativa do que estratégica.

Apesar de não apontarem um caminho baseado em experiências anteriores específicas em cuidados paliativos, as contribuições externaram o reconhecimento da necessidade de um planejamento para essa finalidade, com bases teóricas sólidas e atenção para peculiaridades dos profissionais e do cotidiano das atividades de palição.

Em relação às expectativas sobre organização de recursos humanos para cuidados paliativos, a entrevistada 1 atestou que a pesquisa desta tese representa um auxílio a médio prazo com a possibilidade de realização de um concurso público mais voltado para as necessidades, ao invés do direcionamento padronizado de apenas construir perfis profissiográficos. A longo prazo, espera a formatação de um processo de dimensionamento na área e mecanismos de retenção, principalmente da categoria médica, que é a que apresenta maiores dificuldades para permanecer nos serviços por longo período de contratação.

O entrevistado 3 ponderou que, no serviço público as expectativas são afetadas pois as dificuldades financeiras sobressaem e os salários não são adequados, afetando o cumprimento da carga horária pelos profissionais e a dificuldade de reposição.

“A duras penas, algumas instituições como o INCA conseguiram mostrar a importância e montar os seus serviços, com deficiências ou não. Porém, a expansão disso para toda a população brasileira, atendendo de maneira adequada com o dimensionamento necessário, isso eu vejo que à médio prazo a gente ainda vai ter muita dificuldade em atingir”. (entrevistado 3)

Essa fala tocou em um assunto que reforça a escolha do campo escolhido para a presente pesquisa. O INCA é um instituto relevante na saúde pública brasileira e o HCIV é referência em cuidados paliativos, por seu histórico e por sua atuação na atualidade. Apesar de ser uma unidade hospitalar, com ambulatório, ginásio de fisioterapia, 53 leitos de internação e uma equipe de assistência domiciliar, há limitações para garantir o acesso de acordo com a demanda populacional. Por outro lado, em concordância com o entrevistado 3, o histórico e resultados positivos do INCA - apesar de limitações e deficiências - credenciam a realização de uma experiência de dimensionamento no HCIV que poderá ser utilizada na formulação de uma política e ainda ser replicada e ajustada em diferentes instâncias do sistema de saúde.

Ainda em relação às expectativas, alguns entrevistados atrelaram a situação política aos obstáculos de manutenção e organização do sistema de saúde no país, o que interfere nas expectativas não somente em relação aos cuidados paliativos, mas ao setor de saúde como um todo.

“Bom..., nesse momento a minha expectativa em relação às notícias atuais sobre o desmonte do SUS são assustadoras; eu estou assustada com o que está se passando. Esse lado da conjuntura atual, ele é muito assustador. Aqui no Rio o desmonte da atenção primária é nítido e há um desmonte do SUS maior agora ... é um abandono; mas está acontecendo em todas as políticas; não só na saúde.” (entrevistada 2)

O entrevistado 4 também abordou a situação do país que, em sua visão evidencia uma confusão política e conseqüentemente ausência de diretrizes na gestão. Por esse motivo, não tem expectativa favorável na área de saúde de maneira geral, nem em particular em relação a nenhuma atividade do sistema de saúde.

Os entrevistados 2, 3 e 4 convergiram declarando que, em longo prazo, por pressão de uma agenda de saúde, a discussão sobre câncer e cuidados paliativos vai se impor pela demografia, pela tecnologia, pela ciência e pelo conhecimento.

“Nos próximos vinte anos nós vamos ter uma, e já até está acontecendo..., uma reviravolta no que diz respeito à pirâmide populacional. Câncer será um grave problema de saúde pública; já é e será pior ainda. Então, isso vem trazendo alguns movimentos na área privada, por exemplo, nos hospitais privados; na ANS; nos planos de saúde que estão se preocupando com o cuidado paliativo e com a prevenção, com a oferta de acompanhamento desses pacientes. Então, eu acredito que a longo prazo, a união de esforços do público com o privado possa realmente alavancar essa atividade visto que a gente já tem fortes instituições preocupadas em oferecer esse tipo de cuidado ao paciente e aos seus familiares. Mas à médio prazo, eu ainda vejo muita dificuldade, principalmente no serviço público. (entrevistado 3)

“Nesse momento eu estou muito assustada, mas por outro lado essas coisas passam. Não há mal que sempre dure. A população está envelhecendo e o cuidado paliativo faz parte do cuidado de uma população envelhecida. A rapidez e os direitos que a população vai ter de acesso a esse trabalho são outra coisa. Os avanços tecnológicos vão vir porque há um avanço de população necessitando e o mercado vai impor cada vez mais que essas questões avancem. Há uma necessidade crescente real: então as pesquisas vão aumentar; os medicamentos vão existir; a

cultura da palição vai crescer, como cultura médica desse ponto de vista ela vai crescer; o acesso nos próximos anos depende do que vai acontecer agora no país; nós estamos num momento muito duro. Então, quando você me pergunta a médio e longo prazos têm essas duas forças: como eu sou otimista, eu acredito que o retrocesso, as forças antidemocráticas, as forças de redução dos Direitos Humanos e a redução das garantias vão perder as forças.” (entrevistada 2)

Observou-se que os gestores que ocuparam cargos hierárquicos mais representativos, com maior tempo de experiência e que vivenciaram a ditadura militar no Brasil quando eram estudantes ou recém graduados, demonstram não só pessimismo, mas uma preocupação real com os rumos da política nacional e sua interferência no sistema de saúde. Os entrevistados mais uma vez expuseram ceticismo em relação à organização dos serviços de saúde, tendo em vista o cenário atual. Porém, creditam uma possibilidade de melhora à pressão social tendo em vista mudanças epidemiológicas; alteração de estrutura da pirâmide populacional; avanços tecnológicos em saúde e aumento da incidência e prevalência do câncer, que corroborariam para iniciativas de longo prazo.

Além dos depoimentos sobre os temas selecionados para a entrevista, observou-se que emergiram relatos sobre rede de atenção e formação de profissionais em várias falas ao longo dos depoimentos. Esses temas, embora muitas vezes descolados do pragmatismo das perguntas, foram considerados importantes para ampliar o olhar sobre o assunto e qualificar o produto da pesquisa. Por esse motivo, serão apresentadas as considerações dos gestores, sem pretensão de esgotar as conclusões sobre cada ponto.

As questões para organização da rede no Sistema Único de Saúde foram levantadas pela entrevistada 2, que possui ampla experiência de gestão nos níveis federal e municipal e defendeu que “o cuidado paliativo é uma atribuição da atenção primária, considerando a equipe de saúde da família como *locus* prioritário de organização”. Explicou que a política seria um dispositivo para estruturar a palição na rede de saúde. Por isso, considera importante definir a atenção primária como organizadora do sistema, tendo os cuidados paliativos como atribuição. Segundo a entrevistada, isso resolveria o problema de estrutura, cobertura e escassez de recursos para cuidados paliativos no sistema de saúde.

A gestora ponderou que cuidados paliativos abrangem uma gama de doenças crônicas, incluindo o câncer. Por este motivo, não seria possível um arranjo que permitisse disponibilizar especialistas para atender todos os pacientes que precisam. Defendeu um modelo no qual o

especialista poderia produzir conhecimento e fazer matriciamento com a atenção primária, a partir de discussão de casos. Dessa forma, os centros de cuidados paliativos serviriam como lugar de suporte. Na opinião da entrevistada, o cuidado paliativo deve estar no hospital geral: o curso normal seria o paciente entrar pela emergência em um hospital geral em caso de complicação do quadro, com a atuação das equipes de emergência de internação e de uma equipe de retaguarda para intercorrências. Enfatizou que isso não ocorre porque a clínica médica hospitalar permanece residual em relação aos especialistas e a falta de clínicos traz como consequência o comprometimento da organização dos cuidados paliativos nessa lógica de estruturação dos serviços.

Destacou a dificuldade de criar um modelo dentro do sistema público em relação à organização de compras porque o sistema da Administração Pública é fechado e trabalha com padronizações, o que é complexo para serviços distintos e não reflete as necessidades e as peculiaridades dos pacientes. Essa percepção advém de uma experiência de décadas acompanhando tentativas de implementação de políticas públicas no setor de saúde. Complementando a análise sobre possibilidades de organização no serviço público, o entrevistado 4 refletiu sobre o financiamento do sistema de saúde e ponderou que se não houver uma política a alocação de recursos se torna mais difícil. Afirmou que o modelo *fee for service* atualmente utilizado apresenta dificuldades de ajuste à assistência paliativa, obrigando a acomodar atividades de cuidados paliativos neste modelo de pagamento por produção; por outro lado, o gestor considera que os modelos baseados em resultados ou em valor são muito complexos e seria difícil definir o que é o valor em cuidado paliativo.

Comparando a evolução da Política de Oncologia no país com as observações da entrevistada, chama a atenção que a dificuldade de operacionalização do que foi normatizado constitui um forte obstáculo às mudanças. O discurso da gestora está consoante às inúmeras propostas de organização de serviço no país, desde a atenção primária até áreas especializadas como a oncologia. A Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, define pontos importantes do que se espera dos cuidados paliativos e discorre sobre a integração na RAS com abrangência de todas as linhas de cuidado e todos os níveis de atenção. Apesar do empenho na normatização para organizar os serviços, questões antigas como integração do sistema; implantação do fluxo do paciente nos diferentes níveis; formação e alocação de profissionais e treinamento em serviço

constituem barreiras que impedem a dinamização da oferta de saúde de forma organizada e integrada à população.

Sobre a formação de profissionais, a ANCP aponta uma lacuna em cuidados paliativos que é atribuída à ausência de residência médica e à pouca oferta de cursos de especialização e de pós-graduação de qualidade. A entidade destaca que não há uma disciplina sobre cuidados com paciente terminal na graduação em medicina e nem orientações sobre como atuar no fim de vida do paciente. (ANCP, 2017)

Floriani defende a implantação dos cuidados paliativos nos cursos de graduação na área da saúde. Acredita que essa decisão favorecerá o surgimento de um número cada vez maior de profissionais que percebam que há “algo mais para ser feito” para esses pacientes. O autor destaca que, embora sejam recomendados desde a fase de tratamento curativo, os cuidados paliativos são oferecidos somente quando essa possibilidade se esgota. O acesso ao conhecimento sobre palição na formação pode aproximar a prestação do cuidado à recomendação técnico-científica. (FLORIANI; SCHRAMM, 2007)

Esse pensamento é corroborado por Mendes, quando defende que a capacitação dos profissionais da rede de assistência à saúde em cuidados paliativos é imprescindível; seja no nível de formação acadêmica, nas modalidades de graduação e especialização e até mesmo na formação de pesquisadores, com o intuito de fortalecer as bases científicas para o melhor aprimoramento do cuidado (MENDES; VASCONCELLOS, 2015).

O entrevistado 3 destacou a capacitação como um componente fundamental para a atuação em cuidados paliativos, enfatizando a ausência na grade curricular da graduação. Diferentemente dos autores citados e concordando com a entrevistada 2, o gestor defende que a capacitação deve ser feita no serviço e envolver não somente profissionais especializados em cuidados paliativos, mas outros alocados em diferentes níveis de atenção, incluindo os que atuam na atenção domiciliar. Em seu entendimento, toda a equipe de saúde precisará, de certa maneira, participar do processo de inclusão dos cuidados paliativos nas rotinas assistenciais, rompendo com o modelo de educação médica estruturada em especialidades e valorizando o aprendizado em serviço.

O debate sobre a necessidade de qualificação de recursos humanos em saúde já ocupa um papel de destaque nas políticas públicas do país. Pesquisadores esclarecem que os serviços de saúde geram produtos não materiais e menos suscetíveis à racionalização técnica e

organizacional. Advogam que o trabalho em saúde tem uma função social (manter as condições normais de saúde) (MARTINS; DAL POZ, 1998).

A questão da formação encontra uma realidade que dificilmente irá retroagir. Os cuidados paliativos são considerados especialidade médica e reconhecidos como especialidade da enfermagem na Resolução Cofen n.º 581/2018. A visão de alguns entrevistados, de definir uma atuação limitada de especialistas para suprir a rede, vai de encontro a um movimento, respaldado pela literatura, para disseminar o assunto desde a graduação. Há uma tendência no mercado para abertura de cursos de pós-graduação acadêmicos e profissionais; o que pode ocorrer com a temática da palição. O fundamental é que seja adotado um modelo de formação que consiga recrutar futuros especialistas e sensibilizar outros profissionais que compõem a rede para incluir cuidados paliativos no radar de suas práticas, independente do nível de atenção em que atuem.

O fato de o presente estudo ser sobre recursos humanos para cuidados paliativos e terem emergido temas significativos referentes à saúde pública demonstra que, para pensar políticas, é necessário o exercício contínuo de observar as nuances dos cenários geral (sistema de saúde) e específico (cuidados paliativos); nos quais há imbricamento, divergência ou congruência. Uma política específica de RH para cuidados paliativos precisa estar ancorada em uma diretriz mais abrangente e coordenada. A análise das entrevistas, em resumo, trouxe percepções que extrapolaram o âmbito dos cuidados paliativos. Pode-se afirmar que são contribuições adequadas tanto para repensar a organização do sistema de saúde brasileiro como para aprimorar políticas específicas de oncologia e indicar caminhos para desenvolver proposições para os cuidados paliativos.

3.5 Recomendações para elaborar padrões de atividades e dimensionar RH para cuidados paliativos

As recomendações sobre planejamento de recursos humanos, apresentadas a partir da experiência com um método que utiliza a ferramenta WISN, objetivam discorrer sobre o processo de cálculo da força de trabalho e contribuir para o desenvolvimento de uma política específica para cuidados paliativos. As sugestões estão ancoradas em temas que concernem ao contexto do desenvolvimento de políticas públicas e apresentam as vantagens de se planejar o quadro de profissionais, considerando a centralidade do papel dos recursos humanos em um sistema de saúde.

As orientações apresentadas envolvem etapas importantes para a implantação do método como: relacionamento e aproximação do pesquisador com o serviço a ser estudado; estratégia para motivação e participação dos gestores e da equipe; tipos de dados de produção a serem coletados para o cálculo; definição de papéis e atribuições dos profissionais; categorias a serem estudadas; treinamento de auxiliares de pesquisa para o trabalho de campo; preparo e a realização do trabalho de campo; superação de possíveis limitações; contribuição de gestores externos sobre a experiência com dimensionamento para cuidados paliativos; tratamento e desdobramentos das informações obtidas e a utilidade dos resultados para a gestão. Vale frisar que essas contribuições não intencionam esgotar a discussão sobre as estratégias de cálculo de pessoal para cuidados paliativos, mas, fomentar o interesse pelo tema e incentivar o compartilhamento de experiências similares.

Em vários países, principalmente os de baixa e média rendas, planejamento e implementação de estratégias para força de trabalho em saúde encontram limitação pelos seguintes motivos: atenção insuficiente ao processo; falta de uso ou perda do acesso aos métodos e ferramentas; dados e informações dispersos no sistema e sem acurácia; problemas no desenvolvimento e retenção dos profissionais; baixa produtividade; necessidades dos serviços não atendidas; saídas de profissionais para o setor privado; pouco comprometimento dos envolvidos no processo e argumentos insuficientes para atrair recursos para implementação. (DAL POZ et al., 2010)

Políticas públicas de saúde servem para nortear o sistema de saúde do ponto de vista de planejamento e organização. As políticas envolvem discussões sobre financiamento;

orçamento; prioridades para investimentos; disponibilidade de recursos tecnológicos para determinados serviços; oferta de materiais, medicamentos e insumos; papel e atribuições de profissionais e normas de funcionamento. O espectro de abordagem é amplo e complexo. Vale destacar que qualquer política que não inclua os recursos humanos desde o início da concepção já inicia fragilizada e com dificuldades de sustentabilidade. Se aspectos relacionados diretamente com os profissionais não forem considerados na gênese do planejamento, surgirão problemas após a implantação da política como, por exemplo, dificuldade de retenção, *turnover* e absenteísmo, que podem colocar em risco os resultados estimados.

Assim, como ocorre com todas as modalidades de atenção em saúde, os cuidados paliativos também precisam de uma política própria para que os países possam enfrentar o desafio de oferecer cobertura e serviços de qualidade à população, que necessita dessa modalidade de assistência.

O desenvolvimento de uma política de saúde requer atenção sobre alguns temas como organização da rede de atenção à saúde; limitações da oferta para a cobertura de saúde da população, formação e atuação profissional; infraestrutura dos serviços; a interferência do mercado na sobrecarga de trabalho em relação a uma determinada categoria; dificuldade de atração e retenção de profissionais para os cuidados paliativos oncológicos e financiamento para o tratamento em oncologia.

