

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE PROJETOS - PPGP**

**PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS NO TRATAMENTO
ONCOLÓGICO**

ROBERTO CARLOS CASTRO DE PONTE

**São Paulo
2021**

ROBERTO CARLOS CASTRO DE PONTE

**PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS NO TRATAMENTO
ONCOLÓGICO**

PROJECT MANAGEMENT PRACTICES IN ONCOLOGICAL TREATMENT

Projeto de dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Projetos da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina Scafuto

São Paulo

2021

Ponte, Roberto Carlos Castro de.

Práticas de gerenciamento de projetos no tratamento oncológico. /
Roberto Carlos Castro de Ponte. 2021.

89 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Nove de Julho -
UNINOVE, São Paulo, 2021.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina Scafuto.

1. Gerenciamento de projetos. 2. Práticas de gerenciamento de
projetos. 3. Tratamento oncológico.

I. Scafuto, Isabel Cristina. II. Título.

CDU 658.012.2



DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ROBERTO CARLOS GASTRO DE PONTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Projetos da Universidade Nova de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração, pela Banca Examinadora, formada por:

São Paulo, 26 de fevereiro de 2021.

Presidente: Profa. Dra. Isabel Cristina Sestito – Orientadora

Membro: Prof. Dr. Leonardo Vils (UNINOVE)

Membro: Prof. Dr. June Cruz (PUCPR)

Membro: Profa. Dra. Sônia Francisca de Paula Monken (IDS Consultoria)

PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Resumo

As práticas de gerenciamento de projetos possibilitam a utilização de técnicas e ferramentas de gestão de projetos adotadas e consolidadas no mercado mundial. Sob esta perspectiva o presente estudo tem como objetivo identificar a utilização das práticas de gerenciamento de projetos em atividades dos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico. Para alcançar o objetivo proposto, numa primeira fase foi executada uma revisão bibliográfica para entender os estudos que abordam o tema da pesquisa. Esta revisão bibliográfica utilizou as bases *Web of Science (WOS)* e *Scopus* totalizando 251 artigos com *corpus* de 20. Em seguida foi realizada uma pesquisa de natureza aplicada, com método qualitativo exploratório-descritivo, com roteiro semiestruturado para coleta de dados em entrevistas a profissionais da saúde envolvidos com tratamento oncológico. Os dados provenientes das 12 entrevistas realizadas foram transcritos e posteriormente analisados com o auxílio da utilização do *software* MAXQDA. A partir da inserção das transcrições no *software* MAXQDA, foram criados códigos e identificação de segmentos de textos para que fossem analisados face ao objetivo desta pesquisa. Os resultados permitiram verificar a utilização de práticas de gerenciamento de projeto pelas equipes de saúde no tratamento oncológico, mesmo que muitas vezes essas práticas não fossem vistas pelos profissionais da saúde como sendo práticas de gerenciamento de projetos. Além disso, os resultados mostram que os profissionais da saúde ficam sobrecarregados com a utilização dessas práticas, muitas vezes provenientes de creditações. A recomendação seria que esse gerenciamento das equipes multidisciplinares e seus pacientes oncológicos fossem gerenciados por um profissional de gestão de projetos. Com isso, os profissionais da saúde poderiam focar mais nos pacientes e ficarem menos sobrecarregados com essas práticas.

Palavras-chave: Gerenciamento de Projetos; Práticas de Gerenciamento de projetos; Tratamento Oncológico.

PROJECT MANAGEMENT PRACTICES IN ONCOLOGICAL TREATMENT

Abstract

Project management practices allow the use of project management techniques and tools adopted and consolidated all over the world. It is from this perspective the present study aims to identify the use of project management practices in the activities of health professionals during cancer treatment. In order to achieve the proposed objective, during the first phase, a bibliographic review was performed to understand the studies that address the research topic. This bibliographic review adopted Web of Science (WOS) and Scopus as bases, totaling 251 articles with a corpus of 20. Then, an applied research was carried out, using an exploratory-descriptive qualitative method with a semi-structured script for collecting data in contact with health professionals. treatment with cancer treatment. The data gathered from the 12 interviews were transcribed and loaded into on MAXQDA *software*. After the transcriptions are in the MAXQDA *software*, codes and identification of text segments were created so that it can be done in view of the objective of this research. Based on the results, it is possible to verify the use of project management practices by health teams in cancer treatment, even though these practices are often not performed by health professionals as project management practices. Furthermore, the results indicate that health professionals become overworked with the use of these practices, often during accreditations. The recommendation is that this management of multidisciplinary teams and their cancer patients will be done by a project management professional. Thus, health professionals can focus more on patients and be less burdened with these practices.

Keywords: Project management; Project management practices; Oncological treatment.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACHS - *Australian Council of Healthcare Standards*

ANAES - *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé*

CCHSA - *Canadian Council on Health Services Accreditation*

GP – Gerente de projeto

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IOM - *Institute of Medicine*

ISQua - *International Society of Quality*

JCI – *Joint Commission International*

NCI – *National Cancer Institute*

OIM - *Institute of Medicine*

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PMI – *Project Management Institute*

QHNZ - *Quality Health New Zealand*

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WOS - *Web of Science*

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo de gerenciamento de qualidade para melhoria de processo	18
Figura 2 - As inter-relações entre processos de criação de conhecimento	21
Figura 3 - Recomendações feitas em 2015 pela comissão de oncologia The Lancet para América Latina	24
Figura 4 - Procedimento metodológico de coleta de dados da primeira etapa do estudo.....	30
Figura 5 - Fluxo de análise de dados	41
Figura 6 - Nuvem de códigos	43
Figura 7 - Conexões entre códigos	46
Figura 8 - Mapa de coocorrência entre os códigos da pesquisa	47
Figura 9 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): práticas de gerenciamento de projeto com tratamento ao paciente	48
Figura 10 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): acreditação, protocolo, segurança e qualidade.....	51
Figura 11 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): acreditação, protocolo e gestão de mudança.....	55
Figura 12 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): acreditação, qualidade, indicadores de performance, liderança, segurança, comunicação e reuniões de acompanhamento	56
Figura 13 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): equipe multidisciplinar e equipe médica.....	58
Figura 14 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): práticas de gerenciamento de projeto e protocolos	59

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Conjunto de Ferramentas	16
Tabela 2 - Problemas no tratamento que a equipe multidisciplinar deveria resolver.....	22
Tabela 3 - Benefícios esperados com as equipes multidisciplinares	22
Tabela 4 – Comparação de programas de acreditação	27
Tabela 5 – Matriz Metodológica do Estudo	29
Tabela 6 - Dados das Entrevistas.....	32
Tabela 7 - Roteiro da entrevista semiestruturada	33
Tabela 8 - Lista de Códigos.....	39
Tabela 9 - Dados específicos dos entrevistados	42
Tabela 10 - Lista de códigos e descrição.....	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	11
1.2	OBJETIVOS	12
1.2.1	Geral	12
1.2.2	Específicos.....	12
1.3	JUSTIFICATIVA	12
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETO.....	15
2.2	GERENCIAMENTO DE PROJETOS E A RELAÇÃO COM AS EQUIPES	19
2.3	EQUIPES MULTIDISCIPLINARES	21
2.4	TRATAMENTO ONCOLÓGICO	23
2.5	ACREDITAÇÃO	25
3	MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA	29
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	30
3.1.1	Primeira etapa – Revisão Bibliográfica.....	30
3.1.2	Segunda Etapa – Estudo Empírico	31
3.2	UNIDADE DE ANÁLISE.....	31
3.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	32
3.4	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	39
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	42
4.1	PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO	47
4.1.1	Definição de escopo	49
4.1.2	Elaboração de lista e inter-relacionamento de atividades	49

4.1.3	Qualidade e auditorias	50
4.1.4	Plano de comunicação, reuniões de acompanhamento e lições aprendidas	52
4.1.5	Gerenciamento de risco	53
4.1.6	Gestão de Mudança	54
4.1.7	Monitoração e indicadores de performance	56
4.2	RELACIONAMENTO ENTRE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E EQUIPE MÉDICA	57
4.3	RELACIONAMENTO ENTRE PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS E PROTOCOLOS	59
5	CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	61
6	DISCUSSÃO	63
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS.....	79
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	80
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	81
	ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA	83

1 INTRODUÇÃO

Nos Estados Unidos em 2017, aproximadamente 1,7 milhão de pessoas foram diagnosticadas com câncer, sendo que mais de 15 milhões de americanos, quase uma pessoa para cada 20, são sobreviventes de câncer. Cerca de 64% dos pacientes norte-americanos com câncer em 2005 viveram acima de 10 anos do diagnóstico, sendo este número 35% acima dos diagnosticados em 1975. A taxa de mortalidade por câncer tem diminuído e as pessoas estão vivendo cada vez mais com a doença. Estas informações indicam os investimentos e pesquisa que estão sendo feitos na descoberta e tratamento do câncer (Heymach et al., 2018).

Metade (50%) das pessoas diagnosticadas com câncer entre 2010 e 2011, na Inglaterra e no País de Gales, sobrevivem à doença por pelo menos dez anos. A sobrevida do câncer está melhorando e dobrou nos últimos 40 anos no Reino Unido. A sobrevida do câncer é maior em mulheres do que em homens (Cancer Research UK, 2011). A sobrevida relativa de cinco anos para câncer em homens está abaixo da média europeia na Inglaterra, País de Gales e Escócia. A sobrevida relativa de cinco anos para o câncer em mulheres está abaixo da média europeia na Inglaterra, País de Gales e Escócia (Cancer Research UK, 2011). No Brasil a sobrevida relativa esperada para todos os cânceres é de aproximadamente 50% em cinco anos, de acordo com a literatura existente. Porém, ainda carecemos de estudos que avaliem a sobrevida de pacientes com câncer de forma mais rotineira e continuada por longos períodos. Há estudos pontuais em algumas unidades especializadas e de referência que podem servir de exemplo para mostrar alguns resultados (INCA, 2006).

O tratamento do câncer está cada vez mais voltado para o paciente, incluindo necessidades físicas, emocionais, psicológicas e espirituais (Trosman et al., 2016). Este objetivo é alcançado através de uma forte comunicação entre os médicos e pacientes, bem como colaboração entre especialistas e equipe médica, alinhados às preferências do paciente (Dizon et al., 2016).

A interação entre os membros da equipe contribui para minimizar as consequências associadas ao tratamento (McCorkle et al. 2011; Baker, 2001). O sucesso do trabalho de equipes de saúde no tratamento de doenças crônicas (Mathieu, Maynard, Rapp & Gilson, 2008; Salas, Rose, Burke & Goodwin, 2009; Wagner 2000) pode criar uma oportunidade para se aplicar os conceitos de Gerenciamento de Projetos (GP) em equipe de oncologia (Trosman et al., 2016). O argumento é que a quantidade de profissionais envolvidos, o diferente impacto em cada

paciente gerado pelo tratamento, criam um cenário complexo de atividades e encadeamento entre elas, em que os pacientes e seus cuidadores auxiliam na coordenação e tem fundamental impacto nos riscos e benefícios do tratamento (Gruman, 2013).

As mudanças de processos nas organizações são complexas, principalmente com equipes em diferentes locais e turnos, requerem que os indivíduos modifiquem suas práticas para corresponder aos novos requisitos (Tyre & Hauptman, 1992). Os profissionais precisam dispendir energia significativa, mantendo-se atualizados sobre novos conhecimentos e decidindo como alterar as práticas para atender novos requisitos de saúde mantendo a qualidade no atendimento (Mathieu, Maynard, Rapp & Gilson, 2008). Os gerentes determinam como equilibrar o tempo gasto no atendimento regular aos pacientes e implementação de mudanças (Tucker et al., 2007).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Pelo menos 44.000 pessoas morrem em hospitais no mundo a cada ano, como resultado de erros médicos que poderiam ser evitados e mais de um milhão de pessoas nos Estados Unidos sofrem de lesões médicas evitáveis (McCorkle et al. 2011). Erros médicos levam à perda de confiança dos pacientes, funcionários e apoiadores, podendo reduzir a credibilidade da equipe (Connor, Ponte & Conway, 2002). O tratamento de câncer envolve pressões internas e externas à equipe de saúde, incluindo inquietação profissional sobre variações na prática e nos resultados, pressão de grupos de pacientes e evidências de comparações internacionais de sobrevivência (Selby, Gillis & Haward, 1996).

A segurança do paciente depende da implementação de um sistema interdisciplinar de médicos, enfermeiros e profissionais da saúde que trabalham no tratamento de pacientes de câncer (Connor et al., 2002). O relatório Calman-Hine (relatório abrangente sobre câncer produzido no Reino Unido) recomendou grandes mudanças organizacionais, incluindo necessidade de incremento nas equipes que prestam tratamento e cuidados ao câncer, além de considerar essenciais equipes multidisciplinares e gerenciamento sobre as equipes (Fleissig, Jenkins, Catt, & Fallowfield, 2006).

Os principais benefícios esperados nas equipes multidisciplinares são: maior comunicação entre os profissionais da saúde, mais satisfação e bem-estar psicológico dos pacientes e membros da equipe (Fleissig et al., 2006). O trabalho de equipes multidisciplinares gera vantagens em resultados clínicos e coordenação das atividades (Connor, Ponte & Conway

2002). Isso acontece por meio de reuniões regulares com os membros da equipe (Denton 1997). Assim, encontram formas mais eficientes de planejar e simplificar os processos entre profissionais da equipe de saúde (Fleissig et al., 2006). Dessa forma, acredita-se que as práticas de gerenciamento de projetos possam contribuir com essa dinâmica das equipes multidisciplinares no tratamento do câncer. Principalmente, por sua complexidade. Desse modo, surge a pergunta de pesquisa desse estudo: como ocorrem as práticas de gerenciamento de projetos no tratamento oncológico?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Compreender como ocorrem as práticas de gerenciamento de projetos no tratamento oncológico.

1.2.2 Específicos

Como objetivos específicos, esse estudo pretende:

- (a) Verificar as práticas de gerenciamento de projetos que podem ser empregadas na execução e gestão das atividades dos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico;
- (b) Analisar as possíveis contribuições das práticas de gerenciamento de projetos nos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico.

1.3 JUSTIFICATIVA

Este é um estudo sobre o modelo de tratamento oncológico utilizando técnicas e ferramentas de gerenciamento de projetos em atividades e processos críticos. Esse novo modelo de tratamento tem como principais benefícios: melhorar a experiência do paciente, melhorar o controle sobre o tratamento, reduzir custos além de melhorar a vida profissional das pessoas que estão envolvidas no tratamento oncológico (Connor, Ponte, & Conway 2002).

Pesquisas executadas na Inglaterra e País de Gales, indicam que a sobrevivência ao câncer está melhorando e dobrou nos últimos 40 anos. Cinquenta por cento das pessoas

diagnosticadas entre 2010 e 2011 sobreviveram à doença por no mínimo 10 anos (Cancer Research UK, 2011). No Brasil a sobrevivência relativa esperada é de cinco anos para cinquenta por cento das pessoas diagnosticadas com câncer (INCA, 2006).

A expansão contínua de tratamentos eficazes traz à tona questões de gerenciamento com profissionais da saúde no tratamento de câncer (Connor, Ponte, & Conway, 2002). Coordenação, comunicação e tomada de decisão entre os membros da equipe de saúde e os pacientes são aspectos do tratamento do câncer que podem ser melhorados (Fleissig et al., 2006). Liderança da equipe de saúde colabora com o atendimento ao paciente através de responsabilidade compartilhada e processo de melhoria integrada (Connor et al., 2002).

Criticidade de tarefas é fundamental para determinar quais estão inclusas no desenho de interdependência e gerenciamento (Trosman et al., 2016). Na oncologia, a coordenação é complexa e dispendiosa, porém algumas tarefas podem ser executadas de forma autônoma, consequentemente, se faz necessário definir o devido grau de interdependência de tarefas com base na criticidade (Quinn, 2014).

No setor de saúde, a abordagem ao tratamento como um projeto tem sido proposta, entretanto, inexplorada (Trosman et al., 2016). Como numa consultoria, as informações do projeto de tratamento oncológico devem estar disponíveis para todos os membros da equipe: paciente, cuidador, médicos e demais profissionais de saúde (Connor et al., 2002). A qualquer momento, os membros da equipe devem entender a criticidade da situação e saber como se comunicar para direcionar a ação (Quinn, 2014). A utilização das práticas de gerenciamento de projetos muitas vezes não é usada de maneira eficiente (Matrane et al., 2014). Isso pode ocorrer por alguns motivos, um deles é devido a burocracia, dificultando a utilização das práticas de gerenciamento de projetos, forçando a adoção de práticas informais (Turner & Ledwith, 2016). Sendo assim, esse estudo se justifica para que essas práticas de gerenciamento de projetos possam ser identificadas no contexto das equipes multidisciplinares na oncologia. Como também, possam ser analisadas com o intuito de que essas práticas possam contribuir para os profissionais de saúde durante o tratamento oncológico.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este estudo está dividido em seis capítulos. Sendo o primeiro capítulo a Introdução, que é composta pelo problema de pesquisa, o objetivo geral e os específicos e a justificativa do estudo. A Revisão de Literatura compõe o segundo capítulo com as seguintes seções: práticas

de gerenciamento de projeto, gerenciamento de projetos e a relação com as equipes, tratamento oncológico e acreditação. No terceiro capítulo se encontra o método e técnicas de pesquisa. As seções desse capítulo são: delineamento da pesquisa, unidade de análise, procedimentos de coleta dos dados e procedimentos de análise dos dados. Posteriormente, é apresentado a análise dos resultados, seguido da discussão dos resultados e as contribuições para a prática. Encerrando com as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste trabalho está baseado em dois pilares: práticas de gerenciamento de projeto e gerenciamento de projetos e a relação com as equipes. Além desses pilares, aborda-se sobre a complexidade do tratamento oncológico e o envolvimento com as creditações hospitalares.

2.1 PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETO

O que tem sido denominado como “métodos” ou “práticas” de gerenciamento de projetos varia consideravelmente. A literatura que aborda métodos inclui ferramentas, técnicas específicas, metodologias estabelecidas e artefatos que resultam de práticas de planejamento (Papke-Shields, Beise & Quan, 2010). O gerenciamento de projetos é praticado em muitos contextos diferentes, cada um com seus problemas específicos (Besner & Hobbs, 2012) e cada um com suas práticas.

O paradigma de gerenciamento de projetos é definido por meio de guias genéricos de conhecimento, como o PMBOK® do *Project Management Institute* (PMI, 2017) e a *Association for Project* (APM, 2006). No estudo de Besner e Hobbs (2012), os profissionais de gerenciamento de projetos experientes forneceram uma descrição de sua prática e o que eles realmente fazem quando gerenciam projetos. Os resultados indicaram que práticas, ferramentas e técnicas são utilizadas em clusters ou grupos, denominados “conjuntos de ferramentas”. A ideia de apresentar práticas em grupos não é nova; o Guia PMBOK® (PMI, 2017) agrupa as práticas por área de conhecimento.

Para Papke-Shields, Beise e Quan (2010) as práticas de gerenciamento de projeto estão encapsuladas, reconhecendo diferenças entre PMBOK® (PMI, 2017) e outros padrões. Porém, acreditam que qualquer conjunto específico de padrões, provavelmente, capturará a maioria do que são consideradas melhores práticas em todo o cenário global de gerenciamento de projeto. Papke-Shields, Beise e Quan (2010) tratam somente dos processos de iniciação, execução e controle, sendo que o processo de encerramento não foi considerado neste estudo, conforme detalhamento na Tabela 1.

Tabela 1 - Conjunto de Ferramentas

Área de conhecimento	Prática de gerenciamento de projeto
Integração	Plano do projeto
	Termo de abertura
	Análise de stakeholder
	Estudo de viabilidade
Escopo	Lista de entregáveis do projeto
	Declaração de escopo
	EAP
	Proposta de mudança de escopo
	Atualização de EAP
	Atualização da declaração de escopo
Tempo	Cronograma do projeto
	Atualização do cronograma
	Linha base do cronograma
	Diagrama de PERT ou Gantt
	Lista de atividades do projeto
	Estimativa de duração das atividades
	Atualização da lista de atividades
Custo	Linha base de custo
	Atualização da estimativa de custo
	Relatórios de desempenho de custo
	Estimativa de custo das atividades
	Atualização da linha base de custo
	Plano de orçamento dividido em fases
Qualidade	Checklists de qualidade
	Definição de métricas de qualidade
	Plano de gerenciamento da qualidade
	Resultados de métricas de qualidade
	Auditoria de qualidade
	Propostas de mudança de qualidade
Recursos Humanos	Atribuições da equipe do projeto
	Lista de papéis e responsabilidades
	Matrix de atribuições de responsabilidade
	Evento de construção de equipe
	Solicitações de mudança de Recursos Humanos
Comunicação	Plano de gerenciamento de comunicações
	Sistema de coleta e recuperação de informações

	Plano de distribuição de informação
	Análise de requisitos de comunicação
	Solicitações de mudança de comunicação
Risco	
	Plano de gerenciamento de risco
	Plano de contingência
	Registro de riscos
	Análise quantitativa de risco
	Atualizações no registro de risco
	Mecanismo de resposta ao risco pré-planejado
	Reuniões de revisão
Compra	
	Declaração de trabalho do contrato
	Documentos de negociação
	Avaliação de proposta de fornecedor
	Critério de avaliação do fornecedor
	Plano de gerenciamento de compra

Fonte: Adaptado de Papke-Shields, Beise e Quan (2010)

Práticas envolvem pessoas e conhecimento, as pessoas aplicam o conhecimento adquirido em situações específicas, conseqüentemente, alterar práticas requer mudança de comportamento (Tucker et al. 2007). As organizações de saúde enfrentam crescente pressão para melhorar suas operações e fornecer evidências da qualidade e eficiência de seus processos (Kujala et al., 2006). Os gerentes da área da saúde que tradicionalmente se concentravam na qualidade do atendimento, agora são forçados a revisar suas práticas gerais de gerenciamento em prol da eficácia (Baker, 2001). Os relatórios do Institute of Medicine (IOM) de 2000/2001 sugeriram que 58% dos erros médicos relacionados às mortes hospitalares nos EUA poderiam ter sido evitados (Hellstrm et al., 2010).

