

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**

Rosa Ladi Lisbôa

**CURSO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GERENCIAMENTO DE
LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CIRÚRGICOS E CLÍNICOS ELETIVOS**

**Porto Alegre
2022**

Rosa Ladi Lisbôa

**CURSO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GERENCIAMENTO DE
LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CIRÚRGICOS E CLÍNICOS ELETIVOS**

Relatório Final de Curso submetido ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Redes de atenção à saúde e gestão do cuidado de enfermagem.

Orientadora: Dra. Adriana Aparecida Paz

Porto Alegre

2022

Catálogo na Publicação

Lisbôa, Rosa Ladi
CURSO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GERENCIAMENTO
DE LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CIRÚRGICOS E CLÍNICOS
ELETIVOS / Rosa Ladi Lisbôa. -- 2022.
290 f. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

Orientador(a): Adriana Aparecida Paz.

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Listas de
Espera. 3. Pessoal da Saúde. 4. Educação Continuada. 5.
Enfermagem. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Rosa Ladi Lisbôa

**CURSO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GERENCIAMENTO DE
LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CIRÚRGICOS E CLÍNICOS ELETIVOS**

Relatório Final de Curso apresentado para obtenção do título de Mestre no
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre.
Área de concentração: Enfermagem.

Porto Alegre, 21 de dezembro de 2022.

Documento assinado digitalmente
gov.br ADRIANA APARECIDA PAZ
Data: 03/01/2023 06:33:05-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Dra. Adriana Aparecida Paz - Presidente
Universidade Federal de Ciências Saúde de Porto Alegre

Assinado por: **Maria Manuela Frederico Ferreira**
Data: 2023.01.04 19:56:34+00'00'

gov.br CHAVE MÓVEL

Documento assinado digitalmente
gov.br LUCIMEIRE FERMINO LEMOS
Data: 04/01/2023 18:33:02-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Dra. Lucimeire Fermio Lemos
Universidade Federal de Goiás

Documento assinado digitalmente
gov.br ALÍCIA HELENA WEIS
Data: 06/01/2023 09:49:29-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Dra. Alísia Helena Weis
Universidade Federal de Ciências Saúde de Porto Alegre

*“Recomece, se refaça,
relembre o que foi bom,
reconstrua cada sonho,
redescubra algum dom [...] e recomece novamente”*

Bráulio Bessa

*Dedico este trabalho aos meus filhos Caio e
Helena, inspirações da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai de infinito amor, pela vida e por todas as oportunidades de aprendizado que generosamente me concede.

Aos meus filhos, Caio e Helena, por inspirarem os meus dias, despertando meus melhores sentimentos e uma vontade férrea de superar meus desafios. Além disso, por demonstrarem, apesar de pequeninos, compreensão pelas vezes que eu não pude estar presente.

Ao meu esposo Hermano pela parceria de sonhar os meus sonhos e mostrar-se sempre disposto a ajudar na realização deles.

Aos meus pais, Flavi e Maria da Graça, por serem a minha base e fontes inesgotáveis de afeto e apoio.

Ao meu irmão Flavi Filho pelo carinho paternal que sempre me dedicou e, sobretudo, por acreditar em mim e ser um incentivador dos meus sonhos.

À minha orientadora Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz por ter permitido nosso “encontro” na vida. Minha gratidão a essa mestra querida que soube ensinar, trocar, compartilhar com tanta generosidade e sapiência, e que certamente deixa em mim sua presença indelével.

À bolsista de Iniciação à Docência Kaihara Freitas Furtado, à bolsista de Iniciação Científica PIBIC-CNPq Vitória Silva da Rosa e à colega Enfermeira Mestranda Caroline Schacker Evangelista pelo comprometimento e competência demonstrados na realização deste projeto. Obrigada por comporem nosso time e ajudarem a tornar esse sonho possível!

À professora Melissa Moura Mello por ter realizado a revisão linguística-textual, gramatical e ortográfica de português deste trabalho e, sobretudo, pela sua parceria nesta trajetória. Gratidão pela competência, disponibilidade e empatia!

A cada professor e colega do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) pela participação no meu processo de aprendizagem durante esta trajetória.

Aos colegas do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC) pela troca de conhecimento e vivências no decorrer desses anos de atuação profissional.

Aos pacientes, em especial os cirúrgicos e clínicos eletivos que, não raras vezes, vivem uma espera longa e dolorosa para darem continuidade ao seu tratamento de saúde. Minha vontade de amenizar e contribuir na resolução deste problema de saúde pública é o principal motivador para a realização deste trabalho.

NOTA DE APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (2010). Especialista em “Enfermagem em Terapia Intensiva, Emergência e Trauma” pelo Hospital Moinhos de Vento (2014) e em “Enfermagem do Trabalho” pelo Centro Universitário Internacional (2019). Minha carreira profissional é marcada por aprovação em concursos públicos de prefeituras e Fundação. Destaca-se minha atuação como Enfermeira no município de Nova Santa Rita em Unidades Básicas de Saúde e no Atendimento de Emergência, bem como Enfermeira do Estratégia de Saúde da Família no município de Nova Petrópolis.

Atualmente, sou Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC) que pertence ao Grupo Hospitalar Conceição. Neste mesmo hospital também fui Enfermeira no setor da Emergência e da Unidade Clínica de Internação. O NIR é um setor novo de atuação do enfermeiro, que ao assumir função na gestão do serviço de saúde, contribui para a qualidade da assistência prestada ao usuário.

Ingressei como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), em 2020, na área “Redes de atenção à saúde e gestão do cuidado de enfermagem”. Assim como, sou membro ativa do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST) da mesma instituição na linha “Educação de profissionais, estudantes e usuários na saúde e enfermagem”.

O Mestrado Profissional em Enfermagem foi uma oportunidade de qualificação profissional, que permitiu importantes reflexões e a construção de novos conhecimentos. Este trabalho buscou atender às necessidades e problemas da prática profissional em gerenciamento de listas de espera. Por isto, realizou-se este estudo no sentido de otimizar e melhorar a assistência prestada ao paciente que depende do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como espera-se transformar o local de trabalho e contribuir para a qualificação de diferentes áreas profissionais para atuar em listas de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos.

APRESENTAÇÃO DOS PRODUTOS PARA A COMUNIDADE

Os produtos resultantes deste estudo são oriundos da vivência profissional como Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação e responsável pelo gerenciamento das listas de espera neste setor, do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC) pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Destaca-se como principal produto desenvolvido o curso de formação multiprofissional com vistas à educação de diferentes categorias profissionais que atuam na gestão das listas de espera de pacientes eletivos cirúrgicos e clínicos eletivos. O curso possui carga horária de 20 horas, distribuídos em quatro módulos que se sustentam pelo uso de diversos recursos educativos digitais e conduzido por personagens para criar um espaço de aprendizagem dialogado com o participante do curso. Os benefícios gerados para a formação do participante do curso consistem na melhoria de sua práxis na gestão das listas de espera, de modo que as suas ações possam ser otimizadas e permeadas pela equidade no atendimento ao paciente.

RESUMO

Introdução: O longo tempo de espera para a realização de cirurgias eletivas (programadas) é alvo de críticas por parte da população, sendo este um dos problemas mais perceptíveis à sociedade e ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo: Desenvolver um curso de formação profissional sobre o gerenciamento da lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. **Materiais e Métodos:**

Estudo metodológico sustentado pelas fases do modelo ADDIE. Na fase 1, realizaram-se uma revisão integrativa, relatos de experiência e estudo transversal para análise da necessidade e demanda do curso junto a profissionais que atuam em listas de espera. A fase 2 consistiu na elaboração do desenho pedagógico do curso; e na fase 3, ocorreu o desenvolvimento do curso com a construção de *storyboards* submetidos à avaliação de um Comitê de Especialistas. Este estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (nº 5.103.774/2021).

Produção intelectual e técnica: A produção intelectual resultou em cinco artigos científicos, sendo três publicados e dois em apreciação nas revistas. A produção técnica configurou-se em 17 produtos técnicos, sendo o principal produto o curso de formação profissional sustentado por 15 subprodutos na modalidade de materiais pedagógicos e didáticos: cinco *storyboards*, quatro vídeos, três histórias em quadrinhos, dois planos de ação pedagógica e um mapa mental. Adicionalmente, criou-se uma *playlist YouTube®* dos seis subprodutos em formato MP4. Estes subprodutos podem ser reutilizados independentemente do curso, desde que atendam à *Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional*. Nove especialistas participaram do processo de avaliação do conteúdo do curso, sendo obtido o índice de validade de conteúdo de 0,89.

Aplicabilidade: A oferta do curso favorecerá a ampliação de saberes que contribuirão para a atuação dos profissionais na gestão da lista de espera. Os produtos podem ser utilizados como materiais didáticos em diferentes ações educativas na formação acadêmica e no serviço, vista a disparidade da gestão e de condições entre as regiões do Brasil. Ademais, pode amenizar as diferenças e promover a equidade no atendimento ao paciente. **Produto técnico:** 10 - Curso de formação profissional.

Descritores: Administração de Serviços de Saúde; Listas de Espera; Pessoal da Saúde; Educação Continuada; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The long waiting time for elective (scheduled) surgeries is the target of criticism by the population, which is one of the most noticeable problems for society and the Unified Health System (SUS). **Objective:** To develop a professional training course on waiting list management for surgical and elective clinical patients. **Materials and Methods:** Methodological study supported by the phases of the ADDIE model. In phase 1, an integrative review, experience reports and a cross-sectional study were carried out to analyze the need and demand for the course with professionals who work on waiting lists. Phase 2 consisted of preparing the pedagogical design of the course; and in phase 3, the development of the course took place with the construction of storyboards submitted to the evaluation of a Committee of Experts. This study was approved by the Research Ethics Committee (nº 5.103.774/2021). **Intellectual and technical production:** The results of the intellectual production were five scientific articles, three of which were published and two are under review in journals. Technical production consisted of 16 technical products, the main product being the professional training course supported by 15 by-products in the form of pedagogical and didactic materials: five storyboards, four videos, three comics, two pedagogical action plans and a mental map. Besides, a YouTube® playlist of the six by-products was created in MP4 format. These by-products can be reused independently of the course as long as they comply with the Creative Commons Attribution 4.0 International License. Nine specialists participated in the course content evaluation process, obtaining a content validity index of 0.89. **Applicability:** The offer of the course will favor the expansion of knowledge that will contribute to the performance of professionals in the management of the waiting list. The products can be used as didactic materials in different educational activities in academic training and in the service, given the disparity in management and conditions between the regions of Brazil. In addition, it can smooth out differences and promote equity in patient care. **Technical product:** 10 - Professional training course.

Descriptors: Health Services Administration; Waiting Lists; Health Personnel; Continuing Education; Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADDIE	–	Análise, Desenho, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação
AVA	–	Ambiente Virtual de Aprendizagem
BVS	–	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CIELAB	–	Acrônimo de luminosidade, coordenada vermelho/verde e coordenada amarelo/azul
CMYK	–	Acrônimo das cores <i>Ciano, Magenta, Yellow e Black</i>
CNPq	–	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	–	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	–	<i>Coronavirus Disease - 2019</i>
DEGES	–	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DGP	–	Diretório de Grupos de Pesquisa
EaD	–	Educação à Distância
EPS	–	Educação Permanente em Saúde
FOFA	–	Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças
GERINT	–	Sistema de Gerenciamento de Internações
GHC	–	Grupo Hospitalar Conceição
GO	–	Goiás
HNSC	–	Hospital Nossa Senhora da Conceição
HQ	–	História em Quadrinhos
HSB	–	Acrônimo de matiz, saturação e brilho
HSV	–	Acrônimo de matiz, saturação e brilho
ISD	–	<i>Instructional System Design</i>
IVC	–	Índice de Validade de Conteúdo
IVCES	–	Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde
JBI	–	<i>Joanna Briggs Institute</i>
L*a*b	–	Acrônimo de luminosidade, coordenada vermelho/verde e coordenada amarelo/azul
LDB	–	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LGPD	–	Lei Geral de Proteção de Dados
Moodle	–	<i>Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment</i>

MP3	–	<i>Moving Picture Experts Group (MPEG) 1/2 Audio Layer 3</i>
MP4	–	<i>Moving Picture Experts Group (MPEG) 4 Part 14</i>
MS	–	Ministério da Saúde
nº	–	Número
NIR	–	Núcleo Interno de Regulação
OCDE	–	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
PAP	–	Plano de Ação Pedagógico
PDF	–	<i>Portable Document Format</i>
PE	–	Pernambuco
PICo	–	População Interesse Contexto
PNEPS	–	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPG-Enf	–	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPSX	–	Apresentação visual do <i>Power Point®</i> da <i>Microsoft®</i>
PRISMA	–	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PubMed	–	Repositório da <i>National Library of Medicine</i>
®	–	Marca registrada
RAS	–	Redes de Atenção à Saúde
RCLE	–	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
RGB	–	Acrônimo das cores <i>Red, Green e Blue</i>
RIL	–	Revisão Integrativa de Literatura
RS	–	Rio Grande do Sul
SC	–	Santa Catarina
SGTES	–	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	–	Secretaria Municipal da Saúde
SPSS	–	<i>Statistical Software for Social Sciences</i>
SR	–	Sala de Recuperação
SUS	–	Sistema Único de Saúde
SWOT	–	<i>Strenghts, Weaknesses, Opportunities e Threats</i>
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TeGEST	–	Grupo de Pesquisa de Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho
TIC	–	Tecnologias de Informação e Comunicação
UF	–	Unidade Federativa

- UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva
- WoS – *Web of Science*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma das etapas de seleção das produções para compor o corpus final (n=9). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	28
Figura 2: <i>Design instrucional</i> – modelo ADDIE. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	42
Figura 3: FanPage e Instagram do Grupo de Pesquisa de Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	44
Figura 4: Matriz SWOT/FOFA adaptada. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.	46
Figura 5: <i>Flashcard</i> para as mídias. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.	47
Figura 6: Convite para divulgação da pesquisa. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022.	48
Figura 7: Divulgação da pesquisa pelo Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, 2022.	49
Figura 8: Índice de Validade de Conteúdo. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.	57
Figura 9: Paleta de cores extraída do <i>AdobeColor</i> ®. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	72
Figura 10: Identidade visual do curso de formação multiprofissional. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	73
Figura 11: Fontes utilizadas na construção do curso. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	73
Figura 12: Fontes utilizadas na construção do curso. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	74
Figura 13: Personagens do curso. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	75
Figura 14: Desenho pedagógico do curso. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	76
Figura 15: <i>Storyboard</i> : Apresentação do curso (Módulo 0). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	78
Figura 16: Plano de ação pedagógica do módulo 2: Conhecimentos Conceituais e Legislativos da Gestão de Listas de Espera. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	89

Figura 17: <i>Storyboard 2</i> : Conhecimentos Conceituais e Legislativos da Gestão de Listas de Espera (Módulo 2). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	102
Figura 18: Vídeo do Fluxo de Acesso do Paciente Eletivo. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	103
Figura 19: Vídeo do Fluxo de Acesso do Paciente Eletivo a Lista de Espera Cirúrgica & Clínica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	103
Figura 20: Fluxo de Acesso do Paciente via Emergência. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	104
Figura 21: Impactos da lista de espera de pacientes eletivos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	105
Figura 22: História em Quadrinhos: Legislação e a Lista de Espera de Pacientes Eletivos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	109
Figura 23: Plano de Ação Pedagógica “Conhecimento Operacional sobre Gestão de Listas” (Módulo 3). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	117
Figura 24: <i>Storyboard 3</i> : Conhecimento Operacional sobre Gestão de Listas (Módulo 3). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	128
Figura 25: História em Quadrinhos animada: Organização da Lista de Espera. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	129
Figura 26: História em Quadrinhos animada: Organização da Lista de Espera pelo Núcleo Interno de Regulação. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	129
Figura 27: Mapa mental do Conhecimento Operacional em Gestão de Lista de Espera. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	130
Figura 28: <i>Storyboard 1</i> : Conhecimentos Prévios sobre Gerenciamento de Listas de Espera de Pacientes Eletivos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022. ...	134
Figura 29: <i>Storyboard 4</i> : Avaliação de Aprendizagem sobre Gerenciamento das Listas de Espera de Pacientes Eletivos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	137
Figura 30: <i>PlayList</i> da Plataforma YouTube® Complexo Regulador de Saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Título, autor, ano, objeto de estudo, nível de evidência (NE) dos artigos selecionados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.	31
Quadro 2: Resultados, conclusão, estratégia de gerenciamento da lista de espera dos estudos selecionados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.....	35
Quadro 3: Variáveis do estudo da primeira fase de análise de demanda do curso. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.	45
Quadro 4: Variáveis do estudo da terceira fase de desenvolvimento do modelo ADDIE. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.	55
Quadro 5: Critérios de Fehring adaptados para o recrutamento de especialistas. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.....	56
Quadro 6: Produção intelectual e técnica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de profissionais que realizam o gerenciamento de listas de espera de pacientes eletivos (n=17). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022.	65
Tabela 2: Conhecimentos prévios autorrelatados pelos de profissionais que realizam o gerenciamento de listas de espera de pacientes eletivos (n=17). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022.	67
Tabela 3: Potencialidades e fragilidades da prática profissional e do serviço descrita pelos profissionais que realizam o gerenciamento de listas de espera de pacientes eletivos (n=17). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022.	69
Tabela 4: Avaliação de conteúdo dos módulos do curso (n=9). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022.	140

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 REVISÃO DA LITERATURA	26
3.1 ESTRATÉGIAS DE GERENCIAMENTO DE LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	26
3.2 A EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA COMO INSTRUMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	38
4 METODOLOGIA	41
4.1 FASE 1 – ANÁLISE DA DEMANDA DO CURSO	43
4.2 FASE 2 – DESENHO PEDAGÓGICO DO CURSO	51
4.3 FASE 3 – DESENVOLVIMENTO DO CURSO	53
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	58
5 RESULTADOS DA PRODUÇÃO INTELLECTUAL E TÉCNICA	60
6 DISCUSSÃO	144
7 CONCLUSÃO	157
REFERÊNCIAS	159
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	169
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA PARA USO DO NOME INSTITUCIONAL	170
ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA DO GRUPO DE PESQUISA	172
ANEXO D – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	173
ANEXO E – ARTIGO PUBLICADO PELA REVISTA DE SAÚDE COLETIVA	179
ANEXO F – ARTIGO PUBLICADO PELA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM	186
ANEXO G – ARTIGO PUBLICADO PELA REVISTA ELETRÔNICA ACERVO SAÚDE	192
ANEXO H – PARECER DE ARTIGO COM REVISÕES REQUERIDAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA SABERES PLURAIS	201

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PRIMEIRA FASE.....	202
APÊNDICE B – <i>FLASHCARD</i> e CONVITE PARA MÍDIAS SOCIAIS.....	213
APÊNDICE C – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PRIMEIRA FASE	214
APÊNDICE D – MANUAL DE CODIFICAÇÃO DE DADOS COLETADOS	216
APÊNDICE E – PLANO DE AÇÃO PEDAGÓGICA.....	219
APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA TERCEIRA FASE.....	220
APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE RECRUTAMENTO DE ESPECIALISTAS.....	242
APÊNDICE H - MENSAGEM DO CORREIO ELETRÔNICO PARA OS ESPECIALISTAS.....	243
APÊNDICE I – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA TERCEIRA FASE	245
APÊNDICE J – ARTIGO EM PROCESSO DE SUBMISSÃO À REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM	247
APÊNDICE K – ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA SABERES PLURAIS: EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....	276

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, vem buscando continuamente a sua consolidação, por meio de políticas, projetos e ações, de forma a qualificar-se e alcançar cada vez mais seus princípios: acessibilidade, integralidade, equidade, eficiência, dentre outros. É possível afirmar que o sistema de saúde público brasileiro vem sendo aprimorado ao longo das décadas, desde sua implantação. Contudo, há ainda muito a resolver e a qualificar.¹

Um dos problemas mais perceptíveis à sociedade, e que é alvo de críticas corretas por parte da população, é o longo tempo de espera para a realização de cirurgias eletivas (programadas). Entretanto, a questão da espera para a realização de cirurgias eletivas em sistemas de saúde com financiamento público não é uma exclusividade do Brasil, tanto que a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) a reconhece como uma das principais preocupações das políticas de saúde em grande parte de seus países.²⁻³

O tempo médio de espera em vários países é de pelo menos três meses, podendo chegar a anos, gerando não apenas insatisfação aos pacientes e entre a população em geral, mas piora/deterioração nas condições de saúde, prolongamento do sofrimento, perda de utilidade/função e, inclusive, podendo evoluir para o óbito do paciente.²⁻³

Há também os riscos econômicos, visto que pacientes com quadros clínicos mais graves tendem permanecer mais tempo internados e, com isso, precisar de mais recursos, além de estarem mais expostos aos riscos de eventos adversos, como as infecções hospitalares, o que gera um ciclo vicioso de aumento de permanência e de riscos.⁴

No Brasil, em 2017, considerando dezesseis estados, havia mais de 800 mil pacientes aguardando por procedimentos eletivos pelo SUS, sendo que o paciente mais antigo estava na lista há 12 anos. No Rio Grande do Sul (RS), no mesmo período, a lista de espera era de quase quarenta mil procedimentos e em Porto Alegre, referência para 294 municípios do RS, eram cerca de 4.300 pacientes aguardando (11% do total do Estado).⁵

Em Porto Alegre, são quatro hospitais de alta complexidade que atendem pelo SUS. Em 2018, o maior Hospital do Sul do Brasil, Hospital Nossa Senhora Conceição

(HNSC), que pertence ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), cujo atendimento é exclusivamente orientado para pacientes do SUS, iniciou um processo de intervenção com vistas a organizar e a gerenciar as listas de espera para cirurgias eletivas. A intervenção baseou-se na necessidade de cumprimento de normativas legais e, principalmente, na busca pelo atendimento eficaz ao paciente eletivo.

Em termos legais, o HNSC deve cumprir o que está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde e nas políticas de saúde, principalmente: a Política Nacional de Regulação do SUS, as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS e a Política Nacional de Atenção Hospitalar.^{6,9}

Além do aspecto legal, diversas situações fundamentaram a necessidade de intervenção, tais como: 1) ouvidorias de pessoas reclamando e reivindicando a realização de suas cirurgias; 2) dificuldade para identificar as prioridades clínicas que justificassem a antecipação de cirurgias, e pacientes “furando a fila”, inclusive por meio judicial, sem justificativa clínica para tal; 3) longos tempos de espera, inclusive superiores ao preconizado para o início do tratamento oncológico.¹⁰⁻¹¹

Destaca-se que a intervenção foi promovida pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HNSC, uma unidade técnico-administrativa responsável inicialmente pela regulação de acesso a leitos de retaguarda para pacientes do serviço de Emergência do hospital. Ao longo do tempo, foram sendo agregadas atribuições novas, inclusive a de ser interface com as centrais de regulação de acesso, de qualificar fluxos de acesso aos serviços hospitalares e de estabelecer mecanismos de apoio visando reduzir o tempo de espera entre as indicações cirúrgicas e a realização dos procedimentos. A partir de 2018, um enfermeiro regulador do NIR foi destinado para atuar no gerenciamento das listas de espera do hospital deste estudo que resultou na implantação e implementação de estratégias de aprimoramento.

Em 2017, o gestor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade onde se localiza o hospital relatado neste estudo adotou medidas para promover a transparência no uso dos leitos hospitalares. Uma delas foi a implantação do software de propriedade da própria SMS, o Sistema de Gerenciamento de Internações (GERINT), cujo objetivo é realizar maior monitoramento e gestão das internações hospitalares no estado por meio de um mapa de ocupação dos leitos em tempo real.

Além disso, determinou-se que os sistemas de informações dos hospitais estabelecessem a interface com o GERINT, para que as informações fossem atualizadas em tempo real. Também foi definido que as internações eletivas apenas

poderiam ser efetivadas e remuneradas caso os pacientes estivessem regulados (ou seja, formalmente encaminhados e autorizados pela SMS).

O GHC possui sistemas de informações próprios, tanto no âmbito administrativo como no assistencial (relativo ao atendimento direto ao paciente, por parte de profissionais médicos, de enfermagem e de outras profissões da saúde). Dentre os sistemas assistenciais, existe um específico para as listas de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos, que deve ser alimentado pelos médicos assistentes, quando definem a conduta necessária para o tratamento do paciente.

No HNSC, historicamente, as equipes médicas eram detentoras de todas as informações sobre suas listas de espera, registrando-as de diferentes formas: listas em arquivos em planilhas eletrônicas, editores de texto e até mesmo em agendas físicas. Com o advento do sistema de informações específico, algumas poucas equipes passaram a utilizá-lo, de forma concomitante às listas físicas, enquanto a maioria das equipes não aderiu ao mesmo.

Não havia monitoramento sistemático da evolução das listas em nível de gestão, tampouco atuação direta com as equipes de especialidades neste sentido. Isso gerou descontrole na organização das listas, acarretando duplicidade ou incongruência de informações, pacientes em espera sem estarem formalmente reconhecidos, tempos longos de espera para determinadas especialidades e procedimentos, realização de cirurgias sem considerar a ordem de entrada do paciente e mesmo critérios clínicos para que um paciente fosse operado antes de outro com a mesma patologia. Em suma, não se tinha conhecimento sobre a realidade concreta das listas (quantidade de pessoas inscritas para cirurgia e tempos de espera) e, por consequência, não era possível geri-las de forma adequada.⁴

Identificou-se que para conseguir prestar atendimento de qualidade ao paciente, além de melhorar a organização da lista de espera, seria necessário buscar a redução do tempo de espera desses pacientes por seus procedimentos, evitando, assim, as possíveis complicações de saúde oriundas da demora do seu atendimento, tais como agravamento de condições clínicas, perda de autonomia funcional ou mesmo óbitos.⁴

A intervenção consistiu em uma série de medidas práticas para a organização das listas e, com isso, sua otimização. Foram promovidas reuniões da enfermeira reguladora e da coordenação do NIR junto das equipes e lideranças de especialidades médicas, alterações de processos e no sistema de informações, implantação de

serviços, adequação do uso da capacidade instalada, mutirões, monitoramento constante e comunicação.

Desta forma, foi possível reduzir tempos de espera, discrepâncias que promoviam inequidade de acesso (como “furar” a fila sem critérios clínicos) e promover maior segurança nos tratamentos à saúde dos pacientes. Entretanto, observa-se que a organização da lista de espera é um processo contínuo e permanente. A comunicação do NIR com as equipes médicas e outros profissionais como os técnicos administrativos que atuam junto dessas equipes, necessita continuamente de investimentos, tais como reuniões, contatos telefônicos, uso de correios eletrônicos (e-mails) ou mesmo o uso do aplicativo de mensagens instantâneas, como o *WhatsApp*®, propiciando mais agilidade nos diálogos com vistas a explicar/orientar as equipes sobre a organização das listas de espera no sistema eletrônico do hospital.