Abordar recursos humanos em uma política traz vantagens como, por exemplo, orientar a seleção de profissionais com as qualificações necessárias para determinadas áreas de atuação. Devem ser considerados os obstáculos importantes para essa tarefa no âmbito da administração pública, como limitações no financiamento, rigidez em normativos e processos e escassez de profissionais. Sobre capacitação, que é um componente fundamental para estimular profissionais a seguirem um campo de conhecimento, não há uma disciplina sobre cuidados paliativos na grade curricular da graduação. Alguns profissionais concordam com a manutenção dessa organização acadêmica e advogam que a capacitação deve ser realizada em serviço e que toda a equipe deve estar preparada para participar da inclusão de cuidados paliativos nas rotinas assistenciais. Outro grupo defende que, além da abordagem do tema na graduação, sejam criados cursos de pós-graduação para cuidados paliativos. O desenvolvimento de uma política depende do desenho educacional definido para os profissionais desde a faculdade, para conformar os cuidados paliativos na rede de saúde a partir de generalistas e/ou especialistas.

Em síntese, como foi descrito por um dos gestores entrevistados, para estruturação de uma política para cuidados paliativos, há componentes que estão relacionados com o profissional (caráter individual), o segundo é o componente técnico (relacionado à formação) e por último o sistêmico, que prevê a articulação com a rede e as mudanças necessárias no sistema de saúde para poder trazer uma estratégia de cuidados paliativos. Além de organizar uma política planejada adequadamente, a condição para o êxito é que a construção seja consoante ao planejado.

O cenário atual da saúde que, de acordo com o relato de um gestor entrevistado, reflete anos de subinvestimento, com escassez de pessoal, ausência de política de recursos humanos efetiva e pouca flexibilidade gerencial no serviço público, reforça uma visão pessimista para a implantação de uma política. Por outro lado, a agenda de saúde global vem dando destaque à questão dos recursos humanos e a abordagem dos cuidados paliativos tende a se impor pela demografia, pelos avanços tecnológicos e pela ciência. Por esse motivo, a política de cuidados paliativos pode se tornar um dispositivo para auxiliar a estrutura e a organização dos sistemas de saúde.

Para iniciar qualquer discussão sobre política de recursos humanos, é imperativo descrever e enfatizar o conceito atualizado de cuidados paliativos considerando o alcance dessa modalidade para doenças crônicas e a constatação da necessidade de ofertar cuidados paliativos de forma dosada e progressiva desde o diagnóstico da doença. A cultura ocidental e a formação acadêmica de saúde contribuem para que a palição seja um tabu para pacientes, profissionais e para a sociedade em geral. A divulgação da proposta dos cuidados paliativos aos profissionais de saúde e à população é um elemento facilitador para oferta tempestiva e adesão da palição.

Algumas recomendações sobre a experiência desta pesquisa poderão ajudar no desenvolvimento de questões relativas a recursos humanos, como parte fundamental de uma política nacional que ganha completude e complexidade ao integrar o dimensionamento de pessoal às discussões de desenvolvimento e melhoria dos sistemas de saúde.

Seguem alguns passos importantes para futuras aplicações do método WISN em outros serviços e para o aprimoramento dos resultados no hospital estudado, que precisam ser observados previamente, para que a gestão possa utilizar essa ferramenta para tomada de decisão.

O primeiro passo é a necessidade de adesão irrestrita e participação da gestão local em todas as fases do processo. Objetivos, métodos e possíveis retornos para a melhoria dos serviços são esclarecimentos iniciais indispensáveis. O trabalho precisa de agendamentos de reuniões em

grupos e individuais que vão interferir nas agendas pré-estabelecidas e podem prejudicar os atendimentos. Por isso, informações prévias com a gestão no início do trabalho para conhecimento e anuência de cada fase são a garantia de um bom início de parceria.

Outro ponto importante é o convencimento da equipe mediante explicação do que será realizado pois, se a gestão compactua com processo e o endossa, a aceitação dos profissionais em relação à entrada de auxiliares de pesquisa nos serviços para a observação tende a ser mais fácil. Mesmo tendo o cuidado de respeitar a relação profissional-paciente e a privacidade dos atendimentos, a intervenção dos observadores altera a rotina dos profissionais, cujos limites de aceitação devem ser observados. Falhas de comunicação e no entendimento podem afetar negativamente o interesse e a disponibilidade dos profissionais, inclusive para dar continuidade à utilização da ferramenta em anos subsequentes.

O apoio da gestão e o incentivo de participação dos profissionais facilitam que a organização do serviço seja construída de forma ascendente. Dessa forma, a equipe que tem seu eixo de atuação nos cuidados aos pacientes se sente comprometida, implicada e responsável pelos resultados de gestão e avaliações subsequentes. A participação qualificada e o conhecimento da proposição do trabalho pelos profissionais são elementos-chave para a continuidade do monitoramento dos resultados, com vistas às melhorias nos serviços.

A ferramenta WISN trabalha com dados disponíveis nas estatísticas das instituições ou serviços. Logo, se não houver uma centralização e monitoramento das informações, para garantir a fidedignidade, o resultado do método não será preciso, o que não descredencia sua aplicação. Embora haja uma indicação para estipular 4 atividades diretas, 3 atividades de suporte e 3 atividades individuais por categoria, se o número e a variedade de dados estatísticos forem aprimorados a cada ano, a análise será mais robusta à medida que forem evidenciadas peculiaridades na produtividade dos profissionais. Além dos dados de produção, o conhecimento da taxa de absenteísmo por categoria, com a explicitação da causa da ausência auxilia não somente na alimentação de dados da ferramenta como permite um diagnóstico para a gestão implantar ou reforçar ações de promoção da saúde dos profissionais. Dependendo da instituição estudada, o cálculo da renda anual dos profissionais pode estar relacionado com a formação. Por exemplo, quando há plano de carreira com remuneração vinculada à titulação: neste caso, obter dados específicos de formação de cada profissional e dos respectivos salários, além de valorizar e

estimular os profissionais a aprimorarem sua formação, auxilia também no planejamento do financiamento desde instituições de pequeno porte até um sistema de saúde nacional.

Para elaborar uma norma organizativa para um serviço de cuidado paliativo, é crucial aprofundar a discussão e a especificação sobre papéis, atribuições e atividades de cada categoria e da equipe bem como incluir todos os profissionais que podem colaborar com seu conhecimento técnico para ações paliativas. Profissionais com formação em fonoaudiologia, odontologia e terapia ocupacional precisam compor as equipes ou estarem disponíveis para prestar atendimentos sob demanda de forma organizada.

O número de categorias estudadas deve ser ampliado à medida do possível. Quanto maior o número de categorias analisadas, mais fácil fica compreender o funcionamento da equipe nos serviços. Para uma análise mais aprofundada, a determinação da carga de trabalho da categoria poderá ser complementada com outras ferramentas e outros métodos. Por exemplo, no caso da enfermagem, há possibilidade de trabalhar o resultado pela perspectiva do grau de dependência do paciente, trazendo maior sofisticação à análise.

O trabalho de campo, para mensuração dos padrões das atividades, demanda o conhecimento prévio da planta e dinâmica do lugar e garantia da presença do pesquisador chefe no local para dirimir dúvidas e gerenciar novos direcionamentos que se façam necessários. O uso de um diário de bordo pelo pesquisador, com anotações sobre todos os dias de pesquisa, traz dados qualitativos que não são captados pela observação direta e podem orientar tomadas de decisão pela gestão.

Todas as atividades internas e externas devem ser contempladas na observação. Embora aumente o volume de trabalho de observação, atividades externas como visitas domiciliares geram impacto na carga de trabalho e na dinâmica de atuação dos profissionais. Um dado relevante das atividades de apoio é que, tanto na literatura como no estudo realizado, estas preponderam em relação às atividades diretas. Dessa forma, o planejamento que tem por base, por exemplo, atividades como consultas, procedimentos e atendimentos diversos e não considera o tempo necessário para as atividades de apoio, apresenta um erro de concepção. Essas atividades indiretas estão relacionadas com o preparo para a realização de um procedimento, como reuniões prévias às visitas domiciliares e com o fechamento administrativo de um atendimento; por exemplo, evolução em prontuário. O reconhecimento dessas atividades como integrantes do rol de atribuições dos profissionais permite a previsão e distribuição de pessoal mais próximas à

realidade e dá visibilidade à questão do trabalho de bastidores que interfere na qualidade da assistência. Vale destacar que essas são as melhores condições para um trabalho de campo exitoso. Por outro lado é importante sinalizar que problemas para coleta de dados e implicações no volume de trabalho a ser realizado não inviabilizam a utilização do método, pois as dificuldades poderão ser identificadas e superadas em oportunidades futuras.

O treinamento de auxiliares de pesquisa é fundamental para que o trabalho de campo transcorra com uma diretriz única e que eventuais problemas possam ser solucionados tempestivamente. Embora o método WISN oriente profissionais experientes para essa etapa, a pesquisa revelou vantagens ao utilizar estudantes bem treinados e com supervisão direta de profissionais experientes. Há a possibilidade de profissionais veteranos fazerem interpretações sobre o que é visto - o que foge da proposta de observação direta - apresentarem vieses na observação ou transmitirem equivocadamente aos observados a ideia de avaliação qualitativa dos atendimentos realizados. Com estudantes, a capacitação precisa ser mais rigorosa, porém, a receptividade é mais favorável.

A ferramenta WISN cumpre o papel de mensurar carga de trabalho e identificar padrões de atividades diretas, de apoio e adicionais para organizar os serviços e pode ser aprimorada caso os resultados sejam renovados anualmente. O cruzamento das informações sobre as atividades mapeadas permite uma variedade de projeções, comparando categorias, serviços, turnos de atendimento e atividades pessoais. Deste modo, uma vantagem atrelada indiretamente ao uso do método é a organização interna de processos, com a participação de profissionais e gestores que podem comprovar os benefícios dos resultados para a organização e utilizá-los para pleitear melhorias.

A prática anual de rever a estrutura do serviço auxilia a gestão a fazer remanejamentos internos; flexibilizar escalas dentro do possível para minimizar a carga de trabalho; implantar programas de suporte para reduzir carga de trabalho e subsidiar argumentação para composição adequada do quadro de profissionais.

Cuidar de quem cuida pressupõe planejamento, enfrentamento de obstáculos, tomadas de decisões e pleitos baseados em dados. A ferramenta WISN se mostrou pertinente para análise da carga de trabalho, dimensionar pessoal e auxiliar o gerenciamento do serviço em uma unidade hospitalar de cuidados paliativos.

CONCLUSÃO

A organização e o planejamento dos serviços de saúde envolvem medidas que objetivam impactar de forma positiva e direta na cobertura de saúde da população e na oferta de serviços de qualidade. O desenvolvimento de políticas de saúde orienta a organização e funcionamento da rede e de serviços especializados. Embora a Política Nacional Oncológica do Brasil venha sendo aprimorada, os cuidados paliativos carecem de um arcabouço normativo que envolva todos os aspectos necessários para que esta modalidade seja inserida na rede de tal forma que garanta acesso e cobertura em todos os níveis de assistência. Ou seja, o país precisa de uma política norteadora para essa modalidade em oncologia.

Em comparação com o cenário internacional, os cuidados paliativos no Brasil são realizados: com estrutura frágil; com serviços numericamente insuficientes e sem a prática difusa de referência e contrarreferência desde a atenção primária, passando pelas emergências, hospitais especializados e assistência domiciliar.

Aspectos culturais da sociedade, como tabus sobre o preparo de pacientes e familiares para uma morte digna e com o maior conforto possível, são barreiras que afetam também os profissionais de saúde cuja formação básica majoritária é intervencionista para tratamento e cura.

As projeções de incidência do câncer na população mundial e brasileira apontam para o aumento da necessidade de oferta de cuidados paliativos, em uma população cada vez mais envelhecida. Nas discussões sobre o acesso global aos cuidados paliativos há uma agenda de pesquisa que está avançando com estudiosos que se dedicam a projetar a necessidade de cuidados paliativos até 2060, baseados no conceito e metodologia da Comissão de Acesso Global ao Cuidado Paliativo e Alívio da Dor. O foco do estudo é minimizar o sofrimento da população relacionado às doenças que acometem de forma mais expressiva idosos e pessoas com demência nos países de baixa renda. Dessa forma, é atual e oportuno o apontamento da importância de adotar uma abordagem de cuidados contínuos para a cobertura de saúde da população, incluindo prevenção e tratamento como parte do acesso global à saúde, com vistas à melhoria do desempenho dos sistemas de saúde (SLEEMAN, 2019).

A literatura apresenta vasta produção sobre assuntos considerados relevantes na área de cuidados paliativos, tais como: estrutura adequada dos serviços; papel dos profissionais; atuação com abordagem multidisciplinar; inclusão de familiares no tratamento e manejo de aspectos

emocionais; estresse e adoecimento de profissionais e formação e retenção de especialistas. Apesar da contribuição dos temas citados para o aprimoramento da oferta de cuidados paliativos, há uma lacuna na literatura no que diz respeito à projeção e adequação numérica de profissionais para a cobertura da população. Considerando que os recursos humanos possuem uma centralidade nos sistemas de saúde e são os elementos-chave para o cuidado, um planejamento que negligencia a previsão do número necessário de profissionais apresentará um grau de incompletude, podendo afetar negativamente os resultados de saúde.

Os profissionais precisam ter habilidades e qualidades específicas bem como conhecimentos do que irão enfrentar na área de cuidados paliativos; porém, a responsabilidade de manejo de problemas na esfera emocional da equipe não pode depender exclusivamente de mecanismos particulares do profissional que sofre ou ser contabilizado como vivência individual dos paliativistas. Esse entendimento remete à constatação que a equipe, além de dispor de formação, capacitação e planejamento para oferta de serviços, necessita ser cuidada para melhor administrar uma rotina de convivência com a morte e sofrimento.

Nessa linha de raciocínio, informações incompletas e desconstruídas sobre os profissionais de um serviço ou do sistema de saúde impedem, inclusive, o planejamento de ações de promoção de saúde para beneficiar os próprios trabalhadores. Ou seja, o fato de conhecer quem são; qual a formação; qual a área geográfica de atuação e quais as habilidades dos profissionais, gera subsídios que favorecem o cuidar daqueles que cotidianamente cuidam dos pacientes.

Uma diretriz importante neste âmbito do cuidado com os trabalhadores é o estudo da carga de trabalho, que impacta em graus variados nas questões físicas, psicológicas e sociais dos profissionais de saúde. Com o avanço das discussões acadêmicas sobre o sofrimento dos profissionais, o entendimento é que esse tópico é de responsabilidade da gestão e constitui um desafio para a administração dos serviços, uma vez que, equipes mal dimensionadas, distribuídas inadequadamente e com carga de trabalho elevada tendem a apresentar maior grau de sofrimento, adoecimento e absenteísmo, sobrecarregando os profissionais e afetando a prestação de cuidado e os resultados de saúde. Vários autores vêm se dedicando ao estudo da carga de trabalho - com grande destaque para serviços de atenção primária - e para a enfermagem em várias especialidades e níveis de atenção. Na revisão sistemática realizada nesta pesquisa, com a busca de fontes da literatura nacional e internacional, não foram identificados estudos de cargas

de trabalho envolvendo uma equipe completa de cuidados paliativos oncológicos, que foi a proposta do presente estudo.

O desafio de trabalhar com sete categorias de nível superior revelou uma vantagem em aprofundar o conhecimento do papel e das atribuições de cada profissional. Em primeiro lugar, foi observado que há imprecisão em definir o papel e as atividades desempenhadas pelas categorias. O papel de todos os profissionais que trabalham com cuidados paliativos é genérico e está relacionado em linhas gerais com: tratamento digno; escuta qualificada; apoio psicológico, social e espiritual e medidas de conforto físico. Por outro lado, as atividades realizadas envolvem objetivamente pacientes, familiares, serviços da rede de atenção; possuem um caráter de especificidade; podem ser realizadas de forma direta ou indireta e mensuradas quanto ao tempo de realização. A falta de clareza dessa diferença conceitual pode se tornar um empecilho para o entendimento do que faz o profissional; por isso, a importância de redesenhar as normas internas, com vistas a esclarecer o que é expectativa e o que representa o cotidiano na atuação dos profissionais. Uma questão que merece destaque é que a categoria de farmacêuticos não é contemplada no manual da ANCP, apesar da relevância do papel que esses profissionais desenvolvem nos cuidados paliativos. O mesmo ocorre com a equipe do HCIV, que não dispõe de profissionais da área da fonoaudiologia, odontologia e terapia ocupacional em seu quadro. À medida que pontos de fragilidade como os citados são identificados, podem ser incorporados subsídios técnicos para discutir e aprimorar os argumentos para a construção de uma política de cuidados paliativos abrangente.

A pesquisa teve a motivação de contemplar o maior número possível de profissionais, respeitando os limites de tempo e os padrões acadêmicos de qualidade exigidos. Em vista disso, foram priorizados como participantes os profissionais de saúde que atuavam nos serviços de ambulatório; internação hospitalar; assistência domiciliar; serviço de pronto atendimento; ginásio e farmácia. Profissionais de saúde de nível técnico e com nível superior que atuam em áreas administrativas e de gestão, exclusivamente, não participaram - o que não impede que sejam incluídos em estudos futuros. A expectativa é que o trabalho seja estendido aos técnicos de enfermagem, de farmácia e administrativos, de nível médio e superior, em uma próxima oportunidade.