Identificar e implementar práticas aprimoradas é um processo de aprendizado organizacional que requer estudo sistemático (Argote, Gruenfeld, & Naquin, 2001). A capacidade de prever e promover o sucesso da implementação de novas e melhores práticas é vital para as organizações (Tucker et al., 2007). Os projetos de melhoria da qualidade contribuem para melhorar o desempenho, contudo sua eficácia depende de quão eficiente eles podem ser integrados às estratégias organizacionais e práticas de gerenciamento de projetos (Dey & Hariharan, 2006). A aprendizagem em projetos é vista como uma forma para melhorar o desempenho das organizações (Thiry, 2002).

Nas práticas de saúde existem abordagens uniformes e globais para identificar deficiências de serviço específico e estratégias de planejamento para mitigar essas deficiências,

a fim de alcançar um melhor desempenho (Lurie et al., 2002). O conhecimento no ambiente de saúde flutua rapidamente, dificultando o acompanhamento de todas as práticas potencialmente melhores (Jukema et al., 2015). As equipes de projeto que participam de atividades como revisões de literatura e visitas a outras organizações semelhantes, descobrem melhores práticas e dicas de implementação que aumentam a probabilidade de êxito na transferência de conhecimento (Tucker et al. 2007).

Dey e Hariharan (2006), desenvolveram um modelo de gerenciamento de qualidade usando uma estrutura lógica conforme Figura 1:

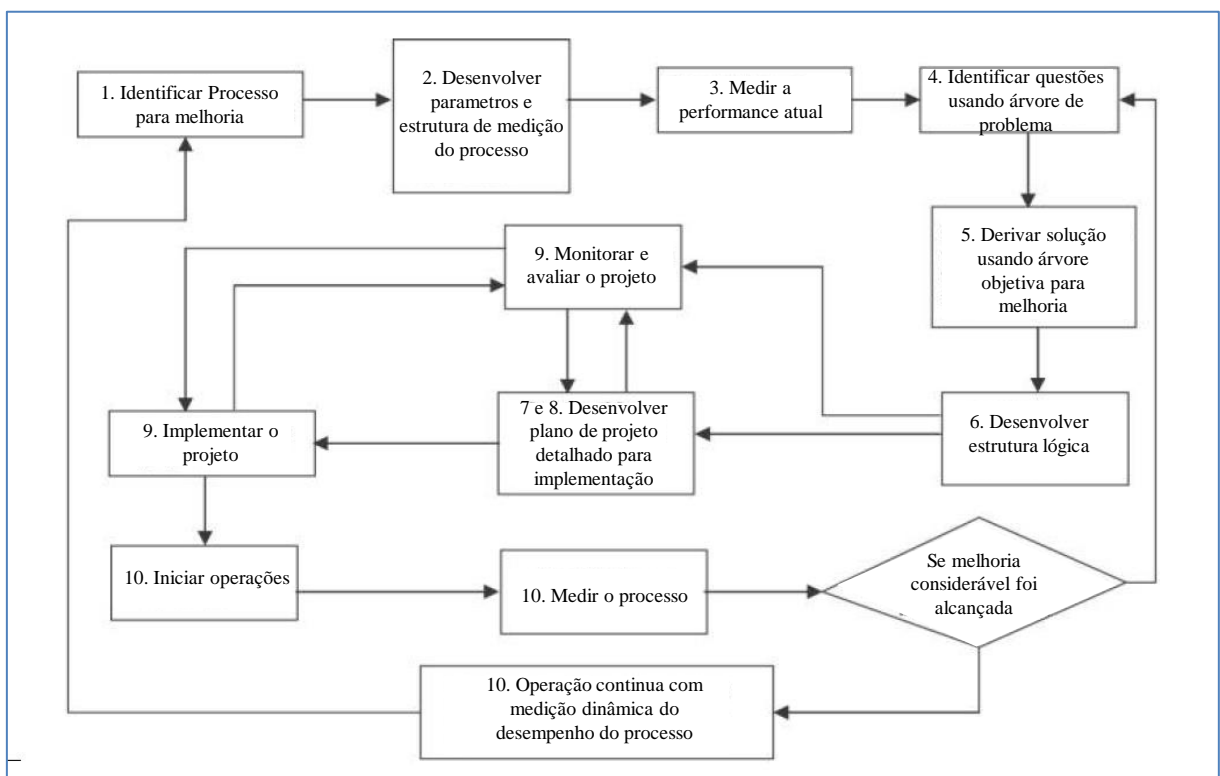


Figura 1 - Modelo de gerenciamento de qualidade para melhoria de processo
Fonte: adaptado de Dey e Hariharan (2006).

Para um melhor entendimento da Figura 1, os passos do modelo de gerenciamento de qualidade (Dey e Hariharan, 2006), será detalhado conforme as suas etapas:

(1) Identificar um processo específico para melhoria. Embora para melhorar o desempenho de um sistema produtivo, todo desempenho do processo precisa ser estudado, um processo específico pode ser priorizado para a ação de melhoria.

(2) Desenvolver parâmetros e estrutura de medição para avaliar o desempenho do processo. Os parâmetros do processo são de natureza objetiva e subjetiva. A identificação

desses fatores e o desenvolvimento de uma estrutura para analisá-los devem ser realizados para obter o desempenho do processo.

(3) Medir o desempenho atual. Uma extensa coleta e análise de dados, de acordo com a estrutura de medição de desempenho, com o envolvimento ativo dos donos do processo, devem ser realizadas para medir o seu desempenho.

(4) Identificar problemas relacionados ao processo que não estão executando conforme o desejado, usando a árvore de problemas. As razões para não alcançar o nível de desempenho desejado devem ser identificadas utilizando técnicas como *brainstorming* entre os donos do processo. Primeiramente, o problema é identificado no nível macro e, posteriormente, as causas principais desse problema são identificadas hierarquicamente.

(5) Derivar soluções para os problemas acima usando a árvore objetiva. Posteriormente, uma árvore objetiva é desenvolvida correspondente a árvore problema de um processo específico, envolvendo os donos do processo.

(6) Desenvolver uma estrutura lógica usando as informações da árvore objetiva. Uma estrutura lógica é então formulada a partir das informações nas árvores objetivas.

(7) Desenvolver um plano de projeto detalhado para implementação de melhoria de desempenho do processo. As informações da estrutura lógica, juntamente com outros estudos (pesquisa, design e engenharia), ajudam a desenvolver um plano detalhado do projeto.

(8) Obter aprovação dos executivos da organização. A aprovação da autoridade competente com base no plano do projeto garante o comprometimento da implantação e do gerenciamento de recursos para melhorar o desempenho. Ao aprovar, os executivos da organização garantem o vínculo entre os projetos de melhoria de processos e as estratégias organizacionais, a curto e a longo prazo.

(9) Implementar, monitorar e avaliar os projetos de melhoria. Os projetos são implementados com o envolvimento da equipe do projeto, juntamente de stakeholders para garantir o envolvimento dos funcionários na melhoria do desempenho do processo.

(10) Avaliar o desempenho do processo utilizando parâmetros anteriores e análise para melhoria contínua.

2.2 GERENCIAMENTO DE PROJETOS E A RELAÇÃO COM AS EQUIPES

Equipes são consideradas grupos de pessoas com diferentes habilidades e organizadas para trabalhar juntas em prol de um objetivo compartilhado por todos (Denton, 1997). Uma

equipe deve ser constituída de múltiplos indivíduos com diferentes experiências e especializações, contribuindo para um único projeto (Hlaoittinun et al., 2008). A natureza colaborativa das equipes é essencial para a criação de novos conhecimentos (Fong, 2003).

O trabalho em equipe auxilia os grupos a ter um desempenho melhor (Salomon e Globerson, 1989). A interação entre os membros da equipe afeta a performance e a maneira pela qual a equipe consegue trabalhar com uma situação nova (Denton, 1997). A complexidade do projeto está diretamente relacionada a necessidade de interação de conhecimentos, envolvimento de especialistas e expansão dos limites das equipes (Ratcheva, 2009). O capital social é um importante fator de aprendizagem organizacional em gerenciamento de projetos (Bartsch, Ebers & Maurer, 2013).

Comunidades intelectuais, virtuais e localizadas, nas quais cada membro da equipe faz parte, serão parte integrante dos processos de pensamento e descoberta da equipe e preencherão lacunas de conhecimento, contribuindo para ampliar a experiência, assistência prática e apoio emocional (Ratcheva, 2009). Equipes homogêneas são harmoniosas nas fases iniciais do projeto, porém não têm a mesma amplitude de possibilidades para auxiliar no desenvolvimento de discussão ativa para promover ideias inovadoras (Denton, 1997).

Em seu trabalho Fong (2003) demonstra a criação de conhecimento em equipes de projetos começando com o cruzamento de fronteiras que leva aos processos de compartilhamento, geração e integração de conhecimento. A aprendizagem coletiva de projeto é central aos três processos de conhecimento. As equipes de projeto precisavam atravessar fronteiras impostas tanto pela variedade de disciplinas profissionais, quanto pelas divisões hierárquicas do cliente, consultor e contratado, antes que um trabalho genuíno, solução de problemas ou criação de conhecimento pertinente possam ocorrer. Ao cruzar essas duas fronteiras, eles podem iniciar os três processos de conhecimento por meio da solução conjunta de problemas (Figura 2).

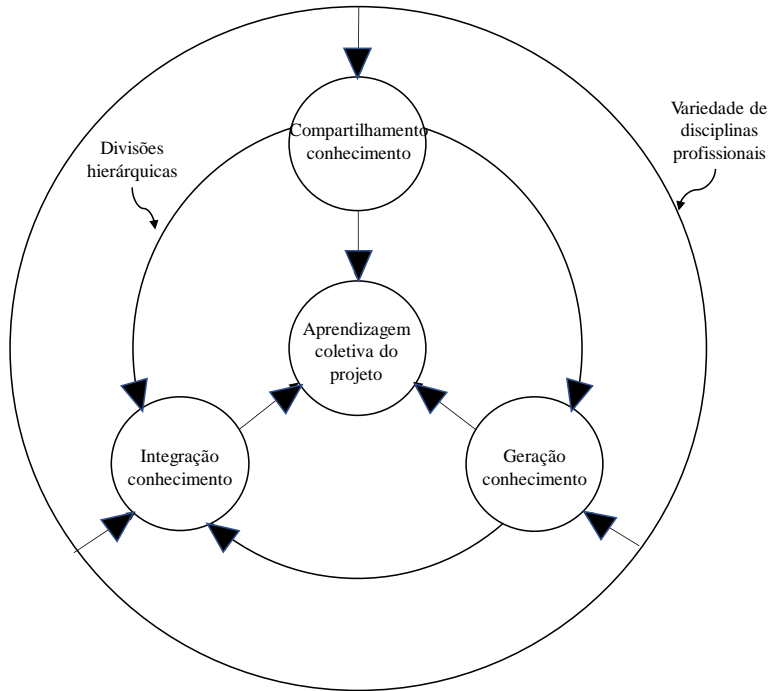


Figura 2 - As inter-relações entre processos de criação de conhecimento
 Fonte: Adaptado de Fong (2003).

2.3 EQUIPES MULTIDISCIPLINARES

Equipe multidisciplinar é um grupo de profissionais de saúde que se relacionam rotineiramente entre si com o propósito de prestar cuidados centrados no paciente e na família em uma determinada prática, unidade ou programa, sendo que esta equipe consiste normalmente de enfermeiras, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (Ponte, Gross, Milliman-Richard & Lacey, 2010). Vários termos são usados na literatura para abordar conceitos semelhantes relacionados à colaboração entre disciplinas: interdisciplinar, multidisciplinar, transdisciplinar e interprofissional (Ponte et al., 2010).

O trabalho com equipes multidisciplinares foi aprovado como a principal forma de gerenciar o tratamento do câncer e sua introdução generalizada começou com o relatório Calman-Hine de 1995 sobre a estrutura e a organização dos serviços de câncer na Inglaterra e no País de Gales (Fleissig, Jenkins, Catt & Fallowfield, 2006). O trabalho multidisciplinar está associado à melhora da sobrevivência, uma vez que um dos principais objetivos das equipes multidisciplinares é garantir que os pacientes sejam tratados por uma equipe especializada (Taylor, Munro, Glynn-Jones, Griffith, Trevatt, Richards, & Ramirez, 2010).

A crescente quantidade de opções de tratamento potencialmente eficazes traz dilemas terapêuticos sobre os planos ideais de tratamento e como eles devem ser apresentados aos pacientes, com isto a coordenação, a comunicação e a tomada de decisão entre os membros da equipe de saúde e os pacientes, são aspectos do tratamento do câncer que podem ser melhorados com o trabalho da equipe multidisciplinar (Fleissig et al., 2006). Quando a doença se torna mais complexa, é importante envolver todos os grupos profissionais-chave na tomada de decisões clínicas para pacientes individuais (Taylor et al., 2010).

A colaboração interdisciplinar é crítica para a excelência na prestação de cuidados ao paciente, há um consenso crescente de que a educação básica para todos os profissionais clínicos deve incluir o conhecimento, as habilidades e as atitudes necessárias para participar efetivamente de equipes multidisciplinares e que as organizações de saúde devem continuar essa educação no ambiente de prática. (Ponte et al., 2010). A comunicação entre as diferentes disciplinas deve melhorar como resultado de reuniões regulares, além do compartilhamento de informações, planejamento de tratamento, simplificação dos processos de encaminhamento entre profissionais e prevenção da duplicação de exames e investigações (Fleissig, Jenkins, Catt & Fallowfield, 2006).

As origens de alguns dos problemas no tratamento que demandaram o relatório Calman-Hine de 1995 sobre a estrutura e a organização dos serviços de câncer na Inglaterra e no País de Gales estão descritas na Tabela 2, enquanto a Tabela 3 descreve os benefícios esperados com as equipes multidisciplinares (Fleissig et al., 2006).

Tabela 2 - Problemas no tratamento que a equipe multidisciplinar deveria resolver

Problemas encontrados
• Acesso não uniforme a cuidados especializados
• Notificação frequente de inadequações nos serviços de câncer
• Sistema de referência desarticulado
• Grandes variações na frequência de tratamentos individuais usados, número de casos de médicos específicos que tratam de câncer e sobrevida do paciente

Fonte: Adaptado de Fleissig, Jenkins, Catt & Fallowfield (2006)

Tabela 3 - Benefícios esperados com as equipes multidisciplinares

Benefícios
• Melhoria da consistência, continuidade, coordenação e rentabilidade do atendimento
• Melhor comunicação entre profissionais de saúde
• Melhores resultados clínicos
• Maior recrutamento para ensaios clínicos
• Oportunidades para melhorar a auditoria
• Maior satisfação e bem-estar psicológico dos pacientes

-
- Oportunidades educacionais para profissionais de saúde
 - Suporte de um ambiente colegial
 - Maior satisfação no trabalho e bem-estar psicológico dos membros da equipe
-

Fonte: Adaptado de Fleissig, Jenkins, Catt & Fallowfield (2006)

2.4 TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Em um mercado competitivo como o da saúde, os hospitais estão se concentrando em maneiras de agilizar seus processos, a fim de fornecer tratamento com qualidade e, ao mesmo tempo, com redução de custos (Mans et al., 2008). Da mesma forma, os governos e operadoras de saúde, cada vez mais pressionam os hospitais para que atuem de forma mais eficiente. Um aspecto importante é que a saúde é caracterizada por fluxos ou processos de atendimento ao paciente complexos e ao mesmo tempo flexíveis (Mans et al., 2008). Além disso, muitas disciplinas estão envolvidas, para as quais se verifica que estão trabalhando isoladamente desconhecendo o que acontece dentro de outras disciplinas (Mans et al., 2008).

O câncer é uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo e este índice vem aumentando em países de baixa e média renda (Strasser-Weippl et al., 2015). O controle do câncer não precisa apenas da integração de prevenção, rastreamento e diagnóstico de alta qualidade e maquinário de tratamento, mas também outros serviços, incluindo reabilitação, sobrevivência e cuidados paliativos (Strasser-Weippl et al., 2015). A Figura 3 apresenta as recomendações atualizadas em 2015 para países da América Latina, após a primeira comissão em 2013 pela The Lancet (Strasser-Weippl et al., 2015).

Aumentar os recursos financeiros para o controle do câncer

- A porcentagem do produto nacional bruto gasto com saúde aumentou em vários países, mas ainda é muito menor do que nos países desenvolvidos
- O acesso a medicamentos e procedimentos de alto custo aumentou
- O financiamento de medicamentos onerosos contra o câncer nos sistemas de saúde pública ainda é escasso, o que resultou no aumento da judicialização da medicina

Reestruturar os sistemas de saúde

- A proporção de pessoas cobertas por seguro básico de saúde na América Latina aumentou de 46% para 60% entre 2008 e 2013
- Ações para proteger os pacientes não segurados contra despesas de saúde catastróficas foram implementadas (por exemplo, no México e no Uruguai)
- Apenas Brasil, Cuba e Costa Rica têm assistência médica universal verdadeira, enquanto a maioria dos países ainda possui sistemas de assistência médica altamente fragmentados com segregação persistente da assistência médica

Otimizar a força de trabalho de oncologia para atender às necessidades regionais

- A conscientização sobre a escassez de especialistas em câncer e o número de oncologistas na América Latina tem aumentado continuamente, principalmente no Brasil e na Argentina
- Vários programas (por exemplo, na Guatemala ou no México), fazem uso de navegadores pacientes para superar as barreiras culturais e logísticas para pacientes indígenas e rurais com câncer
- O número de casos de câncer por oncologista ainda é muito maior do que em países desenvolvidos e o número de serviços de cuidados paliativos e médicos ainda é gravemente baixo
- Apesar das inúmeras iniciativas para redistribuir o pessoal de saúde para áreas desprivilegiadas, a maioria dos especialistas em câncer na América Latina ainda pratica a medicina em grandes centros terciários de câncer
- Estratégias inovadoras, incluindo o uso de telemedicina, reciclagem de especialistas e sistemas de incentivo ainda precisam ser amplamente implementados

Melhorar os recursos técnicos e serviços para a prevenção e tratamento do câncer

- A subexecução de novas tecnologias não melhorou substancialmente desde a última Comissão em 2013 com algumas exceções, por exemplo, a disponibilidade de PET-CT melhorou no Uruguai
- A qualidade insuficiente da avaliação histopatológica ainda é uma preocupação, como exemplificado pela baixa qualidade dos esfregaços de Papanicolaou mostrados em estudos de rastreamento do câncer cervical
- Longos tempos de espera ainda são um grande problema, dificultando a eficácia de iniciativas promissoras de rastreamento, prevenção e detecção precoce.

Investir em pesquisas e cuidados oncológicos baseados em evidências relevantes para a região

- Etapas importantes foram tomadas para melhorar os dados de registro, resultando em um aumento de 40% nos registros de câncer na região entre 2011 e 2014
- A cobertura populacional de registros geralmente ainda é baixa
- Além dos registros, muitos novos planos e políticas ambiciosos para o câncer foram assinados na política, mas ainda aguardam a implementação total
- A pesquisa participativa com base na comunidade é uma nova área promissora de pesquisa regional na América Latina, que aborda barreiras específicas e intervenções para superá-las
- Os resultados de longo prazo de novas iniciativas, por exemplo, com rastreamento de câncer cervical, não estão sendo monitorados sistematicamente
- A pesquisa pré-clínica e clínica em oncologia originária da América Latina não aumentou substancialmente.