Neste sentido, busca-se sempre a educação das equipes para a organização das listas, fomenta-se a prática das equipes médicas em atualizar os códigos corretos dos procedimentos na sua lista, a necessidade das equipes médicas de emitirem consultorias ao NIR com vistas a: priorizar um paciente que esteja na lista com a devida justificativa técnica esclarecendo o motivo de não seguir a ordem cronológica da lista; retirar paciente por não ter mais indicação cirúrgica; paciente que não deseja mais fazer o procedimento; paciente que fez o procedimento em outra instituição de saúde; ou mesmo informar o óbito do paciente que aguardava em lista.

Outra dificuldade evidenciada neste processo é a mudança anual de profissionais que compõem as equipes médicas que reflete na lista de espera. O HNSC é também um hospital-escola, que possui residência em diferentes áreas, comumente no início do ano ingressam e saem residentes nas equipes. Neste período, de adaptação para os profissionais e as equipes que compõem, percebe-se elevado número de erros relativos ao processo de gerenciamento de lista de espera.

Entende-se a importância e a contribuição destes profissionais no serviço de saúde, entretanto, deve ser reforçado ações educativas a eles para que possam melhor atenderem as demandas do serviço que estão inseridos, de maneira que não prejudiquem os atendimentos e os processos em andamento. Ressalta-se a importância da formação e educação continuada dos recursos humanos em saúde, sendo inclusive constitucional à sociedade brasileira, e reafirmada como uma das finalidades da Lei número 8.080/90, que dispõe sobre organização do sistema de saúde.⁶

Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS), implantou em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e, em 2009, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou as orientações e diretrizes para assegurar Educação Permanente em Saúde (EPS) dos trabalhadores no SUS. Ratificando a necessidade do desenvolvimento educacional dos profissionais, de forma que o aprender e o ensinar possam estar em concordância de modo significativo nos cenários de saúde.¹²⁻¹³

Sendo assim, enquanto enfermeira reguladora do NIR, atuando no gerenciamento das listas de espera do HNSC, instigou-se a procura pelo Mestrado Profissional em Enfermagem. O presente estudo buscou o aprimoramento de conhecimentos atrelado a linha de pesquisa “Redes de atenção à saúde e gestão do cuidado de enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) – Mestrado Profissional e a linha de pesquisa “Educação de profissionais, estudantes e usuários na saúde e enfermagem” do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Sendo assim, fomentou-se a ideia como questão de estudo para a qualificação do gerenciamento das listas realizado pelos profissionais da saúde e técnicos administrativos que atuam na equipe, desenvolveu-se a questão de pesquisa: *Como desenvolver um curso de formação multiprofissional para a qualificação dos profissionais sobre o gerenciamento de listas de espera dos pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos?* Essa questão sustentou o processo metodológico para o alcance dos resultados obtidos.

Face a esse contexto de vivências e necessidades em aperfeiçoar o conhecimento em gerenciamento de listas de espera, esta iniciativa possibilitou contribuir com o arcabouço teórico e prático para o adequado gerenciamento das listas. Ademais, buscou-se trazer reflexões para que os pacientes possam participar de um processo de atendimento médico justo, evitando serem “esquecidos” ou não terem “sua vez” na lista respeitada no transcorrer da construção deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um curso de formação profissional sobre o gerenciamento da lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relatar a experiência na gestão de listas de espera.
- Realizar a revisão da literatura para fundamentação e abordagem do tema.
- Identificar o perfil sociodemográfico, formação acadêmica, laboral, conhecimentos prévios de profissionais que atuam em gestão de listas;
- Avaliar as potencialidades e fragilidades do gerenciamento das listas de espera pelos profissionais;
- Elaborar os planos de ação pedagógica do curso;
- Construir os *storyboards* (material didático) do curso;
- Avaliar o conteúdo dos *storyboards* para o curso.

3 REVISÃO DA LITERATURA

As seções desta revisão de literatura são compostas por dois estudos que foram realizados, servindo de base teórico para este projeto. A primeira seção apresenta uma revisão integrativa elaborada sobre as estratégias utilizadas no gerenciamento das listas de espera; e na segunda seção um estudo que aborda sobre a Educação à Distância (EaD) como instrumento na EPS para a qualificação da formação dos profissionais de saúde.

3.1 ESTRATÉGIAS DE GERENCIAMENTO DE LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

O tema das listas e dos tempos de espera para cirurgias eletivas vem sendo relatado internacionalmente como alvo de políticas de saúde desde a década de 90, no Brasil, não foi encontrado um arsenal literário consistente que contemple uma padronização de estratégias utilizadas no gerenciamento de listas de espera pelos núcleos de regulação dos serviços de saúde.¹⁴

Conforme mencionado anteriormente, este estudo é resultado da vivência laboral em um NIR do maior hospital do Sul do Brasil, cujo atendimento é feito exclusivamente pelo SUS. Neste NIR a mediação do processo de regulação das listas de espera cirúrgicas é realizada pelo enfermeiro, que fortalece a análise de indicadores e a formulação de estratégias para a tomada de decisões em nível de gestão.⁴ Entretanto, este segue sendo um trabalho desafiador, pois a gestão de listas de espera é uma recente área de atuação do enfermeiro, que não possui tantas referências para embasar a realização desta tarefa.

Dessa forma, conhecer, identificar e analisar as estratégias de gerenciamento em listas de espera é fundamental para atingir os objetivos e metas da regulação de leitos hospitalares. Estratégias adequadas garantem bons resultados, e sua análise pode servir como inspiração para a implantação em outros serviços, ou como uma experiência a não ser replicada. Com esta revisão integrativa, pretendeu-se identificar as estratégias utilizadas no gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos eletivos.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e de síntese da produção científica realizada com base no método de Revisão Integrativa de Literatura (RIL). A RIL, desenvolvida na área da medicina baseada em evidências, tem como finalidade reunir e sistematizar os resultados de pesquisas sobre determinado tema ou questão. Este método apresenta no seu percurso seis etapas distintas e complementares.¹⁵

O estudo seguiu as seis etapas, que consistem na questão de pesquisa, a amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos selecionados, interpretação dos resultados e, por fim, a apresentação da revisão.¹⁵ Utilizou-se a estratégia PICo, sendo que nossa população (P) foi composta pelos pacientes cirúrgicos em lista de espera; o fenômeno de interesse a ser considerado (I) trata das estratégias de gerenciamento de listas de espera cirúrgicas, e o contexto (Co) remetendo à diminuição do tempo de espera para a cirurgia e à otimização dos leitos hospitalares cirúrgicos.¹⁶ A questão de pesquisa definida pela PICo foi “Quais estratégias forma utilizadas no gerenciamento da lista de espera de pacientes cirúrgicos?”.

Para a busca nas bases de dados, foram utilizados os descritores combinados por intermédio dos operadores booleanos AND e OR. Sendo assim, a estratégia elaborada para a busca nas bases de dados foi (“*Elective Surgical Procedures*” OR “*Health Services Administration*”) AND (“*Waiting Lists*” OR “*Technology Applied to Waiting Lists*”).

As bases de dados pesquisadas foram National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science (WoS) e a SCOPUS. Definiu-se a pesquisa nestas bases de dados por elas atingirem maior amplitude do acervo literário científico.

Neste estudo foram incluídos artigos científicos nos idiomas português, inglês ou espanhol e disponíveis em texto completo. Considerou-se como critérios de exclusão: não responder à questão de pesquisa; textos no formato editoriais, monografias, dissertações, teses, revisão integrativa ou bibliográfica, resumos simples ou expandidos; e estudos com falhas metodológicas graves identificados na análise crítica da leitura na íntegra.

A coleta dos dados ocorreu nas bases de dados em janeiro de 2021, referente às publicações ocorridas no período de 2016 a 2020. Foram utilizados o Endnote X5, versão desktop, para a exclusão de artigos duplicados, e o Rayyan (<http://rayyan.qcri.org/>) para a avaliação cegada por pares.¹⁷⁻¹⁸ Destaca-se que o uso

desses softwares otimizou o gerenciamento das etapas de leituras textuais. As avaliadoras realizaram a análise de forma organizada, com possibilidade de registrar a justificativa de cada documento, contribuindo para a expressão dos resultados.¹⁹

A avaliação dos artigos adotada foi o de revisão por pares (*peer review*), ocorrendo a avaliação de uma terceira pessoa nos documentos que tiveram a discordância entre os pares. O corpus de análise ficou caracterizado em nove artigos científicos que discorrem sobre estratégias de gerenciamento em listas de espera cirúrgicas. A Figura 1 apresenta as etapas do processo de seleção, que seguiu os princípios do modelo/diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), e apresenta o fluxo desde a estratégia de seleção dos artigos até a obtenção da amostra final.²⁰⁻²¹ O fluxograma das etapas que compõem este estudo (Figura 1) pode ser observado a seguir.

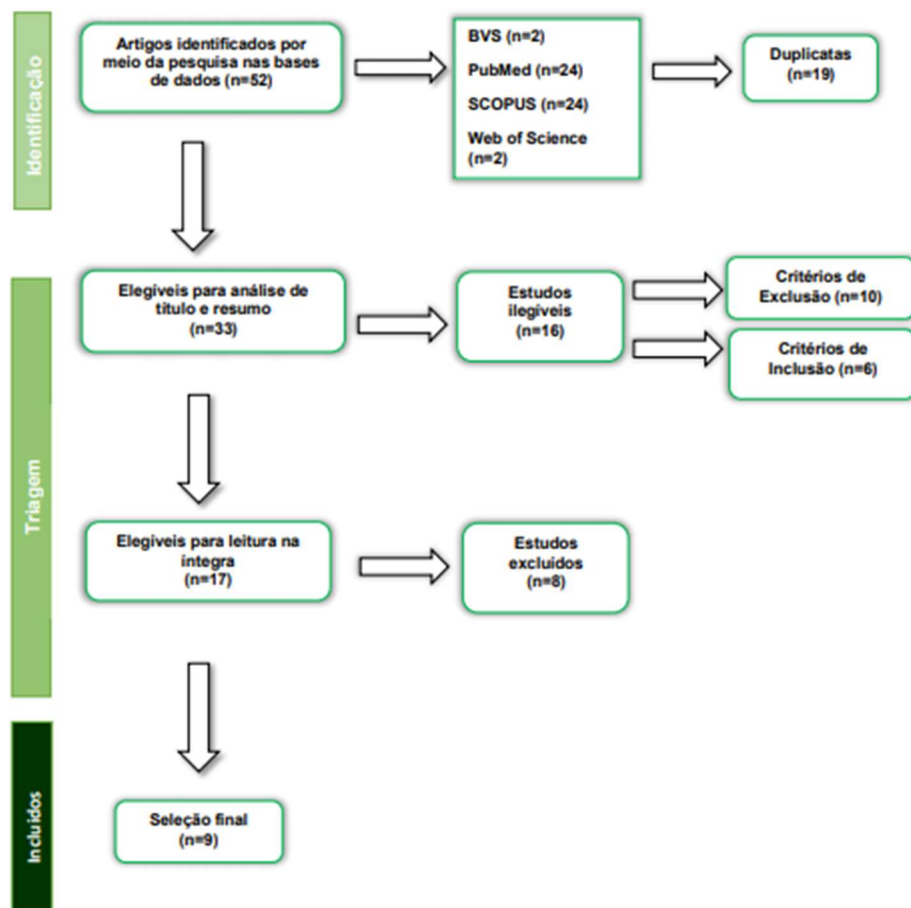


Figura 1: Fluxograma das etapas de seleção das produções para compor o corpus final (n=9). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.

O nível de evidência foi classificado conforme os instrumentos de avaliação propostos pela *Joanna Briggs Institute* (JBI). A classificação define o nível em: revisões sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos randomizados relevantes (N1); ensaios clínicos randomizados (N2); ensaios clínicos controlados sem randomização (N3); casos controle e estudo de coorte (N4); revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos (N5); evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo (N6); e parecer de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas (N7).²²⁻²³ Esta hierarquia classifica os níveis 1 a 2 como fortes, 3 a 5 como moderados e 6 a 7 como fracos.

Os resultados são apresentados por meio de análise descritiva. Destaca-se que a elaboração desta RIL respeita a expressão de ideias e fatos descritos nos textos analisados foram preservados, respeitando a Lei de Direitos Autorais.²⁴

A seleção final de nove artigos que integram esta pesquisa evidencia a lacuna de conhecimento neste temário. O período de publicação que teve a maior prevalência ocorreu em 2017, no quantitativo de 3(33,3%); seguido de 2016 e 2019 com 2(22,2%) artigos em cada ano; e, nos anos de 2018 e 2020, apenas 1(11,1%) artigo em cada ano.

Os artigos selecionados contemplam o cenário mundial, sendo quatro oriundos da América do Norte, Canadá e Estados Unidos com 2(22,2%) cada um. Os demais cinco estudos têm a procedência única dos países: Inglaterra, Noruega, Itália, Índia e Chile.

O tema caracteriza-se por ser abrangente e multidisciplinar. A maioria dos artigos 6(66,6%) foi publicada em revistas com enfoque na área de Organização e Gestão em Saúde, com caráter interdisciplinar que visam à disseminação de políticas de saúde e pesquisa gerencial. Entretanto, 3(33,3%) artigos foram divulgados em periódicos da área médica. O idioma predominante dos artigos 8(88,8%) foi o inglês, existindo apenas um em espanhol. No Quadro 1, são apresentados os estudos que buscaram relatar e avaliar sobre estratégias de gerenciamento em listas de espera cirúrgicas.