Estudos futuros com essa motivação serão facilitados pois o hospital possui dados de produtividade organizados, uma equipe motivada para este tipo de trabalho e teve uma

participação que extrapolou as expectativas, inclusive do ponto de vista numérico pois objetivava acompanhar um número restrito de profissionais de cada categoria e houve uma solicitação para acompanhamentos de profissionais não previstos anteriormente. Com a alta adesão espontânea à participação, surgiu a oportunidade de observar com mais atenção detalhes do processo de trabalho que não são percebidos como fonte de sobrecarga no trabalho. Por exemplo: os horários de almoço são usualmente interrompidos ou encurtados por alguma atividade; a sobreposição de tarefas também é rotineira, o que inclusive dificultou alguns registros observacionais; as anotações em prontuário após as visitas domiciliares são realizadas no carro e a utilização de telefones celulares pessoais para fazer contato com os profissionais da equipe é uma ferramenta importante de comunicação. Essas constatações não representam um equívoco ou falha das equipes, porém, esse contexto precisa ser identificado, reconhecido e considerado ao avaliar a carga de trabalho dos profissionais e definir metas para o serviço. O impacto no cálculo decorrente da projeção realizada para atividades pessoais como almoço, descanso e necessidades fisiológicas é relevante para o dimensionamento de pessoal a ser considerado no desdobramento deste estudo.

Sobre a técnica de observação utilizada, a partir da resposta da equipe, foi percebido que se houver a mesma estrutura de recursos humanos e materiais em uma próxima avaliação, o método de cálculo de tempo de trabalho poderá ser a técnica de tempo e movimento ao invés de amostragem. Essa afirmação é amparada no fato de que os profissionais não demonstraram desconforto ou se intimidaram com os observadores, pois estão acostumados com a presença de residentes e visitas externas em grande parte do tempo. Houve muitos questionamentos sobre a falta de registro de atividades sobrepostas - que foram prontamente respondidos, mas o convencimento não foi a contento. Considerando que, à exceção do ambulatório havia 1 observador para cada 1 ou 2 profissionais, seria possível observar e mensurar o tempo de um número maior de atividades. Embora seja uma técnica de custo mais elevado, poderia ter sido utilizada sem aumento do orçamento utilizado.

Apesar da receptividade, houve necessidade, em momentos diferentes desde a primeira reunião até a conclusão do trabalho de observação, de informar a todo tempo o objetivo do trabalho e o papel da pesquisadora. Os esclarecimentos giraram em torno de o trabalho de pesquisa não ser uma encomenda da gestão, nem um instrumento de avaliação da qualidade do serviço prestado pelos profissionais. Por outro lado, foi importante reforçar com a Direção que,

apesar da pesquisadora atuar na área de planejamento do INCA, a finalidade da pesquisa era de cunho individual e acadêmico e não representaria uma avaliação do hospital para a Direção Geral do Instituto. Essas dúvidas são previsíveis e aceitáveis quando o pesquisador trabalha na instituição pesquisada. Ao mesmo tempo em que há uma sensação de convergência de ideias para melhoria do serviço, pode ocorrer também a dúvida sobre o tratamento dos resultados encontrados, bem como dos benefícios e dos prejuízos que podem surgir para o serviço.

Neste sentido, um dos benefícios da pesquisa foi jogar luz à discussão sobre a necessidade de estipular um tempo necessário para pesquisa e identificar como as atividades de ensino impactam na carga de trabalho, embora não sejam representados como produtividade. Ficou claro que, apesar da organização dos dados estatísticos, há uma lacuna importante na disponibilidade de divulgação pública dessas informações. Isto pode ser aprimorado para aplicações futuras do método proposto ou mesmo de outros métodos que precisem se utilizar de dados de produtividade. Neste primeiro contato da instituição com a ferramenta, foram utilizados somente os dados disponíveis; porém, à medida em que esses dados estejam mais consistentes e adequados à prática cotidiana, a mesma ferramenta poderá dar um resultado mais condizente com o trabalho, principalmente em relação ao tema sobrecarga. A participação dos profissionais na melhoria e no detalhamento das informações poderá ajudar iniciativas futuras de avaliação de sobrecarga de trabalho.

As entrevistas trouxeram contribuições tanto para repensar a política oncológica dentro da organização do sistema de saúde brasileiro como para apontar caminhos no desenvolvimento de proposições para os cuidados paliativos; todos os entrevistados consideraram a discussão sobre dimensionamento de recursos humanos para cuidados paliativos relevante e necessária. Para os gestores entrevistados, iniciativas como a desta pesquisa oportunizam aprofundar o estudo sobre o tema e elaborar uma análise que permita planejamento, financiamento e capacitação, que atendam às necessidades do sistema de saúde.

Faz-se necessário mencionar que ao longo do estudo foram identificadas vulnerabilidades no trabalho de campo, no método e na análise dos resultados que poderiam impactar a organização e o desenvolvimento da pesquisa. Explicar alguns fatores que poderiam impor limitações facilita o entendimento sobre o contexto em que o trabalho foi desenvolvido.

Dentre as possíveis limitações, um ponto relevante diz respeito à posição da autora, servidora pública da instituição, que assumiu nos anos anteriores um cargo de gestão em uma

área estratégica, a Divisão de Planejamento. Pertencer ao quadro de servidores pode gerar sensação de confiança, compartilhamento e facilitar a abordagem. Por outro lado, o conhecimento prévio do cotidiano institucional pode interferir na isenção da pesquisadora em algumas análises (WALT et al., 2008).

Em relação ao trabalho de campo, sob a ótica operacional, realizar reuniões individuais ou em grupo na unidade de trabalho e desenvolver observação direta dos profissionais são tarefas delicadas, uma vez que há a necessidade de alterar a rotina dos profissionais, que possuem agendas em horários noturno e diurno, compromissos com pacientes, familiares e entre si (reuniões, sessões clínicas, trabalhos externos). Dessa forma, pode-se inferir que as circunstâncias da rotina do interferem na motivação e participação dos profissionais, que são essenciais para a validação e adoção do método pela equipe. Um exemplo de atuação da equipe que levou à alteração do projeto foi a suspensão do grupo focal previsto para colher impressões dos participantes sobre o trabalho realizado. Essa etapa foi suprimida porque as informações foram captadas durante o trabalho de campo com a colaboração espontânea dos profissionais.

Um fator que pode interferir na análise dos resultados são os registros que constam da observação direta de somente 1 profissional por serviço, pois essa informação não permite comparar diferentes *performances* quando se avalia a média de tempo de uma categoria para executar determinada atividade.

Embora o método não contemple a demanda reprimida por se basear na capacidade instalada e utilizar dados retrospectivos, os resultados do WISN podem instrumentalizar a gestão na busca do aprimoramento de dados e na tomada de decisão referente à necessidade de remanejamentos internos, redistribuição de tarefas e contratações para adequação do quadro de profissionais.

Com os resultados obtidos na pesquisa de campo, conclui-se que a ferramenta WISN é aplicável para instituições oncológicas de cuidados paliativos e fornece informações que permitem estudos futuros a serem aprofundados por serviços ou por categorias, inclusive de forma associada a outros métodos consagrados, como os utilizados pela enfermagem. A análise de campo propiciou a elaboração de um documento completo com todas as atividades de cada categoria, incluindo a frequência relativa entre as atividades que acontecem e um comparativo com as atividades descritas inicialmente na literatura e pelos profissionais, demonstrando a importância de organização das atividades profissionais em um serviço de saúde.

A pesquisa não se propôs a esgotar o tema sobre dimensionamento de recursos humanos em cuidado paliativo, mas fomentar a discussão de gestores e profissionais envolvidos, com vistas a contribuir para o desenvolvimento de uma Política para Cuidados Paliativos. A partir dessa contribuição acadêmica, estudos e análises semelhantes poderão ser realizados por gestores, profissionais e pesquisadores e o método poderá ser reproduzido em outros serviços hospitalares com o objetivo de organização dos serviços e melhoria da oferta e da qualidade dos cuidados paliativos.

.

REFERÊNCIAS

AHRQ. **Agency for Healthcare Research and Quality**. Disponível em: <<http://ahrq.gov>>. Acesso em: 27 maio. 2019.

ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado**. 2ª edição ed. Rio de janeiro: [s.n.].

ANCP. **ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos Diretório de Cuidados Paliativos**, 2017. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/diretorio_resultado.php?dnome=&destado=0&button=Buscar>

ANCP. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo: [s.n.].

BARBOSA, M. F. **Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica: perfil e satisfação**. [s.l.] FIOCRUZ, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. [s.l: s.n.]. v. 22

BARTHOLOMEYCZIK, S.; HUNSTEIN, D. Time distribution of selected care activities in home care in Germany. **J Clin Nurs.**, v. 13, n. 1, p. 97–104, 2004.

BONFIM, D. **Planejamento da força de trabalho da enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: indicadores da carga de trabalho**. [s.l.] Universidade de Sao Paulo, 2014.

BOSSERMAN, L. Changing oncology compliance standards: step 1 in re-valuing clinician workload for value-based cancer care. **The Journal of Community and Supportive Oncology**, v. 13, n. 9, p. 307–309, set. 2015.

BRAGANÇA, J. F. **Enfermeiros de Cuidados Paliativos Como despendem o seu tempo e qual a sua percepção em relação à qualidade dos seus cuidados Enfermeiros de Cuidados Paliativos**. [s.l.] Lisboa, 2011a.

BRAGANÇA, J. F. **Enfermeiros de Cuidados Paliativos**. [s.l.] Lisboa, 2011b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 741 de 19 de dezembro de 2005**, 2005.

BRASIL, M. DA S. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos- Conceitos e Metodologias** (E. do M. da Saúde, Ed.), 2006.

BRASIL, M. DA S. **PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013**, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/30/Rename-2014-v2.pdf>>

BRASIL, M. DO P. D. E G. **Tabela de Remuneração dos Servidores Públicos Federais Civis e dos Ex-Territórios** Brasília, Brasil, 2018. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/servidor/publicacoes/tabela_remu>

neracao/2018/tabela-de-remuneracao-74-janeiro2018_ok.pdf>

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** PhD Proposal, 2011.

BRICOLA, S. **Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

BUCHAN, J.; DHILLON, I. S.; CAMPBELL, J. **Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base**. [s.l: s.n.].

CALLAHAN, C. C. Burden on social workers when patients and families experience financial stress. **Journal of Psychosocial Oncology**, v. 34, n. 1–2, p. 156–158, 2016.

CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Lei nº 6714 de 2020 - Institui a Política Municipal de Cuidados paliativos** BrasilDiário Oficial, , 2020.

CAREGNATO, R.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679–684, 2006.

CARQUEJA, E.; COSTA, C. O psicólogo em Cuidados Paliativos: uma reflexão possível. **Cuidados Paliativos**, v. 1, n. 2, p. 23–32, out. 2014.

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Brasília, Brasília: [s.n.].

CFESS. **Atribuições privativas do / a Assistente Social em questão**. Brasília: [s.n.]. v. 2

CHEVREUL, K. et al. France: Health system review. **Health Systems in Transition**, v. 17, n. 3, p. 1–218, 2015.

COLOMBAT, P. et al. Mieux manager pour mieux soigner. **Bulletin du Cancer**, v. 106, n. 1, p. 55–63, jan. 2019.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; FREIRE, J.-M. Entrevista com o professor Gilles Dussault : Desafios dos sistemas de saúde contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2889–2892, 2011.

CONNOR, S. R.; SEPULVEDA BERMEDO, M. C. **Global atlas of palliative care at the end of life**. [s.l: s.n.].

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética e legislação de enfermagem** Rio de Janeiro, Brasil, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Regulamentação das atribuições clínicas do farmacêutico**. Brasil, 2013.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa - métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. [s.l.: s.n.].

DAL POZ, M. et al. Models and tools for health workforce planning and projections. **Human Resources for Health Observer**, n. 3, p. 1–19, 2010.

DAVIAUD, E.; CHOPRA, M. How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: A case study from South Africa. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, n. 1, p. 46–51, 2008.

DIAS-SILVEIRA, C.; OROSKI-PAES, G. Gestão del equipo de enfermería : factores asociados a la satisfacción en el trabajo. **Enfermería Global**, v. 47, p. 224–239, 2017.

Dicionário Priberam. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

DOUGHERTY, E. et al. Factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 26, n. 2, p. 105–111, 2009.

DREESCH, N. et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. **Health Policy and Planning**, v. 20, n. 5, p. 267–276, 2005.

DUSSAULT, G. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 8–19, 1992.

DUSSAULT, G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. **Educación Medica y Salud**, v. 28, n. 4, p. 478–489, 1994.

DUSSAULT, G. **Gestão de Recursos Humanos em Saúde**. Montreal Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, , 1999.

FERRARI, S. et al. Excelência do atendimento em saúde: a construção de indicadores assistenciais em psicologia hospitalar. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 2, p. 60–71, 2013.

FILLION, L. et al. Stress at work in nurses providing end-of-life palliative care according to care settings. **Psyco-Oncologie**, v. 5, n. 2, p. 127–136, 2011.

FLOOD, D.; BLOCH, K. Attracting , equipping and retaining young medical doctors in HIV vaccine science in South Africa. **S Afr J HIV Med**, v. 16, n. 1, p. 6 pages, 2015.

FLORES, D. M. et al. Ocuparse del bienestar de los profesionales de la salud: un desafío pendiente. **Rev. chil. ter. ocup**, v. 14, n. 1, p. 33–34, 2014.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusao dos cuidados paliativos na rede de atencao basica. **Cadernos de Saude Publica**, v. 23, n. 9, p. 2072–2080,

2007.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2123–2132, 2008.

FOLLAND, S.; GOODMAN, A. C.; STANO, M. **A Economia da Saúde** (Bookman, Ed.), 2008.
GOBI, J. R. et al. Função de Produção de Saúde para o Brasil : análise pelo Modelo de Grossman. p. 1–18, 2013.

GREY LITERATURE NETWORK SERVICE. **Greynet**. Disponível em: <<http://greynet.org>>. Acesso em: 5 fev. 2019.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577–2588, 2013.

HUNT, J. et al. A new quality assurance package for hospital palliative care teams: the Trent Hospice Audit Group model. **British Journal of Cancer**, v. 91, n. 2, p. 248–253, 22 jul. 2004.

INCA. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil** Ministério da Saúde INCA, 2015. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/edicao/Estimativa_2016.pdf%5Cnhttp://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>

INCA. **Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 3 mar. 2018.

INCA. **Estimativa 2020 - Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019a.

INCA. **INCA**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/pesquisa>>. Acesso em: 25 jul. 2020b.

KAVALIERATOS, D. et al. “It Is Like Heart Failure. It Is Chronic ... and It Will Kill You”: A Qualitative Analysis of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 53, n. 5, p. 901- 910.e1, 2017.

KAY, M.; TROLLOPE-KUMAR, K. Rebuttal: do we overdramatize family physician burnout?: No. **Canadian family physician Médecin de famille canadien**, v. 58, n. 7, p. 368–371, 2012.

KON, A. A.; ABLIN, A. R. Palliative treatment : Redefining interventions to treat suffering near the end of life. **Journal of Palliative medicine**, v. 13, n. 6, 2010.

KOO, K. et al. Comparison and literature review of occupational stress in a palliative radiotherapy clinic’s interprofessional team, the radiation therapists and the nurses at an academic cancer centre. **Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences**, v. 44, p. 14–22, 2013.

LANCET, T. No health workforce, no global health security. **www.thelancet.com Lancet**, v. 387, n. 385, p. 1884–901, 2016.

LAUS, A. N. A. M. **Aplicação do método “Indicadores da carga de trabalho na**

determinação de necessidades de pessoal de enfermagem” no Brasil. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2014.

LULIO, F. R. MARQUES. **O uso de sistemas informatizados para o dimensionamento de pessoal de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura**Ribeirão PretoEscola, 2009.

MACHADO, C. R. **Dimensionamento da carga de trabalho em unidade de alta complexidade em traumatologia e ortopedia.** [s.l.] Universidade do Rio de Janeiro, 2015.

MANDELLI, M.; RIGOLI, F. Aplicação de pesquisa e informação para políticas de recursos humanos: as metas regionais para as Américas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe2, p. 156–161, 2015.

MANDEVILLE, K. L. et al. **Human resources for health: time to move out of crisis mode**The LancetElsevier, , 16 jul. 2016. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616309527>>. Acesso em: 28 jan. 2018

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARTIN, L. G. R. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em ambulatório de Oncologia e Hematologia. 2013.

MARTINS, M.; DAL POZ, M. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 125–146, 1998.

MCILLMURRAY, M. B. et al. Cancer support nurses: a co-ordinating role in cancer care. **European journal of cancer care**, v. 7, n. 2, p. 125–128, 1998.

MCPAKE, B. et al. Why do health labour market forces matter? **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 11, p. 841–846, 1 nov. 2013.