Investir em educação

- Muitas novas iniciativas educacionais e de treinamento de pós-graduação estão disponíveis, principalmente programas de bolsas de estudos nacionais e programas de incentivo ao intercâmbio internacional
- Redes singulares de telemedicina foram implementadas no Peru, Equador e Colômbia, mas seu efeito sobre os resultados precisa ser avaliado
- A conscientização pública está sendo aumentada por meio de redes de pesquisa participativa de base comunitária e pela integração de serviços de saúde em plataformas e infraestrutura existentes (por exemplo, pela organização não governamental Pro Mujer na Argentina, Bolívia, México, Nicarágua e Peru)

Figura 3 - Recomendações feitas em 2015 pela comissão de oncologia The Lancet para América Latina

Fonte: Adaptado de Strasser-Weippl et al. (2015).

2.5 ACREDITAÇÃO

A segurança e o foco no paciente estão emergindo como motores-chave na reforma da saúde. A acreditação é a avaliação de qualidade externa comum nos objetivos estratégicos das organizações de saúde (Brubakk et al., 2015). Programa de acreditação hospitalar é a avaliação sistemática de hospitais em relação a padrões aceitos globalmente e a certificação é uma confirmação da organização em relação aos padrões pré-determinados e publicados (Brubakk et al., 2015).

O principal objetivo da acreditação é fornecer serviços de saúde seguros, de qualidade e, conseqüentemente, melhorar os resultados da saúde (Tashayoei et al., 2020). Pesquisas apresentam a acreditação como o primeiro passo para alcançar a excelência em saúde e obter a certificação é um símbolo da qualidade do desempenho organizacional (Tashayoei et al., 2020). Nesse sentido, a capacidade dos programas de acreditação de fazer mudanças positivas e promover atividades clínicas e organizacionais baseadas em evidências levou a sua aceitação no mercado como impulsionador da melhoria do sistema de saúde (Tashayoei et al., 2020).

O primeiro passo para resolver qualquer problema é definir o objetivo a ser alcançado. Os esforços para reformar o sistema de saúde têm sido prejudicados pela falta de clareza sobre a meta a ser seguida (Porter & Lee, 2013). Objetivos incertos, como melhorar o acesso ao atendimento médico, conter custos, aumentar os lucros e a redução de custos em detrimento da qualidade. O aumento de lucro não está alinhado aos interesses dos pacientes, uma vez que o lucro depende do aumento do volume de serviços, caso não sejam entregues bons resultados (Porter & Lee, 2013). Na área de saúde, a meta abrangente deve ser melhorar o valor para os pacientes, em que o valor é definido como os resultados de saúde alcançados que importam para os pacientes em relação ao custo de atingir esses resultados (Porter & Lee, 2013).

Estudos anteriores sobre a implementação de programa de acreditação mostram o impacto positivo no aumento da eficácia, eficiência, qualidade, segurança, liderança, trabalho em equipe e comunicação. Além disso, o credenciamento pode oferecer uma oportunidade para aumentar o financiamento ou reduzir custos (Tashayoei et al., 2020).

Experiências negativas relativas à implementação do programa de acreditação também foram destaques em estudos anteriores e se pautaram em dois grandes assuntos: documentação e emoções (Sadeghi-Bazargani et al., 2015). Os enfermeiros elencaram os excessivos tempos despendidos em documentação e briefings, enquanto deveriam passar seu tempo principal cuidando dos pacientes. Essa pressão mental trouxe aumento do estresse e desgaste na equipe

de enfermagem, incorrendo em problemas físicos e mentais para os funcionários, afetando negativamente sua qualidade de vida (Sadeghi-Bazargani et al., 2015).

Ainda enfatizando impactos gerados na assistência, pelo processo de acreditação e relatados em estudos anteriores, Manzo e Brito (2012) destacam que os profissionais de saúde se veem em um cenário permeado por cobrança, pressão, estresse, falta de valorização e reconhecimento. Porém, apesar de inerente a qualquer sistema que utiliza avaliação e busca de melhoria contínua, esta situação pode ser suavizada pelo incremento de estratégias que busquem a valorização dos profissionais envolvidos, a fim de proporcionar uma continuidade e maior adesão à gestão de qualidade (Manzo e Brito, 2012).

Tabrizi, Gharibi & Wilson (2011) em seu artigo elaboraram uma lista com atributos comuns nos programas de acreditação e avaliaram, através de um sistema de classificação por estrelas, para indicar qualitativamente a relação de cada programa com os aspectos positivos a cada atributo, conforme apresentado na Tabela 4.

O Brasil tem seu próprio programa de acreditação denominado ONA (Organização Nacional de Acreditação) criada em 1999, sendo uma organização privada, sem fins lucrativos que tem como objetivos principais a implantação e implementação de um processo de melhoria da qualidade nos serviços de saúde, através do processo de acreditação (Feldman, Gatto & Cunha, 2005). O sistema brasileiro de acreditação, operacionalizado pela ONA, permite o aprimoramento contínuo, a fim de garantir a qualidade na assistência e cuidado humanizado (Manzo, Brito & Alves, 2013).

A ONA classifica os hospitais em três níveis de classificação crescentes, conforme o cumprimento de padrões do Manual Brasileiro de Acreditação e envolve requisitos de Estrutura – Nível 1: Acreditado, Processos - Nível 2: Acreditação Plena, e Resultados - Nível 3: Acreditação por Excelência (Alástico & Toledo, 2013). As Instituições Acreditadoras são empresas de direito privado credenciadas pela ONA, têm como objetivo avaliar e certificar a qualidade dos serviços de saúde, o hospital prestador de serviços de saúde certificado, incorpora a responsabilidade e o comprometimento em relação à qualidade do atendimento prestado à sociedade (Feldman, Gatto & Cunha, 2005).

Tabela 4 – Comparação de programas de acreditação

Atributos	Nome das Organizações					
	Joint Commission International (JCI) EUA	Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) Canadá	Australian Council of Healthcare Standards (ACHS) Austrália	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) França	Quality Health New Zealand (QHNZ) Nova Zelândia	UK programs Reino Unido
Efeito na melhoria da qualidade	****	**	**	*	*	*
Efeito na melhoria da segurança	****	**	*	*	*	*
Melhorar a integração da gestão de saúde	***	**	*	*	*	*
Fornecer banco de dados de organizações de saúde	*	-	-	-	-	-
Projeção internacional	*	-	-	-	-	-
Influenciou outros programas de acreditação	***	*	*	*	*	*
Evidencia a confiança do público no processo	****	**	*	*	*	*
Ênfase na eficiência e eficácia	***	**	*	*	*	*
Evidência de inovação contínua	****	**	*	*	*	*
Influência nos padrões globais de acreditação	****	**	*	*	*	*
Ênfase nos direitos dos pacientes e proporciona uma atmosfera ética	***	*	*	*	*	*
Foco na gestão da informação	***	*	*	*	*	*
História da organização	****	***	**	*	*	*
Relacionamento eficaz com Stakeholders	***	**	**	**	**	**
Resultados adequados para relatórios públicos	***	**	**	**	**	**
Alinhado com indicadores de performance (adaptação, foco no objetivo, integração, valores e cultura da organização)	***	***	*	**	-	-
Amplitude do escopo da atividade	***	**	**	*	**	*
Credenciado no ISQua (Sociedade Internacional de Qualidade / International Society of Quality)	*	*	*	-	-	*
Considera os 3 tipos de indicadores de desempenho: recursos, processos e resultados	*	*	-	-	-	*
Declaração clara de intenções	*	*	*	-	-	-

Participação voluntária	*	*	*	-	*	*
Organizações governamentais / não governamentais	*	*	*	-	-	*
Abrangência de cobertura e nível científico	****	*	*	*	*	*

Fonte: Adaptado de Tabrizi et al. (2011)

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

O método usado para realizar este projeto de dissertação será detalhado a seguir. O método foi escolhido para que seja possível alcançar o objetivo proposto com essa pesquisa: compreender como ocorrem as práticas de gerenciamento de projetos no tratamento oncológico. As etapas necessárias para alcançar o objetivo serão detalhadas nas seções seguintes e são suportadas por teoria para apoiarem as técnicas de pesquisa. Na Tabela 5 será apresentada uma síntese da pesquisa em uma matriz metodológica.

Tabela 5 – Matriz Metodológica do Estudo

Natureza da Pesquisa:	Aplicada.
Classificação da Pesquisa:	Exploratória.
Abordagem metodológica	Qualitativa.
Método:	Estudo básico qualitativo.
Unidade de análise:	Profissionais da saúde envolvidos no tratamento oncológico
Procedimento de coleta de dados:	Realização de entrevistas semiestruturadas e pesquisa de dados secundários (<i>sites</i> dos hospitais em que os profissionais de saúde trabalham).
Instrumento de coleta de dados:	Roteiro de entrevista e formulários.
Análise de dados:	Análise de conteúdo com o suporte do <i>software</i> MAXQDA.

Fonte: Elaborado pelo Autor

Esta pesquisa é de natureza aplicada (Gil, 2008), devido ao objetivo de apresentar práticas para soluções de problemas. É uma pesquisa com abordagem qualitativa, pois ajuda ao pesquisador usar o ambiente como fonte de informações e o aproxima do fenômeno a ser estudado (Bryman, 2016). Quanto a sua classificação, é uma pesquisa exploratória, pois pretende entender a variável de maneira como ela é e no contexto em que ela está colocada (Gil, 2008). Para isso, será usado o método de estudo básico qualitativo. Para que os casos sejam estudados com mais confiabilidade, serão realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais envolvidos (Yin, 1994) em tratamento oncológico. Após a coleta dos dados, eles serão tratados com o suporte do *software* MAXQDA.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira etapa foi realizada uma revisão bibliográfica. O intuito foi o de encontrar os estudos que abordam o tema e identificar a lacuna de pesquisa. A segunda etapa será uma pesquisa de natureza exploratória utilizando método básico qualitativo.

3.1.1 Primeira etapa – Revisão Bibliográfica

A primeira etapa da pesquisa foi realizada para que pudesse ser feito um levantamento adequado dos artigos que deram suporte teórico para este estudo. Foram usadas fontes das bases *Web of Science* e *Scopus*, consideradas as seguintes composições de verbetes: ‘*project manag**’ e ‘*cancer care*’ ou ‘*healthcare*’ ou ‘*health care*’ ou ‘*health maintenance*’, a procura foi feita no título, resumo e palavras-chave, estágio final das publicações, sem limite de data, foram considerados somente o tipo de documento artigos com origem em revistas (journals) nas áreas de computação, negócio e ciências sociais. A área de medicina foi deliberadamente excluída, por opção estratégica em pesquisar artigos oriundos da área de administração e negócios.

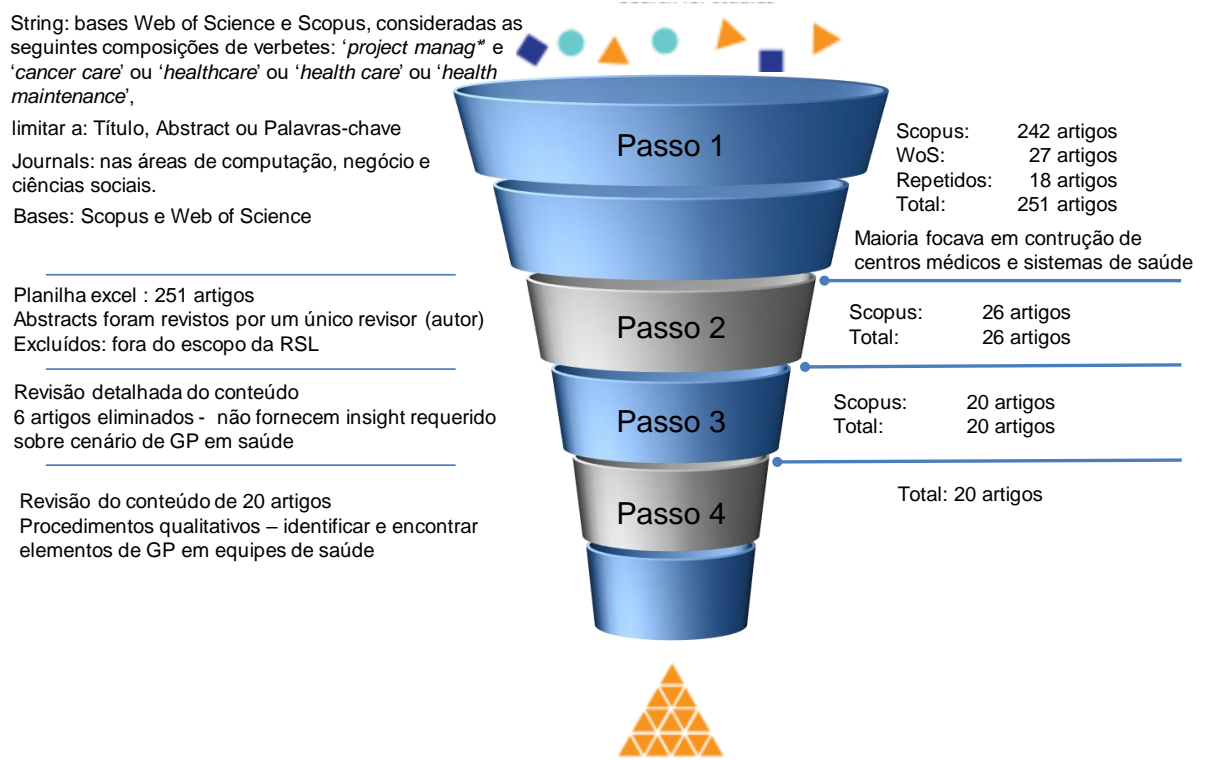


Figura 4 - Procedimento metodológico de coleta de dados da primeira etapa do estudo

Fonte: Elaborado pelo Autor

A Figura 4 apresenta o esquema de procedimento metodológico para coleta de dados, sendo que no primeiro passo a pesquisa retornou 242 artigos no Scopus e 27 artigos no Web of Science (WoS), sendo 18 artigos repetidos, totalizando 251 artigos. No segundo passo, foi gerada uma lista no Excel estruturada, composta por 251 artigos. Durante esta etapa da análise, os resumos dos artigos foram revisados por um único revisor, para determinar o conteúdo dos artigos em termos de gerenciamento de projeto em equipes de saúde e se o artigo seria incluído na amostra final. Nesse processo, todos os artigos considerados fora do escopo foram excluídos, a maioria desses trabalhos focavam na construção física estrutural de centros médicos e implementação de *software* de saúde. Nesse processo, o número de documentos foi reduzido significativamente, alcançando um total de 26 artigos, todos da base Scopus que foram considerados relevantes para nossa análise.

No passo três, foram revisados o conteúdo de 26 trabalhos, lendo-os cuidadosamente, para poder sintetizar seu conteúdo em termos de gerenciamento de equipes de saúde. Nesse processo, mais 6 documentos foram eliminados porque o conteúdo não foi considerado para fornecer as informações necessárias sobre gerenciamento de projetos em equipes de saúde, totalizando 20 artigos. No passo 4 foram realizados procedimentos de análise qualitativa de conteúdo para identificar características de agrupamento dos artigos em dimensões comuns do gerenciamento de projeto em equipe de saúde.

3.1.2 Segunda Etapa – Estudo Empírico

Nesta etapa, o estudo é delineado com o intuito de alcançar os objetivos específicos a e b dessa pesquisa: a) Verificar as práticas de gerenciamento de projetos que podem ser empregadas na execução e gestão das atividades dos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico e; b) Analisar as possíveis contribuições das práticas de gerenciamento de projetos nos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico. A segunda etapa será detalhada nas seções seguintes.

3.2 UNIDADE DE ANÁLISE

Como o objetivo geral do estudo é o de compreender como ocorrem as práticas de gerenciamento de projetos no tratamento oncológico, a unidade de análise para este estudo será

os profissionais de saúde envolvidos no tratamento oncológico. A intenção é a de entender as práticas de gerenciamento de projeto no tratamento oncológico, sendo utilizadas de maneira profissional ou de maneira intuitiva .

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

As entrevistas iniciaram após a aprovação do comitê de ética. Para a realização das entrevistas o pesquisador tomou os cuidados necessários com pontos importantes. Como exemplo, as questões seguiram um formato curto e foram realizadas perguntas adicionais, quando necessário (Ghiglione & Matalon, 1997). Foi criada uma tabela para selecionar os entrevistados. Todos os envolvidos tiveram suas identidades preservadas, por isso foram identificados por códigos. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente, tomando os cuidados de identificar as expressões emitidas pelos entrevistados no momento da coleta dos dados (Fielding & Thomas, 2008).

O pesquisador usou os seus contatos e os da sua orientadora na área da saúde para conseguir os agendamentos das entrevistas. A orientadora desta pesquisa já trabalhou como coordenadora de MBA em uma faculdade de um hospital e prestou consultoria para eles. Trabalhou também com gestores de projetos que atuam em hospitais de referência no Brasil. Tanto o pesquisador, quanto a orientadora, possuem contatos com médicos e equipes de oncologia por motivos pessoais, familiares ligados ao câncer.

A seguir, a Tabela 6 expõe os dados das entrevistas. As siglas foram criadas para manter o sigilo de suas identidades. Na tabela, também é possível verificar a data da realização de cada entrevista, a sua duração e o número de páginas de transcrição de cada uma delas.

Tabela 6 - Dados das Entrevistas

Sigla do entrevistado	Data da entrevista	Duração da entrevista em minutos	Páginas de transcrição
EN01	30/dez/2020	66:00	12
EN02	11/jan/2021	47:00	8
EN03	12/jan/2021	35:00	6
EN04	13/jan/2021	20:00	5
EN05	14/jan/2021	27:00	3
EN06	18/jan/2021	57:00	10
EN07	20/jan/2021	65:00	11
EN08	28/jan/2021	65:00	9
EN09	01/fev/2021	41:00	5

EN10	03/fev/2021	23:00	3
EN11	05/fev/2021	38:00	5
EN12	15/fev/2021	45:00	5

Fonte: Elaborado pelo Autor

O roteiro de entrevistas foi elaborado em partes. A primeira parte teve o intuito de coletar dados descritivos de cada entrevistado, como nome, cargo, tempo de profissão etc. A segunda e terceira parte, foram elaboradas com o suporte do referencial teórico deste projeto de dissertação. A seguir, na Tabela 7, apresenta-se o roteiro da entrevista.

Tabela 7 - Roteiro da entrevista semiestruturada

Nome:		
Idade:		
Duração da Entrevista:		
Local (virtual / presencial):		
Pesquisa parte 1 – Experiência (<i>Background</i>) do entrevistado		
Perguntas	Autores (Ano)	Marco Teórico
<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual sua formação? 2. Qual a função atual? 3. Qual sua experiência profissional? / Há quantos anos atua nesta função? 4. Qual a atividade exercida atualmente? 5. Há quanto tempo está executando esta atividade? 6. Qual a sua responsabilidade? 7. O Sr (a). tem algum conhecimento de práticas de gerenciamento de projeto? Explique, por favor. 		Verificar conhecimento ou prática de gerenciamento de projeto em experiências anteriores profissionais ou acadêmicas.
Pesquisa parte 2 – Organizações / Hospitais onde exerce suas atividades		
Perguntas	Autores (Ano)	Marco Teórico

<ol style="list-style-type: none"> 1. Para quais hospitais o Sr. (a) trabalha? 2. Qual o tipo de contratação (Pessoa Jurídica / Contrato, CLT)? 3. Estes hospitais têm algum tipo de acreditação? Se sim, quais são as acreditações? 4. Estes hospitais são estaduais, municipais, federais ou privados? Se privados pertencem a algum grupo no exterior? 	<p>(Brubakk et al., 2015), (Tashayoei et al., 2020)</p>	<p>Verificar conhecimento ou experiência em acreditação.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Pesquisa parte 3 – Organizações / Hospitais Acreditação

Perguntas	Autores (Ano)	Marco Teórico
<ol style="list-style-type: none"> 1. O Sr. (a) acompanhou as mudanças para acreditação? 2. Se sim (acompanhou as mudanças para acreditação), quais as mudanças que geraram maior impacto para o paciente? 3. Se sim (acompanhou as mudanças para acreditação), quais as mudanças que geraram maior impacto para o hospital? 4. Se sim (acompanhou as mudanças para acreditação), quais as mudanças que geraram maior impacto para os processos da equipe médica? 	<p>(Brubakk et al., 2015), (Tashayoei et al., 2020) (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)</p>	<p>Analisar possível utilização de práticas de gerenciamento de projeto durante o processo de implementação da acreditação.</p>

Pesquisa parte 4 – Triagem e Planejamento

Perguntas	Autores (Ano)	Marco Teórico
------------------	----------------------	----------------------

<p>1. Como é feita a passagem dos pacientes por todos os profissionais envolvidos no tratamento oncológico?</p> <p>2. Já passaram por modelo de atendimento diferente do atual e posteriormente modificado? Como ocorreu a aprendizagem ao longo do tempo para chegar no modelo ideal?</p> <p>3. Como é feito o planejamento das atividades da equipe multidisciplinar no tratamento oncológico?</p> <p>4. Como são planejadas as atribuições de trabalho das pessoas dos diferentes departamentos para trabalharem juntas?</p> <p>5. Como é feito o registro de riscos do tratamento em relação ao paciente? Existe algum processo para responder aos riscos antes que eles ocorram? Como é feita a comunicação dos riscos e respostas para os demais membros da equipe multidisciplinar?</p>	<p>(Mans et al., 2008), (Denton, 1997), (Fong, 2003), (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)</p>	<p>Analisar possível utilização de práticas de gerenciamento de projeto durante o processo planejamento ou mudança de processos.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pesquisa parte 5 – Coordenação		
Perguntas	Autores (Ano)	Marco Teórico

<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe alguma documentação informando deveres, autoridade e responsabilidade de cada membro da equipe? Quais são? 2. Como é feito o acompanhamento do tratamento oncológico após o planejamento das atividades? Qual documentação é utilizada para o acompanhamento? Como é feita a comunicação aos demais membros da equipe para divulgar a situação atual do tratamento para determinado paciente? 3. Existe alguma documentação com a interdependência entre as atividades das diversas áreas envolvidas, com datas previstas de início e fim, duração de cada tratamento ou medicamento e expectativa em cada fase do tratamento? Se sim, existe controle entre tratamento planejado e realizado? 4. Como é feito o registro das lições aprendidas sobre os desvios entre atividades planejadas e realizadas? Como é feita a divulgação das lições aprendidas entre os membros da equipe? 5. Existe algum departamento ou pessoa que é responsável pela orquestração das atividades da equipe multidisciplinar no dia a dia? 6. Como é o relacionamento entre os diversos departamentos no tratamento oncológico? Existe interferência entre estes departamentos? 7. Existem reuniões periódicas com toda a equipe multidisciplinar para 	<p>(Besner & Hobbs, 2012), (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010) (Kujala et al., 2006)</p>	<p>Analisar possível utilização de práticas de gerenciamento de projeto pela liderança.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

tratar a situação atual ou plano de ação dos pacientes?		
---------------------------------------------------------	--	--

Pesquisa parte 6 – Avaliações		
Perguntas	Autores (Ano)	Marco Teórico
<p>1. Existem metas e objetivos para cada membro da equipe multidisciplinar? Se sim, como são feitas?</p> <p>2. Existem avaliações de desempenho e processo de feedback para os membros da equipe multidisciplinar? Se sim, como são feitas?</p> <p>3. Como é feito o controle de qualidade do tratamento? Esse controle é feito por paciente, ou por grupo de pacientes? Qual a periodicidade?</p> <p>4. Existe algum tipo de avaliação feita pelo paciente sobre a equipe e tratamento como um todo? Se sim, como é feita a comunicação para todos os membros da equipe? Existem premiações para os melhores avaliados? Existe algum processo de reciclagem para os piores avaliados?</p>	(Besner & Hobbs, 2012), (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)	Analisar possível utilização de práticas de gerenciamento de projeto na formação de equipe ou comunicação entre liderança.