Autores (Ano)	Título	Objetivo do estudo	Delineamento	NE
Clarke et al. (2020) ²⁵	<i>New geographic model of care to manage the post-COVID-19 elective surgery aftershock in England: a retrospective observational study</i>	Aplicar a detecção de comunidade multiescala Markov (MMCD), uma estrutura de agrupamento baseada em gráficos não supervisionados para identificar novos modelos de atendimento cirúrgico.	Caso controle	N4
Gangstoe, Heggstad e Norheim (2016) ²⁶	<i>Norwegian priority setting in practice - an analysis of waiting time patterns across medical disciplines</i>	Estudar a variação no status de prioridade e no tempo de espera dos dois primeiros grupos em diferentes especialidades médicas.	Caso controle	N4
Laberge, Côté e Ruiz (2019) ²⁷	<i>Clinical pathway efficiency for elective joint replacement surgeries: a case study</i>	Definir uma via clínica para a cirurgia de substituição total da articulação (TJR), estimar o efeito dos atrasos entre as etapas do processo até a realização do procedimento cirúrgico, identificar os fatores que contribuem para operações mais eficientes e os desafios para sua implementação.	Caso controle	N4
Lungu, Grillo e Nuti (2019) ³	<i>Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery (2019)</i>	Analisar a relação entre tempos de espera e taxas de tratamento para nove procedimentos cirúrgicos eletivos de alto volume, a fim de apoiar a tomada de decisão quanto à disponibilidade desses serviços para os cidadãos.	Caso controle	N4
Pomey et al. (2017) ²⁸	<i>Wait time management strategies for total joint replacement surgery: sustainability and unintended consequences</i>	Avaliar implementação de Estratégias de gerenciamento de lista.	Caso controle	N4

Valsangkar et al. (2017) ²⁹	<i>Effect of Lean Processes on Surgical Wait Times and Efficiency in a Tertiary Care Veterans Affairs Medical Center (2017)</i>	Identificar se os processos enxutos podem ser usados para melhorar os tempos de espera para procedimentos cirúrgicos em hospitais de veteranos de guerra.	Caso controle	N4
Ray e Kirtania (2017) ³⁰	<i>Waiting time of inpatients before elective surgical procedures at a State Government Teaching Hospital in India</i>	Mensurar o tempo de espera do paciente internado, identificar os fatores que interferem no tempo de espera do paciente internado e recomendar formas de reduzir o tempo de espera do paciente internado antes de procedimentos cirúrgicos eletivos, em um hospital universitário do governo estadual na Índia.	Caso controle	N4
Julio, Wolff e Vegoña (2016) ³¹	<i>Waiting lists management model based on timeliness and justice</i>	Propor um modelo de gestão de lista de espera que avance na conciliação entre oferta e demanda no Chile, por meio de uma caracterização clínica da lista e de um processo de tomada de decisão que garanta oportunidade e justiça no atendimento.	Transversal /Descritivo	N6
Logvinov et al. (2018) ³²	<i>Patient survey of referral from one surgeon to another to reduce maximum waiting time for elective surgery and hours of overutilized operating room time</i>	Identificar a opinião do paciente sobre a troca de cirurgião, nos casos em que a troca pudesse diminuir o tempo de espera para realização do procedimento.	Transversal /Descritivo	N6

Quadro 1: Título, autor, ano, objeto de estudo, nível de evidência (NE) dos artigos selecionados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

Com relação ao tipo de pesquisa, observou-se a prevalência de pesquisas caso controle de abordagem quantitativa 7(77,7%), conforme a classificação do nível de

evidência pela JBI.²²⁻²³ Os estudos desta revisão foram predominantemente de nível moderado. No Quadro 2, observam-se a síntese dos principais resultados, conclusão e as estratégias de gerenciamento da lista de espera encontrados.

Autores (Ano)	Resultados	Conclusão	Estratégia
Clarke et al. (2020) ²⁵	Os 28 procedimentos cirúrgicos mais comuns totalizaram 3.907.474(50% do total) cirurgias. Destes, 2.412.613(61,7%) procedimentos mais comuns envolvem pacientes de “baixo risco”. O deslocamento de pacientes para realização dos procedimentos ao hospital teve a média de 11,3 quilômetros.	Listas de espera agrupadas para procedimentos eletivos de baixo risco e pacientes em redes de comunidades cirúrgicas expandidas e integradas têm o potencial de aumentar a eficiência ao flexibilizar de forma inovadora a oferta existente para melhor atender à demanda.	Centralização do gerenciamento das listas de espera cirúrgicas. Colaboração entre centros cirúrgicos de diferentes hospitais na realização de procedimentos.
Gangstoe, Heggestad e Norheim (2016) ²⁶	Encontrou-se uma variação considerável entre as especialidades médicas quanto à proporção de pacientes prioritários e seus tempos máximos de espera. O grau de diferenciação dos tempos máximos de espera também variou de acordo com a especialidade médica.	A falta de correspondência clara do tempo real de espera e do status de prioridade pode implicar que a urgência, descrita na carta de encaminhamento, e a gravidade da doença, de acordo com as diretrizes, sejam duas entidades distintas.	Gerenciamento de lista de espera baseado no status de priorização do paciente e tempo de espera.
Laberge, Côté e Ruiz (2019) ²⁷	Observou grandes variações nos atrasos entre as sete etapas identificadas. O atraso entre a Etapa 1 e a Etapa 2 foi a única variável significativa na previsão do tempo total de espera até a cirurgia.	A abordagem permitiu um melhor entendimento dos processos, da cultura organizacional e como estes podem afetar uns aos outros. Demonstrou que embora os gerentes possam definir para cumprir os processos, a cultura e as práticas organizacionais são mais difíceis de influenciar.	Método <i>lean healthcare</i> . Mapeamento e identificação de falhas no processo de cirurgia.
Lungu, Grillo e Nuti (2019) ³	A análise realizada para as nove intervenções mostra que os 34 distritos estão em posições	Revelou que essa variação se deve a diversos elementos. Os formuladores de	Participação e engajamento da equipe médica.

	<p>variáveis na matriz tempo de espera e taxa de tratamento, sugerindo que não existe uma relação direta entre taxas e tempos de espera.</p>	<p>políticas e gestores de saúde seguem uma estratégia de duas etapas; identifica-se o tipo de contexto e, em seguida, analisa o impacto na produtividade e disponibilidade dos recursos, preferências dos pacientes e adequação do cuidado.</p>	<p>Decisão dos pacientes onde realizar o procedimento.</p>
<p>Pomey et al. (2017)²⁸</p>	<p>Descobriu-se que as organizações de sucesso tinham características específicas: 1) gerenciamento total do processo de atendimento, 2) forte liderança clínica; 3) comitês dedicados para coordenar e sustentar a estratégia; 4) cultura baseada na confiança e na inovação.</p>	<p>Para serem sustentáveis, as estratégias de gerenciamento do tempo de espera precisam gerar maiores sinergias entre a estratégia de nível contextual (provincial ou regional) e os objetivos e restrições organizacionais.</p>	<p>Centralização do gerenciamento de listas de espera. Equipes engajadas, atuando com liderança. Criação de comitês para coordenar estratégias.</p>
<p>Valsangkar et al. (2017)²⁹</p>	<p>Após as implementações de projetos de <i>workshop</i> de melhoria rápida de processo, o tempo médio de espera para procedimentos cirúrgicos gerais eletivos diminuiu de 33,4(±8,3) dias no ano fiscal de 2012 para 26(±9,5) em 2013 (P=02). No ano de 2014, os tempos de espera médios foram metade do valor do ano fiscal anterior em 12(±2,1) dias (P=07). Constatou a redução três vezes em relação aos tempos de espera no ano de 2012 (P=02). O volume operatório aumentou de 931 pacientes no ano de 2012 para 1.090 no ano de 2013 e 1.072 em 2014.</p>	<p>A melhoria na experiência geral do paciente cirúrgico pode resultar da colaboração multidisciplinar entre a equipe de redesenho de sistemas, médicos e equipe cirúrgica para reduzir ineficiências sistêmicas.</p>	<p>Aplicação do método <i>lean healthcare</i> para redução do tempo de espera.</p>

<p>Ray e Kirtania (2017)³⁰</p>	<p>O tempo mediano de espera dos pacientes internados antes da cirurgia eletiva foi de 12 dias, sendo influenciado significativamente ($p < 0,05$) pela idade do paciente, estado físico e financeiro. Outros fatores importantes foram: especialidade cirúrgica, reserva e aquisição de hemoderivados, consulta com especialistas antes da cirurgia e reserva de unidade de terapia intensiva.</p>	<p>Foram identificadas medidas de controle para reduzir o tempo de espera dos pacientes internados antes de cirurgias eletivas.</p>	<p>Reduzir o tempo de espera de internação para contatar outros pacientes eletivos.</p>
<p>Julio, Wolff e Vegoña (2016)³¹</p>	<p>A implantação de um <i>software</i> de computador para cadastrar pacientes, priorizar e monitorar as listas de espera evidenciou que a tempestividade não é suficiente para gerenciar as listas de espera para cirurgias eletivas, sendo esta complementada com um indicador de justiça.</p>	<p>Os hospitais devem tentar equilibrar justiça e pontualidade no atendimento e priorizar iniciativas que aprimorem os dois indicadores ao mesmo tempo.</p>	<p>Utilização do <i>software</i> de computador.</p>
<p>Logvinov et al. (2018)³²</p>	<p>Mais de 50% dos pacientes gostariam de discutir a opção de realizar o procedimento com outro cirurgião na situação de reduzir o tempo de espera.</p>	<p>O paciente deseja discutir com a equipe cirúrgica a opção por outro cirurgião para realizar o procedimento. A tomada de decisão compartilhada resultaria em uma redução considerável no tempo médio de espera, tempo de sala de cirurgia subutilizado, redução de horas extras ou adicional noturno da equipe cirúrgica, como de anestesistas e enfermagem.</p>	<p>Aproveitamento da equipe cirúrgica.</p>

Quadro 2: Resultados, conclusão, estratégia de gerenciamento da lista de espera dos estudos selecionados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

A estratégia de priorização dos pacientes no gerenciamento de listas de espera cirúrgicas, constitui-se em uma importante medida que atende ao princípio doutrinário da equidade do SUS. Este princípio precisa ser incorporado no gerenciamento de procedimentos cirúrgicos para atender as necessidades do paciente. A busca pela equidade em saúde constitui-se em uma forma de garantir um direito social – a saúde.^{1,33}

O estudo realizado no Chile descreve a estratégia do uso de software no gerenciamento de listas. Esta aplicação evidenciou a necessidade de agregar outros indicadores que contemplem as diferenças e a realidade das condições clínico-cirúrgicas dos pacientes para acolher com justiça quem precisa do procedimento.^{25,31}

Contudo, os sistemas eletrônicos podem facilitar a coleta, armazenamento, recuperação, monitoramento e a disseminação de informações de forma ágil, segura e fidedigna de modo a contribuir na qualidade das funções gerenciais, operacionais e tomada de decisão.³⁴ Ratifica-se a necessidade de os sistemas serem complementados com requisitos que contemplem a equidade no acesso dos pacientes.

Os estudos encontrados são internacionais, e a equidade é um dos princípios do sistema de saúde vigente no Brasil; dessa maneira, torna-se evidente que esse critério precisa ser mantido e valorizado na regulação no Brasil, pois as pessoas são e possuem necessidades diferentes entre si. Para ser justo e agir com humanização, torna-se imprescindível considerar a equidade como característica indispensável nos serviços de saúde.

O método *lean healthcare* foi utilizado como estratégia de gerenciamento de lista em dois estudos. A baixa qualidade dos serviços de saúde e a necessidade de uma gestão mais efetiva dos recursos exigem que alguns métodos e ferramentas sejam adotados e adaptados para a área de saúde, destacando-se a produção enxuta.³⁵⁻³⁶ Este método é um sistema de gestão focado na eliminação de desperdícios para que se otimizem recursos e os resultados sejam favoráveis, contemplando a qualidade e segurança.

O principal recurso do *lean healthcare* é o tempo, que possibilita identificar os eventos que podem impedir ou atrasar o planejamento de cirurgias; assim, propõem-se ações de controle para alcance de resultados positivos. Esse método não envolve um valor financeiro significativo, mas sua prática oportuniza avanços e melhorias no

serviço, especialmente na organização das listas e na redução do tempo de espera dos pacientes eletivos.

A redução do tempo de internação dos pacientes também foi encontrada como uma estratégia, pois repercute diretamente na quantidade de pacientes eletivos para o procedimento cirúrgico. Todavia, quanto mais rápida e eficiente a hospitalização, maior o fluxo de rotatividade e resolutividade cirúrgica para os pacientes.

A estratégia de centralização das listas de espera para o adequado gerenciamento foi evidenciada como uma ferramenta importante para evitar a fragmentação, que dificulta sobremaneira a interação, e a consequente eficácia no atendimento aos pacientes cirúrgicos eletivos. Ressalta-se que a centralização permite aos gestores a visibilidade do panorama geral e da realidade institucional. Além disso, possibilita a integração dos diferentes serviços de saúde necessários para a realização do procedimento cirúrgico.^{25,28}

Destaca-se como estratégia a colaboração de diferentes hospitais no atendimento ao paciente eletivo. Na Itália, o paciente pode ser atendido em qualquer hospital que possua condições para a realização do procedimento, não sendo necessário aguardar o agendamento pela equipe médica emitente do laudo de indicação cirúrgica, como no Brasil.³

Identificaram-se outras estratégias de gerenciamento das listas, como a possibilidade de o paciente escolher outro cirurgião que tenha maior disponibilidade de agenda na realização do procedimento, o que consequentemente reduz o tempo de espera.^{3,32} Destaca-se que o aproveitamento da equipe médica é uma estratégia importante, assim como usufruir da organização estrutural e dos demais profissionais que atuam no centro cirúrgico.

Evidenciou-se nesta revisão que não existe uma padronização de estratégias no gerenciamento de listas de espera cirúrgicas. Possivelmente, a diferença entre os sistemas de saúde no mundo contribui na limitação da padronização de estratégias. Neste sentido, ratifica-se que as diferenças precisam de fato ser contempladas, levando-se em consideração as características da população e o contexto em que estão inseridas, para que o serviço prestado possa ser mais eficaz e resolutivo.

