



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Jorge Leandro do Souto Monteiro

**O impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer: estudo de caso**

Rio de Janeiro

2022

Jorge Leandro do Souto Monteiro

**O impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer: estudo de caso**



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

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M775 Monteiro, Jorge Leandro do Souto

O impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer: estudo de caso / Jorge Leandro do Souto Monteiro – 2022.  
254 f.

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

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

1. Gestão de recursos humanos – Teses. 2. COVID-19 – Teses. 3. Recursos humanos de enfermagem – Teses. 4. Enfermagem oncológica– Teses. 5. Instituições de saúde, recursos humanos e serviços – Teses. I. Dal Poz, Mario Roberto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614.253.1/.6

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

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

---

Assinatura

---

Data

Jorge Leandro do Souto Monteiro

**O impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer: estudo de caso**

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

Aprovada em: 17 de maio de 2022

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

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Ricardo Ewbank Steffen  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

---

Prof. Dra. Celia Regina Pierantoni  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Dra. Raquel, de Souza Ramos  
Instituto Nacional de Câncer – INCA

---

Prof. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa, a todas as pessoas que durante a pandemia da COVID-19 perderam um familiar, amigo ou alguém muito importante ao seu convívio.

Dedico ao meu sogro, Josias Batista de Almeida, que partiu na pandemia e deixou muitas saudades, pelo pai, avô e amigo que foi para mim e meus filhos.

Dedico ao Técnico de Enfermagem Rubens da Glória, que após o término do tratamento de um câncer de próstata, foi levado de nós por este vírus. Profissional dedicado e exemplar na Oncologia Pediátrica, amado por todas as crianças e famílias de quem cuidou.

Dedico a todos os Recursos Humanos de Saúde, em especial a Força de Trabalho de Enfermagem do Instituto Nacional de Câncer, pela dedicação e coragem no enfrentamento da pandemia, atuando na linha de frente, em busca da manutenção da assistência aos pacientes portadores de câncer.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu sagrado, que me fortalece a cada dia para trilhar e vencer as adversidades da vida.

Agradeço a minha esposa, Viviane Saraiva, pela parceria e cumplicidade ao longo da vida, e do Doutorado.

Agradeço aos meus filhos, Breno, Brenda, Laura e Luiza, por terem me dado a oportunidade nesta vida de ser seu pai, e estar ao meu lado em todos os momentos.

Agradeço a minha mãe Janete Souto, e minha irmã Celia Regina, por tudo que me proporcionaram na vida.

Agradeço aos meus amigos, que sempre me incentivaram na trajetória do Doutorado, em especial as Enfermeiras Rosana Fidelis, Andreia Alves, Claudia Palhota e Sônia Springer. Agradeço aos gestores de Enfermagem que aceitaram participar desta pesquisa, contribuindo com toda a sua expertise para a temática estudada, e ao Instituto Nacional de Câncer, que possibilitou a realização desta investigação.

Agradeço a UERJ, aos professores do IMS e ao orientador Mario Dal Poz, por terem me proporcionado a oportunidade de imergir no aprendizado da Saúde Coletiva de forma crítica e analítica, em um contexto de adversidades e mudanças políticas, vivenciado pelo sistema de saúde mundial.

## RESUMO

MONTEIRO, Jorge Leandro do Souto. *O impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer: estudo de caso*. 2022. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O ano de 2020, historicamente, foi um marco para saúde pública mundial, pois vivenciamos a pandemia do novo Coronavírus - SARS-CoV-2 ou COVID-19, fato que modificou a dinâmica de vida da população sem distinção. Objetivo geral: Avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 no processo de trabalho e no dimensionamento da força de trabalho de Enfermagem em uma unidade federal de referência para tratamento e controle do câncer. Objetivos específicos: Compreender os efeitos da pandemia da COVID-19 no controle do câncer em nível internacional, nacional e em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer, analisar políticas de recursos humanos e dimensionamento da força de trabalho em oncologia e enfermagem, descrever estratégias de dimensionamento da força de trabalho de Enfermagem adotadas por gestores durante a pandemia da COVID-19, discutir estratégias adotadas por gestores de Enfermagem em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem para enfrentamento da COVID-19. Materiais e métodos: Estudo exploratório, descritivo, retrospectivo transversal, a partir de um estudo de caso único, com análise de uma instituição federal referência na prevenção, controle e tratamento do câncer, localizada no município do Rio de Janeiro. A pesquisa foi direcionada com emprego de métodos mistos, através de abordagens quantitativa e qualitativa, e a análise de dados se deu a partir de análise estatística descritiva, com frequência simples e relativa e análise de conteúdo. Os participantes foram gestores de Enfermagem. Resultados: Dentre os resultados do estudo, destacamos que, 100% dos gestores das Divisões de Enfermagem, realizaram redistribuição de pessoal para outras funções, áreas ou setores, por necessidade de serviço, principalmente para compor as escalas, onde experiências e habilidades foram exploradas para atuação nas áreas de maior complexidade, bem como, 80% incentivaram o trabalho remoto, oportunizados principalmente aos enfermeiros, devido a possibilidade de delegar atribuições científicas e administrativas. Cabe destacar que, 100% dos gestores das Divisões de Enfermagem demonstraram seu comprometimento com a força de trabalho, fortalecendo e estruturando o processo de trabalho, pautado nas políticas e regulamentos em vigor, nas implicações legais da profissão de Enfermagem e dos contratos de trabalho. Conclusão: As estratégias investigadas demonstraram que os gestores foram capazes de atender as necessidades dos pacientes e da força de trabalho de Enfermagem, de maneira oportuna, buscando não comprometer a eficiência e efetividade da assistência, todavia, o dimensionamento da força de trabalho de Enfermagem vem sendo realizado a partir da relação, número de leitos e necessidades dos pacientes, tanto para garantir o cuidado e organização dos serviços, quanto, para dar conta do aumento do absenteísmo, sem a utilização de uma “ferramenta” de dimensionamento direcionada para a força de trabalho de Enfermagem ou RHS.

Palavras-chave: Pandemias. COVID-19. Gestão de Recursos Humanos em Saúde. Institutos de Câncer. Enfermagem Oncológica. Força de Trabalho. Equipe de Enfermagem. Dimensionamento dos Recursos Humanos.

## ABSTRACT

MONTEIRO, Jorge Leandro do Souto. *The impact of the COVID-19 pandemic on the sizing of the nursing workforce in a federal institution of reference for cancer treatment and control: a case study*. 2022. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The year 2020, historically, was a milestone for world public health, because we experienced the pandemic of the new Coronavirus - SARS-CoV-2 or COVID-19, a fact that modified the dynamics of life of the population without distinction. General objective: To evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on the work process and on the dimensioning of the nursing workforce in a federal reference unit for cancer treatment and control. Specific objectives: To understand the effects of the COVID-19 pandemic on cancer control at the international, national level and in a federal institution of reference for cancer treatment and control, to analyze human resources policies and dimension the workforce in oncology and nursing, to describe strategies for sizing the nursing workforce adopted by managers during the COVID-19 pandemic, discussing strategies adopted by nursing managers in a federal institution of reference for cancer treatment and control in the dimensioning of the nursing workforce to cope with COVID-19. Materials and methods: Exploratory, descriptive, retrospective cross-sectional study, based on a single case study, with analysis of a reference federal institution in cancer prevention, control, and treatment, located in the city of Rio de Janeiro. The research was directed with the use of mixed methods, through quantitative and qualitative approaches, and data analysis was based on descriptive statistical analysis, with simple and relative frequency and content analysis. The participants were nursing managers. Results: Among the results of the study, we highlight that 100% of the managers of the Nursing Divisions performed redistribution of personnel to other functions, areas or sectors, due to the need for service, mainly to make up the scales, where experiences and skills were explored to work in the areas of greater complexity, as well as 80% encouraged remote work, opportunistic mainly to nurses, due to the possibility of delegated scientific and administrative attributions. It is worth noting that 100% of the managers of the Nursing Divisions demonstrated their commitment to the workforce, strengthening and structuring the work process, based on the policies and regulations in force, on the legal implications of the nursing profession and labor contracts. Conclusion: The strategies investigated demonstrated that managers were able to meet the needs of patients and the nursing workforce in a timely manner, seeking not to compromise the efficiency and effectiveness of care, however, the dimensioning of the nursing workforce has been carried out from the relationship, number of beds and needs of patients, both to ensure the care and organization of services, and to account for the increase in absenteeism, without the use of a "tool" of sizing directed to the nursing workforce or HRH.

Keywords: Pandemics. COVID-19. Human Resources Management in Health. Cancer Institutes. Oncology Nursing. Workforce. Nursing Team. Human Resources Dimensioning.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Taxas de mortalidade mundial padronizadas por idade entre 0-69, 2020 para todos os tipos de câncer em ambos os sexos.....	24
Figura 2 – Estimativa mundial de câncer por IDH (alto e baixo), considerando ambos os sexos e idade de 0 a 74 anos.....	25
Figura 3 – Protocolo de Pesquisa - 1ª Parte.....	39
Figura 4 – Protocolo de Pesquisa - 2ª Parte.....	40
Figura 5 – Estudo de Caso Único: Tipos de Dado .....	46
Figura 6 – Fluxograma Prisma .....	54
Figura 7 – Números de pacientes matriculados no INCA no ano de 2019 .....	83
Figura 8 – Números de pacientes matriculados no INCA no ano de 2020 .....	84
Figura 9 – Números de pacientes matriculados no INCA no ano de 2021 .....	84
Figura 10 – Números de pacientes matriculados no INCA no primeiro semestre de 2022 .....	85
Figura 11 – Nuvem de palavras dos códigos gerados no MAXQDA versão 2022.....	89

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caminhos metodológica para alcance dos objetivos específicos .....	36
Quadro 2 – Estratégias de busca nas bases de dados e <i>interfaces</i> .....	52
Quadro 3 – Dados Sociodemográficos dos Gestores das Unidades Integradas de Análise .....	58
Quadro 4 – Mapeamento da disponibilidade, necessidade e lacunas na capacidade da força de trabalho de trabalho de Enfermagem no cenário oncológico .....	62
Quadro 5 – Recrutamento de Profissionais de Enfermagem .....	64
Quadro 7 – Descrição das estratégias de incentivo ao trabalho remoto .....	65
Quadro 8 – Reorganização e distribuição de papéis da força de trabalho de Enfermagem .....	67
Quadro 9 – Descrição dos papéis mais relevantes atribuídos aos profissionais de Enfermagem .....	69
Quadro 10 – Descrição das estratégias utilizadas pelos gestores das Divisões de Enfermagem para implementação dos turnos adicionais e/ ou outros arranjos de escala.....	70
Quadro 11 – Questões contratuais, legais, administrativas, e relacionadas para permitir reposta rápida .....	72
Quadro 12 – Descrição dos recursos e/ou incentivos financeiros .....	73
Quadro 13 – Comunicação e Coordenação .....	74
Quadro 14 – Treinamento e aperfeiçoamento de habilidades para a força de trabalho de Enfermagem.....	76
Quadro 15 – Segurança e proteção da força de trabalho de Enfermagem.....	79
Quadro 16 – Compilado das respostas dos gestores ao <i>Checklist</i> para Gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à COVID-19 .....	82
Quadro 17 – Indicadores de Produção INCA .....	85
Quadro 18 – Indicadores de Capacidade INCA .....	86
Quadro 19 – Categorias de Análise e Unidades de Registro .....	90
Quadro 20 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Dimensionamento.....	93
Quadro 21 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Absenteísmo .....	98
Quadro 22 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Recursos .....	101
Quadro 23 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Aumento de Carga de Trabalho.....	104
Quadro 24 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Avaliação de Carga de Trabalho.....	107

Quadro 25 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Assistência.....	109
Quadro 26 – Apresentação das Unidades de Contexto: Leitos .....	113
Quadro 27 – Apresentação das Unidades de Contexto: Medo .....	115

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Porcentagem dos Gestores das Divisões de Enfermagem por Unidades Integradas de Análise .....	57
Gráfico 2 – Porcentagem de Gestores da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada por Unidade Integrada de Análise .....	57
Gráfico 3 – Frequência e <i>Ranking</i> de Palavras geradas pelo <i>Software</i> MAXQDA .....	87
Gráfico 4 – Frequência de Códigos .....	88

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Síntese das Unidades de Registro por Unidade Integrada de Análise .....	91
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APH	Adicional por Plantão Hospitalar
AMO	Assistência Multidisciplinar em Oncologia
BGHMC	Bataan General Hospital Medical Center
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CCIH	Comissão Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centro de Controle de Infecção
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
COVID-19	Doença por Coronavírus 2019
COE-Covid-19	Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública
CEMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAS	Coordenação de Assistência
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CTIP	Centro de Terapia Intensiva Pediátrica
CQDAS	Computer Assisted Qualitative Data Análises
DANT	Doenças e Agravos não transmissíveis
DAPS	Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DIDEP	Divisão de Desenvolvimento de Pessoal
DISAT	Divisão de Serviço do Trabalhador
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FAF	Fundação Ary Frauzino
FAETEC	Fundação de Apoio à Escola Técnica do Rio de Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
COGEP	Coordenação de Gestão de Pessoas
IARC	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
IgG	Imunoglobulina G
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
ICESP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
IBROSS	Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde
IMS	Instituto de Medicina Social
ICPP	Instrumento de Classificação de Paciente Pediátrico
JBI	Joanna Briggs Institute
MESH	Medical Subject Headings
MTC	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MS	Ministério da Saúde
NAS	Nursing Activities Score
NHS	National Health Service
NERHUS	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde
NE	Nível de Evidência
NEMS	Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PCR	Polymerase Chain Reaction

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RI	Revisão Integrativa
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RT-PCR	Reação de transcriptase reversa seguida de reação em cadeia da polimerase
Rute	Rede Universitária de Telemedicina
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SARS-CoV-2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SBEO	Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SER	Sistema Estadual de Regulação
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIREF	Registro Eletrônico de Frequência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia da Informação e de Comunicação
TNF-alfa	Fator de Necrose Tumoral alfa
TNM	Classificação de Tumores Malignos
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPO	Unidade Pós-operatório
WISN	Workload for Staffing Needs
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
1	<b>PANORAMA DO CÂNCER E A REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL</b> .....	24
1.1	<b>Rede de atenção oncológica</b> .....	26
1.2	<b>Atenção oncológica no estado do Rio de Janeiro</b> .....	27
2	<b>PANORAMA DOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE PRÉ-PANDEMIA</b> ...	29
3	<b>DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE</b> .....	33
4	<b>OBJETIVOS</b> .....	35
4.1	<b>Geral</b> .....	35
4.2	<b>Específicos</b> .....	35
5	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	37
5.1	<b>Cenário de pesquisa</b> .....	41
5.2	<b>Participantes do estudo</b> .....	42
5.3	<b>Instrumento de pesquisa</b> .....	42
5.4	<b>Coleta de dados</b> .....	44
5.5	<b>Análise de dados</b> .....	47
5.6	<b>Aspectos éticos da pesquisa</b> .....	50
5.7	<b>Seleção de artigos utilizados na análise</b> .....	51
6	<b>RESULTADOS</b> .....	55
6.1	<b>Respostas dos gestores das divisões de enfermagem e da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada ao <i>checklist</i> para a gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à Covid-19</b> .....	55
6.1.1	<u>Identificação das Unidades Integradas de Análise</u> .....	56
6.1.2	<u>Identificação dos dados sociodemográficos</u> .....	58
6.1.3	<u>Mapeamento da disponibilidade, necessidade e lacunas na capacidade da força de trabalho de trabalho de Enfermagem no cenário oncológico</u> .....	61
6.1.4	<u>Recrutamento de profissionais de Enfermagem</u> .....	63
6.1.5	<u>Reorganização e distribuição de papéis da força de trabalho de enfermagem</u> .....	66
6.1.6	<u>Questões contratuais, legais, administrativas e relacionadas para permitir resposta rápida</u> .....	71
6.1.7	<u>Comunicação e Coordenação</u> .....	74

6.1.8	<u>Treinamento e aperfeiçoamento de habilidades para a força de trabalho de Enfermagem</u>	76
6.1.9	<u>Segurança e proteção da força de trabalho de Enfermagem</u>	78
6.1.10	<u>Compilado das respostas dos gestores ao questionário da OPAS</u>	82
6.2	<b>Respostas dos gestores das divisões de Enfermagem e dos gestores da área/ unidade/ serviço/ setor e de assistência especializada às perguntas abertas do questionário de pesquisa segundo o modelo teórico de análise de conteúdo de Laurence Bardin</b>	86
7	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO</b>	116
7.1	Análise do Perfil Sociodemográfico dos Gestores das Unidades Integradas de Análise	116
7.2	Mapeamento da Disponibilidade, Necessidades e Lacunas na Capacidade da Força de Trabalho de Enfermagem no Cenário Oncológico	119
7.3	<b>Recrutamento de Profissionais de Enfermagem</b>	119
7.4	<b>Categoria de Análise Dimensionamento</b>	121
7.5	<b>Reorganização e Distribuição de Papéis da Força de Trabalho de Enfermagem</b>	123
7.6	<b>Questões Contratuais, Legais, Administrativas, e Relacionadas para Permitir Repostas Rápidas</b>	130
7.7	<b>Categoria de Análise Absenteísmo</b>	131
7.9	<b>Categoria de Análise Recursos</b>	134
7.10	<b>Treinamento e aperfeiçoamento de habilidades para a força de trabalho de Enfermagem</b>	135
7.11	<b>Segurança e Proteção da Força de Trabalho de Enfermagem</b>	136
7.12	<b>Categoria de Análise Aumento de Carga de Trabalho</b>	138
7.13	<b>Categoria de Análise Avaliação da Carga de Trabalho</b>	140
7.14	<b>Categoria de Análise Assistência</b>	141
7.15	<b>Categoria de Análise Leito</b>	142
7.16	<b>Categoria de Análise Medo</b>	143
7.17	<b>Os efeitos da pandemia da COVID-19 no controle do câncer</b>	145
	<b>CONCLUSÃO</b>	148
	<b>REFERÊNCIAS</b>	153
	<b>APÊNDICE A – ARTIGO PUBLICADO NA NA REVISTA RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT</b>	166

<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	180
<b>APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DIRECIONADO AO GESTOR DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CÂNCER</b> .....	186
<b>APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DIRECIONADO AO GESTOR DE UNIDADE, SERVIÇO OU SETOR DE ENFERMAGEM ...</b>	196
<b>APÊNDICE E – LISTA COMPLETA DO RANKING DA FREQUÊNCIA DE PALAVRAS.....</b>	204
<b>APÊNDICE F –TRANSCRIÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS ABERTAS DOS GESTORES DAS DIVISÕES DE ENFERMAGEM .....</b>	212
<b>APÊNDICE G – TRANSCRIÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS ABERTAS DOS GESTORES DE ÁREAS/UNIDADES/SERVIÇOS/SETORES DE UNIDADES ESPECIALIZADAS.....</b>	222
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	238
<b>ANEXO B – ORGANOGRAMA DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM .....</b>	251
<b>ANEXO C – ESTRUTURA REGIMENTAL INCA/MS .....</b>	252
<b>ANEXO D – DAS NORMAS E CRITÉRIOS PARA O TRABALHO REMOTO</b> .....	253

## INTRODUÇÃO

O ano de 2020, historicamente, foi um marco para saúde pública mundial, pois vivenciamos a pandemia do novo Coronavírus - SARS-CoV-2 ou COVID-19, fato que vem modificando a dinâmica de vida da população sem distinção, afetando desde países desenvolvidos, que acreditávamos apresentar infraestrutura econômica e em serviços de saúde para atender uma pandemia, até os países que se encontram em desenvolvimento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou o surto de um novo Coronavírus em Wuhan, na China, em janeiro de 2020. Esse novo vírus, que pertence à família Coronaviridae foi denominado SARS-CoV-2, e é o agente etiológico da COVID-19, doença respiratória que pode levar a síndrome respiratória aguda grave (SARS) (BRASIL, 2020a; CRUZ et al., 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 22 de janeiro de 2020, o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-Covid-19), para avaliar e conduzir a melhor estratégia para o país, e declarou em 3 de fevereiro tratar-se de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (BRASIL, 2020b). Em 25 de fevereiro, o primeiro caso foi registrado no Brasil em um homem natural de São Paulo, de 61 anos, que retornava de viagem da Itália. Com a disseminação acelerada da doença da COVID-19, depois de já ter atingido mais 100 países, foi em 11 de março que a OMS declarou tratar-se de uma pandemia (BRASIL, 2020a; AQUINO et al., 2020).

Essa alta velocidade de disseminação impactou a forma como a doença da COVID-19 se desenvolveu no Brasil, onde temos um cenário de desigualdade social significativa e situações de precariedade de habitação e saneamento, principalmente nas periferias onde políticas de prevenção não tem um alcance considerável, resultando na alta propagação da doença da COVID-19. Além disso, a inconsistente situação socioeconômica acarretou altas taxas de desemprego e empregos informais, tornando ainda mais vulnerável essa parte da população (WERNECK; CARVALHO, 2020; CRUZ et al., 2020).

No entanto, pôde-se observar mediante a necessidade de cobertura de saúde da população, o real *déficit* de Recursos Humanos em Saúde (RHS) que impactou todos os segmentos, desde a Atenção Primária em Saúde (APS), até as redes hospitalares, principalmente pela necessidade de leitos de terapia intensiva para os pacientes infectados pela COVID-19, que tem demonstrado na evolução da doença agravamento no estado de saúde dos infectados, por ser uma doença sistêmica, que compromete a capacidade pulmonar.

A disseminação do vírus foi e tem sido avassaladora, gerando um aumento significativo de usuários em busca por assistência especializada em saúde, refletindo na demanda por atendimentos nas unidades de saúde em todos os níveis, bem como no mercado de trabalho da saúde, elevando a demanda de mão de obra qualificada.

Cabe ressaltar que, antes de iniciar a pandemia, a saúde global já vivenciava uma crise relacionada aos RHS, pertinente à formação, alocação, fixação e escassez de determinadas categorias profissionais, como médicos, enfermeiras e parteiras, além da migração dos profissionais para atuação nos grandes centros urbanos, em busca de oportunidades diferenciadas, refletida ainda, pela dificuldade de manter estes profissionais atuando em regiões rurais, de difícil acesso ou de risco.

No entanto, frente ao que temos vivenciado com a pandemia, entendemos que o cenário apresentou mudanças em relação à demanda, podendo ter agravado a escassez e fixação destes profissionais, principalmente dos que possuem uma especialidade.

Essa modificação nos leva a questionar se desenhos baseados apenas em razão de profissionais por população, como por exemplo médico/habitante, seria uma abordagem adequada ao planejamento e gestão de recursos humanos nos serviços de saúde. Isto pode ser repensado diante do caos inesperado que estamos vivenciando, o que expôs o mercado de trabalho em saúde a verdadeira escassez na oferta de RHS para adequar as desigualdades epidemiológicas, sociais e necessidades frente ao impacto da pandemia.

Sendo assim, variáveis como: estrutura da população, epidemiologia e carga de doença, capacidade tecnológica, distribuição da força de trabalho em saúde por ocupação e local de trabalho, influenciam e influenciaram diretamente na determinação do impacto do desempenho da força de trabalho (OMS, 2008), definindo dessa forma a busca por padrões de RHS em meio a pandemia, com prioridade de determinadas especialidades, demonstrando a real situação do mercado, o que torna relevante discutir o cenário brasileiro frente a pandemia da COVID-19.

Neste contexto, cabe ressaltar que, nosso governo vem demonstrando instabilidade desde o início da pandemia, com oscilação entre os ministérios e troca de ministros, negação da doença da COVID-19, bem como, desvalorização das medidas restritivas e de precaução; além de tentativas frustradas de construção de hospitais de campanha em tempo hábil para suprir a necessidade de cuidado em saúde, principalmente cuidados de terapia intensiva, gerando a necessidade de tecnologia em saúde e infraestrutura adequada, e contratações emergenciais de RHS; ao passo que o sistema de saúde busca a todo tempo estruturar estratégias de contenção de crise em todos os âmbitos de assistência.

Para Nunes, et al. (2020):

[...]a dinâmica relativa à COVID-19 no Brasil é diferente do resto do mundo: no país não ocorreram picos, mas uma convivência perene com a doença com altos patamares de transmissão e morte de forma constante durante vários meses. Esse padrão se explica, em parte, pela própria dinâmica política de enfrentamento à COVID-19: o Brasil é um país federativo, com autonomia dos entes subnacionais, mas cujo sistema de saúde é coordenado pelo Governo Federal. No entanto, devido ao negacionismo do Presidente, a ação de enfrentamento não tem sido coordenada nacionalmente e depende fortemente das respostas municipais (heterogêneas e desiguais, portanto).

A mudança na rotina das unidades de saúde gerou impacto tanto nas condutas já implementadas quanto no dia a dia dos usuários, pois o sistema de saúde se voltou ao combate do novo Coronavírus. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) precisaram se adequar à nova demanda, equipes precisaram ser treinadas e redimensionadas. Orientações para diminuir o contato foram massificadas entre a população nas mídias sociais, usuários foram orientados a manter o isolamento social, porém a demanda por atendimentos de saúde só aumentava. Com isso, foi necessário adotar e reforçar todas as medidas para evitar a transmissão da COVID-19 em unidades de saúde públicas ou privadas, conforme orientação do Ministério da Saúde, com redução de contato, reforço em higiene e etiqueta respiratória (BRASIL, 2021a, p. 39).

Unidades hospitalares se adaptaram e criaram centros para recepção e internação de pacientes com a COVID-19, foram necessárias medidas rigorosas de precaução, bem como definição de coortes com acesso restrito tanto para pacientes, quanto para a equipe assistencial.

Contratos de trabalho se apresentaram e se mantiveram instáveis durante a pandemia, o que gerou além de sobrecarga do sistema, insatisfação dos profissionais, atrasos de salários, sobrecarga e condições inadequadas de trabalho, bem como, números reduzidos da força de trabalho, rotatividade e até ausência de profissionais nas unidades de saúde pública, principalmente de especialidades médicas, o que levou a contratação de profissionais pouco qualificados e supervalorização dos contratos de trabalhos realizados pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Como relata Monteiro (2020, p. 6):

“Durante a epidemia de Covid-19 ficou muito claro que, mesmo em estados com ampla estrutura assistencial, a separação entre a gestão e operacionalização de serviços não apresenta bom desempenho. É ilustrativo o caso da OS criada em 2008, quando a Atenção Básica se ampliava no Rio de Janeiro - o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS). Durante a pandemia, o IABAS foi contratado para instalar sete hospitais de campanha e não entregou nenhum dentro do prazo pactuado. O único que entregou apresenta precariedades de instalação noticiadas pela imprensa. Do ponto de vista da força de trabalho, esse tipo de organização tem se especializado em contratar da forma mais precária possível, tomando por base as novas regras da Reforma Trabalhista de 2017. Os profissionais são contratados para atuar na linha de frente sem treinamento e EPI adequados, e não têm garantias em caso de infecção pelo vírus, pois são contratados como pessoas jurídicas, cooperativados ou até mesmo por meio de pagamento direto sem contrato”.

Em debate virtual promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), OPAS e Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS), foi ressaltado pelos debatedores que apesar das OSS serem uma ferramenta de gestão oportuna utilizada pelo governo em resposta a covid-19, o seu mal uso pode criar efeitos perversos e contrários à política e a forma de operação das OSS, que devem gerar valor público de saúde e não lucro empresarial (CONASS, 2020).

Esse momento de escassez de profissionais de saúde foi uma questão impactante para o sistema de saúde, fato que demanda maior complexidade nas ações de mitigação, diferenciando-se da resolução dos *déficits* de insumos, pois aumentar a quantidade de médicos intensivistas e profissionais de enfermagem a curto prazo seria pouco maleável, principalmente quando nos deparamos com a diversidade de estados e regiões do país, sendo necessário a compreensão de cada realidade no enfrentamento da pandemia (FEHN et al., 2020).

Entretanto, surgiram problemas que desafiaram gestores, a necessidade de equipamentos de saúde, tecnologia e a demanda por RHS qualificados; tudo para dar conta da atual demanda e otimizar a atuação de profissionais na linha de frente, além de impor a uma remodelação das estratégias de gestão, de forma a conduzir o funcionamento dos serviços frente à crise gerada pela pandemia.

Estudos demonstram que a pandemia da COVID-19 aumentou muito a pressão sobre os profissionais de saúde, devido à falta de pessoal, falta de equipamento de proteção e aumento da carga de trabalho, ressaltaram que os profissionais se encontram assustados pelo

desconhecimento da doença e pelo risco de se infectar devido a exposição ao vírus, considerando ainda o cuidado prestado ineficaz (JAMEBOZORGI et al., 2021).

Condições de saúde comprometidas por doenças crônicas, comorbidades e idade avançada, pessoas de 60 anos ou mais, foram definidas como fatores de risco para desenvolver a forma grave da doença da COVID-19, na população de usuários do sistema de saúde e trabalhadores, dentre essas condições, estaria o câncer (pessoas imunocomprometidas, em tratamento), além da doença cerebrovascular, doença cardiovascular, imunossupressão, diabetes mellitus, obesidade, pessoas em diálise, entre outras (OPAS, 2020; BRASIL, 2021, p. 29-32). Pacientes portadores dessas doenças deveriam permanecer em isolamento social, e trabalhadores, mesmo que da área da saúde, em “*home office*”, evitando assim a exposição ao risco de contrair COVID-19.

Importante destacar que, relacionado a pessoas imunocomprometidas, estão incluídos os pacientes em tratamento contra o câncer sob as modalidades de quimioterapia, imunoterapia, radioterapia e pós-operatório imediato e mediato; pacientes em uso de corticosteroides, inibidores de TNF-alfa e outros medicamentos que causem imunossupressão, bem como, os que realizaram transplante de medula óssea (BRASIL, 2021, p. 32).

Com isso, os pacientes que necessitaram de tratamento para alguma doença incluída nas Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), tiveram seu segmento impactado pelo número de casos da COVID-19 e de mortes no Brasil. Na oncologia, consultas de primeira vez, tratamentos programados e cirurgias oncológicas foram canceladas ou adiadas, dando prioridade para ocupação dos leitos e uso da força de trabalho com casos infectados pela COVID-19, que evoluíram para gravidade. Com isso, se faz necessário aos oncologistas, redesenharem os cuidados oncológicos e principalmente as estratégias de atendimento, pois adiar tratamentos oncológicos, pode aumentar o risco de morbidade e mortalidade por câncer, talvez mais do que pela própria COVID-19 (ARAUJO et al., 2021, p. 2).

Tal fato, nos impõe uma reflexão a partir dos seguintes questionamentos: como gestores de enfermagem no cenário oncológico elaboraram suas estratégias de dimensionamento de recursos humanos frente a pandemia da COVID-19? Foi necessário a adoção de novas estratégias de dimensionamento para gestão de crise, por quê?

Entendemos que a demanda por RHS pode ter se agravado nas unidades especializadas em câncer, com aumento dos índices de absenteísmo, impondo aos gestores administrar os afastamentos dos trabalhadores por doenças crônicas, comorbidades, idade avançada (afastamento administrativo) e por infecção pela COVID-19, devido à exposição pelo

deslocamento, pela necessidade de estar na linha de frente e não poder cumprir o isolamento social, além do risco de contaminação em seus ambientes de trabalho.

De acordo com pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sobre condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil, foram destacados pontos importantes a partir das respostas de mais de 25 mil participantes, que ressaltamos, excesso de trabalho, ambientes extenuantes gerando sobrecargas para compensar o elevado absenteísmo, risco de confisco da cidadania do trabalhador, implicando em perdas dos direitos trabalhistas, terceirização, desemprego, perda de renda, salários baixos e gastos extras com compras de EPI (MACHADO, 2021)

Com isso, os governos devem desenvolver políticas de saúde adequadas para subsidiar financiamento e condições favoráveis aos gestores de saúde, para que possam identificar as necessidades dos profissionais durante a pandemia, respondendo com estratégias adequadas em tempo hábil, mesmo que a gestão de RHS demonstra-se em diferentes países como um grande obstáculo, principalmente quando comparadas com outros setores de atividade (JAMEBOZORGI et al., 2021).

Neste sentido, em 23 de dezembro de 2020, foi publicado em Diário Oficial da União a Portaria GM/ MS nº 3.712, de 22 de dezembro de 2020, que “Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde”, durante a pandemia, por meio da reorganização da rede de atenção e seus fluxos assistenciais, na Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada (BRASIL, 2021c, p. 98).

Sendo assim, cogitamos a relevância de uma investigação das estratégias adotadas por gestores de unidades especializadas em controle do câncer no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem frente à pandemia da COVID-19.

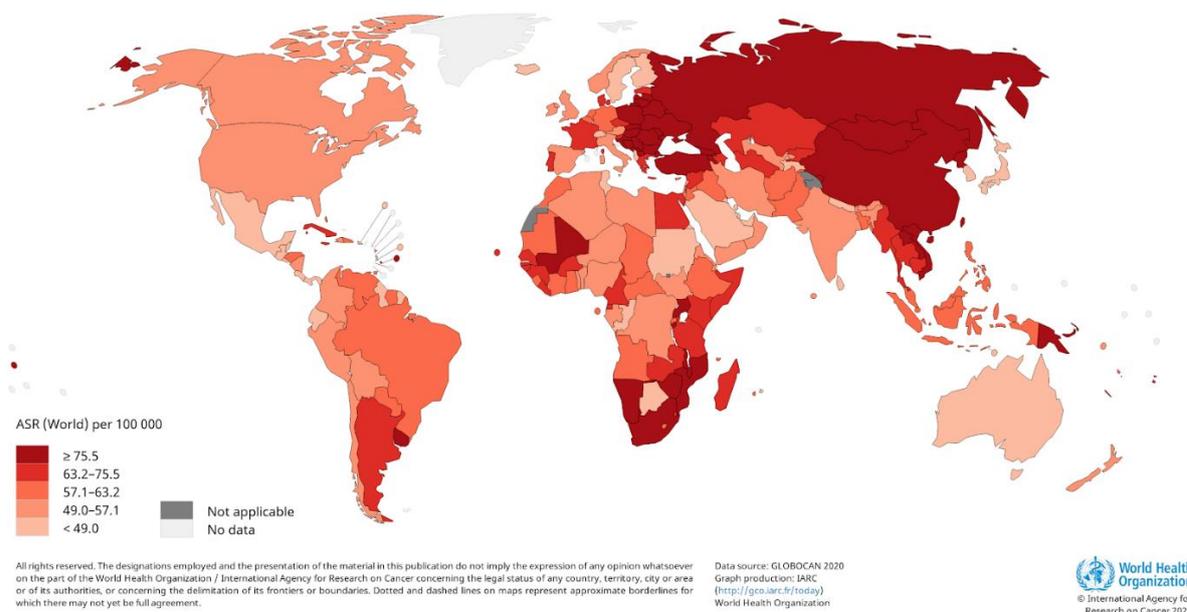
## 1 PANORAMA DO CÂNCER E A REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL

O câncer é um problema de saúde pública e foi considerado pelo INCA (2020), “como o principal problema de saúde pública no mundo”, ocupando uma das quatro principais causas de morte prematura, considerada antes dos 70 anos de idade. Sua incidência e mortalidade vem demonstrando um aumento devido ao crescimento populacional, aumento na expectativa de vida e desenvolvimento socioeconômico, o que interfere diretamente nos fatores de risco (BRASIL, 2019).

Porém, de acordo com a OMS, ao acessar os dados do Observatório Global de Câncer na Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), o Brasil ocupa o terceiro lugar como causa de morte por câncer em ambos os sexos, de 0 a 69 anos, com 58,7 casos novos por 100.000 habitantes. A Figura 1 demonstra um panorama da estimativa global da taxa de mortalidade por câncer em ambos os sexos por idade de 0 a 69 anos (OMS, 2021)

Figura 1 – Taxas de mortalidade mundial padronizadas por idade entre 0-69, 2020 para todos os tipos de câncer em ambos os sexos

Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2020, all cancers, both sexes, ages 0-69



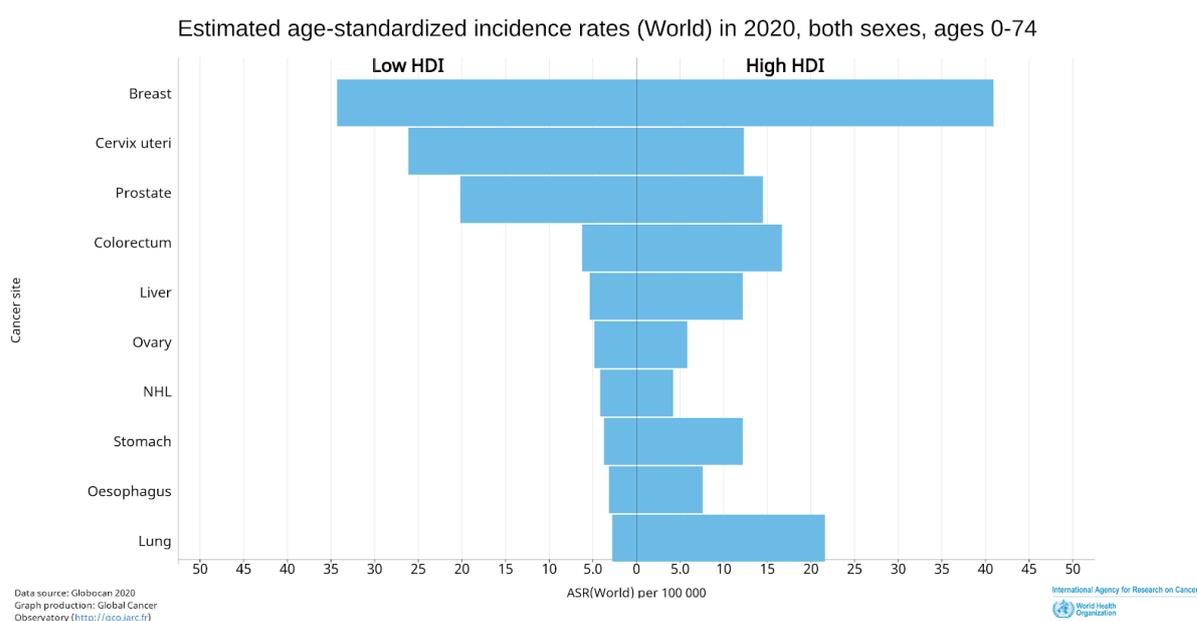
Fonte: OMS. IARC. Observatório Global de Câncer, 2021.

Todavia, as mudanças na prevalência e distribuição dos principais fatores de risco, bem como o envelhecimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico, são os fatores que influenciam na incidência e mortalidade por câncer. O câncer tem demonstrado maiores modificações nas economias emergentes, de tal modo que, cânceres relacionados à infecção e à pobreza dão lugar àqueles que já são altamente frequentes nos países mais desenvolvidos, reforçando a existência de uma diversidade geográfica marcante, com uma persistência de fatores de risco locais, principalmente para as populações em condição social e econômica diferenciada (BRAY et al., 2018).

O Brasil, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), caiu cinco posições no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), apesar de crescer de 0,762 para 0,765, caiu para a 84ª posição entre 189 países, se mantendo no índice de alto desenvolvimento humano, de acordo com os dados divulgados no final de 2020, referente aos índices do ano de 2019 (PNUD, 2021)

Cabe ressaltar, que o IDH se reflete nas taxas de incidência de câncer, sendo duas a três vezes maior nos países com maior índice, conforme demonstrado na Figura 2. Para o Brasil, de acordo com o INCA, para cada ano do triênio 2020-2022, a incidência aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma) (BRASIL, 2019).

Figura 2 – Estimativa mundial de câncer por IDH (alto e baixo), considerando ambos os sexos e idade de 0 a 74 anos



Fonte: OMS. IARC. Observatório Global de Câncer, 2021.

Segundo a incidência publicada pelo INCA, no Brasil os cânceres mais frequentes no triênio 2020-2022, serão:

Os tipos de câncer mais frequentes em homens, à exceção do câncer de pele não melanoma, serão próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). Nas mulheres, exceto o câncer de pele não melanoma, os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,5%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%) figurarão entre os principais. O câncer de pele não melanoma representará 27,1% de todos os casos de câncer em homens e 29,5% em mulheres.

É importante destacar que no Brasil, o INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde responsável pelo desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer. A vigilância de câncer, inserida no escopo de controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), gera informações baseadas nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Tais informações são relevantes, pois fundamentam as tomadas de decisão de gestores em todos os níveis de atenção à saúde, bem como a condução de pesquisas em câncer (BRASIL, 2019).

### **1.1 Rede de atenção oncológica**

Para enfrentar o desafio que se impõe no controle do câncer, é fundamental que o monitoramento da morbidade se incorpore na rotina da gestão em saúde, de modo a tornar-se instrumento essencial para o estabelecimento de ações de prevenção e combate aos fatores de risco, em consonância com as ações preconizadas pelo Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT e principalmente sob a égide da Lei Orgânica da Saúde.

Dentre as responsabilidades pactuadas nas esferas de gestão do SUS, de acordo com o artigo 23, inciso VIII, da Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, compete às Secretarias de Saúde dos Estados, garantir e acompanhar o processo de implantação e manutenção dos Registro Hospitalar de Câncer (RHC) dos serviços de saúde habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); pois serão para estes serviços que os usuários deverão ser encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento do câncer (BRASIL, 2013).

Os UNACON são hospitais que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, e devem oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém é exigido que a unidade tenha o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente; os CACON, da mesma forma, são direcionados ao tratamento de todos os tipos de câncer, com exceção dos cânceres raros e infantis. (BRASIL, 2013)

Quando estas unidades não oferecerem em sua estrutura atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, estes serviços deverão ser formalmente referenciados e contratualizados (BRASIL, 2013). Cabe ressaltar que os CACON e UNACON devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente, pautada nas diretrizes do SUS.

No ano seguinte da publicação da Portaria nº 874, foi publicada a Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, para reforçar as diretrizes de atenção ao câncer no sistema de saúde, que redefiniu os critérios de organização, ofertas de serviço e responsabilidades para a habilitação das instituições como CACON e UNACON no âmbito do SUS, visando garantir a segurança e a integralidade do cuidado à pessoa com câncer (BRASIL, 2014)

Segundo dados do INCA, existem no Brasil atualmente, 317 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer, tendo pelo menos um por estado (BRASIL, 2021b).

## 1.2 Atenção oncológica no estado do Rio de Janeiro

O Rio de Janeiro conta com 30 unidades, distribuídas em 12 dos seus 92 municípios, porém, com maior concentração no município do Rio de Janeiro, que apresenta 14 unidades de tratamento (BRASIL, 2021b).

As unidades do Rio de Janeiro são diversificadas, com ofertas de serviços de acordo com a sua habilitação, e se dividem da seguinte forma: 1 CACON, 1 CACON com Oncopediatria (INCA), 9 UNACON, 3 UNACON com Radioterapia, 2 UNACON com Radioterapia e Hematologia, 2 UNACON com Radioterapia e Oncopediatria, 2 UNACON com Hematologia, 1 UNACON com Radioterapia, Hematologia e Oncopediatria, 1 UNACON com Oncopediatria, 2 UNACON exclusivo de Oncopediatria, 1 UNACON exclusivo de

Hematologia, 3 serviços exclusivos de Radioterapia e 2 Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica (BRASIL, 2021b).

Sendo assim, para que o usuário morador do Estado do Rio de Janeiro tenha acesso a uma unidade de oncologia, é necessário que busque atendimento no sistema público de saúde, por meio da Rede de Atenção Básica, Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Clínicas da Família. Todavia, em determinados municípios este atendimento será através da Secretaria Municipal de Saúde. Nestas unidades o usuário deverá ser inserido no Sistema Estadual de Regulação (SER), destinado ao agendamento de uma avaliação inicial; já moradores de fora do estado, deverão ser regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), para o mesmo fim (BRASIL, 2021b).

Portanto, são os sistemas de regulação que gerenciam as vagas disponíveis nas unidades de tratamento e definem onde será feito o atendimento, de acordo com parâmetros como, proximidade com a moradia do paciente e complexidade do caso, baseado no pressuposto que pode existir mais de uma unidade capacitada para o tratamento no estado, tais como, unidades hospitalares federais e hospitais universitários integrantes do SUS, como é o observado na cidade do Rio de Janeiro (BRASIL, 2021b).

## 2 PANORAMA DOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE PRÉ-PANDEMIA

Antes de vivenciarmos a Pandemia da COVID-19, uma crise global relacionada aos RHS, associada à formação, alocação, fixação e escassez de profissionais, atingia a saúde em nível global, se agravando principalmente pela migração de profissionais para atuar nos grandes centros urbanos e em cidades com melhores oportunidades de trabalho, o que implicava num *déficit* na cobertura de saúde de populações que vivem à margem e em localizações rurais. Nesse sentido, Pierantoni, C. R. et al., 2008, ressaltam:

Estudos baseados em evidências apontam que a possibilidade de superação da dramática situação de saúde de uma parcela significativa da população está associada à disponibilidade de uma relação mínima de recursos humanos por número de habitantes. Estima-se que pelo menos 1,3 bilhão de pessoas estejam sem acesso aos cuidados médicos mais básicos, ou seja, abaixo do percentual recomendado pela Joint Learning Initiative (2004) de 2,5 trabalhadores de saúde por mil habitantes, limite mínimo necessário para atingir a cobertura de saúde adequada”.

Em 2008, dois anos após ser reconhecido no Relatório Mundial da Saúde que 57 países apresentavam uma crítica escassez de profissionais de saúde qualificados, foi identificada a necessidade de ações emergenciais para atender a crise relacionada aos RHS, onde no Primeiro Fórum Global de RHS foi elaborada a Declaração de Kampala, convocando países para uma força tarefa no intuito de resolver de forma efetiva a crise global da saúde, e dar suporte a este desafio (BROEK, GEDIK, DAL POZ, DIELEMAN; 2010).

Estudo publicado em 2018 comparou duas abordagens sobre RHS, uma realizada pela OMS e outra pelo Banco Mundial baseadas no mercado de trabalho, apresentando uma nova análise para estimar, quantificar e projetar o *déficit* global de trabalhadores de saúde, complementando as perspectivas do mercado de trabalho de RHS em 2013 e 2030.

Os resultados apresentados com base na análise das Metas do Desenvolvimento Sustentável, mostraram uma necessidade global estimada de mais de 44,7 milhões de trabalhadores de saúde em 2013, que deveria aumentar para aproximadamente 53 milhões até 2030, representando um aumento de 18%. Quando esses números foram analisados separadamente entre países de baixa e média renda, o contraste foi ainda maior, demonstrando uma escassez global de trabalhadores de saúde de 17,6 milhões em 2013, que deveria aumentar

para 22 milhões até 2030. Porém, o maior aumento foi observado nos países de baixa renda, projetado em 45% (OMS, 2016).

Em matéria publicada no *World Bank Blog*, autores reforçaram que a força de trabalho global de enfermagem já não se expandia o suficiente para cumprir as metas de cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030, enfatizando que a escassez global de enfermeiros, apesar de ter reduzido de 6,6 milhões em 2016 para 5,9 milhões em 2018, o número de enfermeiros treinados não consegue acompanhar o crescimento da população nos países de baixa e média renda, que apresenta um *déficit* de aproximadamente 90% (ARAÚJO; MEZA, 2020).

Sendo assim, poderíamos presumir que as metas globais e nacionais só seriam atingidas quando a força de trabalho em saúde estivesse adequada em número, distribuição, habilidades, motivação e desempenho, principalmente quando buscamos equacionar estas estratégias aos ODS e ao crescimento econômico, através da criação de oportunidades de emprego especializado no setor da saúde (NOVEL, COMETTO, CAMPBELL; 2017). Entretanto, mediante ao que estamos vivenciando com a Pandemia da COVID-19, ainda estamos muito longe de atingir estas metas.

No Brasil, o mercado de trabalho, desde 2016 passa por uma impactante crise na prestação dos serviços de saúde, refletidos pelo enfraquecimento da saúde pública e sucateamento das unidades hospitalares, principalmente na APS, aumentando assim a demanda por cuidados em saúde e agravamento das doenças.

Com a mudança de governo, foram criadas leis que favoreceram a expansão da prestação privada na saúde, como a Lei de Responsabilidade Fiscal (ao restringir gastos com os servidores públicos) e as Leis das Organizações Sociais (GARCIA; 2017).

Segundo Machado, Lima, Baptista; 2016:

Em 2016, a política de saúde mergulhou em uma fase de indefinições e instabilidade com o agravamento da crise política, que culminou com o afastamento temporário da Presidenta Dilma Rousseff em maio e a confirmação do seu impeachment pelo Senado Federal em agosto de 2016. Nesse contexto, destacou-se o lançamento de propostas que fragilizariam ainda mais a base financeira do SUS e fortaleceriam os mercados em saúde.

Contratos de trabalho se apresentam flutuantes e instáveis na saúde brasileira, o que tem gerado além de sobrecarga do sistema, números reduzidos da força de trabalho, rotatividade e até ausência de profissionais nas unidades de saúde pública, principalmente de especialidades médicas, o que leva a supervalorização dos contratos de trabalhos.

Com isso, observou-se um aumento progressivo de vínculos trabalhistas terceirizados no serviço público, através das OSS, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), empresas privadas, empresas públicas de direito privado, parcerias, dentre outras, com objetivo de substituir o funcionalismo público por vínculos terceirizados mais flexíveis com ajustes econômicos que beneficiam as empresas por meio da redução de custos, obtida através da exploração e da intensificação do trabalho (NAVARRO; LOURENÇO, 2017). Este fenômeno de terceirização do serviço público persiste até os dias atuais, em meio a Pandemia da COVID-19.

Todavia, não podemos deixar de ressaltar que o mercado de trabalho em saúde, é considerado o que mais movimenta a economia brasileira, segundo o IBGE (2019), os novos postos de trabalho no setor da saúde aumentaram para 2 milhões entre 2010 e 2017, passando de 5,2 milhões para 7,2 milhões, ou 7,1% do total de vagas no país em 2017. Este aumento não equivale necessariamente ao de pessoas empregadas, pois um mesmo profissional pode ter mais de uma ocupação, o que é muito frequente na área de saúde.

Inferindo em todas as oscilações vivenciadas ao longo de 30 anos do SUS, sistema de saúde brasileiro, é importante ressaltar que, de acordo com o “Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?” Para se ter uma condição que garanta a universalidade com integralidade, o SUS precisa ser munido de condições para atrair, alocar, qualificar e manter profissionais de saúde, impulsionando a atender as necessidades de saúde apresentadas pela população (BRASIL, 2020b).

Recursos humanos para o SUS é sem dúvida uma área que deve ser priorizada nas agendas de governo. Ficou claro que a sustentabilidade do sistema brasileiro e o alcance dos objetivos de saúde do país dependem do enfrentamento de lacunas e desequilíbrios no campo da formação profissional em saúde, alocação e gestão dos trabalhadores no sistema de saúde (BRASIL, 2020b).

No entanto, torna-se fato que RHS desempenham um papel fundamental na prestação de serviços à população, e dimensionar a força de trabalho em saúde não é meramente um processo técnico, pois envolve políticas de saúde e determinantes sociais, e principalmente um diagnóstico do cenário, onde distribuição e números devem ser analisados, bem como, o financiamento do sistema de saúde, buscando assim um equilíbrio que aborde as incompatibilidades entre a disponibilidade e a real necessidade, de acordo com os desafios apresentados (DREESCH, et al.; 2005).

Sendo assim, diante das mudanças que vivenciamos nos dias atuais no cenário da saúde, uma análise crítica das ações a serem implementadas com estratégias de mudanças deverá ser realizada, principalmente no que se refere ao dimensionamento da força de trabalho. Algumas estratégias poderão ser implementadas, como por exemplo, a utilização de ferramentas que meçam a carga de trabalho e auxiliem na determinação de quantitativos de RHS, otimizando assim o dimensionamento, ensejando suficiência no atendimento das necessidades dos usuários em busca da qualidade da prestação de serviços no sistema de saúde.

### 3 DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

Dimensionar pode ser definido como, a forma de identificar o quantitativo adequado de trabalhadores competentes (habilidade, vontade e conhecimento necessário para o desempenho da função almejada), a fim de proporcionar a produção pactuada, com a qualidade desejada, de forma sustentável e de acordo com os padrões de qualidade exigidos pela instituição (MENEZES, 2020).

Com isso, inferimos que, dimensionar vai além da realização de cálculos, levando o gestor a uma análise do contexto vivenciado e do perfil dos usuários a serem atendidos, bem como, da força de trabalho e da carga de trabalho relacionada a assistência à saúde.

Para a Força de Trabalho de Enfermagem, o dimensionamento representa um desafio para o gestor, alicerçando a busca da qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a racionalização acerca dos custos relacionados a assistência, em um processo sistemático, que ampara o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo da força de trabalho, em busca dos objetivos propostos (DELFIM, 2021, p.23).

Deste modo, o dimensionamento integra uma importante ferramenta de gestão, visto como um instrumento determinante na qualificação do planejamento da força de trabalho nas instituições de saúde, amparando as negociações de reorganização de trabalhadores, a fim de responder às diversas recomendações recebidas dos órgãos de fiscalização e controle (GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA, 2021, p.11).

Neste contexto, a utilização de sistemas de informações de RHS, pode proporcionar informações necessárias para a gestão, como por exemplo, localizar vazios assistenciais e, conseqüentemente, carências de profissionais, contribuindo para o dimensionamento seguro da força de trabalho, com o intuito de minimizar os efeitos deletérios do ponto de vista técnico e financeiro, adequando os custos com pessoal a uma nova realidade, de recursos financeiros mais escassos, e ao mesmo tempo melhorar o serviço prestado e/ ou programar novas modalidades de assistência (DAL BEN & GAIDZINSKI, 2007; DAL POZ et al. 2009).

Dimensionar adequadamente a força de trabalho influencia na satisfação do profissional em realizar sua atividade, assim como, o estimula a qualificação profissional, promovendo um atendimento de qualidade e apoiando o planejamento e desenvolvimento de ações de cuidado.

Assim, é preciso explorar formas de responder a estes desafios, de modo a proporcionar mecanismos eficientes para a gestão da força de trabalho, que garantam um dimensionamento adequada a produtividade necessária, com distribuição justa da carga de trabalho.

Para Almeida e Pinto, 2021, p.123:

Fortalecer a garantia de acessos e percursos seguros de cuidado aos indivíduos e coletividades pressupõe dimensionar a força de trabalho, em número, competências e habilidades, com base nos processos relacionais de negociações, pactuação de compromissos, de responsabilidade e de construção de projetos de cuidado cuja centralidade sejam as pessoas e suas necessidades.

Sendo assim, para agregar valor à pesquisa, foi produzido um artigo científico de revisão integrativa da literatura que teve como objetivo caracterizar os métodos de avaliação de carga de trabalho direcionados ao dimensionamento de recursos humanos em saúde, o que nos proporcionou compreender que existe uma diversidade de métodos de avaliação de carga de trabalho utilizados para o dimensionamento de recursos humanos em saúde, sem a definição de um padrão.

O artigo intitulado: Análise dos métodos de avaliação da carga de trabalho de recursos humanos em saúde: revisão integrativa da literatura, foi publicado na revista *Research, Society and Development*, ISSN 2525-3409, apresentado no Apêndice A.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Geral

Avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 no processo de trabalho e no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em uma unidade federal de referência para tratamento e controle do câncer.

### 4.2 Específicos

- Compreender os efeitos da pandemia da COVID-19 no controle do câncer em nível internacional, nacional e em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer.
- Analisar políticas de recursos humanos e dimensionamento da força de trabalho em oncologia e enfermagem.
- Descrever estratégias de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem adotadas por gestores durante a pandemia da COVID-19.
- Discutir estratégias adotadas por gestores em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem para enfrentamento da COVID-19.

Deste modo, a fim de compreender o fenômeno e traçar os caminhos metodológicos para desenvolvimento da pesquisa a partir dos objetivos específicos, estruturamos o Quadro 1 que demonstra de forma lógica a condução da pesquisa.

Quadro 1 – Caminhos metodológica para alcance dos objetivos específicos

Nº	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICAS DE PESQUISA	FONTE DE DADOS
1	Compreender os efeitos da pandemia da COVID-19 no controle do câncer em nível internacional, nacional e em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer.	Pesquisa Documental Revisão Narrativa da Literatura	Dados Primários e Secundários, Literatura Cinzenta, Publicações Científicas
2	Analisar políticas de recursos humanos e dimensionamento da força de trabalho em oncologia e enfermagem	Pesquisa Documental Revisão Narrativa da Literatura	Diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem, Políticas Públicas de Recursos Humanos, Publicações Científicas, Literatura Cinzenta
3	Descrever estratégias de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem adotadas por gestores durante a pandemia da COVID-19.	Revisão Integrativa da Literatura	PubMed, Embase, LILACS, Scopus, CINAHL
4	Discutir estratégias adotadas por gestores de enfermagem em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem para enfrentamento da COVID-19.	Observação Direta, Entrevistas, Questionário	Gestores de Enfermagem do INCA, Publicações Científicas

Fonte: O autor, 2021.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo serão descritos os procedimentos teórico-metodológicos que embasaram a pesquisa, com descrição das etapas a serem seguidas de forma a contemplar os objetivos definidos.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, retrospectivo transversal, a partir de um estudo de caso, com análise de uma Instituição Federal referência na prevenção, controle e tratamento do câncer, localizada no município do Rio de Janeiro, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

A pesquisa descritiva, procura descrever fenômenos, classificando-os e interpretando-os, porém, exige planejamento cuidadoso em relação às técnicas de coleta e análise de dados, sob recomendação da utilização de informações obtidas por meio de estudos exploratórios, pois são pesquisas que, proporcionam maior familiaridade com o problema, desvendam a relação entre as variáveis, além de fundamentar as hipóteses do objeto do estudo (LIMA, ANTUNES, NETO, PALEIAS, 2012, p.130).

Os estudos retrospectivos referem-se a uma ocorrência do passado que prossegue acontecendo, embasada pela fidedignidade dos fatos em relação à exposição do fator e/ou à sua intensidade; nos estudos transversais a exposição a causa estará presente no efeito, no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado, descrevem um fenômeno que pode ser representado por uma doença em uma população, apresentando-se por meio de uma amostragem, com presença ou ausência da exposição e do efeito (HOCHMAN et al., 2005).

O estudo de caso é utilizado para contribuir com a compreensão dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados, onde o foco do estudo é contemporâneo, permitindo ao pesquisador imergir em um caso, preservando uma compreensão holística e do mundo real. Poderão ser analisados o comportamento de pequenos grupos, processos organizacionais e administrativos, bem como, o sazonalidade de uma empresa, no qual o fenômeno e o contexto podem não se diferenciar nas situações de mundo real (YIN, 2015, p.4,17).

Portanto, o estudo de caso apresentado é do tipo caso único integrado, que se justifica por ser um caso em uma circunstância extrema e peculiar, e ter sua ocorrência em um momento distinto no tempo, o que o torna um caso longitudinal, justificável pela perspectiva de ser uma investigação que retrata a ocorrência de um fenômeno em meio a uma pandemia, devendo ser

comparado com as ações realizadas no período que a antecedeu, podendo contribuir para a formação de um conhecimento e de uma teoria (YIN, 2015, p. 54, 56).

Sendo assim, a unidade de análise o “caso”, foi o “INCA”, e as subunidades caso ou unidades integradas de análise, os Hospitais de Câncer 1, 2 e 3, tendo como foco serviços que atendam os três tipos de cânceres mais incidentes em adultos no Brasil, sendo em homens: próstata, cólon e reto, traqueia, brônquio e pulmão; e em mulheres: mama feminina, cólon e reto e colo do útero (INCA, 2019).

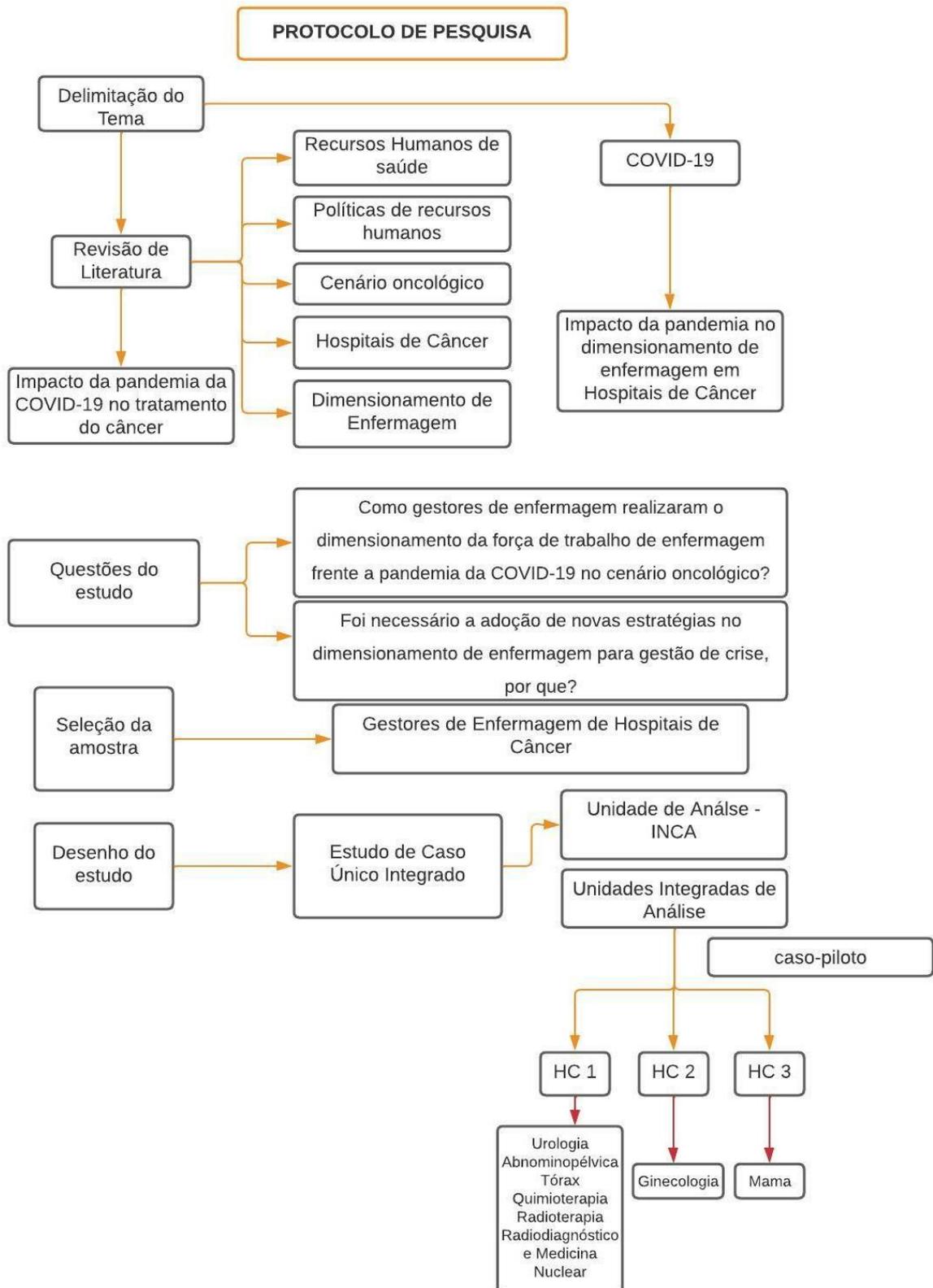
Cabe ressaltar que, após realizar a revisão de literatura, foram inseridos no estudo três serviços do Hospital de Câncer 1, o serviço de quimioterapia, de radiodiagnóstico e radioterapia, por se apresentarem nos estudos como uma preocupação por parte da comunidade oncológica, principalmente na manutenção destes em meio a pandemia, devido sua importância no tratamento do câncer.

Uma avaliação de estudo de caso deve contar com múltiplas fontes de evidência, para dar conta da complexidade do caso, podendo incluir: entrevistas, documentos, observações de campo, registros de arquivos, artefatos físicos e observação participante, devendo triangular a evidência dessa diversidade de dados para assegurar as descobertas, não se limitando a um só método, sendo capaz de incluir dados quantitativos e qualitativos, conseguindo assumir uma orientação realista e interpretativista (YIN, 2015, p. 226).

Desta forma, foi elaborado um protocolo de pesquisa para orientar a condução do estudo de caso, conforme demonstrado nas Figuras 8 e 9; para Yin (2015, p.75) “O protocolo é um meio especialmente eficaz de tratar o problema geral do aumento de confiabilidade dos estudos”.

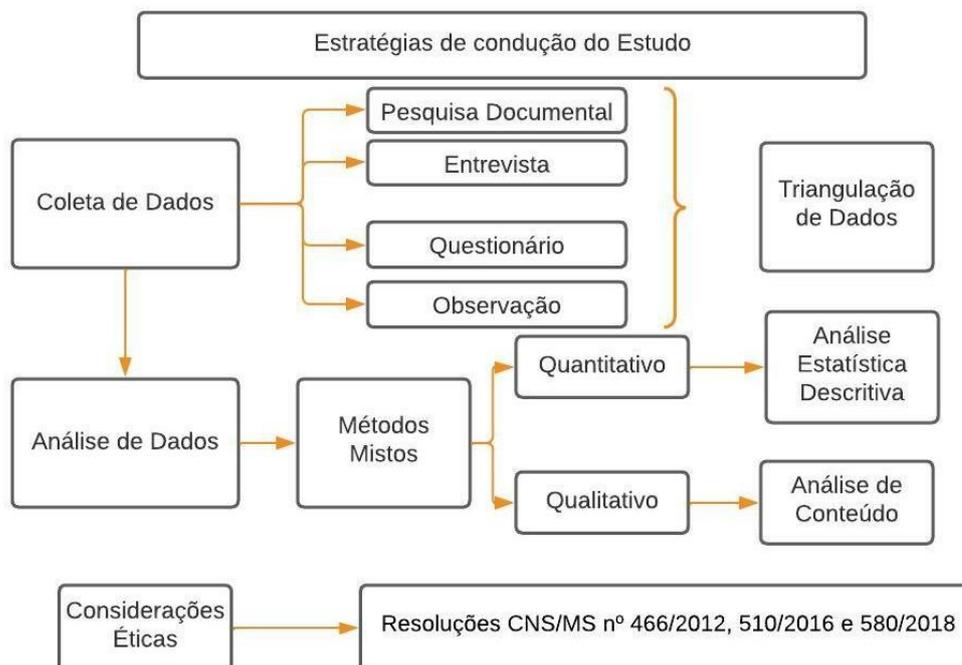
A primeira etapa da pesquisa demonstrada no protocolo, se iniciou com a delimitação do tema e uma vasta revisão de literatura, com abordagem das temáticas relevantes ao contexto da força de trabalho de enfermagem em oncologia e pandemia da COVID-19, tais como: recursos humanos de saúde, políticas de recursos humanos, cenário oncológico, dimensionamento de enfermagem e hospitais de câncer.

Figura 3 – Protocolo de Pesquisa - 1ª Parte



Fonte: O autor, 2021.

Figura 4 – Protocolo de Pesquisa - 2ª Parte



Fonte: O autor, 2021.

Segundo Martins (2008, p.10):

“O protocolo se constitui em conjunto de códigos, menções e procedimentos suficientes para se replicar o estudo, ou aplicá-lo em outro caso que mantém características semelhantes ao estudo de caso original. O protocolo oferece condição prática para se testar a confiabilidade dos estudos, isto é, obterem-se resultados assemelhados em aplicações sucessivas a um mesmo caso”.

A pesquisa foi direcionada com emprego de métodos mistos, que associa as abordagens quantitativa e qualitativa, atribuindo maior força ao estudo pela sua associação, devendo o pesquisador em seu planejamento, refletir as concepções filosóficas que suscitarão o estudo, as estratégias de investigação e os procedimentos de pesquisa que transformarão a abordagem em prática (CRESWELL, 2010, p.27).

Dentre as concepções filosóficas do projeto, entendemos que a presente pesquisa foi construtivista e pragmática, pois analisou o contexto e o cenário dos participantes, centrada no problema e orientada para a prática no mundo real, podendo ainda, interpretar os achados pelas próprias experiências e origens do pesquisador (CRESWELL, 2010, p.27-32).