MCQUIDE, P. A.; KOLEHMAINEN-AITKEN, R.-L.; FORSTER, N. **Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health policy.** [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/11/1/64>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

MCWILLIAMS, A. E. Stress in palliative care. **Progress in palliative care**, v. 12, n. 6, p. 293–301, 2004.

MEDNAR. **MedNar.** Disponível em: <<http://mednar.com>>. Acesso em: 5 fev. 2019.

MELLO, G. A. et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291–1310, 2017.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. DE. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 881–892, 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte- Antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.

MENEZES, R. A.; BARBOSA, P. DE C. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2653–2662, 2013.

MIGOWSKI, A. et al. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 2, p. 247–250, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Núcleos de Economia da Saúde - Orientações para implantação** Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; GABINETE DO MINISTRO; COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018- Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. BrasilDOU, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INCA. **Estimativa 2018-Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INCA. **Atendimento do Serviço Social** Rio de Janeiro, BrasilINCA IV, 2018.

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: Um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro**, v. 47, n. 1, p. 205–225, 2013.

MYNY, D. et al. Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset. **J Adv Nurs.**, v. 66, n. 1, p. 92–102, 2010.

NANCARROW, S. A. **Six principles to enhance health workforce flexibility** Human Resources for Health, 2015.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. DE A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1293–1311, 2012.

NOBLE, B. et al. Impact of the Powys Macmillan GP clinical facilitator project: views of health-care professionals. **International journal of palliative nursing**, v. 9, n. 12, p. 528–533, 2003.

OIT. **Trabalho decente**. Disponível em: <<http://www.ilo.org/brasilia/temas/trabalho->

decente/lang--pt/index.htm>. Acesso em: 15 nov. 2017.

OLIVEIRA, ELOÁ SIQUEIRA MAGALHÃES, A. E. M.; CUNHA, N. B. Atuação do nutricionista para melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Archives of Health Sciences**, v. 25, n. 3, p. 9, 2018.

OLIVEIRA, L. D. F.; ALINE, R.; HILÁRIO, R. C. A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações*. **Serviço Social & Sociedade**, n. 102, p. 352–364, 2010.
OMS, O. M. DA S. Trabalhando Juntos Pela Saúde. **Organização Mundial da Saúde**, p. 210, 2006.

OPENGREY. **System for Information on Grey Literature in Europe**. Disponível em: <<http://opengrey.eu>>. Acesso em: 25 maio. 2019.

OUZZANI, M. et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 1, p. 210, 5 dez. 2016.

PAPA-RODRIGUEZ, T. et al. Efforts to reduce compassion fatigue among BMT nurses:2015 update. **Biology of blood and marrow transplantation**, v. 21, n. 2, p. Suppl.1(S123-S124), 2015.

PELLETIER, D.; DUFFIELD, C. Working sampling: valuable methodology to define practice patterns. **Nurs Health Sci.**, v. 5, n. 1, p. 31–8, 2003.

PINTO, I. F.; CAMPOS, C. J. G. Os nutricionistas e os cuidados paliativos. **Acta Portuguesa de Nutrição**, v. 07, n. 2, p. 40–43, 2016.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. Economia da Saúde: Conceito e contribuição para a gestão da saúde. **Ipea**, p. 294, 2002.

RABELO, M. L.; BORELLA, M. L. L. Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica. **Revista Dor**, v. 14, n. 1, p. 58–60, 2013.

RASMUSSEN, B. Nurses' Work in a Hospice and in an Oncological Unit in Sweden. **Hospice Journal**, The, v. 15, n. 1, p. 53–75, 21 mar. 2000.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **ALEA**, v. 7, p. 305–322, 2005.

ROCHA, L. S. M.; CUNHA, A. O papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. **Jornal de Ciências Biomédicas & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 78–85, 2017.

SANTOS, C. M. DA C.; PIMENTA, C. A. DE M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007.

SAPETA, P. Competências do psicólogo em cuidados paliativos Skills of psychologists in Competências do psicólogo em cuidados paliativos. n. November, 2016.

SATISH, S. N. et al. Gap Analysis in Staffing Using Workload Indicators of Staffing Need Method in A Tertiary Care Teaching Hospital. **International Journal of Scientific Research**, v. 4, n. 2277, p. 376–377, 2015.

SAUDE, M. DA. **Diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais** Brasil, 2010.

SCHLECHTER, A. F.; SYCE, C.; BUSSIN, M. Predicting voluntary turnover in employees using demographic characteristics: A South African case study. **Acta Commercii**, v. 16, n. 1, p. 1–10, 2016.

SCHUFFENHAUER, T. A qualitative study of workload and coping strategies of RTT'S in radioterapy. **Radiotherapy and Oncology**, v. 13, p. S130–S131, 2012.

SHIPP, P. J. (WHO). Workload Indicators of Staffing Need (WISN) A manual for implementation. **World health organisation**, p. 1–131, 1998.

SKIILBECK, J.; SEYMOUR, J. Meeting complex needs: an analysis of Macmillan nurses' work with patients. **International Journal of Palliative care Nursing**, v. 8, n. 12, p. 574–582, 2002.

SLEEMAN, K. **Palliative care: an essential facet of universal health coverage**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <www.thelancet.com/lancetgh>. Acesso em: 18 dez. 2019.

SOUSA, A. et al. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 11, p. 892–894, 1 nov. 2013.

SOUZA, M. T. DE; SILVA, M. D. DA; CARVALHO, R. DE. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo, Brazil)**, v. 8, n. 1, p. 102–6, 2010.

URDEN, L.; ROODE, J. A decision-making tool for determining resources and work redesign. **J Nurs Adm.**, v. 27, n. 9, p. 34–41, 1997.

VIEIRA, H. et al. Surgical oncologist workforce profile in Brazil 2014-2015. **European Journal of Surgical Oncology**, 2015.

VUJICIC, M.; ZURN, P. The dynamics of the health labour market. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 21, n. 2, p. 101–115, abr. 2006.

WALT, G. et al. ' Doing ' health policy analysis : methodological and conceptual reflections and challenges. **Health Policy and Planning**, n. 2000, p. 308–317, 2008.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: Updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

WHO. Workload Indicators of Staffing Need: USER'S MANUAL. **World Health Organization**, p. 45, 2010.

WHO. WHO | Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. **Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030; A69/38**, v. 2, n. April, p. 1–8, 2016a.

WHO. Workload indicators of staffing need (WISN): selected country implementation experiences. **Human Resources for Health Observer**, v. 15, p. 33, 2016b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Applying the Wisn method in practice: case studies from Indonesi, Mozambique and Uganda**. Geneva, 2010.

WorldCat. Disponível em: <worldcat.org>. Acesso em: 26 fev. 2019.

WRIGHT, S.; EDWARDS, N. Investing in hospitals of the future. **European Observatory on Health System and Policies**, n. 16, 2009.

APÊNDICE – Listas de atividades codificadas para observação direta

Lista 1 – Atividades de Psicologia codificadas para observação.....	211
Lista 2 – Atividades de Medicina codificadas para observação.....	214
Lista 3 – Atividades de Nutrição codificadas para observação.....	217
Lista 4 – Atividades de Enfermagem codificadas para observação.....	222
Lista 5 – Atividades de Serviço Social codificadas para observação.....	224
Lista 6 - Atividades de Fisioterapia codificadas para observação.....	227
Lista 7 – Atividades de Farmácia codificadas para observação.....	229
Lista 8 –Atividades diretas codificadas para observação.....	231
Lista 9 – Atividades de apoio codificadas para observação.....	233
Lista 10 – Atividades adicionais codificadas para observação.....	234

ANEXO A- Termo de consentimento livre e esclarecido para equipe do HCIV

Dimensionamento de Pessoal para Cuidados Paliativos em uma instituição complexa de Oncologia

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque é servidor no Hospital IV e atua em Cuidados Paliativos. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável sobre quaisquer dúvidas que você tenha em qualquer etapa da pesquisa. Após receber todas as informações e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

A pesquisa objetiva contribuir para o desenvolvimento de políticas e gestão de recursos humanos para cuidados paliativos em instituições complexas de oncologia. Será utilizada uma ferramenta da Organização Mundial de Saúde, denominada WISN, para dimensionar a carga de trabalho dos profissionais que atuam em cuidados paliativos. Após esse estudo, serão elaboradas recomendações de dimensionamento para o quadro de pessoal de cuidados paliativos em oncologia.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A pesquisa terá as seguintes etapas:

1. Revisão integrativa sobre dimensionamento de pessoal em oncologia e cuidados paliativos.
2. Reunião com a Direção do HCIV para apresentar a proposta e definir cronograma da pesquisa de campo.
3. Observação direta de atividades assistenciais, de ensino e pesquisa de diferentes categorias realizada por equipe recrutada e treinada para registro de carga de trabalho individual e coletiva, com respeito à privacidade exigida ao procedimento

ou atividade avaliada. As atividades a serem observadas serão as definidas em documentos internacionais e nacionais para cada categoria como compatíveis com cuidados paliativos e passíveis de mensuração de carga de trabalho. A escolha contará com a participação dos profissionais, quando as atividades pesquisadas serão apresentadas e discutidas com gestores e equipes antes da observação direta.

4. Aplicação da ferramenta WISN para avaliar carga de trabalho no hospital de cuidados paliativos do INCA.
5. Apresentação dos resultados para os profissionais
6. Realização de grupo focal com gestores para descrever o impacto do resultado apresentado.
7. Entrevista com gestores de instituição oncológica no âmbito federal, estadual ou municipal.
8. Recomendações de dimensionamento para cuidados paliativos oncológicos.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não poderá oferecer benefícios diretos a você. Eventuais despesas de participação podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa. Se você concordar com o uso de suas informações, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o planejamento para dimensionar a força de trabalho seja avaliado sob o ponto de vista técnico e econômico, considerando a centralidade dos recursos humanos nos serviços de saúde.

RISCOS

Você estará sujeito a riscos mínimos na atividade laboral pela sua participação nesta pesquisa. Haverá cuidadosa alteração da rotina para atender a etapas da pesquisa, que exigem participação individual ou em grupo, com impacto nas tarefas agendadas com pacientes, familiares e outros profissionais do serviço (reuniões, sessões clínicas, trabalhos externos).

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, não haverá divulgação em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer consequências. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e os dados coletados serão excluídos.

ACESSO AOS RESULTADOS

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado a esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável ou o(s) comitê(s) de ética nos contatos abaixo:

Pesquisadora: Alessandra Pereira da Silva no telefone (021) 991229235 das 9h às 18h.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro. CEP 20559-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211.E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa do INCA :Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Os Comitês de Ética que aprovaram esta pesquisa são formados por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam a participar destes.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para participar da pesquisa. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim os objetivos da pesquisa e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é voluntária e não há obrigatoriedade de entrar em contato com a pesquisadora. Entretanto, esta estará disponível caso haja dúvidas. Foi esclarecido que a pesquisadora responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e assinatura do Participante

Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao profissional indicado acima. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido para a participação nesta pesquisa.

Nome e assinatura do Pesquisador

Data

ANEXO B- Termo de consentimento livre e esclarecido para entrevistas**Dimensionamento de Pessoal para Cuidados Paliativos em uma instituição complexa de Oncologia**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque é ou foi gestor de instituição oncológica nas esferas municipal, estadual ou federal. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável sobre quaisquer dúvidas que você tenha em qualquer etapa da pesquisa. Após receber todas as informações e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

A pesquisa objetiva contribuir para o desenvolvimento de políticas e gestão de recursos humanos para cuidados paliativos em instituições complexas de oncologia. Será utilizada uma ferramenta da Organização Mundial de Saúde, denominada WISN, para dimensionar a carga de trabalho dos profissionais que atuam em cuidados paliativos. Após esse estudo, serão elaboradas recomendações de dimensionamento para o quadro de pessoal de cuidados paliativos em oncologia.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A pesquisa terá as seguintes etapas:

1. Revisão integrativa sobre dimensionamento de pessoal em oncologia e cuidados paliativos.
2. Reunião com a Direção do HCIV para apresentar a proposta e definir cronograma da pesquisa de campo.
3. Aplicação da ferramenta WISN para avaliar carga de trabalho no hospital de cuidados paliativos do INCA.

4. Apresentação dos resultados para os profissionais
5. Realização de grupo focal com gestores para descrever o impacto do resultado apresentado.
6. Entrevista com gestores de instituição oncológica no âmbito federal, estadual ou municipal.
7. Recomendações de dimensionamento para cuidados paliativos oncológicos.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não poderá oferecer benefícios diretos a você. Eventuais despesas de participação podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa. Se você concordar com o uso de suas informações, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o planejamento para dimensionar a força de trabalho seja avaliado sob o ponto de vista técnico e econômico, considerando a centralidade dos recursos humanos nos serviços de saúde.

RISCOS

Você estará sujeito a riscos mínimos por sua participação nesta pesquisa. Será necessária alteração voluntária de sua rotina para a concessão da entrevista. O roteiro da entrevista aborda aspectos sensíveis em relação a sua experiência como gestor, com exposição de pontos positivos e negativos, que serão utilizados nas recomendações previstas para conclusão do estudo.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, não haverá divulgação em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer consequências. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem

qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e os dados coletados serão excluídos.

ACESSO AOS RESULTADOS

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado a esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável ou o(s) comitê(s) de ética nos contatos abaixo:

Pesquisadora: Alessandra Pereira da Silva no telefone (021) 991229235 das 9h às 18h.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro. CEP 20559-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa do INCA :Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Os Comitês de Ética que aprovaram esta pesquisa são formados por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam a participar destes.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para participar da pesquisa. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para

mim os objetivos da pesquisa e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é voluntária e não há obrigatoriedade de entrar em contato com a pesquisadora. Entretanto, esta estará disponível caso haja dúvidas. Foi esclarecido que a pesquisadora responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e assinatura do Participante

Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao profissional indicado acima. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido para a participação nesta pesquisa.

Nome e assinatura do Pesquisador

Data

ANEXO C- Atividades para orientar cronograma de trabalho com a Direção do HCIV

1. Apresentação da proposta à gestão.
2. Definição dos experts (profissionais de cada categoria, com pelo menos 5 anos consecutivos de experiência prática em cuidados paliativos oncológicos) para definir padrões e tempos de atividades.
3. Definição do comitê de assessoramento formado por profissionais com pelo menos 3 anos de experiência em gestão, indicados pela Direção para acompanhar o processo e seus resultados, validar a estratégia e avaliar a factibilidade do método aos serviços.
4. Estimativa do tempo de trabalho atual disponível.
5. Definição dos componentes da carga de trabalho diário para atividades do serviço de saúde (estatísticas regulares coletadas).
6. Definição dos componentes da carga de trabalho diário para atividades de apoio.
7. Definição dos componentes da carga de trabalho diário para atividades adicionais.
8. Coleta de informações estatísticas.
9. Coleta de informações sem estatísticas.
10. Fixação dos padrões de atividade.
11. Estabelecimento dos padrões da carga de trabalho.
12. Apresentação das necessidades de pessoal baseados no WISN.

ANEXO D - Roteiro para entrevista com gestores de instituições oncológicas municipais, estaduais ou federais

Perguntas:

1. Qual sua avaliação sobre a discussão da temática de recursos humanos para cuidados paliativos em oncologia?
2. De acordo com sua experiência, qual a repercussão de uma política de RH para cuidados paliativos para a gestão das instituições oncológicas?
3. Quais os fatores que podem prejudicar ou contribuir para uma política de RH em cuidados paliativos?
4. Qual experiência em relação a dimensionamento de recursos humanos para cuidados paliativos?
5. Qual é sua expectativa e avaliação sobre a organização para oferta de recursos humanos para cuidados paliativos em médio e longo prazos?