Como limitação deste estudo, elenca-se o número reduzido de publicações encontradas neste temário. Ao mesmo tempo, revelou-se uma lacuna de conhecimento na área, o que incentiva a investir em novos estudos para aperfeiçoamento da prática do enfermeiro na regulação de leitos hospitalares.

As estratégias identificadas mostraram-se eficazes nos cenários em conformidade com seus sistemas de saúde; entretanto, algumas delas podem ser aprimoradas para a replicação no Brasil, respeitando-se as características dos serviços de saúde e da população local assistida. Assim, os resultados tencionaram diversas reflexões acerca do gerenciamento de listas para estruturar ações por meio de indicadores de qualidade assistencial, o que possibilita melhor aproveitamento dos recursos materiais, financeiros e a otimização da quantidade de procedimentos cirúrgicos realizados e a redução do tempo de espera pelo paciente.

Indubitavelmente, este estudo contribui para ampliar o conhecimento neste temário ainda pouco explorado no Brasil ao evidenciar a necessidade de compartilhamento de experiências exitosas realizadas em hospitais brasileiros para o aprimoramento do gerenciamento de listas de espera na regulação de leitos hospitalares.

Ademais, salienta-se a relevância de se incluir a discussão sobre o gerenciamento de listas de espera nos componentes curriculares da formação acadêmica em enfermagem, tendo-se em vista, a participação ampliada do enfermeiro junto às equipes multiprofissionais na regulação dos leitos em hospitais, assim como a competência profissional embasada na liderança e gestão do cuidado. A participação do enfermeiro neste espaço possibilita uma celeridade dos processos gerenciais que primam pela qualificação assistencial, segurança do paciente, e consonância com os princípios do SUS.

3.2 A EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA COMO INSTRUMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

No Brasil, a modalidade EaD é prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) desde 1996. O Decreto n° 9.057, de 25 de maio de 2017, que regulamenta este artigo, define EaD como sendo uma modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorra com a utilização de meios e de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), com pessoal qualificado, com políticas de acesso, com acompanhamento e avaliação compatíveis, desenvolva atividades educativas por estudantes e profissionais da educação que estejam em lugares e tempos diversos.³⁷

No contexto da pandemia, causada pela *Coronavirus Disease – 2019* (COVID-19), a EaD tem sido uma importante ferramenta para oportunizar o aprendizado. Além de possibilitar maior resguardo da saúde dos participantes, favorece, por vezes, a otimização do tempo, quando permite que o participante desenvolva as atividades de ensino mediante sua disponibilidade de horário.

Com efeito, a obrigatoriedade tem gerado, e, simultaneamente, a oportunidade dos professores e estudantes emergirem nesta Educação Digital, especialmente, nos cenários e realidades dos ambientes digitais de ensino e aprendizagem síncronos e assíncronos. Mas o que parece estar a acontecer, neste momento de emergência, é a transferência e a transposição das metodologias e práticas pedagógicas presenciais físicas para os ambientes digitais online.³⁸⁻³⁹

Pensar o ensino remoto sob a perspectiva da indagação online é assumir o desafio coletivo da construção de um cenário educativo com pessoas geograficamente distantes, a fim de oportunizar a interação e promover ações individuais e coletivas com o auxílio das tecnologias digitais.⁴⁰ A realidade supracitada não se limita a estudantes de ensino fundamental, médio ou mesmo universitário, mas tem sido a forma a qual tem sido realizada a formação profissional, dos que estão inseridos no mercado de trabalho. Tomar a educação online como perspectiva didático-pedagógica na formação significa ser a constituição do conhecimento uma “obra aberta”, em permanente (re)construção e cocriação.⁴⁰

Sendo assim, o avanço do desenvolvimento tecnológico faz pensar que a aprendizagem não se restringe e nem se efetiva somente dentro das instituições educativas, com os aplicativos inseridos no cotidiano, é necessário criar novas práticas pedagógicas que possam suportar e reforçar a aprendizagem e o ensino no ciberespaço, com percursos, contextos e sujeitos diferenciados.⁴¹

Destaca-se então a PNEPS, com vistas, inicialmente, atenuar insuficiências da formação dos profissionais de saúde pela educação profissional; estabelecer o compromisso com as necessidades reais do sistema de saúde; e buscar novas práticas que orientam o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem. Vislumbra-se a utilização da EaD como instrumento alinhado aos preceitos que fundamentam a EPS, a ampliação de possibilidades em ganhos na formação profissional, em que qualifica a proposta pedagógica e o processo de ensino-aprendizagem com reflexos diretos à prática profissional.¹³

Desta maneira, a EaD na EPS torna-se um processo que enfatiza a construção e a socialização do conhecimento; a operacionalização dos princípios e fins da educação, de forma que qualquer pessoa, independentemente do tempo e do espaço, possa tornar-se agente de sua aprendizagem, devido ao uso de materiais diferenciados e meios de comunicação, que permitam a interatividade (síncrona ou assíncrona) e o trabalho colaborativo/cooperativo.³⁸

A educação profissional para que tenha sentido é aquela com capacidade de promover transformações efetivas e significativas nas práticas assistenciais e na organização dos processos de trabalho dos serviços de saúde. A educação profissional nas instituições hospitalares deve ser desenvolvida de maneira permanente, ativa e consolidada, contribuindo com a qualificação da assistência para o paciente. Logo, entender que as inquietações dos profissionais são necessárias e bem-vindas, sendo vistas como propulsoras ao movimento da desacomodação, de modo a sinalizar a potencialidade para fomentar as mudanças e contribuir no desenvolvimento de competências embasadas no senso crítico, habilidades e atitudes.⁴²⁻⁴³

Salienta-se, dessa forma, a necessidade de ações educativas com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores que atuam na área da saúde, visando a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS. Deve-se, neste sentido, conjecturar o uso da tecnologia na educação profissional dos trabalhadores da saúde, favorecendo a formação profissional.

Assim sendo, a oferta de cursos de formação multiprofissional autoinstrucionais online aos trabalhadores que atuam na área da saúde promove, indubitavelmente, a oportunidade para o constante aperfeiçoamento no desenvolvimento de competências e, conseqüentemente, propicia melhor desempenho nas práticas profissionais.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico sustentado pelas diretrizes do *Instructional System Design* (ISD), ou seja, Design de Sistemas Instrucionais, considerados produtos educativos que orientam no planejamento de cursos de formação profissional. A educação digital (também conhecida como educação eletrônica ou *e-learning*) é definida como o ato de ensinar e aprender por meio de tecnologias digitais.³⁹

O ISD permite identificar e solucionar uma demanda educacional, de modo a alcançar a eficiência, bem como a eficácia do desenvolvimento do projeto, na perspectiva de uma aprendizagem significativa.⁴⁴⁻⁴⁵ Existe uma variedade de modelos de design instrucional, mas a maioria está limitada a um em particular: o modelo genérico ADDIE (Análise, Design, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação) válido para qualquer contexto educacional, baseado ou não em TIC.⁴⁵⁻⁴⁶

Para facilitar a concretização dos objetivos deste estudo, decidiu-se utilizar o modelo ADDIE como estrutura conceitual, pois essa é uma metodologia sistemática para o desenvolvimento de material educativo adequado às necessidades de aprendizagem. O modelo pode ser utilizado quando se destina a integrar e implementar alguns *softwares* no processo ensino-aprendizagem. Ele permite definir o público-alvo e selecionar a amostra de estudo para fazer medições antes e depois de sua integração no ambiente virtual de aprendizagem (AVA), servindo como guia no projeto e desenvolvimento de ferramentas para a educação.⁴⁷ Ele apresenta-se como um plano seguro para criação de recursos educacionais para EaD, pois possibilita a incorporação de melhores práticas de ensino-aprendizagem.

O ADDIE-ISD propõe duas etapas que consistem na concepção e na execução do projeto pedagógico. Na etapa de concepção, são realizadas as seguintes fases: 1) análise da necessidade ou demanda; 2) projeção ou desenho da solução do produto; e 3) desenvolvimento da solução ou produto. A etapa de execução é relativa à aplicabilidade do produto, consistindo nas fases: 4) implementação ou oferta do produto; e 5) avaliação do produto.⁴³⁻⁴⁵ As etapas deste modelo e suas respectivas fases foram ilustradas por Boettcher (2020)⁴³, conforme a Figura 2, a seguir:

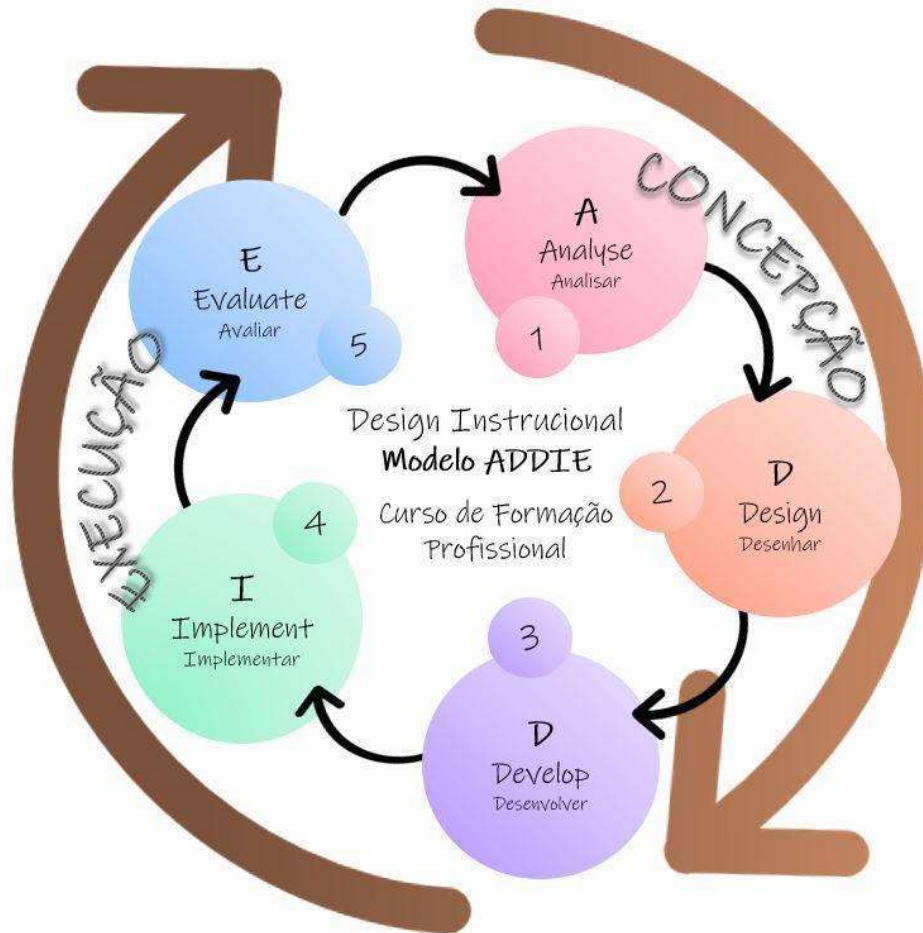


Figura 2: *Design instrucional* – modelo ADDIE. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022. Fonte: Boettcher (2020)⁴³

Ressalta-se que o presente estudo apresenta a etapa de concepção, conforme mencionado anteriormente, composta por três diferentes fases, as quais são devidamente apresentadas neste trabalho. A etapa de execução deverá ocorrer com o seguimento do grupo de pesquisa em outro momento.

O cenário deste estudo deu-se na modalidade remota da UFCSPA, com a disponibilização de ferramentas tecnológicas usadas para prover os encontros entre os envolvidos neste trabalho. A UFCSPA conta com uma infraestrutura de qualidade para atendimento de estudantes, técnicos e professores, com condições que satisfazem as demandas de cada curso. Atualmente, congrega 16 cursos de graduação, 64 programas de Residência Médica, quatro de Residência Multiprofissional, nove cursos de Especialização e 12 programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu*.⁴⁸ Para a realização deste estudo, foram solicitados a anuência da UFCSPA (ANEXO A) e o termo de anuência para o uso do nome da instituição nos produtos deste projeto (ANEXO B).

4.1 FASE 1 – ANÁLISE DA DEMANDA DO CURSO

A primeira fase é considerada o momento do diagnóstico, coleta de informações junto ao público-alvo, sendo destacados os aspectos que indicam as potencialidades e/ou fragilidades da prática profissional.⁴⁴⁻⁴⁵ Sendo assim, nesta fase, o estudo consistiu na avaliação dos conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades descritas pelos profissionais sobre o gerenciamento de listas de espera dos pacientes eletivos cirúrgicos e/ou clínicos.

A investigação foi essencial para qualificar a proposta pedagógica do curso já que possibilitou a participação dos profissionais envolvidos no gerenciamento das listas de espera na proposição de temas que foram acolhidos e desenvolvidos no curso. Essa premissa parte da característica do modelo eleito para este estudo que inclui o sujeito a quem se destina o curso na constituição do mesmo. Ao se conhecerem as reais necessidades do público-alvo, lograr-se-á a eficácia do curso.