Como forma de atribuir qualidade ao estudo de caso, optamos por realizar dois casos-piloto que foram conduzidos no Hospital de Câncer 1, com os gestores da Área de Pediatria e do Centro de Terapia Intensiva Adulto. Segundo Yin (2015, p.102) “Metodologicamente o trabalho sobre os casos-piloto pode proporcionar informações sobre as questões de campo relevantes e a logística de investigação de campo”.

## 5.1 Cenário de pesquisa

O cenário de pesquisa/ unidade de análise, foi o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão do Ministério da Saúde, que assume um papel importante nas ações de prevenção e combate ao câncer, baseado na Portaria do Ministério da Saúde nº 874, de 16 de maio de 2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o INCA, (2021), “o Instituto coordena vários programas nacionais para o controle do câncer e está equipado com o mais moderno parque público de diagnóstico por imagem da América Latina”, se divide em 5 hospitais para tratamento do câncer, atendendo adultos e crianças com diversos tipos de câncer, incluindo uma unidade de Cuidados Paliativos e um Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO), compondo a rede de alta complexidade do SUS.

A escolha da instituição se deu por ser referência nacional no controle do câncer, e por assumir um relevante papel na saúde pública brasileira, delimitando dessa forma, a partir da incidência de câncer publicada por este órgão em 2020, para 2020 - 2022, os Hospitais de Câncer (HC) 1, 2 e 3 e suas respectivas Divisões de Enfermagem e serviços ou setores de assistência especializada como unidades integradas de análise.

Sendo assim, para delimitar as áreas de investigação, foram elencados os setores de internação para tratamento oncológico, no HC 1: Área de Abdominopélvica, Área de Urologia e Cirurgia Plástica e Área de Tórax e Neurocirurgia e no HC 2 e HC 3: setores de internação hospitalar. Cabe ressaltar que, o HC 3 trata câncer de mama tanto em mulheres quanto em homens, apesar desse tipo de câncer na clientela masculina apresentar baixa incidência. Sendo

assim, em nosso estudo, as áreas de pesquisa foram relacionadas à incidência de câncer no Brasil, o que nos levou a caracterizar esta unidade como “mama feminina”.

## 5.2 Participantes do estudo

O estudo contou com a participação dos gestores dos casos-piloto, gestores das unidades integradas de análise e das Divisões de Enfermagem dos HC 1, 2 e 3.

Ainda que a estimativa de câncer demonstre os sítios de prevalência em homens e mulheres, o que nos direcionou as áreas de investigação após a qualificação do estudo, em revisão de literatura realizada para descrevermos os impactos da pandemia no cenário oncológico, foi a observação quantitativa relevante de estudos relacionados a ações realizadas em áreas de quimioterapia, radioterapia e radiodiagnóstico, o que nos levou a inserir como participantes da pesquisa, gestores destas áreas que atuam no HC 1, compondo assim, junto aos gestores dos casos-piloto e das unidades integradas de análise, uma amostragem não probabilística intencional.

O número de participantes da pesquisa foi correspondente ao número de gestores das unidades integradas de análise que se propuseram a participar da entrevista e responder ao questionário, entendendo que a participação foi facultativa, e a escolha intencional.

Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, tiveram a garantia do anonimato, o caráter voluntário da participação, e a partir do aceite, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado para informar e solicitar autorização para uso dos dados obtidos através da pesquisa (Apêndice B).

## 5.3 Instrumento de pesquisa

Para a coleta de dados, foram elaborados dois instrumentos de pesquisa que compreendem a utilização de dois questionários semiestruturados, um direcionado aos gestores das Divisões de Enfermagem dos Hospitais de Câncer 1, 2 e 3 (Apêndice C), e outro direcionado aos gestores das unidades, serviços ou setores de assistência especializada (Apêndice D).

Desenvolvidos na plataforma *online* do Google, *Google Forms*<sup>®</sup>, os questionários são compostos por questões fechadas, que foram baseadas na *Checklist para a gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à covid-19, publicado pela OPAS* (OPAS, 2020), além de uma seção destinada a identificação dos dados sociodemográficos dos gestores.

Os instrumentos buscaram se aproximar da realidade oncológica em âmbito nacional e refletir as características da instituição onde foram coletados os dados, porém, cabe ressaltar que, a *Checklist* da OPAS não foi utilizada na íntegra, pois conforme recomenda o documento da OPAS, 2020, “nem todos os itens serão aplicáveis a todos os países, contextos, níveis ou funções”, sendo assim, os itens utilizados foram adaptados, direcionando a elaboração dos questionários.

Um questionário pode ser definido como uma técnica que possui a intenção de investigar uma ocorrência ou situação, através de questões que buscam obter informações e gerar dados que atendam aos objetivos de uma pesquisa (MELO; BIANCHI, 2015).

A escolha da *Checklist* da OPAS para embasar a coleta de dados se deu pela busca desta organização em orientar gestores na tomada de decisão, pois ressalta ao introduzir o documento, que tanto países quanto instituições de saúde devem ser capazes de responder com recursos humanos em quantidade suficiente e capacitados a atender às necessidades da população frente a pandemia, de forma eficiente e efetiva, destacando que será desafiador a garantia da disponibilidade de trabalhadores da saúde em áreas de alta demanda (OPAS, 2020).

Portanto, julgamos relevante nos basearmos na *Checklist*, para entendermos se as recomendações da OPAS atreladas aos nossos questionamentos foram ou não seguidas, mesmo que empiricamente, para embasar a tomada de decisão de gestores de enfermagem.

Ainda compondo a coleta de dados, foram elaboradas questões abertas para descrição das estratégias de dimensionamento, bem como definição do perfil da equipe e das unidades integradas de análise.

## 5.4 Coleta de dados

Os procedimentos que foram aplicados para coleta de dados serão abordados a seguir, porém, para compor o estudo de caso e demonstrar de forma organizada como um caso único pode envolver unidades de análise em mais de um nível, a partir da organização dos tipos de dados a serem coletados e analisados, foi elaborado um fluxograma que apresenta em etapas as unidades e os dados que foram utilizados na pesquisa, conforme demonstrado na Figura 10.

A coleta de dados foi realizada por meio pesquisa documental, dados secundários e entrevista semiestruturada, com gravação das respostas para as perguntas abertas e preenchimento do questionário pelo entrevistador.

Inicialmente foram abordados os gestores dos casos-piloto, e após a coleta de dados, não foi sugerido por parte destes gestores alteração no conteúdo do questionário, o que possibilitou iniciar a coleta de dados com os participantes do estudo, utilizando o questionário no formato apresentado no projeto de pesquisa. Desse modo, devido ao valor agregado aos dados com as respostas dos participantes dos casos-piloto, optamos por inseri-los na análise de dados.

As entrevistas foram realizadas tanto pessoalmente quanto remotamente através de videoconferência, respeitando as medidas de segurança para prevenção da COVID-19. Todavia, foi efetuado previamente um convite ao gestor tanto dos casos-piloto quanto dos casos “reais”, para participar da pesquisa, explicando os objetivos e as estratégias de coleta de dados, possibilitando ao gestor definir sua participação (presencial ou remota) e mediante o aceite, foi enviado uma carta convite através de *e-mail*.

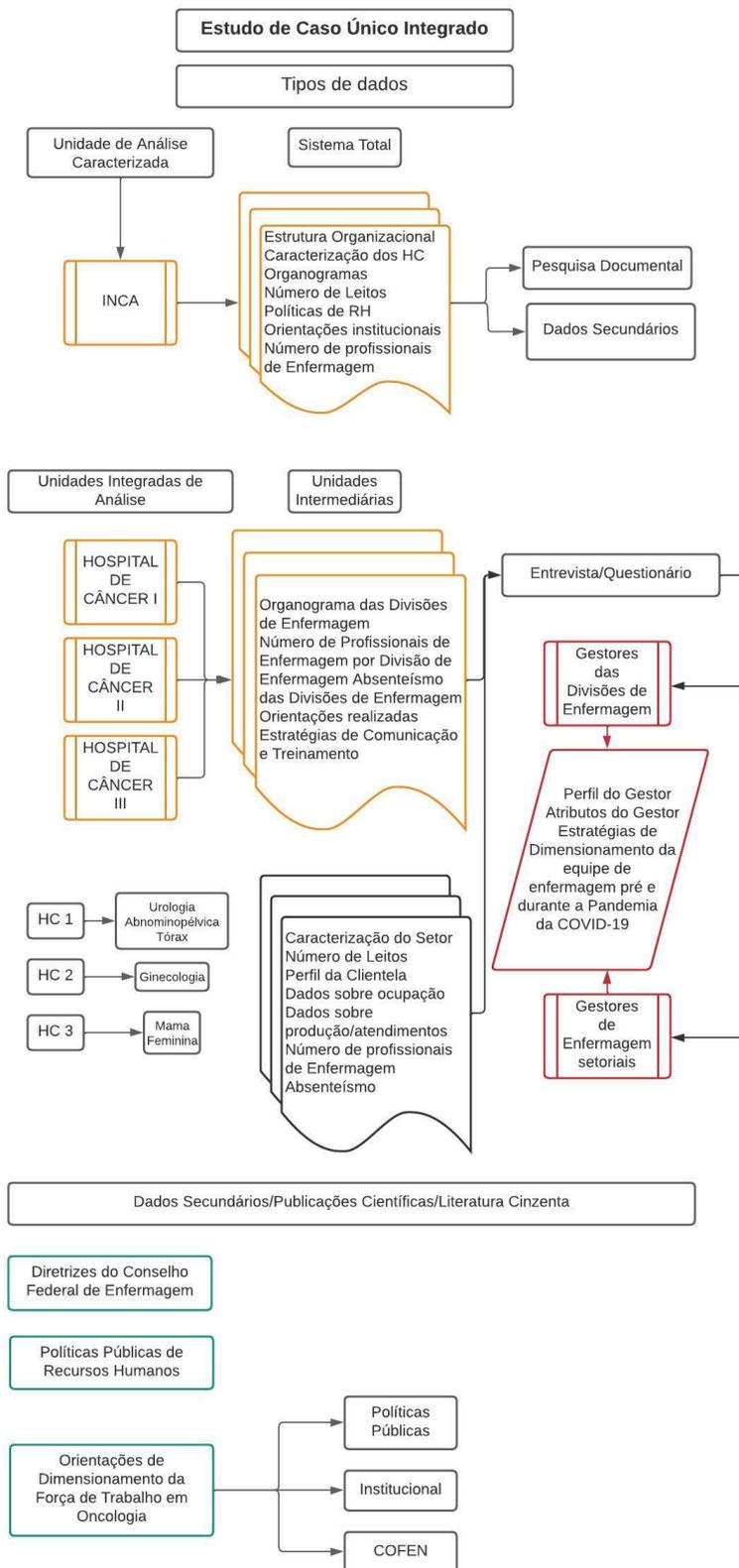
Para os participantes do estudo que optaram por entrevista remota, a mesma foi realizada através do *software* de teleconferência de vídeo *Google Meet*<sup>®</sup>, neste caso, o TCLE foi enviado para o *e-mail* do participante no formato *PDF* com solicitação de assinatura e devolução, digitalizado para o *e-mail* do pesquisador. Após receber o documento, o pesquisador assinou o TCLE e fez a devolutiva para o *e-mail* do participante, previamente na data agendada para a entrevista.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do gestor e seguiram o roteiro de entrevista semiestruturada, um direcionado aos gestores das Divisões de Enfermagem dos Hospitais de Câncer 1, 2 e 3, contendo: 9 questões para avaliação sociodemográfica, 29 questões fechadas e 13 questões abertas (Apêndice C); outro direcionado aos gestores da áreas/ unidades/ serviços/ setores de assistência especializada, contendo: 8

questões para avaliação sociodemográfica, 17 questões fechadas e 15 questões abertas (Apêndice D), conduzidas em ambiente previamente agendado, mantendo a privacidade e o sigilo, seguindo 05 fases, conforme descrito abaixo:

1. Apresentação do Entrevistador/ Pesquisador: a primeira fase refere-se à apresentação do entrevistador/pesquisador, do tema da pesquisa, dos objetivos e descrição das regras necessárias para a condução da pesquisa.
2. Solicitação de Autorização: na segunda fase o entrevistador/pesquisador aplica o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicita autorização ao entrevistado para que a entrevista seja gravada. Caso não seja autorizada a gravação, o entrevistador/pesquisador fará anotações dos dados.
3. Preenchimento do Questionário: na terceira fase o entrevistador/pesquisador aplica o questionário com preenchimento na plataforma eletrônica.
4. Caracterização da unidade e estratégias de dimensionamento: a quarta fase contempla as questões abertas, onde o objetivo do pesquisador foi identificar as estratégias adotadas pelos gestores no dimensionamento da força de trabalho para enfrentamento da COVID-19. Nesta fase, o gestor além de responder as perguntas, teve um momento de fala para relatar alguma informação pertinente que não tenha sido abordada, permitindo que se sinta à vontade para abordar questões pertinentes ao tema de estudo.
5. Agradecimentos e Conclusão: a entrevista termina na quinta e última fase com agradecimentos e conclusão.

Figura 5 – Estudo de Caso Único: Tipos de Dado



Fonte: O autor, 2021.

6. Preenchimento do Questionário: na terceira fase o entrevistador/pesquisador aplica o questionário com preenchimento na plataforma eletrônica.
7. Caracterização da unidade e estratégias de dimensionamento: a quarta fase contempla as questões abertas, onde o objetivo do pesquisador foi identificar as estratégias adotadas pelos gestores no dimensionamento da força de trabalho para enfrentamento da COVID-19. Nesta fase, o gestor além de responder as perguntas, teve um momento de fala para relatar alguma informação pertinente que não tenha sido abordada, permitindo que se sinta à vontade para abordar questões pertinentes ao tema de estudo.
8. Agradecimentos e Conclusão: a entrevista termina na quinta e última fase com agradecimentos e conclusão.

OBS: O entrevistador/ pesquisador manteve acessível durante a pesquisa, um guia de orientação e consulta para as perguntas do questionário que foi baseado na *Checklist* da OPAS, de modo a esclarecer possíveis dúvidas de compreensão acerca das questões. Esta orientação foi estruturada com base na “explicação detalhada” disponibilizada pela *Checklist* para a gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à covid-19, publicado pela OPAS (OPAS BRASIL, 2020).

## 5.5 Análise de dados

Os dados foram analisados de acordo com as etapas do questionário aplicado nas entrevistas com os gestores, para as perguntas fechadas, a análise se deu através de análise estatística descritiva, com frequência simples e relativa, considerando os dados quantitativos, a partir das variáveis como: gênero, idade, tempo de formação, qualificação, vínculo empregatício, tempo de atuação na instituição, tempo de atuação no cargo de gestão, mapeamento das necessidades da força de trabalho de enfermagem, treinamento da força de trabalho de enfermagem; e a partir das perguntas abertas, emergiram: as categorias e as unidades de registro, as unidades de análise apoiadas pelas unidades de contexto.

Os dados das perguntas fechadas, foram descritos no capítulo 6.0 e apresentados através de gráficos gerados pelo aplicativo *Google Forms*<sup>®</sup>, bem como através de quadros elaborados pelo autor.

Todavia, para as perguntas abertas, foi utilizado o software de análise de dados MAXQDA<sup>®</sup> versão 2022, empregado para apoiar análise de pesquisas qualitativas, quantitativas e métodos mistos, após a transcrição das gravações realizada pelo autor.

Este software, faz parte de um grupo de software conhecido pelo termo em inglês, CQDAS - *Computer Assisted Qualitative Data Analyses*, que funciona como um facilitador das abordagens de pesquisa, sem proporcionar interpretações automáticas, cabendo a análise ao pesquisador.

As ferramentas CQDAS podem ajudar o pesquisador a codificar e categorizar grande quantidade de dados de entrevistas abertas ou material escrito, podendo servir como um auxiliar capacitado da pesquisa, por ser uma ferramenta confiável (YIN, 2015, p.138).

Deste modo, a análise dos dados compilados a partir das perguntas abertas das entrevistas realizadas com os gestores, para os dados qualitativos, se baseou no modelo teórico de análise de conteúdo de Laurence Bardin, seguindo o domínio linguístico oral de um grupo restrito de pessoas. A análise de conteúdo, obriga o autor a observar um intervalo de tempo entre o estímulo-mensagem e a reação interpretativa (BARDIN, 2016, p.16).

Para Mozzato; Grzybovski (2011, p.734), “percebe-se que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados.”

A análise de conteúdo, perpassa um conjunto de técnicas, podendo avaliar informações acerca do comportamento humano e permitindo através de uma aplicação diversificada, verificar e confirmar hipóteses e/ou questões e desvendar o que está por trás dos conteúdos manifestos, tais atribuições podem ser complementares, com aplicação tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas, onde podemos optar por vários tipos de unidades de registro para analisar o conteúdo e definir unidades de contexto (MINAYO et al., 2001, p. 74,75).

Para Bardin (2016, p.50 e 41),

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. ...pode ser uma análise dos significados (exemplo: análise temática), embora possa ser também análise dos “significantes” (análise lexical, análise dos procedimentos).”

Sendo assim, a análise de conteúdo se deu a partir da análise temática e lexical, por entendermos que um materializa o outro, apoiado na frequência de palavras, proporcionando a determinação de categorias e unidades de codificação/registo, onde os elementos do *corpus* possibilitaram identificar nas falas dos gestores as sentenças, constituindo assim, agrupamentos de elementos de significados mais próximos, possibilitando a formação de unidades de análise e unidades de contexto.

Cabe ressaltar que, apesar de raramente aplicáveis, algumas regras postas por Berelson há cerca de 20 anos e citada por Bardin (2016, p.42), foram cumpridas na análise das entrevistas, de forma a agregar validade ao conteúdo, são elas: “exclusivas”, onde, um mesmo elemento do conteúdo não foi classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes; “adequadas ou pertinentes”, ou seja, as unidades de análise estão adaptadas ao conteúdo ou objeto de estudo e “exaustivas”, nos quais procuramos esgotar os textos das transcrições das entrevistas em sua totalidade.

Porém Bardin, (2016, p.126), reforça que,

Com o universo demarcado (o gênero de documentos sob os quais se pode efetuar a análise), é muitas vezes necessário se proceder à *constituição de um corpus*. O *corpus* é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. A sua constituição implica muitas vezes, escolhas, seleções e regras.

Deste modo, utilizamos ainda, a regra da homogeneidade, onde buscamos documentos homogêneos, respeitando critérios de elegibilidade, além de seguir a mesma técnica nas entrevistas, que foram realizadas somente pelo pesquisador (BARDIN, 2016, p.128).

Posto isto, o *software* MAXQDA® versão 2022, dentre as inúmeras funções disponibilizadas, possibilitou determinar a frequência de palavras nas respostas dos gestores, fornecendo em forma de tabela, substantivos, verbos, adjetivos, artigos, preposições, oportunizando por inferência a seleção das palavras plenas, que remeteram ao objeto de pesquisa, bem como, as que acrescentaram valor ao conteúdo analisado, determinando assim as categorias de análise, os elementos codificados/unidades de registo e as unidades de contexto.

Para isso, foram elencados códigos e subcódigos, o que viabilizou a identificação das unidades de contexto, sendo destacadas por cores no *software* MAXQDA® versão 2022, proporcionando gerar, imagens, documentos em *Word*®, *PDF* e tabelas no *Excel*®, oportunizando assim, melhor organização dos dados.

A codificação nada mais é que, o tratamento do material, transformando a partir de regras precisas, o material bruto em uma representação do conteúdo ou da sua expressão, determinando a partir de escolhas, o recorte ou escolha das unidades, a enumeração ou escolha das regras de contagem e a classificação e agregação, que é a escolha das categorias, isso em uma análise quantitativa e categorial (BARDIN, 2016, p. 133).

Para Bardin (2016, p.42-43),

Este tipo de análise, o mais generalizado e transmitido, foi cronologicamente o primeiro, podendo ser denominado *análise categorial*. Este pretende tomar em consideração a totalidade de um “texto”, passando pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido. Isso pode constituir um primeiro passo, obedecendo ao princípio de objetividade e racionalizando por meio de números e percentagem uma interpretação que, sem ela, teria de ser sujeita a aval. É o método das categorias [...]

A categorização, se dá a partir da classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, reunindo um grupo de componentes que podem ser unidades de registro, aglomerados por características comuns, sob um título genérico, porém, seguindo um critério, seja ele: semântico, sintático, léxico e expressivo (BARDIN, 2016, p.147).

Sendo assim, para apoiar a análise de dados, foram utilizados além de artigos científicos, documentos públicos, informações de órgãos públicos reguladores de políticas de recursos humanos e órgãos de classe trabalhista, orientações e protocolos publicados na *Intranet* do INCA que nortearam as ações dos RHS desta instituição.

## 5.6 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido aos comitês de ética e pesquisa do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), instituição proponente, e do INCA instituição coparticipante, através da Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)/ Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), com vistas a cumprir todos os requisitos éticos determinados nas resoluções CNS/ MS nº 466/ 2012, 510/ 2016 e 580/

2018, bem como, no ofício circular nº 2/ 2021/ CONEP/ SECNS/ MS, que determina as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

O projeto de pesquisa foi aprovado em 02 de setembro de 2021 e o parecer encontra-se no Anexo A. CAAE: 50837021.6.0000.5260, parecer número: 4.950.039.

Seleção de artigos utilizados na análise

### 5.7 Seleção de artigos utilizados na análise

Os artigos científicos utilizados na análise de dados, foram obtidos através de busca nas bases de dados e interfaces, a partir dos termos padronizados e seus sinônimos nos idiomas português, espanhol e inglês nos vocabulários controlados – Descritores em Ciências da Saúde (DECS), *Medical Subject Headings* (MESH) e *Emtree* (*Embase subject headings*). Os termos identificados foram organizados com utilização dos operadores booleanos para relacionamento dos termos, *OR* para agrupamento/soma dos sinônimos e *AND* para interseção dos termos, para realização das estratégias de busca.

O quadro 2, apresentado abaixo, foi elaborado para melhor visualização das estratégias de busca. Para seleção dos achados, utilizamos o aplicativo gratuito *Rayyan*®, que nos proporcionou triagem inicial de resumos e títulos e posteriormente leitura e análise dos textos completos.

Quadro 2 – Estratégias de busca nas bases de dados e interfaces

ESTRATÉGIAS DE BUSCA (continua)		Nº
<b>PUBMED</b>	((Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2[Supplementary Concept] OR COVID-19[Supplementary Concept] OR Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2[tiab] OR Coronavirus Disease 2019[tiab] OR 2019 Novel Coronavirus[tiab] OR Wuhan Coronavirus[tiab] OR COVID-19[tiab] OR SARS-CoV-2[tiab] OR 2019-nCoV[tiab]) AND (Neoplasms[mh] OR Neoplas*[tiab] OR Cancer*[tiab] OR Tumor*[tiab] OR Tumour*[tiab] OR Carcinoma[mh] OR Carcinoma*[tiab] OR Malignan*[tiab] OR Medical Oncology[mh] OR Oncol*[tiab])) AND (Health Workforce[mh] OR Workforce[mh] OR Workforce[ti] OR Nursing Staff[mh] OR Nursing Staff, Hospital[mh] OR Personnel, Hospital[mh] OR Personnel[ti] OR worker*[ti] OR professional*[ti] OR staff[ti])	54
<b>EMBASE</b>	('health care personnel'/exp OR 'health care personnel':ti OR 'health care practitioner':ti OR 'health care professional':ti OR 'health care provider':ti OR 'health care worker':ti OR 'health personnel':ti OR 'health profession personnel':ti OR 'health worker':ti OR 'healthcare personnel':ti OR 'healthcare practitioner':ti OR 'healthcare professional':ti OR 'healthcare provider':ti OR 'healthcare worker':ti OR 'home health aides':ti OR 'personnel, health':ti OR 'public health officer':ti) AND ('coronavirus disease 2019'/exp OR '2019 novel coronavirus disease':ti,ab OR '2019 novel coronavirus infection':ti,ab OR '2019-ncov disease':ti,ab OR '2019-ncov infection':ti,ab OR 'covid':ti,ab OR 'covid 19':ti,ab OR 'covid 2019':ti,ab OR 'covid-19':ti,ab OR 'covid19':ti,ab OR 'sars coronavirus 2 infection':ti,ab OR 'sars-cov-2 disease':ti,ab OR 'sars-cov-2 infection':ti,ab OR 'sars-cov2 disease':ti,ab OR 'sars-cov2 infection':ti,ab OR 'sarscov2 disease':ti,ab OR 'sarscov2 infection':ti,ab OR 'wuhan coronavirus disease':ti,ab OR 'wuhan coronavirus infection':ti,ab OR 'coronavirus disease 2019':ti,ab OR 'ncov 2019 disease':ti,ab OR 'ncov 2019 infection':ti,ab OR 'novel coronavirus 2019 disease':ti,ab OR 'novel coronavirus 2019 infection':ti,ab OR 'novel coronavirus disease 2019':ti,ab OR 'novel coronavirus infection 2019':ti,ab) AND ('malignant neoplasm'/exp OR 'cancer':ti,ab OR 'cancers':ti,ab OR 'malignant neoplasia':ti,ab OR 'malignant neoplasm':ti,ab OR 'malignant neoplastic disease':ti,ab OR 'malignant tumor':ti,ab OR 'malignant tumour':ti,ab OR 'neoplasia, malignant':ti,ab OR 'tumor, malignant':ti,ab OR 'tumour, malignant':ti,ab) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ('article'/it OR 'review'/it) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND [2019-2021]/py	193

ESTRATÉGIAS DE BUSCA (conclusão)		Nº
<b>LILACS</b>	((("2019-2020" OR 2019 OR da:202*)) ("New Coronavirus" OR "Novel Coronavirus" OR "Nuevo Coronavirus" OR "Novo Coronavirus" OR "Coronavirus disease" OR "Enfermedad por Coronavirus" OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2")) OR ((2019-ncov) OR (ncov 2019) OR 2019ncov OR covid19 OR (covid-19) OR covid2019 OR (covid-2019) OR (covid 2019)) OR ((srag-cov-2 OR sars-cov-2 OR sars2 OR (sars 2) OR (sars cov 2) OR cov19 OR cov2019 OR Coronavirus* OR "Severe Acute Respiratory Infections" OR "Severe Acute Respiratory Infection" OR "Coronavirus 2" OR "acute respiratory disease" OR mh:Betacoronavirus OR mh:"Coronavirus infections" OR mh:"sars virus") AND (tw:2019 OR da:202*) AND NOT da:201*) OR (Wuhan market virus) OR (virus mercado Wuhan) OR "Wuhan Coronavirus" OR "Coronavirus de Wuhan") AND NOT (ti:dromedar*)) AND (mh:Neoplasms OR mh:Carcinoma OR mh:"Medical Oncology" OR tw:(Neoplas* OR Cancer* OR Tumor* OR Tumour* OR Carcinoma* OR Malignan* OR Oncol*)) AND ("recursos humanos" OR workforce OR mh:"Mão de Obra em Saúde" OR staff OR "pessoal de saúde")	13
<b>SCOPUS</b>	TITLE ( ( covid OR coronavirus ) AND ( cancer OR tumor* OR onco* OR neoplas* ) AND ( worker* OR workforce OR staff OR professional* ) ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Spanish" ) ) AND ( LIMIT-TO ( DOCTYPE , "ar" ) OR LIMIT-TO ( DOCTYPE , "re" ) )	21
<b>CINAHL</b>	(MH "COVID-19") AND (MH "Health Personnel") AND (MH "Neoplasms")	4

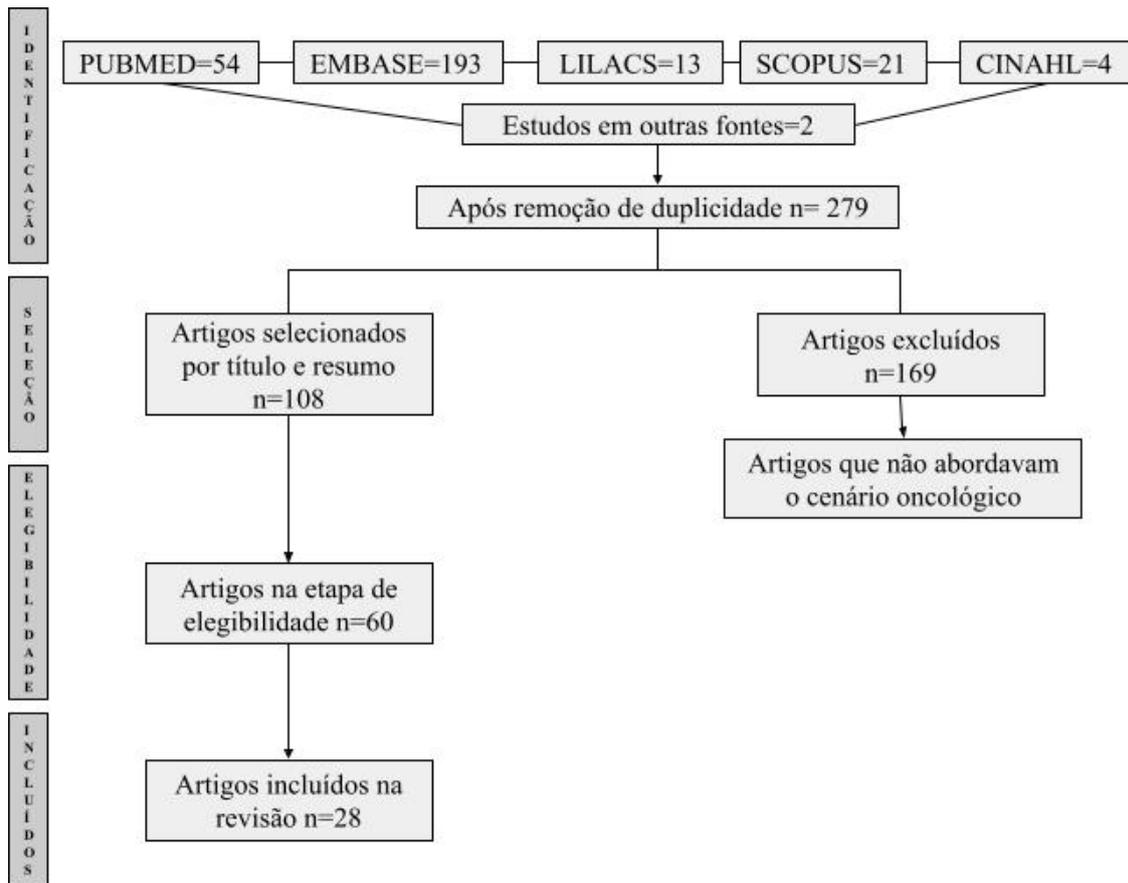
Fonte: O autor, 2021.

A seleção dos artigos foi realizada objetivando descrever os impactos da pandemia no cenário oncológico, de forma a apoiar a análise das respostas compiladas através das entrevistas com os gestores, sendo assim, utilizamos como base, as seguintes perguntas da pesquisa:

1. Como a pandemia da COVID-19 interferiu no cuidado oncológico?
2. Como a pandemia da COVID-19 interferiu na força de trabalho de saúde em oncologia?

Entendemos que para melhor elaboração desta revisão, passos metodológicos deveriam ser seguidos, sendo assim, realizamos o Prisma, para demonstração dos resultados.

Figura 6 – Fluxograma Prisma



Fonte: O autor, 2021.

A amostra foi composta por 28 artigos, que proporcionaram conteúdo para embasar a análise e discussão dos dados, sendo inseridos no capítulo 7.0.

## 6 RESULTADOS

Foram convidados para participação do estudo 17 gestores das Unidades Integradas de Análise, entre gestores de Divisões de Enfermagem (titulares e substitutos) e de área/serviço/unidade/setor de assistência especializada; dos 17 convidados, 14 participaram e 3 deram o aceite para participação da pesquisa, porém, um gestor estava de férias e os outros não disponibilizaram horário ou deram retorno às tentativas de agendamento do autor.

As entrevistas foram realizadas presencialmente com 10 gestores e remotamente com 04 gestores, conforme opção dos entrevistados, 13 autorizaram a gravação das entrevistas e 1 não autorizou. O gestor da Divisão de Enfermagem do HC1, optou por participar junto a gestora do Serviço Hospitalar, onde para as perguntas fechadas o questionário foi respondido individualmente e para as perguntas abertas em conjunto.

As entrevistas iniciaram com a aplicação do questionário referente às perguntas fechadas, com preenchimento no *Google Forms*<sup>®</sup>, entretanto, algumas entrevistas geraram comentários por parte dos entrevistados, agregando conteúdo e valor aos dados, identificado nas transcrições como diário de bordo do autor; posteriormente, foi realizada a aplicação das perguntas abertas.

No subcapítulo 6.1, apresentaremos os resultados das perguntas fechadas dos questionários, a partir de gráficos gerados pela ferramenta *Google Forms*<sup>®</sup> e quadros elaborados pelo autor. No subcapítulo 6.3, apresentaremos os resultados da análise de conteúdo, referente as respostas dos gestores as perguntas abertas, demonstrados através de gráficos, figura, tabela e quadros, gerados através do *software* MAXQDA<sup>®</sup> versão 2022, e elaborados pelo autor.

### 6.1 Respostas dos gestores das divisões de enfermagem e da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada ao *checklist* para a gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à Covid-19

Conforme descrito no subcapítulo 5.4, foi aplicado aos gestores um questionário desenvolvido na plataforma *online* do *Google*, *Google Forms*<sup>®</sup>, composto por questões fechadas, baseadas na *Checklist* para a gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à Covid-19, publicado pela OPAS (OPAS, 2020).

As seções apresentadas no questionário, foram descritas a seguir como subcapítulos, para melhor compreensão do instrumento.

#### 6.1.1 Identificação das Unidades Integradas de Análise

Na seção 1, buscamos identificar a unidade de trabalho dos gestores de acordo com o Hospital de Câncer, compondo assim as Unidades Integradas de Análise do Estudo de Caso.

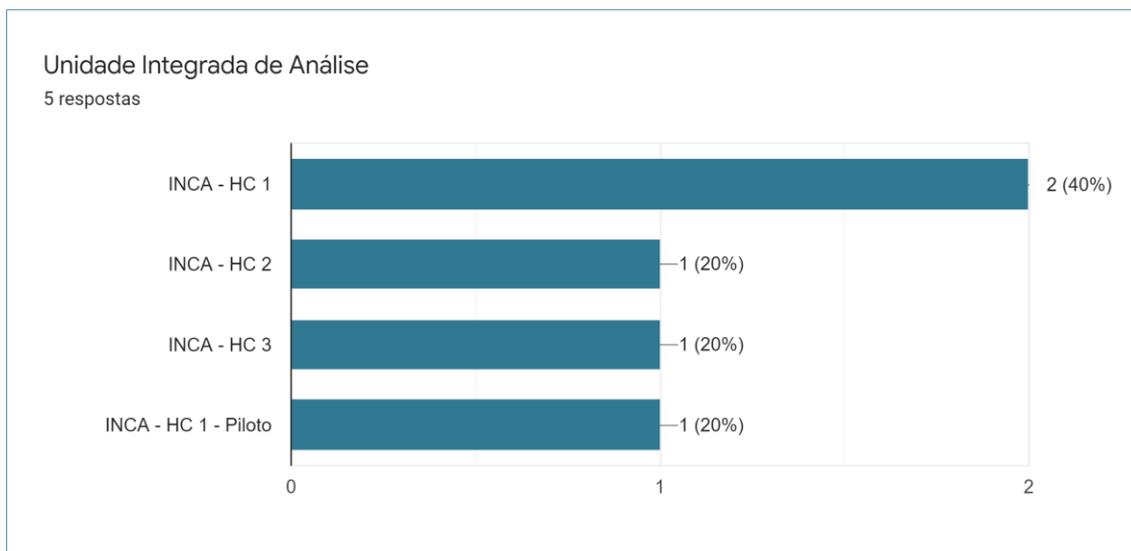
Dos gestores das Divisões de Enfermagem, no HC I, participaram da pesquisa o gestor da Divisão de Enfermagem e a gestora do Serviço de Enfermagem Hospitalar, inserida como participante da pesquisa, devido às áreas de cuidado especializado sob sua gestão, áreas de investigação deste Estudo de Caso.

Cabe ressaltar que, esta Divisão não possui em seu organograma, apresentado no Anexo B, um substituto formal da gestão de enfermagem, sendo determinado logo abaixo da Divisão de Enfermagem três serviços de gestão, o Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Serviço de Enfermagem em Procedimentos Externos e o Serviço de Enfermagem Hospitalar.

No HC I, participou também a gestora da Área de Pediatria, como projeto piloto, devido a grandiosidade da área, composta por 4 áreas de apoio, Área de Apoio em Pediatria Clínica/Cirúrgica/Hematológica, Área de Apoio em CTI Pediátrico, Área de Apoio de Ambulatório Pediátrico e Área de Apoio em Pronto Atendimento Pediátrico, além do número de profissionais sob sua gestão (82 profissionais de enfermagem).

No HC II, a entrevista foi realizada com a gestora da Divisão de Enfermagem e no HC III, com a substituta da gestora da Divisão de Enfermagem, conforme demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Porcentagem dos Gestores das Divisões de Enfermagem por Unidades Integradas de Análise

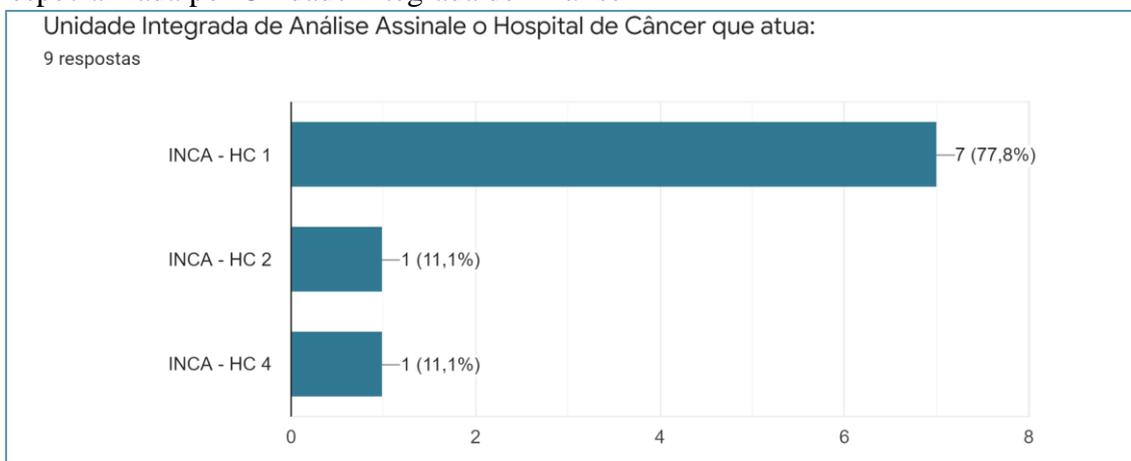


Fonte: O autor, 2022.

No Gráfico 02, podemos identificar que 78% dos gestores atuam no HC 1, devido a maior quantidade de área/unidade/serviço/setor de assistência especializada incluídos no estudo.

O HC 1 é um centro de referência para o tratamento do câncer no Rio de Janeiro, integra a rede de alta complexidade do SUS, e concentra o maior número de especialidades para tratamento oncológico, além de tratamentos radiológicos de alta complexidade; é nesta unidade que está a Direção-Geral do INCA e o Centro de Transplante de Medula Óssea.

Gráfico 2 – Porcentagem de Gestores da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada por Unidade Integrada de Análise



Fonte: O autor, 2022.

Ainda assim, conforme a definição dos serviços que integraram as Unidades Integradas de Análise, participaram do estudo: o HC 2, referência para o tratamento de câncer ginecológico, incluindo o câncer de colo do útero, de ovário, de vagina e de vulva, e os tumores do tecido ósseo e conectivo, e o HC 3, unidade especializada no tratamento do câncer de mama, feminino e masculino. Cabe ressaltar que, estas unidades possuem serviço de quimioterapia, porém não foi possível, agregar a participação dos gestores destes serviços a esta pesquisa.

### 6.1.2 Identificação dos dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos foram identificados na seção 2 de ambos os questionários, compondo as variáveis: gênero, idade, tempo de formação, qualificação, vínculo empregatício, tempo de atuação na instituição, tempo de atuação no cargo de gestão, apresentado no quadro 3.

Quadro 3 – Dados Sociodemográficos dos Gestores das Unidades Integradas de Análise

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS GESTORES (continua)</b>	
<b>GÊNERO</b>	
FEMININO	13
MASCULINO	1
<b>IDADE</b>	
20 A 30 ANOS	0
31 A 40 ANOS	6
41 A 50 ANOS	5
51 A 60 ANOS	1
61 A 70 ANOS	2
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO</b>	
1 A 5 ANOS	1
5 A 10 ANOS	0
10 A 15 ANOS	3
15 A 20 ANOS	6
MAIS DE 20 ANOS	4
<b>TITULAÇÕES</b>	
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO	3
PÓS-GRADUAÇÃO EM ONCOLOGIA	11
MESTRADO	12

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS GESTORES (conclusão)</b>	
DOUTORADO	1
PÓS-DOUTORADO	0
<b>VÍCULO EMPREGATÍCIO</b>	
FUNCIONÁRIO PÚBLICO	13
CONTRATO TEMPORÁRIO DA UNIÃO	1
CONTRATO POR OSS	0
CONTRATO CELETISTA	0
<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO</b>	
MENOS DE 1 ANO	0
DE 1 A 5 ANOS	2
DE 5 A 10 ANOS	2
DE 10 A 15 ANOS	5
MAIS DE 15 ANOS	5
<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO DE GESTÃO</b>	
MENOS DE 1 ANO	1
ENTRE 1 E 2 ANOS	0
ENTRE 2 E 3 ANOS	0
ENTRE 3 E 4 ANOS	5
MAIS DE 4 ANOS	8

Fonte: O autor, 2022.

Observamos uma prevalência de profissionais do sexo feminino entre os gestores de enfermagem, com 93%, reafirmando uma predominância de profissionais do gênero feminino na profissão de enfermagem, ainda que em uma amostra pequena, porém representativa para o caso e para o universo da gestão de enfermagem, por retratar o exercício da profissão em hospitais especializados do Ministério da Saúde, compondo a rede terciária do SUS.

Quanto à idade e tempo de formação, 43% dos gestores são profissionais entre 31 e 40 anos, com 15 a 20 anos de formados, 21% possuem pós-graduação em gestão, o que demonstra a aplicação de uma qualificação para a ocupação do cargo de gestão, todavia, 78% são especialistas em oncologia, o que agrega valor à condução dos serviços e das equipes, com o olhar para as necessidades e especificidades da área do cuidado oncológico.

Porém, cabe destacar que, os 30% dos gestores que não possuem Pós-Graduação em Oncologia, sendo que, 10% possuem Pós-graduação em Gestão e Terapia Intensiva, 10% possuem Pós-Graduação em Dermatologia e o Título de Especialista em Oncologia, adquirido através de avaliação realizada pela SBEO (Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica), e 10% Pós-Graduação em Hematologia.

Apesar do último concurso público destinado a contratação de enfermeiros para os HC do INCA ter exigido Especialização ou Pós-Graduação em Oncologia, os anteriores exigiram titulações específicas para as áreas de atuação, tais como: Pós-Graduação em Centro Cirúrgico, Pediatria, Terapia Intensiva, ou cinco anos de experiência na área, o que justifica esta porcentagem de gestores de enfermagem sem a título de Pós-Graduação em Oncologia.

Entretanto, ainda relacionado a titulação, cabe destacar que, 86% dos gestores possuem Pós Graduação Stricto Sensu (Mestrado), demonstrando que o incentivo a qualificação, a partir do Plano de Cargos e Carreiras para a área de Ciência e Tecnologia da Administração Federal Direta, das Autarquias e das Fundações Federais, regulamentado pela Lei nº 8.691, de 28 de julho de 1993, representa um diferencial na valorização dos recursos humanos destes servidores.

Em relação ao vínculo empregatício e tempo de atuação na instituição, o perfil dos gestores expressou que 93% são servidores públicos de carreira e 7% pertencem ao contrato temporário da união, tendo assumido a gestão do setor em meio a pandemia, onde, anteriormente pertencia ao quadro de profissionais que atuavam na assistência (linha de frente).

Relacionado ao tempo de atuação na instituição, 36% dos gestores atuam entre 10 e 15anos e 36% mais de 15 anos, demonstrando já possuírem vivência na área de enfermagem e compondo um quadro de servidores que ingressaram na instituição nos últimos 12 anos, onde foram realizados concursos públicos para área assistencial do INCA, em 2010 e 2014 respectivamente.

Quanto ao tempo de atuação no cargo de gestão, os dados demonstraram que 57% dos gestores têm mais de 4 anos na condução dos serviços, o que nos remete a inferir que estes profissionais possuem conhecimento do perfil da força de trabalho de enfermagem e de suas respectivas necessidades, bem como, das especificidades do cliente oncológico.

### 6.1.3 Mapeamento da disponibilidade, necessidade e lacunas na capacidade da força de trabalho de trabalho de Enfermagem no cenário oncológico

Nesta seção do questionário buscamos compreender com base nas respostas dos gestores, se foi mapeado o perfil dos profissionais, a capacidade de prestação de serviço, incluindo a realização de tarefas críticas e as restrições e limitações da equipe, para a realização do cuidado do paciente oncológico portador da COVID-19, de acordo com as orientações do MS e da OMS.

O Quadro 4, apresenta as respostas dos gestores tanto das Divisões de Enfermagem, quanto da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada, onde podemos observar que, segundo 100% dos gestores das Divisões de Enfermagem dos HC, todas as necessidades e limitações e/ou restrições da força de trabalho de enfermagem foram mapeadas, incluindo prioridades na alocação e escalonamento, com o propósito de organização das escalas de serviço para o enfrentamento da pandemia.

Porém, para 55,6% dos gestores da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada, não foi possível realizar o mapeamento das necessidades essenciais da força de trabalho de enfermagem, incluindo prioridades na alocação e escalonamento, devido à escassez de recursos humanos e as urgências impostas pela pandemia; todavia, 67% informaram que realizaram mapeamento da disponibilidade da força de trabalho de enfermagem de acordo com limitações e/ou restrições, porém 33% não realizaram, alegando a mesma justificativa.

Quadro 4 – Mapeamento da disponibilidade, necessidade e lacunas na capacidade da força de trabalho de trabalho de Enfermagem no cenário oncológico

<b>CHECKLIST PARA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19</b>				
<b>MAPEAMENTO DA DISPONIBILIDADE, NECESSIDADES E LACUNAS NA CAPACIDADE DA FORÇA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NO CENÁRIO ONCOLÓGICO</b>				
<b>RESPOSTA DOS GESTORES</b>	<b>DIVISÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ÁREAS ESPECIALIZADAS</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>PERGUNTA</b>				
Foi realizado em sua área de gestão mapeamento das necessidades essenciais da força de trabalho de enfermagem, incluindo prioridades na alocação e escalonamento?	5	0	4	5
Foi realizado mapeamento da disponibilidade da força de trabalho de enfermagem de acordo com limitações e/ou restrições (idade, grupo de risco, comorbidades)?	5	0	6	3

Fonte: O autor, 2022.

Cabe ressaltar que, para realização deste mapeamento, documentos públicos do Ministério da Saúde, dos órgãos de classe e orientações institucionais foram seguidas, além do suporte da Divisão de Desenvolvimento de Pessoal (DIDEP), Divisão de Serviço do Trabalhador (DISAT) e Coordenação de Gestão de Pessoas (COGEP), que elaboraram orientações e auxiliaram na condução de diretrizes.

No entanto, logo após ser decretado uma Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou a observância do Parecer Técnico nº128/ 2020, que apresentou orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, direcionando a instituição e seus gestores a seguir as orientações determinadas aos profissionais que possuíam restrições. Logo no ano seguinte, em 12 de maio de 2021, ainda em vigência da pandemia, foi deliberado a Lei nº14.151 garantindo o afastamento da empregada gestante das atividades de trabalho presencial.

Isso posto, mesmo com a escassez da força de trabalho de enfermagem, gestores foram obrigados a redimensionar o seu quadro de profissionais, entretanto, segundo relato de 02 gestores (14%), alguns profissionais de enfermagem, mesmo se enquadrando no grupo de risco, se recusaram a se afastar de suas atividades, optando pelo trabalho presencial, demonstrando o seu comprometimento com a Emergência em Saúde Pública.

Todavia, para que todas as condutas fossem bem estruturadas, foi instaurado um Comitê-Gabinete de Crise Sanitária em Razão da COVID-19 do INCA, em 13/03/2020, por meio da Portaria INCA nº 183, de 20 de março de 2020, com a participação das Direções, Coordenações, Chefes, um representante do INCA Voluntário, entre outros, onde após cada reunião, as condutas direcionadas aos profissionais e funcionamento das unidades, eram divulgadas através de *Postmaster*<sup>1</sup>, veículo de comunicação institucional, e enviado aos servidores por e-mail.

#### 6.1.4 Recrutamento de profissionais de Enfermagem

Nesta seção do questionário, buscamos identificar o aumento temporário da força de trabalho de enfermagem para suprir a demanda do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde gerada pela pandemia.

Ao questionarmos sobre alocação temporária de profissionais de enfermagem, em um dos hospitais investigados (HC 3), compondo 14% da amostra, foi descrito pelas gestoras, tanto da Divisão de Enfermagem quanto da área/unidade/serviço/setor de assistência especializada que, o INCA abriu um Contrato Temporário da União por calamidade pública, o que permitiu adicionar enfermeiros à força de trabalho durante o período da pandemia, possibilitando estruturar sua área de gestão; os demais gestores (86%) informaram não ter tido acesso a alocação temporária de profissionais de enfermagem, conforme demonstrado no quadro 6.

---

<sup>1</sup> *Postmaster\**: comunicados internos, enviados para os e-mails dos servidores do INCA, com objetivo de disseminar a informação, relacionado a assuntos diversos, seguindo uma padronização de formatação interna.

Quadro 5 – Recrutamento de Profissionais de Enfermagem

<b>CHECKLIST PARA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19</b>				
<b>RECRUTAMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b>				
<b>RESPOSTA DOS GESTORES</b>	<b>DIVISÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ÁREAS ESPECIALIZADAS</b>	
<b>PERGUNTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Houve alocação temporária de profissionais de enfermagem do Setor Privado/ Organização Social de Saúde e/ ou Contrato Público Temporário para estruturar sua área de gestão?	4	1	8	1
Foi realizado treinamento e/ ou redirecionamento de funcionários do governo ou trabalhadores de setores não relacionados à saúde, assim como voluntários, para realizar tarefas e funções de suporte na sua unidade de saúde?	1	4	NA	NA
Foram estabelecidos incentivos e medidas de apoio ao trabalho remoto para melhorar a flexibilidade dos funcionários que possuíam indicação de afastamento administrativo em sua área de gestão?	4	1	NA	NA

Fonte: O autor, 2022.

\*NA: Não se Aplica

Cabe ressaltar que, o contrato temporário é uma estratégia utilizada na gestão de recursos humanos, atendendo as necessidades determinadas por uma situação específica ou por um *déficit* de RHS relacionado a um absenteísmo não programável.

Quanto ao redirecionamento de profissionais não relacionados à saúde para funções apoio e suporte no enfrentamento da pandemia, foi relatado pela gestora do HC 2, compondo 20% da amostra, que os profissionais responsáveis pela segurança, contrato terceirizado no INCA, auxiliaram na triagem dos pacientes, respeitando as limitações e o escopo de atividades designadas em contrato para estes profissionais, tal atividade, era atividade realizada na porta de entrada do hospital.

Em relação ao trabalho remoto, 80% dos gestores das divisões de Enfermagem otimizaram esta estratégia de trabalho, porém, 20% não realizou o incentivo ao trabalho remoto para os servidores afastados, representado nesta amostra pela gestora do caso piloto (Área de Pediatria) e justificado, devido às características da área de gestão e das áreas de apoio, onde o serviço prestado é predominantemente assistencial, com atividades administrativas restritas a

gestora e sua substituta, no entanto, nas áreas de apoio, seis profissionais são responsáveis pela rotina do setor e tem inserido no escopo de suas atividades diárias, atividades administrativas e assistenciais, prevalecendo as atividades assistenciais, que proporcionam suporte ao cuidado dispensado pela força de trabalho em enfermagem à criança hospitalizada e família, e nos atendimentos de emergência, compondo um quantitativo restrito de profissionais.

Apresentamos no quadro abaixo, a descrição dos incentivos e medidas de apoio ao trabalho remoto realizada pelos gestores das Divisões de Enfermagem.

Quadro 6 – Descrição das estratégias de incentivo ao trabalho remoto

INCENTIVOS E MEDIDAS DE APOIO AO TRABALHO REMOTO
Remanejamento para áreas de apoio a logística de administração hospitalar (educação e NIR).
O nível médio não foi possível atribuir trabalho remoto, devido a atividade ser de assistência, o nível superior foi mesclado, realizaram inicialmente trabalho administrativo, também foi concedido uma flexibilização de carga horária híbrida, remoto e presencial.
Foi realizado um acompanhamento de atividades delegadas, pela Educação Continuada, para atualização e elaboração de protocolos e organização de capacitações, alimentação dos sistemas de recursos humanos e controle de frequência.
Remanejamento para áreas de apoio a logística de administração hospitalar, educação e Central de Regulação.
Houve afastamento administrativo de acordo com os grupos de risco, porém sem atribuições de trabalho remoto.
Remanejamento para áreas de apoio a logística de administração hospitalar, educação e Central de Regulação.
Houve afastamento administrativo de acordo com os grupos de risco, porém sem atribuições de trabalho remoto.

Fonte: O autor, 2022

Conforme podemos observar nas falas dos gestores, os incentivos e as medidas de apoio ao trabalho remoto foram oportunizados principalmente aos enfermeiros, devido a possibilidade de delegar atribuições científicas e administrativas, sendo assim, não foi possível definir atividades para a categoria de técnicos de enfermagem, que em sua maioria, realizam atividades assistenciais.

### 6.1.5 Reorganização e distribuição de papéis da força de trabalho de enfermagem

Nesta seção do questionário, buscamos identificar estratégias de redistribuição da força de trabalho de enfermagem, definição de papéis, treinamentos realizados e organização dos turnos de trabalho, bem como das condições de segurança e saúde ocupacional.

No quadro 8, observamos que 100% dos gestores das Divisões de Enfermagem, realizaram redistribuição do pessoal de enfermagem para outras funções, áreas ou setores, por necessidade de serviço, principalmente para compor as escalas, onde experiências e habilidades foram exploradas para atuação nas áreas de maior complexidade.

Contudo, para os gestores da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada, somente 44% informaram ter atribuído papéis específicos com base na organização da prestação dos cuidados de enfermagem em resposta à emergência gerada pela pandemia, que segundo 56%, não foi possível realizar esta atividade, pois toda a força de trabalho estava envolvida na prestação de cuidados, tornando o cuidado integral ao entrar nos leitos de isolamento.

Sendo assim, prevaleceu nas falas dos entrevistados como descrição das atividades, o agrupamento de cuidados ou cuidado integral, pois ao entrar no quarto, o profissional de enfermagem realizava atividades como, entrega de refeições, cuidados de enfermagem, retirada de roupas de cama, coletas de exames laboratoriais, administração de medicamentos, entre outras, possibilitando a não exposição de outros profissionais ao paciente infectado. Todavia, a coleta do exame de PCR para COVID-19, os treinamentos e as orientações nas áreas de exposição, foram atividades realizadas pelos enfermeiros.

Quadro 7 – Reorganização e distribuição de papéis da força de trabalho de Enfermagem

<b>CHECKLIST PARA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19</b>				
<b>REORGANIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE PAPÉIS DA FORÇA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM</b>				
<b>RESPOSTA DOS GESTORES</b>	<b>DIVISÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ÁREAS ESPECIALIZADAS</b>	
	<b>PERGUNTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
Foi necessário redistribuir o pessoal de enfermagem para outras funções, áreas ou setores na unidade de saúde onde você atua por necessidade do serviço?	5	0	NA	NA
Em sua área de gestão foram atribuídos papéis específicos com base na organização da prestação dos cuidados de enfermagem em resposta à emergência gerada pela pandemia?	NA	NA	4	5
Foi realizado treinamento da força de trabalho de enfermagem para enfrentamento da pandemia de acordo com as especificidades do câncer e suas modalidades de tratamento, tais como: alterações hematológicas, imunológicas, comprometimento de áreas do organismo por compressão e metástase?	1	4	4	5
Houve uma definição clara dos papéis e funções para as categorias de enfermagem (protocolos e procedimentos) desenvolvidos pela Divisão de Enfermagem direcionado ao cuidado do paciente oncológico portador da COVID-19?	5	0	5	4
Foram implementados turnos adicionais e/ou outros arranjos de escala em sua área de gestão para suporte a assistência durante a pandemia?	5	0	6	3
Em sua área de gestão foi implementado o uso de plataformas de telemedicina ou outras estratégias baseadas na internet para atendimento do paciente oncológico durante a pandemia?	NA	NA	1	8
Em sua área de gestão foram instalados <i>call centers</i> ou linhas diretas de emergência para o atendimento do paciente oncológico durante a pandemia?	NA	NA	3	6

Fonte: O autor, 2022.

\*NA: Não se Aplica

Quanto ao treinamento da força de trabalho de enfermagem para enfrentamento da pandemia de acordo com as especificidades do câncer e suas modalidades de tratamento, foi descrito por 64% dos gestores que, não foram realizados, sendo os treinamentos direcionados principalmente às estratégias de proteção, prevenção, uso correto dos equipamentos de proteção individual (EPI), paramentação e desparamentação, e manejo dos casos positivos, principalmente relacionado as vias aéreas inferiores.

Contudo, para 36% dos gestores, principalmente os gestores da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada, foi necessário realizar treinamento da força de trabalho de enfermagem para as especificidades do câncer e suas modalidades de tratamento e cuidado, devido às mudanças no perfil de algumas unidades de internação cirúrgicas, na qual pacientes de todas as clínicas foram agrupados, alguns em uso de dispositivos e tecnologias desconhecidas por determinadas equipes, o gerou insegurança na condução da assistência.

É de referir que, no início da pandemia, a principal preocupação dos órgãos de saúde e do Comitê-Gabinete de Crise Sanitária em Razão da COVID-19 do INCA foi, além do descrito acima, alinhar orientações essenciais para manejo dos pacientes infectados, preocupando-se com a evolução da doença da COVID-19 e o comportamento do vírus na sociedade, além da disseminação na instituição entre profissionais e usuários.

Em relação a definição clara dos papéis e funções para as categorias de enfermagem, podemos observar que 100% dos gestores das Divisões de Enfermagem definiram papéis e funções direcionados ao cuidado do paciente oncológico portador da COVID-19.

Entretanto, nas área/unidade/serviço/setor de assistência especializada, 56% dos gestores informaram ter realizado a definição dos papéis e funções para as categorias de enfermagem, enfatizando que esta atividade foi se estruturando de acordo com a elaboração e atualização dos protocolos, principalmente, os direcionados ao cuidado do paciente portador da COVID-19; porém, 44% dos gestores esclareceram que não conseguiram realizar esta definição de papéis e atualizar os procedimentos operacionais padrão, devido ao aumento da carga de trabalho.

Importante destacar que, houve normas, documentos de orientação e protocolos de cuidado, que foram elaborados pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos HC e disponibilizados na Intranet do INCA.

O Quadro 9 descreve os papéis mais relevantes atribuídos aos profissionais de enfermagem pelos gestores da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada.

Quadro 8 – Descrição dos papéis mais relevantes atribuídos aos profissionais de Enfermagem

<b>DESCRIÇÃO DOS PAPÉIS MAIS RELEVANTES ATRIBUÍDOS A TRABALHADORES DE ENFERMAGEM QUE IMPACTARAM POSITIVAMENTE NAS AÇÕES DE RESPOSTA À EMERGÊNCIA GERADA PELA PANDEMIA</b>
Em casos suspeitos foram definidas pessoas sem comorbidades para atendimento.
Todos atuaram em conjunto.
Orientação de especificações de EPI para alguns funcionários de acordo com a presença de pacientes com sintomas suspeitos, independentemente de ter sido aberto o protocolo para COVID-19, o profissional que atendesse pacientes com sintomas realizava cuidados integrais técnicos ou enfermeiros.
Coleta de PCR por <i>Swab</i> nasal e Treinamentos.
Na primeira onda, os papéis para o cuidado do paciente positivo para COVID-19, foram atribuídos a equipe de enfermagem e equipe médica, de forma a isentar o contato das demais categorias profissionais com o paciente. A enfermagem coletava os exames laboratoriais, a intubação era realizada pelos anestesistas com o enfermeiro, quando necessário era acionado a fisioterapia. A partir da nova variante em 2022, com todos os profissionais vacinados, os papéis voltam a ser direcionados para cada membro da equipe de saúde.

Fonte: O autor, 2022.

Relacionado a implementação de turnos adicionais e/ ou outros arranjos de escala, observamos que 78% dos gestores implementaram turnos adicionais e arranjos nas escalas de trabalho dos profissionais de enfermagem. No entanto, os gestores da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada, relataram utilizar possibilidades diversas de negociação de carga horária, desde o Adicional de Plantão Hospitalar<sup>2</sup>, mudanças de horários, negociações de plantões extra e até as dobras de plantão, fundamentais para otimizar o dimensionamento de enfermagem.

A escala de 24 horas de trabalho por 120 horas de repouso, prevaleceu dentre as mudanças propostas pelos gestores das Divisões de Enfermagem, o que permitiu reduzir o tempo de exposição dos profissionais, tanto pelo deslocamento, quanto pelo tempo de permanência na linha de frente.

<sup>2</sup> O Adicional de Plantão Hospitalar é uma composição remuneratória de diversas carreiras do governo, incluindo a carreira de Ciência e Tecnologia, disponibilizada aos servidores em efetivo exercício de atividades hospitalares, desempenhadas em regime de plantão nas áreas indispensáveis ao funcionamento, regulamentado pela Lei nº 11.907, de 02 de fevereiro de 2009 e pelo Decreto nº 7.186, de 27 de maio de 2010.

Cabe ressaltar que, em alguns municípios do Estado do Rio de Janeiro, foram estabelecidas barreiras sanitárias com restrição de acesso e dos meios de transporte, o que dificultou para muitos servidores o cumprimento das suas escalas de trabalho.

Os Quadros 10 e 11, descrevem as estratégias utilizadas pelos gestores para implementação dos turnos adicionais e/ou outros arranjos de escala.

Quadro 9 – Descrição das estratégias utilizadas pelos gestores das Divisões de Enfermagem para implementação dos turnos adicionais e/ ou outros arranjos de escala

IMPLEMENTAÇÃO DE TURNOS ADICIONAIS E/OU OUTROS ARRANJOS DE ESCALA
Implementação das escalas de plantão de 24 horas para reduzir o tempo de exposição dos profissionais da linha frente.
Escala híbrida a duas líderes, e escalas que foram flexibilizadas para plantões de 24 x 120, permitindo a organização do deslocamento devido as barreiras sanitárias, reduzindo a exposição ao vírus, e cuidado as crianças menores no domicílio devido a suspensão das escolas e creches e principalmente por ser um público de profissionais do sexo feminino.
Foi remodelado a escala, com introdução das escalas de 24 horas, para reduzir deslocamento e exposição, escalas em semanas alternadas de serviço com composição de trabalho remoto e presencial e remanejamentos das pessoas.
Foram implementadas as escalas de plantão de 24 horas para reduzir o tempo de exposição dos profissionais na linha de frente.
Escalas de 24 x 120 no CTIP, para melhora do absenteísmo, bem como diminuindo a exposição do funcionário. Se lançou de mudança de diaristas para plantão e remanejamentos da Área de Pediatria.
Mudança da Gestora e da Rotina de Enfermagem para plantão na assistência.
Diaristas viraram plantonistas para diminuir a exposição, pelo <i>déficit</i> de pessoal.
Plantões de 24 horas, para cobrir o absenteísmo.
A implementação das escalas de 24 horas de trabalho por 120 horas de repouso, adequação dos plantões ao deslocamento dos profissionais, devido às barreiras sanitárias, estruturação de alojamento para pernoite dos funcionários.
Foram implementadas as escalas de 24 horas de trabalho por 120 horas de repouso, com complementação de carga horária.
Dobras, realização de Adicional de Plantão Hospitalar (APH), plantão extra, plantões de 24 horas, mudar enfermeiras de rotina para assistência.

Fonte: O autor, 2022.

Referente as estratégias baseadas na internet para atendimento do paciente oncológico durante a pandemia, foi descrito por 11% dos gestores da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada, que a equipe de enfermagem atuou como facilitador do processo do teleatendimento para outras categorias profissionais, através da identificação das necessidades

e solicitação de parecer de outras especialidades que se encontravam em trabalho remoto, como o serviço de psicologia, não configurando o uso desta modalidade de atendimento pela equipe de enfermagem, conforme descrito por 89% dos gestores.

Respectivo as linhas diretas de emergência para o atendimento do paciente oncológico durante a pandemia, 77% dos gestores relataram não ter acessado esta estratégia de atendimento. Contudo, 33% dos gestores da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada, relataram ter utilizado com outra finalidade, realizar videochamadas para os familiares dos pacientes com o intuito de minimizar a saudade e a tristeza causada pela solidão, pois as visitas hospitalar foram suspensas por medidas de precaução e segurança, porém, cabe ressaltar que, segundo os gestores, as linhas telefônicas utilizadas foram dos próprios profissionais, inclusive em uma das áreas, o CTI do HC 1, foi disponibilizado por um dos profissionais um *Tablet* para esta atividade.

#### 6.1.6 Questões contratuais, legais, administrativas e relacionadas para permitir resposta rápida

Nesta seção do questionário, buscamos identificar estratégias utilizadas pelos gestores para otimização dos contratos de trabalho, a partir das possibilidades de acessar recursos financeiros que pudessem oportunizar a contratação de RHS e da garantia do acesso às políticas e regulamentos que amparou o exercício profissional da força de trabalho de enfermagem, durante a pandemia.

Sendo assim, quanto a possibilidade de revisão e adaptação dos procedimentos administrativos e mecanismos contratuais existentes, para adequação dos contratos da força de trabalho de enfermagem, somente 20% dos gestores das Divisões de Enfermagem, teve acesso a contratação de enfermeiros, oportunizado junto a Coordenação de Assistência (COAS), com aquisição de enfermeiros por meio de contrato temporário da união, conforme descrito no subcapítulo 6.1.3.

Segundo a fala de 80% dos gestores, demonstrado no quadro 11, não foi possível acessar contratos de trabalho na instituição, por ser uma instituição pública regida pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e suas alterações, bem como pelas demais normas legais que regem os Servidores do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o que não possibilita

aos gestores de enfermagem, rever e adaptar mecanismos contratuais, ficando esta função a cargo da COGEP.

Quadro 10 – Questões contratuais, legais, administrativas, e relacionadas para permitir reposição rápida

<b>CHECKLIST PARA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19</b>				
<b>QUESTÕES CONTRATUAIS, LEGAIS, ADMINISTRATIVAS, E RELACIONADAS PARA PERMITIR REPOSTA RÁPIDA</b>				
<b>RESPOSTA DOS GESTORES</b>	<b>DIVISÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ÁREAS ESPECIALIZADAS</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>PERGUNTA</b>				
Foram necessários rever e adaptar os procedimentos administrativos e mecanismos contratuais existentes, para adequação dos contratos da força de trabalho de enfermagem em sua área de gestão?	1	4	NA	NA
Foram estabelecidos sistemas para monitorar e garantir a aquisição apropriada e aplicação (prática) de conhecimentos, habilidades e competências necessários para a resposta à COVID-19 em sua unidade de saúde?	2	3	NA	NA
Foram garantidos que as políticas e regulamentos em vigor fossem aplicadas para permitir que a força de trabalho de enfermagem prestasse assistência à pacientes portadores da COVID-19 com segurança?	5	0	NA	NA
Foram avaliadas as implicações legais da profissão de enfermagem e dos contratos de trabalho relacionados a existência de limitações para o exercício profissional durante a pandemia?	5	0	NA	NA
Foram identificados recursos e/ou incentivos financeiros e/ou não financeiros que poderiam ser acessados para auxiliar na contratação de profissionais de enfermagem para o combate à pandemia?	3	2	NA	NA

Fonte: O autor, 2022.