Pesquisa parte 7 – Inovação		
Perguntas	Autores (Ano)	Marco Teórico
1. Como é o processo de atualização de equipamentos e medicamentos disponíveis no hospital à medida que surgem novas tecnologias no mercado? 2. Como ocorre a atualização médica em relação a novas tecnologias e medicamentos? 3. Como se dá a revisão e atualização de processos e técnicas de atendimento aos pacientes?	(Besner & Hobbs, 2012), (Argote, Gruenfeld & Naquin, 2001) (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)	Analisar possível utilização de práticas de gerenciamento de projeto em mudança de processos e comunicação com liderança.

Pesquisa parte 8 –Organização Médica		
Perguntas	Autores (Ano)	Marco Teórico
1. Qual o tipo de treinamento que é ministrado para a equipe médica? 2. Existem treinamentos técnico em grupo com a equipe multidisciplinar? 3. Existe compartilhamento de informações entre profissionais de outros hospitais?	(Besner & Hobbs, 2012), (Argote, Gruenfeld & Naquin, 2001) (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)	Analisar possível utilização de práticas de gerenciamento de projeto na formação de equipe ou comunicação entre liderança.

Fonte: Elaborado pelo Autor

O primeiro bloco do roteiro das entrevistas foi elaborado para identificar melhor o entrevistado e para que seja possível extrair os dados descritivos da amostra selecionada. O segundo bloco aborda perguntas sobre os hospitais em que os profissionais da saúde trabalham.

Já a terceira parte, aborda sobre as creditações. Essa parte foi incluída no questionário para que o pesquisador pudesse entender melhor o relacionamento da creditação com as práticas de gestão de projetos. O quarto bloco possui perguntas para auxiliar no entendimento de como funciona o cotidiano da equipe multidisciplinar do setor oncológico e suas possíveis práticas usadas. O quinto bloco dá continuidade a identificação de como funcionam os registros entre as equipes e como elas são coordenadas. A sexta parte trata da avaliação. A sétima discorre sobre a inovação. Já o oitavo bloco, verifica especificamente sobre a organização médica.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados com o suporte do software MAXQDA. Os achados da pesquisa foram categorizados com base no referencial teórico. As categorizações passaram tanto pela análise do pesquisador, como também da orientadora desta pesquisa. Foram analisadas as transcrições (dados primários) e as anotações realizadas pelo pesquisador. Os dados coletados nos sites (dados secundários) dos hospitais onde os profissionais trabalhavam serviram para dar apoio ao pesquisador na interpretação dos dados. Todos os dados coletados passaram por múltiplas leituras dos pesquisadores, com o intuito de criar uma estrutura de dados.

A Tabela 8 reflete a lista com todos os códigos e suas respectivas frequências e o percentual de representatividade frente a soma total de referência aos códigos, sendo assim é possível observar a relação de códigos que representam os segmentos das transcrições agrupados e analisados com o auxílio do software MAXQDA.

Tabela 8 - Lista de Códigos

Códigos	Frequência	Percentual
Equipe Multidisciplinar	78	13,11%
Práticas Ger. de Projeto	68	11,43%
Acreditação	48	8,07%
Protocolos	45	7,56%
Equipe Médica	42	7,06%
Paciente	33	5,55%
Treinamento	26	4,37%
Qualidade	24	4,03%
Indicadores de Performance	23	3,87%
Liderança	21	3,53%
Segurança	20	3,36%

Comunicação	19	3,19%
Reuniões de Acompanhamento	18	3,03%
Prontuário	16	2,69%
Humanização	11	1,85%
Planejamento	11	1,85%
Inovação	10	1,68%
Lições Aprendidas	10	1,68%
Organização Nacional de Acreditação (ONA)	8	1,34%
Gestão de Mudança	7	1,18%
Estrutura Organizacional	7	1,18%
Análise de Risco	7	1,18%
Pesquisa de Satisfação	6	1,01%
Joint Commission International (JCI)	6	1,01%
Benchmarking	5	0,84%
Medicina de Família	4	0,67%
Impacto Financeiro	4	0,67%
Burocracia	4	0,67%
Posicionamento no Mercado	3	0,50%
Auditoria	2	0,34%
Projeto	2	0,34%
Metas	2	0,34%
Home Care	2	0,34%
Convênios	2	0,34%
Estrutura Familiar	1	0,17%

Fonte: Elaborado pelo Autor

É possível identificar, através da Tabela 8, os 8 códigos mais referenciados nos segmentos de textos destacados das transcrições, são eles: Equipe Multidisciplinar com frequência de 78 segmentos, Práticas Ger. de Projeto com frequência de 68, Acreditação 48, Protocolos 45, Equipe Médica 42, Paciente 33, Treinamento 26 e Qualidade com frequência de 24 segmentos. Os códigos excedentes com suas respectivas frequências estão detalhados na Tabela 5 acima.

O fluxo de análise de dados é representado na Figura 5 abaixo, considerando a amostra composta por 12 entrevistados.

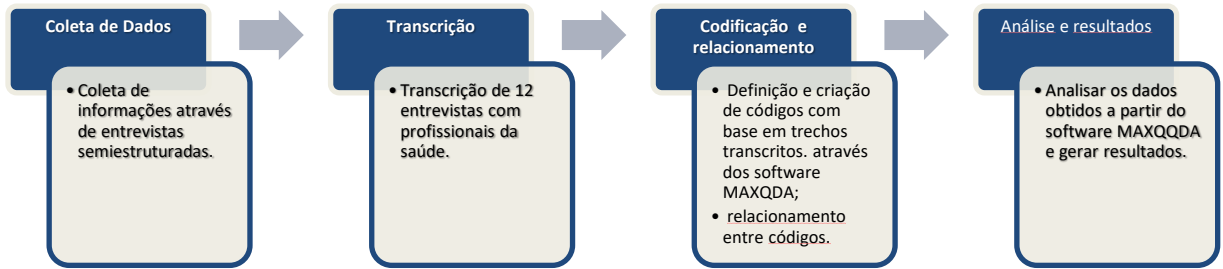


Figura 5 - Fluxo de análise de dados

Fonte: Elaborado pelo Autor

Durante o processo de análise de dados, as respostas obtidas nas entrevistas e transcritas para o *software* MAXQDA, foram organizadas em assuntos relacionados ao fenômeno estudado (Bazeley, 2013) exaustivamente até o término da codificação, gerando sua saturação teórica, ou seja, novos dados não geram novos *insights* na análise ou categorização (Saldaña, 2013). Em alguns estudos pode surgir a necessidade de novas coletas durante todo o processo, a fim de saturar a amostra, o que leva a um processo circular com incremento dos dados e novos códigos (Saldaña, 2013).

A análise e a apresentação dos resultados, através da relação de códigos representadas por mapas, será discutida na próxima seção. Estes mapas detalham os códigos e seus respectivos relacionamentos, através de linhas que se alteram em sua espessura para representar a quantidade de coocorrências entre os diversos códigos.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos a partir do estudo realizado. Inicialmente, através da Tabela 9, apresenta-se alguns dados dos entrevistados e suas respectivas áreas de atuação; em seguida, na Figura 6, são apresentados os códigos em forma de nuvem de palavras, destacando os que têm maior número de ocorrências durante as entrevistas.

Posteriormente, é apresentada a Tabela 10 com o descritivo de cada código para melhor entendimento dos critérios adotados durante o processo de codificação dos trechos transcritos das entrevistas. A seguir, é apresentada a Figura 7 representando numericamente as coocorrências entre códigos. Na sequência, são apresentadas as relações obtidas, a partir da análise dos resultados obtidos, em forma de mapa de coocorrência, auxiliando no entendimento, de forma gráfica, das relações obtidas através do *software* MAXQDA.

Na tabela 9 é representado cargo, gênero e tempo no cargo dos 12 entrevistados para este estudo.

Tabela 9 - Dados específicos dos entrevistados

Sigla do entrevistado	Gênero	Cargo	Tempo no cargo
EN01	masculino	Diretor de hospital	3 anos
EN02	feminino	Enfermeira	16 anos
EN03	feminino	Médica em medicina da família	14 anos
EN04	masculino	Diretor / médico de hospital	13 anos
EN05	masculino	Diretor de hospital	5 anos
EN06	masculino	Diretor / médico de hospital	8 anos
EN07	feminino	Médica oncologista	15 anos
EN08	masculino	Médico oncológico	4 anos
EN09	masculino	Gerente de operações oncológicas	10 meses
EN10	feminino	Médica oncologista	25 anos
EN11	feminino	Gestora administrativa	14 anos
EN12	feminino	Gerente de serviços hospitalar	12 anos

Fonte: Elaborado pelo Autor

Fica evidenciado na Tabela 6 a equiparação de gêneros, sendo 6 participantes do gênero feminino e 6 do gênero masculino. Ainda na Tabela 6 é possível observar o tempo médio no cargo de aproximadamente 11 anos entre os entrevistados.

A seguir são demonstrados os códigos obtidos das 12 entrevistas realizadas em forma de nuvem de palavras, ao todo foram 35 códigos com 595 de frequência total.



Figura 6 - Nuvem de códigos

Fonte: Elaborado pelo Autor

A Figura 6, representa a distribuição de códigos em forma de nuvem em que se pode observar a existência de cinco códigos que se destacam devido às maiores frequências, são eles: “Equipe Multidisciplinar”, “Práticas de Gerenciamento de Projeto”, “Acreditação”, “Protocolos” e “Equipe Médica”.

Na Tabela 7 são listados os códigos criados a partir da transcrição das entrevistas com suas respectivas descrições para melhor compreensão do critério de definição deles.

Tabela 10 - Lista de códigos e descrição

Códigos	Descrição
Acreditação	É a avaliação sistemática de hospitais em relação a padrões aceitos globalmente (Brubakk et al., 2015)
Análise de Risco	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Auditoria	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Benchmarking	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Burocracia	Barreira na implementação de acreditação (Manzo & Brito, 2012)

Comunicação	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Convênios	Medicina suplementar (Manzo & Brito, 2012)
Equipe Médica	Equipe da assistência hospitalar com formação em diferentes áreas da saúde. Atua em conjunto com a equipe médica no tratamento oncológico (Connor et al., 2002)
Equipe Multidisciplinar	Equipe da assistência hospitalar com formação em diferentes áreas da saúde. Atua em conjunto com a equipe médica no tratamento oncológico (Connor et al., 2002)
Estrutura Familiar	Stakeholder (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Estrutura Organizacional	Organização hospitalar (Porter & Lee, 2013)
Gestão de Mudança	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Home Care	Atendimento ao paciente em casa (Strasser-Weippl et al., 2015)
Humanização	Motor-chave para reforma na saúde (Brubakk et al., 2015)
Impacto Financeiro	Fator de análise de viabilidade de uma solução (Porter & Lee, 2013)
Indicadores de Performance	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Inovação	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Joint Commission International (JCI)	Certificadora de qualidade de serviços de saúde (Brubakk et al., 2015)
Lições Aprendidas	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Liderança	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Medicina de Família	Stakeholder (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Metas	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Organização Nacional de Acreditação (ONA)	Certificadora de qualidade de serviços de saúde (ONA, 2021)
Paciente	Stakeholder (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Pesquisa de Satisfação	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Planejamento	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Posicionamento no Mercado	Benefícios da acreditação (Brubakk et al., 2015)
Práticas Ger. de Projeto	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Projeto	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Prontuário	Relatório de acompanhamento do paciente (Manzo & Brito, 2012)
Protocolos	Processos e procedimentos implementados pela acreditação (Brubakk et al., 2015)
Qualidade	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Reuniões de Acompanhamento	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Segurança	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)

Treinamento	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
-------------	-------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 7 a seguir, representa as coocorrências entre códigos de forma numérica. A intersecção entre os códigos representa a frequência de inter-relacionamento, permitindo uma análise visual dos relacionamentos entre códigos. Desta maneira é possível observar os 3 maiores relacionamentos, são eles: equipe multidisciplinar com equipe médica (29), práticas de gerenciamento de projeto com equipe multidisciplinar (26) e práticas de gerenciamento de projetos com equipe médica (18).

Lista de Códigos	Equipe Multidisciplinar	Práticas Ger. de Projeto	Acreditação	Protocolos	Equipe Médica	Paciente	Treinamento	Qualidade	Indicadores de Performance	Liderança	Segurança	Comunicação	Reuniões de Acompanhamento	Prontuário	Humanização	Planejamento	Inovação	Lições Aprendidas	Organização Nacional de Acreditação (ONA)	Gestão de Mudança	Estrutura Organizacional	Análise de Risco	Pesquisa de Satisfação	Joint Commission International (JCI)	Benchmarking	Medicina de Família	Impacto Financeiro	Burocracia	Posicionamento no Mercado	Auditoria	Projeto	Metas	Home Care	Convênios	Estrutura Familiar	
Equipe Multidisciplinar	0	26	3	11	29	6	14	0	6	9	3	13	15	1	2	5	2	3	0	4	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
Práticas Ger. de Projeto	26	0	11	14	18	7	4	11	15	10	6	10	12	6	1	4	2	9	1	5	1	4	4	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
Acreditação	3	11	0	16	5	8	5	12	5	2	9	2	1	3	4	3	1	0	8	4	4	1	1	6	0	0	1	4	2	2	0	0	0	0	0	
Protocolos	11	14	16	0	6	5	2	4	0	1	7	4	1	8	0	2	2	2	1	5	1	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
Equipe Médica	29	18	5	6	0	1	4	1	4	3	2	5	14	2	1	4	1	1	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paciente	6	7	8	5	1	0	0	3	3	2	8	4	0	5	7	0	0	2	0	0	0	1	4	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	
Treinamento	14	4	5	2	4	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Qualidade	0	11	12	4	1	3	1	0	7	2	4	1	0	2	0	2	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	
Indicadores de Performance	6	15	5	0	4	3	2	7	0	0	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
Liderança	9	10	2	1	3	2	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	
Segurança	3	6	9	7	2	8	0	4	0	0	0	2	0	2	2	1	0	4	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Comunicação	13	10	2	4	5	4	0	1	3	0	2	0	5	1	0	0	0	3	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Reuniões de Acompanhamento	15	12	1	1	14	0	1	0	0	1	0	5	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Prontuário	1	6	3	8	2	5	0	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Humanização	2	1	4	0	1	7	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
Planejamento	5	4	3	2	4	0	0	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
Inovação	2	2	1	2	1	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Lições Aprendidas	3	9	0	2	1	2	0	2	1	0	4	3	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Organização Nacional de Acreditação (ONA)	0	1	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gestão de Mudança	4	5	4	5	2	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
Estrutura Organizacional	1	1	4	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Análise de Risco	0	4	1	6	0	1	0	1	0	0	3	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pesquisa de Satisfação	0	4	1	0	0	4	0	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Joint Commission International (JCI)	0	0	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Benchmarking	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Medicina de Família	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Impacto Financeiro	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	
Burocracia	1	1	4	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Posicionamento no Mercado	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Auditoria	0	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Projeto	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Metas	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Home Care	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	
Convênios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
Estrutura Familiar	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Figura 7 - Conexões entre códigos

Fonte: Elaborado pelo autor

Na Figura 8, é possível visualizar a relação dos principais códigos encontrados e relacionados no estudo. É importante explicar que as linhas mais espessas significam que o código teve mais relevância para o pesquisador e foi usado com mais frequência. Pode-se perceber uma identificação por meio de números que significam a quantidade de coocorrências.

Por meio desse mapa é possível perceber a forte relação da equipe multidisciplinar com a equipe médica. Também é possível identificar uma relação de coocorrência de práticas de gerenciamento de projetos com a equipe multidisciplinar e com a equipe médica. As práticas de gerenciamento de projetos também se conectam significativamente com os protocolos. As outras conexões significativas, mas não tão intensas com as práticas de gerenciamento de projetos, são com qualidade, acreditação, reuniões de acompanhamento, indicadores de performance, comunicação, liderança e segurança.

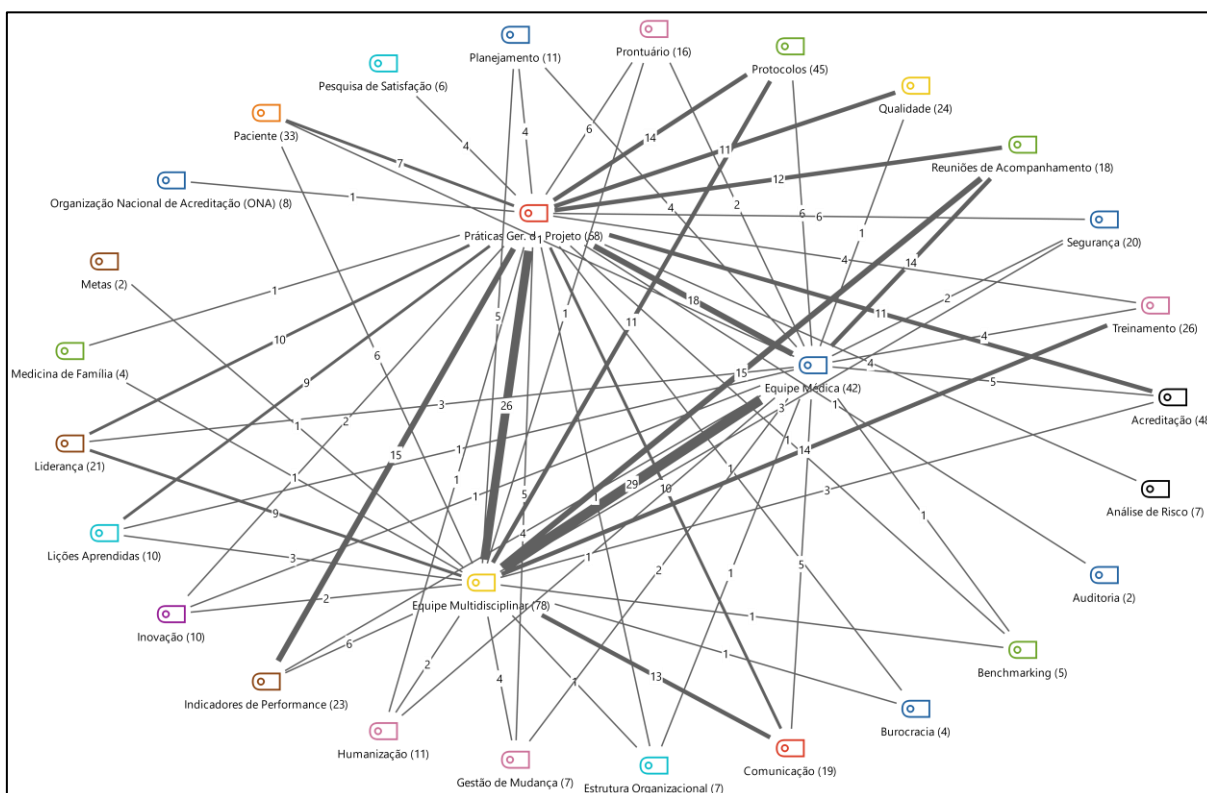


Figura 8 - Mapa de coocorrência entre os códigos da pesquisa

Fonte – Elaborado pelo autor

4.1 PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

A Figura 9 representa as relações da prática de gerenciamento de projetos com a equipe médica, equipe multidisciplinar e paciente.