O **delineamento** foi transversal, ancorado em uma abordagem descritiva e quantitativa. Estudos descritivos objetivam identificar as características de um determinado fenômeno. Estudos transversais são caracterizados por avaliar um grupo de indivíduos por um tempo determinado, delimitado e curto.⁴⁹⁻⁵⁰

Na abordagem quantitativa, as variáveis coletadas são analisadas pela estatística. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza das realidades associadas ao sistema de relações de acordo com a estrutura dinâmica do fenômeno em estudo. A partir dos resultados, é possível gerar novas hipóteses a serem investigadas.⁵¹⁻⁵²

Como **local de estudo** desta fase, utilizou-se a rede social do Grupo de Pesquisa TeGEST vinculado à UFCSPA e registrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (DGP-CNPq). O Grupo de Pesquisa TeGEST possui uma página Fanpage no *Facebook*®, com acesso no endereço eletrônico: <https://www.facebook.com/TeGEST.UFCSPA>. Nessa página, ativa desde janeiro de 2019, são publicadas as atividades de pesquisa do grupo. Além disso, o TeGEST possui uma conta na rede *Instagram*®, com as mesmas publicações, disponível neste endereço eletrônico: https://instagram.com/tegest.ufcspa?utm_medium=copy_link. O vice-líder do Grupo

de Pesquisa TeGEST autorizou a publicação do convite para a pesquisa na rede social mediante sua assinatura do termo de anuência (ANEXO C). A Figura 3 ilustra o sítio eletrônico da Fanpage do Grupo de Pesquisa TeGEST.



Figura 3: Fanpage e Instagram do Grupo de Pesquisa de Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.

Os **participantes** do estudo foram os profissionais que realizavam gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos de qualquer serviço de saúde no Brasil. A amostra obtida neste estudo foi por conveniência dos profissionais em participar do estudo. O critério de inclusão foi ser profissionais que atuam no gerenciamento de listas de espera. Já os critérios de exclusão foram: profissionais que estejam em período de contratação de experiência (tempo \leq 3 meses); ou exercendo a função de profissionais que atuam no gerenciamento de listas de espera (tempo \leq 2 meses).

O **instrumento de coleta de dados** foi elaborado pelos pesquisadores com base na revisão integrativa apresentada no capítulo anterior e das vivências profissionais no NIR. Os dados foram colhidos por meio de um instrumento de coleta de dados *online* (APÊNDICE A), denominado de “Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera”. As variáveis foram organizadas em três dimensões: A - Conhecimentos sobre gerenciamento de listas de espera; B - Potencialidades e fragilidades relacionadas ao gerenciamento das listas de espera; e C - Caracterização sociodemográfica, formação acadêmica e laboral. O formulário foi editado e organizado no *Google Forms*® no endereço eletrônico: <https://bit.ly/questListaEspera>. O instrumento contém três dimensões e 26 questões que são apresentadas no Quadro 3.

Dimensão	Variáveis
A – Conhecimentos sobre gerenciamento de listas de espera (11 questões)	A.1 Conhecimento sobre listas de espera
	A.2 Nível de conhecimento sobre listas de espera
	A.3 Capacitação sobre listas de espera
	A.4 Gerenciamento das listas de espera
	A.5 Acompanhamento das listas de espera
	A.6 Frequência da lista de espera
	A.7 Conhecimento Leis/Normativas sobre a lista
	A.8 Ordenamento das listas de espera
	A.9 Organização da lista/Codificação
	A.10 Acesso do paciente à sua lista de espera
	A.11 Interesse em aperfeiçoar conhecimentos sobre listas de espera
B – Potencialidades e fragilidades relacionadas ao gerenciamento das listas de espera (4 questões)	B.1 Forças
	B.2 Fraquezas
	B.3 Ameaças
	B.4 Oportunidades
C – Caracterização sociodemográfica, formação acadêmica e laboral (10 questões)	C.1 Sexo
	C.2 Idade
	C.3 Atua no NIR
	C.4 Profissão
	C.5 Natureza da instituição formadora
	C.6 Especialização
	C.7 Especialização Gestão em Saúde
	C.8 Formação <i>strictu sensu</i>
	C.9 Nível do <i>strictu sensu</i>
	C.10 Tempo de atuação no gerenciamento de lista
	C.11 Natureza da instituição de trabalho
Interesse pelo estudo	

Quadro 3: Variáveis do estudo da primeira fase de análise de demanda do curso. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.

Agregou-se ao questionário a matriz SWOT, acrônimo de *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), reconhecida no Brasil pelo acrônimo FOFA, para que os profissionais registrassem em texto livre as situações que ajudam ou atrapalham na sua prática laboral relacionada ao gerenciamento de listas de espera.⁵³

Essa matriz apresenta simplicidade na sua aplicação ao considerar que: forças são elementos internos que trazem benefícios; fraquezas são elementos internos que atrapalham o processo; oportunidades são as situações externas ao processo que podem acontecer e afetar positivamente; e ameaças são situações externas ao processo que podem atrapalhar o alcance de metas ou resultados. A matriz é um guia utilizado como recurso para se ter uma imagem dos fatores que contribuem para o futuro de um serviço ou projeto, assim como do que pode trazer dificuldades para a manutenção ou continuidade do mesmo.⁵⁴ A Figura 4 ilustra a matriz SWOT/FOFA:

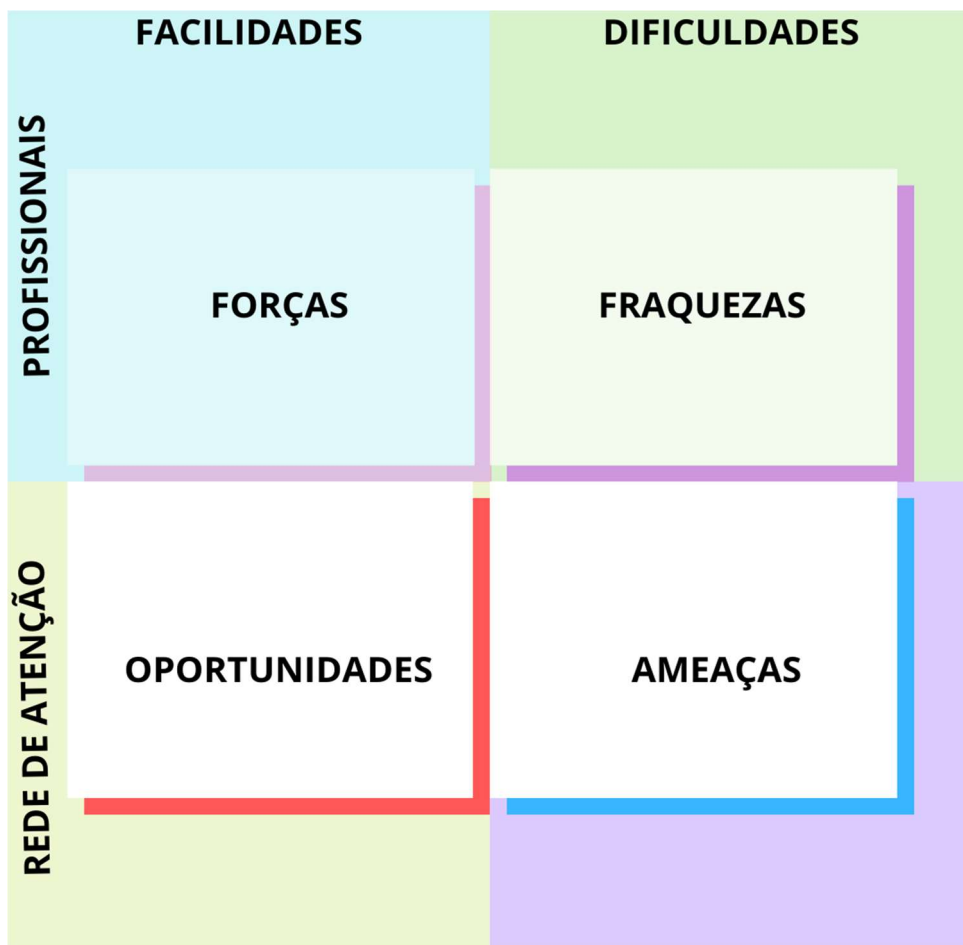


Figura 4: Matriz SWOT/FOFA adaptada. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.

O teste do instrumento de pesquisa foi realizado, para avaliar a clareza e coerência das questões, com três profissionais que têm experiência profissional com o gerenciamento de listas de espera. O teste realizado possibilitou adequações ao qualificar o atual instrumento (APÊNDICE A). O tempo de preenchimento foi de aproximadamente 20 minutos. Os questionários preenchidos como teste não foram adicionados à amostra final do estudo.

A **coleta de dados** foi iniciada mediante a publicação nas duas redes sociais *Facebook*® e *Instagram*® de um convite para profissionais que atuam no gerenciamento de listas para participarem do presente estudo. Também foi permitido o compartilhamento do convite por qualquer pessoa que segue o Grupo de Pesquisa TeGEST, e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). O convite foi uma imagem ilustrativa, conforme Figura 5, contendo o endereço eletrônico do instrumento de pesquisa, QRcode e o logotipo do grupo de pesquisa TeGEST e do PPGEnf da UFCSPA com a mensagem para a divulgação (APÊNDICE B).



Figura 5: Flashcard para as mídias. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.

A Figura 6 ilustra o convite publicado nas redes sociais Facebook® e Instagram® e o alcance da publicação.

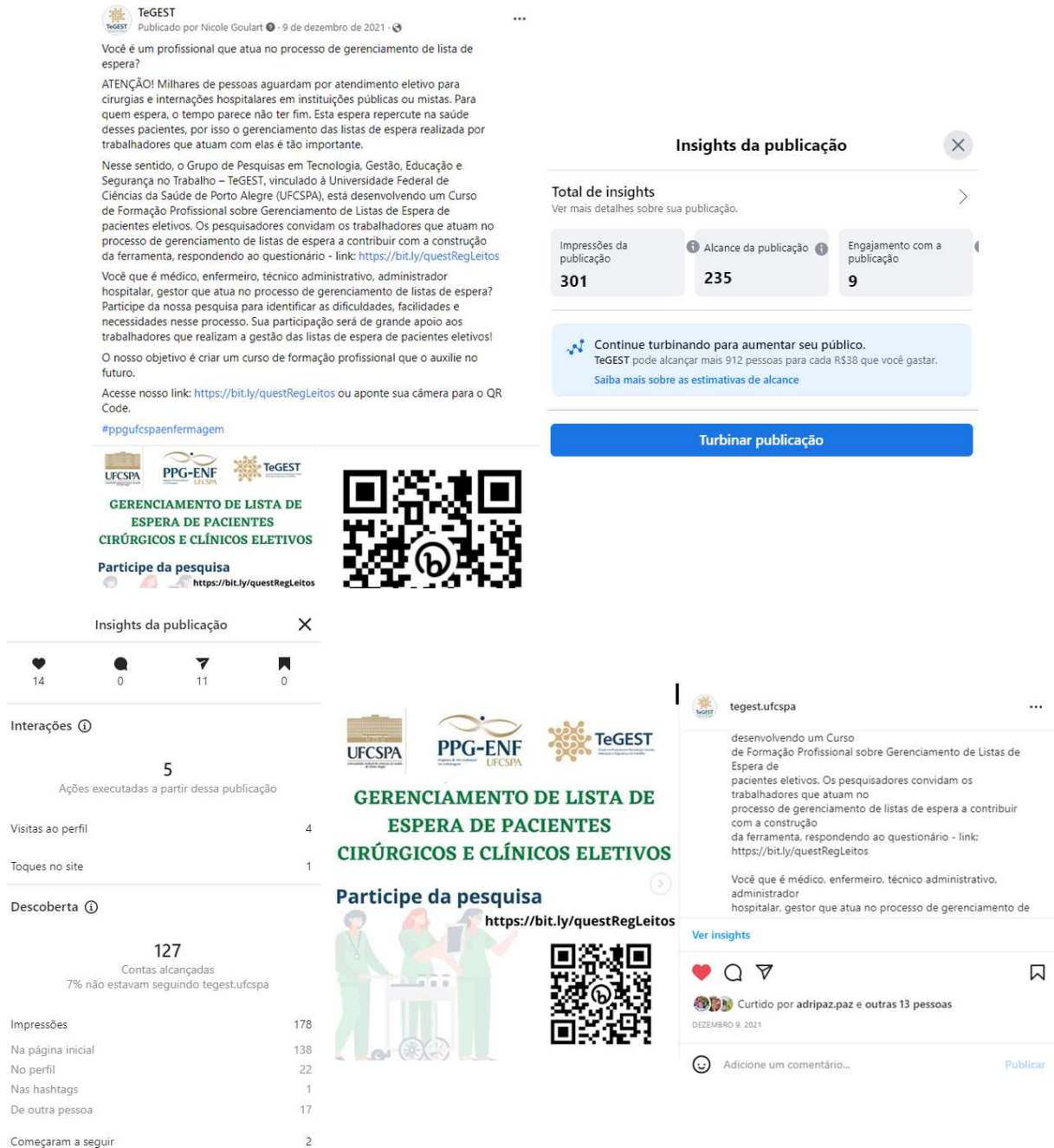


Figura 6: Convite para divulgação da pesquisa. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022.

Ainda, diante da importância do estudo, o COFEN publicou sobre a realização da pesquisa em seu sítio eletrônico, conforme a Figura 7.

Cofen
Conselho Federal de Enfermagem

busca geral Buscar Legislação

Pesquise no Portal Cofen

Ouvidoria

Institucional Legislação profissional Imprensa Acesso rápido

11/03/2022

Pesquisa avalia curso de gerenciamento de listas de pacientes internados

Participe do levantamento nacional sobre a criação do curso

imprimir

Milhares de pessoas aguardam por atendimento eletivo para cirurgias e internações hospitalares em instituições públicas ou mistas. Para quem espera, o tempo parece não ter fim. Esta espera repercute na saúde desses pacientes, por isso o gerenciamento das listas de espera realizadas por trabalhadores que trabalham com elas é tão importante.

Levando isso em conta, o Grupo de Pesquisas em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST), vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), está desenvolvendo o curso de formação profissional em Gerenciamento de Listas de Espera de Pacientes Cirúrgicos e Clínicos Eletivos.