\*NA: Não se Aplica

Em relação ao monitoramento da aquisição de conhecimentos, habilidades e competências necessários para resposta à COVID-19, 60% dos gestores das Divisões de Enfermagem relataram não ter realizado, no entanto, 40% informaram que conseguiram realizar este monitoramento; segundo as gestoras do HC 2 e do HC 3, este trabalho foi possível, graças ao esforço da equipe de Educação Continuada, que desempenhou um papel importante relacionado aos treinamentos durante a pandemia, garantindo a aquisição do conhecimento e sua aplicação prática, bem como a atualização dos protocolos de trabalho.

Conforme podemos observar, 100% dos gestores das Divisões de Enfermagem demonstraram seu comprometimento com a força de trabalho, fortalecendo e estruturando o processo de trabalho, pautado nas políticas e regulamentos em vigor, nas implicações legais da profissão de enfermagem e dos contratos de trabalho a partir das normas e legislações vigentes do MS, da OMS e do Órgão de Classe, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), principalmente no que diz respeito as estratégias de segurança dos profissionais e pacientes.

No quesito recursos e/ou incentivos financeiros, 60% dos gestores referiram ter utilizado incentivos financeiros e não financeiros para auxiliar na contratação de profissionais de enfermagem, compreendendo “contratação”, como uma forma de negociar com os servidores a realização de carga horária extra, remunerada ou não. Porém, para 40% dos gestores, esta estratégia não foi identificada, entendendo que no serviço público não seria possível acessar contratos de trabalho. O quadro 13 descreve estes recursos, baseado na fala dos gestores.

Quadro 11 – Descrição dos recursos e/ou incentivos financeiros

<b>RECURSOS E/OU INCENTIVOS FINANCEIROS E/OU NÃO FINANCEIROS IDENTIFICADOS</b>
Aumento da verba de Adicional de Plantão Hospitalar.
Foram utilizadas verbas de Plantão de Adicional Hospitalar, foram aumentadas as cotas (verba) e a permissão para realizar mais plantões, também sendo autorizado profissionais com duplo vínculo. Negociações de coberturas de plantões por folgas programadas.
Foi utilizado o recurso de Adicional de Plantão Hospitalar para cobertura do absenteísmo e alocação de profissionais para compor escalas de serviço.

Fonte: O autor, 2022.

Isto posto, para os 60% dos gestores, foi utilizado o APH, como recurso e/ou incentivo financeiros, porém, esta remuneração já compunha as estratégias de cobertura das escalas de trabalho da equipe de enfermagem no INCA antes da pandemia, com a determinação da verba a ser dispensada para cada Divisão de Enfermagem mensalmente pela COAS, o que permite aos gestores das Divisões de Enfermagem, de acordo com a necessidade de cada serviço, dividir entre as área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada, e otimizar as escalas de trabalho.

Contudo, com a pandemia, essas regras foram revisadas, e algumas exceções foram permitidas, conforme descrito no quadro 13, realizar mais de 4 plantões de APH por mês, realizar 2 plantões de APH na mesma semana, além ter sido autorizado a realização do APH, por profissionais que possuíam mais de um vínculo de trabalho no serviço público.

#### 6.1.7 Comunicação e Coordenação

Nesta seção do questionário, consideramos identificar se foram estabelecidos mecanismos de comunicação eficazes para a notificação da força de trabalho de enfermagem quanto às mudanças nas demandas, oportunidades de treinamento, notificações à saúde do trabalhador, e se houve comunicação e cooperação entre gestão e profissionais.

Quadro 12 – Comunicação e Coordenação

<b>CHECKLIST PARA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19 (continua)</b>				
<b>COMUNICAÇÃO E COORDENAÇÃO</b>				
<b>RESPOSTA DOS GESTORES</b>	<b>DIVISÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ÁREAS ESPECIALIZADAS</b>	
<b>PERGUNTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Foram estabelecidos mecanismos de comunicação para garantir um sistema de notificação da força de trabalho acerca das mudanças nas demandas, contratos de prestação de serviço e oportunidades de treinamento?	5	0	NA	NA

<b>CHECKLIST PARA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19 (conclusão)</b>				
<b>COMUNICAÇÃO E COORDENAÇÃO</b>				
<b>RESPOSTA DOS GESTORES</b>	<b>DIVISÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ÁREAS ESPECIALIZADAS</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Foram estabelecidos mecanismos de comunicação para garantir um sistema de notificação da força de trabalho ao serviço de saúde do trabalhador, sobre suspeita de contaminação e/ ou contaminação pela COVID-19 em sua unidade de gestão?	5	0	NA	NA
Existe comunicação e cooperação facilitadas entre gestão, trabalhadores de enfermagem e seus representantes em sua unidade de saúde?	5	0	8	1

Fonte: O autor, 2022.

\*NA: Não se Aplica

Conforme exposto no quadro 14, em relação a eficácia dos mecanismos de comunicação, tanto para garantir um sistema de notificação da força de trabalho acerca das mudanças nas demandas, contratos de prestação de serviço e oportunidades de treinamento, quanto para garantir um sistema de notificação da força de trabalho ao serviço de saúde do trabalhador, sobre suspeita de contaminação e/ou contaminação pela COVID-19, 100% dos gestores das Divisões de Enfermagem responderam que as estratégias foram estabelecidas, entre a gestão e os profissionais, para que não houvesse ruídos na comunicação e as orientações não se perdessem. Foram utilizados os livros de ordens e ocorrências, a *Intranet*<sup>3</sup> do INCA, o envio de *Postmaster*, o uso dos e-mails pessoais e, principalmente, os grupos de *WhatsApp*<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> *Intranet*: rede informatizada exclusiva do INCA, acessada somente pelos colaboradores internos

<sup>4</sup> *Whatsapp* é um aplicativo de mensagens, que permite ao usuário enviar mensagens de texto, imagens, vídeos e documentos em *PDF*, além de fazer ligações grátis por meio de uma conexão com a *internet*.

### 6.1.8 Treinamento e aperfeiçoamento de habilidades para a força de trabalho de Enfermagem

Nesta seção do questionário, buscamos identificar se a força de trabalho de enfermagem foi treinada e recebeu suporte adequado para atuar na linha de frente com o paciente portador da COVID-19.

Sendo assim, segundo 93% dos gestores, os treinamentos foram intensificados, principalmente na primeira onda da COVID-19, ou seja, no início da pandemia, onde a necessidade de informação se fazia constante e oscilava devido ao pouco conhecimento acerca da doença da COVID-19, o que gerou a cada dia uma nova informação, principalmente relacionada ao uso dos EPI e manejo do paciente contaminado pelo vírus. A mesma porcentagem, afirmou que foram disponibilizados mecanismos rápidos de treinamento e auxílio ao trabalho para as principais capacidades para atuar no cuidado a pacientes oncológicos portadores da COVID-19, conforme demonstrado no quadro 15.

Quadro 13 – Treinamento e aperfeiçoamento de habilidades para a força de trabalho de Enfermagem

<b>CHECKLIST PARA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19 (continua)</b>				
<b>TREINAMENTO E APERFEIÇOAMENTO DE HABILIDADES PARA A FORÇA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM</b>				
<b>RESPOSTA DOS GESTORES</b>	<b>DIVISÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ÁREAS ESPECIALIZADAS</b>	
<b>PERGUNTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Toda força de trabalho de enfermagem de sua unidade de saúde recebeu treinamento apropriado em COVID-19?	5	0	8	1
Estão instalados e/ ou disponíveis mecanismos rápidos de treinamento e auxílio no trabalho ( <i>job aids</i> ) para as principais capacidades para atuar no cuidado a pacientes oncológicos portadores da COVID-19 em sua área de gestão?	5	0	8	1

<b>CHECKLIST PARA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19 (conclusão)</b>				
<b>TREINAMENTO E APERFEIÇOAMENTO DE HABILIDADES PARA A FORÇA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM</b>				
<b>RESPOSTA DOS GESTORES</b>	<b>DIVISÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ÁREAS ESPECIALIZADAS</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>PERGUNTA</b>				
Existe um plano de treinamento desenvolvido e adaptado, incluindo providências para treinamento contínuo, atualização de habilidades e competências para atuar no cuidado de enfermagem a pacientes oncológicos portadores da COVID-19 em sua área de gestão?	2	3	NA	NA
Estão disponíveis acessos a treinamentos online sobre a COVID-19 para a força de trabalho de enfermagem em sua unidade de saúde?	0	5	NA	NA

Fonte: O autor, 2022.

\*NA: Não se Aplica

Quanto à realização de um plano de treinamento contínuo, 60% dos gestores informaram que a Divisão de Enfermagem e seus respectivos HC não disponibilizaram, sendo os treinamentos organizados pela Educação Continuada, com abordagens relacionadas à assistência ao paciente oncológico e as demandas por melhoria do cuidado.

Os treinamentos também foram realizados pela CCIH, com publicação de documentos norteadores de condutas, normas, guias de orientações descritivos e ilustrados com fotos, fluxogramas e protocolos, entre outros, na *Intranet*, para que os profissionais pudessem acessar e compreender melhor o que era proposto; todos estes documentos, quando necessários, eram atualizados de acordo com o surgimento de novas informações, permanecendo acessíveis até os dias atuais.

Os gestores informaram que, além dos informativos visuais expostos em áreas estratégicas dos HC, quando necessário, documentos eram impressos e fixados em locais estratégicos para visualização dos profissionais nos setores.

Em relação aos treinamentos *on line*, foram realizados através da Rede Rute<sup>5</sup> para os profissionais de Enfermagem, abordando temáticas pertinentes ao contexto da profissão.

<sup>5</sup> Rede Rute\* plataforma virtual da Rede Universitária de Telemedicina (Rute), projeto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MTC) para apoiar e aprimorar a infraestrutura de telemedicina nos hospitais universitários e instituições de ensino.

Porém, no quadro 15 podemos observar que, 100% das Divisões de Enfermagem não disponibilizaram treinamentos *on-line* através de *links* na *Open WHO* e no Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS.

No entanto, foram enviados por *e-mail* pela DIDEP, *links* de cursos gratuitos oferecidos pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein, Campus Virtual FIOCRUZ, OMS e UNA-SUS.

#### 6.1.9 Segurança e proteção da força de trabalho de Enfermagem

Nesta seção do questionário, buscamos identificar as estratégias utilizadas para garantir a proteção da força de trabalho de enfermagem, considerando os riscos de exposição relacionado ao acesso aos EPI, proteção dos familiares, dos profissionais, notificação de incidentes e retorno seguro ao trabalho.

Posto isto, segundo 86% dos gestores, os EPI foram disponibilizados com segurança, apesar da dificuldade que as instituições enfrentaram no início da pandemia para prover estes insumos, pois a demanda superou a oferta.

Todavia, para 14% dos gestores, os EPI não foram disponibilizados com segurança, principalmente no início da pandemia, estando restrito a situações específicas, o que causou insatisfação e insegurança para atuação dos profissionais, conforme pode ser observado no quadro 16.

Quadro 14 – Segurança e proteção da força de trabalho de Enfermagem

<b>CHECKLIST PARA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19 (continua)</b>				
<b>SEGURANÇA E PROTEÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM</b>				
<b>RESPOSTA DOS GESTORES</b>	<b>DIVISÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ÁREAS ESPECIALIZADAS</b>	
<b>PERGUNTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Foram assegurados e alocados Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os trabalhadores de enfermagem que estivessem nos serviços na linha de frente, considerando o risco de exposição?	5	0	7	2
Os trabalhadores de enfermagem estão treinados de forma adequada para uso racional e descarte de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)?	5	0	8	1
São garantidos a força de trabalho de enfermagem, horas de trabalho apropriadas e períodos obrigatórios de descanso, bem como disponibilizado espaço para tal?	5	0	NA	NA
Foi necessário incluir no plano de trabalho/ escalonamento de sua área de gestão, alocando profissionais mais experientes nas escalas de trabalho com profissionais inexperientes?	NA	NA	5	4
Foram disponibilizados arranjos opcionais de acomodação para profissionais de enfermagem no hospital ou próximo, para reduzir o tempo gasto em deslocamento de/ para casa, e proteger as famílias da exposição indireta?	1	4	NA	NA

<b>CHECKLIST PARA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19 (conclusão)</b>				
<b>SEGURANÇA E PROTEÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM</b>				
<b>RESPOSTA DOS GESTORES</b>	<b>DIVISÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ÁREAS ESPECIALIZADAS</b>	
<b>PERGUNTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Foram instituídos mecanismos de relatos de incidentes (notificação) e sintomas da COVID-19 para trabalhadores de enfermagem em sua unidade de saúde, com testagem, suporte clínico, psicossocial, licença médica, entre outros? 5 respostas.	4	1	NA	NA
Foram estabelecidos protocolos para garantir o retorno seguro dos trabalhadores de enfermagem às atividades, após quarentena ou licença médica na sua área de gestão?	5	0	7	2
Foram ativados protocolos e sistema de tratamento e monitoramento de casos suspeitos e confirmados entre os trabalhadores de enfermagem envolvidos no cuidado à pacientes em risco e/ ou portadores da COVID-19?	5	0	NA	NA

Fonte: O autor, 2022.

\*NA: Não se Aplica.

Em relação aos trabalhadores de enfermagem terem sido treinados de forma adequada para uso racional e descarte dos EPI, 93% dos gestores, afirmaram que a força de trabalho de enfermagem foi devidamente treinada, demonstrando o comprometimento dos gestores com a segurança de profissionais e pacientes.

Quanto às horas de trabalho apropriadas e períodos obrigatórios de descanso, podemos observar que, de acordo com 100% dos gestores das Divisões de Enfermagem, as horas foram garantidas, respeitando a carga horária estipulada pelo contrato de trabalho dos servidores e

seus respectivos arranjos de escala, bem como, a carga horária semanal conforme explicitada no subcapítulo 6.1.4.

De acordo com a estratégia de escalar profissionais mais experientes com profissionais menos experientes, 56% dos gestores da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada afirmou ter lançado mão desta estratégia como parte do dimensionamento de enfermagem durante a pandemia, agregando segurança em busca da qualidade do cuidado. Entretanto, para 44% dos gestores, não foi necessário adotar esta estratégia, pois a equipe estava em uma composição equilibrada em relação à expertise dos profissionais, tanto para o cuidado do paciente oncológico, quanto para o aprendizado do cuidado do paciente portador da COVID-19.

Relacionado ao descanso, segundo relato dos gestores, houve um movimento em dois HC para disponibilizar uma opção de acomodação para os profissionais de enfermagem no hospital ou próximo; contudo, somente a gestão do HC 2 disponibilizou um espaço no hospital para acomodar os profissionais.

Importante ressaltar que, esta ação realizada no HC 2, proporcionou aos profissionais que moravam em municípios distantes ou estivessem impossibilitados de se locomover, devido às barreiras sanitárias e falta de transporte público, segurança e redução de custos.

Segundo 86% dos gestores, foram estabelecidos protocolos para garantir o retorno seguro dos trabalhadores de enfermagem, porém 14% discordaram, relatando que em suas áreas de gestão tiveram problemas com a liberação dos profissionais pelo DISAT para retorno, após ter cumprido os 14 dias de isolamento.

No que se refere aos mecanismos de relatos de incidentes, 20% dos Gestores das Divisões de Enfermagem, informou que não foram instituídos todos os mecanismos inseridos na pergunta, devido à ausência de suporte clínico, pois a DISAT não disponibilizou atendimento médico para fins de condução de casos clínicos, principalmente relacionados a infecção pelo COVID-19.

Cabe ressaltar que, o retorno seguro da força de trabalho de enfermagem às atividades após a quarentena ou licença médica, era definido a partir de orientações da CCIH e da DISAT, com auxílio dos gestores de enfermagem, que atuavam reforçando as orientações, controlando a frequência e as justificativas de afastamento no Registro Eletrônico de Frequência (SIREF).

Associado a ativação de protocolos e sistemas de tratamento, apesar dos gestores das Divisões de Enfermagem terem apresentado 100% de respostas afirmativas, não foram disponibilizados este tipo de assistência aos trabalhadores de enfermagem, conforme descrito anteriormente. No entanto, a instituição proporcionou, mecanismo de notificação, testagem,

monitoramento do resultado, suporte psicológico com atendimento remoto, afastamento e retorno seguro às atividades.

#### 6.1.10 Compilado das respostas dos gestores ao questionário da OPAS

No quadro 17, apresentamos o compilado de respostas dos gestores, tanto das Divisões de Enfermagem, quanto da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada, que evidenciou uma prevalência de respostas afirmativas (70%), permitindo analisar junto as respostas das perguntas abertas, se o gestores foram capazes de responder com recursos humanos em quantidade suficiente, se atenderam as necessidades da população, a partir das habilidades e capacidades indispensáveis para gestão de uma crise sanitária, de maneira oportuna, relevante, eficiente e efetiva, respondendo a tempo e melhorando os desfechos em saúde.

Quadro 15 – Compilado das respostas dos gestores ao *Checklist* para gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à COVID-19

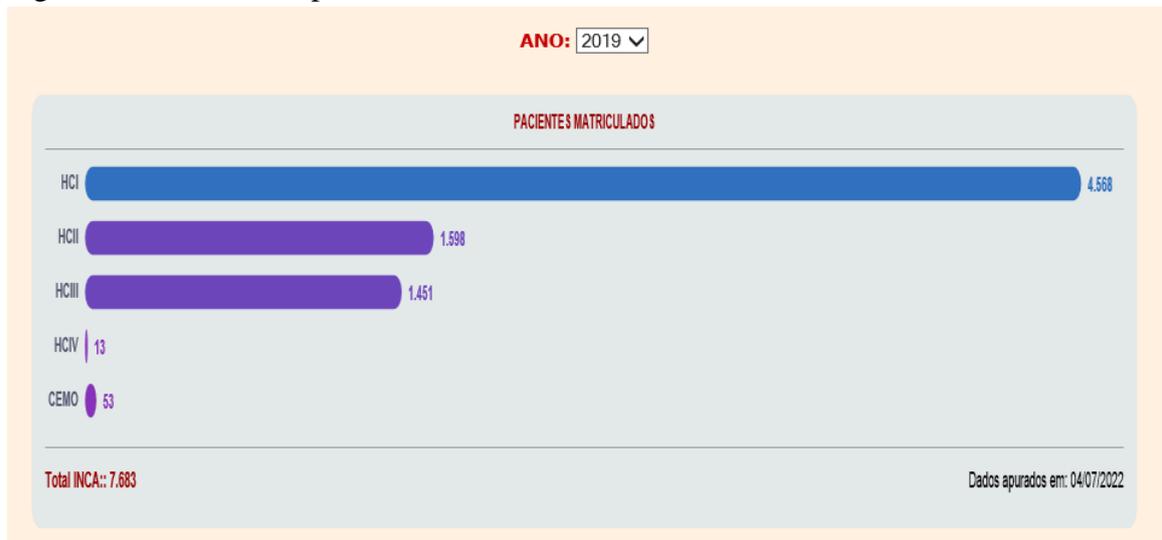
<b>CHECKLIST PARA GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE EM RESPOSTA À COVID-19</b>			
<b>COMPILADO DAS RESPOSTAS DOS GESTORES</b>			
<b>RESPOSTAS</b>	<b>SIM</b>	200	70%
	<b>NÃO</b>	85	30%
	<b>EM ANDAMENTO</b>	0	0
	<b>TOTAL</b>	285	100%

Fonte: O autor, 2022.

6.1.11 Atendimentos realizados na unidade de análise caracterizada nos períodos de 2019, 2020, 2021 e primeiro semestre de 2022

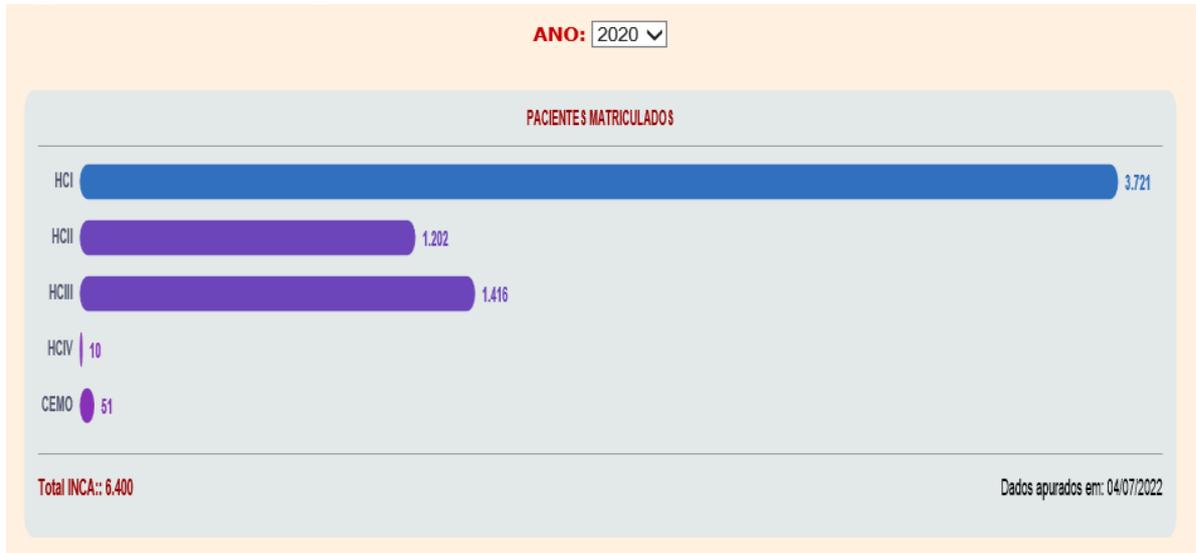
Nas figuras 12, 13 e 14, apresentamos o número de pacientes matriculados nos anos de 2019, 2020 e 2021, conforme dados das informações gerenciais disponíveis na *Intranet* da Unidade de Análise Caracterizada, onde podemos observar uma queda no HC 1 de 20% e 37%, respectivamente nos anos de 2020 e 2021, bem como, 25% e 31% de pacientes matriculados para tratamento no HC 2, unidades que refletiram maior queda de pacientes encaminhados para avaliação e abertura de matrículas.

Figura 7 – Números de pacientes matriculados no INCA no ano de 2019



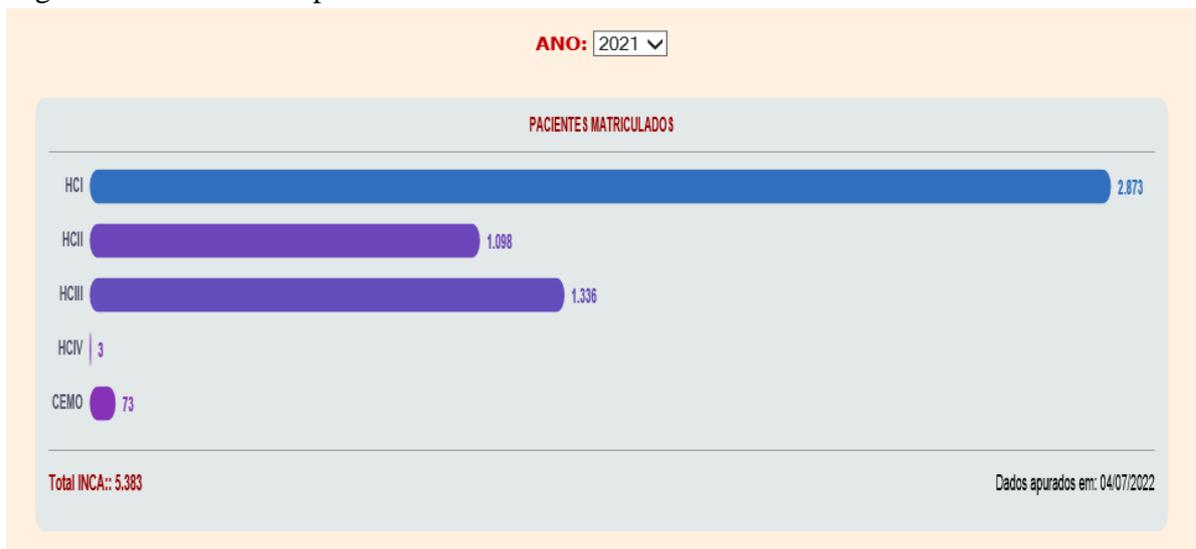
Fonte: Informações Gerenciais/ *Intranet*/ INCA, 2022.

Figura 8 – Números de pacientes matriculados no INCA no ano de 2020



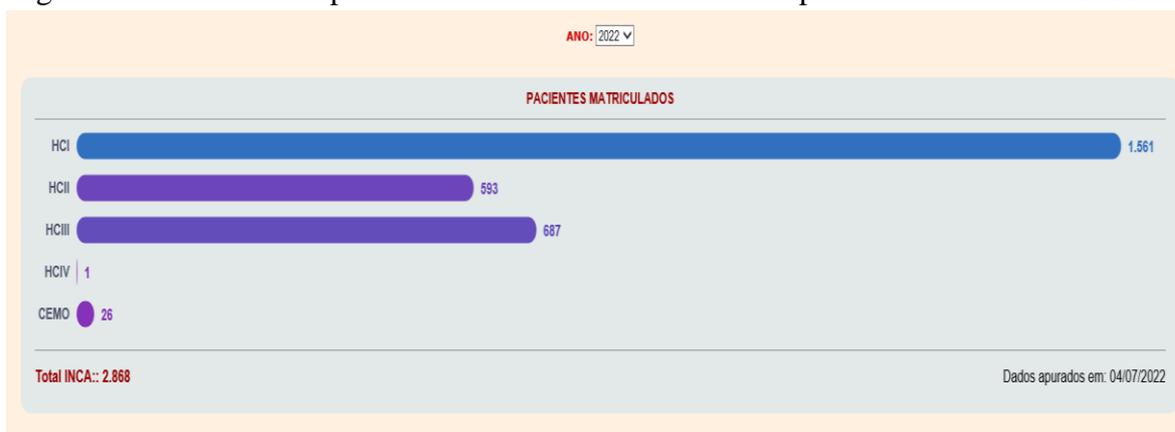
Fonte: Informações Gerenciais/ *Intranet*/ INCA, 2022.

Figura 9 – Números de pacientes matriculados no INCA no ano de 2021



Fonte: Informações Gerenciais/ *Intranet*/ INCA, 2022.

Figura 10 – Números de pacientes matriculados no INCA no primeiro semestre de 2022



Fonte: Informações Gerenciais/ *Intranet*/ INCA, 2022.

Contudo, cabe ressaltar que, no primeiro semestre de 2022, a Unidade de Análise Caracterizada matriculou 2.868 pacientes, que quando comparado aos anos de 2020 e 2021, anos de pandemia, o INCA já atingiu 45% e 53%, respectivamente dos atendimentos de pacientes encaminhados pela rede, contudo, quando comparado a 2019, ano pré-pandemia, podemos inferir que, a demanda ainda pode estar reprimida, pois foram matriculados 37% de pacientes para todas as Unidades INCA. Indicadores de Produção e Capacidade da Unidade de Análise Caracterizada dos períodos de 2019, 2020 e 2021

O quadro 18, demonstra uma queda importante no número de internações, paciente dia, atendimentos de quimioterapia, sessões de teleterapia, consultas médicas e consultas multidisciplinares, com média de 41% em 2020 para todos os atendimentos, quando comparado a 2019, período pré-pandemia. Entretanto, em 2021, podemos observar uma retomada das atividades, determinada pela média de 76%, quando comparada a 2019.

Quadro 16 – Indicadores de Produção INCA

INDICADORES DE PRODUÇÃO INCA			
ANO	2019	2020	2021
INTERNAÇÃO	13.438	4.398	10.284
PACIENTE DIA	103.729	39.226	77.049
QT ATENDIMENTO	40.839	20.325	36.272
SESSÕES DE TELETERAPIA	40.977	18.378	31.631
CONSULTA MÉDICA	205.588	87.564	166.290
CONSULTA MULTIDISCIPLINAR	164.839	65.616	113.277

Fonte: Painéis de Informações Gerenciais/ *Intranet*/ INCA, 2022.

Outrossim, o quadro 19, nos remete a taxa de ocupação e a média de permanência de pacientes internados nas unidades da Unidade Caracterizada de Análise, onde podemos considerar que, o INCA não atingiu sua capacidade máxima de ocupação no ano de 2019, diminuindo em aproximadamente 21% nos anos de 2020 e 2021, onde a assistência oncológica foi obrigada a dividir seu espaço especializado de cuidado som a necessidade de assistir pacientes portadores da COVID-19, além do impacto relacionado aos leitos bloqueados devido ao *déficit* de RHS. Todavia, a média de permanência dos pacientes se manteve equiparada em 7,6 dias de internação.

Quadro 17 – Indicadores de Capacidade INCA

INDICADORES DE CAPACIDADE INCA			
ANO	2019	2020	2021
TAXA DE OCUPAÇÃO	80,23%	60,36%	58,10%
MÉDIA DE PERMANÊNCIA	7,8	7,6	7,5

Fonte: Painéis de Informações Gerenciais/ *Intranet*/ INCA, 2022.

Cabe ressaltar que, os dados apresentados correspondem as informações gerenciais da Unidade Caracterizada de Análise, disponíveis na *Intranet* do INCA a todos os servidores e discentes, geradas a partir das informações de sistemas informatizados de cadastro.

## 6.2 Respostas dos gestores das divisões de Enfermagem e dos gestores da área/ unidade/ serviço/ setor e de assistência especializada às perguntas abertas do questionário de pesquisa segundo o modelo teórico de análise de conteúdo de Laurence Bardin

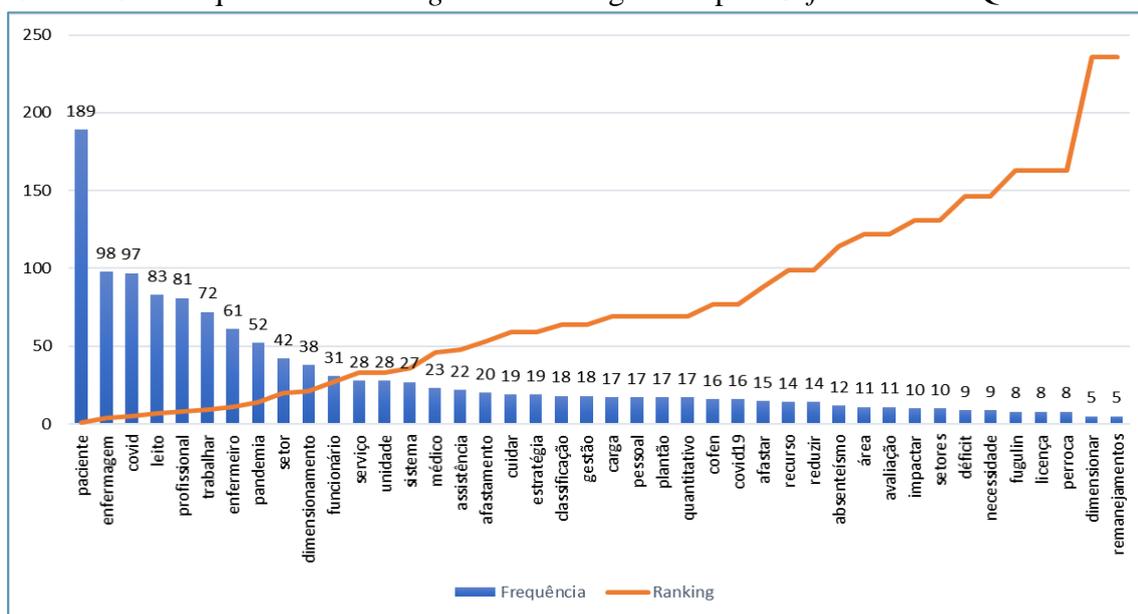
Após a transcrição das respostas dos gestores das Divisões de Enfermagem e da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada as perguntas abertas, os dados foram inseridos no software de análise de dados MAXQDA® versão 2022, onde foi gerado uma frequência de palavras, permitindo assim titular as respostas dos dois grupos de gestores em conjunto, apesar dos questionários apresentarem algumas diferenças entre si.

A geração da frequência de palavras se deu de forma ampla, conforme descrito no subcapítulo 5.5, sendo selecionadas as palavras plenas que remeteram ao objeto de pesquisa e agregaram valor ao conteúdo analisado.

Para melhor observação da frequência de palavras, elaboramos o gráfico 03, a partir do ranking de palavras proporcionado pelo *software* MAXQDA versão 2022, onde foi possível selecionar as principais palavras que remeteram ao objeto de pesquisa, e que foram elencadas para definição dos códigos.

As palavras que aparecem destacadas no gráfico de frequência, foram classificadas em ordem de acordo com a frequência que surgiram nas falas dos gestores, orientando a organização dos dados.

Gráfico 3 – Frequência e *Ranking* de Palavras geradas pelo *Software* MAXQDA



Fonte: O autor, 2021.

De acordo com as palavras selecionadas, a ordem de frequência foi: paciente (189), COVID (97), profissional (81), leito (83), setor (42), dimensionamento (38), sistema (27), médico (23), assistência (22), afastamento (20), escala (19), medo (18), pessoal (17), carga (17), COVID-19 (16), afastar (15), recurso (14), absenteísmo (12), pandemia (52), cuidar (19), cuidado (18), quantitativo (17), setores (10), licença (8) médica (5), dimensionar (5), escalas (4); cabe ressaltar que, a busca foi realizada com a opção de lematização de palavras, onde algumas palavras e suas flexões não foram identificadas pelo programa, sendo necessário pesquisar nas transcrições. A lista completa do *ranking* da frequência de palavras pode ser vista no Apêndice E.

Da mesma forma, o *software* MAXQDA versão 2022, possibilitou gerar a frequência de códigos, apresentada no Gráfico 4, determinada pela quantidade de unidades de contexto identificadas por código na fala dos gestores, com prevalência do código dimensionamento, consolidando a estratégia de análise e o objeto de pesquisa.

Gráfico 4 – Frequência de Códigos



Fonte: O autor, 2021.

Para ilustrar a pesquisa, geramos uma nuvem de palavras a partir da lista de códigos, com objetivo de demonstrar a frequência e a relevância das palavras codificadas, que determinaram as categorias, unidades de registro e proporcionaram a identificação das unidades de contexto no corpus analisado.

Figura 11 – Nuvem de palavras dos códigos gerados no MAXQDA versão 2022



Fonte: O autor, 2022.

Isto posto, elencamos 8 categorias de análise, atribuindo a cada uma delas uma definição, de acordo com o sentido da palavra e o contexto investigado, e principalmente que nos remetessem ao objeto de pesquisa e ao 4º objetivo específico, descrito no Quadro 1 da página 37.

Para cada categoria determinamos unidades de registro, que nos auxiliaram na identificação das unidades de contexto a partir da fala dos gestores. Esta estratégia possibilitou a organizar as unidades, quantificar a frequência e a porcentagem de cada unidade de registro,

bem como, quantificar o total de unidades de registro e a porcentagem por categoria, conforme demonstrado no quadro 18.

Quadro 18 – Categorias de Análise e Unidades de Registro

CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE E UNIDADES DE REGISTRO							
Nº	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE REGISTRO	Nº U.R.	% U.R.	TOTAL DE U.R.	% U.R. POR CATEGORIA
1	Dimensionamento	Unidades que descrevem estratégias de dimensionamento	Dimensionamento	22	10,89	39	43,82
			Escala	11	5,45		
			Quantitativo	6	2,97		
2	Absentéismo	Unidades que se referem a ausência de profissionais	Afastamento	21	10,40	33	37,08
			Absenteísmo	8	3,96		
			Licença médica	4	1,98		
3	Recursos	Unidades que caracterizam a falta de recursos humanos e materiais	Recursos	12	5,94	33	37,08
			Profissional	10	4,95		
			Pessoal	11	5,45		
4	Aumento na carga de trabalho	Unidades que mencionem aumento da carga de trabalho de enfermagem	Carga	10	4,95	25	28,09
			Pacientes	15	7,43		
5	Avaliação da Carga de Trabalho	Unidades que caracterizem estratégias ou métodos de avaliação da carga de trabalho de enfermagem	Sistema	14	6,93	14	15,73
6	Assistência	Unidades que descrevem condutas direcionadas ao cuidado e tratamento dos pacientes oncológicos durante a pandemia	COVID	10	4,95	29	32,58
			Cuidado	6	2,97		
			Assistência	3	1,49		
			Pandemia	10	4,95		
7	Leitos	Unidades que caracterizem mudanças realizadas na estrutura dos serviços para atendimento dos pacientes durante a pandemia	Leitos	13	6,44	17	19,10
			Setor	4	1,98		
8	Medo	Unidades que se referem ao medo da pandemia	Medo	12	5,94	12	13,48

Fonte: O autor, 2022.

Sendo assim, as etapas da análise de conteúdo foram legitimadas, agregando robustez aos dados, onde podemos evidenciar que, a unidade de registro dimensionamento foi que prevaleceu nas falas dos gestores com 10,89%, seguidas das unidades afastamento com 10,40% e pacientes com 7,43%, fortalecendo as categorias, dimensionamento, absentéismo e aumento de carga de trabalho.

No tabela 1, apresentamos a frequência das Unidades de Registro identificadas na fala dos gestores, ordenando por HC e área/ serviço/ unidade/ setor de assistência especializada, onde observamos com maior detalhamento que, a unidade dimensionamento predominou na fala da gestora da Divisão de Enfermagem do HC 3, assim como, a unidade afastamento, na fala da gestora do Setor de Internação do HC 3 (Mama), e a unidade pacientes, emergiu 4 vezes nas respostas dos gestores da Área de Urologia e da Divisão de Enfermagem do HC 1.

Tabela 1 – Síntese das Unidades de Registro por Unidade Integrada de Análise

<b>SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO POR UNIDADE INTEGRADA DE ANÁLISE</b>														
<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>CTI</b>	<b>UROLOGIA</b>	<b>TÓRAX</b>	<b>ABDÔMEN</b>	<b>RADIOD</b>	<b>QT HC 1</b>	<b>RADIOTER</b>	<b>GINECO</b>	<b>MAMA</b>	<b>PEDIATRIA</b>	<b>DIENF HC1</b>	<b>DIENF HC2</b>	<b>DIENF HC3</b>	<b>TOTAL</b>
Dimensionamento	1	0	0	1	1	2	1	3	1	2	2	3	5	22
Escala	1	2	1	1	0	1	0	1	2	0	0	2	0	11
Quantitativo	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	6
Afastamentos	2	1	2	1	1	2	0	1	5	2	2	1	1	21
Absenteísmo	1	1	0	0	0	2	0	1	1	0	0	1	1	8
Licença médica	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	4
Recursos	0	0	0	2	1	0	1	1	1	2	2	1	1	12
Profissional	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5	3	0	10
Pessoal	0	1	1	0	3	0	2	1	0	0	2	1	0	11
Carga	2	1	0	0	1	0	2	0	0	2	1	1	0	10
Pacientes	1	4	1	1	1	0	1	0	1	0	4	0	1	15
Sistema	1	2	2	1	0	0	0	1	0	1	1	3	2	14
COVID	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	2	1	2	10
Cuidado	2	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	6
Assistência	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3
Pandemia	1	1	0	0	2	0	1	1	2	1	0	1	0	10
Leitos	1	1	1	0	0	0	0	3	1	0	3	2	1	13
Setor	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4
Medo	2	0	0	0	2	0	0	2	0	3	0	1	2	12

Fonte: O autor, 2022.

A seguir, elaboramos um quadro para cada Categoria de Análise, totalizando 8 quadros, onde foi evidenciado de acordo com cada Unidade de Registro, as Unidades de Contexto identificadas nas entrevistas dos gestores, que serão analisadas no capítulo a seguir.

Cabe ressaltar que, as transcrições foram avaliadas no *software* MAXQDA versão 2022, gerando relatórios distintos, apresentados nos Apêndices F e G, um referente as entrevistas dos gestores das Divisões de Enfermagem, e outro aos gestores da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada, respectivamente, destacando os recortes identificados e os códigos (unidades de registro) por cores.

Quadro 19 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Dimensionamento

UNIDADE DE ANÁLISE (continua)		
DIMENSIONAMENTO		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Dimensionamento	Dimensionamento	A gente tem um dimensionamento de pessoal que nos possibilita ter 01 enfermeiro para 3, 4 ou 5 leitos no máximo, durante o dia e a noite eles ficam com 5 pacientes, por conta da redução dos procedimentos de rotina, e cada técnico com 2 leitos, porém existem momentos que o dimensionamento possibilita que o técnico possa permanecer com um leito, um paciente específico.
		O profissional faz plantão extra e até mesmo plantão de crédito para folga futura.
		Meu dimensionamento é realizado de acordo com o número de máquinas em funcionamento, para cada máquina eu coloco um profissional de enfermagem, em algumas máquinas, como as tomografias, é necessário colocar dois profissionais, devido a distância da sala de punção venosa/infusão.
		Temos também um enfermeiro que fica escalado só com os pacientes internados, assim conseguimos dimensionar quantos permanecerão no salão para prestar assistência.
		Dimensionamos um quantitativo fixo de profissionais por dia, mas todos estão cientes que a qualquer momento pode ser solicitado a modificação do dia de trabalho, todos apresentam disponibilidade por apresentar um único vínculo.
		Eu uso o critério que foi lançado pelo ministério da saúde, de acordo com os cuidados de pacientes com COVID, né. E aí foram 8 pacientes para 1 enfermeiro e 4 técnicos, e eles tratam em relação ao semicrítico, tipo que na verdade não é o perfil do nosso paciente, mas eu considero esse tipo de dimensionamento para montar a minha escala,
		O que a gente precisou reavaliar para fazer uma adequação de agenda, foi o acréscimo de um profissional por APH, quando surgia um protocolo de infusão de quimioterapia de longa duração, que necessitasse da presença do enfermeiro a beira leito em pacientes portadores de COVID-19,
		Permanecemos com o mesmo dimensionamento do andar, e o dimensionamento só era alterado com o provimento de técnicos de enfermagem e enfermeiros quando o número de pacientes e a complexidade aumentava.

UNIDADE DE ANÁLISE (continuação)		
DIMENSIONAMENTO		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Dimensionamento	Dimensionamento	Esse aumento de profissionais era realizado com o que era possível, banco de horas, APH, remanejamentos,
		O SCP foi introduzido em 2021, foi informatizado por um de nossos enfermeiros, e isso foi positivo para classificar os pacientes tanto de COVID-19 quanto clínicos, então os dados que vão se apresentar vão dar bastante subsídios para esse dimensionamento daqui para frente, porque naquele momento tudo foi muito empírico.
		Gostaria muito de trabalhar de uma forma mais fidedigna, com a Resolução do COFEN 543/2017, porque dentro dos documentos normativos da profissão é o que tem o cuidado de alta complexidade que mais se aproxima da área oncológica, por mais que a gente tenha outros instrumentos de dimensionamento, a gente ganha força quando a gente trabalha com este documento do conselho para defender a questão do dimensionamento.
		Temos uma clientela circunscrita, o que facilita o nosso dimensionamento,
		Então, temos o dimensionamento no CTI baseado na capacidade máxima instalada, na Unidade de Pronto Atendimento no perfil do setor, no número de atendimentos dia, que varia um pouco pelos dias da semana, principalmente no final de semana, determinando o número de profissionais nos dias úteis e finais de semana diferentes. Nas unidades de internação, anteriormente tínhamos esse dimensionamento baseado no número de leitos disponíveis e na característica clínica, agora a gente tem um dimensionamento que não diverge do anterior por conta da nossa expertise,
		No Centro Cirúrgico nosso dimensionamento é realizado de acordo com a capacidade máxima instalada de salas,
		Realizo o dimensionamento com as legislações do COFEN, a 543 no padrão e a gente, como a gente teve muito problema no ano passado, a gente usou a 02 do COVID.

UNIDADE DE ANÁLISE (continuação)		
DIMENSIONAMENTO		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
<b>Dimensionamento</b>	<b>Dimensionamento</b>	Tanto pensando no cuidado direto quanto pensando no cuidado indireto, e aí, quando, por exemplo, a gente abriu a área COVID agora, então eu tive que de novo olhar para o dimensionamento, para ver se a minha equipe trabalha seguro, e aí eu fui e vi o KPS de todos os pacientes que estavam naquele dia.
		Eu reavalio o dimensionamento, eu realoco, eu aumento, por exemplo, a gente já teve que fazer, mexer na cota de APH.
		Foi aplicado para o dimensionamento o Parecer Normativo nº 02/ 2020/ COFEN – exclusivo para vigência da pandemia – COVID-19 para a ala covid-19, sendo aplicado a orientação da área clínica, CTI não foi possível aplicar pela dificuldade de captação de Recursos Humanos especializados em terapia intensiva,
		E como parte do dimensionamento, nesse rodízio a gente tentou diminuir o número de pessoas que tivessem essa exposição por cada plantão, de acordo com o número de pacientes internados.
		Foi necessário reavaliar o dimensionamento durante a pandemia, com a realização de incentivo ao remanejamento interno dos postos de serviços, como única estratégia possível. A gente utilizou o APH, lançando mão de profissionais que não tinham experiência com as rotinas do hospital de câncer, mas tinham de hospitais de fora, e nesta unidade atuavam no Centro Cirúrgico, atuando nas áreas de internação, da mesma forma que neste momento houve uma mudança nos critérios de exigência para realização do APH, ampliando para profissionais que possuíam mais de um vínculo público e aumento o número de plantões para 6 plantões por mês, podendo fazer até dois plantões por semana, que antes só eram autorizados 4 (um por semana), além de profissionais de outros Hospitais de Câncer, para fazer APH em todas as áreas.
		Redimensionei, a gente realocou profissionais dentro das áreas mais críticas do COVID.
		O dimensionamento mudou, a gente precisou de lançar mão de várias estratégias, para manter a assistência segura.

UNIDADE DE ANÁLISE (continuação)		
DIMENSIONAMENTO		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Dimensionamento	Quantitativo	Nós temos um quantitativo fixo, que são os servidores, a gente tem como substituição às pessoas que foram remanejadas do CTI, por restrições, e elas foram substituídas por funcionários contratados, somente enfermeiros, e o restante do corpo são substituídos por APH.
		E a Resolução 543/ 2017 a gente não consegue atender porque não temos um quantitativo de enfermeiros maior que o de técnicos, quando a gente faz o cálculo do número de horas de enfermagem, no total, a gente vê que estamos adequados ao número de horas de enfermagem.
		Trabalhamos com um quantitativo pré-definido junto a Divisão de Enfermagem, com reavaliações e possibilidades de acréscimo de pessoal de acordo com a mudança da complexidade dos pacientes.
		Eu não monto a escala pensando nesse quantitativo,
		De acordo com as RDC 7 da terapia intensiva, Resolução 543/ 2017, que trazem os índices de segurança técnica, com a pandemia isso não foi modificado, fizemos mais remanejamentos para adequar o quantitativo de pessoal nos setores.
	Escala	Eu estou mantendo um quantitativo, hoje a minha área de COVID tem 02 enfermeiros no turno diurno e 04 Técnicos no turno diurno, porque aí se der algum problema, os pacientes agravar, ele realmente precisar de ser intubado, ele vai sair de lá da área COVID, mas eu preciso de ter dois enfermeiros para poder fazer de forma segura.
		A equipe que fica é escala de revezamento,
		O correto seria ter 3 Técnicos de Enfermagem para os 14 pacientes, e atualmente minha escala são 7 pacientes para cada Técnico de Enfermagem e 1 enfermeiro para os 14 pacientes,
		Eu tento construir uma escala no qual eu possa contar com ajuda do funcionário.
		E a gente procura fazer a escala diária distribuindo as funções do serviço na organização do serviço, Na área COVID-19 a gente tentava manter o número de profissionais para o mesmo número de leitos,

UNIDADE DE ANÁLISE (conclusão)		
DIMENSIONAMENTO		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
<b>Dimensionamento</b>	<b>Escala</b>	Foi proporcionado verba através da Divisão de Enfermagem para alocação de profissionais de enfermagem por Adicional de Plantão Hospitalar (APH).
		Porque eu monto a escala mensal, e a gente vai fazendo remanejamentos e realocações.
		Eu e a enfermeira rotina tínhamos que estar na assistência, fazer as escalas de serviço,
		E a introdução das escalas de 24 horas, que para alguns não era bem aceito, porém foi uma opção que adequou as escalas e reduziu a exposição.
		Temos uma escala mínima que foi definida com as lideranças de acordo com a capacidade instalada e o perfil clínico dessa clientela.
		No 4º andar COVID, a ala que destinamos ao tratamento dos pacientes com COVID-19, nós abrimos 06 leitos, e fizemos a escala com 01 enfermeiro e 02 técnicos de enfermagem, para pacientes clínicos. O número de técnicos foi reduzido para 01, à medida que o número de pacientes diminuía.

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 20 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Absenteísmo

UNIDADE DE ANÁLISE (continua)		
ABSENTEÍSMO		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Absenteísmo	Absenteísmo	Aumentando o absenteísmo.
		Entre abril, maio e junho, com ápice em maio, tivemos um absenteísmo absoluto,
		E ajudando e tentando ajudar com o absenteísmo.
		O absenteísmo foi bastante difícil de lidar ao longo desse período, mas aquele absenteísmo que não era COVID-19 continuou.
		Em abril de 2020 tivemos um aumento de 200% do absenteísmo, durante este ano nossas curvas oscilavam, porém no final de ano isso foi retornando ao índice que tínhamos antes da pandemia.
		o absenteísmo aumentou.
		Absenteísmo relacionado a pandemia e o que eu já tinha antes, aí um problema que eu já tinha só agravou. Eu já tinha um <i>déficit</i> . Na hora em que eu dimensionava o hospital antes da pandemia, e eu já precisava de mais gente, e no que veio a pandemia, o meu <i>déficit</i> só aumentou, porque a legislação enxugou, se eu precisava de 10 depois eu precisava de 15, um exemplo.
		Em 2021, se você coabitasse com alguém com COVID, teoricamente você também afastaria e aí por conta do absenteísmo que aumentou drasticamente em janeiro, acabou que no gabinete de crise foi definido que esse funcionário ainda que coabitasse com esse funcionário positivo, se ele não tivesse sintomas ele não precisaria se afastar.
	Licenças Médicas	Profissionais de licença médica, 2 técnicos de licença prolongada e 1 de licença por gestação.
		Uma enfermeira que estava de licença maternidade há muito tempo,
		Uma enfermeira e um técnico de enfermagem foram internados, com sinais e sintomas mais avançados, o que gerou mais dias de licença médica que o previsto.
		A quantidade de licenças médicas da equipe, não só de enfermagem e o adoecimento mental, muitos.

UNIDADE DE ANÁLISE (continuação)		
ABSENTEÍSMO		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Absentéismo	Afastamentos	Por conta do adoecimento dos funcionários, a primeira onda quando houve da pandemia a gente chegou a ter 70% da nossa força de trabalho adoecida,
		Outros ainda precisaram ficar afastados por conta de comorbidades e entrar em afastamento administrativo, a gestantes que precisam também ser afastadas, então impactou muito.
		No período de janeiro, eu tive 17 funcionários afastados. E aí no primeiro momento eram 10 dias de afastamentos, depois caiu para 7, no primeiro momento também a gente tinha afastamento por contactante,
		Afastamentos administrativos, por doença crônica, realizados pela Divisão de Saúde do Trabalhador,
		Olha eu tenho 32 funcionários, então em cada semana eu tinha em torno de 03, era uns 10% por semana mais ou menos, porque cada semana eu tinha 2 a3 funcionários afastados,
		Ela fica todo período da gestação, os 9 meses, mais o período da licença maternidade, então ela fica aí mais de um ano afastada.
		Ficou no afastamento administrativo.
		Os funcionários do setor são em sua maioria profissionais acima de 55 anos, com comorbidades, hipertensão, diabetes, bronquite, asma, o que ocasionou um número alto de afastamentos,
		Afastamentos dos profissionais que foram infectados pelo vírus, gestantes e profissionais que apresentaram problemas emocionais.
		Afastamento preconizado de 14 dias.
A equipe pareceu ter mais pessoas, devido à redução na quantidade de exames, tanto pelo quantitativo de profissionais afastados por ter contraído a doença,		
Saber se o retorno dos profissionais afastados por infecção pelo COVID-19 seria em boas condições de saúde, principalmente sem sequelas.		

UNIDADE DE ANÁLISE (conclusão)		
ABSENTEÍSMO		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
<b>Absenteísmo</b>	<b>Afastamentos</b>	Somando-se aos afastamentos por COVID-19, houve um peso para lidar com isso,
		Em relação a pandemia, eu acho mais por conta dos afastamentos que ficam a questão da comorbidade, por exemplo a gestante, como o nosso público, nossos servidores são compostos principalmente por mulheres, então as nossas gestantes elas ficam com afastamento administrativo,
		Tivemos um afastamento por comorbidade e um para uma gestante.
		Conseguiram afastamentos administrativos por doença de risco ou comorbidades, isso significou um aumento sensível de funcionários afastados.
		Em maio de 2020 tivemos um afastamento maciço da força de trabalho, parte por adoecimento e parte por profissionais pertencentes do grupo de risco, tornando-se o mês mais difícil para o dimensionamento de RH, determinadas enfermarias chegaram a ter 70 a 80% de afastamentos. Foi o ápice do adoecimento.
		Afastamento por comorbidade, grupo de risco, então as pessoas que são do grupo de risco, não puderam estar diretamente na assistência, e por também infecção.
		Houve também a mobilização da instituição para atender as necessidades e se organizar em relação aos afastamentos administrativos,
		A pandemia levou ao afastamento dos voluntários pelo perfil destes colaboradores e formato de prestação de serviço, isso impactou na assistência e no controle do distanciamento social na sala de espera dos ambulatórios,
		Devido aos afastamentos do pessoal de grupo de risco, e até mesmo pela própria COVID-19, diminuí muito as equipes,

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 21 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Recursos

UNIDADE DE ANÁLISE (continua)		
RECURSOS		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Recursos	Recursos	04 leitos por <i>déficit</i> de Recursos Humanos de Enfermagem
		Até o recurso humano era escasso naquele momento, porque muitos estavam doentes.
		A perda de contratos do NERJ que compunham a escala, que saíram da minha gestão no setor e não foram repostos, o que impactou no dimensionamento.
		O que me dificultou foi a falta de recursos materiais para realização do cuidado/tratamento.
		Olha em 2020, naquele boom mesmo lá em março e abril o recurso ficou bem restrito. Por exemplo, a nossa N95, que deveria trocar a cada 15 dias, a gente só conseguia uma por mês. A gente tinha muito problema de álcool que sumia no setor então ele tinha que ficar trancado. Não que a gente não usasse, mas o número estava muito reduzido e o mínimo que conseguia foi um horror, porque sumia então foi bem complicado no início, mas em 2021 isso daí já não acontecia mais.
		Não temos recursos, não existe recurso humano para isso. Eu especialmente tenho sofrido absurdamente com a falta de recursos humanos,
		8 leitos bloqueados na área de enfermagem por <i>déficit</i> de Recursos Humanos.
		90% dos bloqueios estão relacionados ao <i>déficit</i> de Recursos Humanos, CTI e UPO Adulto, Pediatria, Abdominopélvica, Cabeça e Pescoço, Neuro e Tórax (precaução para a possibilidade de novos casos de COVID-19).
		A gente não consegue trabalhar de forma fidedigna, a gente não consegue captar recursos humanos.
		Vê o que que dá para fazer de forma segura pra que o Recurso Humano que seria injetado por APH nesse setor, seja injetado nas áreas mais críticas do COVID-19.

UNIDADE DE ANÁLISE (continuação)		
RECURSOS		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Recursos	Recursos	Ofertar mais recursos que normalmente disponibilizamos no CTI para o cuidado destes pacientes com COVID-19.
		Quando a gente fez a divisão das alas que seriam para pacientes COVID-19 positivo e suspeitos, a gente foi fazendo um rodízio das equipes que estariam ali cuidando desses pacientes nas áreas de enfermaria.
	Profissionais	Foi necessário juntar os profissionais (remanejar) que estavam trabalhando para atender os leitos que permaneceram em funcionamento.
		Não tínhamos tantos profissionais trabalhando, solicitamos aos que estavam, a gente negociava.
		Profissionais da área administrativa também foram remanejados para área de assistência, Gerência de Risco saiu para cobrir a Terapia Intensiva e Educação Continuada na área clínica, a gente conseguiu de alguma forma mobilizar pessoas para auxiliar de alguma forma nesta batalha.
		Falta de profissionais, tendo em vista que já trabalhamos com um número de pessoal que não atende ao que necessitamos para o hospital poder funcionar de forma regular.
		Chegamos a ter somente dois profissionais na área ambulatorial de adulto.
		Manter o funcionamento do hospital com o <i>déficit</i> de profissionais de Enfermagem foi muito difícil.
		Todos os dias a redução no número de profissionais era impactante, em torno de 10 a 15 profissionais de enfermagem por dia.
		Profissionais com comorbidades, maiores de 60 anos, grávidas, lactantes, puérperas, e a gente aqui na ponta tinha que dar conta de tudo isso, toda a burocracia, toda assistência, e isso foi um desafio muito grande, essa incerteza.
Para podermos ter profissionais disponíveis para atender outras áreas, chegamos a ter semanas sem mapa cirúrgico eletivo, atendendo somente cirurgias de urgência, para poder ter um atendimento dos pacientes internados na instituição.		

UNIDADE DE ANÁLISE (conclusão)		
RECURSOS		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Recursos	Profissionais	Contamos com os remanejamentos internos, precisamos equilibrar as equipes com profissionais mais experientes com menos experientes, principalmente na terapia intensiva.
	Pessoal	O quantitativo de pessoal não é adequado para atender mais de um paciente.
		Já foi solicitado ao RH aumento no quantitativo de pessoal.
		Na verdade, eu precisava ter duas ou três pessoas, mas eu tenho o mínimo necessário.
		Não foi possível reorganizar a equipe devido ao quantitativo de pessoal, eu não tinha pessoal para isso.
		Eu reavalio todos os dias, o problema é que não tem pessoal de enfermagem, o número no qual trabalhamos não é o mesmo ideal.
		Porém sem condições de aumentar a equipe.
		Devido à falta de recursos humanos, além de outros precedentes para cobertura do <i>déficit</i> , principalmente de mão de obra qualificada,
		Nós tentávamos prover mais pessoal e material
		O pessoal de enfermagem varia de acordo com a programação cirúrgica.
		Os leitos cirúrgicos foram todos adaptados de acordo com a diminuição do número de pessoas.
Pois a Divisão de Enfermagem não tem quantitativo de pessoal na equipe para montar um ambulatório de coletas.		

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 22 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Aumento de Carga de Trabalho

UNIDADE DE ANÁLISE (continua)		
AUMENTO DE CARGA DE TRABALHO		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Aumento de Carga de Trabalho	Pacientes	O perfil foi alterado, chegaram a receber pacientes positivos para COVID-19 e em rastreamento, posteriormente passaram a ser um setor COVID-19 <i>free</i> , só eram admitidos pacientes com PCR negativo, tivemos um momento em que recebemos pós-operatório de todas as clínicas cirúrgicas.
		Mas depois alterou, pois com redução de internações e cirurgias oncológicas, a clientela passou a ser de pacientes mais graves, de alta dependência e menos pacientes hígidos.
		Modificando muito o perfil dos pacientes, aumentando a complexidade (pacientes da Neuro, da cabeça e pescoço), anteriormente cirúrgicos da urologia, com um perfil de complexidade menor.
		Eram pacientes muito graves, porque não era só a pronação, eram muitos procedimentos, que demandou enfermagem a beira leito 24 horas.
		De acordo com a mudança da complexidade dos pacientes,
		A rotatividade no setor em relação às outras clínicas que nós não estamos acostumados foi ruim, pois os meus funcionários estão acostumados a lidar com pacientes de cirurgia de urologia, clínica, imagina ter no setor pacientes com Derivação Ventricular Externa (DVE), Dreno de Tórax, Thorametrix, a gente teve que fazer este treinamento total com estes funcionários para atender estes pacientes, isso foi um ponto ruim para a gente
		Tudo foi feito aqui, os exames, tínhamos que abrir planilhas diárias e alimentar com estes pacientes, colher os exames, colocar os resultados positivos, temos do ano inteiro, os dados foram utilizados pela CCIH, tinha uma cobrança da direção, esse trabalho burocrático foi ruim.
		Esse foi o desafio, controlar os casos, as admissões, encaminhar os pacientes.
		E o paciente de COVID-19 é muito difícil de manejar, e tivemos momentos de ter mais pacientes portadores de COVID-19 que pacientes clínicos.

<b>UNIDADE DE ANÁLISE (continuação)</b>		
<b>AUMENTO DE CARGA DE TRABALHO</b>		
<b>CATEGORIA</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
<b>Aumento de Carga de Trabalho</b>	<b>Pacientes</b>	A CCIH ela acompanhava esses pacientes. Até a nível de registro para o governo, pacientes que estavam bem e recebiam alta, elas faziam um certo tipo de acompanhamento para retestagem e para saber até mesmo se não foi a óbito, depois então esse acompanhamento era por parte da comissão de infecção mesmo.
		Foi necessário regular pacientes COVID-19 positivo para outros hospitais através da regulação de vagas,
		As coletas dos exames de RT - PCR são realizadas no HC1 pela equipe de enfermagem em parceria com a pesquisa de funcionários, e as de pré-operatório adulto são realizados pelos residentes médicos das clínicas de origem que realizam as coletas dos pacientes do mapa e das cirurgias condicionadas, com exceção da pediatria que é coletado pelo enfermeiro,
		Vídeo chamadas com familiares dos pacientes foram realizadas pelo celular dos profissionais.
		Toda equipe da Radioterapia foi treinada para coleta de PCR dos pacientes.
		Éramos orientados para organização e regulação dos leitos pelos mapas de liberação dos testes de COVID-19, liberando mais ou menos pacientes para cirurgia, de acordo com a ocupação das áreas COVID-19, se houvesse ocupação de todos os leitos, se reduzia o mapa cirúrgico.
	<b>Carga</b>	São 5 profissionais, sendo 2 enfermeiras e 3 técnicas de enfermagem o que leva a maior exposição à radiação e sobrecarga de trabalho.
		Nos dias que acontecem procedimentos com sedação a carga de trabalho aumenta, principalmente para o enfermeiro, pela necessidade de acompanhar o despertar do paciente.
		A carga de trabalho que a gente tem, pacientes graves, totalmente dependentes, 01 enfermeiro para cada 10 leitos não tem como aguentar.
		Trabalhamos trabalhando intensamente, não observei alterações nas modalidades de tratamento, houve um aumento no número de consultas de avaliação para Braquiterapia e Radioterapia.

UNIDADE DE ANÁLISE (conclusão)		
AUMENTO DE CARGA DE TRABALHO		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
<b>Aumento de Carga de Trabalho</b>	<b>Carga</b>	Escalamos um profissional por leito, independente da categoria, e mesmo dessa forma nós observamos sobrecarga de trabalho, a carga de trabalho aumentou muito com os pacientes de COVID-19.
		Houve aumento de carga de trabalho, tem a questão dos EPI que você precisa estar se paramentando, eu já considero de uma certa forma um aumento do trabalho por si só, os protocolos de coletas de <i>Swab</i> , esses cuidados a mais, eu acho que isso também teve.
		A Enfermagem que estava 24 horas à beira do leito, teve essa sobrecarga porque outras categorias começaram a achar que nós deveríamos estar fazendo inclusive a função que lhe cabia, tipo nutrição, entregar uma bandeja, recolher uma roupa para entregar a rouparia, então a enfermagem foi abraçando muita coisa, até que as coisas se assentassem, e todos poderiam fazer a mesma coisa desde que utilizassem os seus EPI, mas no início isso trouxe um momento de demanda de trabalho para a Enfermagem.
		Aumentando muito a carga de trabalho das equipes.
		Tiveram momentos em que fiquei só na Divisão de Enfermagem, onde eu e minha substituta éramos as únicas lideranças de enfermagem do hospital, eu trabalhava muito, houve um aumento da carga de trabalho, tiveram dias que eu trabalhava aqui de 10 a 12 horas por dia, e se eu pudesse eu não saía, porque eu não sabia o que ia encontrar no dia seguinte, o que ia acontecer,
		Este controle, nos fez perder muito tempo, com aumento da carga de trabalho para a gestão.

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 23 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Avaliação de Carga de Trabalho

<b>UNIDADE DE ANÁLISE (continua)</b>		
<b>AValiação DE CARGA DE TRABALHO</b>		
<b>CATEGORIA</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
<b>Avaliação de Carga de Trabalho</b>	<b>Sistema</b>	Utilizamos o NAS, coleta diariamente, a nossa enfermeira rotina faz diariamente no sistema Epimed, ela faz a avaliação do paciente e cada dia ela faz retrospectivo das últimas 24 horas, lança no sistema, a gente avalia mensalmente o relatório que gera, que são assistenciais, gerenciais e assistência a família.
		No início da gestão utilizamos o Sistema de Classificação de Paciente de Fugulin que compõe a Resolução COFEN 543/ 2017, sem êxito.
		Houve uma tentativa de se aplicar o Sistema de Classificação de Paciente de Fugulin que compõe a Resolução COFEN 543/ 2017, sem êxito.
		A gente estava preenchendo uma escala, porém deixamos de preencher (Sistema de Classificação de Paciente de Fugulin que compõe a Resolução COFEN 543/ 2017)
		Utilizamos o SCP de Fugulin, mas não era regular. Esse ano de 2021 nós estamos conseguindo aplicar e já temos dados.
		No início da gestão utilizamos o Sistema de Classificação de Paciente de Fugulin que compõe a Resolução COFEN 543/ 2017 ou parecer normativo nº 02/ 2020/ COFEN – exclusivo para vigência da pandemia – COVID-19, porém não foi fidedigno para a nossa realidade,
		Houve uma tentativa de se aplicar o Instrumento de Classificação de Paciente de Fugulin que compõe a Resolução COFEN 543/ 2017, sem êxito.
		Este ano de 2021 conseguimos implementar o Sistema de Classificação de Pacientes, o que está nos proporcionando um refinamento desta informação com este indicador, o que não diverge muito da informação utilizada anteriormente.

UNIDADE DE ANÁLISE (conclusão)		
AVALIAÇÃO DE CARGA DE TRABALHO		
CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Avaliação de Carga de Trabalho	Sistema	A gente monitora com o Sistema de Classificação de Pacientes.
		Utilizamos o sistema de classificação de pacientes proposto por DINI nas áreas de enfermarias, onde é avaliado a complexidade do doente e consegue associar as questões da família no entendimento da doença.
		Houve um momento em que foi tentado realizar um estudo aplicando o sistema de classificação de Fugulin (Resolução 543/ 2017) em todos os hospitais de câncer do INCA, porém foi interrompido pela pandemia.
		Utilizamos o Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin estabelecido pela Resolução do COFEN 543/ 2017, a primeira análise de dados foi realizada com meses, o sistema começou a ser monitorado em abril de 2021. No CTI utilizamos o NAS desde antes da pandemia.
		Sim, a gente usa, a minha dissertação do mestrado foi utilizando o sistema de classificação da Perroca, então é um sistema que eu domino, e aí a minha dissertação eu descobri que tem uma associação do KPS e o OS com a classificação dos nossos pacientes de mama na unidade de internação, e aí como que a gente trabalha lá, eu não dimensiono todos os dias, eu não classifico pacientes todos os dias, mas eu dimensiono mesmo duas vezes por ano utilizando o sistema de classificação da Perroca.
		Ela trabalha com dimensões biopsicossociais, ela não classifica, o sistema de Perroca ele não olha o paciente só pelo aspecto físico e biológico, ela abrange também a questão social e abrange coisas relacionadas a gestão, a Perroca ela considera que eu tenho que ter tempo na carga de trabalho do enfermeiro para ele planejar o cuidado, então por isso que a gente decidiu utilizar ele porque isso foi mais adequado para os nossos pacientes.