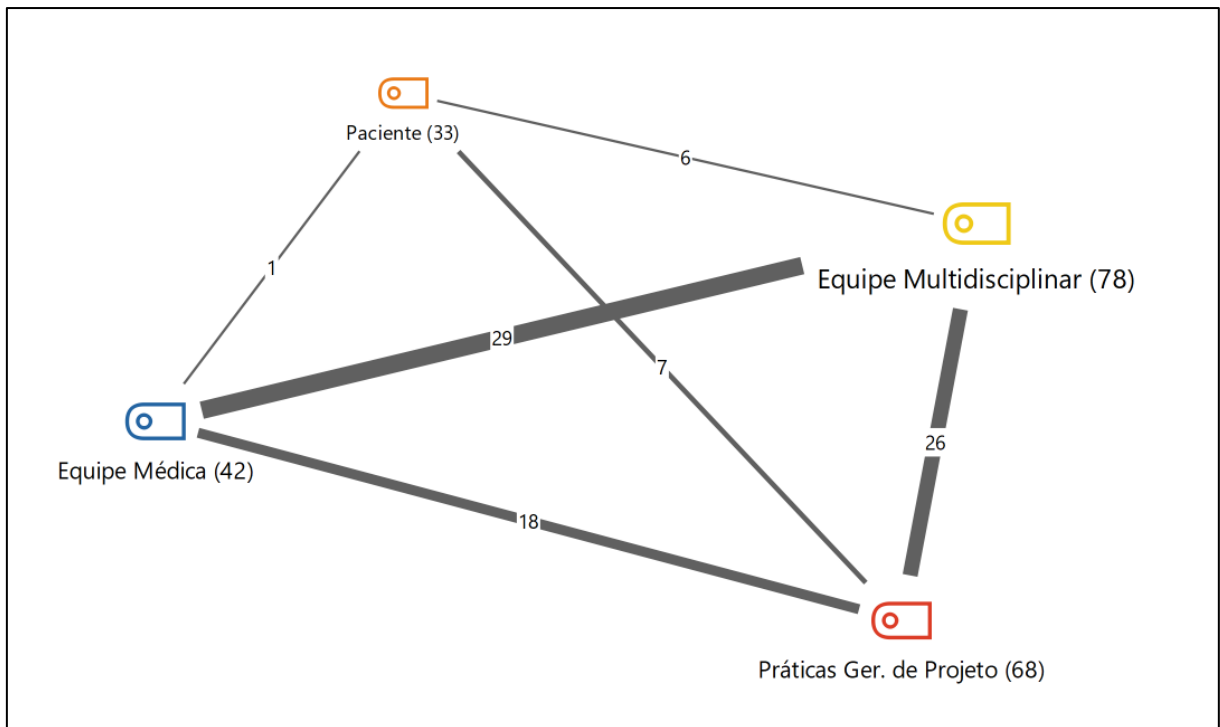


Figura 9 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): práticas de gerenciamento de projeto com tratamento ao paciente

Fonte: Elaborado pelo autor

É possível observar a maior coocorrência entre equipe multidisciplinar e equipe médica, estas com as práticas de gerenciamento, através do número de ocorrências apresentado nas linhas e com base na espessura entre as linhas. Isto ocorreu porque durante o tratamento oncológico as equipes médica e multidisciplinar interagem constantemente utilizando práticas de gerenciamento de projeto. Se considerarmos o tratamento oncológico sobre a perspectiva do paciente, o tratamento oncológico é um projeto. Projeto é um esforço temporário empreendido para criar um produto, serviço ou resultado único (PMI, 2017).

Avaliando as entrevistas é possível identificar que as práticas de gerenciamento de projeto emergem ao longo do tratamento oncológico: definição de escopo; elaboração de lista e inter-relacionamento de atividades, estimativa de duração das atividades, qualidade e auditorias, gerenciamento de mudança, plano de comunicação, gerenciamento de risco, reuniões de acompanhamento e monitoração.

4.1.1 Definição de escopo

O escopo do tratamento oncológico ocorre após o estadiamento, que é a avaliação da extensão do tumor. O estadiamento pode ser clínico e patológico. O estadiamento clínico é estabelecido a partir dos dados do exame físico e dos exames complementares pertinentes ao caso, enquanto o estadiamento patológico é realizado após a cirurgia através da análise anatomopatológica dos órgãos retirados da cirurgia. É estabelecido após o tratamento cirúrgico e determina a extensão da doença com maior precisão (INCA, 2021). Essa explicação é possível ser verificada no trecho, a seguir, retirado das entrevistas.

“Ele chega com uma imagem de uma tomografia suspeita para o câncer de pulmão, é alguma lesão que foi detectada por um outro médico, muitas vezes é o médico da família, o clínico que cuida dele ou cardiologista ou pneumologista que o acompanha por outro motivo, detecta alteração e vai ter que ir para uma outra equipe, outro médico para investigar. O que já vem diagnosticado ele já passa por um segundo processo que é fazer o que a gente chama de estadiamento que envolve outros exames para ver se esse tumor é localizado no pulmão por exemplo, ou se ele já espalhou para outros órgãos. Então se ele tem diagnóstico é um passo mais rápido você vai fazer o estadiamento. Definindo esse estadiamento que é se esse tumor é localizado, se ele já avançou um pouco, se ele já se espalhou você define o tratamento...”
[EN08].

4.1.2 Elaboração de lista e inter-relacionamento de atividades

A partir da definição do diagnóstico, é elaborado o plano de atividades entre equipe médica e multidisciplinar baseado em protocolos pré-definidos. Os protocolos são uma espécie de regulamento que a equipe médica deve seguir para aumentar as chances de resposta positiva do paciente, são estabelecidos por entidades reguladoras e sociedades de especialidades médicas internacionais, de acordo com o tipo de câncer e através de estudos científicos. Os protocolos envolvem atividades para diagnóstico, tratamento, controle e acompanhamento de uma determinada doença. Na oncologia, existem diversos protocolos considerando os diferentes tipos de câncer e determinam: quais são os exames necessários para diagnosticar o tipo de tumor; quais tratamentos são adequados (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, imunoterapia, hormonioterapia); quais terapias serão utilizadas; a combinação e a ordem de aplicação dos

tratamentos; os medicamentos específicos a serem utilizados, suas doses e a frequência de administração; quanto tempo o tratamento deve durar; e o período de recuperação entre os ciclos terapêuticos (NCI, 2021). Esse processo de diagnóstico pode ser visto nas falas dos entrevistados, como a seguir:

“A interdependência entre atividades é feita através de conversa com a equipe multidisciplinar, explica, fala o que o paciente tem, qual o diagnóstico, o que a gente quer que ele acompanhe, o que precisa, eles já têm um protocolo também. Por exemplo, falando do dentista, a gente sabe que tem paciente que vai ter mucosite relacionado a quimio, então ele já tem todo um protocolo de atendimento para evitar, tentar fazer uma prevenção que não aconteça uma mucosite tão mais grave e até depois do tratamento mesmo. Ele já tem os protocolos de atendimento dele, mas é mais uma conversa entre as equipes para passar o caso para que ele possa atuar de maneira satisfatória...” [EN10].

“A interdependência entre as diversas especialidades é definida pelo oncologista assistente, conforme ele vai detectando essa necessidade, ele faz o encaminhamento para especialidade que necessita naquele momento...” [EN11]

4.1.3 Qualidade e auditorias

Um fator também evidenciado através da Figura 10, é a relação entre acreditação, protocolos com qualidade e segurança no tratamento oncológico do paciente. A acreditação hospitalar é um sistema de avaliação e certificação de qualidade de serviços de saúde para verificação do cumprimento de requisitos criados para melhorar a segurança e qualidade do tratamento. Os princípios da acreditação têm caráter educativo através de métodos e técnicas para prover padronização e melhoria nos processos. Desta maneira, métodos e controles são incorporados à rotina e cultura da organização, visando melhores práticas nos procedimentos e processos do hospital, além de credenciá-lo perante a sociedade. Nos trechos extraídos das entrevistas a seguir, é possível identificar o que foi exposto.

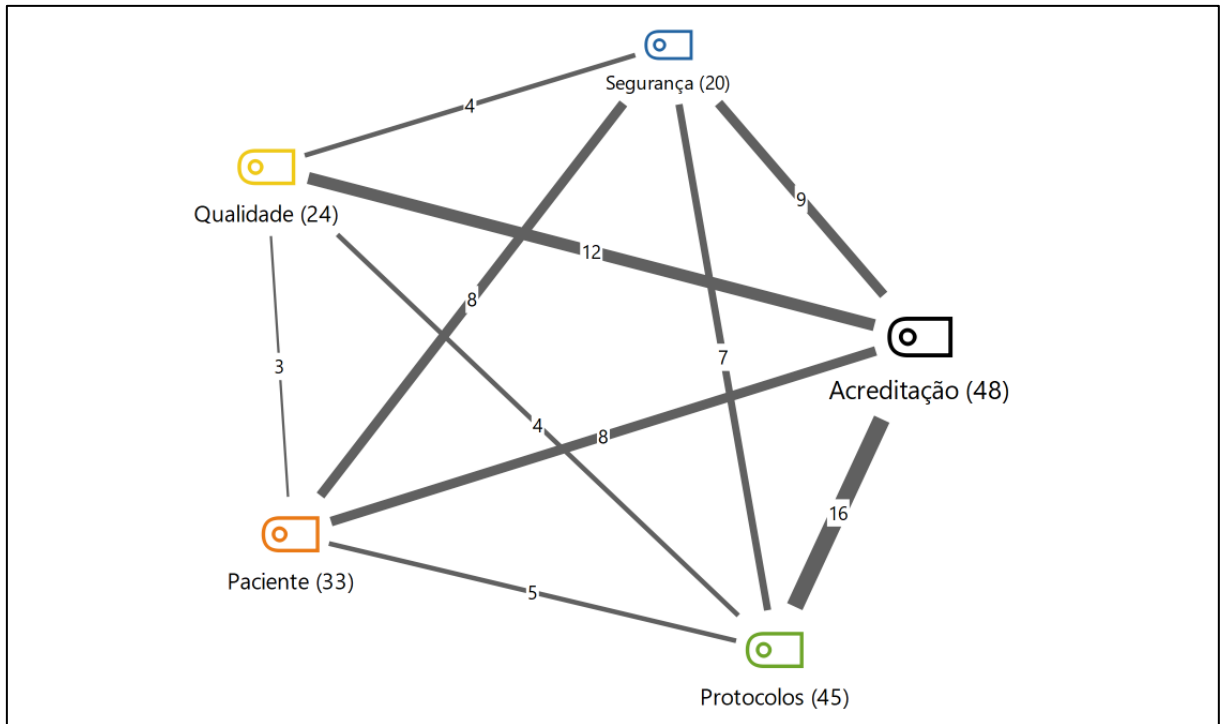


Figura 10 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): acreditação, protocolo, segurança e qualidade

Fonte: Elaborado pelo autor

“Para o hospital, os processos ficaram muito mais claros, diminuiu o retrabalho, a comunicação ficou muito melhor entre os setores, os fluxos ficaram mais fluidos, ao contrário do que muita gente pensa, a acreditação coloca barreiras na segurança, mas ela torna os processos muito mais lógicos, muito mais assertivos no dia a dia e isso você junta com o controle de infecção, que é muito melhor porque você implementa a questão de todos os pacotes de assistência e também você tem uma checagem mais rígida relacionada aos medicamentos, então isso deixa muito mais seguro e muito mais eficiente no dia a dia à pratica ...” [EN04].

“Então eu peguei fase pré e pós da acreditação não peguei muito bem o meio tá? Então eu percebi que os processos internos, os fluxos, toda a organização do hospital ela tá no papel o que é muito importante, tá tudo documentado e pouca coisa sai desses fluxos e processos... então, o que a gente vê muito pouco acontecer são falhas de aplicação de medicamentos, conciliação medicamentosa adequada, se vê checklist duplo então quando alguém prescreve por exemplo uma Dipirona para um paciente que é eventualmente alérgico, essa dipirona não vai ser feita, porque o erro tem vários obstáculos para ser vencido de tantos protocolos e fluxos que tem, então o erro que dentro de um hospital é muito comum, é muito menos provável de acontecer, existem várias passagens, checagem para você fazer... na hora que o paciente chega no centro cirúrgico ele ganha um x de caneta na perna, ele ganha um

monte de fluxos, na hora que o paciente vai ser anestesiado é perguntado para ele: você tem certeza que é essa perna que tá o x? ai fazem outro x, então são tantas barreiras para se evitar o erro que a gente tem certeza que o paciente tem segurança, de que ele vai vir para o hospital e não vai pelo menos correr risco maior do que a própria doença que ele tem...”[EN06].

“Eu acho que uma das coisas que mais fizeram diferença depois da acreditação foi o posicionamento no mercado, acho que isso fez um diferencial de posicionamento, em Curitiba não tinha nenhum hospital acreditado pela Joint Commission, em São Paulo tem vários hospitais, mas aqui não tinha, então a partir do momento em que uma cidade grande como Curitiba com IDH alto e uma procura por qualidade as pessoas aqui em Curitiba tem uma camada da população que costuma ir para São Paulo para resolver seus problemas, é perto né? Relativamente perto, quatrocentos quilômetros, uma hora de avião para você resolver o teu problema de saúde, mas quando tem uma emergência você não pode ir para São Paulo, então o que a Joint Commission trouxe, trouxe para aquela população que é diferenciada, tem um convênio diferenciado, um local de referência no mercado de segurança acreditada e isso transformou o hospital, que inicialmente era um hospital novo, bonito, mas que era uma dúvida numa certeza se ele foi acreditado pela Joint Commission e o único acreditado na cidade, poxa agora a gente tem certeza que além de bonito com boa hotelaria tenho uma certeza de qualidade. [EN06]

“Todas as medidas são validas, principalmente para segurança do paciente, para o melhor tratamento com melhor qualidade e menos erros possíveis. Porque a gente sabe que o ser humano pode errar. Então todos os processos visam o melhor atendimento e melhor qualidade para o paciente...” [EN10].

“A acreditação é padronização e acompanhamento de todos os processos, isso sem dúvida, se não tem isso bem claro dentro de critérios já preestabelecidos onde se entende que isso considera uma instituição acreditável, não se tem qualidade no que se faz...” [EN09].

4.1.4 Plano de comunicação, reuniões de acompanhamento e lições aprendidas

Durante o tratamento oncológico ou a execução do plano de tratamento, as equipes médicas e multidisciplinar fazem o acompanhamento através de reuniões periódicas para

analisar a situação atual do paciente em comparação ao plano elaborado no início do tratamento baseado nos protocolos existentes, ainda como pauta da reunião são discutidas as lições aprendidas do período desde a última reunião até a atual. Conforme visto nos trechos a seguir:

“A reunião de acompanhamento para pacientes internados acaba sendo basicamente todos os dias exceto nos finais de semana, pacientes que estão na UTI ou na unidade de transplante tem visita diária onde participa a enfermeira, a fisio, a nutricionista então é multi. É uma visita objetiva pontuais naquele dia, como é diária então você vai acompanhando as coisas que estão acontecendo de 24 horas para cá. Em relação aos pacientes ambulatoriais, que já estão em acompanhamento ambulatoriais, não os pacientes que estão internados, para estes a reunião multi acaba sendo uma vez por semana, participa a farmacêutica que é importante também, a nutricionista, a enfermagem e a gente também... Tanto do lado positivo como do lado negativo, alguma coisa que deu certo ou alguma coisa que não deu certo, que deixou passar alguma coisa então isso é importante que seja repassado para toda a equipe, então a gente precisa falar, chama todas as partes envolvidas e aí a gente fala aconteceu isso ou aquilo, o que a gente pode fazer para não acontecer de novo? Onde foi o erro?...” [EN10].

“A reunião de acompanhamento tem o oncologista clínico, alguns cirurgiões, não todos, que se encontram semanalmente e uma vez no mês tem a equipe multidisciplinar, então vamos lá, o paciente ele veio e precisa de uma avaliação nutricional, isso é até protocolo, é um paciente com diagnóstico de cabeça e pescoço, ele precisa de um fono, então o especialista, o médico que está atendendo, ele vai verificando a necessidade do paciente e vai pedindo a avaliação da equipe multidisciplinar... lições aprendidas eles acabam colocando em reunião, volto lá na questão da reunião semanal é onde tanto a questão do positivo quanto negativo esse compartilhamento de informações...” [EN11].

4.1.5 Gerenciamento de risco

Gerenciar riscos é parte inerente ao tratamento oncológico, não só pelo próprio risco da doença, mas também pela consequência do tratamento *“...quimioterapia você joga uma bomba em cima do campo, lá onde estão os soldadinhos, vai matar o fulano de tal que você queria que morresse, mas mata todo mundo que está junto...” [EN07].* Os riscos estão mapeados nos

diversos protocolos, são registrados no prontuário e acompanhamento na reunião periódica entre equipe médica e multidisciplinar.

“O controle de risco fica registrado no prontuário, até mesmo no exemplo do paciente ser alérgico a contraste, isto estará registrado no prontuário, quando o médico for solicitar uma tomografia, ele já vai citar, sem contraste, até mesmo quando for se submeter a este exame tem um questionário que ele responde. Existem alguns exames que previamente no agendamento ele responde a este questionário, mas tudo que é relacionado ao paciente, alergia a medicação ou alguma situação é registrado em prontuário...” [EM11].

“A parte de registro de risco, fica tudo no sistema, fica um alerta no sistema e tem travas no Tasy para prescrição e a farmácia clínica já nos sinaliza, temos um grupo junto com a farmácia clínica que já nos alertam quais são as reconciliações medicamentosas que a gente tem que fazer e as alergias que o paciente tem, então são duas barreiras, a primeira no sistema e a segunda na visita e tem mais uma terceira barreira que a gente tem um grupo de discussão que a gente coloca todos os dias quais são as reconciliações e quais são as reposições eletrolíticas e o que dá pra usar e o que não dá para usar...” [EN04].

Nota: Tasy é um software de gestão hospitalar.

“A partir do momento que se detecta alguma situação de risco ou alguma situação que causou danos ao paciente isso é discutido e principalmente isso precisa ir para uma análise de setor de qualidade para você ver se esse risco vai acontecer de novo, existem vários softwares que ajudam nesse processo que ajuda...” [EN06].

4.1.6 Gestão de Mudança

A busca pela acreditação e reconhecimento de boas práticas, traz para dentro do hospital a preocupação em relação à mudança de processos e procedimentos enraizados que fazem parte da cultura organizacional. Estas mudanças irão ocorrer ao mesmo tempo em que as atividades do dia a dia devem se manter para atender as diversas demandas operacionais, sem impactar a qualidade na prestação do serviço, num ambiente sob pressão que é o ambiente hospitalar. Na Figura 11, é representada graficamente a inter-relação entre acreditação e a gestão de mudanças,

lembrando que acreditação está diretamente relacionada a protocolos, conforme mencionado anteriormente.