O gerenciamento de listas e tempos de espera para cirurgias eletivas vem sendo apontado internacionalmente como alvo de políticas de saúde desde meados dos anos 1990. Em termos legais, também existe uma carência de determinações governamentais a respeito da gestão e da transmissão das listas de espera.

De qualquer forma, ressalte-se a existência do [Projeto de Lei Federal do Senado nº 393/2015](#), que está em tramitação e dispõe sobre a obrigatoriedade de publicar no site do hospital a atualização sistemática das listas de espera para procedimentos assistenciais eletivos do Sistema Único Saúde (SUS).

A pesquisa leva menos de 5 minutos para ser internada. A finalidade é criar um curso de formação profissional que auxilie no futuro da área. [Participe da pesquisa](#) e contribua para o avanço desse estudo.

Fonte: Ascom - Cofen

PESQUISA
PERFIL DA ENFERMAGEM
NO BRASIL
BANCO DE DADOS

Acesso à
Informação
e
Processos de
Contas Anuais

ENFERMAGEM
em
NÚMEROS

Anais
CBCENF

MuNEAN
Museu Nacional de Enfermagem

Figura 7: Divulgação da pesquisa pelo Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, 2022.

Ao acessar o instrumento de coleta de dados, o participante poderia realizar o *download* do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), com a opção de imprimi-lo, se assim o desejasse (APÊNDICE C). O aceite da participação dos profissionais era feito no próprio formulário digital, assim como manifestar o aceite da participação no próprio formulário. O controle do retorno das respostas era avaliado a cada cinco dias, tendo em vista que a coleta de dados ocorreu na modalidade *online*. As respostas do instrumento de coleta de dados foram armazenadas na nuvem *Google Drive*® em uma planilha eletrônica do *Google Sheets*®, no formato de banco de dados. Após 45 dias de coleta de dados, a planilha foi bloqueada para o recebimento de novas respostas.

Os dados foram registrados por meio da participação de 21 profissionais. Considerados os critérios de elegibilidade, obteve-se uma amostra final de 17 participantes de diferentes categoriais profissionais. A exclusão de 4(18,1%) participantes ocorreu pelo fato de os mesmos alegarem não possuir vivência na gestão das listas de espera.

Com o encerramento da coleta de dados, foi iniciado o tratamento dos dados, que consistiu na extração da nuvem (compartilhamento digital) da planilha do *Google Sheets*® para um computador local do responsável pela pesquisa no formato de *Excel*® da *Microsoft*®. Assim, foram protegidos dados sensíveis graças à impossibilidade de se identificar o participante, mesmo que tendo ocorrido o registro de sua permissão pelo RCLE e informação do correio eletrônico.⁵⁵ Na planilha, cada participante recebeu um número, começando pelo numeral um, e por ordem sequencial foi dado o número na ordem das linhas da planilha.

Todas as respostas dos participantes foram tratadas pela codificação, sendo possível a resolução de inconsistências e incoerências nas respostas, assim como a submissão aos testes estatísticos.⁵⁶ Deste modo, foi elaborado um manual de codificação de respostas registradas no questionário pelo participante (APÊNDICE D), sendo também permitido durante a análise de dados incluir a descrição de novos agrupamentos ou converter as variáveis contínuas e discretas em categóricas.

Utilizou-se o *software Statistical Package for Social Science*® (SPSS) na realização da análise dos dados por estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em frequência absoluta e relativa; média e desvio padrão; e mediana e interquartis 25-75, de acordo com o parâmetro de normalidade das variáveis contínuas e discretas. Os resultados foram expressos em tabelas.^{50,56-57}

A interpretação dos resultados foi embasada na literatura científica na discussão. Ressalta-se que os resultados subsidiaram a segunda fase do modelo ADDIE-ISD, ou seja, contribuíram para a criação do desenho pedagógico do curso de formação multiprofissional.

4.2 FASE 2 – DESENHO PEDAGÓGICO DO CURSO

A partir dos resultados da fase anterior e das vivências no NIR, iniciou-se a elaboração dos Planos de Ação Pedagógico (PAP) do curso. O desenho de um curso é um planejamento amplo que reúne um conjunto de tarefas pedagógicas que podem ser expressas em unidades de ensino e/ou módulos. O PAP foi utilizado como ferramenta para o planejamento do desenho e projeção do curso.⁵⁸ A participação do público-alvo do curso ampliou a qualidade da proposta no sentido de atender as necessidades ou demandas para a formação no exercício profissional.⁴³⁻⁴⁵

Ressalta-se que a os construtos teóricos e a orientação aos participantes quanto à trajetória a ser percorrida no curso caracterizam a proposta dos objetivos educacionais do curso. O planejamento da ação educativa requer um processo de reflexão sobre o tema que será abordado para a prática profissional e as competências a serem abrangidas, potencializando dessa forma o fazer didático-pedagógico.⁵⁸⁻⁵⁹

Para o alcance do produto final, as atividades e tarefas foram detalhadas e prospectadas em relação aos conteúdos, estratégias, artefatos, metodologias, técnicas e carga horária. Desta forma, o PAP previu a interrelação dos objetivos e competências com a seleção e ordenamento dos conteúdos abordados; nível de profundidade do conteúdo e de atividades (diagnóstica, formativa e avaliativa); ferramentas e recursos necessários para explorar os conteúdos no AVA; e a definição de critérios de avaliação da aprendizagem de maneira significativa e qualificada.^{45,59}

A proposição do desenho pedagógico do curso foi a modalidade autoinstrucional *online*, com carga horária de 20 horas, distribuídas em quatro módulos. Assim, organizou-se o conteúdo em dois módulos, sendo que os outros dois módulos contemplaram as atividades diagnóstica (antes do conteúdo) e avaliativa (depois do conteúdo) do curso.

Os conteúdos e a carga horária de cada um dos quatro módulos foram definidos e organizados a partir da revisão de literatura e dos resultados da primeira fase sobre conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades dos profissionais na prática laboral no gerenciamento de listas de espera. Devido à pandemia ocasionada pela COVID-19, a equipe deste estudo utilizou as plataformas institucionais de serviço de comunicação por vídeo como meio para a organização e compartilhamento de ideias com vistas ao desenvolvimento do trabalho.

O modelo ADDIE-ISD sugere que os membros da equipe estabeleçam a parceria para colaboração e cooperação nesta fase, e que assim a equipe permaneça na terceira fase de desenvolvimento.⁴⁴⁻⁴⁵ Para elaborar o desenho pedagógico do curso de formação multiprofissional, contou-se com uma equipe constituída por três profissionais enfermeiros (duas mestrandas, uma professora) e duas bolsistas, sendo uma de iniciação à docência e a outra de iniciação científica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCSPA.

Como processo de organização de trabalho da equipe, foram definidas reuniões remotas semanais com duração de aproximadamente uma hora para alinhamento das decisões na elaboração dos PAP do curso, entre setembro de 2020 e setembro de 2022. Utilizaram-se as ferramentas *WhatsApp*® para compartilhamento de decisões mais ágeis, e *Google Meet*® para vídeo chamadas.

Para elaboração do curso foi utilizado o formulário denominado de “Plano de Ação Pedagógica (PAP) do Curso de Formação Multiprofissional” que contém os seguintes itens: título do curso; carga horária total; ementa; título do módulo; carga horária do módulo; objetivo do módulo; competências abrangidas no módulo; autoria; carga horária por atividade; objetivos da aprendizagem; conteúdos; recursos; atividades/tarefas; referências; como citar o material; e data de atualização (APÊNDICE E). Este formulário é um produto adaptado de outro estudo que desenvolveu um curso sobre o uso de cateter venoso central por crianças no domicílio.⁴³

Em relação ao processo avaliativo do curso, disponibilizaram-se três categorias distintas de atividades: diagnóstica (antes do conteúdo), formativas (durante a exploração do conteúdo) e avaliativa (depois do conteúdo), de modo que essas avaliações fossem obrigatórias e encadeadas ao conteúdo do curso. As atividades diagnóstica e avaliativa foram constituídas por casos clínicos que embasaram as perguntas aplicadas no antes e depois do participante ter acesso ao conteúdo do curso. A diferença entre as atividades (diagnóstica e avaliativa) foi o emprego de nomes fictícios dos personagens e o ordenamento dos casos clínicos e das respostas. Para fins de aprovação e certificação, serão considerados aqueles participantes que obtiverem 70% ou mais acertos na atividade avaliativa do curso.

Desta maneira, os PAP serviram de subsídio para a construção da terceira fase do curso, ou seja, a construção dos *storyboards* dos módulos do curso. Os PAP foram disponibilizados como produtos técnicos atualizados para a área de educação e

enfermagem, podendo ser reutilizados em novos objetos de aprendizagem. Os planos estão armazenados no *Google Drive*® do grupo de pesquisa TeGEST para o acesso da comunidade acadêmica.

4.3 FASE 3 – DESENVOLVIMENTO DO CURSO

Com base nas fases anteriores e, em paralelo à elaboração dos PAP do curso, esta fase iniciou o desenvolvimento dos materiais didáticos: *storyboards*, recursos educativos no formato de vídeo, histórias em quadrinhos (HQ) e mapa mental. Tais materiais foram necessários na criação dos objetos de aprendizagem para composição da arquitetura e conteúdo no curso.

Esta fase de desenvolvimento conforme modelo ADDIE-ISD constitui-se nos seguintes passos, a saber: a) construção de cinco *storyboards*, dos quais quatro são módulos do curso; e b) avaliação do conteúdo de dois PAP e quatro *storyboards* por um Comitê de Especialistas. Cabe salientar que nesta fase de desenvolvimento do curso de formação multiprofissional, a equipe de trabalho atuando no desenvolvimento dos diferentes produtos do curso era a mesma da fase anterior.

O **primeiro passo** foi a criação dos *storyboards* como materiais didáticos constituídos pelos conteúdos que abordaram o gerenciamento de listas de espera, organizados e descritos conforme as orientações que constavam nos PAP. Estes guiaram então a construção do *storyboard*, atendendo ao aprimoramento das competências, objetivos da aprendizagem, recursos tecnológicos, atividades diagnóstica, formativa e avaliativa.

Ressalta-se que os materiais didáticos foram organizados e estruturados por módulo em um documento, denominados de *storyboard* no editor de apresentação visual do *Power Point*® da Microsoft®, em formato de apresentação de slides (*.ppsx). Aos *storyboards*, foram incluídas imagens e vetores extraídos de bancos públicos de fotos, imagens e ilustrações licenciadas e isentas de royalties, tais como: *Canva*®, *Flaticon*® e *Freepik*®.

No final dos *storyboards*, são feitas as referências das imagens utilizadas. A presença dos vídeos nos *storyboards* visou tornar a abordagem dos conteúdos no momento de ensino-aprendizagem mais interativa.

Os vídeos foram elaborados no *Canva*® e *Animaker*® no formato *Moving Picture Experts Group* (MPEG) 4 Part 14 (*.MP4). Os vídeos disponibilizados no canal do *YouTube*® do Grupo de Pesquisa TeGEST, com a licença *Creative Commons Atribuição* 4.0 Internacional, são considerados recurso educativo digital e indicados na apresentação ordenada dos *storyboards*. Os áudios foram gravados no formato *Moving Picture Experts Group* (MPEG)1/2 *Audio Layer 3* (*.MP3) das personagens inseridas para a interação dialógica no transcorrer do curso.

O acesso aos PAP e *storyboards* foi disponibilizado para a visualização do Comitê de Especialistas e acesso público. Porém, não foi permitida edição e/ou comentário; ao final, há a instrução no material de como citar a autoria da equipe, assim como a licença *Creative Commons Atribuição* 4.0 Internacional.

O **segundo passo** refere-se ao processo de avaliação de conteúdo por um Comitê de Especialistas. Assim, obteve-se a qualificação da proposta do curso de formação multiprofissional de acordo com o recomendado pelo modelo ADDIE-ISD para esta fase de desenvolvimento.⁴⁴

Os PAP e *storyboards* do curso foram submetidos ao Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES) e avaliados quantitativamente pelo Comitê de Especialistas. O IVCES é composto por 18 questões, em formato *Likert*, organizadas em três domínios: a) objetivos, b) estrutura/apresentação e c) relevância.⁶⁰ Para avaliar de forma qualitativa o conteúdo, acrescentou-se uma questão descritiva ao IVCES, de maneira que o registro de críticas e/ou recomendações fosse possível, em um total de 19 perguntas que avaliam os módulos de modo independente. Os módulos 1 e 4 foram avaliados conjuntamente pelos avaliadores por serem iguais em conteúdo e complexidade.

No instrumento supracitado, foram incluídas sete questões para a caracterização dos especialistas. Sendo assim, o formulário intitulado “Instrumento de validação de conteúdo de materiais didáticos” foi composto por um total de 83 questões e encontra-se no endereço eletrônico: <https://bit.ly/questvalidEspera> (APÊNDICE F). O tempo estimado de preenchimento deste questionário foi de 40 minutos. Ressalta-se que a edição e a programação do instrumento foram realizadas no *Google Forms*®, o instrumento divide-se em duas dimensões com questões que são apresentadas no Quadro 4, a seguir:

Dimensão		Variáveis
A – Material Didático (PAP e <i>storyboard</i>)	Objetivos (5 questões)	A.1 Tema
		A.2 Processo ensino-aprendizagem
		A.3 Dúvidas
		A.4 Reflexão
		A.5 Mudança de comportamento
	Estrutura/Apresentação (10 questões)	A.6 Linguagem público-alvo
		A.7 Linguagem apropriada
		A.8 Linguagem interativa
		A.9 Informações corretas
		A.10 Informações objetivas
		A.11 Informações esclarecedoras
		A.12 Informações necessárias
		A.13 Sequência lógica
		A.14 Tema atual
		A.15 Tamanho do texto
	Relevância (3 questões)	A.16 Aprendizado
		A.17 Conhecimento
		A.18 Interesse
	Discursiva (1 questão)	A.19 Críticas e sugestões
B – Caracterização dos especialistas (7 questões)	B.1 Sexo	
	B.2 Idade	
	B.3 Grau de formação	
	B.4 Profissão	
	B.5 Natureza da instituição	
	B.6 Tempo de experiência	
	B.7 Experiência em temas	
Interesse pelo estudo		

Quadro 4: Variáveis do estudo da terceira fase de desenvolvimento do modelo ADDIE. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.