ANEXO E – Estratégias de busca em bases de dados

Quadro 7- Estratégias de busca em bases de dados

LILACS	<p>(tw:Physician\$ OR mh:Médicos OR tw:Médico\$ OR mh:Nurses OR tw:Enfermeir\$ OR tw:Enfermeros OR tw:Nurse\$ OR tw:“Assistentes Sociais” OR tw:“assistente social” OR tw:“Trabajadores Sociales” OR mh:”Social Workers” OR mh:Psychologists OR tw:psicologo\$ OR tw:Psychologist\$ OR tw:Fisioterapeuta\$ OR mh:”Physical Therapists” OR mh:Pharmacists OR tw:Pharmacists OR tw:Farmacéutico\$ OR tw:Farmacêutico\$ OR tw:Nutritionist\$ OR mh:Nutritionists OR tw:Nutricionista\$ OR mh:”Personnel, Hospital” OR tw:”Personal de Hospital” OR tw:”Recursos Humanos em Hospital” OR mh:”Health Manpower” OR tw:”Recursos Humanos em Saúde” OR tw:”Recursos Humanos en Salud” OR mh:”Nursing Staff” OR tw:”Personal de Enfermería” OR tw:”Recursos Humanos de Enfermagem”) AND (tw:Workload OR mh:Workload OR tw:”Carga de Trabajo” OR tw:”Carga de Trabalho” OR tw:”Factores de Tiempo” OR mh:”Factores de Tiempo” OR tw:”Fatores de Tempo” OR tw:”Time Factors” OR tw:”Administración del Tiempo” OR tw:”Gerenciamento do Tempo” OR mh:”Time Management” OR tw:”Time Management” OR mh:”Personnel Downsizing” OR tw:”Personnel Downsizing” OR tw:”Reducción de Personal” OR tw:”Downsizing Organizacional”) AND (tw:”Palliative Care” OR tw:”Cuidados Paliativos” OR mh:”Cuidados Paliativos” OR tw:”Cuidados Paliativos al Final de la Vida” OR tw:”Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida” OR mh:”Hospice Care” OR tw:”Hospice Care” OR tw:Hospices OR mh:”Hospices” OR tw:”Hospitales para Enfermos Terminales” OR tw:”Hospitais para Doentes Terminais” OR tw:”Terminally Ill” OR mh:”Terminally Ill” OR tw:”Enfermo Terminal” OR tw:”Doente Terminal” OR tw:”Paciente Terminal” OR tw:”Assistência Terminal” OR tw:”Cuidado Terminal” OR tw:”Terminal Care” OR mh:”Terminal Care” OR mh:”Long-Term Care” OR tw:”Long-Term Care” OR tw:”Cuidados a Largo Plazo” OR tw:”Assistência de Longa Duração”) AND (tw:neoplasm\$ OR tw:cancer OR tw:tumor\$ OR tw:tumour\$ OR tw:onco\$ OR tw:carcinoma\$ OR mh:”Medical Oncology”) = 8 refs</p>
PUBMED	<p>(Physicians[mh] OR Physicians*[tiab] OR Nurses[mh] OR nurse*[tiab] OR “social workers”[mh] or “social worker”[tiab] OR Psychologists[mh] OR Psychologist*[tiab] OR “Physical Therapists”[mh] OR “Physical Therapists”[tiab] OR “Pharmacists”[mh] OR Pharmacist*[tiab] OR Nutritionists[mh] OR Nutritionist*[tiab] OR “Personnel, Hospital”[mh] OR “Personnel, Hospital”[tiab] OR “Health Manpower”[mh] OR “Health Manpower”[tiab] OR “Nursing Staff”[mh] OR “Nursing Staff”[tiab]) AND (Workload[mh] OR Workload*[tiab] OR “work load”[tiab] OR “Time Factors”[mh] OR “Time Factors”[tiab] OR “Time Factor”[tiab] OR “Time Management”[mh] OR “Time Management”[tiab] OR “Personnel Downsizing”[mh] OR “Personnel Downsizing”[tiab]) AND (“Palliative Care”[mh] OR “Palliative Care”[tiab] OR “Hospice Care”[mh] OR “Hospice Care”[tiab] OR Hospices[mh] OR Hospices[tiab] OR “Terminally Ill”[mh] OR “Terminally Ill”[tiab] OR “Ill, Terminally”[tiab] OR “Terminal Care”[mh] OR “Terminal Care”[tiab] OR “Long-Term Care”[mh] OR “Long-Term Care”[tiab] OR “Long Term Care”[tiab]) AND (neoplasms[mh] OR neoplasm*[tiab] OR cancer[tiab] OR tumor*[tiab] OR tumour*[tiab] OR carcinoma*[tiab] OR onco*[tiab] OR “Medical Oncology”[tiab] OR “Medical Oncology”[mh]) = 168 refs</p>

CINAHL	(Physicians* OR nurse* OR "social workers" or "social worker" OR Psychologist* OR "Physical Therapists" OR Pharmacist* OR Nutritionist* OR "Personnel, Hospital" OR "Health Manpower" OR "Nursing Staff") AND (Workload* OR "work load" OR "Time Factors" OR "Time Factor" OR "Time Management" OR "Personnel Downsizing") AND ("Palliative Care" OR "Hospice Care" OR Hospices OR "Terminally Ill" OR "Ill, Terminally" OR "Terminal Care" OR "Long-Term Care") AND (neoplasm* OR cancer OR tumor* OR tumour* OR carcinoma* OR onco* OR "Medical Oncology") = 91 refs
EMBASE	('physician'/exp OR 'doctor' OR 'medical doctor' OR 'physician' OR 'physicians' OR 'medical practitioner' OR 'nurse'/exp OR 'nurse' OR 'nurses' OR 'social worker'/exp OR 'social worker' OR 'social workers' OR 'psychologist'/exp OR 'psychologist' OR 'physiotherapist'/exp OR 'physical therapist' OR 'physical therapists' OR 'physiotherapist' OR 'physiotherapists' OR 'pharmacist'/exp OR 'pharmacist' OR 'pharmacists' OR 'dietitian'/exp OR 'nutritionist' OR 'nutritionists' OR 'hospital personnel'/exp OR 'hospital employee' OR 'hospital personnel' OR 'hospital staff' OR 'hospital staffing' OR 'hospital worker' OR 'personnel, hospital' OR 'health care manpower'/exp OR 'health care manpower' OR 'healthcare manpower' OR 'medical manpower' OR 'nursing staff'/exp OR 'nurse staffing' OR 'nursing manpower' OR 'nursing personnel' OR 'nursing staff' OR 'nursing staff, hospital') AND ('workload'/exp OR 'work load' OR 'workload' OR 'workload measurement' OR 'time factor'/exp OR 'time management'/exp OR 'time management' OR 'personnel management'/exp OR 'personnel downsizing' OR 'personnel management' OR 'staff management' OR 'staff privileges' OR 'personnel staffing and scheduling' OR 'staff development') AND ('palliative therapy'/exp OR 'palliation' OR 'palliative care' OR 'palliative consultation' OR 'palliative medicine' OR 'palliative radiotherapy' OR 'palliative surgery' OR 'palliative therapy' OR 'palliative treatment' OR 'symptomatic treatment' OR 'hospice care'/exp OR 'hospice care' OR 'hospice'/exp OR 'hospice' OR 'hospices' OR 'terminally ill patient'/exp OR 'terminal patient' OR 'terminally ill' OR 'terminally ill patient' OR 'terminal care'/exp OR 'eol care' OR 'end-of-life care' OR 'terminal care') AND ('malignant neoplasm'/exp OR 'cancer' OR 'cancers' OR 'malignant neoplasia' OR 'malignant neoplasm' OR 'malignant neoplastic disease' OR 'malignant tumor' OR 'malignant tumour' OR 'neoplasia, malignant' OR 'tumor, malignant' OR 'tumour, malignant' OR 'neoplasm'/exp OR 'acral tumor' OR 'acral tumour' OR 'neoplasia' OR 'neoplasm' OR 'neoplasms' OR 'neoplasms by histologic type' OR 'neoplasms, cystic, mucinous, and serous' OR 'neoplasms, embryonal and mixed' OR 'neoplasms, germ cell and embryonal' OR 'neoplasms, glandular and epithelial' OR 'neoplasms, hormone-dependent' OR 'neoplasms, post-traumatic' OR 'neoplastic disease' OR 'tumor' OR 'tumour' OR 'carcinoma'/exp OR 'carcinoma' OR 'carcinoma 63' OR 'carcinoma, brown-pearce' OR 'carcinoma, krebs 2' OR 'carcinoma, neuroendocrine' OR 'carcinoma, scirrhus' OR 'epithelial carcinoma' OR 'epithelial malignant tumor' OR 'epithelial malignant tumour' OR 'internal carcinoma' OR 'malignant epithelial tumor' OR 'malignant epithelial tumour' OR 'microcarcinoma' OR 'neoplasm, malignant epithelial' OR 'neoplasms, ductal, lobular, and medullary' OR 'primary carcinoma' OR 'oncology'/exp) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) = 83 refs

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

ANEXO F – Atividades validadas e codificadas por categoria para observação

Quadro 8 – Atividades identificadas da Psicologia

PSICOLOGIA		
Atividades diretas	Atividades de apoio	Atividades adicionais
AMBULATÓRIO	Preenchimento de avaliação inicial	Coordenação de módulos na residência multiprofissional
Atendimento de primeira vez	Preenchimento de Plano de cuidados psicológicos	Preparo de aulas para residência multiprofissional
Atendimento subsequente	Registro de atendimento em prontuário	Aulas para a residência multiprofissional
Interconsulta	Registro de produtividade	Preceptoria de residentes
ATENÇÃO DOMICILIAR	Elaboração de relatórios	Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
Visita domiciliar de primeira vez		Orientação acadêmica de residentes
Visita domiciliar subsequente		Recepção e orientação de estudantes de intercâmbio
Reunião com familiares e cuidadores		
Visita pós-óbito no domicílio		Recepção e orientação de estudantes de graduação
INTERNAÇÃO HOSPITALAR		Recepção e orientação de profissionais de outros hospitais do INCA de outras instituições
Atendimento de primeira vez		Acompanhamento de visita técnica à unidade
Atendimento subsequente		Escala de serviço
Reunião para atendimento de familiares		Participação em reuniões da Psicologia
Atendimento pós-óbito imediato a familiares		Participação em Sessões clínicas
Ambulatório de luto		Participação em reuniões de indicadores
S. PRONTO-ATENDIMENTO		Participação em reuniões com a chefia do apoio técnico
Atendimento psicológico		Participação em reuniões com a Direção
		Participação em reunião da Comissão de prontuários

Lista 1- Atividades da Psicologia codificadas para observação

- 102 - Ambulatório de luto
- 110 - Atendimento de primeira vez
- 114 - Atendimento pós-óbito às famílias
- 115 - Atendimento pós-óbito imediato a familiares
- 116 - Atendimento subsequente
- 135 - Orientação a familiares e cuidadores
- 136 - Orientação a pacientes e familiares
- 171 - Visita aos leitos (round)
- 302 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares de acordo com planejamento
- 303 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares por demanda espontânea
- 314 - Discussão de casos em equipe
- 316 - Elaboração de relatórios
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 325 - Preenchimento de avaliação inicial
- 327 - Preenchimento do Plano de Cuidados
- 501 - Acompanhamento de visita técnica à unidade
- 502 - Atividades de pesquisa
- 503 - Aulas para a residência multiprofissional
- 504 - Coordenação de módulos na residência multiprofissional
- 506 - Escala de serviço
- 507 - Orientação acadêmica de residentes
- 512 - Participação em congressos
- 515 - Participação em reuniões com a chefia do apoio técnico
- 516 - Participação em reuniões com a Direção
- 522 - Participação em reuniões da Comissão de Prontuários
- 528 - Participação em reuniões da Psicologia
- 529 - Participação em reuniões de indicadores
- 531 - Participação em reuniões do laboratório de Psicologia em cuidados paliativos
- 534 - Participação em sessões clínicas
- 535 - Preceptoria de residentes
- 536 - Preparo de aulas para residência multiprofissional

- 538 - Recepção e orientação de estudantes de graduação
- 539 - Recepção e orientação de estudantes de intercâmbio
- 541 - Recepção e orientação de profissionais de outros hospitais (do INCA e de outras instituições)
- 543 - Reuniões de equipe multidisciplinar
- 545 - Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
- 542 - Registro de produtividade
- 701 - Deslocamento interno
- 702 - Deslocamento para outros hospitais do INCA
- 703 - Deslocamento para outras instituições
- 704 – Almoço
- 705 – Lanche
- 706 - Atividades fisiológicas
- 707 – Descanso
- 901 - Outras atividades diretas
- 902 - Outras atividades de apoio
- 903 - Outras atividades adicionais
- 998 - Não observado
- 999- Sem informação

Quadro 9- Atividades identificadas da Medicina

MEDICINA		
Atividades diretas	Atividades de apoio	Atividades adicionais
AMBULATÓRIO	Prescrição de medicamentos	Coordenação de módulos para a residência multiprofissional
Consulta de primeira vez	Registro de atendimento em prontuário	Preparo de aulas para residência multiprofissional
Consulta subsequente	Registro de produtividade	Aulas para a residência multiprofissional
Interconsulta	Elaboração de relatórios	Preceptoria de residentes
ATENÇÃO DOMICILIAR		Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
Visita domiciliar de primeira vez	Discussão em equipe sobre condutas terapêuticas	Recepção e orientação de estudantes de intercâmbio
Visita domiciliar subsequente		Recepção e orientação de profissionais de outras instituições
Orientações a pacientes e familiares		Curso para outras instituições federais
Atendimento telefônico a pacientes e familiares		Elaborar escala de serviço
INTERNAÇÃO HOSPITALAR		Participação em sessões clínicas
Consulta		Participação em reuniões de
Realização de procedimentos		Participação em reuniões com a Direção
Visita aos leitos (round)		Atividades de pesquisa
S. PRONTO-ATENDIMENTO		Participação em congressos

Consulta Prescrição de medicamentos Atendimento de demanda espontânea da internação à tarde e finais de semana Realização de procedimentos do SPA e do ambulatório Orientações a pacientes e familiares		
---	--	--

Lista 2 – Atividades de Medicina codificadas para observação

- 114 - Atendimento pós-óbito às famílias
- 123 - Consulta de primeira vez
- 124 - Consulta subsequente
- 135 - Orientação a familiares e cuidadores
- 136 - Orientação a pacientes e familiares
- 163 - Realização de procedimentos médicos
- 171 - Visita aos leitos (round)
- 302 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares de acordo com planejamento
- 314 - Discussão de casos em equipe
- 316 - Elaboração de relatórios
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 329 - Prescrição de medicamentos
- 501 - Acompanhamento de visita técnica à unidade
- 502 - Atividades de pesquisa
- 503 - Aulas para a residência multiprofissional
- 504 - Coordenação de módulos na residência multiprofissional
- 505 - Curso para outras instituições federais
- 506 - Escala de serviço
- 512 - Participação em congressos
- 516 - Participação em reuniões com a Direção
- 529 - Participação em reuniões de indicadores
- 534 - Participação em sessões clínicas

- 535 - Preceptorial de residentes
- 536 - Preparo de aulas para residência multiprofissional
- 539 - Recepção e orientação de estudantes de intercâmbio
- 540 - Recepção e orientação de profissionais de outras instituições
- 541 - Recepção e orientação de profissionais de outros hospitais (do INCA e de outras instituições)
- 543 - Reuniões de equipe multidisciplinar
- 545 - Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
- 542 - Registro de produtividade
- 701 - Deslocamento interno
- 702 - Deslocamento para outros hospitais do INCA
- 703 - Deslocamento para outras instituições
- 704 – Almoço
- 705 – Lanche
- 706 - Atividades fisiológicas
- 707 – Descanso
- 901 - Outras atividades diretas
- 902 - Outras atividades de apoio
- 903 - Outras atividades adicionais
- 998 - Não observado
- 999 - Sem informação

Quadro 10 – Atividades identificadas na Nutrição

NUTRIÇÃO		
Atividades diretas	Atividades de apoio	Atividades adicionais
AMBULATÓRIO	Preenchimento do Plano de Cuidados	Coordenação de módulos para a residência multiprofissional
Consulta de primeira vez	Registro de produtividade	Preparo de aulas para residência multiprofissional
Consulta subsequente	Discussão de casos com equipe multidisciplinar	Aulas para a residência multiprofissional
Interconsulta	Solicitação de parecer da fonoaudiologia	Preceptorial de residentes
Atendimento familiar para pacientes em assistência domiciliar	Registro de atendimento em prontuário	Orientação acadêmica de residentes
Fornecimento alimentação parenteral e oral	Avaliação do consumo de material utilizado e solicitação de reposição	Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
Orientação sobre conduta dietoterápica e cuidados com dieta enteral	Elaboração de relatórios	Acompanhamento de Preparo de visita técnica à unidade
Atendimento do paciente do Curioso	Solicitação de refeições para os pacientes do SPA	Recepção e orientação de profissionais de outras instituições
INTERNAÇÃO HOSPITALAR		Participação em reuniões da Nutrição
Visita clínica diária	Preenchimento do mapa de acompanhamento diário da Evolução de alta no prontuário	Escala de serviço
Visita aos leitos (round)	Prescrição e solicitação da dieta dos pacientes internados	Participação em Sessões clínicas
Orientações verbais e impressas quanto à dieta para pacientes com alta	Consulta ao prontuário de pacientes novos	Participação em reuniões de indicadores
	Consulta ao quadro de pacientes internados	Participação em reuniões com a Direção
S. PRONTO-ATENDIMENTO	Consulta e registro no livro de ocorrências	Atividades de pesquisa
Avaliação do paciente	Discussão em equipe sobre condutas terapêuticas	Participação em congressos
	Registro de admissão de pacientes	Participação em reuniões com a chefia do apoio técnico

	Avaliação das condições higiênico-sanitárias das copeiras, da copa, utensílios e materiais	
--	--	--