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 24 – Apresentação das Unidades de Contexto: Categoria Assistência

<b>UNIDADE DE ANÁLISE (continua)</b>		
<b>ASSISTÊNCIA</b>		
<b>CATEGORIA</b>	<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
<b>Assistência</b>	<b>Assistência</b>	A equipe continuou atendendo aos internados, inclusive os portadores de COVID-19, a gente procurava fazer coortes, toda a assistência foi prestada.
		Foi realizado somente triagens dos pacientes para sintomas gripais, para definição do tratamento.
		Os treinamentos relacionados à assistência foram se desenvolvendo no decorrer da evolução do conhecimento relacionado à doença.
	<b>Pandemia</b>	Com a pandemia foi também pensar nos detalhes da assistência, que serviram muito para o paciente COVID-19, porque a gente precisava ter tudo muito correto, o fluxo correto, com todas as técnicas, a pandemia veio aprimorar as técnicas do trabalho,
		No início eram muitos pacientes positivos, tinha que registrar, colocar a clínica, quantos anos, fazer essa planilha de controle para saber como estava a pandemia,
		No 4º andar, durante a pandemia, a CCIH fez uma restrição de internação de pacientes menores de 60 anos para não precisar de acompanhante e diminuir a área de circulação.
		qualificada, demonstrando que profissionais mais experientes foram essenciais para lidar com a pandemia, essas pessoas estiveram mais na linha de frente,
		Então nesse segundo cenário a gente tem as funções bastante divididas como antes da pandemia.
		A gente que está na internação, a gente vê a demanda do paciente, porque a gente não está com fisioterapia 24h, nem a psicologia e nem o serviço social então a gente vê a demanda e pede o parecer e aí a gente tem o retorno delas e no período da pandemia esse retorno era via a telemedicina.
		E a gente teve que reconstruir situações que a gente pudesse mesmo com a pandemia diminuir o sofrimento das crianças e suas famílias.

UNIDADE DE ANÁLISE (continuação)		
ASSISTÊNCIA		
CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Assistência	Pandemia	O que me impactou e me deixou muito orgulhosa, foi o papel desempenhado pelas lideranças na pandemia, algumas adoeceram, mas elas estavam na linha de frente para atender a toda essa demanda de equipe e instituição, elas foram incríveis.
		Na Radiologia os procedimentos foram suspensos para os pacientes que testaram positivos para o COVID-19 durante a pandemia, houve também uma redução dos exames,
		Na Radioterapia a consulta de enfermagem de orientação era realizada em grupo, com a pandemia passou a ser individual.
	Cuidado	Os pacientes do tórax admitidos apresentavam doença avançada, sendo necessário instituir cuidados em fim de vida.
		cuidado de feridas, porque o paciente desenvolvia feridas muito rápido e nós também trabalhamos muito prevenção de feridas.
		o cuidado que a gente tem que persistir, na melhoria das técnicas para proporcionar proteção, tanto para o profissional quanto para o paciente, que vai repercutir na prevenção de eventos adversos, nas infecções relacionadas à assistência à saúde.
		No primeiro momento era só o pessoal que tinha cuidados diretos com o COVID, então no primeiro momento era só a enfermagem que fez o uso da vacina no hospital.
Porque é direito da criança estabelecido no Estatuto da Criança e Adolescente, é um direito constitucional e está dentro da CONANDA, então a gente tinha que manter esse acompanhante em tempo integral, e o nosso olhar para esse acompanhante ele meio que se somou ao cuidado da criança, a gente tinha que estar restringindo o fluxo desse acompanhante pedindo que ele estivesse usando máscara.		

UNIDADE DE ANÁLISE (continuação)		
ASSISTÊNCIA		
CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Assistência	Cuidado	Foi de suma importância a vivência dos enfermeiros que foram residentes do INCA, hoje funcionários, para o cuidado nos setores com a junção de pacientes de todas as clínicas que tratam no INCA e são referenciadas ao HC1, tanto cirúrgicos quanto Onco-hematológicos.
	COVID	Os dias de aplicação de Iodo foram reduzidos no momento da pandemia da COVID-19, pois num mesmo quarto eram internados dois pacientes em Iodoterapia, para segurança do paciente em cada quarto foi estabelecido a permanência de um paciente.
		Atualmente adotamos como estratégia a realização do teste rápido para COVID-19 permitindo assim o retorno de dois pacientes por quarto (são 3 quartos com 2 leitos cada).
		O primeiro cenário, que foi lá em 2020/2021, nós todos desconhecíamos a própria assistência do paciente COVID, então apenas a enfermagem e a medicina que entrava nos cuidados. Não participava laboratório e nutrição. A fisioterapia apenas em nível de parecer, no caso de intubação ou com o paciente já intubado.
		Todos os enfermeiros coloquem na evolução todos os dias, uma evolução com o KPS e PS do paciente a cada 24 horas, o setor COVID por exemplo já começou a fazer isso, todos os dias.
		A gente hoje tem uma média de internação de 08, 09 pacientes de COVID, então o nosso paciente do COVID a gente o classificou, um nível a mais, mesmo ele não sendo intermediário, eles não sendo, tipo assim, eles não são críticos, a gente os colocou como Semi-intensivos.
		Quando a gente retornou com a cirurgias eletivas com coleta dos testes de RT - PCR, para manter o que chamávamos de mapa cirúrgico COVID <i>free</i> ,
		Na QT pacientes com COVID-19 não eram atendidos ambulatorialmente.

<b>UNIDADE DE ANÁLISE (conclusão)</b>		
<b>ASSISTÊNCIA</b>		
<b>CATEGORIA</b>	<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
<b>Assistência</b>	<b>COVID</b>	A Radioterapia contou com a triagem realizada na entrada do hospital para prosseguir com o atendimento do paciente, mesmo assim também era realizado triagem no setor, pelo médico ou enfermeira, e caso identificassem sintomas gripais o PCR para COVID-19 era coletado.
		Todos os carros de Parada Cardiorrespiratória foram reestruturados para atendimentos de pacientes portadores da COVID-19, permanecendo até os dias atuais.
		Para os pacientes do INCA sim, foi oferecido suporte clínico;

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 25 – Apresentação das Unidades de Contexto: Leitos

UNIDADE DE ANÁLISE (continua)		
LEITOS		
CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Leitos	Leitos	10 leitos estão bloqueados por precaução/ estratégia para assegurar leitos de COVID-19 para novos casos positivos “nova onda.”
		Foram bloqueados leitos para comportar o Serviço de Endoscopia e onde este serviço passou a ser o CTI COVID-19, no início da pandemia.
		no 4º andar os leitos de internação na enfermaria precisaram ser alternados para os casos suspeitos.
		Inicialmente as cirurgias eletivas foram suspensas, então a UPO foi adaptada para ser o setor COVID-19,
		O setor virou uma policlínica, admitindo os pacientes cirúrgicos das outras clínicas, tornando-se uma área livre de COVID-19.
		O 4º andar foi dividido em duas alas, uma ala destinada a pacientes contaminados pela COVID-19 e uma ala destinada aos pacientes livre de COVID-19.
		Pensando no perfil da clientela, por ser a maior unidade clínica de adultos com tempo de permanência de pacientes acima de 7 dias, entendendo não ser viável manter 4 pacientes de LLA na mesma enfermaria, sendo bloqueado 1 leito de cada enfermaria de 4 leitos deste setor).
		12 leitos bloqueados para deslocamento da endoscopia para o 6º andar, para readequação de infraestrutura para COVID-19.
		Hoje como eu estou com uma área COVID aberta, a gente está com 2 enfermarias de 10 mais 2, eu estou com 12 leitos bloqueados, porque uma unidade de internação tá dividida na metade pra isolamento de COVID, então pra eu manter o descanso do funcionário, que trabalha na área COVID de forma segura, pra eu ter uma enfermaria pra eles desparamentarem, pra ele tomar banho eu preciso manter esses leitos bloqueados.
Estruturamos um CTI COVID, com 04 leitos inicialmente e posteriormente 02 leitos, o que permanece até hoje.		

UNIDADE DE ANÁLISE (conclusão)		
LEITOS		
CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Leitos	Leitos	A gente não tinha condições de abrir muitos leitos, pois tínhamos que aguardar o resultado, tendo que trabalhar com uma área de transição, uma área de COVID negativo, internado em uma área pré e em outra pós-operatório, para se ter um fluxo linear, sem retorno para a área anterior,
		Chegamos a regular para o Hospital Pedro Ernesto, Hospital do Cérebro e Hospital Raul Gazolla, suporte proporcionado pela rede que otimizou leitos para cirurgia, gerando oportunidades de cirurgia
		A cirurgia oncológica foi muito afetada também pela falta de leitos de CTI, devido à complexidade das neurocirurgias e cirurgias Abdominopélvica. O CTI oscilou a ocupação de leitos com casos clínicos e casos COVID-19.
	Setor	<p>O setor do tórax tornou-se área COVID, tendo os pacientes da clínica encaminhados ao setor de Iodoterapia para rastreamento do COVID-19, até o resultado do PCR,</p> <p>Chegou um momento no auge da pandemia precisou fechar uma das unidades de internação para poder virar COVID-19.</p> <p>pensando no perfil da clientela, por ser a maior unidade clínica de adultos com tempo de permanência de pacientes acima de 7 dias, entendendo não ser viável manter 4 pacientes de LLA na mesma enfermaria, sendo bloqueado 1 leito de cada enfermaria de 4 leitos deste setor).</p> <p>Foram criados Kits com materiais para realização de procedimentos, principalmente para atendimento da PCR. Esses Kits eram repostos nos setores, nos postos de enfermagem, para otimizar o atendimento e evitar a saída do leito de isolamento para pegar material, levando ao risco de contaminação de outros profissionais. Na enfermaria tinha um quarto com filtro EPA para atendimento do paciente grave em Parada Cardiorrespiratória.</p>

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 26 – Apresentação das Unidades de Contexto: Medo

UNIDADE DE ANÁLISE		
MEDO		
CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Medo	Medo	O medo das pessoas, inicialmente teve muito medo de todos as categorias.
		As pessoas enfrentaram o medo e deram o seu melhor.
		O estresse dos servidores naquele momento, o medo, as pessoas não queriam ser remanejadas para área COVID-19, e os que estavam só trabalhando nesta área também tinham seus questionamentos, foi um momento muito conturbado.
		Porém nós também estávamos assustadas e com medo de adoecer, de perder pessoas, de estar na rua.
		Com a pandemia as pessoas tiveram mais medo, medo de morrer, receio de lidar com pessoas doentes, com uma doença que pudesse matá-las, que era essa doença infectocontagiosa, e nós não estávamos preparados para isso.
		A desinformação, a falta de conhecimento da própria doença, o medo de que muitos da equipe se colocaram no início, muito assustados, e a gente tentou fazer com que eles entendessem que o medo era legítimo, mas o pânico ia paralisar e a gente precisava continuar.
		Uma coisa que eu percebi na área que a gente atua é que as outras categorias profissionais queriam sair de cena com medo também da COVID-19,
		E nós porque estávamos trazendo um ambiente muito pesado, muito maçante, com muito medo,
		E eu tinha muito medo do que ia acontecer e tinha medo de deixar alguém exposto, foi um espírito de guerra, que eu não quero viver nunca mais.
		Sim, alguns conflitos sim, foram gerados por medo.
		E aí ela contou que ela tinha medo, mas teve que ficar perguntando muito, antes teve muita resistência.
Principalmente porque os pacientes reduziram a vinda ao hospital por medo de contrair a doença, repercutindo em demora nos diagnósticos.		

Fonte: O autor, 2022.

## 7 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A análise de dados deste estudo se desenvolveu a partir de análise estatística descritiva e da análise de conteúdo, embasadas por publicações científicas, literatura cinzenta e dados secundários. Os dados analisados foram gerados com base nas respostas dos gestores de enfermagem ao questionário elaborado a partir do *Checklist para a gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à covid-19, publicado pela OPAS* e das respostas as perguntas abertas elaboradas pelo pesquisador.

Tendo em vista o objetivo geral, avaliar os efeitos da pandemia da COVID-19 no processo de trabalho e no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem na visão dos gestores de uma unidade federal de referência para tratamento e controle do câncer, entendemos que a descrição do perfil da força de trabalho de enfermagem se faz necessário para iniciarmos esta análise e discutirmos o perfil sociodemográfico dos gestores.

### 7.1 Análise do Perfil Sociodemográfico dos Gestores das Unidades Integradas de Análise

No capitalismo, a divisão do trabalho possui uma reprodução da estrutura de classes sociais por meio da divisão social do trabalho, sendo assim, no campo da saúde, com a evolução da complexidade do trabalho médico e a configuração do hospital moderno, o médico foi direcionado ao manejo da dimensão intelectual e os outros trabalhadores aos elementos infra estruturais e manuais, dando origem à enfermagem, porém, levando a uma subdivisão destes profissionais em mais e menos qualificados para o desempenho de tarefas de controle e manuais (MENDES-GONÇALVES, 2017, apud, SOUZA, et al., 2021, p. 3).

A enfermagem é a maior categoria profissional do campo da saúde no Brasil, composta por 2.648.218 profissionais, divididos em: 654.637 Enfermeiros, 1.551.041 Técnicos de Enfermagem e 442.202 Auxiliares de Enfermagem, todavia, é no estado de São Paulo que se encontra a maior concentração destes profissionais, principalmente de enfermeiros, com 161.022, seguidos do Rio de Janeiro, com 61.874 e Minas Gerais com 58.042 profissionais (COFEN, 2022).

Através de uma iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), apoiada pela OPAS, Ministério da Saúde e pela Rede ObservaRH, foi realizado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - NERHUS/ ENSP /FIOCRUZ, uma pesquisa para determinar o perfil da equipe de enfermagem no Brasil, visando entender a sua dinâmica no contexto socioeconômico e político brasileiro, a formação e desenvolvimento profissional, o mercado de trabalho, dentre outras informações relevantes que permitissem avaliar a situação da profissão e propor mudanças (COFEN, 2022).

De acordo com a pesquisa desenvolvida pelo NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, os enfermeiros compõem 22% da categoria de enfermagem, onde, 86,2% são do sexo feminino, e a faixa etária predominante foi de 26 - 35 anos com 45%. Quanto ao tempo de formação, no mercado de trabalho prevalecem enfermeiros com até 05 anos de formado, com 37,8%, seguido de 06 - 10 anos com 25,9%. Ainda assim, dos enfermeiros entrevistados, 65,3% realizam sua atividade profissional no setor público, sendo 19,3% no Serviço Público Federal, no qual, 55,7% são estatutários e 9,9% possuem vínculo trabalhista por tempo determinado (MACHADO, 2017, p. 722-748).

A trajetória feminina da força de trabalho da enfermagem, protagonizou a inserção feminina no mercado de trabalho, e no Brasil, pode ser descrita como única, indo ao encontro das características do trabalho da mulher na sociedade brasileira, relacionada ao papel feminino no processo de proletarização geral. No final do século XIX e início do século XX, as mulheres compunham mão de obra principal na indústria têxtil, porém, a partir do século XX, se iniciou o desenvolvimento do setor de serviços, com atividades diversificadas, sendo inserido a categoria da enfermagem ocupada predominantemente pelas mulheres (SAFFIOTI, 1982, apud, SOUZA, et al., 2021, p. 4).

Assim como descrito nos resultados deste estudo, o gênero feminino, autodenominado pelos gestores das Unidades Integradas de Análise, prevaleceu com 93%, corroborando com o perfil dos profissionais identificado na pesquisa entregue ao COFEN, que reforça a predominância do sexo feminino no setor saúde, com contribuição relevante da força de trabalho de enfermagem; apesar de uma tendência masculina da categoria na formação superior entre os mais jovens (MACHADO, 2017, p. 110).

Relacionado a faixa etária dos gestores, 43% possuem entre 31 - 40 anos, seguidos de 36% entre 41 - 50 anos, o que demonstrou, que os gestores das Unidades Integradas de Análise estão inseridos na 2º e 3º fase profissional, denominadas “Pós-Formação Profissional” e “Maturidade profissional”, respectivamente.

A fase “Pós-Formação Profissional”, é compreendida pela faixa etária entre 26 - 35 anos, caracterizada pela busca do aprimoramento profissional, como por exemplo uma Pós-Graduação, visando se qualificar para os serviços e para se inserir no mercado de trabalho, em funções de maior complexidade e destreza cognitiva, porém, buscando as áreas de interesse, vislumbrando o futuro do mercado de trabalho. A fase “Maturidade profissional” compreende profissionais entre 36 - 50 anos, considerados aptos e devidamente qualificados, em sua maioria com o diploma de especialista, as escolhas profissionais são guiadas pela lógica racional, podendo já estar inserido em definitivo no mercado de trabalho. Nesta fase, o profissional domina suas habilidades e destrezas cognitivas. (MACHADO, 2017, p. 110-111).

Apesar do recorte da faixa etária do nosso estudo não compreender exatamente ao recorte aplicado por Machado, 2017, na abordagem realizada, podemos inferir que os enfermeiros gestores das Unidades Integradas de Análise vivenciam em sua plenitude a fase de “Maturidade profissional”, tendo em vista que, 71% estão formados há mais de 15 anos e 93% são servidores públicos e possuem Pós-graduação *Lato Sensu* e *Stricto Sensu*.

Cabe ressaltar que, 57% dos gestores, exerce a gestão ou está na ocupação de chefe há mais de 4 anos, seguidos de 43% entre 3 e 4 anos, demonstrando aptidão para a função e conhecimento do perfil da área e da equipe de enfermagem. A pesquisa entregue ao COFEN, investigou dentre as ocupações da equipe de enfermagem, a ocupação de cargo de chefia, demonstrando que, 9% dos investigados ocupam cargo de chefia, destes, 14,6% Gerente/ Chefia ou Direção Geral de Enfermagem, 11,8%, Gerente/ Chefia de Serviços de Enfermagem (Clínicas), 9% têm cargo de gerentes/chefes de Serviços de Enfermagem (Clínicas/Programas) e 5,4% Gerente/Chefia de Unidade Intensiva (MACHADO, 2017, p. 410).

Após identificarmos o perfil dos gestores, seguimos com a análise do dimensionamento e da condução da força de trabalho de enfermagem frente à pandemia da COVID-19, baseado no questionário, onde buscamos discutir estratégias adotadas por gestores em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem para enfrentamento da COVID-19.

## **7.2 Mapeamento da Disponibilidade, Necessidades e Lacunas na Capacidade da Força de Trabalho de Enfermagem no Cenário Oncológico**

Conforme descrito no subcapítulo 6.1.2, apesar de uma porcentagem dos gestores afirmarem não ter sido realizado o mapeamento da força de trabalho, tanto para as necessidades essenciais com prioridade para alocação e escalonamento, quanto de acordo com as limitações e restrições, recomendações foram realizadas a partir de pareceres técnicos dos órgãos competentes.

Cabe destacar que, recomendações foram definidas pelo Ministério da Saúde em abril de 2020, através da Publicação Técnica: Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais, que definiu as restrições e recomendou que cada serviço de saúde avaliasse a possibilidade de afastar profissionais que se enquadrassem nos grupos de risco, de acordo com as peculiaridades e necessidades (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p. 17-19).

Isto posto, o INCA acatou e afastou todos os profissionais que se enquadraram, com exceção aos que optaram por permanecer em suas atividades profissionais, bem como, os gestores de enfermagem buscaram alocar a força de trabalho respeitando prioridades e necessidades essenciais.

## **7.3 Recrutamento de Profissionais de Enfermagem**

Estratégias diversas foram adotadas em relação ao recrutamento de profissionais de Enfermagem e dimensionamento de enfermagem, tanto relacionadas a jornada de trabalho quanto a carga horária semanal, a fim de reduzir a exposição da força de trabalho de enfermagem ao vírus da COVID-19 e manter o atendimento dos pacientes oncológicos. O estudo demonstrou que, dentre as Unidades Integradas de Análise, somente um HC 3, foi contemplado com o adicional de enfermeiros, através do Contrato Público Temporário da União, oportunizando agregar profissionais à força de trabalho de enfermagem, conforme descrito no subcapítulo 6.1.3.

O redirecionamento de trabalhadores de setores relacionados a saúde, também foi estratégia realizada na instituição como forma de triar a entrada de pacientes e acompanhantes com sintomas gripais, além de controlar o fluxo de pessoas na unidade.

Apesar de não ter sido descrito pelos gestores do HC 1, neste HC, os profissionais da segurança auxiliaram na triagem e controle de acesso, onde, as portas de entrada da unidade foram designadas separadamente para a entrada de profissionais, pacientes e a saída dos usuários, priorizando organizar o acesso, além de avaliar e restringir a entrada de acompanhantes, reduzindo assim o fluxo no hospital. Ressaltamos que, o trabalho destes profissionais foi de suma importância na determinação das barreiras de acesso à unidade.

Além desta categoria profissional, no HC I, enfermeiros das áreas administrativas, junto aos residentes da área multiprofissional, incluindo os residentes de enfermagem, auxiliaram na triagem de usuários e profissionais, com verificação de temperatura corporal e realização de orientações necessárias a precaução e controle da COVID-19.

O Departamento de Radiologia Oncológica do Hospital Universitário “Maggiore della Carità” de Novara, localizado na região do Piemonte, no noroeste da Itália, no início da pandemia, estabeleceu medidas de contenção da COVID-19 restringindo o acesso ao hospital em uma única entrada e realizando triagem dos pacientes e profissionais, medindo temperatura e avaliando sinais e sintomas gripais. Sendo assim, enfermeiros, técnicos e médicos disponibilizaram grande parte de seu tempo tranquilizando os pacientes oncológicos através de informações e explicações relacionadas às medidas de prevenção (KREGLI et al., 2020, p. 528-529).

Reforçando as estratégias de recrutamento e dimensionamento de enfermagem, e atendendo as recomendações do MS, gestores das Divisões de Enfermagem realizaram incentivos às medidas de apoio ao trabalho remoto, principalmente para os enfermeiros, considerando a possibilidade de realização de atividades burocráticas, administrativas e de ensino, no entanto, para aqueles profissionais que atuavam diretamente na assistência, e profissionais de nível médio (Técnicos de Enfermagem), houve dificuldade em atribuir atividades que pudessem ser realizadas em *home office*, permanecendo estes profissionais afastados sem o compromisso de realizar tarefas institucionais no domicílio.

Todavia, o INCA publicou na *Intranet*, normas e critérios para o trabalho remoto, onde um plano de tarefas deveria ser definido pela chefia imediata em conjunto com o funcionário, a fim de assegurar a continuidade dos serviços da unidade e garantir a manutenção e a qualidade das atividades, podendo ser estipuladas metas de produtividade, de acordo com a complexidade

e urgência de sua execução, do mesmo modo que a periodicidade da entrega dos produtos pactuados no plano de trabalho (INCA, 2021).

Porém, cabe destacar que, este documento deixa claro a necessidade da existência e acesso às plataformas e aos programas que permitam a execução da atividade, e servidores e colaboradores deverão providenciar toda estrutura tecnológica, quando na modalidade de jornada integral ou parcialmente remota, assumindo os custos de internet, energia elétrica e telefone, assim como outras despesas decorrentes (INCA, 2021). Este documento encontra-se disponível para consulta no Anexo D.

Em países de baixa e média renda, com a necessidade de atendimento e o desejo dos pacientes portadores de câncer em manter um tratamento ininterrupto, RHS tiveram que trabalhar no limite, sendo desafiados a manter os serviços de oncologia e a própria saúde mental, pois, o que era ruim antes da pandemia, a escassez de RHS, ficou ainda pior (DATTA et al., 2020, p. 1490).

Todavia, algumas mudanças foram atribuídas na jornada de trabalho, o que gerou benefícios para equipe, que se dividiu em trabalho presencial e domiciliar, através do atendimento remoto, tornando esta atividade fator de proteção contra a COVID-19. Também foram oferecidos transporte e acomodação para os profissionais que tivessem problemas em se locomover, devido aos bloqueios locais. Salários foram adiantados e/ou pagos sem atraso para reduzir a ansiedade gerada pelos compromissos financeiros. Foram elaboradas escalas de pessoal para atender os pacientes com COVID-19, compostas por médicos e enfermeiras de vários departamentos, reduzindo assim a carga de trabalho individual ou especificamente dos serviços (DATTA et al., 2020, p. 1491).

#### **7.4 Categoria de Análise Dimensionamento**

Sendo assim, como parte da análise de conteúdo, a Categoria de Análise Dimensionamento, demonstrada no quadro 9, nos remeteu a partir das Unidades de Contexto, a inferir que os gestores realizam o dimensionamento da equipe de enfermagem de acordo com o número de pacientes a serem assistidos nas áreas de internação, equalizando através da relação técnico/ leito e enfermeiro/ equipe/ plantão, bem como complexidade do paciente, com auxílio das estratégias utilizadas nos arranjos de escala.

Para os setores de diagnóstico, foi observado que, o número de máquinas em funcionamento/dia, demanda a presença de um profissional de enfermagem para atuação nesta sala de exame, do mesmo modo que, um profissional deverá ser escalado se houver a necessidade de manter o paciente em observação, priorizando a segurança do paciente.

Para o setor de Radioterapia, o gestor trabalha a partir de um quantitativo fixo de profissionais disponibilizados pelas Divisões de Enfermagem, de acordo com o número de vagas destinadas às áreas de exposição à irradiação ionizante, que está condicionada a disponibilidade da remuneração referente ao Adicional por Irradiação Ionizante, conforme determinado no art., 12, § 1º da Lei nº 8.270, de 17 de dezembro de 1991.

O COFEN, como órgão técnico, tem um papel importante no dimensionamento de pessoal de enfermagem, e estabelece parâmetros mínimos para que os gestores, gerentes e enfermeiros dos serviços de saúde, possam realizar o dimensionamento do quantitativo de profissionais de enfermagem, a partir de normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar no planejamento do quantitativo de profissionais necessários para execução das ações de enfermagem. Estes parâmetros são definidos pela Resolução COFEN 543 de 12 de maio de 2017, que orienta o dimensionamento baseado no grau de dependência do paciente em relação à equipe de enfermagem, através do sistema de classificação de pacientes (SCP) e realidade sociocultural (COFEN, 2017).

Posto isto, observamos que, apesar de ser uma recomendação do órgão de classe da enfermagem brasileira, a Resolução 543/ 2017 foi mencionada somente 4 vezes nesta categoria, entretanto, quando mencionada, foi ressaltado a incompatibilidade com a realidade do serviço, e que apesar de terem sido realizadas tentativas de aplicação, não houve sucesso, devido a dinâmica dos serviços e a escassez de recursos humanos; dois gestores informaram utilizar a resolução, porém um deles associado a RDC 7, e o outro, durante a pandemia embasou o dimensionamento no Parecer Normativo nº 002/ 2020/ COFEN.

O Parecer Normativo nº 002/ 2020/ COFEN, foi exclusivo para vigência da pandemia da COVID-19, onde foram estabelecidos parâmetros mínimos de profissionais de enfermagem para atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19, internados em Hospitais Gerais, Hospitais de Campanha, Unidades de Tratamento Semi-Intensivo/ Salas de Estabilização e Unidades de Terapia Intensiva (COFEN, 2020). Apesar de não ter sido contemplado os Hospitais de Oncologia, este parecer foi mencionado por dois gestores, que ressaltaram ter aplicado nas unidades clínicas ou enfermarias de COVID-19, associando a recomendação para Hospitais Gerais e Semi-Intensivo, de acordo com a complexidade do cuidado; sendo destacado

por um gestor que, para a UTI foi inviável, devido ao quantitativo de recursos humanos recomendado.

Para gerenciar o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, e compor os postos de triagem, enfermeiros da região de Emília - Romagna, foram abordados quanto a disponibilidade para cobrir turnos extras, selecionando dos disponíveis, os mais experientes, pela capacidade de distinguir entre sintomas semelhantes aos da COVID-19 e sintomas relacionados ao câncer e os efeitos do tratamento, com isso, não aumentar o número de profissionais de enfermagem através de novos contratos, foi a opção do grupo durante a fase 1 da pandemia, devido a exigência de treinamento adicional e das atividades altamente especializadas desempenhadas pelos enfermeiros do centro de oncologia. Cabe ressaltar que, as enfermeiras do centro de oncologia, estiveram na linha de frente conscientes do risco, e segundo o estudo, “deram o seu melhor, demonstrando generosidade, competência e compaixão” (ZENELI et al., 2020, p. 545, 550).

Relacionando a gestão da força de trabalho que atuava em oncologia na Índia, houve um acordo de que o dimensionamento e o revezamento dos profissionais eram uma questão fundamental para retomar os serviços e minimizar a exposição, dentre as estratégias adotadas, o revezamento entre dias trabalhados e folgas foi de 2 semanas, considerando que o período de incubação da COVID-19 era de até 14 dias (SHRIKHANDE et al., 2020, p. 766).

## 7.5 Reorganização e Distribuição de Papéis da Força de Trabalho de Enfermagem

Nas Unidades Integradas de Análise, para os profissionais que permaneceram na linha de frente, observamos que foram atribuídos papéis específicos para os enfermeiros, tais como: organização e operacionalização do funcionamento do Centro Cirúrgico, adequando as programações cirúrgicas conforme as estratégias e de precaução e rastreamento adotadas; manejo do paciente crítico mediante as intercorrências, triagem dos pacientes e gestão do cuidado em áreas de coorte<sup>6</sup>, dimensionamento da força de trabalho para compor as equipes da linha de frente, treinamento dos RHS, entre outros.

---

<sup>6</sup> Áreas de coorte\*: áreas destinadas a internação de pacientes que testaram positivos para COVID-19, funcionando tanto com enfermarias coletivas, quanto com leitos de isolamento. Nestas áreas, foram adotadas todas as medidas de precaução e restrição de circulação de pessoas, tanto profissionais quanto acompanhantes.

No norte da Itália, em uma das regiões mais afetadas pelo vírus, um grupo de enfermeiros de um centro de referência em oncologia, um instituto de pesquisa de câncer, publicaram sua experiência, demonstrando as estratégias adotadas em resposta a COVID-19 no manejo do cuidado oncológico, com a criação de um comitê de crise, onde as decisões foram embasadas a partir das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), da literatura emergente, Ministério da Saúde e o Centro de Controle de Infecção (CDC) (ZENELI et al., 2020, p. 543-544).

Isto posto, podemos observar a importância da atuação do enfermeiro especialista em papéis específicos, tais como, no controle da disseminação do vírus nas unidades oncológicas, bem como no cuidado e manutenção do tratamento oncológico.

Contudo, não foi realizado treinamento da força de trabalho para enfrentamento da pandemia de acordo com as especificidades do câncer e suas modalidades de tratamento, ao contrário de alguns centros de tratamento, que estabeleceram protocolos e condutas para condução dos casos de câncer frente a pandemia, o que oportunizou a tomada decisão dos oncologistas em relação ao tratamento e ao cuidado do paciente oncológico exposto ao vírus ou portador da COVID-19.

Todavia, nos Estados Unidos da América, especialistas de um Centro de Radiologia situado no grande epicentro da doença da COVID-19 e com grande volume de atendimentos, devido a expertise no manejo de doenças metastáticas e internações por emergências oncológicas relacionadas as metástases, se reuniram para discutir as melhores práticas de condução do tratamento com radioterapia paliativa em casos de câncer metastático, frente a pandemia da COVID-19, onde uma das orientações foi, uma visita de um especialista em radioterapia, enfermeiro ou médico, para os pacientes com necessidade de cuidados de suporte durante o tratamento radioterápico, com propósito de conduzir de forma segura a terapia (YERRAMILLI et al., 2020, p. 590).

Estudo realizado na China por oncologistas torácicos, reforçou a importância de se diferenciar os tipos de pneumonia e infecções pulmonares que acometem os pacientes oncológicos, da infecção pelo vírus da COVID-19, destacando a maior suscetibilidade destes para contrair a infecção, principalmente os portadores de câncer de pulmão. Medidas para proteger a segurança dos pacientes e equipe foram enfatizadas na condução dos serviços, como técnicas investigatórias a serem realizadas na triagem para biópsia pulmonar (GUO et al., 2020, p.343-345).

Entretanto, conforme exposto, houve definição clara de papéis, principalmente para os enfermeiros, porém, foi possível observar nas falas dos gestores que, poucos foram os serviços

que conseguiram em meio a pandemia descrever novos procedimentos operacionais padrão e atualizar os existentes, justificando aumento da carga de trabalho e *déficit* de recursos humanos, mesmo sendo descrito por eles, que houve uma tentativa de realização desta tarefa. No HC 2 e no HC 3, esta atividade foi atribuída aos enfermeiros que estavam em home office, o que possibilitou a conclusão desta tarefa com êxito.

A elaboração de protocolos e procedimentos operacionais padrão torna os serviços mais organizados, diminuindo eventos adversos e proporcionando qualidade ao cuidado, desde que, toda a força de trabalho tenha conhecimento e acesso aos documentos, e seja treinada para operacionalização dos procedimentos padronizados.

Corroborando com o exposto, a liderança clínica do Tata Medical Center, centro de referência da cidade de Calcutá, Índia, preocupados com a adversidade do cenário pandêmico, organizou um time direcionado a compilar e divulgar as informações e orientações clínicas para o atendimento de pacientes com câncer, liderados por um médico oncologista sênior. Foram elaborados procedimentos administrativos, de diagnóstico e controle de infecção, bem como os procedimentos operacionais padrão, seguindo uma regularidade de atualização (RADHAKRISHNAN et al., 2020, p.3).

Ainda assim, o compromisso dos gestores em manter o cuidado oncológico e o atendimento dos usuários portadores da COVID-19, impôs a necessidade em se realizar outros arranjos de escala como parte do dimensionamento de enfermagem, tais como, a escala de 24 horas de plantão ininterrupto, o uso do recurso financeiro do APH, solicitações de dobras (permanência por mais um turno) para os plantonistas de 12 horas, mudanças de turnos, solicitações de plantão extra e horas extras.

Importante destacar que, no INCA, as horas extras não são remuneradas, compondo, como parte de uma negociação, crédito em um banco de horas administrado pelo gestor, que se compromete a reduzir a carga horária ou disponibilizar uma folga, num momento oportuno ao servidor.

A escala de 24 horas, já fazia parte dos turnos de trabalho disponibilizados pelo Ministério da Saúde para organização da forma como o servidor cumpriria a carga horária semanal, que no INCA está estabelecida para todos os servidores concursados em 40 horas semanais, salvo algumas exceções de categorias que adquiriram a partir de judicialização redução de carga horária, conforme estabelecido para estas classes trabalhistas, como por exemplo fisioterapia e serviço social; e para os casos especiais determinados pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, a partir da Nota Técnica Conjunta nº 113/2018-

MP que determina a concessão de horário especial ao servidor portador de deficiência ou que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência.

A Portaria nº 260, de 21 de fevereiro de 2014, “Dispõe sobre o funcionamento das unidades hospitalares sob gestão direta do Ministério da Saúde e a jornada de trabalho a que se submetem os servidores efetivos e temporários em exercício nessas unidades”, e no artigo 7º, determina que:

Compete ao Diretor da unidade hospitalar organizar a escala de trabalho dos servidores efetivos e temporários, observado o interesse da administração e o disposto nesta Portaria, de modo a garantir a continuidade dos serviços e a passagem ordenada das tarefas.

Cabe ressaltar que, antes da pandemia, as Divisões de Enfermagem não deliberavam a aplicação das escalas de 24 horas de trabalho por 120 horas de repouso remunerado com complementação de carga horária, o que para o universo da enfermagem do INCA, parecia uma possibilidade distante, tendo em vista, que as Divisões de Enfermagem só trabalhavam com formatos de escalas onde os turnos de trabalho disponibilizados eram, de 8, 10 e 12 horas diárias, respeitando os intervalos obrigatórios de repouso e o cumprimento das 40 horas semanais, de forma a atender as características dos setores, atividades e o cuidado a ser prestado.

Todavia, diante do que nos remete o artigo 7º da Portaria 260, coube às Divisões de Enfermagem avaliar o interesse administrativo junto a Direção do seu HC, considerando que, estão subordinadas diretamente a estas, conforme demonstrado no Organograma do INCA, Anexo C.

Como parte das atividades da força de trabalho de enfermagem, o uso das plataformas de telemedicina ou outras estratégias baseadas na internet para o atendimento do paciente oncológico não foram implementadas, apesar do INCA em seu escopo organizacional, ter considerado o teleatendimento como uma modalidade de trabalho possível, autorizando os profissionais a registrar no prontuário eletrônico as evoluções dos atendimentos remotos, todavia prevaleceu os atendimentos presenciais.

A telessaúde foi uma estratégia desafiadora na Itália, sendo proposta na primeira onda, como estratégia para reduzir o deslocamento dos pacientes para os hospitais, porém somente 11% dos serviços possuíam acesso a uma plataforma informatizada destinada a teleconsulta, prevalecendo assim, as consultas presenciais (INDINI et al., 2021, p.114).

O INCA disponibiliza ainda, a plataforma virtual da Rede Universitária de Telemedicina (Rute), que foi utilizada pelas equipes de Educação Continuada e pelo Ensino

Acadêmico para dar continuidade aos treinamentos e aulas, tanto para equipe de enfermagem quanto para os discentes da Residência Multidisciplinar.

Aspecto importante necessita ser descrito, quando relacionamos o uso da telessaúde como uma estratégia inovadora em nosso país, devemos considerar que, esta estratégia se configura em um programa do Ministério da Saúde denominado, Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), autorizado pela Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, que tem por objetivo apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde ordenadas pela Atenção Básica no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Sendo assim, o Projeto Rute como uma iniciativa do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MTC) se destina a apoiar e aprimorar a infraestrutura de telemedicina nos hospitais universitários e instituições de ensino, e o núcleo Rute do INCA, conta com uma sala de videoconferência com equipamentos para conexão em banda larga, que permitem assistência remota a pacientes e atividades de educação a distância e pesquisa colaborativa (Rede Nacional de Ensino e Pesquisa, 2011).

Com isso, podemos inferir que, foi necessário vivenciarmos uma pandemia, com imposição de distanciamento social, para que um Programa Nacional em vigor desde 2011 fosse valorizado e fortalecido em algumas instituições, e principalmente pelo serviço privado, como uma estratégia possível para manutenção do atendimento aos usuários do SUS, bem como para o ensino e treinamento em serviço atualmente.

No entanto, cabe destacar que o SUS em sua estrutura, admite a complementaridade no atendimento à saúde, o que levou os serviços privados e os seguros saúde em meio a pandemia, a explorar o uso da telemedicina, oportunizando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a buscar autorização e cobertura para este serviço, lançando a Nota Técnica nº 3/ 2020/ DIRAD-DIDES/ DIDES, que registrou os aspectos da regulação do setor de saúde suplementar relacionados a telessaúde, destacando esta estratégia com a utilização de recursos de tecnologia da informação e de comunicação (TIC) para prestação de serviços de assistência remota aos usuários da prestação dos serviços de saúde privada (ANS, 2020).

Autores ressaltaram que, para ser atendido pela assistência baseada em telemedicina, o paciente necessita ser elegível e autorizar mediante assinatura de consentimento informado remoto, e que a assistência por telemedicina pode ser contratada e custeada pela empresa ou ser reembolsada junto às operadoras de saúde, para os serviços privados, conforme determinado pela ANS em 30 de março de 2020 (STERNBERG et al., 2020, p. 343).

Ainda assim, reforçando a importância da telessaúde, preocupados com o aumento da carga de trabalho na pandemia e a exposição dos profissionais, o Departamento de Radiação

Oncológica do Instituto de Ciências Médicas, limitou o número de pacientes por hora, reduzindo o tempo de espera e consecutivamente o contato entre eles nas consultas. As equipes foram treinadas quanto ao uso e descarte de EPI, higienização das mãos e realização de triagem, sendo divididas em grupos de trabalho, revezando o trabalho presencial e remoto, com realização das teleconsultas, para minimizar o deslocamento dos pacientes ao centro de tratamento e orientar a somente comparecer ao hospital em casos de urgência (GUPTA et al., 2020, p.94-95).

Em relação a implementação de *call center* ou linhas diretas de emergência, esta estratégia não foi formalmente implementada, todavia, contatos telefônicos foram realizados com pacientes e acompanhantes para alinhar agendamentos e remarcações de consultas, exames e cirurgias, bem como, realizar orientações de condutas necessárias a continuidade do tratamento.

Para os Profissionais do Departamento de Oncologia da Universidade *McMaster* no Canadá, uma das estratégias para manutenção do atendimento aos pacientes com câncer e preservação da segurança durante a pandemia, foi o uso do atendimento virtual, reconhecido como uma estratégia de emergência para manter os centros de tratamento livres da COVID-19, evitando assim, possíveis interrupções no tratamento. Os autores relataram que, no início da pandemia, para conduzir os atendimentos dos pacientes, realizar avaliações de acompanhamento, comunicar notícias difíceis e compartilhar resultados de testes, tanto com os pacientes, quanto com os familiares, utilizaram o recurso telefônico através de telefone fixo, em um ambiente reservado. Com isso, foram estimulados a iniciar o atendimento virtual, evoluindo gradativamente devido a limitações na conexão da rede (LEVINE; MCGILLION; LEVIVE; 2020, p.2).

Contudo, a qualidade do atendimento virtual foi uma preocupação do grupo, o que os motivou a avaliar modelos de atendimento em práticas oncológicas que incorporassem qualquer tecnologia virtual, utilizando o Formulário Nacional de Qualidade para a avaliação da telessaúde em oncologia. Partindo desse pressuposto, uma oportunidade que ainda gerou incertezas, foi o uso do atendimento virtual para comunicação de notícias difíceis, pois poderia dificultar a percepção de como o paciente estaria recebendo a notícia, que seria avaliada através da expressão corporal e percepções visuais. Quanto ao atendimento multidisciplinar, poderia ser uma opção viável para manter o distanciamento social, porém desafiador em termos logísticos (LEVINE; MCGILLION; LEVIVE; 2020, p.2-3).

Para a enfermagem oncológica, devido ao importante papel relacionado à avaliação de sintomas e toxicidade, triagem e educação em saúde, os autores destacaram que o atendimento

virtual poderia marginalizar o papel do enfermeiro, necessitando de uma análise mais aprofundada (LEVINE; MCGILLION; LEVIVE; 2020, p.3).

No serviço de tratamento de tumores ósseos e sarcomas de partes moles de *Oxford*, do Centro Ortopédico de *Nuffield*, foi estabelecido como estratégia, postergar tratamentos de lesões benignas, com objetivo de reduzir a frequência de visitas do paciente ao hospital, assegurando o seu retorno ao final da pandemia e mantendo o acompanhamento por telefone ou videoconferência (RAJASEKARAN et al., p. S420).

No IRCCS *Ospedale Policlinico San Martino* em Gênova, enfermeiras especialistas no cuidado a pacientes portadoras de câncer de mama, realizaram entrevistas presenciais e por telefone para triar e posteriormente confirmar procedimentos cirúrgicos, garantindo que a cirurgia pudesse ser realizada de forma segura e eletiva, a partir da identificação de sintomas através do contato telefônico, e controle das pacientes com *Swab* de nasofaringe positivo (FREGATTI et al., 2021, p.636).

Nas Filipinas, o Hospital Geral e Centro Médico de Bataan (BGHMC), instalou provisoriamente um centro de quimioterapia na Diocese de um estabelecimento religioso, com isso, para conduzir o tratamento de forma segura, foi realizado pela enfermeira oncologista uma triagem inicial com os pacientes eleitos para diagnóstico e tratamento quimioterápico, por meio de contato telefônico, sendo questionado possíveis sintomas como, febre, tosse, resfriados, dor de garganta, diarreia, bem como viagem recente para os pontos de maior número de casos da COVID-19 (MONTROYA et al., 2020, p. 1-2).

Estudo realizado em sete províncias canadenses abordando centros de câncer, identificou uma diminuição no encaminhamento de novos pacientes para consultas ambulatoriais em todo o Canadá, porém, para maximizar a eficiência em ambientes com escassez de recursos, consultas virtuais e uso da telemedicina foram utilizadas, priorizando as consultas de primeira vez presencialmente, porém, com restrição de familiares e acompanhantes, respeitando sob avaliação criteriosa, as exceções. Plataformas virtuais também foram utilizadas para realização de reuniões entre profissionais de saúde (RITTBERG et al., 2021, p. 235 e 247).

Durante a pandemia da COVID-19, a preocupação com os pacientes portadores de câncer continuou, com maior atenção ao tipo de câncer e aos resultados de tratamentos realizados através de quimioterapia e radioterapia, que podem resultar em imunossupressão, além do risco de piora clínica ou morte quando infectados pelo vírus. Assim sendo, orientou-se durante a pandemia que, os protocolos de tratamento do câncer fossem adaptados e priorizados pelos oncologistas, de acordo com a resposta e o prognóstico do paciente, otimizando o

atendimento clínico por meio da telemedicina (GONZÁLEZ-MONTERO et al., 2020, p.3393-3394, 3398).

## **7.6 Questões Contratuais, Legais, Administrativas, e Relacionadas para Permitir Repostas Rápidas**

As questões contratuais, legais, administrativas, e relacionadas para permitir reposta rápida foram apresentadas no subcapítulo 6.1.5, a partir das respostas dos gestores das Divisões de Enfermagem, devido a especulação ter sido direcionada a um âmbito macro da gestão da força de trabalho de enfermagem, que buscou, inferir acerca de mecanismos contratuais, políticas e regulamentos em vigor.

Com isso, reforçando os dados apresentados, segundo os gestores, não foi possível acessar contratos de trabalho na instituição, por ser uma instituição pública, bem como, pelas demais normas legais que regem os Servidores do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Destacaram ainda que, políticas e regulamentos em vigor foram aplicados para permitir que a força de trabalho de enfermagem prestasse assistência à pacientes portadores da COVID-19 com segurança, e foram avaliadas as implicações legais da profissão de enfermagem relacionados a existência de limitações para o exercício profissional.

Porém, em relação a identificação de recursos e/ou incentivos financeiros e/ ou não financeiros para auxiliar na contratação de profissionais de enfermagem para o combate à pandemia, conforme descrito, prevaleceu na fala dos gestores o uso do APH, que se aplica a realização de atividades hospitalares desempenhadas em regime de plantão, nas áreas indispensáveis ao funcionamento. O APH foi uma estratégia bastante explorada para cobertura do absenteísmo, otimizando o dimensionamento de enfermagem.

Todavia, o APH apesar de ser um recurso e/ou incentivo financeiro, pois remunera o funcionário pelas horas de trabalho, permitindo ao gestor negociar coberturas de plantões na assistência, entretanto, ele agrega aumento da carga horária, pois, acrescenta mais plantões ao que já era estipulado para cumprimento da carga horária mensal, podendo levar a Síndrome do Esgotamento Profissional.

## 7.7 Categoria de Análise Absenteísmo

Na Categoria de Análise Absenteísmo, demonstrada no quadro 20, gestores relataram aumento do absenteísmo e dificuldade em lidar com este aumento, pois já tinham profissionais afastados, que continuaram, e com a pandemia, iniciaram os afastamentos dos profissionais que foram infectados pelo vírus, além dos grupos de risco, dos portadores de comorbidades e das gestantes, agravando ainda mais a escassez de recursos humanos. Foi ressaltado também, o período de afastamento dos que contraíram a doença da COVID-19, tendo alguns profissionais evoluído para a forma grave da doença e outros com comprometimento de saúde mental.

Na AMO, uma rede de clínicas de Assistência Multidisciplinar em Oncologia, localizadas em sua maioria em Salvador, Bahia, durante a pandemia, foi necessário reduzir o número de consultas ambulatoriais e o fechamento temporário de uma das filiais, as escalas de plantões foram redefinidas, reduzindo a jornada de trabalho para as equipes de atendimento hospitalar, com uma semana de trabalho seguida de uma semana de folga, ainda assim, pelo aumento do absenteísmo, esperado devido ao fechamento de escolas e a necessidade de colocar a equipe em quarentena, o serviço de recursos humanos da empresa, realizou um processo de contratação de uma força-tarefa temporária (STERNBERG et al., 2020, p. 342-343).

Pesquisa realizada junto aos Institutos de Radiação Oncológica registrados nas Sociedade Alemã de Radiação Oncológica, Sociedade Austríaca de Radiação Oncológica e da Sociedade Suíça de Radiação Oncológica, foi descrito que as equipes de trabalho foram reduzidas, o *home office* foi mais atribuído para físicos e médicos, ao passo que, para enfermeiros e técnicos de radioterapia, essa modalidade de trabalho foi menos frequente. Alguns centros disponibilizaram o *home office* para os profissionais de saúde com maior suscetibilidade de serem infectados pela COVID-19 e evoluir de forma grave, como os de idade avançada, portadores de doença pulmonar ou comorbidades cardíacas (MATUSCHEK et al.; 2020, p.1071).

No INCA, conforme descrito, todas as estratégias determinadas para orientar os afastamentos durante a pandemia, foram divulgadas não só aos gestores, como a toda força de trabalho, através do principal veículo de comunicação institucional, o *postmaster*, sendo atualizadas sempre que necessário e seguindo o fluxo de comunicação dos servidores.

## 7.8 Comunicação e Coordenação

No subcapítulo 6.1.6 descrevemos a partir das respostas dos gestores os principais veículos e/ou estratégias de comunicação utilizadas, tanto pela instituição, quanto pelos gestores de enfermagem, todavia, não foi dispensado o contato pessoal com os profissionais, onde gestores procuravam estar presentes nas áreas assistenciais, repassando e fortalecendo as informações, e se disponibilizando a realizar esclarecimentos.

Cabe ressaltar que, quando a pergunta sobre comunicação e cooperação facilitadas entre gestão, trabalhadores de enfermagem e seus representantes foi direcionada para os gestores das Divisões de Enfermagem e da área/ unidade/ serviço/ setor de assistência especializada, somente um gestor não identificou comunicação e cooperação facilitadas entre gestão e trabalhadores de enfermagem, a gestora da área de internação do HC 3, relatando que no início da pandemia, a relação entre a força de trabalho de enfermagem e a gestão da Divisão de Enfermagem não era boa, porém, foi melhorando ao longo do tempo.

Podemos destacar que, a comunicação foi uma ferramenta primordial para condução das estratégias de enfrentamento da pandemia, onde 93% dos gestores das Unidades Integradas de Análise informaram ter utilizado uma diversidade de mecanismos, tanto para informar as mudanças nas demandas de serviço e oportunidades de treinamento, quanto para reforçar as estratégias de notificação ao serviço de saúde do trabalhador, envio de atestados e agendamentos de perícias.

Os enfermeiros da região de Emília - Romagna, reforçaram a importância da comunicação realizada pelos líderes de enfermagem, nos diferentes níveis profissionais, com uma abordagem baseada na valorização do feedback, tanto dos líderes para equipe, quanto da equipe para os líderes, principalmente para os assuntos relacionados a gestão da força de trabalho e modificação das rotinas de trabalho em resposta à crise. Meios de comunicação diversos, além da abordagem direta, foram utilizados, tais como: chamadas telefônicas, mensagens de *e-mail*, *web*-conferências e envio de informativos resumidos (ZENELI et al., 2020, p. 545).

Não foi destacado pelos gestores das Unidades Integradas de Análise a comunicação entre a força de trabalho de enfermagem e os pacientes, porém alguns autores demonstraram preocupação com os usuários e descreveram suas estratégias.

Dentre as estratégias demonstradas pelos enfermeiros do centro de referência em oncologia da Itália, na promoção do distanciamento social dentro da unidade, a comunicação

foi reforçada com os pacientes, durante as entrevistas realizadas por telefone, informações sobre as políticas institucionais implementadas eram repassadas, no entanto, compreendendo que, devido às necessidades dos pacientes com câncer, quando o assunto era a restrição de acompanhantes, a questão se tornava mais delicada, gerando dificuldade na avaliação. Sendo assim, estes profissionais se basearam na premissa que, a informação clara sobre o risco e exposição seria a melhor opção para conscientização de pacientes e cuidadores, deixando que os pacientes decidissem quando realmente precisariam de um cuidador para acompanhá-los, com isso, observaram uma redução em dois terços no número de acompanhantes (ZENELI et al., 2020, p. 550).

A comunicação segura é uma das metas de segurança do paciente, estabelecida pela OMS em resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente", isto posto, a temática foi instituída no Brasil pela portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Dentre as estratégias de implementação, em seu artigo 5º, alínea IV, cabe às instituições de saúde, implementar a campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade (BRASIL, 2013).

Portanto, destaca-se a importância de inferir sobre as estratégias de comunicação utilizadas, permitindo identificar por parte dos gestores e da instituição, a valorização da comunicação entre os pares, e com os usuários, levando em consideração que, nos dias atuais, as ferramentas virtuais de comunicação e a tecnologia móvel, nos proporcionam otimizar processos, permitindo que a informação chegue mais rápido ao receptor, sem dispensar, conforme descrito pelos gestores, o contato direto com os profissionais *in loco*.

Todavia, em um processo tão importante a gestão de recursos humanos e do cuidado, não podemos deixar de destacar a importância de se ter ferramentas e recursos, preferencialmente disponibilizados pela instituição, que atuem como facilitadores do processo, sem gerar aumento de carga de trabalho aos gestores, principalmente fora do seu horário de trabalho, como acontece com o aplicativo de mensagens *WhatsApp*, que atualmente tem sido muito explorado na promoção de comunicação.

## 7.9 Categoria de Análise Recursos

A Categoria de Análise Recursos, apresentada no Quadro 21, destacou principalmente o *déficit* de recursos humanos que compõem a força de trabalho de enfermagem, sendo ressaltado por um gestor que, 90% dos leitos bloqueados no HC 1 foi referente a este *déficit*, bem como, a suspensão das cirurgias eletivas durante a pandemia. Gestores ressaltaram a necessidade da adoção de estratégias de dimensionamento, com arranjos de escala, remanejamentos e escalonamento de profissionais mais experientes com os menos experientes, para manter o funcionamento dos serviços em vigência da pandemia.

Porém, foi evidenciado na fala dos gestores, a dificuldade de manter o funcionamento das unidades de forma segura, não sendo possível captar mais recursos humanos, com isso, um dos gestores foi enfático em seu relato, quando informou o quanto foi impactante lidar com o absenteísmo na Divisão de Enfermagem sob sua gestão, relato da gestora do HC 2.

Contudo, como estratégia de cobertura do absenteísmo, profissionais que atuavam em atividades administrativas, estando fora da assistência, principalmente no HC 1, foram remanejados para realizar a cobertura nas áreas de internação, tanto na terapia intensiva, quando nas áreas especializadas.

O Departamento de Radiação Oncológica do Hospital Universitário de Basel, um dos cinco hospitais universitários da Suíça, estabeleceu planos de contingência para enfrentamento da pandemia da COVID-19, na tentativa de mitigar qualquer efeito negativo relacionado às operações departamentais. Em relação aos RHS, as licenças planejadas da equipe e as licenças médicas, foram revisadas e categorizadas em uma estratégia de cores, correlacionada a um semáforo, sendo a cor verde para as ausências que pudessem ser facilmente evitadas ou adiadas, a vermelha para as obrigatórias e as demais na cor amarela, porém, algumas licenças foram remarcadas à medida que o índice de infecção pelo COVID-19 aumentava (PAPACHRISTODOULOU et al., 2020, p.579).

No INCA, todas as licenças não relacionadas ao adoecimento foram suspensas, como por exemplo licenças para capacitação, que são afastamentos com remuneração por até três meses para participar de curso de capacitação profissional, de acordo com o interesse da administração; bem como as férias programadas no ano anterior, ficando estas a cargo da avaliação do gestor de acordo com as necessidades do serviço e do servidor.

Estudo realizado no Brasil, Rio de Janeiro, em uma instituição privada de tratamento hematológico, referência em transplante de órgãos e células tronco, ressaltou que em meio a

pandemia da COVID-19, um dos desafios em tratar estes pacientes estava na superlotação dos hospitais e nas deficiências no suprimento de sangue, além da dificuldade no acesso a testes de diagnóstico. Uma comissão foi formada na unidade para determinar as diretrizes de trabalho, onde as modificações incluíram o cuidado nas áreas de internação e ambulatorial, o momento de indicação do transplante, o suprimento de células sanguíneas e a unidade de terapia intensiva (GARNICA et al., 2020, p.294).

Ainda nesta Categoria de Análise, dois gestores salientaram a dificuldade que tiveram com a falta de recursos materiais, um direcionado ao cuidado e outro aos EPI. Entretanto, conforme descrito no subcapítulo 6.1.8, os EPI foram disponibilizados com segurança, apesar da dificuldade de aquisição destes insumos no início da pandemia, o que levou a necessidade de a CCIH reforçar as orientações e treinamentos relacionados ao uso correto, tempo de uso, paramentação e desparamentação; devido à incerteza da oferta, principalmente de máscaras e capotes descartáveis pelos fornecedores.

#### **7.10 Treinamento e aperfeiçoamento de habilidades para a força de trabalho de Enfermagem**

Sendo assim, a formação dos comitês de crise e treinamento da equipe de saúde, foram estratégias importantes para o enfrentamento da pandemia, reforçados principalmente na primeira onda da COVID-19, relacionados às estratégias de contenção da disseminação do vírus, focadas no uso de EPI, rastreamento de pacientes e profissionais, definição do funcionamento das unidades, organização dos leitos de acordo com a demanda e controle de infecção, dados amplamente abordados neste estudo.

O estudo ressalta que todas as admissões para transplante, doador e receptor, tratamento quimioterápico, programada ou não programada, como neutropenia febril e outras, foram submetidas a triagem clínica e laboratorial por PCR SARS-CoV-2. Além dos pacientes, profissionais de saúde sintomáticos e que justificaram a exposição foram testados, acusando positivo em 70% dos sintomáticos, o que gerou um resultado superior quando comparados com pacientes hematológicos. Entretanto, a infecção pela COVID-19 apresentou um índice de leve a moderada e não foi necessária a hospitalização. Com isso, os treinamentos e a triagem de profissionais de saúde foram intensificados, além do uso de máscaras durante toda a

permanência na unidade hospitalar, incluindo as áreas de acesso exclusivas dos profissionais de saúde (GARNICA et al., 2020, p.294,298).

### 7.11 Segurança e Proteção da Força de Trabalho de Enfermagem

Podemos observar que, o item segurança foi amplamente ressaltado pelos gestores, e esteve inserido nos estudos citados ao longo desta análise. No INCA, a segurança dos RHS e dos pacientes foi uma preocupação tanto de gestores, quanto da força de trabalho, pois todas as orientações e treinamentos realizados foram seguidos, não só pelo fator exposição e precaução, como também pelo fato dos profissionais terem sido impactados, como toda a sociedade mundial, com a rápida disseminação do vírus, os índices elevados de mortes, e a emergência sanitária, nos tornando vulneráveis a todos os riscos que vivenciamos.

Sendo assim, estratégias de rastreio e organização de coortes para internação dos pacientes foram estabelecidas, leitos de isolamento disponibilizados, EPI, restrição de acesso, suspensão de consultas e procedimentos cirúrgicos, evitando expor os pacientes portadores de câncer a COVID-19, priorizando os que não poderiam parar o tratamento e os que foram infectados.

Para evitar a superlotação na unidade, a admissão de novos pacientes foi limitada, bem como, foram realizados encaminhamentos para os médicos oncologistas das localidades, principalmente aqueles pacientes com necessidade de tratamento urgente e que apresentavam dificuldade de deslocamento devido a quarentena. Pacientes com cânceres assintomáticos programados para quimioterapia, foram testados com o RT-PCR SARS-CoV-2, e quando positivos, foram imediatamente transferidos para as áreas COVID-19, para receberem cuidados adequados. O uso de EPI pela equipe médica e profissionais de saúde foi priorizado de acordo com o risco da exposição e nenhum membro da equipe contraiu a COVID-19 (MENDOZA, et al., 2020, p.3,5).

O INCA oportunizou também, a testagem de todos os profissionais sintomáticos e contactantes, institucionalizando a notificação de casos suspeitos ou contactantes, através de um documento a ser preenchido na *Intranet* da instituição, disponível a todos os servidores. Com isso, as testagens foram organizadas a partir de agendamento, e as notificações e resultados dos *Swab* de nasofaringe, controladas pela DISAT, CCIH e chefias imediatas, aumentando a

carga de trabalho dos gestores, porém oportunizando revisar o dimensionamento na iminência do afastamento do profissional e garantindo a segurança.

O “Franz Tappeiner”, realizou um estudo retrospectivo no serviço ambulatorial de doenças Onco-hematológicas testando pacientes em tratamento através do RT-PCR para SARS-CoV-2 e profissionais de saúde, durante o período de observação, somente 3,0% dos profissionais apresentaram infecções sintomáticas confirmadas pelo teste de RT-PCR, bem como, uma soro prevalência de anticorpos IgG contra SARS-CoV-2. Os autores reforçaram que as medidas de precaução implementadas no hospital foram eficazes por um longo período para manutenção do tratamento das doenças crônicas, destacando a necessidade de implementação de políticas de prevenção e controle da doença da COVID-19 e reforço das medidas de educação em saúde direcionadas aos pacientes portadores da COVID-19 para reduzir substancialmente o risco de infecção (FONG et al., 2021).

O Hospital Geral e Centro Médico de Bataan, nas Filipinas, estabeleceu como estratégia para novos pacientes, a realização do teste da COVID-19, bem como para oncologistas e enfermeiras, que foram submetidos a coletas de *Swab* para RT-PCR de rotina a cada 4 semanas. A força de trabalho em saúde esteve presente durante a operação e não apresentou nenhuma licença pessoal, excedendo a carga horária de trabalho. Cabe ressaltar que, não houve transmissão de COVID-19 dentro da instalação, e a comunidade local participou ativamente com doação de suprimentos, alimentos, EPI e máscaras (MONTROYA et al., 2020, p.2-4).

Pacientes com diagnóstico confirmado de câncer de mama, tiveram a frequência das consultas presenciais limitadas para conter o risco de exposição ao vírus, sendo assim os centros de tratamento de câncer preferiram atendimentos virtuais por telefone ou videoconferência, porém a realização de exames foi mantida, com uma ressalva para as mulheres que moravam distante do centro de tratamento, onde foi orientado que realizassem os exames em sua cidade e os enviasse por correio eletrônico para o médico (JACOME, DESHMUKH, THULASIRAMAN, HOLLIDAY; 2021, p. 361).

## 7.12 Categoria de Análise Aumento de Carga de Trabalho

Podemos observar que, foram muitas as estratégias necessárias ao enfrentamento da pandemia, levando ao aumento da carga de trabalho não só nas Unidades Integradas de Análise, como também em todos os países que tiveram que se reestruturar para dar conta desta emergência sanitária.

A Categoria de Análise Aumento de Carga de Trabalho, demonstrada no Quadro 22, destacou principalmente a mudança no perfil dos pacientes da instituição, com aumento da complexidade devido a infecção pela COVID-19, relacionando gravidade e alta dependência. Gestores ressaltaram ainda, a mudança na rotina dos setores, que passaram a receber pacientes de todas as clínicas cirúrgicas, sendo necessário criar áreas livres de COVID-19, áreas para pacientes em rastreamento, e áreas para formação de coorte de pacientes positivos.

A restrição destas áreas de internação, se fez necessária para organização dos atendimentos em vigência da pandemia, porém, gerava movimentações diárias de pacientes com transferências de leitos, durante todo turno de trabalho, pois, os resultados dos exames de RT-PCR não eram liberados com rapidez, devido a demanda e por não serem utilizados os testes rápidos, aumentando a carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Os gestores informaram que, atuaram junto aos enfermeiros responsáveis pela rotina de enfermagem, assumindo a responsabilidade de regulação interna dos leitos de internação, confecção de mapas de controle e liberação de pacientes para internação e interlocução com os gestores de outras áreas de atendimento, para otimizar o fluxo.

As enfermeiras da CCIH, também assumiram a responsabilidade de acompanhar os resultados dos exames e os índices epidemiológicos da infecção por COVID-19 nas Unidades Integradas de Análise, sendo informado ainda por um gestor que, em uma das Unidades, estas enfermeiras monitoraram a evolução dos pacientes após a alta hospitalar.

Ainda nesta Categoria de Análise, foi relatado o aumento de carga de trabalho atribuído às medidas de precaução, onde a paramentação e desparamentação demandava tempo dos profissionais para realização do cuidado ao paciente em precaução. Cabe destacar que, segundo a fala de um gestor, estar à beira leito significava realizar as atividades pertinentes a outros profissionais, tais como, entregar as refeições, recolher e entregar roupas de cama, realizar coletas de sangue, entre outros. Os gestores salientaram ainda, o aumento de carga de trabalho para a gestão, que em determinados momentos, acumularam a função de gestão e assistência e permaneceram como único gestor do serviço, devido ao absenteísmo.

Sendo assim, um dos centros de referência oncológica canadense na Província de Ontário, identificou que a COVID-19 pode aumentar a carga de trabalho dos recursos humanos dedicados aos Cuidados Paliativos, sendo necessário que outros profissionais da linha de frente, proporcionem ajuda no gerenciamento das necessidades destes pacientes (RITTBERG et al., 2021, p. 247), logo, devido às características dos pacientes oncológicos no Brasil, inferimos que, parte do aumento da carga de trabalho nas áreas de internação está relacionado ao perfil da clientela, que em sua maioria, chegam nas unidades de referência com câncer avançado.

O colegiado Italiano de diretores do Sistema Nacional de Saúde do Departamento Hospitalar de Oncologia Médica (*Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri* [CIPOMO]), identificou a partir de um *survey* realizado com 138 chefes de departamentos de oncologia, sobre a reorganização dos serviços de oncologia italiana na segunda onda da COVID-19, que pacientes que apresentaram testes positivos, em sua maioria foram direcionados aos médicos de família e aos serviços de saúde do território, reduzindo significativamente a carga das atividades dos oncologistas, sendo visto como uma estratégia eficaz, por ter proporcionado um direcionamento melhor dos casos, principalmente dos casos graves (INDINI et al., 2021, p.114-115).

Esta estratégia adotada na Itália, poderia ser positiva para reduzir a carga de trabalho dos RHS nas Unidades Integradas de Análise, porém, para isto acontecer, a Rede de Saúde que integra o SUS deveria estar articulada entre a atenção primária e terciária, possibilitando que pacientes oncológicos positivos para COVID-19, fossem atendidos próximo ao seu domicílio, sem necessitar se deslocar para o hospital de referência.

Porém, foi descrito por um dos gestores que, em determinado momento da pandemia, devido a necessidade de otimizar os leitos hospitalares no HC I, foi necessário regular através do Sistema Estadual de Regulação (SER), os pacientes oncológicos positivos para COVID-19, destinando-os aos hospitais que foram estruturados na rede somente para atender os casos de COVID-19, otimizando a gestão dos leitos na unidade.

### 7.13 Categoria de Análise Avaliação da Carga de Trabalho

Todavia, o aumento da carga de trabalho não foi descrito pelos gestores a partir de dados que pudessem amparar esta análise, tais como, dados quantitativos, apesar das gestoras das UTI ressaltarem a utilização do NAS. Porém, observamos em suas falas de forma enfática que, novas atividades foram geradas mediante a necessidade de enfrentamento da pandemia, e a mudança do perfil e complexidade dos pacientes oncológicos, quando portadores da COVID-19, agregou aumento da carga de trabalho.

Isto posto, na Categoria de Análise Avaliação da Carga de Trabalho, apresentada no quadro 23, observamos que a maioria dos gestores referiram o Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin, proposto pelo COFEN na Resolução 543/ 2017, como método de avaliação de carga de trabalho para subsidiar o dimensionamento de enfermagem, porém, somente dois gestores informaram utilizar efetivamente o sistema a partir do ano de 2021, ambos do HC 2; também foi mencionado NAS, para avaliação de carga de trabalho, aplicado nas UTI do HC 1 e HC 2.

No entanto, na Área de Pediatria (Caso Piloto), a gestora relatou aplicar o instrumento de classificação do paciente pediátrico (ICPP), validado por Dini e Guirardello, para avaliação da prática de enfermagem pediátrica sob a ótica da assistência centrada na família (DINI & GUIRARDELLO, 2014), e no HC III, foi informado somente pela substituta da gestora da Divisão de Enfermagem, a utilização do Sistema de Classificação da Perroca, que compreende nove indicadores que correspondem as áreas específicas de cuidados de enfermagem, nas dimensões biológicas, psicossociais dos indivíduos e relacionados ao planejamento assistencial (SILVA; MOREIRA, 2018).

Desta forma, destaca-se a importância de se conhecer o grau de complexidade do cuidado do paciente e o cuidado de enfermagem dispensado em oncologia, com uma ferramenta específica que subsidie o gerenciamento do cuidado, e principalmente a avaliação da carga de trabalho, oportunizando o dimensionamento seguro da força de trabalho de enfermagem, a fim de contemplar as reais necessidades dos pacientes quanto a integralidade, embasando as decisões do gestor em busca da segurança, dos princípios do SUS e da Política de Atenção Oncológica.