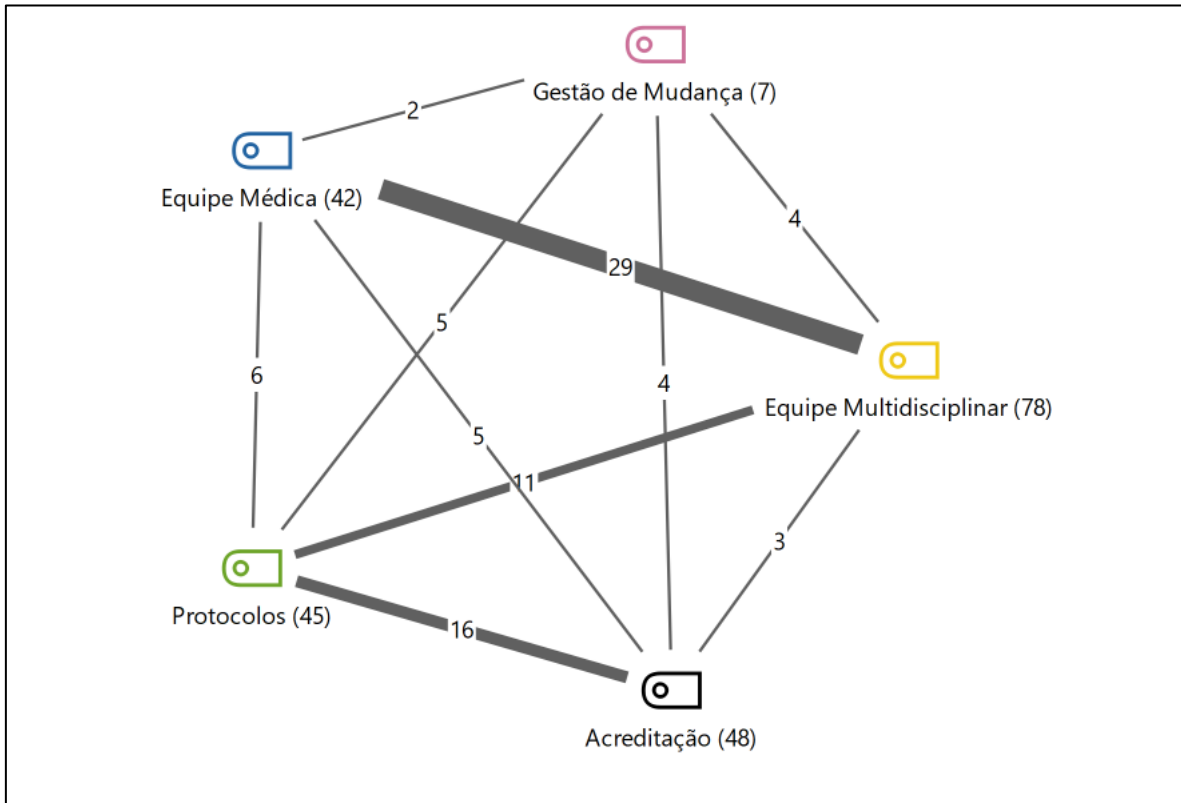


Figura 11 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): acreditação, protocolo e gestão de mudança

Fonte: Elaborado pelo autor

“A gestão da mudança é muito complexa e essa é a principal barreira, são as pessoas, você tem que focar nas pessoas, eu não tive experiência de mudança como gestor na área de acreditação, mas tive experiência de mudança com a troca do sistema operacional do hospital, sistema de prontuário eletrônico. Foi em um dia só, mas para isso a gente preparou nossos profissionais durante um ano. Foram reuniões, conversas, foram explicações, foram várias aulas mesmo para mostrar. Vai ser assim, mas vai melhorar, no começo vai ser difícil, mas depois vai melhorar. Então é um processo de conscientização devagar e é a principal barreira. Você tem que mudar a forma das pessoas pensarem seu hospital, se você não consegue mudar a forma que as pessoas pensam no seu hospital ou da forma da cultura nem tente...” [EN06]

“Tem sempre uma porcentagem da equipe que agarra a mudança logo de cara, há uma pequena porcentagem que é resistente no começo. É interessante ganhar essa maioria

para que ela rapidamente assuma a mudança e depois trabalhar a minoria, creio que como em qualquer organização...” [EN03].

4.1.7 Monitoração e indicadores de performance

Na figura 12, é possível observar a relação entre práticas de gerenciamento de projeto, acreditação, qualidade, indicadores de performance, liderança, segurança, comunicação e reuniões de acompanhamento, sendo possível verificar o forte relacionamento, por meio da espessura das linhas de inter-relacionamento, entre práticas de gerenciamento de projeto, acreditação, qualidade e indicadores de performance.

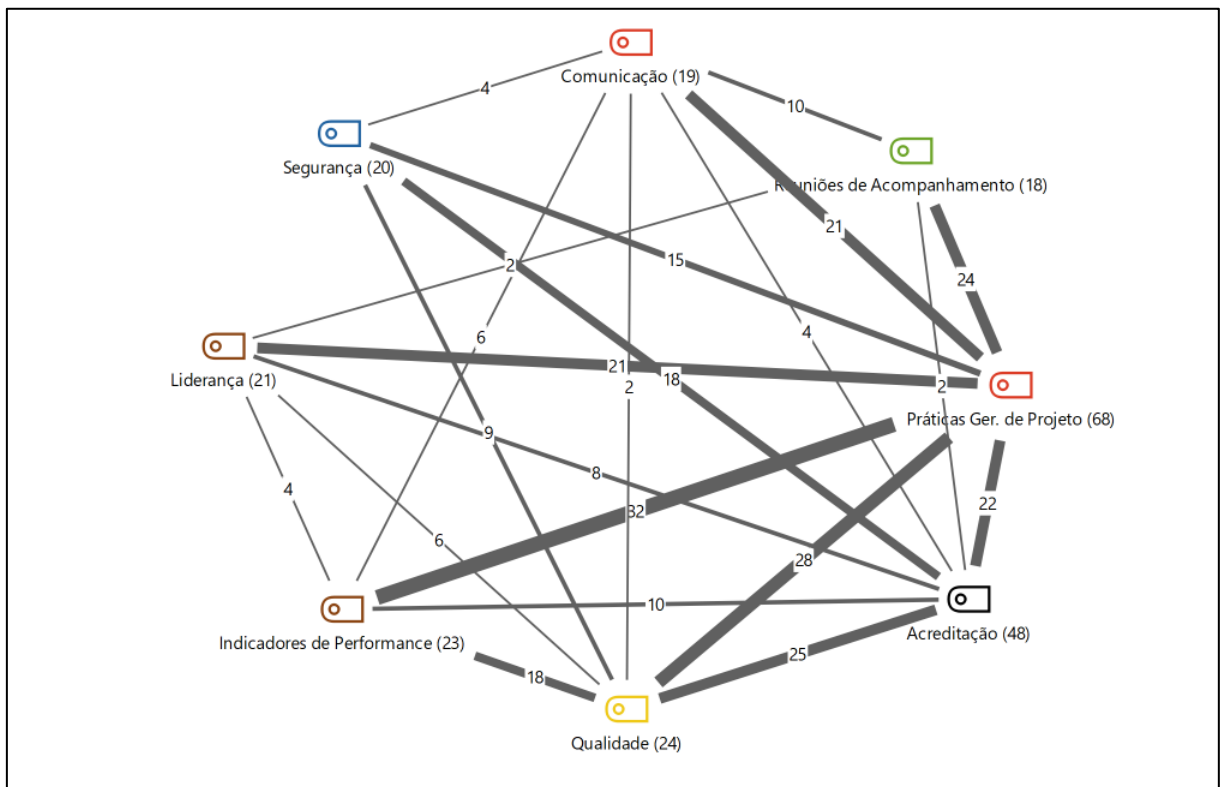


Figura 12 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): acreditação, qualidade, indicadores de performance, liderança, segurança, comunicação e reuniões de acompanhamento

Fonte: Elaborado pelo autor

A acreditação brinda o hospital com melhores práticas em processos e procedimentos, além do esforço da implementação, a organização deve planejar, definir e implementar indicadores de performance a fim de monitorar os serviços prestados dentro da excelência

conquistada. O processo de monitorar deve ser constante e com plano de comunicação efetivo para que os indicadores estejam disponíveis a todos os níveis da assistência.

“A minha área operadora trabalha fortemente em todos os indicadores... ela já faz todo esse mapeamento dos KPIs e agora como gerente administrativa do hospital estou trabalhando para determinar alguns indicadores desses, sei lá, mais de 300 que tem dentro do hospital hoje, alguns indicadores estratégicos para trabalhar com resultados e entregas e vou fazer esse acompanhamento mensal. É bem nessa linha mesmo, mas hoje a gente já tem todos esses indicadores mapeados...” [EN12].

“O dashboard de tudo que acontece no hospital é visto três vezes ao dia e esse dashboard é alimentado de todas as bases e percebido por todo mundo na cadeia toda. Essas três vezes ao dia não é só o diretor do hospital que olha, são todas as equipes nas suas micro funções e é discutida em cada passagem de plantão, porque um hospital como cuidado, você sempre tem a figura do cuidador que cuida de alguém e aí quando esse cuidador vai embora, ele passa para outro cuidador e todos os registros de passagem de plantão, é sempre um novo status de indicador de um aspecto amplo seja de eventos adversos, seja de qualquer tipo de reclamação, enfim então três vezes ao dia você fecha o hospital por alguns minutos, para avaliar, reposicionar etc...” [EN01].

4.2 RELACIONAMENTO ENTRE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E EQUIPE MÉDICA

A Figura 13 evidencia as relações entre equipe multidisciplinar e equipe médica através do paciente e da humanização da assistência.

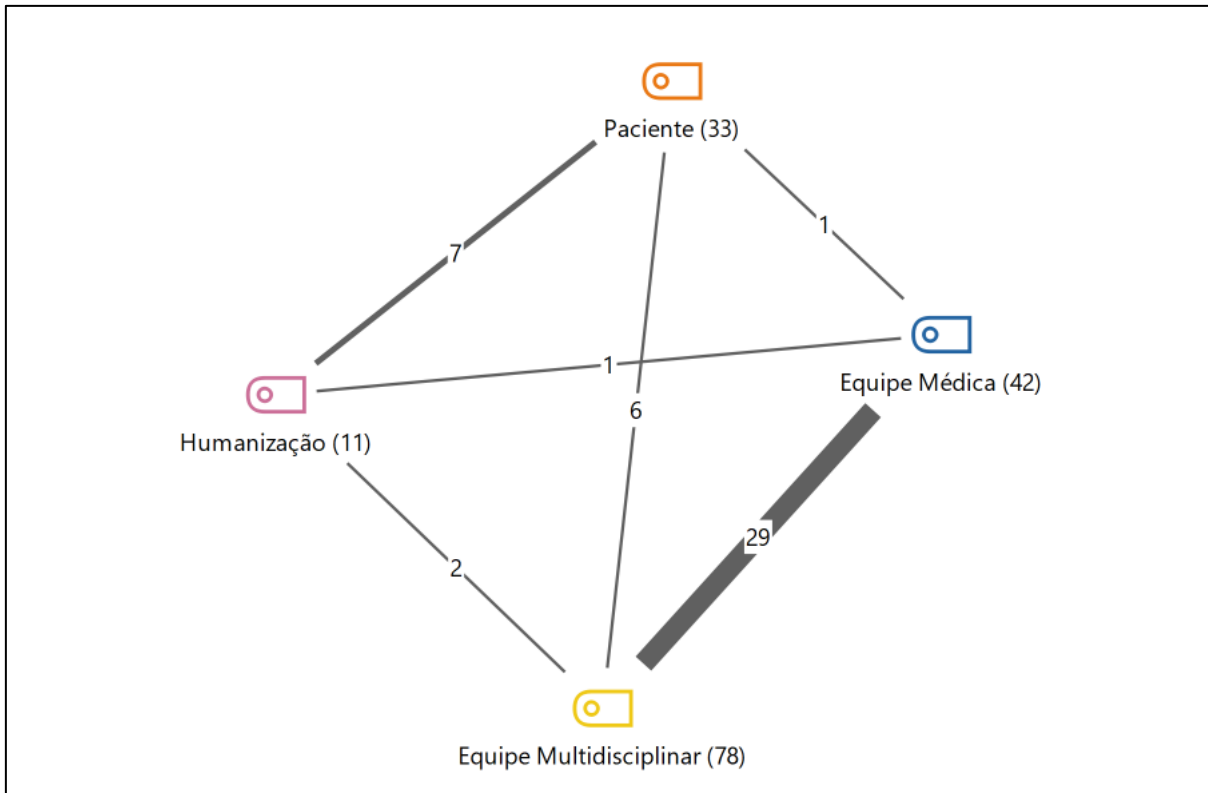


Figura 13 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): equipe multidisciplinar e equipe médica

Fonte: Elaborado pelo autor

É possível observar nos diferentes trechos das entrevistas que a equipe médica não é parte da equipe multidisciplinar e a interação entre a equipe multidisciplinar e a médica é diária na assistência aos pacientes, com reuniões periódicas para revisar o plano do período e o alinhamento de próximos passos. O relacionamento crescente entre as equipes busca uma melhor experiência ao paciente e seu cuidador durante o diagnóstico e tratamento.

“A partir do momento que você tem as suas rotinas bem definidas a equipe médica acaba tendo um apoio maior da equipe multidisciplinar voltada para assistência. A partir do momento que você tem todo esse respaldo, rotinas, os protocolos que você aplica para atendimento na assistência, o enfermeiro, a equipe multi, nutrição, fono, então é tudo muito estruturado para poder aplicar a sua prática...” [EN11].

“A ferramenta são as reuniões com discussão de caso. Essa reunião que tem, são reuniões onde tem o oncologista clínico, alguns cirurgiões, não todos, que se encontram semanalmente e uma vez no mês tem a equipe multidisciplinar...” [EN11].

“A equipe multi tem dias e horários já definidos para atender e passar em todos os pacientes e colocar as informações do paciente no sistema, assim todos já vão estar sabendo daí eles fazem um plano alimentar, fazem plano com a fono, caso necessário, para psicologia também, caso necessário, às vezes a psicologia é visto que não tem necessidade de atender o paciente, mas sim o familiar então a gente também faz esse acompanhamento pelo menos enquanto o paciente está internado...” [EN02].

“... Sim, inclusive é hoje as 7 horas toda quarta-feira e quinta a gente faz, a gente chama de mesa redonda que é a discussão dos casos clínicos com a equipe multidisciplinar...” [EN07].

4.3 RELACIONAMENTO ENTRE PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS E PROTOCOLOS

A Figura 14, abaixo, representa as relações da prática de gerenciamento de projetos com a equipe médica, equipe multidisciplinar e paciente.

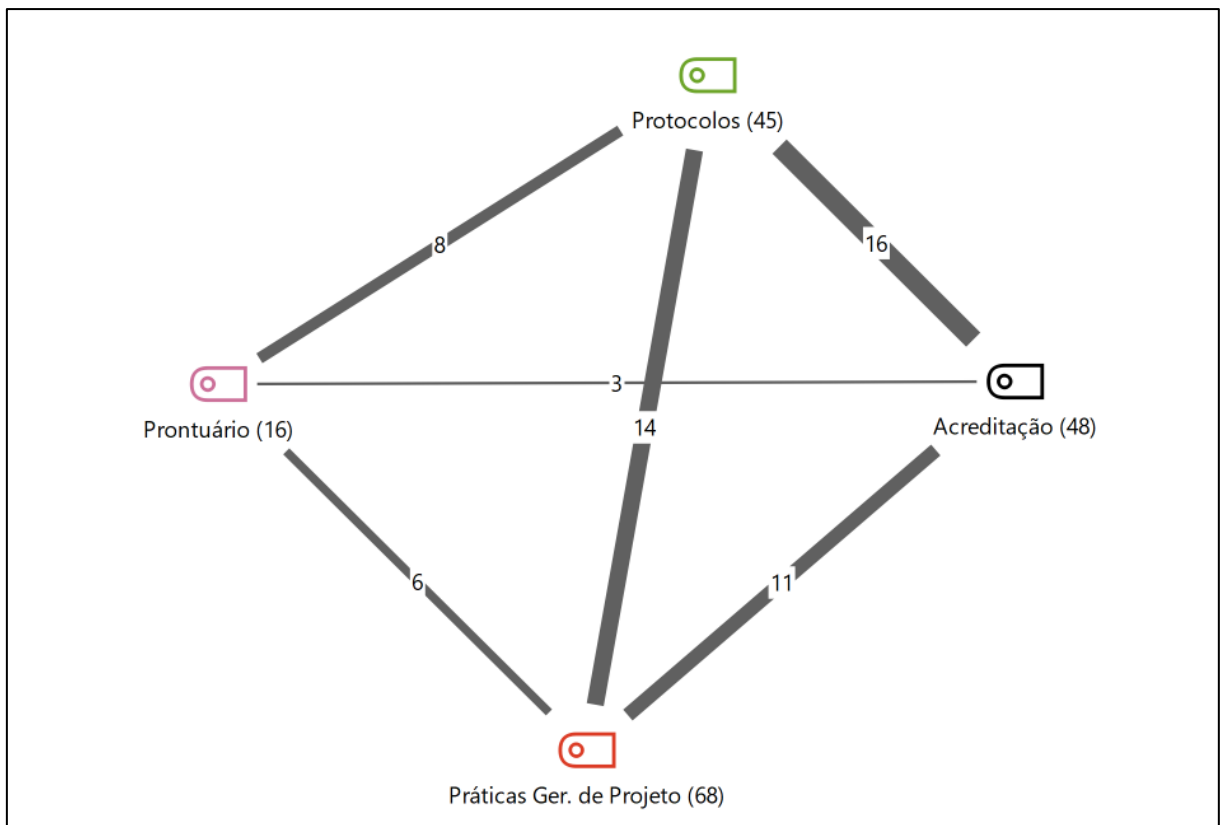


Figura 14 - Mapa de coocorrência (inter-relacionamento): práticas de gerenciamento de projeto e protocolos

Fonte: Elaborado pelo autor

Os protocolos de atendimento são melhores práticas na área da saúde e estão relacionados às atividades de diagnóstico, tratamento, controle e acompanhamento de uma determinada patologia. A utilização de práticas de gerenciamento de projetos está intimamente relacionada a estes protocolos na definição de escopo, ou seja, diagnóstico ou estadiamento clínico; interdependência entre atividades, elaborada no plano de atividades entre equipe médica e multidisciplinar; certificação de qualidade dos serviços de saúde; execução do plano de tratamento, quando as equipes médicas e multidisciplinar fazem o acompanhamento através de reuniões periódicas para analisar a situação atual do paciente, assim como lições aprendidas.

“Interdependência entre atividades é sempre utilizado o protocolo, e principalmente quando o hospital for certificado...” [EN01].

“Geralmente o que se faz é abrir o que nós chamamos de evento adverso se registra eventos adversos, o conjunto de eventos adversos de um determinado período são discutidos em reunião clínica também. E isso gera mudança do protocolo, então você sempre registra o advento, discute o protocolo, troca protocolo e reaprende...” [EN01].

“No exemplo do paciente ser alérgico a contraste, isto estará registrado no prontuário, e quando o médico for solicitar uma tomografia, ele já vai citar, sem contraste, até mesmo quando for se submeter a este exame tem um questionário que ele responde. Existem alguns exames que previamente no agendamento ele responde a este questionário, mas tudo que é relacionado ao paciente, alergia a medicação ou alguma situação é registrado em prontuário...” [EN11].

“A gente conversa com a equipe multidisciplinar, explica, fala o que o paciente tem, qual o diagnóstico, o que a gente quer que ele acompanhe e o que precisa, eles já têm um protocolo também. Por exemplo falando do dentista, a gente sabe que tem paciente que vai ter mucosite relacionado a quimio, então ele já tem todo um protocolo de atendimento para evitar, tentar fazer uma prevenção que não aconteça uma mucosite tão mais grave e até depois do tratamento mesmo. Ele já tem os protocolos de atendimento dele, mas é mais uma conversa entre as equipes para passar o caso para que ele possa atuar de maneira satisfatória...” [EN10].

5 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Aproximadamente 44.000 pessoas morrem em hospitais no mundo a cada ano, como resultado de erros médicos que poderiam ser evitados. Os erros médicos levam à perda de confiança dos pacientes e funcionários. O tratamento de câncer, por sua complexidade, envolve pressões internas e externas à equipe de saúde. É importante ressaltar, diante do que foi apresentado no referencial teórico deste estudo, que a segurança do paciente depende da implementação de um sistema interdisciplinar de médicos, enfermeiros e profissionais da saúde que trabalham no tratamento de pacientes com câncer. Alguns estudos já recomendaram mudanças organizacionais, incluindo a necessidade de incremento nas equipes que prestam tratamento e cuidados ao câncer.

Dessa forma, acredita-se que as práticas de gerenciamento de projetos podem contribuir com essa dinâmica das equipes multidisciplinares no tratamento do câncer, principalmente, por sua complexidade. Sendo assim, este estudo teve como principal propósito identificar como ocorrem as práticas de gerenciamento de projetos no tratamento oncológico. E com isso, trazer algumas contribuições para o mercado.

O paciente oncológico entra no sistema de atendimento de duas maneiras: já vem com diagnóstico, já fez algum procedimento anterior ou não tem diagnóstico e tem uma suspeita de câncer através de um clínico geral ou o médico da família. O tratamento oncológico pela perspectiva do paciente é um projeto e pôde-se verificar ao longo do trabalho que são encontradas práticas de gerenciamento de projeto durante o tratamento. Porém, as práticas são executadas por pessoas que exercem diferentes papéis ao longo do ciclo do tratamento sem formação em gerenciamento de projetos. A tendência da saúde é tirar a dependência médica, nos procedimentos periféricos ao tratamento.

A determinação de diagnóstico sobre a suspeita de câncer requer urgência para que se inicie o tratamento em caso de confirmação. O paciente não internado depende de seu cuidador para seguir na cadeia de profissionais especializados e exames requeridos para o diagnóstico completo, além da burocracia do Sistema Único de Saúde (SUS) ou saúde suplementar. Embora haja burocracia, cadeia de profissionais e exames necessários para diagnosticar o paciente e esses procedimentos sejam previamente conhecidos pela assistência, no caso de um novo paciente e seu cuidador, esta demanda é desconhecida e impede o início do tratamento. Dessa forma, colocar um gestor de projetos para organizar e dar suporte a esses novos pacientes e seus familiares, ajudaria muito a organizar e auxiliar o tratamento.