Lista 3- Atividades de Nutrição codificadas para observação

- 110 - Atendimento de primeira vez
- 116 - Atendimento subsequente
- 135 - Orientação a familiares e cuidadores
- 136 - Orientação a pacientes e familiares
- 145 - Orientações verbais e impressas quanto à dieta para pacientes com alta
- 168 - Supervisão da dieta dos pacientes internados
- 171 - Visita aos leitos (round)
- 172 - Visita clínica diária
- 304 - Avaliação das condições higiênico-sanitárias das copeiras, da copa, utensílios e materiais
- 308 - Consulta ao prontuário
- 309 - Consulta ao quadro de pacientes internados
- 310 - Consulta e registro no livro de ocorrências
- 314 - Discussão de casos em equipe
- 316 - Elaboração de relatórios
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 325 - Preenchimento de avaliação inicial
- 326 - Preenchimento do mapa de acompanhamento diário da nutrição
- 327 - Preenchimento do Plano de Cuidados
- 328 - Preenchimento do SISNUT para faturamento das dietas
- 330 - Prescrição e solicitação da dieta dos pacientes internados
- 333 - Registro das dietas na prescrição eletrônica
- 337 - Solicitação de parecer da fonoaudiologia
- 339 - Verificação e solicitação de material para administração de dieta
- 501 - Acompanhamento de visita técnica à unidade
- 502 - Atividades de pesquisa

- 503 - Aulas para a residência multiprofissional
- 504 - Coordenação de módulos na residência multiprofissional
- 506 - Escala de serviço
- 507 - Orientação acadêmica de residentes
- 512 - Participação em congressos
- 515 - Participação em reuniões com a chefia do apoio técnico
- 516 - Participação em reuniões com a Direção
- 527 - Participação em reuniões da Nutrição
- 529 - Participação em reuniões de indicadores
- 534 - Participação em sessões clínicas
- 535 - Preceptoria de residentes
- 536 - Preparo de aulas para residência multiprofissional
- 540 - Recepção e orientação de profissionais de outras instituições
- 541 - Recepção e orientação de profissionais de outros hospitais (do INCA e de outras instituições)
- 543 - Reuniões de equipe multidisciplinar
- 545 - Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
- 542 - Registro de produtividade
- 701 - Deslocamento interno
- 702 - Deslocamento para outros hospitais do INCA
- 703 - Deslocamento para outras instituições
- 704 – Almoço
- 705 – Lanche
- 706 - Atividades fisiológicas
- 707 – Descanso
- 901 - Outras atividades diretas
- 902 - Outras atividades de apoio
- 903 - Outras atividades adicionais
- 998 - Não observado
- 999 - Sem informação

Quadro 11 – Atividades identificadas da Enfermagem

ENFERMAGEM	
Atividades diretas	
AMBULATÓRIO	ATENÇÃO DOMICILIAR
Consulta de primeira vez	Consulta de primeira vez
Consulta subsequente	Consulta subsequente
Intervenções	Verificação de sinais vitais
Orientação de familiares e cuidadores	Instalação de sondas
Instalação de sondas	Instalação de soros e medicamentos
Verificação de sinais vitais	Retirada de pontos cirúrgicos
Instalação de soros e medicamentos	Manipulação de cateteres
Aspiração de vias aéreas	Realização de curativos
Punção venosa	Cuidados com ostomias
Retirada de pontos cirúrgicos	Nebulização
Manipulação de cateteres	Aspiração de vias aéreas
Realização de curativos	Retirada de drenos
Cuidados com ostomias	Punção venosa e subcutânea
Nebulização	Administração de clister
Coleta de material para exame	Coleta de material para exame laboratorial
Procedimentos para internação	Realizar preparo do corpo
	Atendimento pós-óbito à família no domicílio
	Realizar treinamento e capacitação de cuidadores e familiares
	Identificar e realizar orientação diferenciada para cuidadores e familiares com barreira de entendimento por déficit cultural, de linguagem, auditiva ou visual.
	Orientação sobre manuseio do lixo e material perfuro-cortante
	Orientação de pacientes e familiares quanto às normas e rotinas no serviço de AD e no ambiente hospitalar
	Orientação quanto ao óbito e óbito domiciliar
	Assistência em cuidados em fim de vida (CFV)

ENFERMAGEM	
Atividades de apoio	Atividades adicionais
<p>Evolução em prontuário Registro de produtividade Pedido e controle de material Atendimento telefônico Discussão de casos Preenchimento do Plano de cuidados Inserção de dados no sistema AD Solicitação de material e medicamento no sistema AD Orientação por telefone às famílias quanto ao manejo de sintomas Conferência de medicamentos Reuniões de equipe multidisciplinar Procedimentos de admissão Procedimentos de alta Passagem de plantão Controle de medicamentos de alta vigilância Aprazamento e impressão de prescrições Impressão de etiquetas de medicamentos</p> <p>Discussão de casos</p>	<p>Preceptoria de residentes Supervisão das atividades realizadas pelos residentes Participação em curso de formação para docência Participação em curso de formação para preceptoria Recepção e orientação de profissionais de outros hospitais do INCA de outras instituições Acompanhamento de Preparo de visita técnica à unidade Escala de serviço Participação em reuniões da Enfermagem Participação em Sessões clínicas Participação em reuniões interprocessos (alta e transferência) de Enfermagem Participação em reunião de lideranças Participação em reuniões de indicadores Participação em reuniões com a Direção Participação em reunião da Comissão de prontuários Participação em reunião da Comissão de curativos Participação em reunião da Comissão de ética Participação em reunião da Comissão de óbito Participação em reunião da Comissão de cateteres Participação em reunião da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem Participação em Câmara Técnica de desospitalização Participação em reunião da Comissão de cateteres Participação em reunião da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem Participação em Câmara Técnica de desospitalização Participação em Câmara Técnica de Cuidados paliativos</p>

	Participação em Câmara Técnica de curativos Participação em Câmara Técnica de Sistematização da Assistência de Enfermagem Atividades de pesquisa Participação em congressos
--	--

Lista 4- Atividades da Enfermagem codificadas para observação

- 101 - Administração de clister
- 105 - Aspiração de vias aéreas
- 109 - Atendimento de emergências
- 114 - Atendimento pós-óbito às famílias
- 115 - Atendimento pós-óbito imediato a familiares
- 118 - Auxílio em procedimentos médicos (toracocentese e paracentese)
- 121 - Coleta de material para exame laboratorial
- 125 - Cuidados com ostomias
- 129 - Higiene corporal
- 130 - Instalação de sondas
- 131 - Instalação de soros e medicamentos
- 133 - Manipulação de cateteres
- 134 - Nebulização
- 135 - Orientação a familiares e cuidadores
- 136 - Orientação a pacientes e familiares
- 139 - Orientação para acompanhantes e visitas sobre normas e rotinas no ambiente hospitalar
- 147 - Preparo do corpo
- 160 - Punção venosa e subcutânea
- 161 - Realização de curativos
- 164 - Retirada de drenos
- 165 - Retirada de miíase
- 166 - Retirada de pontos cirúrgicos

- 169 - Treinamento e capacitação de cuidadores e familiares
- 170 - Verificação de sinais vitais
- 171 - Visita aos leitos (round)
- 301 - Aprazamento e impressão de prescrição médica
- 302 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares de acordo com planejamento
- 303 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares por demanda espontânea
- 305 - Avaliação do consumo de material utilizado e solicitação para reposição
- 312 - Controle de medicamentos de alta vigilância
- 314 - Discussão de casos em equipe
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 321 - Impressão de etiquetas de medicamentos
- 323 - Passagem de plantão
- 327 - Preenchimento do Plano de Cuidados
- 331 - Procedimentos de admissão
- 332 - Procedimentos de alta
- 501 - Acompanhamento de visita técnica à unidade
- 502 - Atividades de pesquisa
- 506 - Escala de serviço
- 508 - Participação em Câmara Técnica de Cuidados paliativos
- 509 - Participação em Câmara Técnica de curativos
- 510 - Participação em Câmara Técnica de desospitalização
- 511 - Participação em Câmara Técnica de Sistematização da Assistência de Enfermagem
- 512 - Participação em congressos
- 513 - Participação em curso de formação para docência
- 514 - Participação em curso de formação para preceptoria
- 516 - Participação em reuniões com a Direção
- 517 - Participação em reuniões da Comissão de cateteres
- 518 - Participação em reuniões da Comissão de curativos
- 519 - Participação em reuniões da Comissão de ética
- 521 - Participação em reuniões da Comissão de óbito
- 522 - Participação em reuniões da Comissão de Prontuários
- 523 - Participação em reuniões da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem
- 524 - Participação em reuniões da Enfermagem

- 529 - Participação em reuniões de indicadores
- 530 - Participação em reuniões de lideranças
- 533 - Participação em reuniões interprocessos (alta e transferência) de Enfermagem
- 534 - Participação em sessões clínicas
- 535 - Preceptoria de residentes
- 541 - Recepção e orientação de profissionais de outros hospitais (do INCA e de outras instituições)
- 545 - Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
- 701 - Deslocamento interno
- 702 - Deslocamento para outros hospitais do INCA
- 703 - Deslocamento para outras instituições
- 704 - Almoço
- 705 - Lanche
- 706 - Atividades fisiológicas
- 707 - Descanso
- 901 - Outras atividades diretas
- 902 - Outras atividades de apoio
- 903 - Outras atividades adicionais
- 998 - Não observado
- 999 - Sem informação

Lista 5 - Atividades do Serviço Social codificadas para observação (*sem reunião prévia)

- 110 - Atendimento de primeira vez
- 114 - Atendimento pós-óbito às famílias
- 115 - Atendimento pós-óbito imediato a familiares
- 116 - Atendimento subsequente
- 135 - Orientação a familiares e cuidadores
- 136 - Orientação a pacientes e familiares
- 143 - Orientação sobre procedimentos legais de sepultamento
- 144 - Orientação social e previdenciária
- 171 - Visita aos leitos (round)
- 302 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares de acordo com planejamento
- 303 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares por demanda espontânea

- 306 - Captação hospitalar para doação de sangue
- 311 - Contato com rede de atenção básica de saúde
- 314 - Discussão de casos em equipe
- 316 - Elaboração de relatórios
- 317 - Estudo socioeconômico para benefícios e serviços sociais
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 320 - Identificação da rede primária de cuidados e cuidador principal
- 335 - Solicitação de doação do INCA voluntários mediante avaliação social
- 501 - Acompanhamento de visita técnica à unidade
- 502 - Atividades de pesquisa
- 503 - Aulas para a residência multiprofissional
- 504 - Coordenação de módulos na residência multiprofissional
- 506 - Escala de serviço
- 507 - Orientação acadêmica de residentes
- 512 - Participação em congressos
- 516 - Participação em reuniões com a Direção
- 532 - Participação em reuniões do Serviço Social
- 534 - Participação em sessões clínicas
- 535 - Preceptorial de residentes
- 536 - Preparo de aulas para residência multiprofissional
- 541 - Recepção e orientação de profissionais de outros hospitais (do INCA e de outras instituições)
- 542 - Registro de produtividade
- 543 - Reuniões de equipe multidisciplinar
- 545 - Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
- 701 - Deslocamento interno
- 702 - Deslocamento para outros hospitais do INCA
- 703 - Deslocamento para outras instituições
- 704 - Almoço
- 705 - Lanche
- 706 - Atividades fisiológicas
- 707 - Descanso
- 901 - Outras atividades diretas
- 902 - Outras atividades de apoio

903 - Outras atividades adicionais

998 - Não observado

999 - Sem informação

Quadro 12 – Atividades identificadas na Fisioterapia

FISIOTERAPIA		
Atividades diretas	Atividades de apoio	Atividades adicionais
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Preenchimento do Plano de Cuidados fisioterápicos Consulta ao prontuário sobre indicação de Preenchimento de avaliação inicial Preenchimento de Plano de cuidados fisioterápicos Consulta ao prontuário	Coordenação de módulos para a residência Preparo de aulas para residência multiprofissional Aulas para a residência multiprofissional Preceptorial de residentes
Anamnese, avaliação e planejamento no ginásio de fisioterapia		Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
Anamnese, avaliação e planejamento no leito		Orientação acadêmica de residentes
Procedimento fisioterápico	Registro de atendimento em prontuário Registro de atendimento no SISCAF para faturamento Registro de produtividade	Recepção e orientação de estudantes de intercâmbio Recepção e orientação de estudantes de graduação
Visita aos leitos (round)		Recepção e orientação de profissionais de outros hospitais do INCA de outras
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR		Acompanhamento de Preparo de visita técnica á Realizar solicitação de material Escala de serviço
Visita domiciliar de primeira vez Visita domiciliar subsequente Anamnese, avaliação e planejamento do Realização do procedimento Orientação a familiares e cuidadores		Participação em reuniões da Fisioterapia Participação em Sessões clínicas Participação em reuniões de indicadores Participação em reuniões com a chefia do apoio

	Participação em reuniões com a Direção Atividades de pesquisa
--	--

Lista 6 - Atividades da Fisioterapia codificadas para observação

- 103 - Anamnese, avaliação e planejamento fisioterápico no leito
- 104 - Anamnese, avaliação e planejamento no ginásio de fisioterapia
- 110 - Atendimento de primeira vez
- 116 - Atendimento subsequente
- 135 - Orientação a familiares e cuidadores
- 136 - Orientação a pacientes e familiares
- 149a - Procedimento fisioterápico: transferência de postura
- 149b - Procedimento fisioterápico: acupuntura
- 150 - Procedimento fisioterápico: adaptação auxiliar marcha
- 151 - Procedimento fisioterápico: adaptação de malha compressiva
- 152 - Procedimento fisioterápico: adaptação de órtese
- 153 - Procedimento fisioterápico: auriculoterapia
- 154 - Procedimento fisioterápico: cinesioterapia motora
- 156 - Procedimento fisioterápico: ergometria.
- 157 - Procedimento fisioterápico: técnicas de analgesia
- 158 - Procedimento fisioterápico: treino de marcha
- 171 - Visita aos leitos (round)
- 303 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares por demanda espontânea
- 305 - Avaliação do consumo de material utilizado e solicitação para reposição
- 308 - Consulta ao prontuário
- 311 - Contato telefônico com outros profissionais do serviço
- 314 - Discussão de casos em equipe
- 316 - Elaboração de relatórios
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 319 - Evolução em prontuário físico
- 325 - Preenchimento de avaliação inicial
- 327 - Preenchimento do Plano de Cuidados
- 334 - Registro de atendimento no SISCAP para faturamento
- 502 - Atividades de pesquisa
- 506 - Escala de serviço
- 507 - Orientação acadêmica de residentes
- 534 - Participação em sessões clínicas
- 535 - Preceptoria de residentes
- 536 - Preparo de aulas para residência multiprofissional
- 538 - Recepção e orientação de estudantes de graduação

- 541 - Recepção e orientação de profissionais de outros hospitais (do INCA e de outras instituições)
- 542 - Registro de produtividade
- 543 - Reuniões de equipe multidisciplinar
- 545 - Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
- 548 - Atividades administrativas
- 701a - Deslocamento interno
- 702 - Deslocamento para outros hospitais do INCA
- 703 - Deslocamento para outras instituições
- 704 - Almoço
- 705 - Lanche
- 706 - Atividades fisiológicas
- 707 - Descanso
- 901 - Outras atividades diretas
- 902 - Outras atividades de apoio
- 903 - Outras atividades adicionais
- 998 - Não observado

Quadro 13 – Atividades identificadas na Farmácia

FARMÁCIA		
Atividades diretas	Atividades de apoio	Atividades adicionais
Assistência domiciliar	Atendimento telefônico a pacientes e familiares por demanda espontânea	Coordenação de módulos para a residência multiprofissional
Visita domiciliar	Atendimento telefônico a pacientes e familiares de acordo com planejamento	Preparo de aulas para residência multiprofissional
Conciliação medicamentosa	Registro de atendimento em prontuário	Aulas para a residência multiprofissional
Atividades clínicas para 4° e 5° andares	Registro de produtividade	Preceptoría de residentes
Dispensação de material e medicamento	Reuniões semanais da equipe de Assistência	Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
Gerenciamento e conferência de material e medicamento	Discussão clínica com o médico	Orientação acadêmica de residentes
Checagem e substituição de material e medicamento em caso de troca de	Preenchimento da ficha com histórico e sintomas	Recepção e orientação de estudantes de

Acompanhamento farmacêutico	Registro de procedimentos em prontuário	Recepção e orientação de profissionais de outros hospitais do INCA de Acompanhamento de Preparo de visita técnica á unidade Escala de serviço
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Dispensação para HCIII,HCIV E SPA.	Atendimento telefônico
Conciliação medicamentosa na admissão Conciliação medicamentosa na admissão Atividades clínicas para 2° e 6° andares Atendimento farmacêutico planejado Atendimento farmacêutico por demanda espontânea		Participação em reuniões da Farmácia Participação em reuniões de indicadores Participação em reuniões com a chefia do apoio Participação em reuniões da equipe multidisciplinar Participação em reunião da Comissão de Farmácia Recepção de representantes de Participação em reuniões com a Direção
		Participação em congressos Atividades de pesquisa

Fonte:Dados da autora, 2019

Lista 7 – Atividades da Farmácia codificadas para observação

- 110 - Atendimento de primeira vez
- 117 - Atividades clínicas da farmácia
- 122 - Conciliação medicamentosa
- 126 - Dispensação de material e medicamento
- 132 - Interconsulta
- 135 - Orientação a familiares e cuidadores
- 136 - Orientação a pacientes e familiares
- 148 - Prescrição de medicamentos
- 171 - Visita aos leitos (round)