#### 7.14 Categoria de Análise Assistência

A Categoria de Análise Assistência, apresentada no Quadro 24, descreveu as estratégias adotadas nas Unidades Integradas de Análise pelos gestores para garantir o cuidado ao paciente oncológico, onde foi destacado, a organização de coortes em áreas de internação estruturadas somente para admitir os pacientes positivos, o aprimoramento e organização das técnicas de trabalho, direcionamento dos profissionais mais experientes para o atendimento nas linhas de frente, identificação e otimização das necessidades dos pacientes, individualização dos atendimentos, a instituição de cuidados de fim de vida quando oportuno, prevenção de feridas, eventos adversos, Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), controle e restrição do fluxo de acompanhantes na Área de Pediatria, restrição dos atendimentos ambulatoriais para os pacientes positivos, estruturação dos carros de parada cardiorrespiratória para atendimento dos pacientes positivos para COVID-19, entre outras estratégias.

Com isso, podemos observar na fala dos gestores, o comprometimento e o empenho dos profissionais de enfermagem das Unidades Integradas de Análise para garantir a assistência aos pacientes oncológicos, frente a pandemia da COVID-19.

O Instituto de Câncer do Hospital Geral das Filipinas, pertencente a Universidade das Filipinas, passou a ser na pandemia, um centro de referência para COVID-19, com isso, todos os procedimentos eletivos foram suspensos, entretanto, foram desenvolvidas estratégias para manutenção do cuidado oncológico, tais como a criação de uma linha direta para triagem de sintomas e determinação de prioridades para os pacientes oncológicos, modificação dos regimes de tratamentos intravenosos para orais ou subcutâneas, alteração dos intervalos dos ciclos de quimioterapia para reduzir a frequência dos pacientes no hospital, sem comprometer significativamente a eficácia do tratamento e com tomadas de decisões compartilhadas com especialistas e pacientes (MENDOZA et al., 2020, p.3).

Na Índia, foi estabelecido um consenso com especialistas para determinar as condutas que seriam adotadas nas unidades de oncologia, priorizando estratégias de tratamento, atividades educacionais e gestão dos profissionais, bem como o reescalonamento de cirurgias sem comprometer a evolução da doença oncológica. Instituições públicas e privadas, procuraram manter as unidades livres da COVID-19, realizando triagem de pacientes e profissionais antes de permitir a entrada nas instalações e estabelecendo ainda, locais separados para o cuidado ao paciente portador da doença da COVID-19. Os institutos que estabeleceram linhas de frente para o atendimento da COVID-19, tiveram que atender os pacientes que não

eram portadores de câncer, suspeitos ou positivos, o que limitou o atendimento dos pacientes em emergência oncológica (SHRIKHANDE et al., 2020, p. 762-763).

### 7.15 Categoria de Análise Leito

Na Categoria de Análise Leito, demonstrada no Quadro 2 dioceses 5, os gestores relataram as mudanças que foram realizadas nas Unidades Integradas de Análise para estruturar as áreas de atendimento para os pacientes portadores e livres da COVID-19, desde bloqueio de leitos, até mudanças dos serviços de um andar para outro. Foi descrita a dinâmica de transformação da Unidade Pós-operatória em CTI COVID, com consequente suspensão das cirurgias eletivas, bem como, transferências de pacientes positivos para hospitais de referência para COVID-19, otimizando leitos destinados à internação de pacientes cirúrgicos.

Nas Filipinas, o Hospital Geral e Centro Médico de Bataan (BGHMC), tornou-se um hospital COVID-19, limitando o atendimento dos pacientes portadores de câncer, no entanto, preocupados com os efeitos da COVID-19 nos pacientes oncológicos e o risco que a exposição causaria, a equipe de oncologia achou necessário buscar um local seguro para conduzir a quimioterapia dos pacientes. Sendo assim, os profissionais juntamente com o Governo de Bataan, aceitaram a oferta da Diocese de um estabelecimento religioso para a instalação provisória de um centro de quimioterapia. (MONTROYA et al., 2020, p. 1-2).

Na Índia e Nepal, a falta de infraestrutura adequada na saúde e a escassez de leitos hospitalares para atendimento de pacientes portadores da COVID-19, afetaram negativamente o tratamento de pacientes portadores de doenças não COVID-19, como o câncer, desencadeando na equipe de saúde um sentimento de vulnerabilidade. Oncologistas sentiram-se fatigados fisicamente e sobrecarregados emocionalmente, devido ao aumento da jornada de trabalho e o risco de contrair o vírus, além do sentimento de solidão, e de ter que lidar com os dilemas éticos e psicológicos impostos em países de média e baixa renda, no momento da escolha das opções de tratamento para o câncer, que dependia não só do diagnóstico e das evidências clínicas, mas também, da condição socioeconômica local (DATTA et al., 2020, p. 1490).

### 7.16 Categoria de Análise Medo

A última categoria de análise construída a partir das perguntas abertas das entrevistas realizadas com os gestores foi, a Categoria de Análise Medo, apresentada no Quadro 26, onde foi descrito pelos gestores o medo e a insegurança dos profissionais em lidar com os pacientes portadores da COVID-19, bem como, de levar a doença para os familiares. Segundo os gestores, o medo levou os profissionais a questionar a organização das escalas diárias de trabalho, onde alguns profissionais se recusaram a ser escalados ou remanejados para as áreas COVID-19. O desconhecimento e falta de informações no início da pandemia foi descrita como fator gerador de insegurança dos profissionais, causando conflitos entre os profissionais e a gestão. Mas o medo não acometia somente os profissionais que atuavam na assistência, segundo os gestores, eles também tinham medo, “medo de adoecer, de perder pessoas, de estar pelas ruas”.

O *Liverpool University Hospitals NHS Foundation Trust*, desenvolveu centros de suporte aos funcionários, com um espaço seguro e tranquilo para aqueles que desejassem um tempo longe de seu ambiente de trabalho, funcionando 24 horas por dia, com suporte de voluntários e psicólogos que proporcionaram suporte a saúde mental e bem-estar psicológico, ajudando os profissionais a refletir sobre estratégias de enfrentamento da pandemia e a manutenção da resiliência (DAVIES et. al., 2020).

O INCA, por meio da DISAT e do Serviço de Psicologia, também disponibilizou através de teleatendimento, um espaço para atendimento dos servidores que necessitassem de suporte psicológico. Todavia, foi descrito nesta categoria de análise por um gestor, que eles tentavam amenizar o medo das pessoas, esclarecendo que este sentimento era legítimo em meio a pandemia, porém, devido a nossa responsabilidade com a saúde pública e com os nossos usuários, não poderíamos ser paralisados pelo pânico, precisávamos continuar.

No entanto, cabe destacar que, foram reportados ao COFEN e divulgados no Observatório da Enfermagem até 13/04/2022, 63.350 casos positivos de profissionais, com um total de 872 óbitos no Brasil, sendo 85,28% casos do sexo feminino, com 68% dos óbitos. Deste total de casos, foram reportados no Rio de Janeiro, 5.822 casos e 67 óbitos, em São Paulo 11.745 casos e 105 óbitos, e em Minas Gerais 4.017 casos e 55 óbitos, considerando que estas Unidades Federativas concentram o maior número de profissionais de enfermagem registrados, todavia, o estado da Bahia, que está na 4º posição quanto ao número de profissionais, com 151.846

profissionais de enfermagem, reportou 5.527 casos positivos com 19 óbitos, superando o número de casos de Minas Gerais (COFEN, 2022).

Isto posto, com a realidade relacionada ao número de casos positivos e óbitos no Brasil, e da força de trabalho de enfermagem, podemos inferir que o medo realmente foi legítimo, nos tornando frágeis e vulneráveis, porém, muitos permaneceram atuando na linha de frente, enfrentando o medo de se tornar mais uma vítima da COVID-19.

Em vista disso, gostaríamos de enaltecer a força de trabalho de enfermagem das Unidades Integradas de Análise, a partir da fala de dois gestores, que destacaram o comprometimento e profissionalismo da força de trabalho, que apesar do medo “deram o seu melhor”, e mesmo quando adoeceram, retornaram ao trabalho ajudando a diminuir os impactos do absenteísmo, buscando manter um padrão de assistência e uma relação profissional leito melhor, bem como das lideranças, que adoeceram, mas retornaram para a linha de frente afim de atender a demanda de equipe e instituição.

Com isso, sem a pretensão de esgotar esta análise, gostaríamos de reforçar não só o impacto da pandemia para a força de trabalho de enfermagem, mas também para os RNS e principalmente para os usuários do SUS, portadores de doenças crônicas, desencadeadas a médio e longo prazo.

Neste contexto, vale enfatizar que, uma das maiores dificuldades do hospital “Casa Sollievo della Sofferenza”, no sul da Itália, foi o rastreamento do câncer, que pôde estar relacionado ao medo do paciente em ser infectado pela COVID-19, principalmente nas unidades de saúde, juntamente com a falta de organização de alguns serviços. Cabe ressaltar que, tais barreiras, só agravou a situação dos pacientes, que tendem a procurar o serviço de saúde quando a doença oncológica está em estado avançado ou com presença de complicações (LONGO et al., 2021, p.6).

O “Franz Tappeiner” Hospital Merano na Itália, em pesquisa realizada, observou uma redução na taxa de pacientes do sexo feminino portadoras de câncer de mama, relacionado ao recrutamento tardio dos casos. Sendo assim, as dúvidas no manejo oncológico e obstáculos relacionados aos tratamentos adjuvantes durante a pandemia, bem como o medo de adquirir a infecção por COVID-19 durante a internação, levou também a uma taxa significativamente maior de recusa para realização de procedimento cirúrgico em comparação ao período pré-COVID-19. Cabe ressaltar que, nos pacientes submetidas a procedimento cirúrgico, foi identificado, após pergunta, que 7,4% tinham mais medo da COVID-19 do que do câncer de mama (FREGATTI et al., 2021, p.638).

No HC I, foi ressaltado pelo gestor do Serviço de Radiodiagnóstico uma redução na realização de exames agendados, uma parte por falta de comparecimento do paciente, relacionado ao medo de contrair a doença da COVID-19, e outra por suspensão dos exames para os pacientes que testaram positivos.

Em estudo realizado com 25 fisioterapeutas de 16 países das regiões da África, Ásia, Europa, América do Norte e Ilhas do Caribe e América do Sul, destacou que os fisioterapeutas tiveram que enfrentar o isolamento dos pacientes portadores de HIV/ AIDS e câncer, que por medo, restringiram-se a não receber os cuidados, medicamentos e reabilitação funcional necessários. Além disso, procedimentos cirúrgicos de câncer foram cancelados ou sofreram atrasos e interrupções, bem como, ocorreu a diminuição das infusões de quimioterapia com aumentos nas terapias hormonais e cancelamentos ou redução dos regimes de radiação (DROUIN, CHIGBO, NEWSTEAD, 2020, p.147).

#### **7.17 Os efeitos da pandemia da COVID-19 no controle do câncer**

Para descrever os efeitos da pandemia da COVID-19 no controle do câncer em nível internacional e nacional, foi observado nos estudos, que estratégias foram estabelecidas para otimizar o tratamento dos pacientes que se encontravam já matriculados nas instituições, porém houve uma preocupação em não expor esses pacientes ao vírus da COVID-19, reestruturando esquemas de tratamento, tanto quimioterápico, quanto radioterápico.

Quanto as cirurgias, foi observado uma preocupação com o crescimento tumoral e perda do tempo propício a abordagem cirúrgica, devido à dificuldade na organização do centro cirúrgico para realização dos procedimentos, tanto pelo *déficit* de recursos humanos, recursos materiais e logística de funcionamento, quanto pela disponibilidade de leitos de internação, principalmente nas UTI.

Também foi observado uma preocupação com o diagnóstico, devido ao impacto da pandemia no sistema de saúde, onde todos direcionaram seus esforços para o controle e tratamento da COVID-19, levando a um possível atraso nas avaliações iniciais, diagnóstico, encaminhamento e admissão nos centros de referência e condução dos tratamentos, principalmente os que, necessitavam de internação hospitalar, conforme foi demonstrado nos subcapítulos 6.1.10 e 6.1.11.

Profissionais do Departamento de Otorrinolaringologia e de Radiação Oncológica da Universidade da Pensilvânia, destacaram os impactos da pandemia no tratamento de doenças malignas de cabeça e pescoço, considerando os efeitos prejudiciais relacionados ao atraso no tratamento de neoplasias, que podem resultar em carga tumoral adicional e potencial aumento da Classificação de Tumores Malignos (TNM). Reforçaram que, a disponibilidade de EPI para os profissionais, a necessidade de quarentena para pacientes, cuidadores e profissionais de saúde, adiamentos e cancelamento de consultas e procedimentos em todo o país para permitir o desenvolvimento de diretrizes, bem como a necessidade de remanejamento de equipamentos e das equipes, principalmente anestesiistas para otimizar o cuidado aos pacientes com COVID-19, foram medidas necessárias em meio a pandemia, porém impactarão negativamente nos resultados dos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço (WERNER et al. 2020).

Sendo assim, atrasos consideráveis no início do tratamento de tumores de cabeça e pescoço mais avançados, poderão levar a ressecções maiores ou volumes de radiação maiores, aumentando a morbidade e comprometendo a qualidade de vida, impactando ainda a sobrevida relacionada a doença oncológica (WERNER et al., 2020. p. 217).

Outro fato destacado foi, a redução na disponibilidade de salas cirúrgicas e adiamento das cirurgias eletivas na Província de Ontário, Canadá, todas a critério dos médicos responsáveis pelo tratamento, de outro modo, os tratamentos à base de quimioterapia e radiação não foram alterados ou sofreram alterações mínimas, exames de imagem foram adiados, sendo priorizados o tipo e estágio da doença, segundo os autores, “as investigações para rastreamento do câncer, vigilância pós-tratamento de baixo risco e planejamento de tratamento para tumores de crescimento lento foram consideradas de baixa prioridade” (RITTBERG et al., 2021, p. 235; 246).

Quanto aos procedimentos cirúrgicos na Índia, foi observado nos institutos públicos, uma queda de 50 a 60% no número de cirurgias oncológicas, ao passo que, os institutos privados decidiram continuar apenas com as cirurgias de emergência, porém retomaram todas as cirurgias prioritárias na fase 2 do bloqueio sanitário. Cabe destacar que, dentre as cirurgias minimamente invasivas, foram retomadas em alguns hospitais especialmente as relacionadas ao câncer de próstata e reto inferior. No entanto, entre os motivos relacionados às suspensões cirúrgicas, além das recomendações estabelecidas, estavam a infraestrutura disponível, número de pacientes, tempo de cirurgia e disponibilidade de pessoal (SHRIKHANDE et al., 2020, p. 766).

Na Índia, profissionais do Departamento de Radiação Oncológica do Instituto de Ciências Médicas, definiram estratégias para minimizar os riscos da força de trabalho e otimizar o atendimento aos pacientes, como categorização por prioridade, dividindo em alta, média e moderada e uso de Radioterapia Hipofracionada, com objetivo de diminuir o número de idas do paciente ao hospital, o número de pacientes por dia, e o atraso no tratamento. Para os casos considerados de risco, as doses seriam mantidas. As mulheres com carcinoma de colo de útero, com indicação de Braquiterapia deveriam ser submetidas ao teste COVID-19, como parte da política institucional; e na sala de procedimentos, a equipe foi reduzida a um oncologista, um anestesista, uma enfermeira e um atendente (GUPTA et al., 2020, p.96).

Pesquisa realizada junto aos Institutos de Radiação Oncológica registrados nas Sociedade Alemã de Radiação Oncológica, Sociedade Austríaca de Radiação Oncológica e da Sociedade Suíça de Radiação Oncológica, retratou que o plano terapêutico dos pacientes com intenção curativa não foi alterado, porém, quando necessário, foi adotado a radioterapia com hipofracionamento moderado. Poucos tratamentos foram postergados, e para os pacientes em cuidados paliativos, a opção de alguns institutos foi o uso de protocolos mais curtos. Radioterapias destinadas ao tratamento de doenças benignas foram adiadas. Tratamentos sistêmicos adicionais e quimioterapia concomitante foram administrados na maioria dos institutos conforme programado (MATUSCHEK et al., 2020, p.1073).

Com a pandemia, a grande preocupação dos oncologistas do *Tata Medical Center*, centro de referência da cidade de Calcutá, Índia, foi de comprometer ou atrasar o tratamento dos pacientes, com risco de aumentar significativamente a recidiva e mortalidade, principalmente de adultos e crianças com doenças hematológicas malignas e submetidos a transplante de medula óssea (RADHAKRISHNAN et al., 2020, p.2).

Sendo assim, as neoplasias hematológicas foram categorizadas em potencialmente curáveis, controláveis e paliativas, permitindo dessa forma definir as modalidades de tratamento, com ajustes de dose por idade e mielossupressão. Para os pacientes em tratamento de mieloma múltiplo, foi realizada orientação relacionado ao tratamento no domicílio, por via oral e subcutânea, sob supervisão de médicos em visitas domiciliares, reduzindo assim a necessidade de ir ao hospital (RADHAKRISHNAN et al., 2020, p.4).

Destarte, inferimos que, as unidades de saúde e principalmente as especializadas no diagnóstico, tratamento e controle do câncer, terão que repensar estratégias para dar conta desta nova demanda de pacientes, reprimida pela pandemia da COVID-19, que surgirá em busca de assistência oncológica, incluindo os que necessitarão de cuidados em saúde mental, cuidados paliativos e cuidados em fim de vida. Este impacto não poderá ser avaliado sem repensar o

dimensionamento de RHS para que seja garantido aos usuários do SUS, integralidade e equidade.

## CONCLUSÃO

O presente estudo refletiu a partir do Caso analisado, a realidade dos gestores de enfermagem dos Hospitais do Câncer I, II e III, Unidades Integradas de Análise, no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem para o enfrentamento da pandemia da COVID-19.

As estratégias investigadas através do *Checklist* para a gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à covid-19, publicado pela OPAS (OPAS, 2020), demonstraram que os gestores foram capazes de otimizar o atendimento das necessidades dos pacientes oncológicos de maneira oportuna, buscando ao máximo não comprometer a eficiência e efetividade do cuidado em resposta a pandemia da COVID-19.

Todavia, o impacto da pandemia gerou bloqueio de leitos, suspensão de atendimentos ambulatoriais, de exames, de cirurgias eletivas e ocupação de leitos para tratamento da COVID-19, dificultando a internação de pacientes oncológicos para diagnóstico, cirurgias e tratamento, e sobretudo, modificando a rotina de trabalho das unidades, aumentando a carga de trabalho e impactando na continuidade do tratamento e realização de diagnósticos.

Cabe ressaltar que, pacientes também permaneceram em isolamento social imposto pela pandemia, bem como, pelo medo de exposição ao vírus, por falta de transporte público e por dificuldade de deslocamento devido às barreiras sanitárias, o que desencadeou estratégias de suspensão e reescalonamento dos atendimentos. Essas estratégias foram necessárias para manutenção dos tratamentos que não poderiam ser postergados e dos casos de pacientes positivos para COVID-19 que chegavam à unidade.

As estratégias apresentadas pelo Comitê-Gabinete de Crise Sanitária em Razão da COVID-19 do INCA e as adotadas na instituição pelos gestores de enfermagem e pela força de trabalho, se alinharam em sua maioria as estratégias apresentadas nos estudos internacionais, pelo MS e OMS para enfrentamento da COVID-19.

No entanto, o uso da telessaúde não foi explorado em nenhuma Unidade Integrada de Análise pela força de trabalho de enfermagem, o que poderia ter sido utilizado para dar conta dos pacientes que não conseguiram se deslocar e chegar ao hospital, mas que precisavam ser

monitorados, tal qual, para rastreamento dos pacientes agendados para consultas e exames, quanto aos sintomas da COVID-19, e o controle dos casos suspeitos e positivos. Esta estratégia, otimizaria os atendimentos e reduziria exposição dos pacientes oncológicos, haja vista, a maior suscetibilidade destes usuários a infecção pelo vírus e evolução dos casos para gravidade. Todavia, o Núcleo Rute do INCA, oportunizou a condução de aulas e treinamentos pela equipe da Educação Continuada, direcionada a força de trabalho de enfermagem, e do Ensino Acadêmico aos discentes da instituição.

Os gestores demonstraram desinformação quanto a disponibilização de links para treinamentos *on-line*, disponibilizados aos servidores pela DIDEP. As Divisões de Enfermagem e a Instituição, não realizou treinamentos para a força de trabalho de enfermagem relacionados às peculiaridades do câncer e a COVID-19, focando somente nas estratégias de controle da disseminação do vírus e manejo do paciente crítico portador da doença da COVID-19, diferenciando-se das instituições e entidades oncológicas internacionais, que elaboraram e publicaram protocolos para atendimento e manutenção do tratamento dos pacientes oncológicos durante a pandemia.

Outras estratégias foram determinantes para organização da força de trabalho de enfermagem e do cuidado ao paciente oncológico e portador da COVID-19, tais como, bloqueio de leitos e mudanças nas estruturas dos serviços de assistência, rastreio dos pacientes com coletas do exame RT-PCR para COVID-19, disponibilização de EPI e treinamentos, fortalecimento dos mecanismos de comunicação efetiva, assim como, rastreio dos profissionais em casos suspeitos.

O rastreamento do paciente através do exame RT-PCR para COVID-19, também foi implementado para liberação dos pacientes para internação, procedimentos cirúrgicos e tratamentos quimioterápicos, sendo disponibilizado também aos servidores em casos de sintomas gripais e contato com familiares positivos no domicílio. No caso do servidor, a notificação foi disponibilizada na *Intranet*, com autopreenchimento, para acompanhamento do DISAT, da CCIH e dos gestores.

O envio dos atestados passou a ser por e-mail e em caso de necessidade de avaliação pericial, foi orientado o agendamento para realização remota. Não foi disponibilizado pelo DISAT atendimento médico, somente acompanhamento e orientação quanto ao período de afastamento e condução dos atestados médicos.

Foi oportunizado pela instituição sob avaliação das chefias imediatas, o trabalho remoto para os servidores que se apresentassem no grupo de risco ou portador de comorbidades, porém, não foi possível para todos, devido à natureza das atividades; do mesmo modo que, foi orientado

o escalonamento destes servidores em áreas fora da assistência, porém nem sempre foi possível, devido demanda e às limitações para executar atividades administrativas e burocráticas. Estes afastamentos, contribuíram para o aumento do absenteísmo e escassez da força de trabalho de enfermagem para o enfrentamento da pandemia.

Contudo, cabe ressaltar que, foi publicado pelo INCA normas e critérios para o trabalho remoto, com orientação da elaboração de um plano de tarefas definido pela chefia imediata em conjunto com o funcionário, assegurando a continuidade dos serviços.

Apesar da deficiência de recursos humanos de enfermagem já existente nas unidades, os gestores demonstraram a partir de um trabalho árduo, que os arranjos de escala realizados através da negociação de carga horária e uso do APH, foram as estratégias mais eficazes para otimização das escalas de trabalho, principalmente em um momento de aumento significativo do absenteísmo. Ainda assim, foi necessário o bloqueio de leitos de internação, proporcionando a manutenção de uma relação do número de profissionais, de acordo com o dimensionamento de enfermagem, adequada para atender o quantitativo de leitos/ pacientes internados.

Cabe destacar que, a implementação dos plantões de 24 horas ininterruptas, também se demonstrou eficaz como estratégia de dimensionamento, pois oportunizou a manutenção da segurança do servidor, garantindo menor tempo de exposição, melhor organização para o deslocamento, maior tempo de permanência no domicílio e organização das atividades familiares, e redução dos índices de absenteísmo.

Com todas estas mudanças impostas pela pandemia à força de trabalho de enfermagem, a avaliação da carga de trabalho seria uma estratégia fundamental para orientar o dimensionamento da equipe de enfermagem, porém, não foi demonstrado pela maioria dos gestores a valorização de uma ferramenta que auxiliasse nesta medida, principalmente durante a pandemia.

Na pesquisa foi evidenciado que a maioria das tentativas de implementação de avaliação da carga de trabalho se deram a partir da classificação do grau de complexidade do paciente, porém, foram interrompidas em um determinado momento, descontinuando a coleta dos indicadores, devido ao *déficit* de recursos humanos e aumento de carga de trabalho.

Ainda assim, para aqueles gestores que relataram utilizar um sistema de classificação de pacientes, não foi observado tratamento dos resultados para otimizar o dimensionamento de enfermagem, apesar de ser no CTI do HC I, o local onde a ferramenta vem sendo aplicada por um tempo maior, e segundo a gestora, na avaliação dos resultados, não foi verificado discrepância em relação ao dimensionamento estabelecido para a área.

Isto posto, o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem para tratamento e controle do câncer vem sendo realizado a partir de uma diversidade de estratégias, e principalmente considerando uma relação do número de leitos para um quantitativo de profissionais necessários ao cuidado, inicialmente institucionalizado pelas Divisões de Enfermagem.

Todavia, este quantitativo convencionado por turno de trabalho nas escalas de serviço é reavaliado diariamente, de acordo com o aumento da complexidade do paciente, que é definido a partir da expertise dos enfermeiros, de acordo com a criticidade em relação ao estado clínico, determinando acréscimo ou não de profissionais.

Concluimos que, o dimensionamento da força de trabalho nas unidades especializadas de cuidado oncológico - Unidades Integradas de Análise, vem sendo realizado a partir da avaliação das necessidades diárias dos pacientes, tanto para garantir o cuidado e organização dos serviços, quanto para dar conta do aumento do absenteísmo.

Apesar dos gestores destas unidades não utilizarem uma ferramenta de dimensionamento de enfermagem padronizada ou seguir as orientações do COFEN, de acordo com a Resolução 543/ 2017, na pandemia, todos mencionaram ter consultado o Parecer Normativo nº 002/ 2020/ COFEN, exclusivo para vigência da pandemia da COVID-19, o que norteou o dimensionamento de enfermagem nas unidades destinadas a internação de pacientes portadores da COVID-19, sendo necessário adequações, devido as especificidades do paciente oncológico.

Cabe enfatizar que, para os gestores participantes do estudo, nem a Portaria 543/ 2017, nem o Parecer Normativo nº 002/ 2020/ COFEN, atendem as especificidades do paciente oncológico, sendo necessário analisar criticamente os resultados quando aplicado, e considerar adaptações nos parâmetros analisados para realização do dimensionamento de enfermagem. Desta forma, podemos atribuir mais um parâmetro para a não valorização do seu uso, apesar do SCP utilizar uma graduação para pacientes de alta dependência, que contempla em seu formato pacientes em cuidados paliativos.

Entretanto, o estudo também demonstrou que, os gestores de enfermagem das Unidades Integradas de Análise não possuem acesso a procedimentos administrativos e mecanismos contratuais para adequação dos contratos da força de trabalho de enfermagem, estando restritos a solicitação de adequação a COAS, que faz verificação junto aos órgãos competentes para aquisição de contratos, no momento, oportunizados por contrato temporário de trabalho. Estes contratos, se apresentam a partir de um quantitativo restrito de profissionais disponibilizados ao HC, e nem sempre atendem as expectativas da gestão. Sendo assim, a possibilidade de

otimizar as escalas de trabalho com aumento do quantitativo de profissionais fica limitado as negociações realizadas pelos gestores diariamente.

Isto posto, enquanto servidor de uma das Unidades Integradas de Análise, foi possível vivenciar todas as estratégias adotadas pelos gestores, principalmente em minha área de atuação, Área de Oncologia Pediátrica, onde para o combate da pandemia profissionais desta unidade especializada em câncer, foram desafiados a pôr em prática, conhecimentos ainda empíricos sobre o vírus SARS-CoV-2, e permanecerem atentos a todas as mudanças divulgadas pelos órgãos competentes (OMS e MS). Ainda assim, mesmo com *déficit* de RHS, algumas estratégias precisaram ser adaptadas, e como em todas as unidades de saúde pública, a dúvida, a insegurança e o medo acometeram os profissionais do INCA. Porém, foi possível observar que, a maioria dos profissionais se ombrearam e permaneceram na linha de frente, dando o seu melhor e se expondo ao risco da contaminação.

Esta pesquisa não possui a pretensão de esgotar a temática estudada, entendendo que a análise se restringiu ao período da pandemia da COVID-19, porém, se faz necessário expandir a análise de forma oportuna, avaliando o cotidiano das Unidades Integradas de Análise, com caracterização das especificidades que permeiam o cuidado de enfermagem em oncologia, agregando dados e permitindo estruturar uma ferramenta de dimensionamento de enfermagem que contemple a complexidade do paciente oncológico, considerando o momento do diagnóstico, o itinerário terapêutico e o prognóstico, relevante no contexto da saúde pública brasileira, para o estadiamento da doença oncológica e condução das estratégias de tratamento, bem como do cuidado de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Bruno Guimarães; PINTO, Isabel Cardoso Matos. *Gestão do trabalho no SUS Bahia: esquadrinhando caminhos e esperando a prática*. Belo Horizonte: Avohai, 2021. 400p. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/LIVRO-GESTAO-DO-TRABALHO-NO-SUS-BAHIA-ESQUADRINHANDO-CAMINHOS-E-ESPERANCANDO-A-PRATICA.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

ANDERSON, Stuart; ALLEN, Pauline; GOODWUN, Nick. *Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services*. Health Research Policy Systems, v. 6, n. 7, 2008. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18613961/>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

AQUINO, Estela Maria. L. et al. *Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2423-2446. 2020. Disponível em: <<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medidas-de-distanciamento-social-no-controle-da-pandemia-de-covid19-potenciais-impactos-e-desafios-no-brasil/17550?id=17550&id=17550>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

ARAÚJO, S. E. A. et al. *Impact of COVID-19 pandemic on care of oncological patients: experience of a cancer center in a Latin American pandemic epicenter*. Einstein, São Paulo, v. 19, p. 1-8, 2021. Disponível em: <[https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2021AO6282](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6282)>. Acesso em: 15 jul. 2021.

ARAULO, E. C.; MEZA, A. G. *World Health Day: the nursing workforce is critical to COVID-19 (coronavirus) and global health*. World Bank Blog, Washington, 7 abr. 2020. Disponível em: <<https://blogs.worldbank.org/health/world-health-day-nursing-workforce-critical-covid-19-coronavirus-and-global-health>>. Acesso em: 05 ago. 2020.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. *Scoping studies: towards a methodological framework*. International Journal of Social Research Methodology. v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. Disponível em: <<https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/Scopingstudies.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

BAHIA (Estado). Secretaria da Saúde. *Manual de dimensionamento da força de trabalho da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia*. Salvador, SESAB/SUPERH/DGTE, 2021. 42 p. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/MANUAL-DE-DIMENSIONAMENTO-DA-FORCA-DE-TRABALHO.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BALLARDIN, L.; GUIMARÃES, L. B. M. *Avaliação da carga de trabalho dos operadores de uma empresa distribuidora de derivados de petróleo*. Revista Produção, v. 19, n. 3, p. 581-592, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132009000300014>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70 Persona, 2016. 277 p.

BONFIM, D. et al. *Application of the workload indicators of staffing need method to predict nursing human resources at a Family Health Service*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1010.2683>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BONFIM, D. et al. *Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de Saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação*. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP, p. 25-34, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800004>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BORGES, Fabieli et al. *Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-Adulto de hospital universitário público*. Paraná: Cogitare Enfermagem, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.50306>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. *Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, de 16 de maio de 2013*. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, [2013]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html)>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. *Decreto nº 7.186, de 27 de maio de 2010*. Regulamenta os arts. 298 a 307 da Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do Adicional por Plantão Hospitalar - APH. Brasília, DF, [2009]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7186.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7186.htm)>. Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa>>. Acesso em: 05 out. 2020.

BRASIL. *Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009*. Dispõe sobre a reestruturação da composição remuneratória das Carreiras de Oficial. Brasília, DF, [2009]. Presidência da República. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/111907.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/111907.htm)>. Acesso em: 07 abr. 2022.

BRASIL. *Lei nº 14.151, de 12 de maio de 2021*. Dispõe sobre o afastamento da empregada gestante das atividades de trabalho presencial durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo Coronavírus. Brasília, DF, [2021] Presidência da República. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/L14151.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14151.htm)>. Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. *Lei nº 8.691, de 28 de julho de 1993*. Dispõe sobre o Plano de Carreiras para a área de Ciência e Tecnologia da Administração Federal Direta, das Autarquias e das Fundações Federais e dá outras providências. Brasília, DF, [1993] Presidência da República. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18691.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18691.htm)>. Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. *Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, DF, [1990] em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18112cons.htm)>. Acesso em: 07 abr. 2022.

BRASIL. *Lei nº 8.270, de 17 de dezembro de 1991*. Dispõe sobre reajuste da remuneração dos servidores públicos, corrige e reestrutura tabelas de vencimentos, e dá outras providências. Brasília, DF, [1991]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18270.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18270.htm)>. Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde*. 4ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. 254 p. Disponível em: <[https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19\\_guia\\_orientador\\_4ed.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Sobre o inca. *Institucional*. 2021b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/institucional#main-content>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.712, de 22 de dezembro de 2020*. Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 22 dez. 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.712-de-22-de-dezembro-de-2020-295788198>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. *Plano de contingência da Fiocruz*: diante da pandemia da doença pelo SARS-CoV-2 (COVID-19). Fiocruz, Rio de Janeiro, v. 1., 4, 2020a. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40335>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. *Portaria nº 1.429, de 12 de julho de 2013*. Estabelece regras complementares acerca dos critérios de fixação do quantitativo máximo de plantões permitido para cada unidade hospitalar e instituto e os critérios para a implementação do Adicional por Plantão Hospitalar (APH) no âmbito do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1429\\_12\\_07\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1429_12_07_2013.html)>. Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. *Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014*. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html)>. Acesso em: 03 jan. 2019.

BRASIL. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizizesConsolidacao/comum/37250.html>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. *Portaria nº 260, de 21 de fevereiro de 2014*. Dispõe sobre o funcionamento das unidades hospitalares sob gestão direta do Ministério da Saúde e a jornada de trabalho a que se submetem os servidores efetivos e temporários em exercício nessas unidades. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0260\\_21\\_02\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0260_21_02_2014.html)>. Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 07 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPAS; 2018. Disponível em:

<<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52517>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

BRAY, F. et al. *Global cancer statistics 2018: globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA: Cancer Journal for Clinicians, v. 68, p. 394 - 424, 2018. Disponível em:

<<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

BROEK, A., et al. *Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health: tracking survey*. Geneva: World Health Organization., 2010. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44480/9789241500821\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44480/9789241500821_eng.pdf)>.

Acesso em: 20 jan. 2020.

CONISHI, R. M. Y., GAIDZINSKI, R. R. *Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto*. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.41, n. 3, p. 346-354, 2017. <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300002>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Enfermagem em Números*. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Observatório da Enfermagem*. Disponível em: <<http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN 543/2017*. (2017). Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)>. Acesso em: 30 jan. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Covid-19 expões competências e fragilidades das parcerias entre o setor público e sociedade civil*. CONASS, 2020. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/covid-19-expoe-competencias-e-fragilidades-das-parcerias-entre-setor-publico-e-sociedade-civil/>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CRESWELL, J. W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 226, 2010.

CRUZ, R. M.; CORRÊA, F. P. *Avaliação da carga cognitiva de trabalho*. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, n. 4, p. 141-155, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/25795>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

CRUZ, Roberto Moraes et al. *COVID-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho*. Rev. Psicologia Organizações e Trabalho, Brasília, v. 20, n. 2, p. 1-3, jun. 2020. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572020000200001](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572020000200001)>. Acesso em: 24 jun. 2020.

DAL BEN, L. W.; GAIDZINSKI, R. R. *Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliar*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, n 41, p. 97-103, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100013>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

DAL POZ, M. R. et al. *Manual para a monitorização e avaliação de recursos humanos de/ saúde: com aplicação dedicada aos países de rendimento médio e baixo*. Genebra: OMS, 212 p. 2009. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44097/9789248547706\\_por.pdf?sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44097/9789248547706_por.pdf?sequence=2)>. Acesso em: 10 fev. 2021

DAL POZ, M. R; MACHADO, C. R. *Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde*. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 239-254, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00239.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

DATTA, Soumitra S. et al. *Addressing the mental health challenges of cancer care workers in LMICs during the time of the COVID-19 pandemic*. JCO Global Oncology, v. 6, p. 1490-1493, 2020. Disponível em: <<https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/GO.20.00470>> Acesso em: 6 set. 2021.

DAVIES, C., et al. *A summary of the rapid services changes made in response to staff psychological needs and maintaining care to those with cancer in light of COVID-19*. Clinical Correspondence, v. 29, p. 1393–1394, 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.5449>> Acesso em: 6 set. 2021.

DELFIM, Luciana Valverde Vieira. *A organização do trabalho, a carga de trabalho e o dimensionamento de pessoal de enfermagem em ambulatórios de quimioterapia em minas gerais*. 2021, 118 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/retrieve/813e825a-165e-4791-babd-bfcfb3070b6/Versa%cc%83o%20final%20Dissertac%cc%a7a%cc%83o%20de%20Mestrado%20Aluna%20Luciana%20Valverde%2007%20novembro%202021.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

DINI, A. P.; GUIRARDELLO, E. de B. *Pediatric patient classification system: improvement of an instrument*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 787-793, 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-730682>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

DREESCH, N et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the millennium development goals. *Health Policy and Planning*, London, v. 20, n. 5, p. 267-76, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076934>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

DROUIN, J. et al. *Physiotherapist adaptations to cancer, HIV/AIDS, and hospice and palliative care in the COVID-19*. Era, A Global Perspective Paper, v. 38, n. 4, p. 145-152, 2020. Disponível em: <[https://journals.lww.com/rehabonc/Fulltext/2020/10000/Physiotherapist\\_Adaptations\\_to\\_Cancer,\\_HIV\\_AIDS,.3.aspx](https://journals.lww.com/rehabonc/Fulltext/2020/10000/Physiotherapist_Adaptations_to_Cancer,_HIV_AIDS,.3.aspx)>. Acesso em: 7 set. 2021.

FEHN, A. et al. *Vulnerabilidade e déficit de profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19*. (Nota técnica nº 10). Instituto de Estudos para Políticas da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://ieps.org.br/pesquisas/vulnerabilidade-e-deficit-de-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-covid-19/>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FONG, D. et al. *Evaluating the longitudinal effectiveness of preventive measures against COVID-19 and seroprevalence of IgG antibodies to SARS-CoV-2 in cancer outpatients and healthcare workers*. Wiener klinische Wochenschrift, v. 133, p. 359-363, 2021. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00508-020-01807-6>> Acesso em: 7 set. 2021.

FREGATTI, P. et al. Breast cancer surgery in the COVID-19 pandemic: validation of a preventive program for patients and health care workers. *In: Vivo*, v. 35, p. 635-639, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33402520/>>. Acesso em: 7 set. 2021.

FRUTUOSO, J. T., CRUZ, R. M. *Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador*. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 29-36, 2005. Disponível em: <<http://www.rbmt.org.br/details/166/pt-BR/mensuracao-da-carga-de-trabalho-e-sua-relacao-com-a-saude-do-trabalhador>>. Acesso em: 22 jan. 2020

GALVÃO, T. F., PANSANI, T. S. A., HARRAD, D. *Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação prisma*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>>. Acesso em: 10 set. 2020.

GARNICA, M. et al. *COVID-19 in hematology: data from a hematologic and transplant unit. Hematology*. Hematology, Transfusion and Cell Therapy, v. 42, n. 4, p. 293-299, 2020.

Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531137920301218?via%3Dihub>>.

Acesso em: 8 set. 2021.

GONZÁLEZ-MONTERO, J. et al. *Management of cancer patients during COVID-19 pandemic at developing countries*. World Journal of Clinical Cases, v. 8, n. 16, p. 3390-3404, 2020.

Disponível em: <<https://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v8/i16/3390.htm>>. Acesso em: 8 set. 2021.

GUO, H. et al. *Challenges and countermeasures of thoracic oncology in the eidemic of COVID-19*. Translational Lung Cancer Research, v. 9, n. 2, p. 337-347, 2020.

Disponível em: <<https://tlcr.amegroups.com/article/view/38747/htm>>. Acesso em: 9 set. 2021.

GUPTA, M. et al. *Running of high patient volume radiation oncology department during COVID-19 crisis in India: our institutional strategy*. Radiation Oncology Journal, v. 38, n. 2, p. 93-98, 2020.

Disponível em: <<https://www.e-roj.org/journal/view.php?doi=10.3857/roj.2020.00199>>.

Acesso em: 9 set. 2021.

HOCHMAN, B. et al. *Desenhos de pesquisa*. Acta Cir. Bras., São Paulo, v. 20, supl. 2, p. 2-9, 2005.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/acb/a/bHwp75Q7GYmj5CRdqsXtqbj/?lang=pt&format=pdf>>.

Acesso em: 23 out. 2020.

IBGE. *Despesas com saúde ficam em 9,2% do PIB e somam R\$ 608,3 bilhões em 2017*.

*Estatísticas Econômicas*. 2019. Disponível em: <<https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/26444-despesas-com-saude-ficam-em-9-2-do-pib-e-somam-r-608-3-bilhoes-em-2017.html#:~:text=A%20Conta%2DSat%C3%A9lite%20de%20Sa%C3%BAde%20mostrou%20tamb%C3%A9m%20que%20aumentou%20para,vagas%20no%20pa%C3%ADs%20em%202017>>.

Acesso em: 20 jan. 2021.

INDINI, A. et al. *Management of patients with cancer during the COVID- 19 pandemic: the italian perspective on the second wave*. European Journal of Cancer, v. 148, p. 112-116, 2021.

Disponível em: <[https://www.ejcancer.com/article/S0959-8049\(21\)00076-9/fulltext](https://www.ejcancer.com/article/S0959-8049(21)00076-9/fulltext)>. Acesso em: 10 set. 2021.

JACOME, L. et al. *Impact of COVID-19 pandemic on ovarian cancer management: adjusting to the new normal*. Cancer Management and Research, v. 13, p. 359-366, 2021.

Disponível em: <<https://www.dovepress.com/impact-of-covid-19-pandemic-on-ovarian-cancer-management-adjusting-to-peer-reviewed-fulltext-article-CMAR>>.

Acesso em: 13 set. 2021.

JAMEBOZORGI, A. H. et al. *Coronavirus and its impacts on health workers retention: a systematic review and meta-synthesis*. Research Square. 2021.

Disponível em:

<<https://www.researchsquare.com/article/rs-220298/v1>>. Acesso em: 30 mar 2021.

LARSON et al. Assessing intensity of nursing care needs using electronically available data. CIN: Computers, Informatics, Nursing, v.35, n. 12, p. 617-623, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000375>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

LEVINE, O. et al. *Virtual cancer care during the COVID-19 pandemic and beyond: a call for evaluation*. JMIR CANCER, v. 6, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://cancer.jmir.org/2020/2/e24222/>>. Acesso em: 17 set. 2021.

LIMA, J. P. C. et al. *Estudo de caso e sua aplicação: proposta de um esquema teórico para pesquisas no campo da contabilidade*. Revista de Contabilidade e Organizações, v. 6 n. 14 p. 127-144, 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/2352/235223852007/html/>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

LONGO, F. et al. *Managing head and neck cancer patients during the COVID-19 pandemic: the experience of a tertiary referral center in southern Italy*. Infectious Agents and Cancer 2020. Disponível em: <<https://infectedagentscancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13027-021-00352-9#citeas>>. Acesso em: 17 set. 2021.

MACHADO, M. H. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. Entrevista cedida a Filipe Leonel. *Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>>. Acesso em: 28 jan. 2021.

MACHADO, M. H. (Coord.). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil. Rio de Janeiro: *Fiocruz*, 2017. 748 p. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2022.

MACHADO, M. H. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil. *Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

MARTINS, M.; BLAIS, R.; MIRANDA, N. N. *Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto*. São Paulo, Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 3, p. 643-652, 2008. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300018>>. Acesso em: 25 set. 2021.

MATUSCHECK, C. et al. Measures of infection prevention and incidence of SARS-COV-2 infections in cancer patients undergoing radiotherapy in Germany, Austria and Switzerland. *Strahlenther Onkol*, v. 196, p. 1068-1079, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00066-020-01681-1>>. Acesso em: 18 set. 2020.

MELO, W. V.; BIANCHI, C. S. *Discutindo estratégias para a construção de questionários como ferramenta de pesquisa*. R. Bras. de Ensino de C&T. Curitiba, v. 8, n. 3, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/view/1946>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

MENDOZA, M. et al. *Medical oncology care amidst the COVID-19 pandemic at the National University Hospital in the Philippines*. *Ecancer Medical Science*, 2020. Disponível em: <<https://ecancer.org/en/journal/article/1066-medical-oncology-care-amidst-the-covid-19-pandemic-at-the-national-university-hospital-in-the-philippines>>. Acesso em: 18 set. 2021.

MENEZES, Angélica Araújo. *O uso do workload indicators of staffing need (WISN) no dimensionamento da equipe médica em uma maternidade do estado da Bahia*. 2020. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MIRANDA, D. R. et al. *Nursing activities score*. *Critical Care Medicine*, v. 31, n. 2, p. 374-382, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

MONTEIRO, J. L. do S. et al. *Analysis of methods of evaluation of the workload of human resources in health: an integrative literature review*. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12400>>. Acesso em: 13 aug. 2021.

MONTEIRO, N. O. *Estado em desmonte frente à epidemia da Covid-19*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n.03. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/9KBHm65F9g5cV5TqymPcR7f/?lang=pt>>. Acesso em: jul 2021.

MONTOYA, J. et al. *Continuing cancer care in a religious facility: a feasible alternative in the COVID-19 pandemic era?* *Journal of Cancer Policy*, v. 27, 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213538320300618?via%3Dihub>>. Acesso em: 21 set. 2021.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. *Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios*. *RAC, Curitiba*, v. 15, n. 4, pp. 731-747, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2021.

NAMAGANDA, G.; OKETCHO, V.; MANIPLE, E.; VIADRO, C. *Making the transition to workload-based staffing: using the workload indicators of staffing need method in Uganda*. *Human resources for health*, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12960-015-0066-7>>. Acesso em: 30 jan. 2020.

NAVARRO, V. L. et al. *O avesso do trabalho IV: terceirização: precarização e adoecimento no mundo do trabalho*. Outras expressões, p. 475, 2017.

NUNES, M. et al. *Do combate à convivência: respostas de municípios à pandemia de COVID-19*. Instituto de Estudos para Políticas da Saúde, n.15, 2020. Disponível em: <[https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/12/IEPS\\_NT15.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/12/IEPS_NT15.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Folha informativa - COVID-19*. Organização pan-americana da saúde Brasil. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875)>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Agência Internacional de Pesquisa em Câncer*. Observatório Global de Câncer. *Câncer Today*. 2021. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/today/home>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Checklist para a gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à COVID-19*. Organização Pan-Americana da Saúde Brasil. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52158>>. Acesso em: 05 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Estabelecendo e monitorando referenciais de desempenho em recursos humanos em saúde: abordagem sobre a densidade da força de trabalho*. 2008. Disponível em: <[https://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight\\_6\\_PO.pdf?ua=1](https://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_6_PO.pdf?ua=1)>. Acesso em: 12 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. 2016. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

PAPACHRISTOFILOU, A. et al. *Contingency plans in a radiation oncology department amid the 2019-nCoV outbreak in Switzerland*. *Advances in Radiation Oncology*, v. 5, n. 4, p. 577-581, 2020. Disponível em: <[https://www.advancesradonc.org/article/S2452-1094\(20\)30063-4/fulltext](https://www.advancesradonc.org/article/S2452-1094(20)30063-4/fulltext)> Acesso em: 27 set. 2021.

PEDROSA, K.; OLIVEIRA, I.; FEIJÃO, A.; MACHADO, R. *Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil*. *Cogitare Enfermagem*, v. 20, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.40768>>. Acesso em: 30 ago. 2021.

PETERS, M. D. J. et al. *JBİ manual for Evidence Synthesis*. JBI Global Wiki, 2020. Disponível em: <<https://synthesismanual.jbi.global>.<https://doi.org/10.46658/JBİMES-20-12>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PIERANTONI, C. R. et al. *Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*. v. 45, p. 1627-1631, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000700014>>. Acesso em: 30 jan. 2020.

PIERANTONI, C. R. et al. *Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS*. *Physis*, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400005&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 28 jan. 2018.

PIRES, D. E. P. et al. *Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>>. Acesso em: 04 jul. 2020.

POSSARI, J. F. et al. Uso da classificação das intervenções de enfermagem na identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 5, p. 781-788, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0419.2615>>. Acesso em: 28 jan. 2020.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (Brasil). *PNUD faz lançamento nacional do relatório de desenvolvimento humano 2020*. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2020/pnud-faz-lancamento-nacional-do-relatorio-de-desenvolvimento-hum.html>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

RADHAKRISHNAN, V. et al. *COVID-19 and haematology services in a cancer centre from a middle-income country: adapting service delivery, balancing the known and unknown during the pandemic*. *Ecancer Medical Science*, 2020. Disponível em: <<https://ecancer.org/en/journal/article/1110-covid-19-and-haematology-services-in-a-cancer-centre-from-a-middle-income-country-adapting-service-delivery-balancing-the-known-and-unknown-during-the-pandemic>>. Acesso em: 28 set. 2021.

RAJASEKARAN, R. et al. *Service delivery during the COVID-19 pandemic: experience from the oxford bone tumour and soft tissue sarcoma service*. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*, v. 11, p. 419-S422, 2020. Disponível em: <[https://www.journal-cot.com/article/S0976-5662\(20\)30222-8/fulltext](https://www.journal-cot.com/article/S0976-5662(20)30222-8/fulltext)> Acesso em: 28 set. 2021.

RITTBERG, R. et al. *Canadian cancer centre response to COVID-19 pandemic: a national and provincial response*. *current oncology*, v. 28, n. 1, p. 233-251, 2020. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1718-7729/28/1/26>>. Acesso em: 17 dez. 2021.

ROSA, N. T.; MIMURA, V. A.; BORGES, E. C. P. *Carga de trabalho e dimensionamento dos profissionais de enfermagem no centro de material de esterilização*. *Revista Nursing*, v. 22, n. 250, p. 2775-2782, 2019. Disponível em: <<http://www.revistanursing.com.br/revistas/250/pg70.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2020.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. *The PICO strategy for the research question construction and evidence search*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>>. Acesso em: 28 jul. 2020.

SANTOS, D. V.; GAIDZINSKI, R. R. *Dimensionamento de profissionais de enfermagem em quimioterapia ambulatorial: aplicação do método Workload Indicators of Staffing Need*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018003803456>>. Acesso em: 15 out. 2019.

SATO, K. et al. *An analysis of the factor model on the workload of nursing staff using a hospital management tool*. *Studies in Health Technology and Informatics*, v. 225, p. 58-62, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-58>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

SHRIKHANDE, S. et al. *Surgical oncology practice in the wake of COVID-19 crisis*. *Indian Journal of Surgical Oncology*, v. 11, n. 4, p. 762-768, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s13193-020-01240-1>>. Acesso em: 18 dez. 2021.

SILVA, A.; BRITO, J.; GASPAR, P. L. *Análise probabilística da condição de degradação dos revestimentos pétreos (fixados directamente ao suporte)*. Teoria e Prática na Engenharia Civil, n. 18, p. 49-61, 2011. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/280742156\\_Analise\\_probabilistica\\_da\\_condicao\\_de\\_degradacao\\_dos\\_revestimentos\\_petreos\\_fixados\\_directamente\\_ao\\_suporte](https://www.researchgate.net/publication/280742156_Analise_probabilistica_da_condicao_de_degradacao_dos_revestimentos_petreos_fixados_directamente_ao_suporte)>. Acesso em: 24 mar. 2021.

SILVA, J. B. da et al. *Carga de trabalho de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoiéticas: estudo de coorte*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 49, p. 93-100, 2015. <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700014>>. Acesso em: 20 out. 2019.

SOARES, C. B. et al. *Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48 n. 2, p. 335-345, 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140002000020>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein, São Paulo, v 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

STETLER, C. B. et al. *Utilization-focused integrative reviews in a nursing service*. Applied nursing research, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998. <[https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(98\)80329-7](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(98)80329-7)>. Acesso em: 20 jul. 2019.

UNIVERSITY OF OXFORD. *Oxford centre for evidence-based medicine: levels of evidence*. centre for evidence-based medicine. 2009. Disponível em: <<https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

VALLS-MATARÍN, J.; SLAMERO-AMORÓS, M.; ROLDÁN-GIL, C. *Análisis de la carga de trabajo y uso de los recursos enfermeros em una unidade de cuidados intensivos*. Enfermería Intensiva, v. 26, n. 2, p. 72-81, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.02.002>>. Acesso em: 20 out. 2019.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

WERNER, M. et al. *Impact of the COVID-19 pandemic on the management of head and neck malignancies*. American Academy of Otolaryngology: Head and Neck Surgery Foundation, v. 162, n. 6, p. 816-817, 2020. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0194599820921413>>. Acesso em: 17 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National health workforce accounts: a handbook*. 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259360/9789241513111-eng.pdf;jsessionid=415A2D78EA7919F0A186080FF0F35336?sequence=1>>. Acesso em: 20 out. 2019.

YERRAMILI, D., et al. *Palliative radiation therapy for oncologic emergencies in the setting of COVID-19: approaches to balancing risks and benefits*. *advances in radiation oncology*, v. 5, p. 589-594, 2020 Disponível em: <[https://www.advancesradonc.org/article/S2452-1094\(20\)30069-5/fulltext](https://www.advancesradonc.org/article/S2452-1094(20)30069-5/fulltext)>. Acesso em: 18 dez. 2021.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. RS: Bookman, 2005. 212 p.

YU, D. et al. *A nursing care classification system for assessing workload and determining optimal nurse staffing in a teaching hospital in China: a pre-post intervention study*. *International journal of nursing practice*, v. 21, n. 4, p. 339-349, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/ijn.12295>>. Acesso em: 30 out. 2019.

ZENELI, A. et al. *Mitigating strategies and nursing response for cancer care management during the COVID-19 pandemic: an italian experience*. *International Nursing Review*, v. 67, p. 543-553, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33006169/>>. Acesso em: 18 dez. 2021.

## APÊNDICE A – ARTIGO PUBLICADO NA NA REVISTA RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT

### RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT

#### ***Declaração***

O artigo intitulado "Analysis of methods of evaluation of the workload of human resources in health: an integrative literature review" de autoria de Jorge Leandro do Souto Monteiro; Mario Roberto Dal Poz; Gabriel Antonio Meireles; Viviane Saraiva de Almeida; Marilda Andrade; Danielle Lemos Querido; Marialda Moreira Christoffel e Ana Paula Silva Antunes Figueiredo, foi publicado na Revista Research, Society and Development – ISSN 2525-3409, volume 10, número 2 de 2021, e encontra-se registrado no DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12400>.

Os Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista. (<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/about/submissions> - Declaração de Direito Autoral).

O artigo pode ser anexado no relatório final da Tese de Doutorado, desde que tenha citação da revista e o link da publicação, bem como autorização por escrito de todos os autores do artigo.

São Paulo, 30 de julho de 2022



Dr. Ricardo Shitsuka  
Editor

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2630-1541>

## **Análise dos métodos de avaliação da carga de trabalho de recursos humanos em saúde: revisão integrativa da literatura**

Analysis of methods of evaluation of the workload of human resources in health: an integrative literature review

Análisis de métodos de evaluación de la carga de trabajo de los recursos humanos en salud: una revisión integrativa de la literatura

Recebido: 26/01/2021 | Revisado: 03/02/2021 | Aceito: 10/02/2021 | Publicado: 20/02/2021

### **Jorge Leandro do Souto Monteiro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1705-7620>

Instituto de Medicina Social, Brasil

E-mail: [jorgeleandromonteiro@gmail.com](mailto:jorgeleandromonteiro@gmail.com)

### **Mario Roberto Dal Poz**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3005-3280>

Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [dalpoz@ims.uerj.br](mailto:dalpoz@ims.uerj.br)

### **Gabriel Antonio Meireles**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8141-2231>

Centro Universitário Celso Lisboa, Brasil

E-mail: [enf.gabrielantonio@gmail.com](mailto:enf.gabrielantonio@gmail.com)

### **Viviane Saraiva de Almeida**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9766-4211>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [vivianesaraiva@hotmail.com](mailto:vivianesaraiva@hotmail.com)

### **Marilda Andrade**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9766-4211>

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Brasil

E-mail: [marildaandrade@uol.com.br](mailto:marildaandrade@uol.com.br)

### **Danielle Lemos Querido**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4895-296X>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [danyquerido@me.uffj.br](mailto:danyquerido@me.uffj.br)

### **Marialda Moreira Christoffel**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4037-8759>

Escola de Enfermagem Anna Nery, Brasil

E-mail: [marialda.uffj@gmail.com](mailto:marialda.uffj@gmail.com)

### **Ana Paula Silva Antunes Figueiredo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1963-1905>

Escola de Enfermagem Anna Nery, Brasil

E-mail: [anamautunes@outlook.com](mailto:anamautunes@outlook.com)

### **Resumo**

O presente estudo objetivou caracterizar os métodos de avaliação de carga de trabalho direcionados ao dimensionamento de recursos humanos em saúde. Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada através de busca avançada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com inclusão de estudos da PubMed Central e SciELO. Foram utilizados os descritores, carga de trabalho, recursos humanos em saúde, avaliação em saúde e mecanismos de avaliação dos cuidados de saúde, nos idiomas, Português, Inglês e Espanhol. O recorte temporal foi de 2015 a 2019, e os dados foram analisados a partir dos métodos de avaliação de carga de trabalho apresentados nos estudos. Foram identificados nas bases de dados 268 estudos, que após empregar a estratégia PRISMA, 13 foram incluídos. Estes foram avaliados quanto ao nível de evidência, baseados na definição do Oxford Centre Evidence Based Medicine, onde 9 (69%) foram classificados no nível 2c, 3 no nível 5 e 1 no nível 2b. Com relação aos métodos de avaliação da carga de trabalho e dimensionamento de pessoal, prevaleceram o Nursing Activities Score e o Workload Indicators of Staffing Needs, respectivamente, contemplados em 3 (26%) estudos cada. Definir um método e/ou ferramenta de avaliação da carga de trabalho em saúde, demonstrou uma estratégia importantíssima para o dimensionamento de recursos humanos, apesar da diversidade. Essa diversidade foi demonstrada nos estudos incluídos nesta RI, onde não foi observado um padrão para avaliação da carga de trabalho.

**Palavras-chave:** Carga de trabalho; Recursos humanos em saúde; Avaliação em saúde; Mecanismos de avaliação dos cuidados de saúde.

#### **Abstract**

The present study aimed to characterize the workload assessment methods aimed at dimensioning human resources in health. It is an integrative literature review, carried out through an advanced search in the database of the Virtual Health Library, with the inclusion of studies from PubMed Central and SciELO. The descriptors, workload, health manpower, health assessment and health care evaluation mechanisms were used in the languages, Portuguese, English and Spanish. The time frame was from 2015 to 2019, and the data were analyzed using the workload assessment methods presented in the studies. Results: 268 studies were identified in the databases, which after using the PRISMA strategy, 13 were included. These were evaluated for the level of evidence, based on the definition of the Oxford Center Evidence Based Medicine, where 9 (69%) were classified at level 2c, 3 at level 5 and 1 at level 2b. Regarding the methods of assessing the workload and staffing, the Nursing Activities Score and the Workload Indicators of Staffing Needs prevailed, respectively, covered in 3 (26%) studies each. Defining a method and / or tool for assessing the workload in health, demonstrated a very important strategy for the dimensioning of human resources, despite the diversity. This diversity was demonstrated in the studies included in this IR, where a standard for assessing the workload was not observed.

**Keywords:** Workload; Health manpower; Health evaluation; Health care evaluation mechanisms.

#### **Resumen**

El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar los métodos de evaluación de la carga de trabajo destinados a dimensionar los recursos humanos en salud. Se trata de una revisión integradora de la literatura, realizada a través de una búsqueda avanzada en la base de datos de la Biblioteca Virtual en Salud, con inclusión de estudios de PubMed Central y SciELO. Se utilizaron los descriptores, carga de trabajo, recursos humanos en salud, evaluación de la salud y mecanismos de evaluación asistencial en los idiomas portugués, inglés y español. El período de tiempo fue de 2015 a 2019, y los datos se analizaron utilizando los métodos de evaluación de la carga de trabajo presentados en los estudios. Resultados: Se identificaron 268 estudios en las bases de datos, que luego de utilizar la estrategia PRISMA, se incluyeron 13. Estos fueron evaluados para el nivel de evidencia, según la definición del Oxford Center Evidence Based Medicine, donde 9 (69%) se clasificaron en el nivel 2c, 3 en el nivel 5 y 1 en el nivel 2b. En cuanto a los métodos de evaluación de la carga de trabajo y dotación de personal, predominaron el Puntaje de Actividades de Enfermería y los Indicadores de Carga de Trabajo de Necesidades de Dotación de Personal, respectivamente, cubiertos en 3 (26%) estudios cada uno. Definir un método y / o herramienta para evaluar la carga de trabajo en salud, demostró una estrategia muy importante para el dimensionamiento de los recursos humanos, a pesar de la diversidad. Esta diversidad se demostró en los estudios incluidos en este RI, donde no se observó un estándar para evaluar la carga de trabajo.

**Palabras clave:** Carga de trabajo; Recursos humanos en salud; Evaluación de la salud; Mecanismos de Evaluación de la Atención de Salud.

## **1. Introdução**

Os serviços de saúde como parte integrante do sistema, seja ele público ou privado, dependem para sua organização não só de ações e estratégias políticas, mas de uma gestão que saiba articular ferramentas e métodos, que proporcionem meios para o uso racional dos recursos físicos, materiais e humanos, além de uma análise aprofundada dos determinantes sociais que interferem diretamente na saúde da população e na demanda por serviços.

Caracterizado por situações e intervenções complexas inerentes aos processos de promover saúde, prevenir agravos, cuidar e recuperar pessoas, o setor saúde impulsiona desafios constantes a gestores e trabalhadores (Pierantoni et al., 2011).

Uma oferta de atendimento integral a usuários do sistema de saúde necessita considerar entre outros aspectos, estrutura, processo de trabalho, custo e efetividade que demonstrem a complexidade do processo. Tais fatos sofrem forte influência do quantitativo de recursos humanos em saúde (RHS) disponíveis a prestação de serviços, onde se faz necessário uma avaliação oportuna do mercado de trabalho para entender quais são os fatores que definem oferta e demanda, proporcionando desta forma ferramentas para gestão, modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa e definição clara de responsabilidades (Ministério da Saúde [MS], 2017).

Cabe ressaltar, que a qualidade da prestação de serviços sofre interferência de inúmeros fatores, tais como, carga de trabalho, motivação, supervisão, recursos disponíveis e formação contínua (Dal Poz, Gupta, Quain & Soucat, 2009).

A avaliação da carga de trabalho dos profissionais da saúde, pode subsidiar a tomada de decisão de gestores nos diferentes níveis de atenção, definindo prioridades na determinação da provisão, previsão e alocação destes recursos, baseados ainda, na identificação das necessidades e desigualdades relacionada à força de trabalho.

Segundo Ballardín e Guimarães (2009), a carga de trabalho pode agregar conceitos de acordo com a visão de cada autor, tais como: razão entre o tempo requerido para realização das tarefas e o real disponível; cargas que podem ser geradas por subsistemas técnico, humano e fatores relacionados ao ambiente físico; experiência subjetiva resultante da interação de fatores internos e externos ao trabalhador, bem como, quantidade de informação processada e empenho empregado para realização da tarefa, determinando sobre o trabalhador um efeito relacionado ao esforço físico e mental.

Tais conceitos podem ser amparados pela construção teórica realizada por Frutuoso e Cruz (2005) em relação ao termo carga de trabalho, que reforça a necessidade de se compreender a associação entre as exigências do processo, que gera tensão permanente, e as capacidades biológicas e psicológicas dos trabalhadores para respondê-las. Para estes autores, os estudos de carga de trabalho devem ser realizados como instrumento para intervenção de situações que promovam a saúde do trabalhador.

A carga de trabalho pode ser medida através das dimensões física e mental, por agregarem valores emocionais e performance ao trabalho, interferindo diretamente nas tomadas de decisão. O trabalhador quando exposto a carga de trabalho, responde de forma adaptativa através do seu componente físico e cognitivo as exigências e condições de trabalho (Cruz & Corrêa, 2000; Frutuoso & Cruz, 2005).

Observa-se que a avaliação da carga de trabalho pode ser relevante a gestores em saúde, principalmente para subsidiar a tomada de decisão, tanto no contexto do dimensionamento de RHS, quanto na busca da qualidade dos serviços prestados. Diante do pressuposto, delimitou-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais são os métodos de avaliação de carga de trabalho utilizados para embasar o dimensionamento de recursos humanos em saúde?

Nesse contexto, objetivou-se caracterizar os métodos de avaliação de carga de trabalho direcionados ao dimensionamento de recursos humanos em saúde.

## 2. Metodologia

Pesquisa realizada através de revisão integrativa (RI) da literatura, com busca avançada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e inclusão de estudos da PubMed Central e SciELO. Foram utilizados para a busca os descritores, carga de trabalho, recursos humanos em saúde, avaliação em saúde e mecanismos de avaliação dos cuidados de saúde, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, conjugados através dos operadores booleanos AND e OR.

A RI é uma revisão da literatura que possibilita reunir achados de diferentes metodologias, exigindo dos autores uma análise estrita e sistemática dos dados primários, com identificação e classificação dos artigos incluídos na revisão; todos devem ter clareza em seus procedimentos, com delineamento do problema que motivou a pesquisa, busca nas bases de dados conduzida por descritores e/ou palavras chaves, e uma análise metodológica bem definida, enfatizando entre outros as limitações e sugestões para pesquisas futuras. (Soares et al., 2014).

Inseridos nos atributos desejáveis para o desenvolvimento de uma RI, estão a clareza e consistência dos estudos, que para determinar a qualidade, orienta-se o uso de definições que especifiquem o nível de evidência; representar os estudos na forma de tabelas, para que pesquisadores reconhecidos na área sob revisão possam distinguir aspectos distintos dos resultados, permitindo a comunicação e aplicação prática (Soares et al., 2014; Stetler et al., 1998).

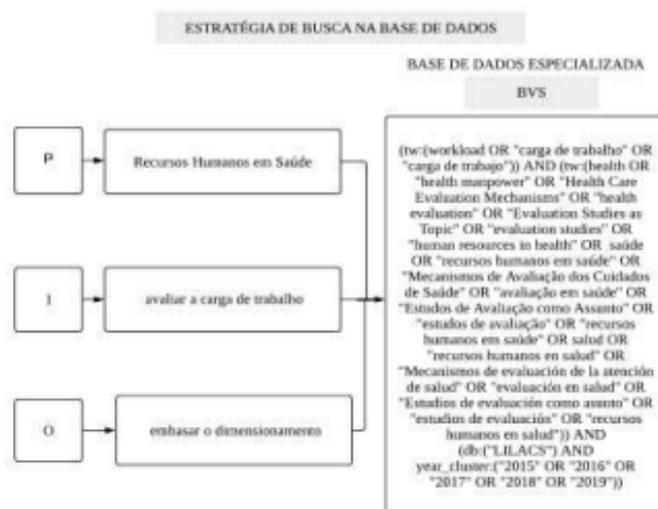
Etapas foram seguidas neste estudo para realização da RI, realizar a introdução da revisão, identificar o problema e formular a pergunta de pesquisa. A pergunta de pesquisa é considerada a fase mais importante da RI, pois irá orientar quais

serão os meios adotados para seleção e inclusão dos estudos, podendo ser incluído mais de uma pergunta ou hipótese, o que tornará o desenho de pesquisa mais complexo (Soares et al., 2014; Souza, Silva & Carvalho, 2010).

Nesta RI, para apoiar a elaboração da pergunta de pesquisa e a estratégia de busca, foi utilizado a estratégia PICO que representa um acrônimo para, **P**aciente ou **P**roblema, **I**ntervenção, **C**omparação e **O**utcomes” (desfecho), elementos fundamentais para a busca bibliográfica de evidências na prática assistencial e ensino e pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais (Santos, Pimenta & Nobre, 2007).