A saúde no Brasil é setorizada, não temos a cultura do médico da família que concentra toda a vida médica do paciente, podendo assim, o paciente estar tomando medicamentos diversos sem haver comunicação entre os especialistas. Neste contexto a responsabilidade de definir os inter-relacionamentos entre especialidades está sob responsabilidade do clínico oncológico ou do médico da família. A figura de um profissional especialista em práticas de gerenciamento de projeto integraria os diversos planos de tratamento e monitoraria a evolução com a amplitude de um programa, estreitando o relacionamento com paciente e seu cuidador, detalhando o plano de tratamento com atividades, responsáveis e datas planejadas, contribuindo para aumentar a confiança do paciente e seu cuidador sobre tempos previstos para cada fase do tratamento, liberando os profissionais da saúde das atividades administrativas e consequentemente, permitindo maior disponibilidade para o cuidado e tratamento do paciente.

Nas entrevistas, os profissionais de saúde enfatizaram a importância da acreditação para o hospital, como organização e para as equipes médicas e multidisciplinares. A acreditação é uma certificação de qualidade de serviços de saúde e traz consigo a incorporação de melhores práticas em processos e procedimentos para a equipe da assistência hospitalar. Da mesma forma, a inovação na saúde tem como objetivo principal o benefício ao paciente, direta ou indiretamente seja no tratamento, diagnóstico, prevenção ou acesso à saúde; porém a acreditação ou a implementação de qualquer inovação traz sobrecarga às equipes da assistência devido a necessidade de novos controles e mudança nos processos atuais, a contribuição para a prática com a incorporação de especialista em práticas de gerenciamento de projeto no processo de acreditação e inovação, é auxiliar nos treinamentos para assistência e na incorporação de controles nos novos processos a serem implementados, além de auxiliar no processo de gerenciamento de mudanças.

6 DISCUSSÃO

Por meio das informações obtidas pelas entrevistas realizadas com os membros da assistência médica que foram selecionados para este estudo, foi possível gerar um mapa de coocorrência da relação entre as práticas de gerenciamento de projeto, equipe multidisciplinar, equipe médica e paciente. Essa relação está representada na Figura 9 (Mapa de coocorrência: práticas de gerenciamento de projeto com tratamento ao paciente). Esse resultado vai ao encontro do que foi visto no referencial teórico apresentado nesse estudo: práticas de gerenciamento de projetos e a relação com as equipes. As práticas de gerenciamento de projeto são compostas por métodos que incorporam ferramentas, técnicas e metodologias estabelecidas (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010). O gerenciamento de projetos pode ser aplicado em diferentes contextos para auxiliar em problemas específicos (Besner & Hobbs, 2012) e cada um com suas práticas.

Nesta relação é possível observar que a utilização de práticas de gerenciamento de projeto ao longo do tratamento oncológico é um facilitador na relação entre a assistência e o paciente. Um exemplo desta relação é a reunião periódica entre equipe médica e equipe multidisciplinar, tendo como objetivo acompanhar o tratamento dos pacientes comparando o plano elaborado no início do tratamento com o que está sendo realizado, observando desvios, verificando riscos e discutindo lições aprendidas.

No mapa de coocorrência, representado na Figura 10 (Mapa de coocorrência: acreditação, protocolo, segurança e qualidade) pode-se observar a relação entre acreditação, protocolos, qualidade, segurança e paciente. Esse resultado espelha o que foi destacado na teoria em acreditação, conforme Tashavoei et al. (2020), a acreditação tem como principal objetivo fornecer serviços de saúde seguros e de qualidade. A mudança de processos e procedimentos em busca da acreditação, evidencia a pressão sofrida pelas organizações de saúde para melhorar as operações com qualidade e eficiência nos processos (Kujala et al., 2006), obrigando os seus executivos a revisitar práticas gerais de gerenciamento em busca de eficácia e qualidade (Baker, 2001).

Na relação entre acreditação, protocolos, qualidade, segurança e paciente, a acreditação, através dos protocolos, é o facilitador entre paciente, segurança e qualidade. Os protocolos são procedimentos e processos estabelecidos globalmente e envolvem atividades para diagnóstico, tratamento, controle e acompanhamento da doença. O hospital acreditado que utiliza os protocolos no tratamento oncológico, garante a utilização de melhores práticas em seus procedimentos e processos.

Em praticamente todas as entrevistas foi possível compreender que a acreditação contribuiu para a utilização de melhores práticas, e com isso, com as práticas de gerenciamento de projetos. Além disso, foi possível identificar também que a acreditação potencializa a inovação para os hospitais. Apesar de não ter sido o objetivo do estudo, a inovação emergiu significativamente das entrevistas.

A inovação pode ser definida como invenção, adoção e disseminação (Omachonu & Einspruch, 2010). As inovações bem-sucedidas na saúde possuem duas qualidades principais: são utilizáveis e desejáveis, sendo que a principal barreira para a adoção e disseminação de uma inovação é a resistência à mudança por parte dos profissionais que serão impactados por ela (Omachonu & Einspruch, 2010). A acreditação ou a adoção de qualquer inovação é muito mais do que a implementação de tecnologia, processos e procedimentos, é necessário entender a conexão entre as pessoas, processos e a tecnologia, mobilizar e envolver a equipe em prol da mudança reinventando o próprio trabalho (Birken et al., 2012). E isso foi possível de identificar nas entrevistas. A equipe foi envolvida no processo de acreditação e por consequência, na potencialização da inovação dentro dos hospitais. Além disso, a acreditação trouxe um processo de mudança dentro dos hospitais.

O impacto operacional gerado por mudanças no processo produtivo deve ser analisado em tempo de planejamento e acompanhado periodicamente ao longo da implementação das mudanças, através do processo formal de gestão de mudanças (Bamford & Forrester, 2003). A estratégia da mudança define a visão e a direção geral da organização em relação a seu ambiente, esta função é frequentemente assumida por colaboradores seniores dentro da organização (By, 2005). Implementadores das mudanças supervisionam a estrutura organizacional no que se refere à mudança. Desse modo, o gerente de projetos assumiria facilmente essa função, mas muitas vezes, conforme mencionado pelos entrevistados, esse papel é assumido por gerentes funcionais que se envolvem no processo de mudança.

Esse papel de monitorar e controlar a adoção de uma inovação é um processo de acompanhamento, revisão e ajuste do progresso para atender aos objetivos de desempenho definidos no plano de gerenciamento do projeto (Omachonu & Einspruch, 2010). Ao longo do projeto são executados dois tipos de avaliação da situação do projeto: formativa ou somativa. As avaliações formativas referem-se a análises conduzidas em qualquer ponto do tempo ao longo do projeto, para confirmar se os marcos planejados estão sendo alcançados, enquanto as avaliações somativas são conduzidas no estágio final para avaliar se as metas de prazo final do projeto foram alcançadas (Patton, 1996). A monitoração e controle são eficazes quando os benefícios desejados de uma iniciativa de mudança são estabelecidos durante os estágios de

planejamento e apresentado de forma a torná-los mensuráveis. Isso fornece métricas diretas pelas quais o desempenho de um projeto pode ser avaliado (Omachonu & Einspruch, 2010).

O primeiro passo para a implementação de solução que envolva sistemas produtivos críticos é o planejamento prévio ao início da execução do plano de implementação. Com isso, podem ser definidas metas claras para alcançar os objetivos desejados e indicadores para monitorar o trabalho. Assim, tendo como meta principal buscar resultados que realmente gerem valor para os pacientes (Porter & Lee, 2013).

Outro achado com este estudo, foi que os entrevistados elencaram a falta de planejamento e a pressão por registro e documentação no processo de acreditação como barreiras para a certificação. Sadeghi-Bazargani et al. (2015), destaca a pressão mental trazida pelo aumento do estresse e desgaste da equipe de enfermagem, ocasionando problemas físicos e mentais para a assistência, em função dos excessivos tempos despendidos em documentação e *briefings*, ao invés de cuidar dos pacientes. Manzo e Brito (2012) trazem à tona o cenário de cobrança, pressão, estresse, falta de valorização e reconhecimento passados pelos profissionais de saúde durante o processo de acreditação, sendo que esta situação poderia ser mitigada ou evitada com estratégias de valorização da equipe envolvida no processo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo qualitativo buscou compreender como ocorrem as práticas de gerenciamento de projetos no tratamento oncológico. Da mesma forma, identificar quais são as práticas de gerenciamento de projeto utilizadas e elencadas pelos 12 entrevistados. A partir de entrevistas junto a profissionais de saúde envolvidos no tratamento oncológico, foi possível alcançar os objetivos da pesquisa.

Conforme objetivo “A”, verificar as práticas de gerenciamento de projeto que podem ser empregadas na execução e gestão de atividades dos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico, foram elencadas práticas de gerenciamento de projeto na definição do escopo do diagnóstico oncológico; elaboração de lista de atividades e inter-relacionamento entre elas; processos de qualidade e auditorias; plano de comunicação, reuniões de acompanhamento e lições aprendidas; gerenciamento de risco, gestão de mudança e monitoração e indicadores de performance.

Alcançando o objetivo “B”, analisar as possíveis contribuições das práticas de gerenciamento de projeto nos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico, no contexto de boas práticas pode-se evidenciar os seguintes aspectos: 1. maior planejamento nas implementações de plano de acreditação e validações de certificação, assim como na implementação de inovação que envolva a assistência; 2. elaboração do plano de projeto antes do início do tratamento oncológico com detalhe dos inter-relacionamentos entre as atividades; 3. plano de comunicação mais efetivo entre as diversas equipes da assistência; 4. processo de lições aprendidas e gerenciamento de riscos efetivo ao longo do tratamento com acompanhamento dos registros periodicamente.

Durante as entrevistas notou-se que os entrevistados estão familiarizados com termos utilizados em práticas de gerenciamento de projeto, porém falta formação e experiência na utilização de técnicas e ferramentas de gerenciamento de projeto para controlar os projetos e mitigar possíveis riscos e falta de planejamento.

Sugere-se a continuidade de estudos neste campo de atuação com o intuito de fortalecer continuamente as boas práticas de gerenciamento de projeto no tratamento oncológico, com o propósito de garantir os resultados esperados dos projetos durante e após sua implementação. Pleiteia-se futuramente, realizar novas pesquisas dentro deste contexto, para a criação de um modelo a fim de possibilitar a análise de viabilidade de um escritório de projeto, considerando o conceito de gerenciamento de portfólio, programa e projeto junto a equipe de qualidade do hospital.

Como limitação do estudo, foi constatado que existem poucas referências na literatura para práticas de gerenciamento de projeto em equipes de saúde no tratamento oncológico. Não há muitas publicações específicas sobre a implementação de práticas de gerenciamento de projeto em equipe de saúde, embora as equipes de saúde utilizem algumas práticas de gerenciamento de projeto de maneira informal, ou sem formação formal em gerenciamento de projeto.

REFERÊNCIAS

- Alástico, G. P., & Toledo, J. C. D. (2013). Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. *Gestão & Produção*, 20(4), 815-831.
- Alexander J., Prabhu Das, I., Johnson T.P. (2012). Time issues in multilevel interventions for cancer treatment and prevention. *Journal National Cancer Institute Monographs*, 2012(44), 42-48.
- Archer, N. P., & Ghasemzadeh, F. (1998). A decision support system for project portfolio selection. *International Journal of Technology Management*, 16(1-3), 105-114.
- Argote, L., Gruenfeld, D., & Naquin, C. (2001). Group learning in organizations. *Groups at work: Theory and research*, 614, 369-411.
- Association for Project Management [APM]. (2006). Body of Knowledge – Fifth Edition. *Association for Project Management*.
- Aubry, M., Richer, M. C., Lavoie-Tremblay, M. (2014). Governance performance in complex environment: The case of a major transformation in a university hospital. *International Journal of Project Management*, 32(8), 1333-1345
- Baker, A. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7322), 1192.
- Bamford, D. R., & Forrester, P. L. (2003). Managing planned and emergent change within an operations management environment. *International journal of operations & production management*.
- Bartsch, V., Ebers, M., & Maurer, I. (2013). Learning in project-based organizations: The role of project teams' social capital for overcoming barriers to learning. *International Journal of Project Management*. 31(2):239–251.
- Bazeley, P. (2013). *Qualitative data analysis: Practical strategies*. Sage.
- Besner, C., & Hobbs, B. (2012). An empirical identification of project management toolsets and a comparison among project types. *Project Management Journal*, 43(5), 24-46.
- Bharwani A.M., Harris G.C., Southwick F.S. (2012). Perspective: A business school view of medical interprofessional rounds: Transforming rounding groups into rounding teams. *Academic Medicine* 87(12), 1768-1771.

- Birken, S. A., Lee, S. Y. D., & Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*, 7(1), 1-12.
- Bresnen, M., Edelman, L., Newell, S., Scarbrough, H., & Swan, J. (2003). Social practices and the management of knowledge in project environments. *International journal of project management*, 21(3), 157-166.
- Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P., & Tjomsland, O. (2015). A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC health services research*, 15(1), 1-10.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford university press.
- By, R. T. (2005). Organisational change management: A critical review. *Journal of change management*, 5(4), 369-380.
- Cancer Research UK, <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/survival/all-cancers-combined> , acessado em Agosto, 2020.
- Carrillo, P.; Ruikar, K.; Fuller, P. (2013). When will we learn? Improving lessons learned practice in construction. *International Journal of Project Management*, 31, 567–578.
- Cash, Gibson, L., Tigova, O., Alonso, A., Binkley, G., Rosenmiller, M. (2019). Project Integrate: Developing A Framework To Guide Design, Implementation And Evaluation Of People-Centred Integrated Care Processes. *International Journal Of Integrated Care*, 19(1).
- Chiocchio, F., Rabbat, F., Lebel, P. (2015). Multi-Level Efficacy Evidence Of A Combined Interprofessional Collaboration And Project Management Training Program For Healthcare Project Teams. *Project Management Journal*, 46(4), 20-34.
- Cohen, S. G., & Bailey, D. E. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of management*, 23(3), 239-290.
- Cohen, W. M., & Levinthal, D. A. (1990). Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation. *Administrative science quarterly*, 128-152.
- Connor, M., Ponte, P. R., & Conway, J. (2002). Multidisciplinary approaches to reducing error and risk in a patient care setting. *Critical care nursing clinics of North America*, 14(4), 359-67.
- Cook, D. J., C. D. Mulrow, and R. B. Haynes (1997). ‘Systematic Reviews: Synthesis of Best Evidence for Clinical Decisions’, *Annals of Internal Medicine*, 126 (5) March, pp. 376–380.

- Cook, D. J., N. L. Greengold, A. G. Ellrodt, and S. R. Weingarten (1997). 'The Relation Between Systematic Reviews and Practice Guidelines', *Annals of Internal Medicine*, 127 (3) August, pp. 210–216.
- Cooper, R. G., Edgett, S. J., & Kleinschmidt, E. J. (2001). *Portfolio management for new products*. Basic Books.
- Curry, N., Harris, M., Gunn, Lh., Pappas, Y., Blunt, I., Soljak, M., Mastellos, N., Holder, H., Smith, J., Majeed, A., Ignatowicz, A., Greaves, F., Belsi, A., Costin, Davis, N., Jones, Nielsen, Jd., Greenfield, G., Cecil, E., Patterson, S., Car, J., Bardsley, M. (2013). Integrated Care Pilot In North-West London: A Mixed Methods Evaluation. *International Journal Of Integrated Care*, 13(20).
- Denton, H. G. (1997). Multidisciplinary team-based project work: planning factors. *Design Studies*, 18(2), 155-170.
- Dey, Pk., Hariharan, S. (2006). Integrated Approach To Healthcare Quality Management: A Case Study. *Tqm Magazine*, 18(6), 583-605.
- Dey, Pk., Hariharan, S., Brookes, N. (2006). Managing Healthcare Quality Using Logical Framework Analysis. *Managing Service Quality*, 16(2), 203-222.
- Dey, Pk., Hariharan, S., Chen, D. (2007). Managing Healthcare Quality In Project Management Framework. *International Journal Of Services And Operations Management*, 3(3), 261-278.
- Dey, Pk., Hariharan, S., Ho, W. (2009). Innovation In Healthcare Services: A Customer-Focused Approach. *International Journal Of Innovation And Learning*, 6(4), 387-405.
- Dizon, D. S., Krilov, L., Cohen, E., Gangadhar, T., Ganz, P. A., Hensing, T. A., ... & Mayer, E. (2016). Clinical cancer advances 2016: annual report on progress against cancer from the American Society of Clinical Oncology. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(9), 987.
- Duryan, M., & Smyth, H. (2019). Cultivating sustainable communities of practice within hierarchical bureaucracies. *International Journal of Managing Projects in Business*.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative science quarterly*, 44(2), 350-383.

- Edmondson, A. C., & Nembhard, I. M. (2009). Product development and learning in project teams: The challenges are the benefits. *Journal of product innovation management*, 26(2), 123-138.
- Feldman, L. B., Gatto, M. A. F., & Cunha, I. C. K. O. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2), 213-219.
- Fielding, N. G., & Thomas, H. (2008). *Qualitative interviewing*.
- Fleissig, A., Jenkins, V., Catt, S., & Fallowfield, L. (2006). Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *The lancet oncology*, 7(11), 935-943.
- Fong, P. S. (2003). Knowledge creation in multidisciplinary project teams: an empirical study of the processes and their dynamic interrelationships. *International journal of project management*, 21(7), 479-486.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Celta Editora.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. Editora Atlas SA.
- Gordon, A., & Pollack, J. (2018). Managing Healthcare Integration: Adapting Project Management to the Needs of Organizational Change. *Project Management Journal*, 49(5), 5-21.
- Grant, R. M. (1996). Toward a knowledge-based theory of the firm. *Strategic management journal*, 17(S2), 109-122.
- Gruman, J. C. (2013). An accidental tourist finds her way in the dangerous land of serious illness. *Health Affairs*, 32(2), 427-431.
- Helfert, M. (2009). Challenges Of Business Processes Management In Healthcare: Experience In The Irish Healthcare Sector. *Business Process Management Journal*, 15(6), 937-952.
- Hellstrm, A., Lifvergren, S., Quist, J. (2010). Process Management In Healthcare: Investigating Why It'S Easier Said Than Done. *Journal Of Manufacturing Technology Management*, 21(4), 499-511.
- Heymach, J., Krilov, L., Alberg, A., Baxter, N., Chang, S. M., Corcoran, R. B., ... & Epstein, A. S. (2018). Clinical cancer advances 2018: annual report on progress against cancer from the American Society of Clinical Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 36(10), 1020-1044.

- Hlaioittinun, O., Bonjour, E., & Dulmet, M. (2008). A multidisciplinary team building method based on competency modelling in design project management. *International Journal of Management Science and Engineering Management*, 3(3), 163-175.
- Hölzle, K., & Rhinow, H. (2019). The Dilemmas of Design Thinking in Innovation Projects. *Project Management Journal*, 50(4), 418-430.
- Hsu, Cl., Tseng, Kc., Chuang, Yh. (2012). A Secure Irb System For Assisting The Development Of Intelligent Medical Devices. *Expert Systems With Applications*, 39(16), 12512-12521.
- Instituto Nacional de Cancer – INCA (2021). Estadiamento. <https://www.inca.gov.br/estadiamento>, acessado em fevereiro, 2021.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA (2006). A situação do câncer no Brasil. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf, Acessado em junho, 2020.
- Islam, M., Dishi, J., Mahtab, H., & Ahmad, Z. (2009). Team learning, top management support and new product development success. *International Journal of Managing Projects in Business*, 2(2), 238–260.
- Jukema, J. S., Harps, Timmerman, A., Stoopendaal, A., Smits, Chm. (2015). A Care Improvement Program Acting As A Powerful Learning Environment To Support Nursing Students Learning Facilitation Competencies. *Nurse Education In Practice*, 15(6), 457-462.
- Kerzner, H. (2016). *Gestão de Projetos-: As Melhores Práticas*. Bookman Editora.
- Kujala, J., Lillrank, P., Kronström, V., & Peltokorpi, A. (2006). Time-based management of patient processes. *Journal of health organization and management*.
- Lavoie, Tremblay, M., Aubry, M., Richer, Mc., Cyr, G. (2018). A Health Care Project Management Office'S Strategies For Continual Change And Continuous Improvement. *Health Care Manager*, 37(1), 4-10.
- Leal-Rodríguez, A. L., Roldán, J. L., Ariza-Montes, J. A., & Leal-Millán, A. (2014). From potential absorptive capacity to innovation outcomes in project teams: The conditional mediating role of the realized absorptive capacity in a relational learning context. *International Journal of Project Management*, 32(6), 894-907.
- Levinthal, D. A., & March, J. G. (1993). The myopia of learning. *Strategic management journal*, 14(S2), 95-112.

