



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

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S586 Silva, Alessandra Pereira da

Dimensionamento de pessoal para cuidados paliativos em uma instituição
complexa de oncologia / Alessandra Pereira da Silva – 2020.

254 f.

Orientador: Mario Roberto Dal Poz

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Planejamento em saúde – Organização e administração – Teses. 2. Cuidados paliativos – Organização e administração – Teses. 3. Mão de obra em saúde – Teses. 4. Serviço hospitalar de oncologia – Teses. 5. Carga de trabalho – Teses. I. Dal Poz, Mario Roberto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.036.81:005.331

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura Data

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.

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 Ryyan 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 (*Available Working Time*) BDTB

Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações CAF Fator de atividades

por categoria (*Category Allowance Fator*) CAPES Coordenação de

Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CAS Padrão de atividade por

categoria (*Category Allowance Standard*) 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 (*Individual Allowance Fator*) IAS Padrão

de atividade individual (*Individual Allowance Standard*) 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 (*Nursing Interventions Classification*)
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 (*Qatar Computing Research Institute*)
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
(*Workload Indicators of Staffing Needs*)

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</u>	32	
<u>trabalho.....</u>		
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	76	
trabalho.....		
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</u>	101	
<u>observadas.....</u>		
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	174	
RH para cuidados paliativos.....		
CONCLUSÃO.....	180	

REFERÊNCIAS.....	187
APÊNDICE – Listas de atividades codificadas para observação direta...	197
ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido para equipe	198
do HCIV.....	
ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido para	202
entrevistas.....	
ANEXO C - Atividades para orientar cronograma de trabalho com a	206
Direção do HCIV	
ANEXO D - Roteiro para entrevista com gestores de instituições	207
oncológicas municipais, estaduais ou federais.....	
ANEXO E - Estratégias de busca em bases de dados.....	208
ANEXO F - Atividades validadas e codificadas por categoria para	210
observação.....	
ANEXO G - Listas de atividades codificadas para observação.....	231
ANEXO H - Frequência absoluta, relativa e tempo médio de execução	36
de atividades por categoria.....	
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

20

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).

21

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 ¹no 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/brasil/temas/trabalho-decente/lang--pt/index.htm>. Consultado em 15/11/2017

23

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).

24

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 Priberaml, [s.d.]) Disponível em <https://dicionario.priberam.org> Consultado em 13/08/2019

25

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

26

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.

27

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).

30

A estimativa de recursos humanos a partir da demanda é norteadada 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

31

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

32

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

33

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).

34

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).

35

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

36

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.

37

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

38

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

⁴Paliação 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)

39

(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)

40

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

41

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

8
5
36
103
25
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

7	4%
12	7%

23	13%
49	28%
40	23%
46	26%
177	100%

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

43

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

44

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

2.034
85,43%
8,56
7.629
17.762
10.545
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.

45

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^l, —tecnologia/ humanismo^{ll}, —competência/cuidado^{lll}, —objetividade/ subjetividade^{lll}, —racionalidade/ experiêncial^{lll}, 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).

46

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.

47

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.

48

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

49

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

50

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

51

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

52

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

53

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

54

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

55

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

57

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

43.419
206.577
6.793
212.074
153.345
13.614
81
78,95%
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.

59

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

61

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.

62

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

63

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

64

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

65

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. Afirmar 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

66

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

avanzado; 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

67

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

68

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)

69

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

70

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?

71

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

72

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 (—WorldCatl, [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

73

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.

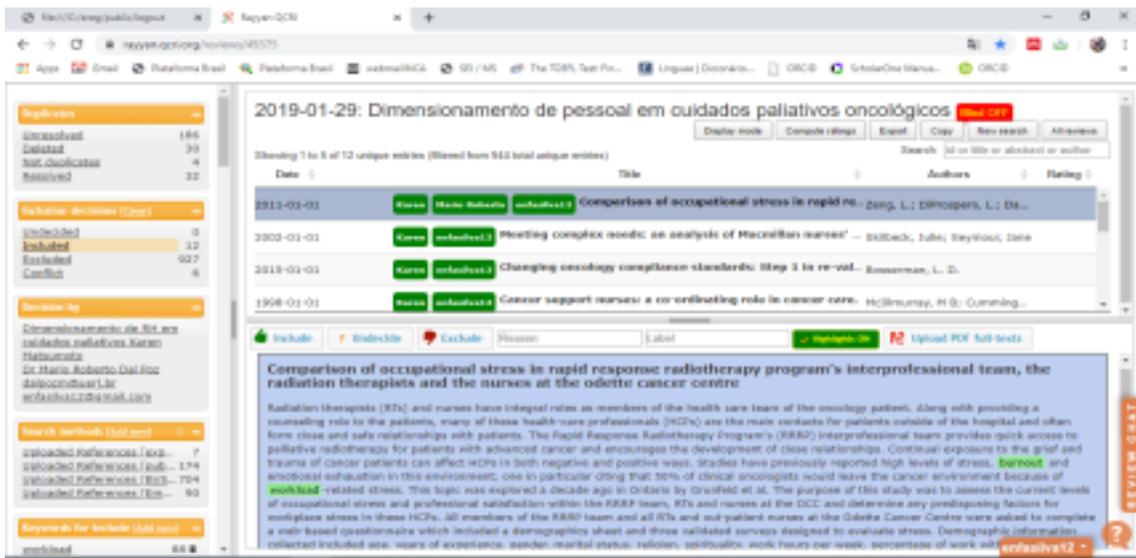
Figura 1 – Matriz para avaliação de teses

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



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 Rayyan. 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 pesquisa qualitativa
 experiência

b) Objetivos: Médico

Enfermeiro

Farmacêutico

c) População Fisioterapeuta

(profissionais de saúde Psicólogo

envolvidos): Assistente social

pesquisa Nutricionista

quantitativa relato de

d) Cenário oncologia cuidados paliativos

outro

radioterapia

e) Serviço ambulatório

internação

emergência

atenção

domiciliar

f) Método para farmácia

dimensionamento de

peçoal:

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 por 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:

Total de tempo de trabalho disponível (AWT) /unidade de tempo (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:

Total de tempo de trabalho disponível (AWT) x taxa de trabalho (4) Ex: 1512

horas/ano x 2 pacientes consultados/hora = 3024 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. $CAF = 1 / [1 - (\text{Total CAS}/100)]$ (5)

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

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

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.