As orientações da estratégia PICO foram utilizadas para a busca na base de dados utilizando somente o (P), (I) e o (O), pois o (C) não se aplicou a esta pesquisa, conforme representado na Figura 1.

**Figura 1.** Descrição da estratégia PIO para busca na base de dados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.



Fonte: Autores.

Para seleção dos estudos foram utilizados como critérios de inclusão: artigo original, texto completo, idioma (português, inglês e espanhol) e recorte temporal de 2015 a dezembro de 2019, e como critérios de exclusão, artigos de revisão, artigos duplicados na base de dados, documento de projeto, teses, monografias e estudos que não tivessem aproximação com a temática.

Para categorização dos dados, foi utilizado um instrumento elaborado pelos autores onde cada artigo incluído recebeu um número ordinal como identificador, inserido na primeira coluna do instrumento, seguindo em ordem crescente por ano de publicação, de modo a facilitar a observação e compreensão dos dados.

O Nível de Evidência (NE) dos estudos foi avaliado com base no Oxford Centre Evidence Based Medicine, por estabelecer uma abordagem sistematizada para avaliação dos estudos, o que proporcionou aproximar a pesquisa da Prática Baseada em Evidências (PBE). (Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, 2009; Pedrosa, Oliveira, Feijão & Machado, 2015).

O Oxford Centre propõe 10 níveis de avaliação, conforme descrito abaixo:

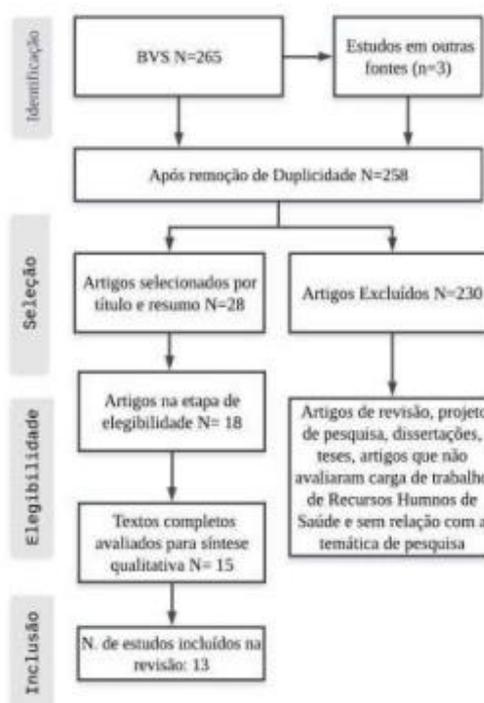
1A - revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos comparáveis, estudos controlados randomizados bem delineados com desfecho clínico relevante; 1B - Estudos controlados randomizados com estreito intervalo de

confiança; 1C - resultados do tipo "tudo ou nada" e estudo de série de casos controlados; 2C - revisão sistemática homogênea de estudos de coorte (com grupos de comparação e controle de variáveis); 2B - estudo de coorte com pobre qualidade de randomização, controle ou sem acompanhamento longo, estudo de coorte transversal; 2C - resultados de pesquisas (observação de resultados terapêuticos ou evolução clínica); 3A - revisão sistemática homogênea de estudos de caso com grupo-controle; 3B - estudos de caso com grupo-controle; 4 - relatos de caso e série sem definição de caso-controle e 5 - opinião de autoridades respeitadas ou especialistas e revisão da literatura não-sistemática (Pedrosa, Oliveira, Feijão & Machado, 2015, p.735).

### 3. Resultados

Para demonstração do resultado da busca na base de dados, que pode ser vista na Figura 2, a pesquisa seguiu a recomendação PRISMA, que consiste em um Checklist de 27 itens, porém nem todos se aplicaram a esta revisão por ser uma RI (Galvão, Pansani & Harrad, 2015). Cabe ressaltar que, o PRISMA também pode ser usado como uma base para revisões sistemáticas de outros tipos de pesquisa, particularmente avaliações de intervenção (Galvão et al., 2015).

**Figura 2.** Fluxograma da seleção dos estudos conforme recomendação Prisma. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

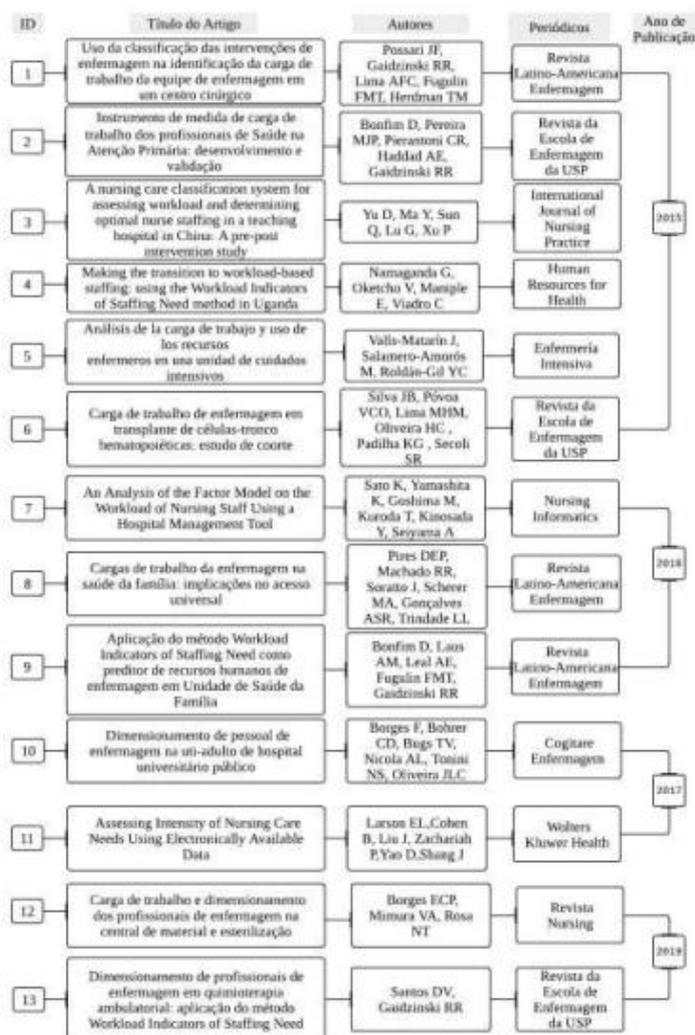


Fonte: autores

A amostra foi composta por 13 artigos, inseridos no instrumento de ordenação dos dados e apresentados em forma de figuras elaboradas no programa lucidchart.com<sup>sm</sup>. Na figura 3 foi contemplado, título, autores, periódico e ano de publicação, e na Figura 4, metodologia, resultados e NE.

Dentre os artigos incluídos na RI, 3 (30,8%) foram publicados em inglês, 8 (61,6%) em português e 1 (7,7%) em espanhol; quanto aos países onde foram desenvolvidos, houve prevalência do Brasil, característica que pode ser atribuída a base de dados, por disponibilizar informação científica em saúde na América Latina e Caribe; dos artigos nacionais incluídos, 7 (53,8%) foram publicados em periódicos de universidades públicas brasileiras. O enfermeiro predominou nos 13 (100%) estudos como sujeito de pesquisa ou compondo uma equipe, onde a carga de trabalho foi avaliada.

**Figura 3.** Ordenação dos estudos incluídos na RI, segundo título, autores, periódicos e ano de publicação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019



Fonte: Autores.

Em relação a composição da equipe de saúde, surgem em 9 (69,2%) estudos, as categorias auxiliares/técnicos de enfermagem, principalmente nos estudos brasileiros, por ser esta a composição da equipe de enfermagem em âmbito nacional; e no estudo de Uganda; além de médico 2 (15,4%), oficial clínico (categoria profissional do país de Uganda na África) 1 (7,7%), parteira, dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal e agente comunitário de saúde 1 (7,7%).

A área hospitalar prevaleceu como local para levantamento e coleta de dados, devido a carga de trabalho atribuída ao cuidado a pacientes internados, em procedimentos cirúrgicos ou ambulatoriais; 9 (69,2%) estudos foram realizados em setores como unidade de terapia intensiva, leitos de internação cirúrgico, transplante de células-tronco hematopoiéticas, ambulatório de quimioterapia, centro cirúrgico e área de esterilização; 3 (23%) estudos na área de atenção primária em saúde e 1 (7,7%) com maior amplitude, buscou avaliar o dimensionamento do sistema de saúde local, onde a abordagem contemplou 133 unidades de atenção primária em saúde.

Quanto ao NE dos estudos, 9 (69%) foram classificados em 2c, resultados de pesquisa, demonstrando que apesar do critério de inclusão e da utilização de métodos variados para medida da carga de trabalho, todos apresentaram desfecho relacionado ao mapeamento de atividades e intervenções, avaliação do tempo gasto nas atividades e/ou dimensionamento de pessoal; 3 (23%) foram classificados no nível 5, opinião de especialistas sem avaliação crítica explícita ou baseado em conceitos relevantes e 1 (7,6%) foi uma coorte prospectiva, classificado no nível 2b, estudo de coorte com bons padrões de referência, como pode ser verificado na Figura 4.

**Figura 4.** Ordenação dos estudos incluídos na RI, segundo método de pesquisa, resultados e nível de evidência. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

ID	Método	Resultados	NE
1	Estudo transversal quantitativo, observacional e descritivo	Foram identificadas 266 atividades, mapeadas em 48 intervenções de enfermagem, sete domínios e 28 classes da NIC. Os domínios mais representativos foram Fisiológico Complexo (61,68%) e Sistema de Saúde (22,12%), enquanto as intervenções mais frequentes foram Anestésia Cirúrgica (30,62%) e Documentação (33,47%), respectivamente. A produtividade da equipe de enfermagem alcançou 95,34%.	2c
2	Abordagem quantitativa com amostragem intencional e validação de instrumento	Foram validadas 39 intervenções em um único instrumento de medição de carga de trabalho para médica, cirurgião-dentista, técnico/auxiliar de saúde bucal, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. No teste piloto, o instrumento contemplou 100% das intervenções observadas, atingindo 93,7% de concordância entre as observações.	9
3	Estudo prospectivo com intervenção pré e pós	A satisfação do paciente, hospitalização e mortalidade foram avaliadas alterações pré e pós mudanças de staffs. Proporção média do leito-enfermeiro (1:0,41) encontraram a norma nacional (1:0,40) em 16 unidades, mas foi insuficiente em cinco unidades. Com a realocação de pessoal, houve aumento da relação média do leito-enfermeiro de 1:0,41-1:0,48. A satisfação dos pacientes aumentou de 96,9% para 97,6%, e hospitalização diminuiu significativamente.	2c
4	Estudo de avaliação com amostragem intencional	Pelo método WISN, todos os três tipos de centros de saúde tinham menos enfermeiros (42-70%) e parteras (53-67%) do que o necessário, com pressão elevada carga de trabalho (30-58%) para essas carreiras. Centros de saúde IV e hospitais não tinham médicos (39-42%), mas foram adequadamente equipados com oficiais clínicos. Todas as instalações demonstraram excesso de auxiliares de enfermagem. Para todas as carreiras nos centros de saúde III e IV com exceção dos auxiliares de enfermagem, as normas fixas ou pessoal existente ou ambos, ficaram abaixo das necessidades de pessoal após aplicação da ferramenta WISN, por exemplo, existiam apenas metade do número de enfermeiras e parteras necessário.	2c
5	Estudo transversal descritivo	720 registros foram coletados. A média de idade foi de 64 (13,6) anos, 73% eram homens e a média de perenidade foi de 3 (1-12) dias. 40% foram internados devido à patologia médica. A média total em pontos foi: NAS: 696,8 (111,6), NEMS: 311,8 (55,3) e VACTE: 4.978 (897,7). O número de enfermeiros necessários segundo a NAS foi de 7, segundo o NEMS e o VACTE de 6,7. A média real foi de 5,5. Nas 3 escalas, o WUR foi > 1 e o LOCap de 1,6 pacientes/enfermeiro. O LOCp foi de 2 pacientes/enfermeiro.	2c
6	Estudo de coorte prospectivo	A média da carga de trabalho de enfermagem foi de 67,3% (DP 8,2) em pacientes de TCTH assintômico e de 72,4% (DP 13,0) no TCTH obstrutivo (p=0,1398). O item Monitorização e controles apontou, em mais de 50% das observações, que os pacientes demandaram intensificação deste cuidado, exigindo dois turnos ou mais em algum turno de trabalho por motivos de segurança, gravidade ou terapia.	2b
7	Estudo de Avaliação	Encontramos uma correlação entre a carga de trabalho e o comprometimento do pessoal. No que diz respeito ao índice de trabalho em equipe e condição do paciente, a análise de equações estruturais utilizando a intensidade de necessidades de cuidados de enfermagem e grau de vida diária independente mostrou que a condição do paciente teve um efeito significativo na carga de trabalho.	3
8	Triangulação metodológica - entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação	O modo de trabalhar na Estratégia Saúde da Família tem, predominantemente, grande aumento das cargas de trabalho dos profissionais de enfermagem, destacando-se a sobrecarga de trabalho, o excesso de demanda, problemas na estrutura física das unidades e falhas na rede de atenção, o que dificulta a sua efetividade enquanto estratégia privilegiada para atingir o acesso universal em saúde. Por outro lado, trabalho em equipe, afinidade com o trabalho, vínculo com o usuário e resiliabilidade da assistência contribuíram para a redução das mesmas.	2c
9	Estudo descritivo, quantitativo	Houve equilíbrio entre a carga de trabalho proposta pelo método WISN e o número de profissionais disponíveis na Unidade Saúde da Família. O índice WISN, para enfermeiros, foi de 0,8 e para os técnicos/auxiliares de enfermagem 1,0.	2c
10	Pesquisa transversal, com fonte documental e análise estatística	A média do Nursing Activities Score da Unidade de Terapia Intensiva foi 1514,89. Na comparação do quadro dimensionado (n=87) com o real (n=80), houve um déficit de 38 enfermeiros e supéravit de 11 técnicos de enfermagem. O quadro de pessoal real não corresponde à necessidade de enfermeiros.	2c
11	Estudo de avaliação	Os especialistas clínicos em enfermagem que examinaram os fatores incluídos no NICI, bem como os cálculos de tempo incremental e pontuação, concordaram completamente com os fatores incluídos e o tempo de enfermagem alocado. Em termos de validade concorrente, o coeficiente de correlação $\rho$ de Spearman entre o escore NICI e os escores clínicos de enfermagem para 28 pacientes foi de 0,94 (p < 0,001).	5
12	Estudo descritivo, qualitativo	Foram analisadas 5 áreas e 15 subgrupos, obtendo um total anual de 603.165 artigos odonto-médicos-hospitalares produzidos/improcessados e 544,3 horas de enfermagem, gerando um dimensionamento com déficit de 5 profissionais de nível superior e quantitativo adequado de profissionais de nível médio.	2c
13	Pesquisa de campo observacional e documental, com abordagem quantitativa e amostragem intencional	Participaram da pesquisa 17 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem. Foram realizadas 3.727 observações, sendo obtidos tempos totais e ocupação relativa de 23 intervenções de enfermeiros e 18 intervenções de técnicos de enfermagem. As intervenções corresponderam a 88,5% da ocupação relativa dos enfermeiros e 83,9% dos técnicos de enfermagem. A atividade pessoal foi responsável por 8,2% da ocupação relativa dos enfermeiros e 7,8% dos técnicos de enfermagem. O teste de confiabilidade resultou em 86,7% de concordância.	2c

\*Nível de Evidência. Fonte: Autores.

Os autores dos estudos totalizaram 61 pesquisadores, sendo apresentados nos artigos por profissão, departamento ou escola a que pertence e como alunos de Pós Graduação. Dentre eles, 30 (49,2%) são pesquisadores filiados a escolas de enfermagem, 20 (33%) pertencem a outras escolas ou departamentos de ensino e pesquisa, como odontologia, medicina social, medicina, física e matemática, administração em saúde e associações de pesquisa; 5 (8,2%) são descritos como enfermeiros e 6 (9,8%) alunos de mestrado ou doutorado. Dos 13 artigos incluídos, 3 (23%) foram extraídos de Tese de Doutorado.

Pode-se observar que o Nursing Activities Score (NAS) e o Workload Indicators of Staffing Needs (WISN) foram os métodos mais abordados nos estudos incluídos nesta RI, contemplando 3 (26%) estudos para cada método. O NAS, devido a sua configuração e aplicabilidade, foi utilizado em Unidades de Terapia Intensiva e Alta Complexidade, mensurando somente a carga de trabalho de equipe de enfermagem, e definindo a complexidade do cuidado.

Para apresentar os métodos utilizados nos estudos para avaliação da carga de trabalho, foi elaborado um infográfico no programa on-line de acesso gratuito Vannage®, Figura 5.

**Figura 5.** Metodologias, métodos e/ou ferramentas utilizadas nos estudos de avaliação de carga de trabalho. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.



Fonte: Autores.

#### 4. Discussão

Nos estudos de número 1 e 2, a Taxonomia de Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), oportunizou avaliar a carga de trabalho da equipe de enfermagem a partir do mapeamento das intervenções necessárias ao cuidado. Porém, a carga de trabalho foi avaliada através da utilização de um instrumento elaborado para medir o tempo gasto nas atividades, utilizando a técnica de amostragem de trabalho (Possari, Gaidzinski, Lima, Fugulin & Herdman, 2015; Bonfim, Pierantoni, Haddad & Gaidzinski, 2015).

No estudo de número 13, realizado em um ambulatório de quimioterapia, a avaliação da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem foi realizada a partir da elaboração de um instrumento também baseado na NIC, que objetivou correlacionar as intervenções/atividades destes profissionais; esta correlação forneceu dados para o dimensionamento de pessoal realizado através da ferramenta WISN (Santos & Gaidzinski, 2019).

O WISN da mesma forma foi aplicado no estudo de número 9, na predição de recursos humanos de enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF). É um método proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para dimensionamento de RNS, fundamentado na carga de trabalho, com padrões de atividade (tempo) aplicáveis para cada componente gerador de carga de trabalho, no tempo disponível de cada profissional. Importante destacar, que neste estudo, a definição das atividades foi realizada através de observação de campo, com identificação do tempo médio despendido para cada atividade, através da técnica amostragem do trabalho (Bonfim, Laus, Leal, Fugulin & Gaidzinski, 2016).

Contudo, por ser o WISN uma ferramenta aplicável para qualquer categoria de trabalho, sem restrição de atividade e local, não contempla em seu escopo a definição dos padrões de atividades, impondo ao investigador defini-las previamente. É uma ferramenta que pode ser aplicada em micro e macro cenários, tais como, regiões administrativas compostas por várias unidades de saúde de diferentes níveis de atenção.

Essa amplitude, na abrangência do WISN, vem bem delimitado no estudo número 4, realizado para realizar a avaliação de carga de trabalho e dimensionar RNS. Neste estudo, o método foi aplicado em 136 unidades de saúde pública de 33 distritos de Uganda, selecionados por estratégia de amostragem intencional, escolhendo as unidades com dados mais confiáveis. Nestas unidades foram avaliados 5 importantes carreiras da saúde: médico, clínicos, parteiras, enfermeiras e auxiliares de enfermagem (Namaganda, Oketcho, Maniple & Viadro, 2015).

Vale destacar, que três estudos utilizaram a NIC para definir ou correlacionar os padrões de atividades realizadas por profissionais de enfermagem em seus cenários, o que demonstrou ser uma estratégia segura para padronização das atividades, o que permitiu conduzir através de um método o cálculo da carga de trabalho. Esta estratégia pôde proporcionar aos autores conhecer o perfil das unidades de trabalho, subsidiando o dimensionamento racional da força de trabalho.

Na China, um sistema de classificação de cuidados de enfermagem por complexidade do paciente, também foi utilizado para calcular o número adequado de enfermeiras por unidade, com base na carga de trabalho real. Neste país, o governo determina a relação enfermeiro-leito, todavia essa relação pode variar consideravelmente entre uma unidade e outra, excedendo o preconizado em relação ao número de leitos por enfermeiro. Tal fato foi o que impulsionou pesquisadores do estudo 3 em busca de um método para avaliar a carga de trabalho realizado em unidades médico-cirúrgicas de um hospital de ensino (Yu, Ma, Sun, Lu & Xu, 2015).

O estudo de número 11 foi desenvolvido em Nova York, nos Estados Unidos da América, e objetivou testar o índice de intensidade dos cuidados de enfermagem (Nursing Intensity of Care Index - NICI), utilizando os dados disponíveis nos sistemas eletrônicos de registro de informação (electronic health record - EHR), a fim de analisar a carga de trabalho das enfermeiras, tomando como justificativa, um baixo índice de satisfação, *burnout* e aumento da rotatividade destes profissionais (Larson, Cohen, Liu, Zachariah, Yao & Shang, 2017).

#### 4. Discussão

Nos estudos de número 1 e 2, a Taxonomia de Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), oportunizou avaliar a carga de trabalho da equipe de enfermagem a partir do mapeamento das intervenções necessárias ao cuidado. Porém, a carga de trabalho foi avaliada através da utilização de um instrumento elaborado para medir o tempo gasto nas atividades, utilizando a técnica de amostragem de trabalho (Possari, Gaidzinski, Lima, Fugulin & Herdman, 2015; Bonfim, Pierantoni, Haddad & Gaidzinski, 2015).

No estudo de número 13, realizado em um ambulatório de quimioterapia, a avaliação da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem foi realizada a partir da elaboração de um instrumento também baseado na NIC, que objetivou correlacionar as intervenções/atividades destes profissionais; esta correlação forneceu dados para o dimensionamento de pessoal realizado através da ferramenta WISN (Santos & Gaidzinski, 2019).

O WISN da mesma forma foi aplicado no estudo de número 9, na predição de recursos humanos de enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF). É um método proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para dimensionamento de RHS, fundamentado na carga de trabalho, com padrões de atividade (tempo) aplicáveis para cada componente gerador de carga de trabalho, no tempo disponível de cada profissional. Importante destacar, que neste estudo, a definição das atividades foi realizada através de observação de campo, com identificação do tempo médio despendido para cada atividade, através da técnica amostragem do trabalho (Bonfim, Laus, Leal, Fugulin & Gaidzinski, 2016).

Contudo, por ser o WISN uma ferramenta aplicável para qualquer categoria de trabalho, sem restrição de atividade e local, não contempla em seu escopo a definição dos padrões de atividades, impondo ao investigador defini-las previamente. É uma ferramenta que pode ser aplicada em micro e macro cenários, tais como, regiões administrativas compostas por várias unidades de saúde de diferentes níveis de atenção.

Essa amplitude, na abrangência do WISN, vem bem delimitado no estudo número 4, realizado para realizar a avaliação de carga de trabalho e dimensionar RHS. Neste estudo, o método foi aplicado em 136 unidades de saúde pública de 33 distritos de Uganda, selecionados por estratégia de amostragem intencional, escolhendo as unidades com dados mais confiáveis. Nestas unidades foram avaliados 5 importantes carreiras da saúde: médico, clínicos, parteiras, enfermeiras e auxiliares de enfermagem (Namaganda, Oketcho, Maniple & Viadro, 2015).

Vale destacar, que três estudos utilizaram a NIC para definir ou correlacionar os padrões de atividades realizadas por profissionais de enfermagem em seus cenários, o que demonstrou ser uma estratégia segura para padronização das atividades, o que permitiu conduzir através de um método o cálculo da carga de trabalho. Esta estratégia pôde proporcionar aos autores conhecer o perfil das unidades de trabalho, subsidiando o dimensionamento racional da força de trabalho.

Na China, um sistema de classificação de cuidados de enfermagem por complexidade do paciente, também foi utilizado para calcular o número adequado de enfermeiras por unidade, com base na carga de trabalho real. Neste país, o governo determina a relação enfermeiro-leito, todavia essa relação pode variar consideravelmente entre uma unidade e outra, excedendo o preconizado em relação ao número de leitos por enfermeiro. Tal fato foi o que impulsionou pesquisadores do estudo 3 em busca de um método para avaliar a carga de trabalho realizado em unidades médico-cirúrgicas de um hospital de ensino (Yu, Ma, Sun, Lu & Xu, 2015).

O estudo de número 11 foi desenvolvido em Nova York, nos Estados Unidos da América, e objetivou testar o índice de intensidade dos cuidados de enfermagem (Nursing Intensity of Care Index - NICI), utilizando os dados disponíveis nos sistemas eletrônicos de registro de informação (electronic health record - EHR), a fim de analisar a carga de trabalho das enfermeiras, tomando como justificativa, um baixo índice de satisfação, *burnout* e aumento da rotatividade destes profissionais (Larson, Cohen, Liu, Zachariah, Yao & Shang, 2017).

## 5. Conclusão

Definir um método de avaliação da carga de trabalho em saúde, demonstrou-se como uma estratégia importantíssima para o dimensionamento de RHS, apesar da diversidade que foi observada nos estudos incluídos nesta RI, sem predomínio de um padrão para avaliação.

No entanto, nessa diversidade de métodos, alguns critérios se apresentaram como fundamentais a avaliação da carga de trabalho, tais como, definir padrões de atividades realizadas por categoria profissional, determinar e mensurar padrões de tempo/atividade e caracterizar a complexidade do cuidado.

Em suma, apesar do quantitativo de estudos incluídos nesta RI ter sido reduzido, os achados demonstraram uma diversidade de métodos de avaliação de carga de trabalho, o que nos remeteu a necessidade da realização de novas pesquisas, possibilitando a definição de métodos que atendam as especificidades de cada categoria em seus cenários de trabalho, ou ao menos uma padronização.

## Referências

- Ballardin, L., & Guimarães, L. B. M. (2009). Avaliação da carga de trabalho dos operadores de uma empresa distribuidora de derivados de petróleo. *Revista Produção*, 19 (3): 581-592. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132009000300014>
- Bonfim, D., Laus, A. M., Leal, A. E., Fugulin, F. M. T., & Gaidzinski, R. R. (2016). Application of the Workload Indicators of Staffing Need method to predict nursing human resources at a Family Health Service. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2683. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-8345.1010.2683>
- Bonfim, D., Pereira, M. J. B., Pierantoni, C. R., Haddad, A. E., & Gaidzinski, R. R. (2015). Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de Saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(spe), 25-34. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342015000800004>
- Borges, F., Bohrer, C. D., Bugs, T. V., Nicola, A. L., Tonini, N. S., & Oliveira, J. L. C. D. (2017). Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-Adulto de hospital universitário público. *Cognitare Enfermagem*, 22(2), e50306. <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.50306>
- Conishi, R. M. Y., & Gaidzinski, R. R. (2007). Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 346-354. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300002>
- Conselho Federal de Enfermagem. (2017). Resolução COFEN 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)
- Cruz, R. M., & Corrêa, F. P. (2000). Avaliação da carga cognitiva de trabalho. *Revista de Ciências Humanas*, 0 (4), 141-155. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/25795> <https://doi.org/10.5007/%25x>
- Dal Poz, M. R., Gupta, N., Quain, E., & Soucat, A. L. (Ed.). (2009). Manual para a monitorização e avaliação de recursos humanos de saúde: com aplicação dedicada aos países de rendimento médio e baixo. Organização Mundial de Saúde. [https://www.who.int/eportuguese/publications/Manual\\_monitorizacao\\_RHS\\_2009.pdf](https://www.who.int/eportuguese/publications/Manual_monitorizacao_RHS_2009.pdf)
- Frutuoso, J. T., & Cruz, R. M. (2005). Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 3 (1), 29-36. <http://www.rbmt.org.br/details/166/pt-BR/mensuracao-da-carga-de-trabalho-e-sua-relacao-com-a-saude-do-trabalhador>
- Galvão, T. F., Pansani, T. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Larson, E. L., Cohen, B., Liu, J., Zachariah, P., Yao, D., & Shang, J. (2017). Assessing Intensity of Nursing Care Needs Using Electronically Available Data. *Computers, informatics, nursing: CIN*, 35(12), 617-623. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000375>
- Martins, M., Blais, R., & Miranda, N. N. (2008). Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 643-652. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300018>
- Ministério da Saúde. 2017. *Diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS*. Brasil: Autor. Recuperado de <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/37250.html>
- Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., & TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. (2003). Nursing activities score. *Critical care medicine*, 31(2), 374-382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>
- Namaganda, G., Oketcho, V., Maniple, E., & Viadro, C. (2015). Making the transition to workload-based staffing: using the Workload Indicators of Staffing Need method in Uganda. *Human resources for health*, 13, 89. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0066-7>

- Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. (2009). Levels of evidence. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>
- Pedrosa, K., Oliveira, L., Feijão, A., & Machado, R. (2015). Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. *Cogitare Enfermagem*, 20(4). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.40768>
- Pierantoni C. R.; França T.; Ney M. S.; Monteiro V. O.; Varella T. C.; Santos M.R. D. (2011). Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 1627-1631. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000700014>
- Pires, D. E. P., Machado, R. R., Soratto, J., Scherer, M. A., Gonçalves, A. S. R., & Trindade, L. L. (2016). Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2682. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>
- Possari, J. F., Gaidzinski, R. R., Lima, A. F. C., Fugulin, F. M. T., & Herdman, T. H. (2015). Uso da classificação das intervenções de enfermagem na identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 781-788. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0419.2615>
- Rosa, N. T., Mimura, V. A., & Borges, E. C. P. (2019). Carga de trabalho e dimensionamento dos profissionais de enfermagem no centro de material de esterilização. *Nursing*, 22(250), 2775-2782. <http://www.revistanursing.com.br/revistas/250/pg70.pdf>
- Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M., & Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Santos, D. V., & Gaidzinski, R. R. (2019). Dimensionamento de profissionais de enfermagem em quimioterapia ambulatorial: aplicação do método Workload Indicators of Staffing Need. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03456. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018003803456>
- Sato, K., Yamashita, K., Goshima, M., Kuroda, T., Kinoshita, Y., & Seiyama, A. (2016). An Analysis of the Factor Model on the Workload of Nursing Staff Using a Hospital Management Tool. *Studies in health technology and informatics*, 225, 58-62. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-58>
- Silva, J. B., Póvoa, V. C. O., Lima, M. H. M., Oliveira, H. C., Padilha, K. G., & Secoli, S. R. (2015). Carga de trabalho de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoiéticas: estudo de coorte. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (spe), 93-100. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700014>
- Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaletti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. A. D. (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (2), 335-345. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8 (1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Stetler, C. B., Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J. et al. (1998). Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Applied nursing research: ANR*, 11(4), 195-206. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(98\)80329-7](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(98)80329-7)
- Valls-Matarín J., Slamero-Amorós M., & Roldán-Gil, C. (2015). Análisis de la carga de trabajo y uso de los recursos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 26(2):72-81. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.02.002>
- World Health Organization. (2017). National health workforce accounts: a handbook. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259360/9789241513111-eng.pdf;jsessionid=415A2D78EA7919F0A186080FF0F35336?sequence=1>
- Yu, D., Ma, Y., Sun, Q., Lu, G., & Xu, P. (2015). A nursing care classification system for assessing workload and determining optimal nurse staffing in a teaching hospital in China: A pre-post intervention study. *International journal of nursing practice*, 21(4), 339-349. <https://doi.org/10.1111/ijn.12295>

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: "O impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer: estudo de caso", conduzida por Jorge Leandro do Souto Monteiro, sob orientação do Professor Doutor Mario Roberto Dal Poz.

O senhor(a) foi selecionado por atuar como gestor de enfermagem em um instituto federal de referência no tratamento e controle do câncer. Esta pesquisa está sendo realizada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar deste estudo depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe do estudo sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável através do telefone: (21) 979774567 ou pelo e-mail [jorgeleandromonteiro@gmail.com](mailto:jorgeleandromonteiro@gmail.com).

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar. O consentimento por escrito se constitui da assinatura deste documento ao final e rubricado em todas as páginas.

### **PROPÓSITO DO ESTUDO**

#### **INFORMAÇÕES AOS PARTICIPANTES:**

O propósito deste estudo é através das respostas dos gestores de enfermagem permitir identificar as estratégias adotadas para dimensionar a equipe e manter o tratamento do câncer frente aos desafios impostos durante a pandemia da COVID-19.

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem na visão dos gestores de uma unidade federal de referência para tratamento e controle do câncer.

Os objetivos específicos são:

- Compreender o impacto da pandemia da COVID-19 no controle do câncer em nível internacional, nacional e em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer.

- Analisar políticas de recursos humanos e dimensionamento da força de trabalho em oncologia e enfermagem.
- Descrever estratégias de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem adotadas por gestores durante a pandemia da COVID-19.
- Discutir estratégias adotadas por gestores em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem para enfrentamento da COVID-19.

## **PROCEDIMENTOS DO ESTUDO**

De acordo com os objetivos apresentados, participarão desta pesquisa gestores de enfermagem das Divisões de Enfermagem dos Hospitais do Câncer I, II e III, bem como gestores dos setores, áreas e/ou serviços de enfermagem compreendidos pelas clínicas de pediatria, unidade de terapia intensiva adulto (casos-piloto) e de urologia, abdominopélvico, tórax, ginecologia e mama.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista que será conduzida pelo pesquisador em local apropriado, através de um roteiro de entrevista e um questionário semiestruturado, composto por perguntas fechadas e abertas, com duração de até 60 minutos.

Caso autorize, as entrevistas serão gravadas em aparelho digital MP4, porém será assegurado o sigilo de suas respostas, pois será para uso exclusivo do pesquisador, cujo conteúdo apenas será compartilhado com o seu orientador e o técnico que fará a transcrição das gravações, o mesmo sigilo valerá para o questionário, uma vez que o software utilizado para preenchimento das perguntas fechadas, está vinculado ao servidor de e-mail do pesquisador responsável, garantindo assim o seu anonimato. A gravação será guardada pelo pesquisador em segurança, mantida em sigilo e destruída após cinco anos, caso haja interesse, as transcrições poderão ser disponibilizadas para o próprio informante.

A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado (a).

**Autorizo a gravação**

**Não autorizo a gravação**

Ressalta-se que por se tratar de uma pesquisa, o pesquisador disponibilizará para a instituição os dados parciais e finais desta investigação, sempre procurando garantir o anonimato dos sujeitos participantes ou de qualquer conteúdo que possa remeter a identificação de sujeitos ou serviços. Esta divulgação dos resultados se dará através de: devolutivas para todos os sujeitos envolvidos, individualmente, à medida as solicitem, através de contato com o

pesquisador; bem como outras formas de retorno para a instituição, através da apresentação da tese de doutoramento, artigos publicados em revistas científicas e outras formas éticas de tornar todo material produzido de domínio público.

### **RISCOS**

Informamos que a sua participação nesta pesquisa não proporciona riscos físicos, porém toda pesquisa oferece algum risco, sendo considerado nesta pesquisa como mínimo, podendo ocasionar danos por tomarmos o seu tempo ao participar da entrevista, invadir sua privacidade e gerar algum tipo de discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado. É necessário esclarecer que o senhor(a) não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa, portanto a sua participação não será remunerada e nem implicará em gastos.

### **BENEFÍCIOS**

O benefício principal de sua participação, para além de altruístico em virtude da participação voluntária, será possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados, gestores de enfermagem em hospitais de câncer possam em momentos de crise, como o da pandemia da COVID-19, responder a tempo com estratégias de dimensionamento de recursos humanos melhorando os desfechos em saúde, racionalizando o uso de recursos, agregando segurança no trabalho e reduzindo o estresse das equipes.

### **LIBERDADE DE RECUSA**

Será garantido ao senhor (a) o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Reiteramos que a qualquer momento poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento, o que não acarretará prejuízo, não prejudicando sua relação com sua chefia, serviço, muito menos com o pesquisador. Porém, em caso de interrupção na participação da pesquisa, o pesquisador deverá ser comunicado de imediato, e seu assentimento retirado da pesquisa.

### **CUSTOS (RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO):**

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, o senhor (a) terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; e Resolução CNS nº 510 de 2016, artigo 19).

### **CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS:**

Reforçamos que, os dados obtidos serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Asseguramos a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos econômicos.

## GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Os comitês de ética e pesquisa são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, garantindo os direitos, segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam em participar destes.

Se o senhor (a) tiver alguma dúvida sobre seus direitos como participante desta pesquisa ou quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável, seu orientador ou o (s) comitê (s) de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

### **Pesquisador Responsável: Jorge Leandro do Souto Monteiro**

e-mail: [jorgeleandromonteiro@gmail.com](mailto:jorgeleandromonteiro@gmail.com)

Telefone: (21) 97977-4567

### **Orientador da Pesquisa: Mario Roberto Dal Poz**

Instituto de Medicina Social da UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar - D

Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013

e-mail: [dalpoz@ims.uerj.br](mailto:dalpoz@ims.uerj.br)

Telefone (21) 2334-0235, ramal 220

### **Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ**

Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013

Telefone (21) 2334-0235, ramal 211.

E-mail: [cep.ims.uerj@gmail.com](mailto:cep.ims.uerj@gmail.com).

### **Comitê de Ética em Pesquisa do coparticipante: Instituto Nacional de Câncer**

Rua do Resende, 128, sala 203 - Centro, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 20231-092

Telefones (21) 3207-4550 /3207-4556

E-mail: [cep@inca.gov.br](mailto:cep@inca.gov.br)

## **MEDIDAS DE NO MOMENTO DE PANDEMIA – COVID-19**

Devido à pandemia, todos os cuidados de precaução serão tomados a saber: uso de capote, máscara N95, face shields, luvas, gorro, álcool gel, distanciamento adequado pela

pesquisadora, além de devida higienização com álcool 70% das superfícies e utensílios utilizados como aparelhos, canetas entre outros.

## CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li todas as informações e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária, isenta de despesas e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício.

Tive oportunidade de realizar perguntas e as respostas foram esclarecedoras e diante do exposto e de espontânea vontade, expressei minha concordância em participar deste estudo.

Este termo terá duas vias e uma delas será entregue à participante da entrevista e a outra via permanecerá com a pesquisadora, devidamente assinadas e rubricadas por ambas.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/2021.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste projeto de pesquisa ao participante indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação deste estudo.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DIRECIONADO AO GESTOR DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CÂNCER**

### **CARTA CONVITE**

Prezado (a) Gestor (a)

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada " O impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer: estudo de caso ".

Trata-se de um projeto de doutorado realizado pelo pesquisador Jorge Leandro do Souto Monteiro, orientado pelo Professor Doutor Mario Roberto Dal Poz.

Sua participação será de suma importância, pois será através da sua expertise enquanto gestor de unidade especializada no tratamento do câncer, que analisaremos o seu cenário de trabalho e as estratégias de gestão no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem adotadas frente a pandemia do COVID-19.

O instrumento foi elaborado em formato de questionário semiestruturado, baseado na *“Checklist para a gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à covid-19, publicado pela OPAS”*, de forma que suas questões se aproximem da realidade oncológica em âmbito nacional e possam refletir as características da instituição onde será coletado os dados.

Será garantido ao senhor (a) o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal.

Caso concorde em participar da pesquisa, o senhor (a) receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e agendará junto ao pesquisador uma entrevista, que poderá ser presencial ou por videoconferência, respeitando os protocolos de prevenção e distanciamento da COVID-19.

Desde já agradecemos a sua participação.

Atenciosamente.

---

*Jorge Leandro do Souto Monteiro*

Doutorando do Instituto de Medicina Social - UERJ

Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

**Identificação das estratégias adotadas por gestores das Divisões de Enfermagem dos Hospitais de Câncer no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem do INCA para enfrentamento da COVID-19**

**Seção 1 – Unidade Integrada de Análise**

1. Marque o Hospital de Câncer (HC) em que atua:

INCA - HC 1

INCA - HC 2

INCA - HC 3

**Seção 2 - Identificação Profissional**

1. Gênero

Masculino

Feminino

Prefiro não informar

2. Idade:

20 a 30 anos

31 a 40 anos

41 a 50 anos

51 a 60 anos

61 a 70 anos

3. Tempo de Formação – Graduação em Enfermagem:

1 a 5 anos

5 a 10 anos

10 a 15 anos

15 a 20 anos

mais de 20 anos

4. Titulações (Marque todas que se aplicam):

Pós-graduação em Gestão

Pós-graduação em Oncologia

Mestrado

Doutorado

Pós-Doutorado

5. Qual o seu vínculo empregatício na instituição?

Funcionário Público

Contrato público temporário

Contrato por Organização Social de Saúde  
Contrato celetista terceirizado por empresa privada

6. Há quanto tempo trabalha nesta instituição?

menos que 1 ano

1 a 5 anos

5 a 10 anos

10 a 15 anos

Mais de 15 anos

7. Há quanto tempo você exerce este cargo na sua unidade de saúde?

menos que 1 ano

1 a 2 anos

2 a 3 anos

3 a 4 anos

Mais de 4 anos

### **Seção 3 - Mapeamento da disponibilidade, necessidades e lacunas na capacidade da força de trabalho de enfermagem no cenário oncológico**

1. Foi realizado em sua unidade de trabalho mapeamento das necessidades essenciais da força de trabalho de enfermagem, incluindo prioridades na alocação e escalonamento?

Sim

Não

Em andamento

2. Foi realizado mapeamento da disponibilidade da força de trabalho de enfermagem de acordo com limitações e/ou restrições (idade, grupo de risco, comorbidades)?

Sim

Não

Em andamento

### **Seção 4 - Recrutamento de profissionais de enfermagem**

1. Houve alocação temporária de profissionais de enfermagem do Setor Privado/Organização Social de Saúde e/ou Contrato Público Temporário para estruturar sua unidade de gestão?

Sim

Não

Em andamento

2. Caso tenha ocorrido alocação temporária de profissionais de enfermagem em sua unidade de gestão, assinale o tipo de contrato utilizado:

Contrato do setor privado

Contrato temporário do setor público

Contrato por Organização Social de Saúde

Ativação de outras redes de provedores de saúde e/ou transferência de profissionais de outras instituições públicas ou privadas

Não se aplica

3. Foi realizado treinamento e/ou redirecionamento de funcionários públicos ou de outros setores não relacionados à saúde, para realizar tarefas e funções de suporte na sua unidade de gestão?

Sim

Não

Em andamento

4. Foram estabelecidos incentivos e medidas de apoio ao trabalho remoto para melhorar a flexibilidade dos funcionários que possuíam indicação de afastamento administrativo em sua área de gestão?

Sim

Não

Em andamento

5. Se sim, descreva os incentivos e as medidas de apoio ao trabalho remoto: (Nesta pergunta a resposta será gravada)

### **Seção 5 - Reorganização e distribuição de papéis da força de trabalho de enfermagem**

1. Foi necessário redistribuir pessoal de enfermagem para outras funções, áreas ou setores na unidade de saúde onde você atua por necessidade do serviço?

Sim

Não

Em andamento

2. Foi realizado treinamento da força de trabalho de enfermagem para enfrentamento da pandemia de acordo com as especificidades do câncer e suas modalidades de tratamento, tais como: alterações hematológicas, imunológicas, comprometimento de áreas do organismo por compressão e metástase?

Sim

Não

Em andamento

3. Há uma definição clara dos papéis e funções para as categorias de enfermagem (protocolos e procedimentos) desenvolvido pela Divisão de Enfermagem direcionada ao cuidado do paciente oncológico portador da COVID-19?

Sim

Não

Em andamento

4. Foram implementados turnos adicionais e/ou outros arranjos de escala para suporte a assistência durante a pandemia?

Sim

Não

Em andamento

5. Se a resposta anterior for sim, descreva: (Nesta pergunta a resposta será gravada)

### **Seção 6 - Questões contratuais, legais, administrativas e relacionadas para permitir resposta rápida**

1. Foram necessários rever e adaptar os procedimentos administrativos e mecanismos contratuais existentes, para adequação dos contratos da força de trabalho de enfermagem em sua área de gestão?

Sim

Não

Em andamento

2. Estão estabelecidos sistemas para monitorar e garantir a aquisição apropriada e aplicação (prática) de conhecimentos, habilidades e competências necessários para a resposta à COVID- 19 em sua unidade de saúde?

Sim

Não

Em andamento

3. Foram garantidos que as políticas e regulamentos em vigor fossem aplicadas para permitir que a força de trabalho de enfermagem prestasse assistência à pacientes oncológicos portadores da COVID-19 com segurança?

Sim

Não

Em andamento

4. Foram avaliadas as implicações legais da profissão de enfermagem e dos contratos de trabalho relacionados à existência de limitações para o exercício profissional durante a pandemia?

Sim

Não

Em andamento

5. Foram identificados recursos e/ou incentivos financeiros e/ou não financeiros que poderiam ser acessados para auxiliar na contratação de profissionais de enfermagem para o combate à pandemia?

Sim

Não

Em andamento

6. Se a resposta anterior for sim, descreva os recursos e/ou incentivos identificados: (Nesta pergunta a resposta será gravada)

## **Seção 7 - Comunicação e coordenação**

1. Foram estabelecidos mecanismos de comunicação para garantir um sistema de notificação da força de trabalho acerca das mudanças nas demandas, contratos de prestação de serviço e oportunidades de treinamento?

Sim

Não

Em andamento

2. Foram estabelecidos mecanismos de comunicação para garantir um sistema de notificação da força de trabalho ao serviço de saúde do trabalhador, sobre suspeita de contaminação e/ou contaminação pela COVID-19 em sua unidade de gestão?

Sim

Não  
Em andamento

3. Existe comunicação e cooperação facilitadas entre gestão, trabalhadores de enfermagem e seus representantes em sua unidade de gestão?

Sim  
Não

### **Seção 8 - Treinamento e aperfeiçoamento de habilidades para a força de trabalho de enfermagem**

1. Toda força de trabalho de enfermagem da sua unidade de saúde recebeu treinamento apropriado para lidar com pacientes portadores da COVID- 19?

Sim  
Não  
Em andamento

2. Existe um plano de treinamento desenvolvido e adaptado, incluindo providências para treinamento contínuo, atualização de habilidades e competências para atuar no cuidado de enfermagem a pacientes oncológicos portadores da COVID-19 em sua área de gestão?

Sim  
Não  
Em andamento

3. Estão instalados e/ou disponíveis mecanismos rápidos de treinamento e auxílio no trabalho (*job aids*) para as principais capacidades para atuar no cuidado a pacientes oncológicos portadores da COVID-19 e em sua unidade de saúde?

Sim  
Não  
Em andamento

4. Estão disponíveis acessos a treinamentos online sobre a COVID-19 para a força de trabalho de enfermagem em sua unidade de saúde?

Sim  
Não  
Em andamento

### **Seção 9 - Segurança e proteção da força de trabalho de enfermagem**

1. Foi assegurado e alocado Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para todos os trabalhadores de enfermagem que estivessem nos serviços na linha de frente, considerando o risco de exposição?

Sim  
Não  
Em andamento

2. Os trabalhadores de enfermagem estão treinados de forma adequada para uso racional e descarte de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)?

Sim  
Não

Em andamento

3. São garantidos a força de trabalho de enfermagem, horas de trabalho apropriadas e períodos obrigatórios de descanso, bem como disponibilizado espaço para tal?

Sim

Não

Em andamento

4. Foram disponibilizados arranjos opcionais de acomodação para profissionais de enfermagem em hospitais, para reduzir o tempo gasto em deslocamento de/para casa, e proteger as famílias da exposição indireta?

Sim

Não

Em andamento

5. Foram instituídos mecanismos de relatos (notificação) de incidentes e sintomas da COVID-19 por trabalhadores de enfermagem em sua unidade de saúde, com testagem, suporte clínico, psicossocial, licença médica, entre outros?

Sim

Não

Em andamento

6. Foram ativados protocolos e sistema de tratamento e monitoramento de casos suspeitos e confirmados entre a força de trabalho de enfermagem envolvidos no cuidado à pacientes em risco ou portadores da COVID-19?

Sim

Não

Em andamento

7. Foram estabelecidos protocolos para garantir o retorno seguro dos trabalhadores de enfermagem às atividades, após quarentena ou licença médica?

Sim

Não

Em andamento

### **Perguntas Abertas - Caracterização da unidade e estratégias de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem**

**OBS: As respostas serão gravadas**

1. Qual o número de leitos do HC?
2. Existem leitos bloqueados? Quantos e por quê?
3. Quantos profissionais de enfermagem compõem sua unidade de gestão?
4. A pandemia da COVID-19 influenciou no índice de absenteísmo de sua unidade?  
Justifique:
5. Qual a proporção de profissionais de enfermagem que tiveram diagnóstico de COVID-19 em sua unidade de gestão?
6. Como você realiza o dimensionamento da equipe de enfermagem?
7. A Divisão de Enfermagem orienta o uso de algum sistema de classificação de pacientes ou método de avaliação de carga de trabalho para as unidades de internação? Se sim,

descreva o sistema ou método que é orientado, como ele é aplicado, a periodicidade de avaliação e se existem setores específicos que utilizam:

8. Foi aplicado algum sistema de classificação de pacientes ou método de avaliação de carga de trabalho especificamente durante a pandemia da COVID-19?
9. Foi necessário reavaliar o dimensionamento da equipe de enfermagem para enfrentamento da Pandemia da COVID-19? Se sim, descreva as estratégias utilizadas:
10. O que mais impactou sua gestão em relação ao dimensionamento da força de trabalho de enfermagem desde o início da pandemia da COVID-19?
11. Existe alguma informação pertinente ou relacionada aos desafios/estratégias enfrentadas no dimensionamento de enfermagem durante a pandemia da COVID-19 que não foi abordado e gostaria de relatar?

## **GUIA DE ORIENTAÇÃO**

### **Seção 3 - Mapeamento da disponibilidade, necessidades e lacunas na capacidade da força de trabalho em saúde no cenário oncológico**

1. Foram mapeados os requisitos e a disponibilidade dos profissionais da saúde (incluindo perfil, capacidade de prestação de serviço, capacidade em realizar tarefas críticas) para os cenários de transmissão definidos em sua área de gestão de acordo com as orientações do MS e/ou OMS. As prioridades incluíram perfil, especialidade, treinamento, dados demográficos (sexo, idade), localização e disponibilidade potencial.
2. Foram mapeados as restrições e limitações da sua equipe (idade, grupo de risco, comorbidades etc.).

**Seção 4 - Recrutamento de profissionais da saúde adicionais:** considerar aumento temporário da força de trabalho em saúde para suprir a demanda de assistência à saúde gerada pela pandemia.

1. Considerar contratos adicionais para alocação temporária de força de trabalho em saúde no setor público.
2. Assinalar o tipo de contrato ou estratégia utilizada na sua área de gestão para alocação temporária de profissionais.

### **Seção 5 - Reorganização e distribuição de papéis dos trabalhadores da saúde**

1. Redistribuir o pessoal de uma área da unidade de saúde para outra ou para outras funções aonde foram mais necessários.
2. Não se aplica.
3. Garantir uma definição clara dos papéis e funções de cada profissional (protocolos e procedimentos).
4. Coordenar turnos de profissionais da saúde para garantir cobertura adequada e permitir tempo de descanso suficiente para os profissionais com excesso de trabalho. Considerar aumentar o turno da equipe de meio período para período integral ou horas extras, equilibrando a segurança e a saúde ocupacional, para garantir atendimento de qualidade e prevenir infecções.
5. Esta questão é aberta e facultativa, onde o gestor deverá descrever as estratégias utilizadas de acordo com a resposta da questão 4.

## **Seção 6 - Questões contratuais, legais, administrativas e relacionadas para permitir resposta rápida**

1. Considerar a possibilidade ou necessidade de adaptar procedimentos administrativos e mecanismos contratuais disponíveis ou disponibilizados à unidade, para facilitar a contratação e/ou mobilização de pessoal e/ou alterações no perfil do trabalhador (delegação de tarefas, compartilhamento de tarefas, expansão de função).
2. Não se aplica.
3. Considerar as políticas e regulamentos publicados para profissionais de saúde num contexto geral e por categoria profissional, que orientem e permitam prestar intervenções em relação à COVID-19 e estar cobertos quanto à responsabilidade atribuída.
4. Considerar a existência de implicações legais nos diferentes mecanismos contratuais em consideração (tanto para a instituição quanto para o profissional da saúde).
5. Considerar recursos financeiros disponíveis ou que pudessem ser acessados ou incentivos financeiros e/ou não financeiros que pudessem ser utilizados na contratação de recursos humanos de saúde.
6. Esta questão é aberta e facultativa, onde o gestor deverá descrever os recursos utilizados.

## **Seção 7 - Comunicação e coordenação**

1. Considerar mecanismos de comunicação que garantisse um sistema de notificação da força de trabalho para informar de forma regular e frequente, os trabalhadores da saúde sobre mudanças nas demandas, contratos de prestação de serviços, vias de referência, oportunidades de treinamento etc.
2. Considerar mecanismos de comunicação que garantisse um sistema de notificação da força de trabalho para informar ao serviço de saúde do trabalhador, suspeita de contaminação e/ou contaminada pelo COVID-19 em sua unidade de saúde.
3. Considerar a comunicação e a cooperação entre gestão, profissionais da saúde e/ou seus representantes.

## **Seção 8 - Treinamento e aperfeiçoamento de habilidades para trabalhadores da saúde**

1. Considerar treinamento adequado em relação à COVID-19 (online ou em estruturas de treinamento comunitárias designadas).
2. Considerar um plano de treinamento para abordar a COVID-19, incluindo provisões para treinamento contínuo e atualização de habilidades e competências, conforme necessário.
3. Considerar a existência de mecanismos de treinamento rápido e apoios de trabalho (*job aids* - cartazes, *checklists*, pôsteres) para as principais capacitações, incluindo diagnóstico, triagem, responsabilidades de conduta clínica, e prevenção e controle essenciais de infecções.
4. Considerar acesso a treinamentos online sobre COVID-19, na *Intranet* de sua instituição, na OpenWHO (plataforma interativa de transferência de conhecimento da OMS, baseada na Web, que oferece cursos on-line para melhorar a resposta a emergências de saúde - <https://openwho.org/> ) ou Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS.

## **Seção 9 - Segurança e proteção dos trabalhadores da saúde**

1. Garantir o fornecimento e reposição de EPIs para os trabalhadores da saúde que estejam na linha de frente, considerando o risco de exposição.
2. Considerar que a força de trabalho de enfermagem esteja treinada adequadamente sobre uso e descarte racional de EPIs.
3. Não se aplica.
4. Foram disponibilizadas acomodações opcionais para profissionais de enfermagem da sua unidade, para reduzir o tempo gasto em deslocamento de/para casa, e proteger as famílias destes trabalhadores da exposição indireta.
5. Não se aplica.
6. Considerar o incentivo à notificação de incidentes e sintomas por trabalhadores da saúde, fornecendo um ambiente livre de culpa, com suporte, conforme necessário (testagem, suporte clínico, psicossocial, licença médica, entre outros).
7. Considerar a existência de protocolos que garantam o retorno seguro ao trabalho dos profissionais da saúde após quarentena ou licença médica.

## **APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DIRECIONADO AO GESTOR DE UNIDADE, SERVIÇO OU SETOR DE ENFERMAGEM**

### **CARTA CONVITE**

Prezado (a) Gestor (a)

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada " O impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer: estudo de caso ".

Trata-se de um projeto de doutorado realizado pelo pesquisador Jorge Leandro do Souto Monteiro, orientado pelo Professor Doutor Mario Roberto Dal Poz.

Sua participação será de suma importância, pois será através da sua expertise enquanto gestor de unidade especializada no tratamento do câncer, que analisaremos o seu cenário de trabalho e as estratégias de gestão no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem adotadas frente a pandemia do COVID-19.

O instrumento foi elaborado em formato de questionário semiestruturado, baseado na *“Checklist para a gestão dos recursos humanos em saúde em resposta à covid-19, publicado pela OPAS”*, de forma que suas questões se aproximem da realidade oncológica em âmbito nacional e possam refletir as características da instituição onde será coletado os dados. Será garantido ao senhor (a) o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal.

Caso concorde em participar da pesquisa, o senhor (a) receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e será agendado junto ao pesquisador uma entrevista, que poderá ser presencial ou por videoconferência, respeitando os protocolos de prevenção e distanciamento da COVID-19.

Desde já agradecemos a sua participação.

Atenciosamente.

---

*Jorge Leandro do Souto Monteiro*

Doutorando do Instituto de Medicina Social - UERJ

Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

**Identificação das estratégias adotadas por gestores das unidades, serviços ou setores de assistência especializada no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem do INCA para enfrentamento da COVID-19**

**Seção 1 – Unidade Integrada de Análise**

1. Marque o Hospital de Câncer em que atua:

INCA - HC 1

INCA - HC 2

INCA - HC 3

2. Qual o setor ou serviço de atuação:

HC 1 - Abdominopélvico

HC 1 - Urologia

HC 1 - Tórax

HC 2 - Ginecologia

HC 3 – Mama

Radiodiagnóstico

Radioterapia

Quimioterapia

**Seção 2 - Identificação Profissional**

1. Gênero

Masculino

Feminino

Prefiro não informar

2. Idade:

20 a 30 anos

31 a 40 anos

41 a 50 anos

51 a 60 anos

61 a 70 anos

3. Tempo de Formação – Graduação em Enfermagem:

1 a 5 anos

5 a 10 anos

10 a 15 anos

15 a 20 anos

mais de 20 anos

4. Titulações (Marque todas que se aplicam):

Pós-graduação em Gestão  
Pós-graduação em Oncologia  
Mestrado  
Doutorado  
Pós-Doutorado

5. Qual o seu vínculo empregatício na instituição?

Funcionário Público  
Contrato público temporário  
Contrato por Organização Social de Saúde  
Contrato celetista terceirizado por empresa privada

6. Há quanto tempo trabalha nesta instituição?

menos que 1 ano  
1 a 5 anos  
5 a 10 anos  
10 a 15 anos  
Mais de 15 anos

7. Como você define o seu cargo na instituição?

8. Há quanto tempo você exerce este cargo na referida unidade, serviço ou setor?

menos que 1 ano  
1 a 2 anos  
2 a 3 anos  
3 a 4 anos  
Mais de 4 anos

### **Seção 3 - Mapeamento da disponibilidade, necessidades e lacunas na capacidade da força de trabalho de enfermagem no cenário oncológico**

1. Foi realizado em sua área de gestão mapeamento das necessidades essenciais da força de trabalho de enfermagem, incluindo prioridades na alocação e escalonamento?

Sim  
Não  
Em andamento

2. Foi realizado mapeamento da disponibilidade da força de trabalho de enfermagem de acordo com limitações e/ou restrições (idade, grupo de risco, comorbidades)?

Sim  
Não  
Em andamento

### **Seção 4 - Recrutamento de profissionais de enfermagem adicionais**

1. Houve alocação temporária de profissionais de enfermagem do Setor Privado/Organização Social de Saúde e/ou Contrato Público Temporário para estruturar sua unidade, serviço ou setor de gestão?

Sim  
 Não  
 Em andamento

2. Caso tenha ocorrido alocação temporária de profissionais em sua unidade, serviço ou setor de gestão, assinale o tipo de contrato utilizado:

Contrato do setor privado  
 Contrato temporário do setor público  
 Contrato por Organização Social de Saúde

Ativação de outras redes de provedores de saúde e/ou transferência de profissionais de outras instituições públicas ou privadas

Não se aplica

### **Seção 5 - Reorganização e distribuição de papéis dos trabalhadores de enfermagem**

1. Em sua área de gestão foram atribuídos papéis específicos com base na organização da prestação dos cuidados de enfermagem em resposta à emergência gerada pela pandemia?

Sim  
 Não  
 Em andamento

2. De acordo com a resposta anterior, faça uma descrição dos papéis mais relevantes atribuídos a trabalhadores sob sua gestão que impactaram positivamente nas ações de resposta à emergência gerada pela pandemia: (Nesta pergunta a resposta será gravada)

3. Foi realizado treinamento da força de trabalho de enfermagem para enfrentamento da pandemia de acordo com as especificidades do câncer e suas modalidades de tratamento, tais como: alterações hematológicas, imunológicas, comprometimento de áreas do organismo por compressão e metástase?

Sim  
 Não  
 Em andamento

4. Há uma definição clara dos papéis e funções de cada profissional de enfermagem (protocolos e procedimentos) para realização do cuidado ao paciente oncológico portador da COVID-19 elaborado em sua unidade, serviço ou setor de gestão?

Sim  
 Não  
 Em andamento

5. Foram implementados turnos adicionais e/ou outros arranjos de escala em sua área de gestão para suporte a assistência durante a pandemia?

Sim  
 Não  
 Em andamento

6. Se a resposta anterior for sim, descreva: (Nesta pergunta a resposta será gravada)

7. Em sua área de gestão foi implementado o uso de plataformas de telemedicina ou outras estratégias baseadas na *internet* para atendimento do paciente oncológico durante a pandemia?

Sim

Não

Em andamento

8. Em sua área de gestão foram instalados *call centers* ou linhas diretas de emergência para o atendimento do paciente oncológico durante a pandemia?

Sim

Não

Em andamento

### **Seção 6 - Comunicação e coordenação**

1. Existe comunicação e cooperação facilitadas entre gestão e trabalhadores de enfermagem na sua unidade, serviço ou setor de gestão?

Sim

Não

### **Seção 7 - Treinamento e aperfeiçoamento de habilidades para trabalhadores da saúde**

1. Toda força de trabalho de enfermagem da sua unidade, serviço ou setor de gestão recebeu treinamento apropriado para lidar com pacientes portadores da COVID- 19?

Sim

Não

Em andamento

2. Estão instalados e/ou disponíveis mecanismos rápidos de treinamento e auxílio no trabalho (*job aids*) para as principais capacidades para atuar no cuidado a pacientes oncológicos portadores da COVID-19 e em sua unidade, serviço ou setor de gestão?

Sim

Não

Em andamento

### **Seção 8 - Segurança e proteção dos trabalhadores de enfermagem**

1. Foi assegurado e alocado Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para todos os trabalhadores da saúde que estivessem nos serviços na linha de frente, considerando o risco de exposição?

Sim

Não

Em andamento

2. Os trabalhadores de enfermagem estão treinados de forma adequada para uso racional e descarte de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)?

Sim

Não

Em andamento

3. Foi necessário incluir no plano de trabalho/escalamento de sua unidade, serviço ou setor de gestão, alocar colegas mais experientes nas escalas de trabalho/cuidado com inexperientes?

Sim

Não

Em andamento

4. Foram estabelecidos protocolos para garantir o retorno seguro dos trabalhadores de enfermagem às atividades, após quarentena ou licença médica na sua unidade, serviço ou setor de gestão?

Sim

Não

Em andamento

### **Perguntas Abertas - Caracterização da unidade, serviço ou setor, perfil da clientela e estratégias de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem**

**OBS: As respostas serão gravadas**

1. Qual o número de leitos da sua unidade, serviço ou setor?
2. Existem leitos bloqueados? Quantos e por quê?
3. Defina o perfil da clientela da sua unidade, serviço ou setor:
4. Como é composta a equipe de enfermagem da sua unidade, serviço ou setor?
5. A pandemia da COVID-19 influenciou no índice de absenteísmo de sua unidade?  
Justifique:
6. Qual a proporção de profissionais de enfermagem que tiveram diagnóstico de COVID-19 em sua unidade de gestão?
7. Você utiliza algum sistema de classificação de pacientes ou método de avaliação de carga de trabalho? Se sim, descreva o sistema ou método, como ele é aplicado e a periodicidade de avaliação:
8. Como você realiza o dimensionamento da equipe de enfermagem?
9. Com a Pandemia da COVID-19 houve alguma alteração no perfil da clientela e na organização da sua unidade, serviço ou setor? Se sim, descreva:
10. Foi aplicado algum sistema de classificação de pacientes ou método de avaliação de carga de trabalho especificamente durante a pandemia da COVID-19?
11. Foi necessário reavaliar o dimensionamento da equipe de enfermagem para enfrentamento da Pandemia da COVID-19? Se sim, descreva as estratégias utilizadas:
12. O que mais impactou sua gestão em relação ao dimensionamento da força de trabalho de enfermagem desde o início da pandemia da COVID-19?
13. Existe alguma informação pertinente relacionado aos desafios/estratégias enfrentadas no dimensionamento de enfermagem durante a pandemia da COVID-19 que não foi abordado e gostaria de relatar?

## GUIA DE ORIENTAÇÃO

### **Seção 3 - Mapeamento da disponibilidade, necessidades e lacunas na capacidade da força de trabalho em saúde no cenário oncológico**

1. Foram mapeados os requisitos e a disponibilidade dos profissionais da saúde (incluindo perfil, capacidade de prestação de serviço, capacidade em realizar tarefas críticas) para os cenários de transmissão definidos em sua área de gestão de acordo com as orientações do MS e/ou OMS. As prioridades incluíram perfil, especialidade, treinamento, dados demográficos (sexo, idade), localização e disponibilidade potencial.
2. Foram mapeados as restrições e limitações da sua equipe (idade, grupo de risco, comorbidades etc.).

**Seção 4 - Recrutamento de profissionais da saúde adicionais:** considerar aumento temporário da força de trabalho em saúde para suprir a demanda de assistência à saúde gerada pela pandemia.

1. Considerar contratos adicionais para alocação temporária de força de trabalho em saúde no setor público.
2. Assinalar o tipo de contrato ou estratégia utilizada na sua área de gestão para alocação temporária de profissionais.

### **Seção 5 - Reorganização e distribuição de papéis dos trabalhadores da saúde**

1. Considerar a revisão de papéis para organização de cuidados a partir de habilidades e treinamento para um nível de atenção específico que atenda as especificidades da clientela, com direcionamento para funções de acordo com a capacidade dos profissionais.
2. Esta questão é aberta e facultativa, onde o gestor fará uma descrição dos papéis mais relevantes atribuídos a trabalhadores sob sua gestão que impactaram positivamente nas ações de resposta à emergência gerada pela pandemia.
3. Não se aplica.
4. Garantir uma definição clara dos papéis e funções de cada profissional (protocolos e procedimentos).
5. Coordenar turnos de profissionais da saúde para garantir cobertura adequada e permitir tempo de descanso suficiente para os profissionais com excesso de trabalho. Considerar aumentar o turno da equipe de meio período para período integral ou horas extras, equilibrando a segurança e a saúde ocupacional, para garantir atendimento de qualidade e prevenir infecções.
6. Esta questão é aberta e facultativa, onde o gestor deverá descrever as estratégias utilizadas de acordo com a resposta da questão 5.
7. Considerar o uso de plataformas de telemedicina e outras baseadas na *internet* para fornecer serviços clínicos diretos a pacientes, e apoio à tomada de decisão clínica para prestadores de serviços que atendam indivíduos com sintomas leves de COVID-19.
8. Considerar o uso de *call center* e/ ou linha direta de emergência para responder ao COVID-19, com treinamento para fornecer orientações e responder a perguntas, preocupações e dúvidas dos pacientes/ usuários.

**Seção 6 - Comunicação e coordenação**

1. Considerar a comunicação e a cooperação entre gestão, profissionais da saúde e/ou seus representantes.

**Seção 7 - Treinamento e aperfeiçoamento de habilidades para trabalhadores da saúde**

1. Considerar treinamento adequado em relação à COVID-19 (online ou em estruturas de treinamento comunitárias designadas).
2. Considerar a existência de mecanismos de treinamento rápido e apoios de trabalho (*job aids* - cartazes, *checklists*, pôsteres) para as principais capacitações, incluindo diagnóstico, triagem, responsabilidades de conduta clínica, e prevenção e controle essenciais de infecções.

**Seção 8 - Segurança e proteção dos trabalhadores da saúde**

1. Garantir o fornecimento e reposição de EPIs para os trabalhadores da saúde que estejam na linha de frente, considerando o risco de exposição.
2. Considerar que a força de trabalho em saúde esteja treinada adequadamente sobre uso e descarte racional de EPIs.
3. Não se aplica.
4. Considerar a existência de protocolos que garantam o retorno seguro ao trabalho dos profissionais da saúde após quarentena ou licença médica.