- 174 - Visita domiciliar subsequente
- 302 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares de acordo com planejamento
- 303 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares por demanda espontânea
- 307 - Conferência de medicamentos
- 308 - Consulta ao prontuário
- 311 - Contato telefônico com outros profissionais do serviço
- 313 - Discussão clínica com o médico
- 314 - Discussão de casos em equipe
- 315 - Dispensação de medicamentos e materiais para HCIII, HCIV e SPA
- 316 - Elaboração de relatórios
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 319 - Evolução em prontuário físico
- 322 - Inserção de dados no sistema AD (assistência domiciliar)
- 332 - Procedimentos de alta
- 340 - Consulta à prescrição
- 525 - Participação em reuniões da Farmácia
- 535 - Preceptorial de residentes
- 544 - Reuniões semanais da equipe de Assistência Domiciliar
- 545 - Supervisão das atividades realizadas pelos residentes
- 546 - Fracionamento de medicamentos e etiquetagem
- 547 - Impressão de documentos
- 548 - Atividades administrativas
- 701a - Deslocamento interno
- 701b - Deslocamento para visita domiciliar
- 704 - Almoço
- 705 - Lanche
- 706 - Atividades fisiológicas
- 707 - Descanso
- 901 - Outras atividades diretas
- 902 - Outras atividades de apoio
- 903 - Outras atividades adicionais
- 998 - Não observado

ANEXO G- Listas de atividades codificadas para observação

Lista 8 - Atividades diretas codificadas para observação

- 101 - Administração de clister
- 102 - Ambulatório de luto
- 103 - Anamnese, avaliação e planejamento fisioterápico no leito
- 104 - Anamnese, avaliação e planejamento no ginásio de fisioterapia
- 105 - Aspiração de vias aéreas
- 106 - Assistência ao paciente do HCIII em parada cardio-respiratória (PCR)
- 107 - Assistência em cuidados em fim de vida (CFV)
- 108 - Atendimento de demanda espontânea da internação
- 109 - Atendimento de emergências
- 110 - Atendimento de primeira vez
- 111 - Atendimento do paciente do Curiosoção
- 112 - Atendimento familiar para pacientes em assistência domiciliar
- 113 - Atendimento pós-óbito à família no domicílio
- 114 - Atendimento pós-óbito às famílias
- 115 - Atendimento pós-óbito imediato a familiares
- 116 - Atendimento subsequente
- 117 - Atividades clínicas da farmácia
- 118 - Auxílio em procedimentos médicos (toracocentese e paracentese)
- 119 - Avaliação nutricional
- 120 - Checagem e substituição de material e medicamento para visita domiciliar
- 121 - Coleta de material para exame laboratorial
- 122 - Conciliação medicamentosa
- 123 - Consulta de primeira vez
- 124 - Consulta subsequente
- 125 - Cuidados com ostomias
- 126 - Dispensação de material e medicamento
- 127 - Fornecimento alimentação parenteral e oral
- 128 - Hemotransfusão
- 129 - Higiene corporal
- 130 - Instalação de sondas
- 131 - Instalação de soros e medicamentos
- 132 - Interconsulta
- 133 - Manipulação de cateteres
- 134 - Nebulização
- 135 - Orientação a familiares e cuidadores
- 136 - Orientação a pacientes e familiares
- 137 - Orientação de pacientes e familiares quanto às normas e rotinas no serviço de AD
- 138 - Orientação diferenciada para cuidadores e familiares com barreira de entendimento por

déficit cultural, de linguagem, auditivo ou visual.

139 - Orientação para acompanhantes e visitas sobre normas e rotinas no ambiente hospitalar

140 - Orientação quanto ao óbito e óbito domiciliar

141 - Orientação sobre conduta dietoterápica e cuidados com dieta enteral

142 - Orientação sobre manuseio do lixo e material perfuro-cortante na residência

143 - Orientação sobre procedimentos legais de sepultamento

144 - Orientação social e previdenciária

145 - Orientações verbais e impressas quanto à dieta para pacientes com alta

146 - Participação em visita aos pacientes com os médicos

147 - Preparo do corpo

148 - Prescrição de medicamentos

149 - Procedimento fisioterápico: acupuntura

150 - Procedimento fisioterápico: adaptação auxiliar marcha

151 - Procedimento fisioterápico: adaptação de malha compressiva

152 - Procedimento fisioterápico: adaptação de órtese

153 - Procedimento fisioterápico: auriculoterapia

154 - Procedimento fisioterápico: cinesioterapia motora

155 - Procedimento fisioterápico: cinesioterapia respiratória

156 - Procedimento fisioterápico: ergometria.

157 - Procedimento fisioterápico: técnicas de analgesia

158 - Procedimento fisioterápico: treino de marcha

159 - Procedimentos para internação

160 - Punção venosa e subcutânea

161 - Realização de curativos

162 - Realização de ECG

163 - Realização de procedimentos médicos

164 - Retirada de drenos

165 - Retirada de miíase

166 - Retirada de pontos cirúrgicos

167 - Reunião com familiares e cuidadores

168 - Supervisão da dieta dos pacientes internados

169 - Treinamento e capacitação de cuidadores e familiares

170 - Verificação de sinais vitais

171 - Visita aos leitos (round)

172 - Visita clínica diária

173 - Visita domiciliar de primeira vez

174 - Visita domiciliar subsequente

Lista 9 -Atividades de apoio codificadas para observação

- 301 - Aprazamento e impressão de prescrição médica
- 302 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares de acordo com planejamento
- 303 - Atendimento telefônico a pacientes e familiares por demanda espontânea
- 304 - Avaliação das condições higiênico-sanitárias das copeiras, da copa , utensílios e materiais
- 305 - Avaliação do consumo de material utilizado e solicitação para reposição
- 306 - Captação hospitalar para doação de sangue
- 307 - Conferência de medicamentos
- 308 - Consulta ao prontuário
- 309 - Consulta ao quadro de pacientes internados
- 310 - Consulta e registro no livro de ocorrências
- 311 - Contato com rede de atenção básica de saúde
- 312 - Controle de medicamentos de alta vigilância
- 313 -Discussão clínica com o médico
- 314 - Discussão de casos em equipe
- 315 - Dispensação de medicamentos e materiais para HCIII, HCIV e SPA
- 316 - Elaboração de relatórios
- 317 - Estudo socioeconômico para benefícios e serviços sociais
- 318 - Evolução em prontuário eletrônico
- 319 - Evolução em prontuário físico
- 320 - Identificação da rede primária de cuidados e cuidador principal
- 321 - Impressão de etiquetas de medicamentos
- 322 - Inserção de dados no sistema AD (assistência domiciliar)
- 323 - Passagem de plantão
- 324 - Preenchimento da ficha com histórico e sintomas novos
- 325 - Preenchimento de avaliação inicial
- 326 - Preenchimento do mapa de acompanhamento diário da nutrição
- 327 - Preenchimento do Plano de Cuidados
- 328 - Preenchimento do SISNUT para faturamento das dietas
- 329 - Prescrição de medicamentos
- 330 - Prescrição e solicitação da dieta dos pacientes internados
- 331 - Procedimentos de admissão
- 332 - Procedimentos de alta
- 333 - Registro das dietas na prescrição eletrônica
- 334 - Registro de atendimento no SISCAF para faturamento
- 335 - Solicitação de doação do INCA voluntários mediante avaliação social
- 336 - Solicitação de material e medicamento no sistema AD (assistência domiciliar)
- 337 - Solicitação de parecer da fonoaudiologia
- 338 - Solicitação de refeições para os pacientes
- 339 - Verificação e solicitação de material para administração de dieta

Lista 10- Atividades adicionais codificadas para observação

- 501 - Acompanhamento de visita técnica à unidade
- 502 - Atividades de pesquisa
- 503 - Aulas para a residência multiprofissional
- 504 - Coordenação de módulos na residência multiprofissional
- 505 - Curso para outras instituições federais
- 506 - Escala de serviço
- 507 - Orientação acadêmica de residentes
- 508 - Participação em Câmara Técnica de Cuidados paliativos
- 509 - Participação em Câmara Técnica de curativos
- 510 - Participação em Câmara Técnica de desospitalização
- 511 - Participação em Câmara Técnica de Sistematização da Assistência de Enfermagem
- 512 - Participação em congressos
- 513 - Participação em curso de formação para docência
- 514 - Participação em curso de formação para preceptoria
- 515 - Participação em reuniões com a chefia do apoio técnico
- 516 - Participação em reuniões com a Direção
- 517 - Participação em reuniões da Comissão de cateteres
- 518 - Participação em reuniões da Comissão de curativos
- 519 - Participação em reuniões da Comissão de ética
- 520 - Participação em reuniões da Comissão de Farmácia
- 521 - Participação em reuniões da Comissão de óbito
- 522 - Participação em reuniões da Comissão de Prontuários
- 523 - Participação em reuniões da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem
- 524 - Participação em reuniões da Enfermagem
- 525 - Participação em reuniões da Farmácia
- 526 - Participação em reuniões da Fisioterapia
- 527 - Participação em reuniões da Nutrição
- 528 - Participação em reuniões da Psicologia
- 529 - Participação em reuniões de indicadores
- 530 - Participação em reuniões de lideranças
- 531 - Participação em reuniões do laboratório de Psicologia em cuidados paliativos
- 532 - Participação em reuniões do Serviço Social
- 533 - Participação em reuniões interprocessos (alta e transferência) de Enfermagem
- 534 - Participação em sessões clínicas
- 535 - Preceptoria de residentes
- 536 - Preparo de aulas para residência multiprofissional
- 537 - Recepção de representantes de laboratórios
- 538 - Recepção e orientação de estudantes de graduação

- 539 - Recepção e orientação de estudantes de intercâmbio
- 540 - Recepção e orientação de profissionais de outras instituições
- 541 - Recepção e orientação de profissionais de outros hospitais (do INCA e de outras instituições)
- 542 - Registro de produtividade
- 543 - Reuniões de equipe multidisciplinar
- 544 - Reuniões semanais da equipe de Assistência Domiciliar
- 545 - Supervisão das atividades realizadas pelos residentes

ANEXO H- Frequência absoluta, relativa e tempo médio de execução de atividades por categoria

Quadro 14- Frequência e tempo em minutos de atividades diretas do Serviço Social

Atividades diretas do Serviço Social			
AMBULATÓRIO	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
110 - Atendimento de primeira vez	7	28	40
116 - Atendimento subsequente	8	32	30
132 - Interconsulta	3	12	10
135 - Orientação a familiares e cuidadores	4	16	20
136 - Orientação a pacientes e familiares	1	4	20
144 - Orientação social e previdenciária	2	8	20
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
102 - Ambulatório de luto	5	4,50	40
110 - Atendimento de primeira vez	23	20,72	20
114 - Atendimento pós-óbito às famílias	4	3,60	20
115 - Atendimento pós-óbito imediato a familiares	3	2,70	20
116 - Atendimento subsequente	24	21,62	20
135 - Orientação a familiares e cuidadores	20	18,02	20
136 - Orientação a pacientes e familiares	7	6,31	20
143 - Orientação sobre procedimentos legais de sepultamento	2	1,80	20
144 - Orientação social e previdenciária	11	9,91	20
171 - Visita aos leitos (round)	12	10,81	90
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
135 - Orientação a familiares e cuidadores	3	75	20

174 - Visita domiciliar subsequente	1	25	90
-------------------------------------	---	----	----

Fonte: Dados da autora,2019

Quadro 15- Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Psicologia

Atividades diretas da Psicologia			
AMBULATÓRIO	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
110 - Atendimento de primeira vez	3	42,86	30
116 - Atendimento subsequente	4	57,14	40
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
110 - Atendimento de primeira vez	7	5,74	30
114 - Atendimento pós-óbito às famílias	2	1,64	60
115 - Atendimento pós-óbito imediato a familiares	5	4,10	60
116 - Atendimento subsequente	21	17,21	30
132 - Interconsulta	1	0,82	10
135 - Orientação a familiares e cuidadores	28	22,95	20
167 - Reunião com familiares e cuidadores	11	9,02	40
171 - Visita aos leitos (round)	47	38,52	90
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
110 - Atendimento de primeira vez	4	19,05	30
112 - Atendimento familiar para pacientes em assistência domiciliar	8	38,10	30
116 - Atendimento subsequente	2	9,52	30
137 - Orientação de pacientes e familiares quanto às normas e rotinas no serviço de AD	3	14,29	10
167 - Reunião com familiares e cuidadores	1	4,76	40
173 - Visita domiciliar de primeira vez	1	4,76	40

174 - Visita domiciliar subsequente	2	9,52	60
-------------------------------------	---	------	----

Fonte: Dados da autora, 2019

Quadro 16 - Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Nutrição

Atividades diretas da Nutrição			
AMBULATÓRIO	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
110 - Atendimento de primeira vez	3	17,65	30
135 - Orientação a familiares e cuidadores	1	5,88	20
136 - Orientação a pacientes e familiares	3	17,65	10
145 - Orientações verbais e impressas quanto à dieta para pacientes com alta	2	11,76	20
168 - Supervisão da dieta dos pacientes internados	2	11,76	20
171 - Visita aos leitos (round)	6	35,29	40
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
110 - Atendimento de primeira vez	1	16,67	30
116 - Atendimento subsequente	1	16,67	20
136 - Orientação a pacientes e familiares	1	16,67	30
171 - Visita aos leitos (round)	1	16,67	20
172 - Visita clínica diária	1	16,67	30

Fonte: Dados da autora, 2019

Quadro 17- Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Farmácia

Atividades diretas da Farmácia			
FARMÁCIA	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
110 - Atendimento de primeira vez	1	1,15	10
117 - Atividades clínicas da farmácia	11	12,64	60
122 - Conciliação medicamentosa	6	6,90	30
126 - Dispensação de material e medicamento	41	47,13	410
135 - Orientação a familiares e cuidadores	3	3,45	10
136 - Orientação a pacientes e familiares	19	21,84	100
171 - Visita aos leitos (round)	6	6,90	60
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
122 - Conciliação medicamentosa	2	16,67	20
132 - Interconsulta	1	8,33	10
135 - Orientação a familiares e cuidadores	6	50,00	30
171 - Visita aos leitos (round)	1	8,33	30
174 - Visita domiciliar subsequente	2	16,67	30

Fonte: Dados da autora, 2019

Quadro 18- Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Fisioterapia

Atividades diretas da Fisioterapia			
GINÁSIO	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
103 - Anamnese, avaliação e planejamento fisioterápico no leito	10	7,25	20
104 - Anamnese, avaliação e planejamento no ginásio de fisioterapia	13	9,42	30
110 - Atendimento de primeira vez	5	3,62	50
116 - Atendimento subsequente	15	10,87	40
135 - Orientação a familiares e cuidadores	1	0,72	20
136 - Orientação a pacientes e familiares	27	19,57	20
149b - Procedimento fisioterápico: acupuntura	18	13,04	10
150 - Procedimento fisioterápico: adaptação auxiliar marcha	4	2,90	20
151 - Procedimento fisioterápico: adaptação de malha compressiva	2	1,45	10
152 - Procedimento fisioterápico: adaptação de órtese	1	0,72	10
153 - Procedimento fisioterápico: auriculoterapia	6	4,35	10
154 - Procedimento fisioterápico: cinesioterapia motora	13	9,42	50
156 - Procedimento fisioterápico: ergometria.	3	2,17	30
157 - Procedimento fisioterápico: técnicas de analgesia	9	6,52	20
158 - Procedimento fisioterápico: treino de marcha	4	2,90	60
171 - Visita aos leitos (round)	7	5,07	60

Fonte: Dados da autora, 2019

Quadro 19- Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Medicina

Atividades diretas da Medicina			
AMBULATÓRIO	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
123 - Consulta de primeira vez	2	8,33	50
124 - Consulta subsequente	15	62,50	40
132 - Interconsulta	1	4,17	20
136 - Orientação a pacientes e familiares	6	25,00	10
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
135 - Orientação a familiares e cuidadores	17	53,13	20
171 - Visita aos leitos (round)	15	46,88	120
SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
108 - Atendimento de demanda espontânea da internação	43	40,57	90
114 - Atendimento pós-óbito às famílias	5	4,72	30
115 - Atendimento pós-óbito imediato a familiares	1	0,94	30
123 - Consulta de primeira vez	16	15,09	40
124 - Consulta subsequente	11	10,38	20
132 - Interconsulta	12	11,32	10
135 - Orientação a familiares e cuidadores	1	0,94	20
136 - Orientação a pacientes e familiares	7	6,60	20
148 - Prescrição de medicamentos	8	7,55	10
163 - Realização de procedimentos médicos	1	0,94	30
171 - Visita aos leitos (round)	1	0,94	30
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
132 - Interconsulta	3	27,27	10
135 - Orientação a familiares e cuidadores	1	9,09	20
136 - Orientação a pacientes e familiares	2	18,18	20
148 - Prescrição de medicamentos	4	36,36	10
174 - Visita domiciliar subsequente	1	9,09	40