- Levit, L. A., Balogh, E., Nass, S. J., & Ganz, P. (Eds.). (2013). *Delivering high-quality cancer care: charting a new course for a system in crisis* (pp. 7-8). Washington, DC: National Academies Press.
- Lounamaa, P. H., & March, J. G. (1987). Adaptive coordination of a learning team. *Management science*, 33(1), 107-123.
- Lugo, Garca, Ja., Torres, Lpez, S., Garca, Prez, Cam., Piero, Prez, Cpy., Delgado, Victore, Cr. (2013). Automatic Calculation Of Indicators As A Decision Support Technique In The National Health System [Clculo Automtico De Indicadores Como Tcnica De Apoyo Para La Decisin En El Sistema Nacional De Salud]. *Revista Cubana De Informacion En Ciencias De La Salud*, 24(4), 472-481.
- Lurie, J. D., Merrens, E. J., Lee, J., & Splaine, M. E. (2002). An approach to hospital quality improvement. *The Medical Clinics of North America*, 86(4), 825-845.
- Mandahawi, N., Al, Araidah, O., Boran, A., Khasawneh, M. (2011). Application Of Lean Six Sigma Tools To Minimise Length Of Stay For Ophthalmology Day Case Surgery. *International Journal Of Six Sigma And Competitive Advantage*, 6(3), 156-172.
- Mans, R. S., Schonenberg, M. H., Song, M., van der Aalst, W. M., & Bakker, P. J. (2008, January). Application of process mining in healthcare—a case study in a dutch hospital. In *International joint conference on biomedical engineering systems and technologies* (pp. 425-438). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Manzo, B. F., & Brito, M. J. (2012). Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 388-394.
- Manzo, B. F., Brito, M. J. M., & Alves, M. (2013). Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. *Revista brasileira de enfermagem*, 66(1), 46-51.
- Masters, G. A., Krilov, L., Bailey, H. H., Brose, M. S., Burstein, H., Diller, L. R., ... & Neuss, M. N. (2015). Clinical cancer advances 2015: Annual report on progress against cancer from the American Society of Clinical Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 786-809.
- Matrane, O., Okar, C., & Talea, M. (2014). Project Management Maturity in Small and Medium-Sized Enterprises in Morocco: An empirical investigation. 3(2), 10.
- Mathieu, J., Maynard, M. T., Rapp, T., & Gilson, L. (2008). Team effectiveness 1997-2007: A review of recent advancements and a glimpse into the future. *Journal of management*, 34(3), 410-476.

National Cancer Institute – NCI (2021). Search NCI's Dictionary of Cancer Terms. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/protocol>. Acessado em fevereiro, 2021.

McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., & Wagner, E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: a cancer journal for clinicians*, 61(1), 50-62.

Meredith, J. R., & Mantel Jr, S. J. (2011). *Project management: a managerial approach*. John Wiley & Sons.

Meredith, J. R., Mantel Jr, S. J., & Shafer, S. M. (2017). *Project management: a managerial approach*. John Wiley & Sons.

Nilsen, E.R. (2013). Organizing for learning and knowledge creation are we too afraid to kill it?: Projects as a learning space. *International Journal of Managing Projects in Business*, 6, (2), 293-309.

Nonaka, I., & Konno, N. (1998). The concept of “Ba”: Building a foundation for knowledge creation. *California management review*, 40(3), 40-54.

Olney, Ca., Backus, Jeb., Klein, Lj. (2010). Characteristics Of Project Management At Institutions Sponsoring National Library Of Medicine Medlineplus Go Local. *Journal Of The Medical Library Association*, 98(1), 65-72.

Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 15(1), 1-20

ONA (2021). Sobre a ONA <https://www.ona.org.br/quem-somos/sobre-a-on>, acessado em Fevereiro, 2021.

Padovani, M., Carvalho, M. M. D., & Muscat, A. R. N. (2010). Seleção e alocação de recursos em portfólio de projetos: estudo de caso no setor químico. *Gestão & Produção*, 17(1), 157-180.

Papke-Shields, K. E., Beise, C., & Quan, J. (2010). Do project managers practice what they preach, and does it matter to project success? *International journal of project management*, 28(7), 650-662.

Parsons, M. A. (2019). A Global Perinatal Health Indicator Falts In Afghanistan. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies In Health And Illness*, 38(3), 253-266.

Patton, M. Q. (1996). A world larger than formative and summative. *Evaluation practice*, 17(2), 131-144.

Phelan, E. A., Balderson, B., Levine, M., Erro, J. H., Jordan, L., Grothaus, L., ... & Wagner, E. H. (2007). Delivering effective primary care to older adults: a randomized, controlled trial of the senior resource team at group health cooperative. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1748-1756.

Ponte, P. R., Gross, A. H., Milliman-Richard, Y. J., & Lacey, K. (2010). Interdisciplinary Teamwork and Collaboration An Essential Element of a Positive Practice Environment. *Annual review of nursing research*, 28(1), 159-189.

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard business review*, 91(12), 24-24.

Project management institute [PMI]. (2017). Guide to the project Management body of knowledge - Sixth Edition. *Project Management Institute, Pennsylvania USA*.

Quinn, T. (2014): Bringing a management model to healthcare: Team-based care [Web page]. Recuperado em 30 de maio de 2020 de, <https://www.forbes.com/sites/grouphink/2014/12/09/bringing-a-management-model-to-healthcare-team-based-care/#35b9936333a1>

Ratcheva, V. (2009). Integrating diverse knowledge through boundary spanning processes—The case of multidisciplinary project teams. *International Journal of Project Management*, 27(3), 206-215.

Ruuska, I.; Vartiainen, M. (2005). Characteristics of knowledge sharing communities in project organizations. *International Journal of Project Management*, 23, 374–379.

Saavedra R., Earley, P. C., Van Dyne, L. (1993). Complex interdependence in task-performing groups. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 61-72.

Sadeghi-Bazargani, H., Tabrizi, J. S., Saadati, M., Hassanzadeh, R., & Alizadeh, G. (2015). Nursing experiences of clinical governance implementation: a qualitative study. *Clinical Governance: An International Journal*.

Salas, E., Rosen, M. A., Burke, C. S., & Goodwin, G. F. (2009). The wisdom of collectives in organizations: An update of the teamwork competencies. *Team effectiveness in complex organizations: Cross-disciplinary perspectives and approaches*, 39-79.

- Saldaña, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers+ qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Sage Publications.
- Salomon, G., & Globerson, T. (1989). When teams do not function the way they ought to. *International journal of Educational research*, 13(1), 89-99.
- Sauer, C., & Reich, B. H. (2009). Rethinking IT project management: Evidence of a new mindset and its implications. *International Journal of Project Management*, 27(2), 182-193.
- Selby, P., Gillis, C., & Haward, R. (1996). Benefits from specialised cancer care. *The Lancet*, 348(9023), 313-318.
- Senge, P.M., 2006. *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Broadway Business.
- Sense, A. J. (2011). The project workplace for organizational learning development. *International Journal of Project Management*, 29(8), 986-993.
- Sense, A. J. (2017). A Project sponsor's impact on practice-based learning within Project. *International Journal of Project Management*, 31(2), 264-271.
- Sense, A.J.; Badham, R.J. (2008). Cultivating situated learning within project management practice: A case study exploration of the dynamics of project-based learning. *International Journal of Managing Projects in Business*. 1(3), 432-438.
- Simon, H. A. (1991). Bounded rationality and organizational learning. *Organization science*, 2(1), 125-134.
- Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... & Peppercorn, J. M. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of clinical oncology*, 30(8), 880-887.
- Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., Villarreal-Garza, C., Bychkovsky, B. L., Debiasi, M., Liedke, P. E., ... & Goss, P. E. (2015). Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Oncology*, 16(14), 1405-1438.
- Tabrizi, J. S., Gharibi, F., & Wilson, A. J. (2011). Advantages and disadvantages of health care accreditation models. *Health promotion perspectives*, 1(1), 1.

- Taplin, S. H., Weaver, S., Salas, E., Chollette, V., Edwards, H. M., Bruinooge, S. S., & Kosty, M. P. (2015). Reviewing cancer care team effectiveness. *Journal of oncology practice, 11*(3), 239-246.
- Tashayoei, N., Raeissi, P., & Nasiripour, A. A. (2020). Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: an exploratory factor analysis. *Journal of the Egyptian Public Health Association, 95*(1), 1-10.
- Taylor, C., Munro, A. J., Glynne-Jones, R., Griffith, C., Trevatt, P., Richards, M., & Ramirez, A. J. (2010). Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence? *Bmj - British Medical Journal, 340*, 743-745.
- Thiry, M. (2002). Combining value and project management into an effective programme management model. *International Journal of Project Management, 20*, 221–227.
- Trosman, J. R., Carlos, R. C., Simon, M. A., Madden, D. L., Gradishar, W. J., Benson III, A. B., ... & Khan, S. A. (2016). Care for a patient with cancer as a project: Management of complex task interdependence in cancer care delivery. *Journal of oncology practice, 12*(11), 1101-1113.
- Tucker, A. L., Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2007). Implementing new practices: An empirical study of organizational learning in hospital intensive care units. *Management science, 53*(6), 894-907.
- Tyre, M. J., & Hauptman, O. (1992). Effectiveness of organizational responses to technological change in the production process. *Organization Science, 3*(3), 301-320.
- Turner, R., & Ledwith, A. (2016). Project Management in Small to Medium-Sized Enterprises: Fitting the Practices to the Needs of the Firm to Deliver Benefit. *Journal of Small Business Management, 56*(3), 475–493
- Wagner, E. H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *Bmj, 320*(7234), 569-572.
- Weldy, T., & Gillis, W. (2010). The learning organization: Variations at different organizational levels. *The Learning Organization, 17*(5), 455–470.
- Wenu, A.; Tan, C. (2019). The applied, knowledge, and work-based oriented project management coaching framework (AKW-PMCF). *Journal of Modern Project Management, 6*, (3), 28-45.

West, M. A., Borrill, C. S., Dawson, J. F., Brodbeck, F., Shapiro, D. A., & Haward, B. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *The leadership quarterly*, *14*(4-5), 393-410.

Yin, R. K. (1994). Discovering the future of the case study. Method in evaluation research. *Evaluation practice*, *15*(3), 283-290.

Zimmermann, S. (1994). Social cognition and evaluations of health care team communication effectiveness. *Western Journal of Communication (Includes Communication Reports)*, *58*(2), 116-140.

Zwikael, O. (2008). Top management involvement in project management. *International Journal of Managing Projects in Business*, *1*(3), 387-403.

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS

A) Instruções para o entrevistador:

A coordenação dos profissionais de saúde no apoio ao tratamento de doenças multidisciplinares está cercada de desafios, como o gerenciamento e controle de tarefas.

O objetivo deste estudo é identificar se os profissionais de saúde utilizam práticas de gerenciamento de projeto nos tratamentos oncológicos.

As práticas podem contribuir também na identificação e mitigação de possíveis riscos associados à criticidade do tratamento da doença.

Pesquisador: Roberto Carlos Castro De Ponte

Professora Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Scafuto

B) Condições da entrevista

Nome	Idade	Função / papel que exerce	Experiência em anos	Segmento de atuação	Duração da entrevista	Local (virtual ou presencial)

Quando? Julho a Agosto de 2020;

Quanto tempo? Até 60 minutos;

Como será conduzida a entrevista? Gravada e realizada anotações pertinentes para a análise dos dados.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Empresa ou Segmento
2. Entrevistado (s):
3. Entrevistador:
4. Seções da entrevista:
 - () Background do entrevistado
 - () Itens a verificar
 - () validação dos itens percebidos
 - () Comentários finais

5. Introdução da entrevista

Você foi selecionado(a) para essa entrevista porque estamos fazendo um estudo que visa identificar se os profissionais de saúde utilizam práticas de gerenciamento de projeto nos tratamentos oncológicos.

Reforço que sua participação é voluntária e muito importante para nossa pesquisa. Os resultados serão compartilhados com o senhor (a) posteriormente, caso seja de seu interesse. Para auxiliar na análise do conteúdo da entrevista a mesma será gravada, sendo que o senhor (a) poderá solicitar a interrupção da gravação ou da entrevista em qualquer momento. A gravação será de acesso somente aos pesquisadores envolvidos no processo e os nomes e empresas citadas não serão repassadas ou publicadas em nenhum momento. A transcrição da entrevista será enviada para os senhores(as) para que sejam avaliadas e validadas.

6. Itens a serem tratados na entrevista:
 - a.** Verificar as práticas de gerenciamento de projetos que podem ser empregadas na execução e gestão das atividades dos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico;
 - B.** Analisar as possíveis contribuições das práticas de gerenciamento de projetos nos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa sob o título “**PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO**”, sob a responsabilidade do pesquisador Roberto Carlos Castro de Ponte, o qual pretende elaborar a dissertação com base na análise da literatura, e sua entrevista. A dissertação mencionada é requisito para conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão de Projetos, PPGP da Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista presencial com a utilização de perguntas abertas que terão como objetivo registrar sua experiência e percepção do tema embasado em seu histórico profissional. A entrevista tem uma previsão de duração de até 1 hora.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são inexistentes ou de baixíssima probabilidade, uma vez que o seu envolvimento na pesquisa se dará por meio de respostas verbais às perguntas. Além disso, para garantir que não ocorra nenhum constrangimento para com o entrevistado ou sua empresa, ambos serão mantidos em sigilo. É importante destacar que se o (a) Sr (a) participar estará contribuindo para um melhor entendimento sobre as decisões a respeito da priorização de projetos.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no telefone (11) 995050303.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS NO TRATAMENTO **Pesquisador:** ROBERTO CARLOS CASTRO DE PONTE **Área**

Temática:

Versão: 1

CAAE: 40157220.8.0000.5511

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.418.466

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO, de 05/11/2020).

O objetivo deste estudo é identificar se os profissionais de saúde utilizam práticas de gerenciamento de projeto nos tratamentos oncológicos. As práticas podem contribuir também na identificação e mitigação de possíveis riscos associados à criticidade do tratamento da doença. Foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) com o intuito de entender os estudos que abordam os temas da pesquisa. A RSL proporcionou a base de conteúdos para a elaboração da revisão de literatura deste projeto e dará suporte no estudo como um todo.

O método usado para alcançar o objetivo do trabalho é um estudo qualitativo com profissionais da saúde envolvidos no tratamento oncológico. Dessa forma, este trabalho visa contribuir para identificar as principais práticas de gerenciamento de projetos pelos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico.

Introdução

Nos Estados Unidos em 2017, aproximadamente 1,7 milhão de pessoas foram diagnosticadas com câncer, sendo que mais de 15 milhões de americanos, quase uma pessoa para cada 20, são sobreviventes de câncer. Cerca de 64% dos pacientes norte-americanos com câncer em 2005 viveram acima de 10 anos do diagnóstico, sendo este número 35% acima dos diagnosticados em 1975. A taxa de mortalidade por câncer tem diminuído e as pessoas estão vivendo cada vez mais com a doença. Estas informações indicam os investimentos e pesquisa que estão sendo feitos na descoberta e tratamento do câncer (Heymach et al., 2018). Metade (50%) das pessoas diagnosticadas com câncer entre 2010 e 2011, na Inglaterra e no País de Gales, sobrevivem à doença por pelo menos dez anos. A sobrevida do câncer está melhorando e dobrou nos últimos 40 anos no Reino Unido. A sobrevida do câncer é maior em mulheres do que em homens. A sobrevida relativa de cinco anos para câncer em homens está abaixo da média europeia na Inglaterra, País de Gales e Escócia.

A sobrevida relativa de cinco anos para o câncer em mulheres está abaixo da média europeia na Inglaterra, País de Gales e Escócia (Cancer Research UK, 2011). No Brasil a sobrevida relativa esperada para todos os cânceres é de aproximadamente 50% em cinco anos, de acordo com a literatura existente, porém ainda carecemos de estudos que avaliem a sobrevida de pacientes com câncer de forma mais rotineira e continuada por longos períodos de tempo. Há estudos pontuais em algumas unidades especializadas e de referência que podem servir de exemplo para mostrar alguns resultados (INCA, 2006).

O tratamento do câncer está cada vez mais voltado para o paciente, incluindo necessidades físicas, emocionais, psicológicas e espirituais (Trosman et al., 2016). Este objetivo é alcançado através de uma forte comunicação entre os médicos e pacientes, bem como colaboração entre especialistas e equipe médica, alinhados as preferências do paciente (Dizon et al., 2016). A interação entre os membros da equipe contribui para minimizar as consequências associadas ao tratamento (McCorkle et al. 2011; Baker, 2001).

O sucesso do trabalho de equipes de saúde no tratamento de doenças crônicas (Mathieu Maynard, Rapp & Gilson, 2008; Salas, Rose, Burke & Goodwin, 2009; Wagner 2000) pode criar uma oportunidade para se aplicar os conceitos de Gerenciamento de Projetos (GP) em equipe de oncologia (Trosman et al., 2016). O argumento é que a quantidade de profissionais envolvidos, o diferente impacto em cada paciente gerado pelo tratamento, geram um cenário complexo de atividades e encadeamento entre elas, onde os pacientes e seus cuidadores auxiliam na coordenação e tem fundamental impacto nos riscos e

benefícios do tratamento (Gruman, 2013).

As mudanças de processos nas organizações são complexas, principalmente, com equipes em diferentes locais e turnos e requerem que os indivíduos modifiquem suas práticas para corresponder aos novos requisitos (Tyre & Hauptman, 1992). Os profissionais precisam dispendir energia significativa, mantendo-se atualizados sobre novos conhecimentos e decidindo como alterar as práticas para atender novos requisitos de saúde mantendo a qualidade no atendimento (Mathieu, Maynard, Rapp & Gilson, 2008). Os gerentes determinam como equilibrar o tempo gasto no atendimento regular aos pacientes e implementação de mudanças (Tucker et al., 2007).

Metodologia Proposta:

Pesquisa com abordagem qualitativa, pois ajuda ao pesquisador usar o ambiente como fonte de informações e o aproxima do fenômeno a ser estudado (Bryman, 2015). Quanto a sua classificação é uma pesquisa exploratória, pois pretende entender a variável de maneira como ela é e no contexto em ela está colocada (Queiróz, 1992). Para isso, será usado o método de estudo básico qualitativo. Para que os casos sejam estudados com mais confiabilidade serão realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais envolvidos (Yin, 1994) em tratamento oncológico. Após a coleta dos dados, eles serão tratados com o suporte do software MAXQDA.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como ocorrem as práticas de gerenciamento de projetos no tratamento oncológico

Objetivo Secundário:

- (a) Verificar as práticas de gerenciamento de projetos que podem ser empregadas na execução e gestão das atividades dos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico;
- (b) Analisar as possíveis contribuições das práticas de gerenciamento de projetos nos profissionais de saúde durante o tratamento oncológico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O questionário pode apresentar o risco de constrangimento do participante da pesquisa ao responder perguntas do cotidiano profissional

Benefícios:

Este é um estudo sobre o modelo de tratamento oncológico utilizando técnicas e ferramentas de gerenciamento de projetos em atividades e processos críticos. Esse novo modelo de tratamento tem como principais benefícios: melhorar a experiência do paciente, melhorar o controle sobre o tratamento, reduzir custos além de melhorar a vida profissional das pessoas que estão envolvidas no tratamento oncológico

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal, de caráter qualitativo, por meio de entrevistas em profundidade com profissionais envolvidos com oncologia para compreensão do uso, ou não, de técnicas de gerenciamento de projetos em tratamentos oncológicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação obrigatória:

Folha de rosto datada, assinada pelo diretor com carimbo do diretor - Adequado.

Projeto de pesquisa - Adequado.

Cronograma - Adequado.

TCLE - Adequado.

Recomendações:

No arquivo Projeto_Roberto_Ponte_V04.docx recomenda-se substituir o TCLE (Termo de Consentimento Livre e esclarecido) pelo documento apresentado a este comitê, TCLE_Roberto_Ponte_V03.docx.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No documento intitulado PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO, submetido em 05/11/2020, não foram observados impedimentos de ordem ética.

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá se apresentar na instituição de realização da pesquisa (que autorizou a realização do estudo) para início da coleta dos dados.

O participante da pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. De forma objetiva com justificativa para nova apreciação, os documentos alterados devem ser evidenciados para facilitar a nova análise.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 466/12 item X1. 2. f).

De acordo com a Res. CNS 466/12, X.3.b), o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio, e-mail ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1594687.pdf	05/11/2020 00:36:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Roberto_Ponte_v04.docx	05/11/2020 00:35:30	ROBERTO CARLOS CASTRO DE PONTE	Aceito
Cronograma	Defesa_Cronograma_v02.xlsx	05/11/2020 00:33:18	ROBERTO CARLOS CASTRO DE PONTE	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_Roberto_Ponte_v03.docx	05/11/2020	ROBERTO CARLOS	Aceito

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Roberto_Ponte_v03.docx	00:32:51	CASTRO DE PONTE	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	05/11/2020 00:30:09	ROBERTO CARLOS CASTRO DE PONTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Novembro de 2020

**Assinado por:
Maria Aparecida Dalboni
(Coordenador(a))**