## APÊNDICE E – LISTA COMPLETA DO RANKING DA FREQUÊNCIA DE PALAVRAS

### MAXQDA 2022 Frequências de palavras Ranking

Palavra	Frequência	%	Ranking
paciente	189	2,92	1
gente	166	2,56	2
ter	107	1,65	3
enfermagem	98	1,51	4
covid	97	1,50	5
muito	85	1,31	6
leito	83	1,28	7
profissional	81	1,25	8
trabalhar	72	1,11	9
porque	63	0,97	10
enfermeiro	61	0,94	11
estar	61	0,94	11
ser	60	0,93	13
pandemia	52	0,80	14
então	51	0,79	15
nosso	51	0,79	15
técnico	49	0,76	17
fazer	47	0,73	18
equipar	46	0,71	19
setor	42	0,65	20
dimensionamento	38	0,59	21
número	38	0,59	21
mesmo	37	0,57	23
conseguir	34	0,52	24
momento	34	0,52	24
também	33	0,51	26
algum	31	0,48	27
funcionário	31	0,48	27
poder	31	0,48	27
todo	31	0,48	27
realizar	30	0,46	31
internação	29	0,45	32
outro	28	0,43	33
serviço	28	0,43	33
unidade	28	0,43	33
ficar	27	0,42	36
precisar	27	0,42	36

sistema	27	0,42	36
andar	26	0,40	39
aumentar	25	0,39	40
clínico	25	0,39	40
escalar	25	0,39	40
porém	25	0,39	40
utilizar	25	0,39	40
pilotar	24	0,37	45
hospital	23	0,36	46
médico	23	0,36	46
assistência	22	0,34	48
peessoa	22	0,34	48
haver	21	0,32	50
questão	21	0,32	50
quimioterapia	21	0,32	50
afastamento	20	0,31	53
contar	20	0,31	53
divisão	20	0,31	53
formar	20	0,31	53
horar	20	0,31	53
tórax	20	0,31	53
cuidar	19	0,29	59
estratégia	19	0,29	59
exemplo	19	0,29	59
tentar	19	0,29	59
urologia	19	0,29	59
acordar	18	0,28	64
classificação	18	0,28	64
gestão	18	0,28	64
início	18	0,28	64
radioterapia	18	0,28	64
carga	17	0,26	69
entrevistador	17	0,26	69
pediatria	17	0,26	69
peessoal	17	0,26	69
plantão	17	0,26	69
procedimento	17	0,26	69
quando	17	0,26	69
quantitativo	17	0,26	69
abdominopélvica	16	0,25	77

urgência	10	0,25	77
cirúrgico	16	0,25	77
cofen	16	0,25	77
coisa	16	0,25	77
covid19	16	0,25	77
entrar	16	0,25	77
entrevistar	16	0,25	77
internar	16	0,25	77
relacionar	16	0,25	77
tempo	16	0,25	77
afastar	15	0,23	88
dever	15	0,23	88
doença	15	0,23	88
durante	15	0,23	88
ginecologia	15	0,23	88
manter	15	0,23	88
partir	15	0,23	88
perfil	15	0,23	88
principalmente	15	0,23	88
radiodiagnóstico	15	0,23	88
relação	15	0,23	88
assim	14	0,22	99
atendimento	14	0,22	99
meu	14	0,22	99
recurso	14	0,22	99
reduzir	14	0,22	99
chegar	13	0,20	104
dar	13	0,20	104
informação	13	0,20	104
oncológico	13	0,20	104
passar	13	0,20	104
permanecer	13	0,20	104
resolução	13	0,20	104
retornar	13	0,20	104
semana	13	0,20	104
somente	13	0,20	104
absenteísmo	12	0,19	114
acabar	12	0,19	114
adulto	12	0,19	114
aplicar	12	0,19	114
atender	12	0,19	114

caso	12	0,19	114
necessário	12	0,19	114
primeiro	12	0,19	114
área	11	0,17	122
avaliação	11	0,17	122
bloquear	11	0,17	122
câncer	11	0,17	122
colocar	11	0,17	122
enfermar	11	0,17	122
esse	11	0,17	122
existir	11	0,17	122
pós-operatório	11	0,17	122
acontecer	10	0,15	131
aquele	10	0,15	131
compor	10	0,15	131
demandar	10	0,15	131
entender	10	0,15	131
exame	10	0,15	131
falto	10	0,15	131
impactar	10	0,15	131
maior	10	0,15	131
problema	10	0,15	131
saudar	10	0,15	131
setores	10	0,15	131
tanto	10	0,15	131
tratamento	10	0,15	131
trazer	10	0,15	131
ainda	9	0,14	146
clientela	9	0,14	146
complexidade	9	0,14	146
continuar	9	0,14	146
criança	9	0,14	146
déficit	9	0,14	146
depois	9	0,14	146
forçar	9	0,14	146
necessidade	9	0,14	146
nesse	9	0,14	146
pensar	9	0,14	146
positivo	9	0,14	146
pouco	9	0,14	146

protocolo	9	0,14	146
saber	9	0,14	146
solicitar	9	0,14	146
suportar	9	0,14	146
administrativo	8	0,12	163
apresentar	8	0,12	163
definir	8	0,12	163
deixar	8	0,12	163
dentro	8	0,12	163
deixar	8	0,12	163
fechar	8	0,12	163
fugulin	8	0,12	163
função	8	0,12	163
inclusive	8	0,12	163
instituição	8	0,12	163
licença	8	0,12	163
liderança	8	0,12	163
maloria	8	0,12	163
naquele	8	0,12	163
organizar	8	0,12	163
parecer	8	0,12	163
perguntar	8	0,12	163
perroca	8	0,12	163
possível	8	0,12	163
quantum	8	0,12	163
agora	7	0,11	184
antar	7	0,11	184
bastante	7	0,11	184
destinar	7	0,11	184
difícil	7	0,11	184
diminuir	7	0,11	184
familiar	7	0,11	184
humano	7	0,11	184
interno	7	0,11	184
janeiro	7	0,11	184
levar	7	0,11	184
mês	7	0,11	184
nenhum	7	0,11	184
período	7	0,11	184
portador	7	0,11	184

positivar	7	0,11	184
proporcionar	7	0,11	184
realidade	7	0,11	184
reavaliar	7	0,11	184
riscar	7	0,11	184
verdade	7	0,11	184
adequar	6	0,09	205
basear	6	0,09	205
categoria	6	0,09	205
contaminar	6	0,09	205
descrever	6	0,09	205
físico	6	0,09	205
gerar	6	0,09	205
gestante	6	0,09	205
gostar	6	0,09	205
grupar	6	0,09	205
infecção	6	0,09	205
inicialmente	6	0,09	205
intensivo	6	0,09	205
lidar	6	0,09	205
medicinar	6	0,09	205
método	6	0,09	205
mínimo	6	0,09	205
montar	6	0,09	205
mudança	6	0,09	205
normativo	6	0,09	205
olhar	6	0,09	205
orientar	6	0,09	205
pediátrico	6	0,09	205
permitir	6	0,09	205
possuir	6	0,09	205
quanto	6	0,09	205
quartar	6	0,09	205
receber	6	0,09	205
resultar	6	0,09	205
sintoma	6	0,09	205
vezar	6	0,09	205
aberto	5	0,08	236
acima	5	0,08	236
acompanhante	5	0,08	236

adoecimento	5	0,08	236
alteração	5	0,08	236
apesar	5	0,08	236
atualmente	5	0,08	236
braquiterapia	5	0,08	236
chamar	5	0,08	236
classificar	5	0,08	236
coleta	5	0,08	236
comorbidade	5	0,08	236
comorbidades	5	0,08	236
conflito	5	0,08	236
consulta	5	0,08	236
controlo	5	0,08	236
crítico	5	0,08	236
desde	5	0,08	236
determinar	5	0,08	236
diário	5	0,08	236
dificuldade	5	0,08	236
dimensionar	5	0,08	236
diurno	5	0,08	236
dividir	5	0,08	236
enfrentamento	5	0,08	236
entravar	5	0,08	236
época	5	0,08	236
estabelecer	5	0,08	236
este	5	0,08	236
estruturar	5	0,08	236
experiência	5	0,08	236
falar	5	0,08	236
juntar	5	0,08	236
lançar	5	0,08	236
máximo	5	0,08	236
menos	5	0,08	236
noite	5	0,08	236
passagem	5	0,08	236
pelos	5	0,08	236
próprio	5	0,08	236
público	5	0,08	236
radiologia	5	0,08	236
realização	5	0,08	236
redução	5	0,08	236

regular	5	0,08	236
remanejamentos	5	0,08	236
repousar	5	0,08	236
rotina	5	0,08	236
seguro	5	0,08	236
sempre	5	0,08	236
servidor	5	0,08	236
terapia	5	0,08	236
trabalhador	5	0,08	236
tratar	5	0,08	236
treinamento	5	0,08	236
único	5	0,08	236
vínculo	5	0,08	236

## APÊNDICE F – TRANSCRIÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS ABERTAS DOS GESTORES DAS DIVISÕES DE ENFERMAGEM

1	<b><u>Perguntas Abertas - Caracterização da unidade, serviço ou setor, perfil da clientela e estratégias de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem.</u></b>
2	<b>Identificação das estratégias adotadas por gestores das Divisões de Enfermagem no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem do INCA para enfrentamento da COVID-19</b>
3	<b>1. Qual o número de leitos da sua unidade, serviço ou setor?</b>
4	<b>R: Piloto Pediatria:</b> 30 leitos de enfermaria, 06 leitos de CTI, Pronto Atendimento Pediátrico 3 leitos de Passagem
5	<b>R: HC1:</b> Atualmente 210 leitos incluindo leitos complementares (CTI adulto e Pediátrica, Pronto atendimento Adulto, Pronto Atendimento Pediátrico, Pós-operatório Adulto, Repouso Pós-anestésico Adulto e Repouso Pós-anestésico Pediátrico .
6	<b>R: HC2:</b> 82 leitos
7	<b>R: HC3:</b> Leitos de internação 52
8	<b>2. Existem leitos bloqueados? Quantos e por que?</b>
9	<b>R: Piloto Pediatria:</b> Sim, 8 leitos bloqueados na área de enfermagem por déficit de Recursos Humanos.
10	<b>R: HC1:</b> Sim, 90% dos bloqueios estão relacionados ao déficit de Recursos Humanos, CTI e UPO Adulto, Pediatria, Abdominopélvica, Cabeça e Pescoço, Neuro e Tórax (precaução para a possibilidade de novos casos de COVID19), Oncohematologia (relacionado ao quantitativo ideal de pacientes em uma mesma enfermaria, denominado pela CCIH como enfermaria com público reduzido, pensando no perfil da clientela, por ser a maior unidade clínica de adulto com tempo de permanência de pacientes acima de 7 dias, entendendo não ser viável manter 4 pacientes de LLA na mesma enfermaria, sendo bloqueado 1 leito de cada enfermaria de 4 leitos deste setor).
11	<b>R: HC2:</b> Sim, 12 leitos bloqueados para deslocamento da endoscopia para o 6º andar, para readequação de infraestrutura para COVID.
12	<b>R: HC3:</b> Hoje operativos 50 leitos, porque eu estou com falta de 2 camas, e hoje como eu tô com uma área COVID aberta, a gente tá com 2 enfermarias de 10 mais 2, eu tô com 12 leitos bloqueados, porque uma unidade de internação tá dividida na metade pra isolamento de COVID, então pra eu manter o descanso do funcionário, que trabalha na área COVID de forma segura, pra eu ter uma enfermaria pra eles desparamentarem, pra ele tomar banho eu preciso manter esses leitos bloqueados.
13	<b>Entrevistador:</b> Para adaptação de um espaço seguro de convivência?
14	<b>Entrevistado:</b> Pra ele (profissional) ter o descanso, e aí ele não espõe outros profissionais que não estão na área COVID, e pra ele tomar banho.
15	<b>3. Quantos profissionais de enfermagem compõem sua unidade de gestão?</b>
16	<b>R: Piloto Pediatria:</b>
17	<b>R: HC1:</b> 562 profissionais
18	<b>R: HC2:</b> 212 profissionais

	19	<b>R: HC3:</b> 154 profissionais
	20	<b>4. A pandemia da COVID-19 influenciou no índice de absenteísmo de sua unidade? Justifique:</b>
..Afastamentos	21	<b>R: Piloto Pediatria:</b> Sim, muitos funcionários foram acometidos como suspeitos ou casos confirmados de COVID-19, outros se afastaram pelo medo de continuar trabalhando, e conseguiram afastamentos administrativos por doença de risco ou comorbidades, isso significou um aumento sensível de funcionários afastados.
..Afastamentos	22	<b>R: HC1:</b> Muito, em maio de 2020 tivemos um afastamento maciço da força de trabalho, parte por adoecimento e parte por profissionais pertencentes do grupo de risco, tornando-se o mês mais difícil para o dimensionamento de RH, determinadas enfermarias chegaram a ter 70 a 80% de afastamentos. Foi o ápice do adoecimento.
Absenteísmo	23	<b>R: HC2:</b> Sim, em abril de 2020 tivemos um aumento de 200% do absenteísmo, durante este ano nossas curvas oscilavam, porém no final de ano isso foi retornando ao índice que tínhamos antes da pandemia.
..Afastamentos	24	<b>R: HC3:</b> Muito, pelo afastamento por comorbidade, grupo de risco, então as pessoas que são do grupo de risco, não puderam estar diretamente na assistência, e por também infecção.
	25	<b>5. Qual a proporção de profissionais de enfermagem que tiveram diagnóstico de COVID-19 em sua unidade de gestão?</b>
	26	<b>R: Piloto Pediatria:</b>
	27	<b>R: HC1:</b> No setor de Abdominopélvica mais de 50%, alternando os momentos, CTI teve muitos casos, um dado importante, da percepção da gestão, está relacionado ao fato da doença (COVID19) ter chegado primeiro nos funcionários para depois chegar nos pacientes, de forma geral o paciente oncológico é mais reservado, ele já é orientado a não frequentar ambientes com aglomerações e ambientes fechados, e os profissionais de saúde, boa parte, sejam eles de fora ou da Divisão de Enfermagem, possuem outros vínculos profissionais, ficando mais expostos.
	28	<b>R: HC2:</b>
	29	<b>R: HC3:</b> Só sei te falar de Janeiro agora que foi 35 e 54.
	30	<b>6. Como você realiza o dimensionamento da equipe de enfermagem?</b>
..Quantitativo	31	<b>R: Piloto Pediatria:</b> De acordo com as RDC 7 da terapia intensiva, Resolução 543/2017, que trazem os índices de segurança técnica, com a pandemia isso não foi modificado, fizemos mais remanejamentos para adequar o quantitativo de pessoal nos setores.
Dimensionamento	32	<b>R: HC1:</b> Gostaria muito de trabalhar de uma forma mais fidedigna, com a Resolução do COFEN 543/2017, porque dentro dos documentos normativos da profissão é o que tem o cuidado de alta complexidade que mais se aproxima da área oncológica, por mais que a gente tenha outros instrumentos de dimensionamento, a gente ganha força quando a gente trabalha com este documento do conselho para defender a questão do dimensionamento, mas a gente não consegue trabalhar de forma fidedigna, a gente não consegue captar recursos humanos, não consegue realizar o sistema de classificação de pacientes.
Recursos	33	<b>R: HC2:</b> Temos uma clientela circunscrita, o que facilita o nosso dimensionamento, baseado nisso, temos uma escala mínima que foi
Dimensionamento		

..Escala		
..Sistema		
Dimensionamento		definida com as lideranças de acordo com a capacidade instalada e o perfil clínico dessa clientela. Este ano de 2021 conseguimos implementar o Sistema de Classificação de Pacientes, o que está nos proporcionando um refinamento desta informação com este indicador, o que não diverge muito da informação utilizada anteriormente. Então, temos o dimensionamento no CTI baseado na capacidade máxima instalada, na Unidade de Pronto Atendimento no perfil do setor, no número de atendimentos dia, que varia um pouco pelos dias da semana, principalmente no final de semana, determinando o número de profissionais nos dias úteis e finais de semana diferentes. Nas unidades de internação, anteriormente tínhamos esse dimensionamento baseado no número de leitos disponíveis e na característica clínica, agora a gente tem um dimensionamento que não diverge do anterior por conta da nossa expertise, mas a gente monitora com o Sistema de Classificação de Pacientes. No Centro Cirúrgico nosso dimensionamento é realizado de acordo com a capacidade máxima instalada de salas, e o pessoal de enfermagem varia de acordo com a programação cirúrgica.
..Sistema		
Dimensionamento		
..Pessoal		
Dimensionamento	34	<b>R: HC3:</b> Realizo o dimensionamento com as legislações do COFEN, a 543 no padrão e a gente, como a gente teve muito problema no ano passado, a gente usou a 02 do COVID.
	35	<b>7. A Divisão de Enfermagem orienta o uso de algum sistema de classificação de pacientes ou método de avaliação de carga de trabalho para as unidades de internação? Se sim, descreva o sistema ou método que é orientado, como ele é aplicado, a periodicidade de avaliação e se existem setores específicos que utilizam:</b>
..Sistema	36	<b>R: Piloto Pediatria:</b> Utilizamos o sistema de classificação de pacientes proposto por DINI nas áreas de enfermarias, onde é avaliado a complexidade do doente e consegue associar as questões da família no entendimento da doença.
..Sistema	37	<b>R: HC1:</b> Houve um momento em que foi tentado realizar um estudo aplicando o sistema de classificação de Fugulin (Resolução 543/2017) em todos os hospitais de câncer do INCA, porém foi interrompido pela pandemia.
..Sistema	38	<b>R: HC2:</b> Houveram tentativas, porém a adesão não era boa. Passado a pandemia depois de inúmeras discussões a gente conseguiu fazer com que os enfermeiros entendessem que esse instrumento ele baseia a nossa programação de trabalho, isso agrega qualidade para o trabalhador e consequentemente qualidade da assistência. Utilizamos o Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin estabelecido pela Resolução do COFEN 543/2017, a primeira análise de dados foi realizada com meses, o sistema começou a ser monitorado em abril de 2021. No CTI utilizamos o NAS desde antes da pandemia.
..Sistema	39	<b>R: HC3:</b> Sim, a gente usa, a minha dissertação do mestrado foi utilizando o sistema de classificação da Perroca, então é um sistema que eu domino, e aí a minha dissertação eu descobri que tem uma associação do KPS e o PS com a classificação dos nossos pacientes de mama na unidade de internação, e aí como que a gente trabalha lá, eu não dimensiono todos os dias, eu não classifico pacientes todos os dias, mas eu dimensiono mesmo duas vezes por ano utilizando o sistema de classificação da Perroca.
..Sistema	40	<b>Entrevistador:</b> Como que a Perroca trabalha?
..Sistema	41	<b>Entrevistado:</b> Ela trabalha com dimensões biopsicosociais, ela não classifica, o sistema de Perroca ele não olha o paciente só pelo aspecto

<p>..Sistema</p> <p>Dimensionamento</p> <p>..COVID</p> <p>Dimensionamento</p> <p>Recursos</p> <p>..COVID</p>	<p>42</p> <p>43</p> <p>44</p> <p>45</p> <p>46</p> <p>47</p> <p>48</p> <p>49</p> <p>50</p> <p>51</p>	<p>físico e biológico, ela abrange também a questão social e também abrange coisas relacionadas a gestão, a Perroca ela considera que eu tenho que ter tempo na carga de trabalho do enfermeiro para ele planejar o cuidado, então por isso que a gente decidiu utilizar ele porque isso foi mais adequado para os nossos pacientes.</p> <p><b>Entrevistador:</b> Isso te dá uma proporção de quantos profissionais você vai precisar pro cuidado naquela área?</p> <p><b>Entrevistado:</b> Sim, tanto pensando no cuidado direto quanto pensando no cuidado indireto, e aí, quando, por exemplo, a gente abriu a área COVID agora, então eu tive que denovo olhar para o dimensionamento, pra ver se a minha equipe trabalha seguro, e aí eu fui e vi o KPS de todos os pacientes que estavam naquele dia, foi semana passada que eu olhei denovo, pra monitorar pra ver se a gente, ah teve um déficit de profissionais, vai estar seguro pro pessoal trabalhar, eu posso ter alguma fiscalização aqui.</p> <p><b>Entrevistador:</b> Os enfermeiros do seu setor periodicamente já estabelem o KPS do paciente?</p> <p><b>Entrevistado:</b> Não todos os dias.</p> <p><b>Entrevistador:</b> Eles fazem como, na internação?</p> <p><b>Entrevistado:</b> Na internação eles fazem dos pacientes que são avaliados do KPS, na emergência e os médicos olham esse KPS todos os dias, então eu consigo olhar na evolução do médico também, o PS dos pacientes todos os dias, mas eu tento fazer isso uma vez por mês, olhar denovo, fazer um comparativo mesmo, pra se aquele paciente, porque às vezes o médico repete o PS de ontem, e aí a gente faz nosso objetivo, a nossa meta, pros próximos três meses é que todos os enfermeiros coloquem na evolução todos os dias, uma evolução com o KPS e PS do paciente a cada 24 horas, o setor COVID por exemplo já começou a fazer isso, todos os dias.</p> <p><b>Entrevistador:</b> Isso te permite, por exemplo, porque a gente entende que o dimensionamento, ele deveria ser algo dinâmico, né? Então, isso te permite, trazer essa avaliação, como você disse, mensal você consegue ver se você está dentro daqueles parâmetros que você estabeleceu para Perroca? E se você perceber que tá muito discrepante, voce entra numa, você reavalia o dimensionamento?</p> <p><b>Entrevistado:</b> Sim, eu reavalio o dimensionamento, eu realoco, eu aumento,... por exemplo, a gente já teve que fazer, mexer na cota de APH, pedir mais, ou pedir pros setores, eu não consigo aumentar a cota de APH porque isso foje da nossa área de gestão, mas a gente sempre sinaliza isso pra nossa gestão maior que é a Direção e COAS, Oh! Tá inseguro para tarbalhar! Como eu não consigo aumentar a verba, agente conversa com as outras áreas que não estão relacionadas com o COVID, pra enxugar. Olha! Por exemplo, quimioterapia, Olha! Eu preciso que vocês remodelem aí, vê o que que dá pra fazer de forma segura pra que o Recurso Humano que seria injetado por APH nesse setor, seja injetado nas áreas mais críticas do COVID.</p> <p><b>Entrevistador:</b> Além disso você usou a diretriz do COFEN, A 02?</p> <p><b>Entrevistado:</b> Sim, e aí os nossos pacientes por ser oncologia, é uma coisa que a gente também, lá no HC3 a gente decediu, a diretriz do COFEN, ela não fala diretamente da Oncologia, então isso pra nós foi muito ruim, porque a gente olha e fica assim, tá o nosso paciente qual que é, e no HC3 a gente não tem CTI, e adiretriz do COFEN ela fala sobre número de leitos e carga semanal, os nossos leitos pra COVID, ele fala a cada 20 leitos, a gente hoje tem uma média de internação de 08, 09 pacientes de COVID, então o nosso paciente do COVID a gente</p>
--	---	--

	..COVID	52	classificou ele, um nível a mais, mesmo ele não sendo intermediário, eles não sendo, tipo assim, eles não são crítico, a gente colocou eles como semi-intensivos.
	..Quantitativo	53	<b>Entrevistador:</b> E aí você consegue manter 01 enfermeiro e 01 técnico para cada dois leitos?
		54	<b>Entrevistado:</b> Eu tô mantendo um quantitativo, hoje a minha área de COVID tem 02 enfermeiros no turno diurno e 04 Técnicos no turno diurno, porque aí se der algum problema, os pacientes agravar, ele realmente precisar de ser intubado, ele vai sair de lá da área COVID, mas eu preciso de ter dois enfermeiros para poder fazer de forma segura.
		54	<b>8. Foi aplicado algum sistema de classificação de pacientes ou método de avaliação de carga de trabalho especificamente durante a pandemia da COVID-19?</b>
		55	<b>R: Piloto Pediatria:</b> Não
Dimensionamento		56	<b>R: HC1:</b> Foi aplicado para o dimensionamento o PARECER NORMATIVO Nº 02/2020/COFEN – EXCLUSIVO PARA VIGÊNCIA DA PANDEMIA – COVID-19 para a Ala COVID19, sendo aplicado a orientação da área clínica, CTI não foi possível aplicar pela dificuldade de captação de Recursos Humanos especializados em terapia intensiva, e o paciente de COVID19 é muito difícil de manejar, e tivemos momentos de ter mais pacientes portadores de COVID19 que pacientes clínicos.
..Pacientes		57	<b>R: HC2:</b> Não. No início da pandemia nós não conseguimos pensar nisso, porém tivemos um tempo para nos organizar pela nossa especificidade e tivemos um tempo para nos organizar, pois quando o “bom” começou no município nós não tivemos casos, pois inicialmente não refletiu em nosso hospital. Com isso, conseguimos organizar a nossa estrutura física, organizar os nossos treinamentos, e isso nos gerou um conforto para organizar os nossos procedimentos, nos possibilitando ofertar mais recursos que normalmente disponibilizamos no CTI para o cuidado destes pacientes com COVID-19.
Recursos		58	<b>R:HC3:</b> Sim, o Sistema de Perroca.
		59	<b>Entrevistador:</b> Esse sistema de Perroca te permite avaliar a carga de trabalho?
		60	<b>Resposta:</b> Sim.
		61	<b>Entrevistador:</b> Você manteve a utilização dele durante a pandemia?
		62	<b>Entrevistado:</b> Sim.
		63	<b>9. Foi necessário reavaliar o dimensionamento da equipe de enfermagem para enfrentamento da Pandemia da COVID-19? Se sim, descreva as estratégias utilizadas:</b>
Recursos		64	<b>R: Piloto Pediatria:</b> Sim, quando a gente fez a divisão das alas que seriam para pacientes COVID-19 positivo e suspeitos, a gente foi fazendo um rodízio das equipes que estariam ali cuidando desses pacientes nas áreas de enfermagem, e como parate do dimensioanmento, nesse rodízio a gente tentou diminuir o número de pessoas que tivessem essa exposição por cada plantão, de acordo com o número de pacientes internados. O parecer 002/2020 do COFEN, foi consultado, mas não trouxe muitos acréscimos, do que a gente já vinha fazendo, foi um suporte não mais de auxílio, mas de consulta para ver se o que estávamos fazendo estava certo.
Dimensionamento		65	<b>R: HC1:</b> Sim, foi necessário reavaliar o dimensionamento durante a pandemia, com a realização de incentivo ao remanejamento interno dos

Dimensionamento	<p>postos de serviços, como única estratégia possível. A gente utilizou o APH, lançando mão de profissionais que não tinham experiência com as rotinas do hospital de câncer, mas tinham de hospitais de fora, e nesta unidade atuavam no Centro Cirúrgico, atuando nas áreas de internação, da mesma forma que neste momento houve uma mudança nos critérios de exigência para realização do APH, ampliando para profissionais que possuíam mais de um vínculo público e aumento o número de plantões para 6 plantões por mês, podendo fazer até dois plantões por semana, que antes só eram autorizados 4 (um por semana), além de profissionais de outros Hospitais de Câncer, para fazer APH em todas as áreas. De outros Hospitais Federais não foi possível, pois a burocracia fala mais alto, devido a verba utilizada ter que ser da unidade de origem e não de onde vai ser executado o plantão. Outra coisa que na época não só APH, foi remanejamento mesmo, de determinados profissionais em consenso, para poder atender nessas áreas devido a experiência e expertise deles fora do hospital. Profissionais da área administrativa também foram remanejados para área de assistência, Gerência de Risco saiu para cobrir a Terapia Intensiva e Educação Continuada na área clínica, a gente conseguiu de alguma forma mobilizar pessoas para auxiliar de alguma forma nesta batalha.</p>
..Profissional	<p>66 <b>R: HC2:</b> Sim. Eu penso que consultamos o Parecer Normativo 002/2020/COFEN, pois consultamos vários documentos. Tanto é que fixamos para terapia intensiva, 01 enfermeiro e 01 técnico de enfermagem para cada 02 leitos, estruturamos um CTI COVID, com 04 leitos inicialmente e posteriormente 02 leitos, o que permanece até hoje. No 4º andar COVID, a ala que destinamos ao tratamento dos pacientes com COVID-19, nós abrimos 06 leitos, e fizemos a escala com 01 enfermeiro e 02 técnicos de enfermagem, para pacientes clínicos. O número de técnicos foi reduzido para 01, à medida que o número de pacientes diminuía.</p>
Leitos	<p>67 <b>R: HC3:</b> Sim.</p>
..Escala	<p>68 <b>Entrevistador:</b> Quais as estratégias que você usou?</p>
Dimensionamento	<p>69 <b>Entrevistado:</b> Eu redimensionei, a gente realocou profissionais dentro das áreas mais críticas do COVID.</p>
	<p>70 <b>Entrevistador:</b> Você já falou que você teve que fazer remanejamento, e tá fazendo.</p>
	<p>71 <b>Entrevistado:</b> Sim.</p>
	<p>72 <b>Entrevistador:</b> Você mesclou equipes, então você teve que movimentar suas equipes pra poder...?</p>
	<p>73 <b>Entrevistado:</b> Sim.</p>
	<p>74 <b>Entrevistador:</b> Você teve que agregar mais funcionários?</p>
	<p>75 <b>Entrevistado:</b> Tive que agregar mais funcionários.</p>
	<p>76 <b>10. O que mais impactou sua gestão em relação ao dimensionamento da força de trabalho de enfermagem desde o início da pandemia da COVID19?</b></p>
Medo	<p>77 <b>R: Piloto Pediatria:</b> A desinformação, a falta de conhecimento da própria doença, o medo que muitos da equipe se colocaram no início, muito assustados, e a gente tentou fazer com que eles entendessem que o medo era legítimo, mas o pânico ia paralisar e a gente precisava continuar. Eu acho que esse início da pandemia trouxe essa repercussão de muita inconstância, a gente não sabia quem é que ia ter coragem de continuar, aqueles que iam sair, e a gente foi construindo um trabalho tranquilo em relação a isso. Houve aumento de carga de trabalho, tem a</p>
..Carga	<p>6/10</p>

..Carga			questão dos EPI que você precisa estar se paramentando, eu já considero de uma certa forma um aumento do trabalho por si só, os protocolos de coletas de swab, esses cuidados a mais, eu acho que isso também teve.
Medo			Uma coisa que eu percebi na área que a gente atua é que as outras categorias profissionais queriam sair de cena com medo também da COVID-19, e a enfermagem que estava 24 horas a beira do leito, teve essa sobrecarga porque outras categorias começaram a achar que nós deveríamos estar fazendo inclusive a função que lhe cabia, tipo nutrição, entregar uma bandeja, recolher uma roupa para entregar a roupa, então a enfermagem foi abraçando muito coisa, até que as coisas se assentassem, e todos poderiam fazer a mesma coisa desde que utilizassem os seus EPI, mas no início isso trouxe um momento de demanda de trabalho para a enfermagem.
..Carga			
..Profissional		78	<b>R: HC1:</b> Falta de profissionais, tendo em vista que já trabalhamos com um número de pessoal que não atende ao que necessitamos para o hospital poder funcionar de forma regular, e devido aos afastamentos do pessoal de grupo de risco, e até mesmo pela própria COVID19, diminuí muito as equipes, fez com que tivéssemos muitas dificuldades principalmente no início, chegamos a ter somente dois profissionais na área ambulatorial de adulto, aumentando muito a carga de trabalho das equipes. Manter o funcionamento do hospital com o déficit de profissionais de enfermagem foi muito difícil.
..Afastamentos			
..Profissional			
..Carga			
..Profissional		79	<b>R: HC2:</b> No início o que mais me impactou foi não saber o que iria acontecer no dia seguinte, todos os dias a redução no número de profissionais era impactante, em torno de 10 a 15 profissionais de enfermagem por dia, isso me deixou muito insegura, pois não era possível planejar. Houve também a mobilização da instituição para atender as necessidades e se organizar em relação aos afastamentos administrativos, e isso teve bastante conflitos, profissionais com comorbidades, maiores de 60 anos, grávidas, lactantes, puérperas, e a gente aqui na ponta tinha que dar conta de tudo isso, toda a burocracia, toda assistência, e isso foi um desafio muito grande, essa incerteza.
..Profissional			
..Afastamentos			
..Profissional		80	<b>R:HC3:</b> O Déficit de RH.
		81	<b>Entrevistador:</b> O absenteísmo relacionado a pandemia?
		82	<b>Entrevistado:</b> Sim, o absenteísmo relacionado a pandemia e o que eu já tinha antes, aí um problema que eu já tinha só agravou. Eu já tinha um déficit. Na hora em que eu dimensionava o hospital antes da pandemia, e eu já precisava de mais gente, e no que veio a pandemia, o meu déficit só aumentou, porque a legislação enxugou, se eu precisava de 10 depois eu precisava de 15, um exemplo.
Absenteísmo			
		83	<b>11. Existe alguma informação pertinente ou relacionada aos desafios/estratégias enfrentadas no dimensionamento de enfermagem durante a pandemia da COVID-19 que não foi abordado e gostaria de relatar?</b>
		84	<b>R: Piloto Pediatria:</b> Na verdade eu acho que o nosso desafio foi tentar dar continuidade ao tratamento oncológico, quando a gente sabe que isso não pode ser uma situação eletiva principalmente no câncer pediátrico que tem um crescimento acelerado e abrupto, e a gente sabe disso, e a gente trazer leveza e a gente sabe que seguir as normativas e manter os acompanhantes em tempo integral em pediatria, porque é direito da criança estabelecido no Estatuto da Criança e Adolescente, é um direito constitucional e está dentro da CONANDA, então a gente tinha que manter esse acompanhante em tempo integral, e o nosso olhar para esse
..Cuidado			

..Cuidado			acompanhante ele meio que se somou ao cuidado da criança, a gente tinha que estar restringindo o fluxo desse acompanhante pedindo que ele estivesse usando máscara. uma coisa que a pesquisa também não abordou é que em pediatria a gente tenta trazer uma parte mais lúdica da coisa, e que isso tudo foi muito paralizado, com a pandemia, pra gente e para as crianças, porque nós profissionais nos vimos muito técnicos, fazendo procedimentos técnicos, na pediatria isso não é sempre assim, a gente faz a técnica ligada a humanização e a parte lúdica da coisa, e a gente teve que reconstruir situações que a gente pudesse mesmo com a pandemia diminuir o sofrimento das crianças e suas famílias, e nós porque estávamos trazendo um ambiente muito pesado, muito massante, com muito medo, a própria paramentação pra gente foi uma situação que trouxe um distanciamento das nossas crianças porque viam a gente muito paramentado, então tentar desconstruir isso e trazer uma leveza para a pediatria oncológica e dar continuidade ao tratamento, acho que isso foi um grande desafio.
..Pandemia			
Medo			
..Afastamentos		85	A pandemia levou ao afastamento dos voluntários pelo perfil destes colaboradores e formato de prestação de serviço, isso impactou na assistência e no controle do distanciamento social na sala de espera dos ambulatoriais, levando a agitação das crianças e dificuldade de controle do tempo de espera, levando os profissionais destes setores a estabelecer estratégias de distração e entretenimento, com atividades simples como desenhos e pintura.
..Profissional		86	<b>R: HCI:</b> A diminuição de cirurgias eletivas para podermos ter profissionais disponíveis para atender outras áreas, chegamos a ter semanas sem mapa cirúrgico eletivo, atendendo somente cirurgias de urgência, para poder ter um atendimento dos pacientes internados na instituição. Os leitos cirúrgicos foram todos adaptados de acordo com a diminuição do número de pessoal, da mesma forma quando a gente retornou com a cirurgias eletivas com coleta dos testes de RT PCR, para manter o que chamávamos de mapa cirúrgico COVID free, a gente não tinha condições de abrir muitos leitos, pois tínhamos que aguardar o resultado, tendo que trabalhar com uma área de transição, uma área de COVID negativo, internado em uma área pré e em outra pós-operatório, para se ter um fluxo linear, sem retorno para a área anterior, uma vez que saiu de lá, adaptando ao longo da pandemia e de acordo com os resultados, éramos orientados para organização e regulação dos leitos pelos mapas de liberação dos testes de COVID19, liberando mais ou menos pacientes para cirurgia, de acordo com a ocupação das áreas COVID19, se houvesse ocupação de todos os leitos, se reduzia o mapa cirúrgico. Foi necessário regular pacientes COVID19 positivo para outros hospitais através da regulação de vagas, chegamos a regular para o Hospital Pedro Ernesto, Hospital do Cérebro e Hospital Raul Gazolla, suporte proporcionado pela rede que otimizou leitos para cirurgia, gerando oportunidades de cirurgia. A cirurgia oncológica foi muito afetada também pela falta de leitos de CTI, devido à complexidade das neurocirurgias e cirurgias abdominopélvica. O CTI oscilou a ocupação de leitos com casos clínicos e casos COVID19. Cabe destacar também o suporte proporcionado a vacinação dos profissionais pela equipe de enfermagem, proporcionando uma boa resposta ao corpo de enfermagem modificando a visão do grupo. A saúde do trabalhador fez a captação das vacinas, porém foi a Divisão de Enfermagem e seus profissionais que organizou e realizou toda a campanha interna do HCI com auxílio da administração, tanto dos servidores quanto dos terceirizados. As coletas dos exames de RT PCR são realizadas no HCI pela equipe de
..Pessoal			
..COVID			
Leitos			
..Pacientes			
..Pacientes			
Leitos			
Leitos			
..Pacientes			

..Pacientes			enfermagem em parceria com a pesquisa de funcionários, e as de pré-operatório adulto são realizados pelos residentes médicos das clínicas de origem que realizam as coletas dos pacientes do mapa e das cirurgias condicionadas, com exceção da pediatria que é coletado pelo enfermeiro, pois a Divisão de Enfermagem não tem quantitativo de pessoal na equipe para montar um ambulatório de coletas.
..Pessoal		87	<b>R: HC2:</b> Não. Contamos com os remanejamentos internos, precisamos equilibrar as equipes com profissionais mais experientes com menos experientes, principalmente na terapia intensiva. “O que me impactou e me deixou muito orgulhosa, foi o papel desempenhado pelas lideranças na pandemia, algumas adoeceram, mas elas estavam na linha de frente para atender a toda essa demanda de equipe e instituição, elas foram incríveis, tiveram momentos em que fiquei só na Divisão de Enfermagem, onde eu e minha substituta éramos as únicas lideranças de enfermagem do hospital, eu trabalhava muito, houve um aumento da carga de trabalho, tiveram dias que eu trabalhava aqui de 10 a 12 horas por dia, e se eu pudesse eu não saía, porque eu não sabia o que ia encontrar no dia seguinte, o que ia acontecer, e eu tinha muito medo do que ia acontecer e tinha medo de deixar alguém exposto, foi um espírito de guerra, que eu não quero viver nunca mais.”
..Profissional		88	<b>R: HC3:</b> Sim, os conflitos interpessoais. A gente sofreu muito com essas questões dos conflitos interpessoais dentro da enfermagem pela pandemia, porque aí o dimensionamento mudou, a gente precisou de lançar mão de várias estratégias, para manter a assistência segura e isso é como se eu tivesse mexido um pouco na zona de conforto, e aí as pessoas que estão fora do âmbito da gestão, elas tem dificuldade de entender algumas estratégias que a gestão precisa lançar mão, isso melhorou, graças a Deus acalmou muito, mas foi um trabalho, tipo assim, ano passado a gente sofreu muito, porque a gente tinha que intensificar esclarecimento, a gente tinha que falar 10 vezes a mesma coisa, a gente tinha que mostrar a lei mesmo. Olha! Eu estou fazendo isso mas eu estou dentro da lei, foi bom porque a gente conseguiu fazer com que as pessoas entendessem quais as legislações, mas difícil porque... foi mais dolorido.
..Pandemia		89	<b>Entrevistador:</b> Você acha que parte desses conflitos foi gerado por que eles tinham medo de atuar na área COVID?
..Carga		90	<b>Entrevistado:</b> Sim, alguns conflitos sim, foram gerados por medo.
Medo		91	<b>Entrevistador:</b> Eles deixavam isso claro?
		92	<b>Entrevistado:</b> Não, mas se recusavam a ir, então por exemplo, a gente teve uma funcionária que ela sempre se recusava a ir, e aí um dia a gente perguntou, a gente chamou ela na sala e perguntou, por que? E aí ela contou que ela tinha medo, mas teve que ficar perguntando muito, antes teve muita resistência.
Dimensionamento		93	<b><u>DIÁRIO DO AUTOR RELACIONADO AS FALAS DURANTE AS ENTREVISTAS:</u></b>
		94	No CTI, as condutas eram prestadas conforme as questões iam surgindo. Houve uma construção de conhecimentos, de acordo com os casos clínicos, oncológicos e relacionados ao câncer. (CTI-HC1)
		95	Os papéis dos profissionais foram definidos, porém poderiam se misturar, principalmente quando um profissional entrava paramentado no leito. (DIENF-HC2)
Medo		96	Videochamadas com familiares dos pacientes foram realizadas pelo celular dos profissionais.(DIENF-HC3)
..Pacientes			

	97	O canal de comunicação mais utilizado pelos gestores foram os grupos de whatsapp, intensificando a informação, porém iam também para o front levar a informação.(DIENF-HC2)
	98	As equipes se aproximaram pelo adoecimento principalmente dos familiares e por problemas emocionais, sem gerar cobranças e culpa pelas ausências. (DIENF-HC2)
Assistência	99	Por ser tudo muito novo, os treinamentos eram direcionados muito mais para a exposição. Os treinamentos relacionados à assistência foram se desenvolvendo no decorrer da evolução do conhecimento relacionado à doença. (DIENF-HC2)
..Pandemia	100	Na Radiologia os procedimentos foram suspensos para os pacientes que testaram positivos para o COVID-19 durante a pandemia, houve também uma redução dos exames, principalmente porque os pacientes reduziram a vinda ao hospital por medo de contrair a doença, repercutindo em demora nos diagnósticos. (RADIOD-HC1)
Medo		
..COVID	101	Na QT pacientes com COVID-19 não eram atendidos ambulatorialmente. A equipe quando tinha dúvidas buscava esclarecer junto a gestão do serviço. (QT-HC1)
..COVID	102	A Radioterapia contou com a triagem realizada na entrada do hospital para prosseguir com o atendimento do paciente, mesmo assim também era realizado triagem no setor, pelo médico ou enfermeira, e caso identificassem sintomas gripais o PCR para COVID19 era coletado. Toda equipe da Radioterapia foi treinada para coleta de PCR dos pacientes. (RADIOT-HC1)
..Pacientes		
..Pandemia	103	Na Radioterapia a consulta de enfermagem de orientação era realizada em grupo, com a pandemia passou a ser individual. (RADIOT-HC1)
..COVID	104	Para os pacientes do INCA sim, foi oferecido suporte clínico; não foi oferecido aos profissionais infectados com a COVID-19 (DIENF-HC1)
	105	No HC2, foram criados alojamentos para acomodar os profissionais que tinham dificuldade de deslocamento. (DIENF-HC2)
	106	Foram realizadas reuniões e treinamentos por videoconferência com as equipes de enfermagem da área de internação. (DIENF-HC2)
..Setor	107	Foram criados Kits com materiais para realização de procedimentos, principalmente para atendimento da PCR. Esses Kits eram repostos nos setores, nos postos de enfermagem, para otimizar o atendimento e também evitar a saída do leito de isolamento para pegar material, levando ao risco de contaminação de outros profissionais. Na enfermaria tinha um quarto com filtro EPA para atendimento do paciente grave em Parada Cardio Respiratória. Todos os carros de Parada Cardio Respiratória foram reestruturados para atendimentos de pacientes portadores da COVID-19, permanecendo até os dias atuais. (DIENF-HC2)
..COVID		

## APÊNDICE G – TRANSCRIÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS ABERTAS DOS GESTORES DE ÁREAS/UNIDADES/SERVIÇOS/SETORES DE UNIDADES ESPECIALIZADAS

1	<b>Respostas das perguntas abertas do questionário aplicado aos gestores de unidades/serviços ou setores:</b>
2	<b>Caracterização da unidade, serviço ou setor, perfil da clientela e estratégias de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem</b>
3	<b>I. Qual o número de leitos da sua unidade, serviço ou setor?</b>
4	<b>R: Piloto CTI:</b> 12 leitos, entre CTI e Pós-operatório, a divisão de leitos é realizada conforme a demanda, estamos trabalhando com 8 leitos no CTI e 4 no Pós-operatório
5	<b>R: Urologia:</b> 14 leitos
6	<b>R: Tórax:</b> 25 leitos
7	<b>R: Abdominopélvica:</b> 04 leitos por déficit de Recursos Humanos de Enfermagem
8	<b>R: Radiodiagnóstico:</b> No setor de Radiodiagnóstico contaremos salas de exames de imagem, são 11 salas de exames, 3 leitos de passagem utilizados para radiologia intervencionista, onde são realizados procedimentos com anestesia, que mesmo sendo minimamente invasivos, são altamente profundos, então se faz necessário que o paciente permaneça por 2 a 3 horas em repouso, para recuperação anestésica e até dos procedimentos, como ablação, quimioembolização, embolização, colocação de filtro de veia cava, o que leva os pacientes a uma necessidade de serem vigiados durante algumas horas, que funciona como uma “sala de espera” em frente a um dos postos de enfermagem. Existem 6 leitos de internação para radioiodoterapia para ablação de tecido remanescente de tireóide, são os tumores de tireóide metastáticos que após a cirurgia ainda se encontra tecidos tireoidiano não só na região cervical, fazendo iodoterapia. São quartos chumbados, porque esses pacientes tomam doses de iodo 131, que é um radioisótopo que tem bastante energia e que demandam uma medida de radioproteção para não contaminar a equipe e os familiares, permanecendo dependente a liberação destes pacientes somente quando as taxas caem. Os dias de aplicação de Iodo foram reduzidos no momento da pandemia da COVID-19, pois num mesmo quarto eram internados dois pacientes em iodoterapia, para segurança do paciente em cada quarto foi estabelecido a permanência de um paciente, reduzindo o número de pacientes em tratamento. Atualmente adotamos como estratégia a realização do teste rápido para COVID-19 permitindo assim o retorno de dois pacientes por quarto (são 3 quartos com 2 leitos cada).
9	<b>R: Quimioterapia HC1:</b> No setor de Quimioterapia são leitos de passagem, divididos entre poltronas, camas e berços. Na Quimioterapia adulto são 26 poltronas e na infantil 11 leitos, com 2 berços e uma cama.
10	<b>R: Radioterapia:</b> 01 consultório para orientações e consultas, 02 leitos e 02 macas como repouso ou leito de passagem, que são utilizados para acomodar os pacientes que precisam permanecer na unidade o dia inteiro para realizar mais de um procedimento, como avaliação para radioterapia, tomografia, simulação e início de tratamento no mesmo dia, principalmente os que moram distante. Na braquiterapia existe uma sala de procedimentos, com equipamento de monitorização multiparamétrica, carro de anestesia, de PCR, para procedimentos que serão realizados com sedação ou sem sedação. O número de pacientes por turno de atendimento, manhã ou tarde, são dependentes da fonte, a partir do momento que começa a decair a gente começa a diminuir o número de

..Pessoal

pacientes, porque o tempo de aplicação começa a aumentar. Na chegada do paciente monitoramos os horários de chegada, de entrada no setor para colocar o capote, para avaliação do anestesista confirmando as informações que recebeu na consulta de enfermagem de braquiterapia, passagem de sonda vesical e inserção do aplicador, onde na sala permanecerão, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o médico, o físico e os residentes de enfermagem, médico e da física médica. Cada procedimento pode durar em torno de 50 minutos a 1 hora, desde a hora que é puncionado um acesso venoso pelo anestesista e administrado analgésico e medicamento anti inflamatório, realizado o cateterismo vesical pela enfermagem ou médico, inserido o espéculo e confirmado o aplicador que foi sugerido pelo médico anteriormente. O técnico de Rx é acionado para que possa ser verificado o posicionamento do aplicador, e não comprometa a parede do reto e da bexiga, é realizado ainda assim a ultrassonografia. Confirmado o posicionamento a equipe começa a observar o paciente para não desposicionar o aplicador. O físico faz o cálculo e inicia o tratamento. Tudo sob observação da equipe. O serviço possui uma sala e uma equipe, atendendo um paciente por vez, o quantitativo de pessoal não é adequado para atender mais de um paciente.

11 **R: Ginecologia:** 76 leitos

12 **R: Mama:** Eu tenho 24 leitos, sendo que, na verdade são 25 leitos, no leito de UI eu só tenho uma cama no momento, mas por conta dessa questão de não ter CTI, a gente conseguiu retirar essa cama, né, aí a gente tem 24 leitos, 23 leitos e 01 de UI.

13 **2. Existem leitos bloqueados? Quantos e por que?**

14 **R: Piloto CTI:** Sim, 03 leitos bloqueados por falta de RH

15 **R: Urologia:** Não

16 **R: Tórax:** Sim, 10 leitos estão bloqueados por precaução/estratégia para assegurar leitos de COVID-19 para novos casos positivos “nova onda”

17 **R: Abdominopélvica:** 4 leitos

18 **R: Radiodiagnóstico:** Não

19 **R: Quimioterapia HC1:** Não

20 **R: Radioterapia:** Não

21 **R: Ginecologia:** Foram bloqueados leitos para comportar o Serviço de Endoscopia e onde este serviço passou a ser o CTI COVID-19, no início da pandemia. No 6º andar, metade do espaço virou a endoscopia, o que levou ao bloqueio de 12 leitos no 6º andar, e no 4º andar os leitos de internação na enfermaria precisaram ser alternados para os casos suspeitos.

22 **R: Mama:** Não

23 **3. Defina o perfil da clientela da sua unidade, serviço ou setor:**

24 **R: Piloto CTI:** São pacientes oncológicos que agravam de acordo com história natural da doença, ou por conta do tratamento oncológico e pacientes em pós-operatório de grandes cirurgias, que ficam até 72 horas e tem alta e tem os pacientes que têm complicações pós-operatórias, principalmente sepse, infecção, e eles ficam no CTI. É uma clínica que tem em média 14 dias de internação, um tempo prolongado de internação e chegam a 100 dias de internação. Tem pacientes hematológicos que internam com quadro crítico e internam pacientes em pós-operatório de neurocirurgia, cabeça e pescoço, da urologia, pacientes atendidos no Hospital de Câncer 1.

LEITOS

LEITOS

LEITOS

..Pacientes

25 **R: Urologia:** Em sua maioria masculinos, idosos (entre 60 e 65 anos), portadores de câncer de próstata, regulados através do Sistema Estadual de Regulação (SER), além de tumores renais, que também acometem mulheres, pré e pós operatório.

26 **R: Tórax:** Pacientes portadores de câncer torácico (pulmão) e neurológico, em pré e pós-operatório, em estadiamento e que tenha apresentado intercorrência clínica.

27 **R: Abdominopélvica:** O perfil não é mais cirúrgico destinado às cirurgias do abdômen, atualmente o setor recebe outras cirurgias e pacientes clínicos, da emergência, em cuidados paliativos, internações de pacientes críticos, onde tiveram momentos de ter até 5 pacientes em ventilação mecânica na enfermaria, além dos pacientes em pré e pós operatório, perdendo a caracterização cirúrgica no setor. **O perfil foi alterado, chegaram a receber pacientes positivos para COVID-19 e em rastreamento, posteriormente passaram a ser um setor COVID-19 free, só eram admitidos pacientes com PCR negativo, tivemos um momento em que recebemos pós-operatório de todas as clínicas cirúrgicas.**

28 **R: Radiodiagnóstico:** Pacientes portadores de neoplasias, crianças que realizam RNM, 98% das crianças precisam ser sedadas/anestesiadas, pacientes debilitados.

29 **R: Quimioterapia HCl:** Todos os pacientes adultos, exceto mama, gineco e Tecido Ósseo Conectivo, e toda a clientela pediátrica.

30 **R: Radioterapia:** Na Braquiterapia os pacientes são da Ginecologia e da Teleterapia abdômen, urologia, mama, tórax e cabeça e pescoço.

31 **R: Ginecologia:** Pacientes de Ginecologia e Tecido Ósseo Conectivo e Oncologia Clínica para essas duas áreas.

32 **R: Mama:** Eu tenho pacientes com câncer de mama avançado, metastático para pulmão, sistema nervoso central, fígado e ósseo, a maior parte mulheres, mas a gente pega também pulmão, e a gente tem diminuído um pouco essa questão da idade, infelizmente a gente pega mulheres acima de 30 anos, coisa que antigamente, nem antigamente, há 3 anos atrás a gente tinha um público mais idoso, acima de 70, 75 anos, mas agora infelizmente as nossas pacientes estão vindo tudo a partir de 30 anos mesmo, já com tumor avançado.

33 **4. Como é composta a equipe de enfermagem da sua unidade, serviço ou setor?**

DIMENSIONAMENTO

34 **R: Piloto CTI:** Por enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, a gente tem um dimensionamento de pessoal que nos possibilita ter 01 enfermeiro para 3, 4 ou 5 leitos no máximo, durante o dia e a noite eles ficam com 5 pacientes, por conta da redução dos procedimentos de rotina, e cada técnico com 2 leitos, porém existem momentos que o dimensionamento possibilita que o técnico possa permanecer com um leito, um paciente específico. Os nossos enfermeiros a maioria é especialista, com um tempo de experiência grande na unidade e a gente conta também com uma quantidade pequena de enfermeiros do NERJ que são contratados, têm menos experiência, mas que vão somando e aprendendo com a equipe. E nossos técnicos a maioria já tem graduação em enfermagem e são enfermeiros, e isso colabora bastante com a qualidade da assistência.

35 **R: Urologia:** 1 enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem por plantão, e 1 operacional, em regimes de plantão de 12 x 60 com complementação.

36 **R: Tórax:** 10 enfermeiros e 17 Técnicos de Enfermagem, trabalhando em regimes de plantão 12 x 60 ou 24 x 120 com complementação, e plantonistas de 10 horas. A composição dos plantões são 2 enfermeiros e

3 técnicos de enfermagem no serviço diurno e 1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem no serviço noturno.

37 **R: Abdominopélvica:** 2 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem, podendo ter plantões com 1 enfermeiro. Atualmente o setor não possui enfermeiro na rotina de enfermagem, sendo uma função acumulada pela liderança, inclusive assumindo como plantonista em determinados momentos, possui uma técnica de enfermagem reabilitada que assume a função de operacional e mais um operacional. O setor possui enfermeiros de contrato NERJ que atuam junto aos enfermeiros do ministério da saúde. A carga horária mensal é definida pelo RH, as equipes atuam em escalas de 24x120 e 12x60 com complementação, realizando 13 plantões de 12 horas na assistência em média e complementam o restante da carga horária em atividades educativas.

38 **R: Radiodiagnóstico:** São dois setores distintos de radiodiagnóstico, no setor de Iodo e Lutécio, são 5 profissionais, sendo 2 enfermeiras e 3 técnicas de enfermagem o que leva a maior exposição à radiação e sobrecarga de trabalho, durante a pandemia eram 8 profissionais de enfermagem, sendo que duas técnicas de enfermagem faleceram de COVID-19 e uma que com 40 anos de atuação na instituição, assustada pelas perdas das companheiras de trabalho optou pela aposentadoria. No setor de radiologia são 5 enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem, com profissionais de licença médica, 2 técnicos de licença prolongada e 1 de licença por gestação. Todos os profissionais trabalham em regime de 24 horas semanais, revezando-se por plantões de 12 horas, dois dias por semana e 8 horas, três dias por semana.

39 **R: Quimioterapia HC1:** Somente enfermeiros, toda a assistência é desenvolvida por enfermeiros. O serviço de Quimioterapia Infantil funciona com três enfermeiros, para que a gente consiga organizar as funções, porque atendemos os pacientes internados. E a quimioterapia adulto entre 6 e 5 enfermeiros, a gente procura colocar esse enfermeiro a mais nos dias em que o movimento está predominantemente maior, devido aos protocolos agendados. O trabalho é realizado em regime de escala 12x36 com um diarista em cada setor.

40 **R: Radioterapia:** Na Teleterapia são 4 Enfermeiros e 3 Técnicos de Enfermagem e na Braquiterapia são 4 Enfermeiros e 4 Técnicos de Enfermagem, porém todos são movimentados entre os setores quando há necessidade de cobertura. A escala de 24 horas semanais, com 2 plantões de 12 horas, não funciona à noite, apesar de ter procedimentos que se prolongam até às 22:00 horas. Já foi solicitado ao RH aumento no quantitativo de pessoal.

41 **R: Ginecologia:** 2 enfermeiros por andar e 4 ou 5 técnicos de enfermagem no serviço diurno e 3 a 4 técnicos no serviço noturno, por andar, são 3 andares de internação, porém nem sempre conseguimos compor esta escala.

42 **R: Mama:** Então, de dia é composto por 2 enfermeiros e 4 a 5 técnicos, e a noite, um enfermeiro com 4 técnicos, existem alguns meses que eu consigo colocar por conta da questão de licença, por exemplo, agora em fevereiro eu tive o retorno de uma enfermeira que estava de licença maternidade há muito tempo, porque ficou no afastamento administrativo, eu consigo contemplar as noites com 2 enfermeiros.

43 **5. A pandemia da COVID-19 influenciou no índice de absenteísmo de sua unidade?**

44 **Justifique:**

..Carga

..Licença médica

..Pessoal

..Licença médica

..Afastamentos

..Afastamentos	45	<p><b>R: Piloto CTI:</b> Sim, muito. Por conta do adoecimento dos funcionários, a primeira onda quando houve da pandemia a gente chegou a ter 70% da nossa força de trabalho adoecida, depois disso foram retornando ao trabalho, mas alguns retornaram após aquele período, uns se restabelecendo rapidamente uma semana a um mês, outros ainda precisaram ficar afastados por conta de comorbidades e entrar em afastamento administrativo, a gestantes que precisam também ser afastadas, então impactou muito.</p>
..Afastamentos		
..Afastamentos	46	<p><b>R: Urologia:</b> Muito, porque os funcionários do setor são em sua maioria profissionais acima de 55 anos, com comorbidades, hipertensão, diabetes, bronquite, asma, o que ocasionou um número alto de afastamentos, aumentando o absenteísmo.</p>
ABSENTEÍSMO		
..Afastamentos	47	<p><b>R: Tórax:</b> Sim, devido aos afastamentos dos profissionais que foram infectados pelo vírus, gestantes e profissionais que apresentaram problemas emocionais.</p>
..Afastamentos	48	<p><b>R: Abdominopélvica:</b> Sim, muito, porque quase 100% da equipe de enfermagem foi contaminada e ficaram de forma grave, com 25 a 30% de comprometimento pulmonar, uma enfermeira e um técnico de enfermagem foram internados, com sinais e sintomas mais avançados, o que gerou mais dias de licença médica que o previsto para o afastamento preconizado de 14 dias.</p>
..Licença médica		
..Afastamentos	49	<p><b>R: Radiodiagnóstico:</b> Absurdamente, quase todos tiveram COVID-19, inclusive mais de uma vez.</p>
	50	<p><b>R: Quimioterapia HCl:</b> Sim</p>
..Afastamentos	51	<p><b>R: Radioterapia:</b> Não, somente quando tivemos profissionais infectados, mas foram casos espaçados.</p>
..Afastamentos	52	<p><b>R: Ginecologia:</b> Sim, por profissionais infectados e afastamentos administrativos, por doença crônica, realizados pela Divisão de Saúde do Trabalhador, entre abril, maio e junho, com ápice em maio, tivemos um absenteísmo absoluto, a ponto de termos a necessidade de fechar uma enfermaria, do 6º andar. Foi necessário juntar os profissionais (remanejar) que estavam trabalhando para atender os leitos que permaneceram em funcionamento.</p>
ABSENTEÍSMO		
..Profissionais		
..Afastamentos	53	<p><b>R: Mama:</b> Muita coisa, inclusive no período de janeiro, eu tive 17 funcionários afastados. E aí no primeiro momento eram 10 dias de afastamentos, depois caiu para 7, no primeiro momento também a gente tinha afastamento por contactante, e a partir do dia 17 de acordo com o gabinete de crise o contactante não precisava mais afastar, porque o que estava acontecendo, a gente tinha muitos funcionários que estavam com seus familiares positivos, mas ele não estava com sintomas, então antigamente, em 2021, se você coabitasse com alguém com COVID, teoricamente você também afastaria e aí por conta do absenteísmo que aumentou drasticamente em janeiro, acabou que no gabinete de crise foi definido que esse funcionário ainda que coabitasse com esse funcionário positivo, se ele não tivesse sintomas ele não precisaria se afastar, e só foi determinado a partir do dia 17, 18 de janeiro e a gente já tinha passado a primeira quinzena de janeiro, praticamente resolvido a escala, não fez muito efeito pra gente não, mas a primeira quinzena de janeiro foi bem difícil.</p>
ABSENTEÍSMO		
..Afastamentos	54	<p><b>6. Qual a proporção de profissionais de enfermagem que tiveram diagnóstico de</b></p>
..Afastamentos	55	<p><b>COVID-19 em sua unidade de gestão?</b></p>
..Afastamentos	56	<p><b>R: Piloto CTI:</b> 70% no mesmo momento, mas acredito que no total de</p>

- profissionais 80% tiveram COVID-19, até desenvolverem a vacina.
- 57 **R: Urologia:** Dos 21 funcionários, somente 2 não tiveram a doença, totalizando 19 casos positivos.
- 58 **R: Tórax:** 90% dos enfermeiros e 95% dos Técnicos de Enfermagem
- 59 **R: Abdominopélvica:** Quase 100%, somente duas técnicas de enfermagem no setor não foram contaminadas pelo COVID-19, o restante da equipe tiveram a infecção e parte foi necessário internação hospitalar.
- 60 **R: Radiodiagnóstico:** Probabilidade de 80%, poucos não tiveram.
- 61 **R: Quimioterapia HC1:** A Divisão de Enfermagem tem esta informação, porqu enviamos para eles.
- 62 **R: Radioterapia:** 3 profissionais, porém não interferiu na dinâmica do serviço.
- 63 **R: Ginecologia:** Favor solicitar a Divisão de Enfermagem.
- 64 **R: Mama:** Olha eu tenho 32 funcionários, então em cada semana eu tinha em tomo de 03, era uns 10% por semana mais ou menos, porque cada semana eu tinha 2 a3 funcionários afastados, aí como foi reduzindo esse número, aí por exemplo, quando tinha alguém afastado, aí o outro estava voltando, entendeu? Acabava que compensava um pelo outro. A gente não teve esses 17 afastados de uma vez, foi pingado de pouquinho em pouquinho.
- 65 **7. Você utiliza algum sistema de classificação de pacientes ou método de avaliação de**
- 66 **carga de trabalho? Se sim, descreva o sistema ou método, como ele é aplicado e a**
- 67 **periodicidade de avaliação:**
- 68 **R: Piloto CTI:** Sim, utilizamos o NAS, coleta diariamente, a nossa enfermeira rotina faz diariamente no sistema Epimed, ela faz a avaliação do paciente e cada dia ela faz retrospectivo das últimas 24 horas, lança no sistema, a gente avalia mensalmente o relatório que gera, que são assistenciais, gerenciais e assistência a família.
- 69 **R: Urologia:** No início da gestão utilizamos o Sistema de Classificação de Paciente de Fugulin que compõe a Resolução COFEN 543/2017, sem êxito.
- 70 **R: Tórax:** Houve uma tentativa de se aplicar o Sistema de Classificação de Paciente de Fugulin que compõe a Resolução COFEN 543/2017, sem êxito.
- 71 **R: Abdominopélvica:** A gente estava preenchendo uma escala, porém deixamos de preencher (Sistema de Classificação de Paciente de Fugulin que compõe a Resolução COFEN 543/2017)
- 72 **R: Radiodiagnóstico:** Não
- 73 **R: Quimioterapia HC1:** Não
- 74 **R: Radioterapia:** Não, Trabalhamos de acordo com o agendamento, e trabalho com remanejamentos internos dos profissionais do setor. Nos dias que acontecem procedimentos com sedação a carga de trabalho aumenta, principalmente para o enfermeiro, pela necessidade de acompanhar o despertar do paciente, nós adaptamos uma sala para estes pacientes permanecerem em repouso e monitorados por um profissional de enfermagem.
- 75 **R: Ginecologia:** Utilizamos o SCP de Fugulin, mas não era regular. Esse ano de 2021 nós estamos conseguindo aplicar e já temos dados.
- 76 **R: Mama:** Não, para carga de trabalho não, mas por exemplo, agora que a gente está no COVID, porque a gente faz revezamento de equipe,



primeiro momento foi a equipe do 5º andar, o RH do 5º andar, a gente fecha os leitos de COVID na unidade de internação do 5º andar, mas a equipe que fica é escala de revezamento, nesse momento a gente está no 5º andar no COVID, mas a equipe que tá é a minha do 6º, então por a gente ter um número bem reduzido de pacientes em relação a internação a gente fica com 20 pacientes, e no COVID dificilmente a gente passa de 10, então a gente tenta remanejar esses funcionários pra gente não ficar com uma.

77 **8. Como você realiza o dimensionamento da equipe de enfermagem?**

78 **R: Piloto CTI:** Nós temos um quantitativo fixo, que são os servidores, a gente tem como substituição às pessoas que foram remanejadas do CTI, por restrições, e elas foram substituídas por funcionários contratados, somente enfermeiros, e o restante do corpo são substituídos por APH. Nosso dimensionamento a gente tenta se basear no NAS, porque para a carga de trabalho que a gente tem, pacientes graves, totalmente dependentes, 01 enfermeiro para cada 10 leitos não tem como aguentar. E a Resolução 543/2017 a gente não consegue atender porque não temos um quantitativo de enfermeiros maior que o de técnicos, quando a gente faz o cálculo do número de horas de enfermagem, no total, a gente vê que estamos adequados ao número de horas de enfermagem.

79 **R: Urologia:** Eu trabalho com um quantitativo mínimo, pois eu não tenho mais funcionários além do que já é disponibilizado ao setor, e a Divisão de Enfermagem não tem como disponibilizar mais profissionais. O correto seria ter 3 Técnicos de Enfermagem para os 14 pacientes, e atualmente minha escala são 7 pacientes para cada Técnico de Enfermagem e 1 enfermeiro para os 14 pacientes, se houver alguma intercorrência compromete a assistência. O quantitativo foi definido pela Divisão de Enfermagem, porém não é o ideal.

80 **R: Tórax:** Trabalhamos com um quantitativo pré-definido junto a Divisão de Enfermagem, com reavaliações e possibilidades de acréscimo de pessoal de acordo com a mudança da complexidade dos pacientes.

81 **R: Abdominopélvica:** “Eu vou colocar uma frase que eu utilizo aqui na equipe, porque eu não gosto de dizer que sou chefe, eu sou uma líder, e tento fazer uma liderança participativa, e costumo dizer que eu não faço escala, eu gerencio vidas, vidas de pacientes e vidas de profissionais, então assim, eu tento construir uma escala no qual eu possa contar com ajuda do funcionário, mas também dando uma abertura em algumas observações como as vezes duplo vínculo, problemas pessoais, mas também ajustando para que o meu paciente não fique desassistido, então muitas das vezes o profissional faz plantão extra e até mesmo plantão de crédito para folga futura”.

82 **R: Radiodiagnóstico:** Meu dimensionamento é realizado de acordo com o número de máquinas em funcionamento, para cada máquina eu coloco um profissional de enfermagem, em algumas máquinas, como as tomografias, é necessário colocar dois profissionais, devido a distância da sala de punção venosa/infusão, que se faz necessário para alguns exames. Estes procedimentos exigem que o profissional permaneça ao lado do técnico de radiologia. Na verdade eu precisava ter duas ou três pessoas, mas eu tenho o mínimo necessário.