Fonte: Dados da autora, 2019

Quadro 20- Frequência e tempo em minutos de atividades diretas da Enfermagem

Atividades diretas da Enfermagem			
AMBULATÓRIO	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
110 - Atendimento de primeira vez	11	15,28	30
116 - Atendimento subsequente	4	5,56	20
121 - Coleta de material para exame laboratorial	9	12,50	10
123 - Consulta de primeira vez	8	11,11	30
124 - Consulta subsequente	2	2,78	20
125 - Cuidados com ostomias	9	12,50	20
130 - Instalação de sondas	2	2,78	20
131 - Instalação de soros e medicamentos	6	8,33	10
132 - Interconsulta	2	2,78	20
135 - Orientação a familiares e cuidadores	4	5,56	10
136 - Orientação a pacientes e familiares	4	5,56	10
159 - Procedimentos para internação	4	5,56	10
160 - Punção venosa e subcutânea	1	1,39	10
161 - Realização de curativos	1	1,39	10
170 - Verificação de sinais vitais	5	6,94	10
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
101 - Administração de clister	1	0,76	10
109 - Atendimento de emergências	1	0,76	20
115 - Atendimento pós-óbito imediato a familiares	2	1,53	20
121 - Coleta de material para exame laboratorial	2	1,53	10
125 - Cuidados com ostomias	5	3,82	30
129 - Higiene corporal	5	3,82	30
130 - Instalação de sondas	4	3,05	20
131 - Instalação de soros e medicamentos	14	10,69	10
133 - Manipulação de cateteres	1	0,76	10
134 - Nebulização e oxigenoterapia	1	0,76	10
135 - Orientação a familiares e cuidadores	16	12,21	20
136 - Orientação a pacientes e familiares	3	2,29	10
139 - Orientação para acompanhantes e visitas sobre normas e rotinas no ambiente hospitalar	2	1,53	10

160 - Punção venosa e subcutânea	7	5,34	10
161 - Realização de curativos	34	25,95	20
171 - Visita aos leitos (round)	33	25,19	60
SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
116 - Atendimento subsequente	1	1,61	10
118 - Auxílio a procedimentos médicos (toracocentese e paracentese)	2	3,23	20
121 - Coleta de material para exame laboratorial	1	1,61	10
125 - Cuidados com ostomias	3	4,84	30
128 - Hemotransfusão	1	1,61	10
130 - Instalação de sondas	5	8,06	20
131 - Instalação de soros e medicamentos	2	3,23	10
132 - Interconsulta	7	11,29	20
133 - Manipulação de cateteres	3	4,84	10
135 - Orientação a familiares e cuidadores	7	11,29	20
136 - Orientação a pacientes e familiares	7	11,29	20
160 - Punção venosa e subcutânea	3	4,84	10
161 - Realização de curativos	15	24,19	20
170 - Verificação de sinais vitais	4	6,45	10
171 - Visita aos leitos (round)	1	1,61	20
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo em minutos
121 - Coleta de material para exame laboratorial	2	6,06	10
123 - Consulta de primeira vez	2	6,06	30
131 - Instalação de soros e medicamentos	1	3,03	10
133 - Manipulação de cateteres	1	3,03	10
136 - Orientação a pacientes e familiares	8	24,24	20
137 - Orientação de pacientes e familiares quanto às normas e rotinas no serviço de AD	1	3,03	10
161 - Realização de curativos	4	12,12	20
170 - Verificação de sinais vitais	2	6,06	10
173 - Visita domiciliar de primeira vez	2	6,06	60
174 - Visita domiciliar subsequente	10	30,30	40

Fonte: Dados da autora, 2019


**World Health
Institution Full Report**

Instituto Nacional do Câncer

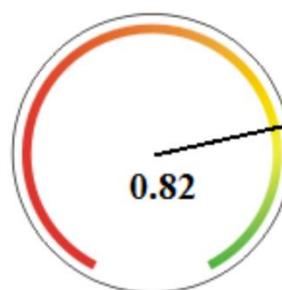
Institution Type: Hospital/Bedded Institution **Country:** Brazil
Institution Description: Specialty hospital **Region/Province:** Rio de Janeiro
Property: Public **District:** Rio de Janeiro

OTHER SPECIALISTS

assistente social

Available Working Time	
Working Days Per Week	5
Working Hours Per Day	8
Annual Leave	30
Public Holidays	17
Sick Leave	12
Special No Notice Leave	0
Training Days Per Year	5
Non - Working Days	64
Non - Working Weeks	12.8
Working Days	196
Working Weeks	39.2
No of Hours	1,568

WISN Ratio



Existing Staff	Annual Salary	Total staff requirement	Difference in Staff
8	120,000	9.81	-1.81

Total Salary Cost	"True" Cost	Difference
960,000	1,177,200	-217,200

Activities Related With Service Statistics

Activity name	No Per Year	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
visita domiciliar	1,585	90	min/visita	1,045.33	1.52
atendimento para pacientes internados	2,034	20	min/paciente	4,704.00	0.43
consulta ambulatorial	6,521	40	min/consulta	2,352.00	2.77
atendimento a óbito	1,332	60	min/paciente	1,568.00	0.85

Activities Not Related With Service Statistics
Category Allowance Standard (CAS)

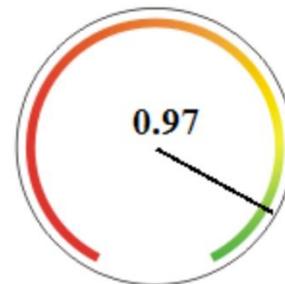
Activity	Workload	Unit	Service Standard
ensino	80	mins / day	0.17
pesquisa	6	hours / month	0.05
registros em documentos e sistemas	90	mins / day	0.19
Total category allowance			0.4
CAF			1.67

Individual Allowance Standard (IAS)

Activity	No of Staff	Workload	Unit	Service Standard
atividades administrativas	1	40	mins / day	173.33
elaboração de escala de serviço	1	2	hours / month	24
reuniões com a direção	1	1	hours / month	12
visita ao leito (round)	4	3	hours / week	624
Total individual allowance				833.33
IAF				0.53

enfermeiro

Available Working Time	
Working Days Per Week	5
Working Hours Per Day	8
Annual Leave	30
Public Holidays	17
Sick Leave	3
Special No Notice Leave	1
Training Days Per Year	5
Non - Working Days	56
Non - Working Weeks	11.2
Working Days	204
Working Weeks	40.8
No of Hours	1,632

WISN Ratio


Existing Staff	Annual Salary	Total staff requirement	Difference in Staff
45	120,000	46.43	-1.43

Total Salary Cost	"True" Cost	Difference
5,400,000	5,571,600	-171,600

Activities Related With Service Statistics

Activity name	No Per Year	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
consulta ambulatorial	28,615	30	min/consulta	3,264.00	8.77
visita domiciliar	6,366	90	min/visita	1,088.00	5.85
procedimentos para internação	2,034	20	min/paciente	4,896.00	0.42
consulta no pronto-atendimento	2,840	30	min/paciente	3,264.00	0.87
atendimento a óbito	1,332	20	min/paciente	4,896.00	0.27
procedimentos de enfermagem	53,557	20	min/procedimento	4,896.00	10.94

Activities Not Related With Service Statistics
Category Allowance Standard (CAS)

Activity	Workload	Unit	Service Standard
ensino	80	mins / day	0.17
pesquisa	6	hours / month	0.04
registros em documentos e sistemas	90	mins / day	0.19
Total category allowance			0.4
CAF			1.66

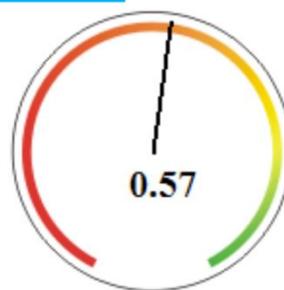
Individual Allowance Standard (IAS)

Activity	No of Staff	Workload	Unit	Service Standard
atividades administrativas	6	40	mins / day	1,040
elaboração da escala de serviço	3	8	hours / month	288
reuniões com a direção	4	1	hours / month	48
visita ao leito (round)	4	3	hours / week	624
Total individual allowance				2,000
IAF				1.23

farmacêutico
Available Working Time
WISN Ratio



Working Days Per Week	5
Working Hours Per Day	8
Annual Leave	30
Public Holidays	17
Sick Leave	37
Special No Notice Leave	1
Training Days Per Year	5
Non - Working Days	90
Non - Working Weeks	18
Working Days	170
Working Weeks	34
No of Hours	1,360



Existing Staff	Annual Salary	Total staff requirement	Difference in Staff
7	120,000	12.21	-5.21

Total Salary Cost	"True" Cost	Difference
840,000	1,465,200	-625,200

Activities Related With Service Statistics

Activity name	No Per Year	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
dispensação de medicamentos para pacientes internados	9,520	10	min/dia	8,160.00	1.17
dispensação de medicamentos para pacientes do ambulatório, AD e SPA	7,088	20	min/paciente	4,080.00	1.74
dispensação de medicamentos e orientação de alta	707	20	min/paciente	4,080.00	0.17
atendimento farmacêutico para pacientes da AD	8,015	10	min/paciente	8,160.00	0.98
atividades clínicas e intervenções	1,204	20	min/paciente	4,080.00	0.30

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)

Activity	Workload	Unit	Service Standard
ensino	80	mins / day	0.17



conferência de medicamentos	100	mins / day	0.21
pesquisa	6	hours / month	0.05
registros em documentos e sistemas	90	mins / day	0.19
Total category allowance			0.62
CAF			2.6

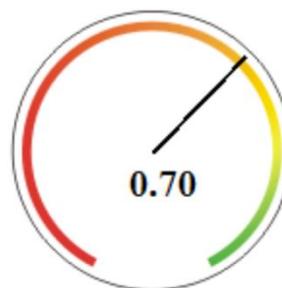
Individual Allowance Standard (IAS)

Activity	No of Staff	Workload	Unit	Service Standard
atividades administrativas	1	40	mins / day	173.33
elaboração de escala de serviço	2	8	hours / month	192
reuniões com a direção	1	1	hours / month	12
visita ao leito (round)	4	3	hours / week	624
Total individual allowance				1,001.33
IAF				0.74

fisioterapeuta

Available Working Time	
Working Days Per Week	5
Working Hours Per Day	8
Annual Leave	30
Public Holidays	17
Sick Leave	7
Special No Notice Leave	0
Training Days Per Year	5
Non - Working Days	59
Non - Working Weeks	11.8
Working Days	201
Working Weeks	40.2
No of Hours	1,608

WISN Ratio



Existing Staff	Annual Salary	Total staff requirement	Difference in Staff
5	120,000	7.18	-2.18

Total Salary Cost	"True" Cost	Difference
600,000	861,600	-261,600

Activities Related With Service Statistics

Activity name	No Per Year	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
consulta ambulatorial	1,689	30	min/paciente	3,216.00	0.53



visita domiciliar	237	90	min/visita	1,072.00	0.22
procedimentos fisioterápicos	15,666	20	min/paciente	4,824.00	3.25

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)

Activity	Workload	Unit	Service Standard
ensino	80	mins / day	0.17
pesquisa	6	hours / month	0.04
registros em documentos e sistemas	90	mins / day	0.19
Total category allowance			0.4
CAF			1.66

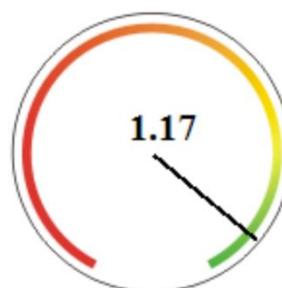
Individual Allowance Standard (IAS)

Activity	No of Staff	Workload	Unit	Service Standard
atividades administrativas	1	40	mins / day	173.33
elaboração de escala de serviço	1	2	hours / month	24
reuniões com a direção	1	1	hours / month	12
visita ao leito (round)	4	3	hours / week	624
Total individual allowance				833.33
IAF				0.52

médico

Available Working Time	
Working Days Per Week	5
Working Hours Per Day	8
Annual Leave	30
Public Holidays	17
Sick Leave	38
Special No Notice Leave	0
Training Days Per Year	5
Non - Working Days	90
Non - Working Weeks	18
Working Days	170

WISN Ratio



Existing Staff	Annual Salary	Total staff requirement	Difference in Staff
20	120,000	17.06	2.94



Working Days	170
Working Weeks	34
No of Hours	1,360

Total Salary Cost	"True" Cost	Difference
2,400,000	2,047,200	352,800

Activities Related With Service Statistics

Activity name	No Per Year	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
consulta ambulatorial	7,629	50	min/consulta	1,632.00	4.67
visita domiciliar	1,649	90	min/visita	906.67	1.82
consulta no pronto-atendimento	2,904	40	min/paciente	2,040.00	1.42
admissão de pacientes para internação	2,034	20	min/paciente	4,080.00	0.50
atendimento a óbito	1,332	60	min/paciente	1,360.00	0.98

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)

Activity	Workload	Unit	Service Standard
ensino	80	mins / day	0.17
pesquisa	6	hours / month	0.05
registros em documentos e sistemas	90	mins / day	0.19
Total category allowance			0.41
CAF			1.69

Individual Allowance Standard (IAS)

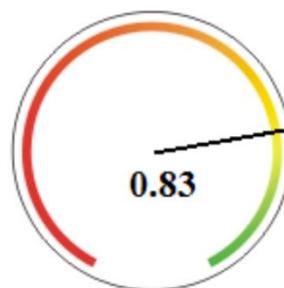
Activity	No of Staff	Workload	Unit	Service Standard
atividades administrativas	4	40	mins / day	693.33
elaboração de escala de serviço	2	8	hours / month	192
reuniões com a direção	4	1	hours / month	48
visita ao leito (round)	4	3	hours / week	624
Total individual allowance				1,557.33
IAF				1.15

nutricionista



Available Working Time	
Working Days Per Week	5
Working Hours Per Day	8
Annual Leave	30
Public Holidays	17
Sick Leave	10
Special No Notice Leave	3
Training Days Per Year	5
Non - Working Days	65
Non - Working Weeks	13
Working Days	195
Working Weeks	39
No of Hours	1,560

WISN Ratio



Existing Staff	Annual Salary	Total staff requirement	Difference in Staff
8	120,000	9.6	-1.6

Total Salary Cost	"True" Cost	Difference
960,000	1,152,000	-192,000

Activities Related With Service Statistics

Activity name	No Per Year	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
avaliação inicial de pacientes internados	2,034	20	min/paciente	4,680.00	0.43
consulta ambulatorial	14,796	30	min/consulta	3,120.00	4.74
consulta no SPA	1,266	20	min/paciente	4,680.00	0.27

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)

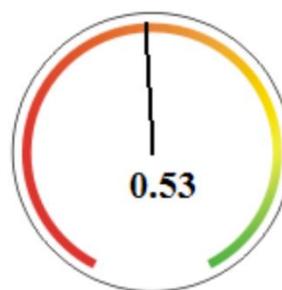
Activity	Workload	Unit	Service Standard
ensino	80	mins / day	0.17
pesquisa	6	hours / month	0.05
registros em documentos e sistemas	90	mins / day	0.19
Total category allowance			0.4
CAF			1.67

Individual Allowance Standard (IAS)

Activity	No of Staff	Workload	Unit	Service Standard
atividades administrativas	1	40	mins / day	173.33
elaboração de escala de serviço	1	2	hours / month	24
reuniões com a direção	1	1	hours / month	12
visita ao leito (round)	4	3	hours / week	624
Total individual allowance				833.33
IAF				0.53

psicólogo

Available Working Time	
Working Days Per Week	5
Working Hours Per Day	8
Annual Leave	30
Public Holidays	17
Sick Leave	15
Special No Notice Leave	0
Training Days Per Year	5
Non - Working Days	67
Non - Working Weeks	13.4
Working Days	193
Working Weeks	38.6
No of Hours	1,544

WISN Ratio


Existing Staff	Annual Salary	Total staff requirement	Difference in Staff
6	120,000	11.36	-5.36

Total Salary Cost	"True" Cost	Difference
720,000	1,363,200	-643,200

Activities Related With Service Statistics

Activity name	No Per Year	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
consulta ambulatorial	4,891	40	min/consulta	2,316.00	2.11
avaliação inicial de pacientes internados	2,034	90	min/paciente	1,029.33	1.98
visita domiciliar	693	90	min/visita	1,029.33	0.67
atendimento a óbito	1,332	120	min/paciente	772.00	1.73

Activities Not Related With Service Statistics
Category Allowance Standard (CAS)

Activity	Workload	Unit	Service Standard
ensino	80	mins / day	0.17
pesquisa	6	hours / month	0.05
registros em documentos e sistemas	90	mins / day	0.19
Total category allowance			0.4
CAF			1.67

Individual Allowance Standard (IAS)

Activity	No of Staff	Workload	Unit	Service Standard
atividades administrativas	1	40	mins / day	173.33
elaboração de escala de serviço	1	2	hours / month	24
reuniões com a direção	1	1	hours / month	12
visita ao leito (round)	4	3	hours / week	624
Total individual allowance				833.33
IAF				0.54