83 **R: Quimioterapia HC1:** Baseado na organização dos atendimentos, inclusive dos pacientes internados, na quimioterapia adulto, levamos em consideração o agendamento aonde tem que ter um enfermeiros que fica constantemente no ambulatório do 2º andar, sendo um profissional que

..Escala			não iremos contar na assistência devido a estrutura predial, por serem distintas, pela QT ficar no 7º andar. E a gente procura fazer a escala diária distribuindo as funções do serviço na organização do serviço, que é esse colega que vê a agenda, o fluxo, as medicações que são sem estabilidade, que são diluídas no dia, medicações de alto custo, que vê as liberações junto às agendas, a farmácia, sendo uma função que absorve um pouco mais que a assistência durante a infusão. Temos também um enfermeiro que fica escalado só com os pacientes internados, assim conseguimos dimensionar quantos permanecerão no salão para prestar assistência ao quantitativo relacionado à capacidade instalada.
DIMENSIONAMENTO		84	<b>R: Radioterapia:</b> Dimensionamos um quantitativo fixo de profissionais por dia, mas todos estão cientes que a qualquer momento pode ser solicitado a modificação do dia de trabalho, todos apresentam disponibilidade por apresentar um único vínculo.
DIMENSIONAMENTO		85	<b>R: Ginecologia:</b> Era convencionado um quantitativo de profissionais e nós trabalhávamos com esse quantitativo.
DIMENSIONAMENTO		86	<b>R: Mama:</b> Eu uso o critério que foi lançado pelo ministério da saúde, de acordo com os cuidados de pacientes com COVID, né. E aí foram 8 pacientes para 1 enfermeiro e 4 técnicos, e eles tratam em relação ao semi-crítico, tipo que na verdade não é o perfil do nosso paciente, mas eu considero esse tipo de dimensionamento para montar a minha escala, e eu acabo ficando com um número maior de funcionários para paciente, aí dependendo do dia a gente acaba realocando esse meu funcionário para os setores que te uma demanda maior.
		87	<b>9. Com a Pandemia da COVID-19 houve alguma alteração no perfil da clientela e na</b>
		88	<b>organização da sua unidade, serviço ou setor? Se sim, descreva:</b>
..LEITOS		89	<b>R: Piloto CTI:</b> Inicialmente as cirurgias eletivas foram suspensas, então a UPO foi adaptada para ser o setor COVID-19, então a gente ficou 1 ano e 8 meses com a UPO fechada, e demanda foi pela necessidade internações pela emergência, pelas enfermarias, e aí nós fomos aumentando o número de leitos no CTI ou UPO, ficou flutuante de acordo com a demanda, até que zeramos o número de pacientes COVID-19 positivo e voltamos a internar pós-operatório.
..LEITOS		90	<b>R: Urologia:</b> Sim, o setor virou uma policlínica, admitindo os pacientes cirúrgicos das outras clínicas, tomando-se uma área livre de COVID19.
..Cuidado		91	<b>R: Tórax:</b> Sim. Os pacientes do tórax admitidos apresentavam doença avançada, sendo necessário instituir cuidados em fim de vida. A neurocirurgia prosseguiu conseguindo realizar procedimentos cirúrgicos.
..Pacientes		92	<b>R: Abdominopélvica:</b> Sim.
..Pessoal		93	<b>R: Radiodiagnóstico:</b> Inicialmente não, mas depois alterou, pois com redução de internações e cirurgias oncológicas, a clientela passou a ser de pacientes mais graves, de alta dependência e menos pacientes hígidos. Não foi possível reorganizar a equipe devido ao quantitativo de pessoal, eu não tinha pessoal para isso.
..Carga		94	<b>R: Quimioterapia HCl:</b> Não
..LEITOS		95	<b>R: Radioterapia:</b> Não. Trabalhamos a todo vapor, não observei alterações nas modalidades de tratamento, houve um aumento no número de consultas de avaliação para braquiterapia e radioterapia.
		96	<b>R: Ginecologia:</b> O 4º andar foi dividido em duas alas, uma ala destinada a pacientes contaminados pela COVID-19 e uma ala destinada aos pacientes livre de COVID-19, essa divisão foi tanto da equipe quanto da estrutura física, permanecendo com 13 leitos na ala COVID e 12 leitos

<p>..Pandemia</p>		<p>para área não COVID que era destinado para internação de pacientes clínicos. Nessa estrutura, no 6º andar foram destinados 13 leitos a internação de pacientes de pré e pós-operatório, número reduzido de leitos. No 5º andar os leitos foram destinados ao suporte clínico. No 4º andar, durante a pandemia, a CCIH fez uma restrição de internação de pacientes menores de 60 anos para não precisar de acompanhante e diminuir a área de circulação.</p>
	97	<p><b>R: Mama:</b> Não houve alteração, o perfil continua o mesmo, porque a gente tem muito paciente com câncer de pulmão, então assim paciente com dispnéia, que a gente interna com dispnéia e derrame pleural, e a gente não aumentou por conta da pandemia.</p>
	98	<p><b>10. Foi aplicado algum sistema de classificação de pacientes ou método de avaliação de</b></p>
	99	<p><b>carga de trabalho especificamente durante a pandemia da COVID-19?</b></p>
	100	<p><b>R: Piloto CTI:</b> Não, mantivemos o NAS. A gente consultou o Parecer Normativo 002/2020/COFEN, mas na área COVID-19 a gente tentava manter o mesmo número de profissionais para o mesmo número de leitos, por essa resolução eles definem número de profissionais por categoria de enfermagem, nós não conseguimos manter essa divisão, mas escalamos um profissional por leito, independente da categoria, e mesmo dessa forma nós observamos sobrecarga de trabalho, a carga de trabalho aumentou muito com os pacientes de COVID-19, eram pacientes muito graves, porque não era só a pronação, eram muitos procedimentos, que demandou enfermagem a beira leito 24 horas. Mudanças de drippings, medicações, cuidado de feridas, porque o paciente desenvolvia feridas muito rápido e nós também trabalhamos muito prevenção de feridas.</p>
<p>..Escala</p>		
<p>..Carga</p>		
<p>..Pacientes</p>		
<p>..Cuidado</p>		
<p>..Sistema</p>	101	<p><b>R: Urologia:</b> No início da gestão utilizamos o Sistema de Classificação de Paciente de Fugulin que compõe a Resolução COFEN 543/2017 ou PARECER NORMATIVO Nº 02/2020/COFEN – EXCLUSIVO PARA VIGÊNCIA DA PANDEMIA – COVID-19, porém não foi fidedigno para a nossa realidade, pois viramos uma policlínica modificando muito o perfil dos pacientes, aumentando a complexidade (pacientes da neuro, da cabeça e pescoço), anteriormente cirúrgicos da urologia, com um perfil de complexidade menor. NÃO FOI UTILIZADO NENHUM INSTRUMENTO.</p>
<p>..Pacientes</p>		
<p>..Sistema</p>	102	<p><b>R: Tórax:</b> Houve uma tentativa de se aplicar o Instrumento de Classificação de Paciente de Fugulin que compõe a Resolução COFEN 543/2017, sem êxito.</p>
	103	<p><b>R: Abdominopélvica:</b> Não.</p>
	104	<p><b>R: Radiodiagnóstico:</b> Não, as reavaliações foram pontuais.</p>
	105	<p><b>R: Quimioterapia HCl:</b> Nenhuma alteração, teve as nuances da pandemia, mais no início, depois tudo foi melhorando. O número dos atendimentos não foi alterado, a equipe continuou atendendo aos internados, inclusive os portadores de COVID-19, a gente procurava fazer coortes, toda a assistência foi prestada.</p>
<p>ASSISTÊNCIA</p>		
<p>ASSISTÊNCIA</p>	106	<p><b>R: Radioterapia:</b> Não. Foi realizado somente triagens dos pacientes para sintomas gripais, para definição do tratamento. Caso o paciente apresentasse sintomas, era encaminhado pelo médico ou enfermeiro para coleta do PCR.</p>
	107	<p><b>R: Ginecologia:</b> Não.</p>
	108	<p><b>R: Mama:</b> Não</p>



109 **11. Foi necessário reavaliar o dimensionamento da equipe de**  
 110 **enfermagem para**  
 111 **enfrentamento da Pandemia da COVID-19? Se sim, descreva as**  
 112 **estratégias utilizadas:**

111 **R: Piloto CTI:** Sim, descrito na pergunta anterior.

112 **R: Urologia:** Eu reavalio todos os dias, o problema é que não tem  
 113 pessoal de enfermagem, o número no qual trabalhamos não é o mesmo  
 114 ideal.

113 **R: Tórax:** Sim, porém sem condições de aumentar a equipe, de acordo  
 114 com a mudança da complexidade dos pacientes, foi proporcionado verba  
 115 através da Divisão de Enfermagem para alocação de profissionais de  
 116 enfermagem por Adicional de Plantão Hospitalar (APH).

114 **R: Abdominopélvica:** Sim, foi necessário, porém não tive ganho de  
 115 funcionários. O hospital prioriza uma escala mínima de 2 enfermeiros e  
 116 4 técnicos, tanto no plantão diurno quanto noturno, porém eu não  
 117 consigo compor essa escala mínima.

115 **R: Radiodiagnóstico:** Precisava, porém a equipe pareceu ter mais  
 116 pessoas, devido a redução na quantidade de exames, tanto pelo  
 117 quantitativo de profissionais afastados por ter contraído a doença, quanto  
 118 pela dinâmica do serviço que reduziu os agendamentos.

116 **R: Quimioterapia HCl:** Não, o que a gente precisou reavaliar para  
 117 fazer uma adequação de agenda, foi o acréscimo de um profissional por  
 118 APH, quando surgia um protocolo de infusão de quimioterapia de longa  
 119 duração, que necessitasse da presença do enfermeiro a beira leito em  
 120 pacientes portadores de COVID-19, onde precisamos pedir um auxílio  
 com verba de APH, mas não foi frequente, foram situações mais  
 pontuais.

117 **R: Radioterapia:** Não. Porém tivemos aposentadorias neste período que  
 118 não foram repostas. Não tivemos nenhum afastamento administrativo  
 119 por comorbidade apesar de termos uma profissional acima de 60 anos e  
 120 outras que tiveram câncer e estão curadas.

118 **R: Ginecologia:** Na verdade no início da pandemia o 4º andar era todo  
 119 COVID-19, permanecemos com o mesmo dimensionamento do andar, e  
 120 o dimensionamento só era alterado com o provimento de técnicos de  
 enfermagem e enfermeiros quando o número de pacientes e a  
 complexidade aumentava, esse aumento de profissionais era realizado  
 com o que era possível, banco de horas, APH, remanejamentos, porque  
 não tínhamos tantos profissionais trabalhando, solicitamos aos que  
 estavam, a gente negociava, pq até o recurso humano era escasso  
 naquele momento, porque muitos estavam doentes. Em agosto de 2020 o  
 4º andar foi dividido.

119 **R: Mama:** Na verdade a escala que a gente faz, a gente faz para o andar,  
 120 como se estivesse com os meus 24 pacientes internados, assim eu não  
 reduzi o número de funcionários, de dia eu tenho 5 técnicos e 2  
 enfermeiros e de noite eu tenho 4 técnicos, e o que acontece é que  
 diariamente, por exemplo já aconteceu de ter um paciente no COVID, e  
 aí um paciente no COVID, eu não vou ficar com 5 técnicos, e aí eu  
 realoquei aquele técnico para o andar, mas aí eu não monto a escala  
 pensando nesse quantitativo, porque eu monto a escala mensal, e a gente  
 vai fazendo remanejamentos e realocações.

120 **12. O que mais impactou sua gestão em relação ao dimensionamento**  
**da força de trabalho de enfermagem desde o início da pandemia da**

## COVID19?

MEDO	121	<b>R: Piloto CTI:</b> O medo das pessoas, inicialmente teve muito medo de todos as categorias, depois foi me surpreendendo o comprometimento das pessoas, o profissionalismo, que superou as minhas expectativas. As pessoas enfrentaram o medo e deram o seu melhor, adoeceram, mas retomaram ao trabalho assim que puderam, e ajudando e tentando ajudar com o absenteísmo, para que pudéssemos manter um padrão de assistência melhor, com uma relação profissional leito melhor.
MEDO		
ABSENTEÍSMO		
..Pacientes	122	<b>R: Urologia:</b> A rotatividade no setor em relação às outras clínicas que nós não estamos acostumados foi ruim, pois os meus funcionários estão acostumados a lidar com pacientes de cirurgia de urologia, clínica, imagina ter no setor pacientes com Derivação Ventricular Externa (DVE), Dreno de Tórax, Thoramatrix, a gente teve que fazer este treinamento total com estes funcionários para atender estes pacientes, isso foi um ponto ruim pra gente. Dos 14 leitos, trabalhamos com uma média de 6 a 8 pacientes de urologia, e o restante de neuro e tórax,
..Afastamentos	123	<b>R: Tórax:</b> Saber se o retorno dos profissionais afastados por infecção pelo COVID-19 seria em boas condições de saúde, principalmente sem sequelas.
	124	<b>R: Abdominopélvica:</b> Protocolos inadequados para o enfrentamento do COVID-19, despreparo na condução, na prevenção inclusive dos EPIs, e também a perda de contratos do NERJ que compunham a escala, que saíram da minha gestão no setor e não foram repostos, o que impactou no dimensionamento.
RECURSOS		
..Licença médica	125	<b>R: Radiodiagnóstico:</b> A quantidade de licenças médicas da equipe, não só de enfermagem e o adoecimento mental, muitos.
ABSENTEÍSMO	126	<b>R: Quimioterapia HCI:</b> Eu penso que o absenteísmo foi bastante difícil de lidar ao longo desse período, mas aquele absenteísmo que não era COVID-19 continuou somando-se aos afastamentos por COVID-19, houve um peso para lidar com isso, pois o absenteísmo aumentou, tivemos um afastamento por comorbidade e um para uma gestante.
..Afastamentos		
ABSENTEÍSMO	127	<b>R: Radioterapia:</b> Força de trabalho não, o que me dificultou foi a falta de recursos materiais para realização do cuidado/tratamento.
..Afastamentos		
RECURSOS	128	<b>R: Ginecologia:</b> No início era o número de profissionais contaminados, o tempo para liberar o resultado do PCR do funcionário, porque o retorno ao trabalho era dependente deste resultado, o estresse dos servidores naquele momento, o medo, as pessoas não queriam ser remanejadas para área COVID-19, e os que estavam só trabalhando nesta área também tinham seus questionamentos, foi um momento muito conturbado, onde precisamos fazer intervenções positivas o tempo todo, para acalmar e fazer manejos para que as pessoas se sentissem seguras e acolhidas, porém nós também estávamos assustadas e com medo de adoecer de perder pessoas, de estar na rua, isso tudo inflamou de uma forma geral. Isso tudo teve um impacto, embora de forma subjetiva, que não está escrito em lugar nenhum, teve um impacto para quem estava na gestão.
MEDO		
MEDO		
..Afastamentos	129	<b>R: Mama:</b> Olha em relação a pandemia, eu acho mais por conta dos afastamentos que ficam a questão da comorbidade, por exemplo a gestante, como o nosso público, nossos servidores são compostos principalmente por mulheres, então as nossas gestantes elas ficam com afastamento administrativo, né? Aí na enfermagem em si, a gente não consegue dar nenhum tipo de serviço remoto pra elas, então acaba que acaba impactando, hoje por exemplo eu tenho 3, 2 enfermeiras e uma

<p>..Afastamentos</p> 	<p>técnica, que poderia estar comigo trabalhando normal, ainda que gestante fazendo alguns trabalhos mais leves, poderia estar contribuindo na assistência, mas nesse momento da pandemia ela não pode estar presente. Exatamente, porque ela fica todo período da gestação, os 9 meses, mais o período da licença maternidade, então ela fica aí mais de um ano afastada.</p>
<p>..Pandemia</p> <p>..Cuidado</p> 	<p>130 <b>13. Existe alguma informação pertinente relacionado aos desafios/estratégias enfrentadas no dimensionamento de enfermagem durante a pandemia da COVID-19 que não foi abordado e gostaria de relatar?</b></p> <p>131 <b>R: Piloto CTI:</b> O que a gente aprendeu com a pandemia foi também pensar nos detalhes da assistência, que serviram muito para o paciente COVID-19, porque a gente precisava ter tudo muito correto, o fluxo correto, com todas as técnicas, a pandemia veio aprimorar as técnicas do trabalho, o cuidado que a gente tem que persistir, na melhoria das técnicas para proporcionar proteção, tanto para o profissional quanto para o paciente, que vai repercutir na prevenção de eventos adversos, nas infecções relacionadas à assistência à saúde, principalmente a gente que trabalha com paciente oncológico, a gente tem que trabalhar muito com prevenção.</p>
<p>..Pacientes</p> <p>..Pandemia</p> <p>..Pacientes</p> <p>..Escala</p> <p>..Carga</p> 	<p>132 <b>R: Urologia:</b> Aqui foi o único setor que conseguia ter o controle, então tudo foi feito aqui, os exames, tínhamos que abrir planilhas diárias e alimentar com estes pacientes, colher os exames, colocar os resultados positivos, temos do ano inteiro, os dados foram utilizados pela CCIH, tinha uma cobrança da direção, esse trabalho burocrático foi ruim. No início eram muitos pacientes positivos, tinha que registrar, colocar a clínica, quantos anos, fazer essa planilha de controle para saber como estava a pandemia, esse foi o desafio, controlar os casos, as admissões, encaminhar os pacientes para o 6º andar, onde eu e a enfermeira rotina tínhamos que estar na assistência, fazer as escalas de serviço, este controle, nos fez perder muito tempo, com aumento da carga de trabalho para a gestão. Nos programos para fazer os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do setor ao longo do ano, e demos conta.</p>
<p>..Setor</p> <p>..Cuidado</p> 	<p>133 <b>R: Tórax:</b> Estar, enquanto liderança, distante das discussões do Gabinete de Crise instituído na Unidade, pois não participamos das reuniões, recebendo da Divisão de Enfermagem as informações e condutas a serem seguidas, somente após 1 ano de pandemia que houve proximidade da equipe de anestesia para nos proporcionar suporte.</p>
	<p>134 <b>DIÁRIO DE BORDO: INFORMAÇÕES IMPORTANTES RELATADAS PELA LIDERANÇA DE ENFERMAGEM DO TÓRAX:</b> O setor do tórax tornou-se área COVID, tendo os pacientes da clínica encaminhados ao setor de Iodoterapia para rastreamento do COVID19, até o resultado do PCR, sendo encaminhado, se PCR negativo para COVID19 ao setor de urologia, ambos no 4º andar, Ala A, do HCl, em pré-operatório, e posteriormente ao setor de abdominopélvico, no 4º andar, Ala B, do HCl, em pós-operatório. Foi de suma importância a vivência dos enfermeiros que foram residentes do INCA, hoje funcionários, para o cuidado nos setores com a junção de pacientes de todas as clínicas que tratam no INCA e são referenciadas ao HCl, tanto cirúrgicos quanto onco hematológicos.</p> <p>135 <b>R: Abdominopélvica:</b> Sim, a questão dos protocolos, no enfrentamento uma estratégia que nós utilizamos como equipe, e que inicialmente, e é feito até hoje, o protocolo de COVID-19 só é aberto pelos médicos,</p>

assim nós criamos um registro no nosso livro de Ordens e Ocorrências com alguns itens e alguns indicadores, então assim, eu posso ter um paciente sintomático na nossa unidade e esse paciente não ser classificado como para o protocolo de COVID-19 segundo a visão do médico, porém nós tratamos esse paciente como paciente suspeito. Então um erro que eu acho é abertura do protocolo ser focado no médico, porque a enfermagem que fica com esse paciente, e a forma que isso prejudica a proteção da equipe, mediante a instituição colocar que, a proteção para o COVID-19 ser de acordo com o protocolo aberto pelo profissional médico.

136 **R: Radiodiagnóstico:** Muitas pessoas se aposentando, como um movimento no serviço público pela insatisfação, como por receio do que possa vir a acontecer com os profissionais pela forma como o governo tem lidado com as questões, as pessoas estão temerosas achando que não vão se aposentar nunca, houve uma precarização das relações de trabalho, não só do trabalho propriamente dito, mas das relações de trabalho. Com a pandemia as pessoas tiveram mais medo, medo de morrer, receio de lidar com pessoas doentes, com uma doença que pudesse matá-las, que era essa doença infecto-contagiosa, e nós não estávamos preparados para isso, e mesmo que estivéssemos não temos recursos, não existe recurso humano para isso. Eu especialmente tenho sofrido absurdamente com a falta de recursos humanos, e por causa dessa falta, nós tivemos na instituição uma mudança na forma como os APH foram liberados, não para área de radioproteção, mas várias coisas foram permitidas, como, quem tivesse mais de um vínculo pudesse fazer APH, devido a falta de recursos humanos, além de outros precedentes para cobertura do déficit, principalmente de mão de obra qualificada, demonstrando que profissionais mais experientes foram essenciais para lidar com a pandemia, essas pessoas estiveram mais na linha de frente, pois os contratados que existiam e os que chegaram em substituição são selecionados de forma pueril e não demonstram experiência, apresentando dúvidas básicas para o exercício profissional. Me perguntava, o que precisamos para atuar, luva, máscara e avental, e descartar, porém observava que sempre houve confusão no descarte, onde você descarta, dentro do quarto do paciente ou fora do quarto do paciente. E dentro da radiologia e da medicina nuclear, muito mais que redimensionar, a gente teve diminuição de exames, e isso foi o que facilitou a nossa vida, porém tivemos época em que todos da medicina nuclear estavam positivos, onde fomos questionados pela nossa aglomeração no momento das refeições. Nós nos contaminamos porque estávamos vivendo normalmente enquanto profissionais, sem parar de atuar na instituição. Tivemos momentos em que o médico com COVID-19 estava dando laudo em home office.

137 **R: Quimioterapia HCl:** Não

138 **R: Radioterapia:** Senti falta da saúde do trabalhador estar mais presente para nos orientar, para mim foi muito difícil o acesso a saúde do trabalhador, eu tinha que buscar para me orientar enquanto gestora e os profissionais sob minha gestão. Em nenhum momento a minha equipe quis se afastar, apesar das comorbidades.

139 **R: Ginecologia:** O SCP foi introduzido em 2021, foi informatizado por um de nossos enfermeiros, e isso foi positivo para classificar os pacientes tanto de COVID-19 quanto clínicos, então os dados que vão se apresentar vão dar bastante subsídios para esse dimensionamento daqui para frente, porque naquele momento tudo foi muito empírico, porque nós víamos que as pessoas estavam cansadas e nós tentávamos prover

13/16



<p>☪</p> <p>..Escala</p> <p>}</p>	<p>mais pessoal e material, e ter também esses alojamentos de acolhida, copas, e fazer com que as refeições fossem servidas no hospital, mesmo que os servidores pagassem, nós não tínhamos isso no hospital, e até hoje tem. tentamos muito conseguir estacionamento com a Rodoviária, para que as pessoas pudessem vir de carro e ter as caronas solidárias, mas a gente não conseguiu. Tentamos carona com o transporte das outras instituições, mas não conseguimos. Foi bastante luta, e no olho do furacão tentamos amenizar ao máximo. E a introdução das escalas de 24 horas, que para alguns não era bem aceito, porém foi uma opção que adequou as escalas e reduziu a exposição.</p>
<p>140</p>	<p><b>R: Mama:</b> Resposta: Eu achei interessante quando você me perguntou sobre a questão de dimensionamento se eu uso alguma estratégia, aí você deu um exemplo, aí você falou um exemplo que eu não conheço, porque a resolução do COREN em relação ao COVID, ela muito, deixa muito a desejar, porque ela não é muito específica, entendeu? Ela bota por exemplo no início a partir de paciente semi-crítico semi-intensivo, e não é a nossa realidade, entendeu? A gente não interna já paciente semi-intensivo, até porque, como eu falei no início, a nossa realidade é paciente oncológico, metatático, 80% que são definidos como suporte não invasivo, então 80% dos nossos pacientes eles não intubam, entendeu? Apesar de ser complexo no que se refere a questão da enfermagem de cuidados de banho de leito, de curativo, de feridas tumorais, em relação a complexidade médica, né? Que merece também um cuidado intensivo da enfermagem não é a nossa realidade, então a resolução do COREN, ela deixa muito a desejar, apesar da gente usá-la né? Ela não deixa muito clara qual é o tipo de paciente em si, porque ela fala de COVID em geral, mas não é a nossa realidade do INCA, então a gente deveria usar algum tipo de estratégia que fosse mais adequada a nossa realidade, ao paciente oncológico e ao paciente oncológico metastático, por exemplo, eu gostaria muito de saber como o HC4 faz, que o HC4 também atuou como todos os INCAS no paciente com COVID, entendeu? E qual o tipo de estratégia que eles pensaram nessa questão de dimensionamento, entendeu? Se teve alguma alteração, alguma mudança, porque os pacientes de lá, já internam já em suporte não invasivo, a gente ainda tem algumas pacientes invasivas, mas o HC4 não, todas elas são não-invasivas, então eu gostaria muito de saber qual o tipo de estratégia eles usaram em relação a isso.</p>
<p>141</p> <p>..Setor</p> <p>{</p>	<p><b>DIÁRIO DE BORDO: INFORMAÇÕES IMPORTANTES RELATADAS PELA LIDERANÇA DE ENFERMAGEM MAMA:</b> O paciente na emergencia ainda não ia para o andar, chegou um momento no auge da pandemia precisou fechar uma das unidades de internação para poder virar COVID. Nessa época eu era plantonista não como chefe imediata, a área fechou e no primeiro momento que fechou eu não tinha a visão de chefia, então nao sei dizer.</p> <p>142 Teve uma funcionário que foi resistente no sentido de que, na visão dela não havia necessidade, mas como a legislação diz que é somente até 6 meses e como a filha dela ja tem mais que 6 meses, ainda que ela seja lactante, ela optou por continuar no COVID. Mas, na questão da comorbidade a gente teve essa preocupação em alocar um setor não COVID as funcionárias que ainda que fosse da minha equipe, não ficasse conosco.</p>
<p>143</p> <p>..COVID19</p> <p>{</p>	<p>A gente na realidade ta vivendo dois cenários. O primeiro cenário, que foi lá em 2020/2021, nós todos desconhecíamos a própria assistência do</p>

..COVID19

..Cuidado

..Pandemia

..Pandemia

paciente COVID, então apenas a enfermagem e a medicina que entrava nos cuidados. Não participava laboratório e nutrição. A fisioterapia apenas em nível de parecer, no caso de intubação ou com o paciente já intubado. O enfermeiro fazia a coleta do exame laboratorial, a questão da intubação não era residente médico, era somente o anestesista então entrava a enfermagem, o anestesista e nesse caso chamava a fisioterapia. Lá a gente tem o leito de UI, e nós não ficamos com esse paciente por muito tempo, a gente tenta transferir ele o mais rápido possível para o CTI porque a gente não tem RH e suporte estrutural para poder ficar com o paciente de CTI, porque o HC3 infelizmente ainda é a única unidade que não tem CTI próprio, a gente precisa transferir esse paciente imediatamente para o CTI, geralmente vai para o HC1 ou para o 2, onde vagar mais rápido a gente transfere. Então, até ano passado (2021) as funções ficaram bem restritas para a enfermagem e medicina. Nesse segundo momento, em que a gente fecha novamente COVID em 13 de janeiro de 2022 nós mudamos um pouco esse perfil. Inclusive foi até uma ideia que surgiu de mim, porque nós temos todo o corpo de saúde com as 3 doses da vacina, o que no primeiro momento era só o pessoal que tinha cuidados diretos com o COVID, então no primeiro momento era só a enfermagem que fez o uso da vacina no hospital. Então nesse momento a minha justificativa com a ICCH foi, porque a gente vai continuar entrando somente enfermagem e medicina porque a copa, a nutrição, a fisioterapia, serviço social não voltam a entrar? Porque o nosso cenário é diferente, a gente não interna mais paciente por gravidade com COVID a gente interna paciente que está em curso de quimioterapia ou então paciente com progressão de doença (metastático) e aí colhe e faz o teste por questão de rastreamento e ele acaba estando positivo, mas a gente não tem mais aquele paciente, a gente até tem, mas não é mais o quadro geral a maioria e nem quadro respiratório a maioria agora é outros tipos de complicações e pela questão do rastreamento aquele paciente tá positivo então você trata na verdade outro tipo de motivo de internação e não necessariamente o COVID. Ele só tá ali naquele momento porque ele tá com uma doença altamente contagiosa, mas a causa da internação dele não necessariamente é o COVID, alguns até são, mas a maioria não. Então nesse segundo cenário a gente tem as funções bastante divididas como antes da pandemia.

144 A gente que está na internação, a gente vê a demanda do paciente, porque a gente não tá com fisioterapia 24h, nem a psicologia e nem o serviço social então a gente vê a demanda e pede o parecer e aí a gente tem o retorno delas e no período da pandemia esse retorno era via a telemedicina. Até porque a maior parte das outras categorias ficaram em caráter remoto.

145 A gente montou uma listagem toda vez que o paciente internava, a gente pegava o nome de dois responsáveis por esse paciente e aí a gente passava para a equipe médica a necessidade de entrar em contato porém a gente teve muitos problemas em relação a isso e aí, na época, eu até tentei montar uma espécie de aplicativo, mas acabou que não deu muito certo. Se eu não me engano o INCA até fez logo em seguida por conta da questão do alto número de reclamações. A maioria dos médicos acabava não fazendo esse retorno e os familiares ficavam naquele desespero e a gente entendia porque não tinha informação nenhuma. As vezes o paciente era muito idoso e tinha aquela necessidade de querer ficar e a gente, mesmo estando não legalizado, não podia permitir, e a

enfermagem acabava entrando em ação. A gente fazia chamada de vídeo para poder acalantar mais o paciente, mas a gente teve muitos problemas. Não teve espécie de callcenter, o médico entrava em contato pelo telefone direto, mas foi bem defasado esse contato e teve muitas reclamações com ouvidoria entre outras coisas, e acabou que não deu muito certo essa questão com o aplicativo, que foi bem trabalhoso e na época eu não tinha tempo e tinha uma outra pessoa que comprou a ideia comigo, mas a gente acabava fazendo mesmo o mais prático e manual, que era a chamada de vídeo do nosso próprio celular mesmo para o familiar do paciente para não passar informação porque a gente como enfermagem não pode fazer isso, mas para poder mesmo acalantar e conforta o familiar que naquele momento foi bem desesperador para ele e o paciente.

..Pacientes

146

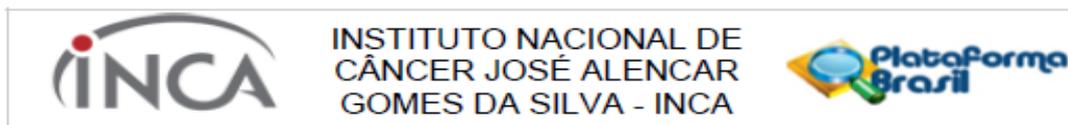
A CCIH ela acompanhava esses pacientes. Até a nível de registro para o governo, pacientes que estavam bem e recebiam alta, elas faziam um certo tipo de acompanhamento para retestagem e para saber até mesmo se não foi a óbito, depois então esse acompanhamento era por parte da comissão de infecção mesmo.

RECURSOS

147

Olha em 2020, naquele boom mesmo lá em março e abril o recurso ficou bem restrito. Por exemplo, a nossa N95, que deveria trocar a cada 15 dias, a gente só conseguia uma por mês. A gente tinha muito problema de álcool que sumia no setor então ele tinha que ficar trancado. Não que a gente não usasse, mas o número tava muito reduzido e o mínimo que conseguia foi um horror, porque sumia então foi bem complicado no início, mas em 2021 isso daí já não acontecia mais. Isso aconteceu mais no boom, entre março e agosto que foi aquela loucura que ninguém sabia nem como tratar direito. Aquela coisa que até nas ruas mesmo a gente via que não tinha álcool nas farmácias e não tinha máscara, a gente vivenciou isso um pouco no hospital, mas a gente tinha o nosso que era bem reduzido mesmo, por exemplo, entrava com a nossa N95 e botava uma cirúrgica por cima, não porque é o correto mas para proteger a nossa N95 o máximo possível. Aí se a gente participasse de um processo de intubação, a gente jogava fora a cirúrgica poderia reutilizar a N95.

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer: estudo de caso

**Pesquisador:** JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50837021.6.3001.5274

**Instituição Proponente:** Instituto Nacional de Câncer/ INCA/ RJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.113.431

## Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1800432.pdf" de 6/9/2021.

## INTRODUÇÃO:

O ano de 2020, historicamente, foi um marco para saúde pública mundial, pois vivenciamos a pandemia do novo coronavírus - SARS-CoV-2 ou COVID-19, fato que vem modificando a dinâmica de vida da população sem distinção, afetando desde países desenvolvidos, que acreditávamos apresentar infraestrutura econômica e em serviços de saúde para atender uma pandemia, até os países que se encontram em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou o surto de um novo coronavírus em Wuhan, na China, em janeiro de 2020. Esse novo vírus, que pertence à família Coronaviridae foi denominado SARS-COV-2, e é o agente etiológico da COVID-19, doença respiratória que pode levar a síndrome respiratória aguda grave (SARS) (BRASIL, 2020a; CRUZ et al., 2020). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 22 de janeiro de 2020, o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-Covid-19), para avaliar e conduzir a melhor estratégia para o país, e declarou em 3 de fevereiro tratar-se de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (BRASIL, 2020b). Em 25 de fevereiro, o primeiro caso foi registrado

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.113.431

no Brasil em um homem natural de São Paulo, de 61 anos, que retornava de viagem da Itália. Com a disseminação acelerada da doença, depois de já ter atingido mais 100 países, foi em 11 de março que a OMS declarou tratar-se de uma pandemia (BRASIL, 2020a; AQUINO et al., 2020). Essa alta velocidade de disseminação impactou a forma como a doença se desenvolveu no Brasil, onde temos um cenário de desigualdade social significativa e situações de precariedade de habitação e saneamento, principalmente nas periferias onde políticas de prevenção não tem um alcance considerável, resultando na alta propagação da doença. Além disso, a inconsistente situação socioeconômica acarretou altas taxas de desemprego e empregos informais, tornando ainda mais vulnerável essa parte da população (WERNECK; CARVALHO, 2020; CRUZ et al., 2020). No entanto, pôde-se observar mediante a necessidade de cobertura de saúde da população, o real déficit de Recursos Humanos em Saúde (RHS) que impactou todos os segmentos, desde a Atenção Primária em Saúde (APS), até as redes hospitalares, principalmente pela necessidade de leitos de terapia intensiva para os pacientes infectados pela COVID-19, que tem demonstrado na evolução da doença agravamento no estado de saúde dos infectados, por ser uma doença sistêmica, que compromete a capacidade pulmonar. A disseminação do vírus foi e tem sido avassaladora, gerando um aumento significativo de usuários em busca por assistência especializada em saúde, refletindo na demanda por atendimentos nas unidades de saúde em todos os níveis, bem como no mercado de trabalho da saúde, elevando a demanda de mão de obra qualificada. Cabe ressaltar que, antes de iniciar a pandemia, a saúde global já vivenciava uma crise relacionada aos RHS, pertinente à formação, alocação, fixação e escassez de determinadas categorias profissionais, como médicos, enfermeiras e parteiras, além da migração dos profissionais para atuação nos grandes centros urbanos, em busca de oportunidades diferenciadas, refletida ainda, pela dificuldade de manter estes profissionais atuando em regiões rurais, de difícil acesso ou de risco. No entanto, frente ao que temos vivenciado com a pandemia, entendemos que o cenário apresentou mudanças em relação à demanda, podendo ter agravado a escassez e fixação destes profissionais, principalmente dos que possuem uma especialidade. Essa modificação nos leva a questionar se desenhos baseados apenas em razão de profissionais por população, como por exemplo médico/habitante, seria uma abordagem adequada ao planejamento e gestão de recursos humanos nos serviços de saúde. Isto pode ser repensado diante do caos inesperado que estamos vivenciando, o que expôs o mercado de trabalho em saúde a verdadeira escassez na oferta de RHS para adequar as desigualdades epidemiológicas, sociais e necessidades frente ao impacto da pandemia. Sendo assim, variáveis como: estrutura da população, epidemiologia e carga de doença, capacidade tecnológica, distribuição da força de trabalho em saúde por ocupação e local de

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.113.431

trabalho, influenciam e influenciaram diretamente na determinação do impacto do desempenho da força de trabalho (OMS, 2008), definindo dessa forma a busca por padrões de RHS em meio a pandemia, com prioridade de determinadas especialidades, demonstrando a real situação do mercado, o que torna relevante discutir o cenário brasileiro frente a pandemia da COVID-19. Neste contexto, cabe ressaltar que, nosso governo vem demonstrando instabilidade desde o início da pandemia, com oscilação entre os ministérios e troca de ministros, negação da doença e desvalorização das medidas restritivas e de precaução; além de tentativas frustradas de construção de hospitais de campanha em tempo hábil para suprir a necessidade de cuidado em saúde, principalmente cuidados de terapia intensiva, gerando a necessidade de tecnologia em saúde e infraestrutura adequada, e contratações emergenciais de RHS; ao passo que o sistema de saúde busca a todo tempo estruturar estratégias de contenção de crise em todos os âmbitos de assistência. Para Nunes, et al. (2020):...a dinâmica relativa à COVID-19 no Brasil é diferente do resto do mundo: no país não ocorreram picos, mas uma convivência perene com a doença com altos patamares de transmissão e morte de forma constante durante vários meses. Esse padrão se explica, em parte, pela própria dinâmica política de enfrentamento à COVID-19: o Brasil é um país federativo, com autonomia dos entes subnacionais, mas cujo sistema de saúde é coordenado pelo Governo Federal. No entanto, devido ao negacionismo do Presidente, a ação de enfrentamento não tem sido coordenada nacionalmente e depende fortemente das respostas municipais (heterogêneas e desiguais, portanto). A mudança na rotina das unidades de saúde gerou impacto tanto nas condutas já implementadas quanto no dia a dia dos usuários, pois o sistema de saúde se voltou ao combate do novo coronavírus. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) precisaram se adequar à nova demanda, equipes precisaram ser treinadas e redimensionadas. Orientações para diminuir o contato foram massificadas entre a população nas mídias sociais, usuários foram orientados a manter o isolamento social, porém a demanda por atendimentos de saúde só aumentava. Com isso, foi necessário adotar e reforçar todas as medidas para evitar a transmissão da COVID-19 em unidades de saúde públicas ou privadas, conforme orientação do Ministério da Saúde, com redução de contato, reforço em higiene e etiqueta respiratória (BRASIL, 2021a, p. 39). Unidades hospitalares se adaptaram e criaram centros para recepção e internação de pacientes com a COVID-19, foram necessárias medidas rigorosas de precaução, bem como definição de coortes com acesso restrito tanto para pacientes, quanto para a equipe assistencial. Contratos de trabalho se apresentaram e se mantiveram instáveis durante a pandemia, o que gerou além de sobrecarga do sistema, insatisfação dos profissionais, atrasos de salários, sobrecarga e condições inadequadas de trabalho, bem como, números reduzidos da força de trabalho, rotatividade e até

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.113.431

ausência de profissionais nas unidades de saúde pública, principalmente de especialidades médicas, o que levou a contratação de profissionais pouco qualificados e supervalorização dos contratos de trabalhos realizados pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Como relata Monteiro (2020, p. 6): "Durante a epidemia de Covid-19 ficou muito claro que, mesmo em estados com ampla estrutura assistencial, a separação entre a gestão e operacionalização de serviços não apresenta bom desempenho. É ilustrativo o caso da OS criada em 2008, quando a Atenção Básica se ampliava no Rio de Janeiro - o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS). Durante a pandemia, o IABAS foi contratado para instalar sete hospitais de campanha e não entregou nenhum dentro do prazo pactuado. O único que entregou apresenta precariedades de instalação noticiadas pela imprensa. Do ponto de vista da força de trabalho, esse tipo de organização tem se especializado em contratar da forma mais precária possível, tomando por base as novas regras da Reforma Trabalhista de 2017. Os profissionais são contratados para atuar na linha de frente sem treinamento e EPI adequados, e não têm garantias em caso de infecção pelo vírus, pois são contratados como pessoas jurídicas, cooperativados ou até mesmo por meio de pagamento direto sem contrato". Em debate virtual promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), OPAS e Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS), foi ressaltado pelos debatedores que apesar das OSS serem uma ferramenta de gestão oportuna utilizada pelo governo em resposta a covid-19, o seu mal uso pode criar efeitos perversos e contrários à política e a forma de operação das OSS, que devem gerar valor público de saúde e não lucro empresarial (CONASS, 2020). Esse momento de escassez de profissionais de saúde foi uma questão impactante para o sistema de saúde, fato que demanda maior complexidade nas ações de mitigação, diferenciando-se da resolução dos déficits de insumos, pois aumentar a quantidade de médicos intensivistas e profissionais de enfermagem a curto prazo seria pouco maleável, principalmente quando nos defrontamos com a diversidade de estados e regiões do país, sendo necessário a compreensão de cada realidade no enfrentamento da pandemia (FEHN et al., 2020). Entretanto, surgiram problemas que desafiaram gestores, a necessidade de equipamentos de saúde, tecnologia e a demanda por RNS qualificados; tudo para dar conta da atual demanda e otimizar a atuação de profissionais na linha de frente, além de impor a uma remodelação das estratégias de gestão, de forma a conduzir o funcionamento dos serviços frente à crise gerada pela pandemia. Estudos demonstram que a pandemia da COVID-19 aumentou muito a pressão sobre os profissionais de saúde, devido à falta de pessoal, falta de equipamento de proteção e aumento da carga de trabalho, ressaltam que os profissionais se encontram assustados pelo desconhecimento da doença e pelo risco de se infectar devido a exposição ao vírus, considerando ainda o cuidado

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.113.431

prestado ineficaz (JAMEBOZORGI et al., 2021). Condições de saúde comprometidas por doenças crônicas, comorbidades e idade avançada, pessoas de 60 anos ou mais, foram definidas como fatores de risco para desenvolver a forma grave da doença na população de usuários do sistema de saúde e trabalhadores, dentre essas condições estaria o câncer (pessoas imunocomprometidas, em tratamento), além da doença cerebrovascular, doença cardiovascular, imunossupressão, diabetes mellitus, obesidade, pessoas em diálise, entre outras (OPAS, 2020; BRASIL, 2021, p. 29-32). Pacientes portadores destas doenças deveriam permanecer em isolamento social, e trabalhadores, mesmo que da área da saúde, em "home office", evitando assim a exposição ao risco de contrair COVID-19. Importante destacar que, relacionado a pessoas imunocomprometidas, estão incluídos os pacientes em tratamento contra o câncer sob as modalidades de quimioterapia, imunoterapia, radioterapia e pós-operatório imediato e mediato; pacientes em uso de corticosteroides, inibidores de TNF-alfa e outros medicamentos que causem imunossupressão, bem como, os que realizaram transplante de medula óssea (BRASIL, 2021, p. 32). Com isso, os pacientes que necessitam de tratamento para alguma doença incluída nas Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), tiveram seu segmento impactado pelo número de casos da COVID-19 e de mortes no Brasil, mais de 5,8 milhões de casos da doença e 165 mil mortes, que principalmente na oncologia, consultas de primeira vez, tratamentos programados e cirurgias oncológicas foram canceladas ou adiadas, dando prioridade para ocupação dos leitos e uso da força de trabalho com casos infectados pela COVID-19 que evoluíram para gravidade, sendo necessário a estes profissionais redesenharem os cuidados oncológicos e principalmente as estratégias de atendimento, porém adiar tratamentos oncológicos, durante a pandemia da COVID-19, aumenta o risco de morbidade e a mortalidade por câncer, talvez mais do que a própria COVID-19 (ARAÚJO et al., 2021, p. 2). Tal fato, nos impõe uma reflexão a partir dos seguintes questionamentos: como gestores de enfermagem no cenário oncológico elaboraram suas estratégias de dimensionamento de recursos humanos frente a pandemia da COVID-19? Foi necessário a adoção de novas estratégias de dimensionamento para gestão de crise, por que? Entendemos que a demanda por RSH pode ter se agravado nas unidades especializadas em câncer, com aumento dos índices de absenteísmo, impondo aos gestores administrar os afastamentos dos trabalhadores por doenças crônicas, comorbidades, idade avançada (afastamento administrativo) e por infecção pela COVID-19, devido à exposição pelo deslocamento, pela necessidade de estar na linha de frente e não poder cumprir o isolamento social, além do risco de contaminação em seus ambientes de trabalho. De acordo com pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sobre condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 no Brasil, foram destacados pontos

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-082  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.113.431

importantes a partir das respostas de mais de 25 mil participantes, que ressaltamos, excesso de trabalho, ambientes extenuantes gerando sobrecargas para compensar o elevado absenteísmo, risco de confisco da cidadania do trabalhador, implicando em perdas dos direitos trabalhistas, terceirização, desemprego, perda de renda, salários baixos e gastos extras com compras de EPI (MACHADO, 2021). Com isso, os governos devem desenvolver políticas de saúde adequadas para subsidiar financiamento e condições favoráveis aos gestores de saúde, para que possam identificar as necessidades dos profissionais durante a pandemia, respondendo com estratégias adequadas em tempo hábil, mesmo que a gestão de RHS demonstre-se em diferentes países como um grande obstáculo, principalmente quando comparadas com outros setores de atividade (JAMEBOZORGI et al., 2021). Neste sentido, em 23 de dezembro de 2020, foi publicado em Diário Oficial da União a Portaria GM/MS nº 3.712, de 22 de dezembro de 2020, que "Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde", durante a pandemia, por meio da reorganização da rede de atenção e seus fluxos assistenciais, na Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada (BRASIL, 2021c, p. 98). Sendo assim, cogitamos a relevância de uma investigação das estratégias adotadas por gestores de unidades especializadas em controle do câncer no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem frente a pandemia da COVID-19.

#### HIPÓTESE:

1. A oferta e manutenção do tratamento e controle do câncer foi impactada pela pandemia da COVID-19 em nível nacional e internacional. 2. Hospitais de câncer redesenharam suas rotinas de atendimento para dar conta das estratégias de contenção e atendimento dos usuários e profissionais da linha de frente infectados pela COVID-19. 3. O dimensionamento de enfermagem em hospitais do câncer foi impactado pela pandemia da COVID-19. 4. Gestores de enfermagem no cenário oncológico redefiniram estratégias de dimensionamento da força de trabalho frente a pandemia da COVID-19.

#### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Gestores das Divisões de Enfermagem dos HC 1, 2 e 3; gestores das unidades, serviços ou setores de assistência especializada: urologia (próstata), abnominopélvica (cólon e reto), tórax (traqueia, brônquio e pulmão), mama feminina e colo do útero

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.113.431

#### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

##### DESFECHOS

###### Desfecho Primário:

Dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em hospitais do câncer.

###### Desfecho Secundário:

Absenteísmo da força de trabalho de enfermagem, número de trabalhadores de enfermagem infectados pela COVID-19, mapeamento das necessidades da força de trabalho de enfermagem, avaliação de carga de trabalho.

##### METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, retrospectivo transversal, a partir de um estudo de caso, com análise de uma Instituição Federal referência na prevenção, controle e tratamento do câncer, localizado no município do Rio de Janeiro, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). O estudo de caso será do tipo caso único integrado, que se justifica por ser um caso em uma circunstância extrema e peculiar, e ter sua ocorrência em um momento distinto no tempo, o que o torna um caso longitudinal, justificável pela perspectiva de ser uma investigação que retrata a ocorrência de um fenômeno em meio a uma pandemia, devendo ser comparado com as ações realizadas no período que a antecedeu, podendo contribuir para a formação de um conhecimento e de uma teoria (YIN, 2015, p.54, 56). Sendo assim, a unidade de análise – o "caso", será o "INCA", e as subunidades caso ou unidades integradas de análise, os Hospitais de Câncer 1, 2 e 3, tendo como foco serviços que atendem os três tipos de cânceres mais incidentes em adultos no Brasil, sendo em homens: próstata, cólon e reto, traqueia, brônquio e pulmão; e em mulheres: mama feminina, cólon e reto e colo do útero (INCA, 2019). Uma avaliação de estudo de caso deve contar com múltiplas fontes de evidência, para dar conta da complexidade do caso, podendo incluir: entrevistas, documentos, observações de campo, registros de arquivos, artefatos físicos e observação participante, devendo triangular a evidencia dessa diversidade de dados para assegurar as descobertas, não se limitando a um só método, sendo capaz de incluir dados quantitativos e qualitativos, conseguindo assumir uma orientação realista e interpretativista (YIN, 2015, p. 226). A pesquisa será direcionada com emprego de métodos mistos, que associa as abordagens quantitativa e qualitativa, atribuindo maior força ao estudo pela sua associação, devendo o pesquisador em seu planejamento, refletir as concepções filosóficas que suscitarão o estudo, as estratégias de investigação e os procedimentos de pesquisa que

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



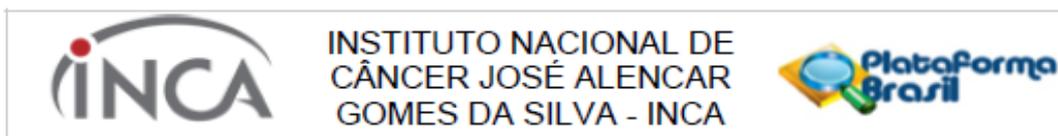
Continuação do Parecer: 5.113.431

transformarão a abordagem em prática (CRESWELL, 2010, p.27). Como forma de atribuir qualidade ao estudo de caso, optamos por realizar dois casos-piloto que serão conduzidos no Hospital de Câncer 1, com os gestores da Área de Pediatria e do Centro de Terapia Intensiva Adulto. O Cenário de pesquisa/unidade de análise, será o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão do Ministério da Saúde, que assume um papel importante nas ações de prevenção e combate ao câncer, baseado na Portaria do Ministério da Saúde nº 874, de 16 de maio de 2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo terá como participantes, gestores dos casos-piloto e das unidades integradas de análise, são eles: Área de Oncologia Pediatria e Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Unidade Pós-operatório do HC 1; Divisões de Enfermagem dos HC 1, 2 e 3; gestores das unidades, serviços ou setores de assistência especializada: urologia (próstata), abnominopélvica (cólon e reto), tórax (traqueia, brônquio e pulmão), mama feminina e colo do útero; compondo uma amostragem não probabilística intencional. A coleta de dados será realizada por meio pesquisa documental, dados secundários e entrevista semiestruturada, com gravação das respostas para as perguntas abertas e preenchimento do questionário pelo entrevistador. As entrevistas poderão ser realizadas pessoalmente, respeitando as medidas de segurança para prevenção da COVID-19, ou através de videoconferência.

#### Metodologia de análise de dados:

A análise de dados será realizada através de análise estatística descritiva, com frequência simples e relativa, para os dados quantitativos, a partir das variáveis: gênero, idade, tempo de formação, qualificação, vínculo empregatício, tempo de atuação na instituição, tempo de atuação no cargo de gestão, mapeamento das necessidades da força de trabalho de enfermagem, método de avaliação de carga de trabalho, treinamento da força de trabalho de enfermagem, número de trabalhadores de enfermagem, número de trabalhadores de enfermagem infectados pela COVID-19, absenteísmo da força de trabalho de enfermagem, dimensionamento da força de trabalho de enfermagem; e para os dados qualitativos, análise de conteúdo. Serão elaborados tabelas e gráficos que possam demonstrar os resultados de forma clara e concisa, permitindo realizar a análise amparado por dados primários e secundários, arquivos públicos, fontes estatísticas, literatura cinzenta e publicações científicas, respondendo aos objetivos propostos e compreendendo o resultado da pesquisa. Serão utilizados, documentos públicos, informações de órgãos públicos reguladores de políticas de recursos humanos e órgãos de classe trabalhista, registros de informações elaborados

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-082  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 5.113.431

pelas Divisões de Enfermagem dos Hospitais de Câncer, Chefias dos Serviços e Divisão de Saúde do trabalhador, todas solicitadas previamente e mediante autorização dos gestores.

**Detalhamento:**

Serão utilizados, documentos públicos, informações de órgãos públicos reguladores de políticas de recursos humanos e órgãos de classe trabalhista, registros de informações elaborados pelas Divisões de Enfermagem dos Hospitais de Câncer, Chefias dos Serviços e Divisão de Saúde do trabalhador, todas solicitadas previamente e mediante autorização dos gestores.

TAMANHO DA AMOSTRA NO BRASIL: 20

TAMANHO DE AMOSTRA NO CENTRO: 20

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

. Avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem na visão dos gestores de uma unidade federal de referência para tratamento e controle do câncer.

**Objetivos Secundários:**

1. Compreender o impacto da pandemia da COVID-19 no controle do câncer em nível internacional, nacional e em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer.
2. Analisar políticas de recursos humanos e dimensionamento da força de trabalho em oncologia e enfermagem.
3. Descrever estratégias de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem adotadas por gestores durante a pandemia da COVID-19.
4. Discutir estratégias adotadas por gestores em uma instituição federal de referência para tratamento e controle do câncer no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem para enfrentamento da COVID-19.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme informados pelo pesquisador:

Endereço:	RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204		
Bairro:	CENTRO	CEP:	20.231-082
UF:	RJ	Município:	RIO DE JANEIRO
Telefone:	(21)3207-4550	Fax:	(21)3207-4556
		E-mail:	cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.113.431

**RISCOS:**

Invasão de privacidade; Discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; Divulgação de dados confidenciais; Tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista.

**BENEFÍCIOS:**

Proporcionar aos gestores de enfermagem uma análise crítica e reflexiva das estratégias de dimensionamento da força de trabalho de hospitais de câncer em resposta as situações de crise como o da pandemia da COVID-19.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

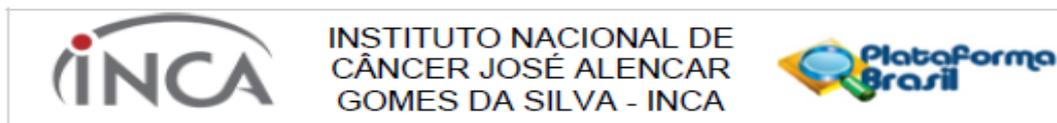
Trata-se de Projeto de doutorado do enfermeiro Jorge Leandro do souto Monteiro Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo o orientador o Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz. Pesquisa exploratória, descritiva, retrospectiva transversal que tem como objetivo avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem na visão dos gestores de uma unidade federal de referência para tratamento e controle do câncer. Projeto exequível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, datado e assinado.
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado.
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado/apresentado.
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado.
- 5) Cronograma: Adequado.
- 6) Formulário para Submissão de Estudos no INCA: Adequado.
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: Contemplados no documento

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 5.113.431

"PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1800432.pdf".

8) Documentos necessários para armazenamento de material biológico humano em biorrepositório/biobanco: não se aplica.

**Recomendações:**

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A CONDUÇÃO DE PROTOCOLOS DE PESQUISA NO CENÁRIO DA COVID-19 (Comunicado Conep - SEI/MS – 0014765796):

- a. Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.
- b. Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (Covid-19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos na documentação do protocolo de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	carta_resposta_parecer.pdf	06/09/2021 12:14:49	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_gestor_unidade.pdf	06/09/2021 12:12:10	JORGE LEANDRO DO SOUTO	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4558 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 5.113.431

Outros	roteiro_entrevista_gestor_unidade.pdf	06/09/2021 12:12:10	MONTEIRO	Aceito
Outros	roteiro_entevista_gestor_divisao.pdf	06/09/2021 12:09:42	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese.pdf	06/09/2021 11:57:20	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/09/2021 11:54:02	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito
Outros	Declaracao_uso_dados.pdf	13/08/2021 16:55:28	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito
Outros	Termo_compromisso.pdf	13/08/2021 16:39:01	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito
Outros	Declaracao_confidencialidade.pdf	13/08/2021 16:36:53	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito
Outros	declaracao_resultados.pdf	13/08/2021 16:30:42	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito
Outros	declaracao_recrutamnto.pdf	13/08/2021 16:20:55	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito
Outros	declaracao_despesas.pdf	13/08/2021 16:18:40	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito
Outros	declaracao_encerramento.pdf	13/08/2021 16:08:55	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito
Outros	formulario_inca.pdf	13/08/2021 15:47:27	JORGE LEANDRO DO SOUTO MONTEIRO	Aceito

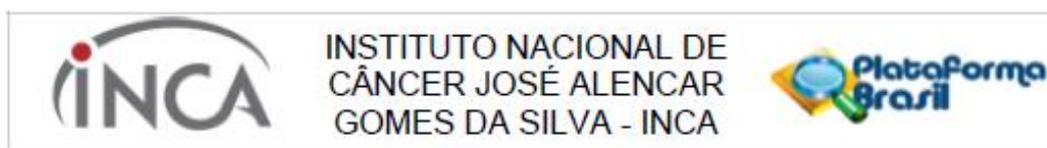
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: S.113.431

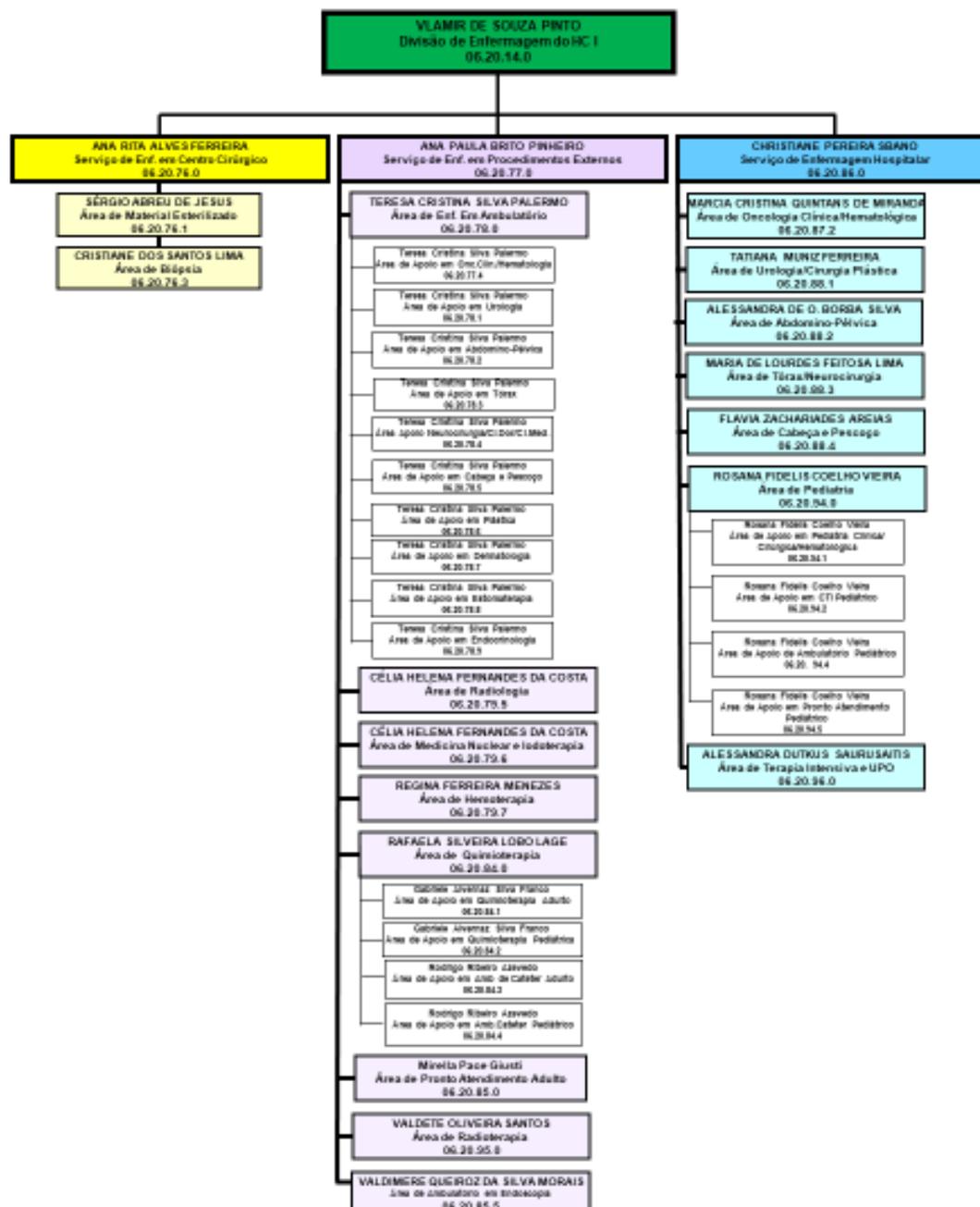
RIO DE JANEIRO, 18 de Novembro de 2021

---

Assinado por:  
Antonio Abílio Pereira de Santa Rosa  
(Coordenador(a))

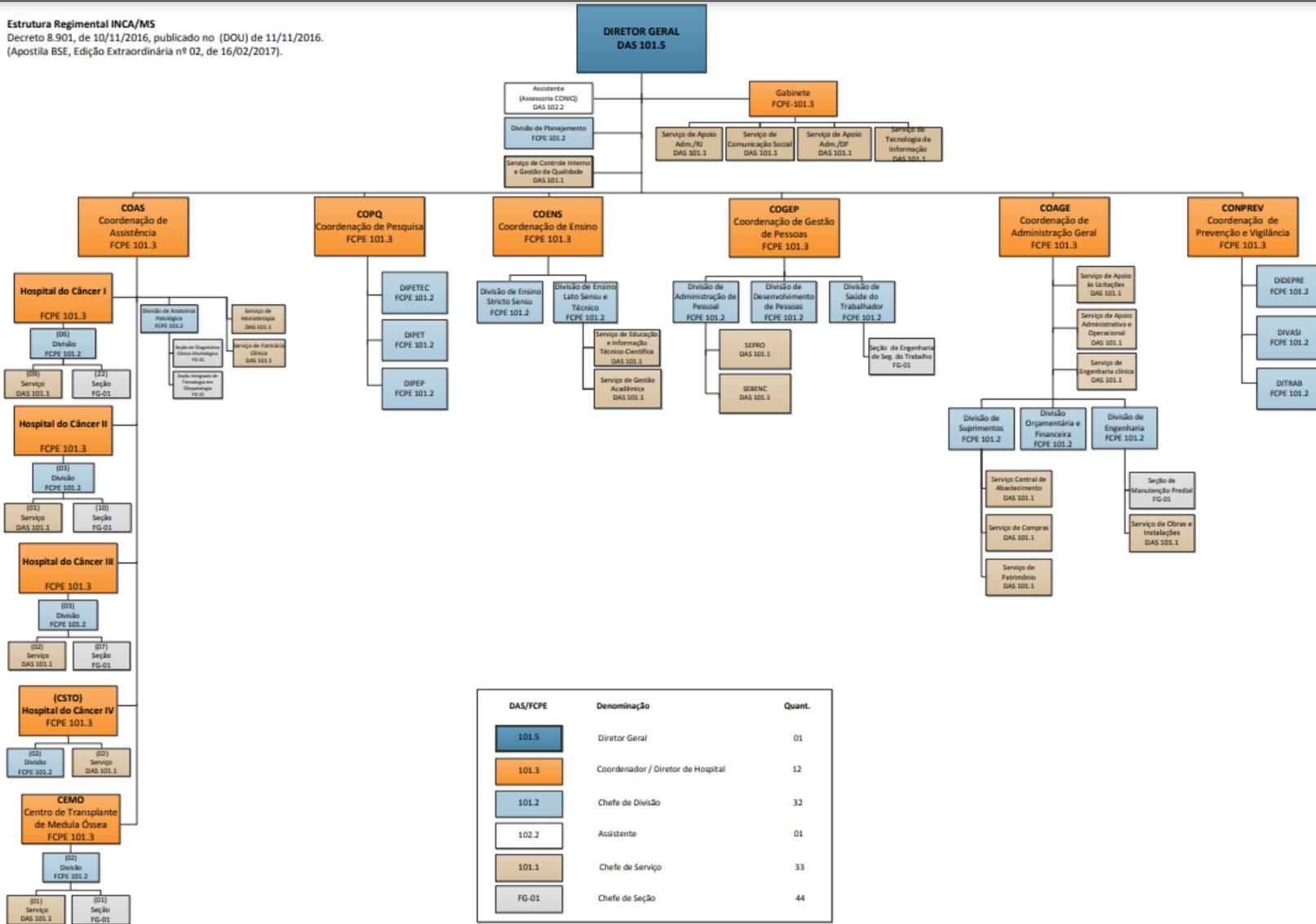
Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

## ANEXO B – ORGANOGRAMA DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM



# ANEXO C – ESTRUTURA REGIMENTAL INCA/MS

**Estrutura Regimental INCA/MS**  
 Decreto 8.901, de 10/11/2016, publicado no (DOU) de 11/11/2016.  
 (Apostila BSE, Edição Extraordinária nº 02, de 16/02/2017).



DAS/FCPE	Denominação	Quant.
101.5	Diretor Geral	01
101.3	Coordenador / Diretor de Hospital	12
101.2	Chefe de Divisão	32
102.2	Assistente	01
101.1	Chefe de Serviço	33
FG-01	Chefe de Seção	44

## ANEXO D – DAS NORMAS E CRITÉRIOS PARA O TRABALHO REMOTO



### DAS NORMAS E CRITÉRIOS PARA O TRABALHO REMOTO

1. O trabalho remoto ensejará um plano de tarefas a ser definido pela chefia imediata em conjunto com o funcionário a fim de assegurar a continuidade dos serviços da unidade e garantir a manutenção e a qualidade das atividades no INCA;
2. Fica a critério da chefia imediata definir com o servidor as atividades a serem executadas na modalidade trabalho remoto, estipular metas de produtividade observando a complexidade e urgência de sua execução, bem como a periodicidade da entrega dos produtos pactuados no plano de trabalho;
3. É condição essencial para a concessão de trabalho remoto a existência e acesso às plataformas e aos programas que permitam a execução da atividade, garantindo-se que não haja prejuízos às demandas do setor, visando à manutenção e à preservação do funcionamento de todos os serviços e atividades institucionais;
4. Caso seja autorizada a modalidade de jornada integral ou parcialmente remota, os servidores e colaboradores deverão providenciar toda estrutura tecnológica, assumindo os custos de internet, energia elétrica e telefone, assim como outras despesas decorrentes;
5. Será de responsabilidade da chefia imediata determinar em seu setor o quantitativo mínimo de funcionários em trabalho presencial de forma a garantir o atendimento presencial. Vale destacar que bolsistas não se enquadram neste contexto;
6. Em caso de chefias, gestores e fiscais de contratos, estes estão obrigados a cumprir escala de revezamento, garantindo-se a presença de titular ou substituto no setor;
7. Deverá ser mantido o horário de expediente já definido para o trabalho presencial, no qual o servidor deverá estar à disposição para contatos por e-mail, telefone ou outras formas estabelecidas;
8. A lista de contatos telefônicos e e-mails dos profissionais em trabalho remoto deverá estar disponibilizada para as chefias, coordenações e direções. Ressaltamos a obrigatoriedade da ativação do SIGA-ME (desvios dos respectivos ramais para seus celulares);
9. O trabalho remoto não gera horas extras para fins de pagamento nem de banco de horas;
10. Fica vedado o pagamento do auxílio-transporte aos servidores e colaboradores que executam suas atividades remotamente ou que estejam afastados de suas atividades presenciais;



11. Fica vedado o pagamento de adicional noturno de que trata o art. 75 da Lei nº 8.112, de 1990, aos servidores que executam suas atividades remotamente ou que estejam afastados administrativamente de suas atividades presenciais;

12. Fica vedado o pagamento de adicionais ocupacionais de insalubridade, periculosidade, irradiação ionizante e gratificação por atividades com Raios X ou substâncias radioativas para os servidores que executam suas atividades remotamente ou que estejam afastados administrativamente de suas atividades presenciais;

13. A chefia imediata deverá informar à Coordenação ou Direção a qual está subordinada, a relação dos servidores que estão executando o trabalho remoto, com ou sem revezamento. As chefias preencherão as planilhas específicas com as informações relativas aos servidores sob sua gerência recebidas em processos específicos no SEI e que deverão ser encaminhados ao SEBENC até o 5º dia do mês subsequente, informando os servidores em trabalho remoto parcial ou integral e aqueles que estão em afastamento administrativo, conforme comunicação com os líderes em 5/3/2021;

14. A modalidade de trabalho remoto exige cuidados e zelo para evitar acidentes e doenças do trabalho, devendo o servidor ou colaborador providenciar um ambiente confortável e ergonômico;

15. Durante esta modalidade de trabalho o servidor e demais colaboradores estarão sujeitos aos deveres definidos, já instituídos pela legislação vigente;

16. O disposto neste documento aplica-se, no que couber, aos colaboradores (terceirizados, estagiários, residentes, bolsistas, consultores e demais vínculos) do Instituto Nacional de Câncer;

17. O período de **27 de abril a 03 de maio de 2021** poderá sofrer alterações e atualizações a qualquer momento.

**Coordenação de Gestão de Pessoas**