Destaca-se que no arsenal literário existem controvérsias quanto ao número de especialistas recomendados, havendo uma variação de seis a vinte participantes.⁶¹⁻⁶³ O recrutamento dos especialistas foi feito através de busca na Plataforma Lattes, com base nas palavras chaves da produção textual do currículo. As palavras utilizadas foram: Administração de Serviços de Saúde; Listas de Espera; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde; Pessoal da Saúde; Educação em Saúde, Ensino à Distância.

Os critérios de Fehring foram utilizados para a classificação dos profissionais que constituem o Comitê, sendo cinco a pontuação mínima para caracterizar um profissional como especialista.⁶⁴⁻⁶⁵ Assim, os critérios foram adaptados neste estudo com vistas a contemplar os profissionais que possuem experiência em gerenciamento de listas de espera, conforme um instrumento elaborado para identificação dos potenciais especialistas (APÊNDICE G). Os critérios definidos neste estudo são apresentados no Quadro 5:

Critérios	Pontos
Ser profissional da saúde ou da área da administração	1
Titulação mínima de uma especialização na área de Gestão em Saúde (<i>lato sensu</i>) ou titulação de Mestrado ou Doutorado (<i>stricto sensu</i>) nas áreas de Educação, Administração ou Ciências da Saúde	2
Experiência de no mínimo um ano atuando no gerenciamento de listas de espera	3
Publicações na área de gestão em saúde	3
Pesquisa na área de gestão em saúde	2
Experiência de no mínimo um ano em docência/conteudista de cursos de EaD.	1

Quadro 5: Critérios de Fehring adaptados para o recrutamento de especialistas. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.

Após a seleção dos especialistas na Plataforma do Currículo Lattes, foi encaminhado um convite para participação neste estudo por correio eletrônico aos 45 especialistas selecionados (APÊNDICE H). Neste convite, foi disponibilizado o endereço eletrônico para o acesso ao instrumento (APÊNDICE F), ao RCLE

(APÊNDICE I) e aos PAP e *storyboards* (apenas para visualização, ou seja, sem possibilidade de edição).

Realizou-se o controle quanto ao retorno das respostas a cada cinco dias, tendo em vista que a coleta de dados foi eletrônica. Os especialistas convidados que não responderem no primeiro prazo concedido (de dez dias) receberam três novas mensagens reforçando o convite para participar (exceto aqueles que notificaram não ter interesse em participar do estudo).

A coleta de dados foi concluída em 45 dias, pois a avaliação alcançou o valor proposto pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) obtido de no mínimo 0,80 (variação de zero a um).⁶² O Comitê de Especialistas foi estabelecido a participação de nove profissionais que aceitaram eletronicamente o RCLE (APÊNDICE I) e preencheram completamente o instrumento de coleta de dados.

Os especialistas tiveram suas respostas armazenadas em uma planilha do *Google Sheets*®. Após a coleta de dados concluída, esta planilha foi retirada do ambiente compartilhado e armazenada no computador do pesquisador responsável, no formato de planilha *Excel da Microsoft*®. Cada especialista recebeu um código numérico, que era único na planilha e no banco de dados. Neste banco, não foram observados dados que possibilitassem a identificação dos especialistas, sendo essa uma medida de proteção ao sigilo e anonimato dos participantes.

O tratamento do banco de dados considerou as respostas de expressão nominal para numérica de cada variável na codificação. Os itens que compõem o IVCES apresentam uma escala de *Likert* com variação de zero a dois para cada um dos 18 itens que foram avaliados do material didático.⁶⁰ Portanto, a avaliação considerou como aprovados os valores alcançados por domínios e global para cada PAP e *storyboard*. O IVC satisfatório foi obtido quando o valor aceitável mínimo era de 0,80 para domínios e global do IVCES, que se estabelece pelo seguinte cálculo, conforme expõe a Figura 8.

$$\text{IVC} = \frac{\text{Soma das respostas 2}}{\text{Soma de todas as respostas}}$$

Figura 8: Índice de Validade de Conteúdo. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2021.

As sugestões dos especialistas foram registradas em um campo descritivo do questionário de avaliação para cada conjunto de PAP e *storyboard* avaliado. Os participantes foram identificados pela letra “E”, na sequência da ordem das linhas no banco de dados, como: “E1”, “E2”...“E9”. Os resultados da questão descritiva foram evidenciados após a apresentação dos valores de IVC de cada módulo avaliado.

Na dimensão “B – Caracterização dos especialistas”, as variáveis foram submetidas à estatística descritiva, nos resultados foram ser expressos em frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão, mediana e interquartis 25 e 75.^{50,57} Os resultados são apresentados em tabelas. A interpretação dos resultados contribuiu para a atualização e aprimoramento da produção técnica, levando-se em consideração a pertinência e coerência das sugestões e recomendações dos especialistas conforme o objetivo de aprendizagem do curso.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCSPA via Plataforma Brasil, com aprovação sob nº 5.103.774/2021 (ANEXO D). O projeto atende diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos presente na Resolução nº 466/2012 e das orientações para procedimentos em pesquisas que possuem qualquer etapa em ambiente virtual, respeitando os preceitos éticos.^{55,66} Para realizar o estudo, apresentam-se os Termos de Anuência da UFCSPA (ANEXO A), do uso do nome institucional (ANEXO B), e do Grupo de Pesquisa TeGEST (ANEXO C), que têm ciência dos procedimentos metodológicos e autorizaram o desenvolvimento do estudo.

Os participantes das diferentes fases do método ADDIE-ISD aceitaram eletronicamente o RCLE, sendo específicos para: Fase 1 - análise da demanda do curso (APÊNDICE C); Fase 3 - desenvolvimento do curso quanto à validação de conteúdo (APÊNDICE I). Estes RCLE contêm informações quanto ao estudo e seus objetivos e asseguram a privacidade e o anonimato, bem como o sigilo de suas informações.

Todos os RCLE foram eletrônicos e armazenados no *Google Drive*®, dando ao participante a possibilidade de imprimi-los e/ou salvá-los em seu dispositivo local. Nas fases do modelo ADDIE-ISD, foram utilizados no armazenamento das respostas

os recursos do sistema global de redes de computadores, como os instrumentos de coleta de dados pelo *Google Forms*® e planilhas no *Google Sheets*®. Os participantes tiveram total liberdade de adesão, sendo assegurado o direito do participante de desistir do estudo em qualquer momento, assim como sua segurança e proteção dos dados em todas as etapas do estudo.

Os riscos deste estudo foram mínimos para os participantes, mas se considerou que poderia ocorrer algum desconforto em qualquer fase do estudo devido às distintas vivências pessoais e/ou profissionais. Desta maneira, caso fosse identificada a ocorrência de algum desconforto, o participante tinha a liberdade para deliberar sobre sua participação. Entretanto, não houve solicitações de desistências ou relato de desconfortos em ambas as coletas de dados.

Atendendo às premissas da pesquisa com seres humanos, os documentos resultantes deste estudo serão guardados por cinco anos a contar da publicação dos resultados, e, após, serão destruídos por deleção. Assumiu-se o compromisso de zelar pelos dados contidos na planilha a ser gerada na nuvem *Google Drive*® no formato de planilha eletrônica do *Google Sheets*®, extraída para o formato de *Excel* e armazenada em dispositivo eletrônico local do pesquisador responsável, sendo a seguir excluída a planilha existente na nuvem *Google Drive*®.⁵⁵

Os resultados desta pesquisa foram utilizados para qualificar a proposta pedagógica do curso e estão sendo divulgados por meio da publicação de artigos em periódicos e eventos científicos, sendo preservada a confidencialidade dos dados. Serão encaminhados *flashcards* aos participantes do estudo que manifestaram o interesse em receber os resultados da fase da qual participaram.

Os resultados também estarão disponíveis por meio de relatório final no formato de Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional do PPGEnf depositado na Biblioteca da UFCSPA em formato digital. Os produtos deste trabalho estão sendo apresentados à comunidade científica e à sociedade, além de serem armazenados no acervo do Grupo de Pesquisa TeGEST da UFCSPA e disponibilizados para a reutilização em outras propostas pedagógicas.

O produto final deste estudo é o curso de formação profissional disponibilizado no Moodle® UFCSPA e de outras instituições que solicitarem o acesso em sua totalidade. Os produtos que foram desenvolvidos podem ser utilizados e reutilizados, de maneira independente, em novas propostas pedagógicas, desde que atendam as premissas da Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional.

5 RESULTADOS DA PRODUÇÃO INTELECTUAL E TÉCNICA

Neste capítulo, são apresentados os 22 produtos resultantes da produção intelectual e técnica do presente estudo. Destes, cinco são de produção intelectual e 17 são produtos técnicos.

Na produção intelectual, foram publicados três artigos científicos (ANEXOS E, F e G) e outros dois estão em situação de apreciação ou em processo de submissão em revistas (APÊNDICES J e K). Já os 17 produtos técnicos desenvolvidos foram: dois planos de ação pedagógica para os módulos do curso; cinco *storyboards* contendo as atividades, recursos e os conteúdos; oito objetos de aprendizagem como recursos educativos – quatro vídeos, três HQ; um mapa mental; uma *playlist* na plataforma *YouTube*®; e um curso de formação multiprofissional.

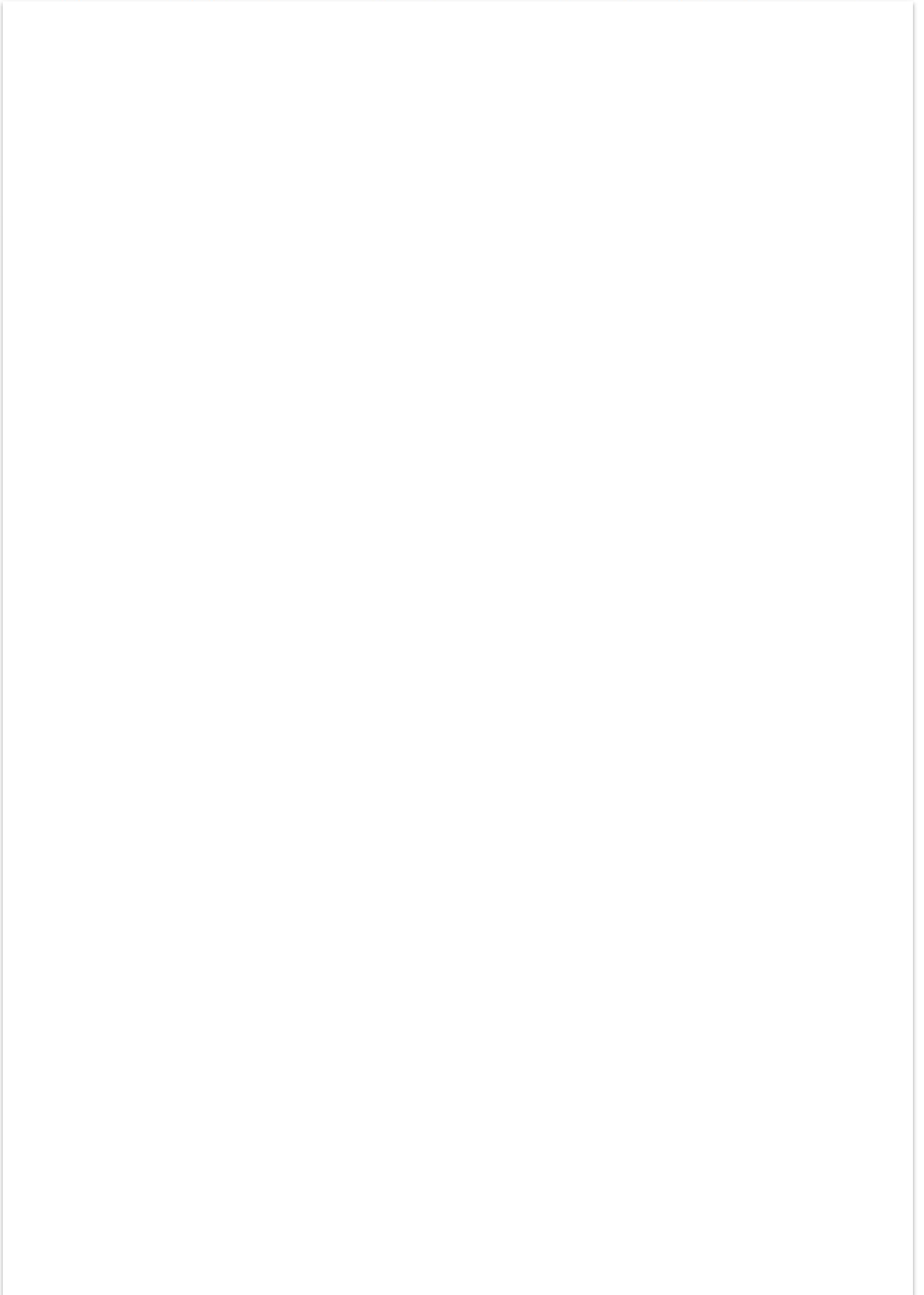
Destaca-se que o produto final deste estudo é o curso de formação multiprofissional, sustentado por 15 produtos técnicos e uma *playlist* que reúne os subprodutos em formato MP4. O curso é constituído por uma produção tecnológica baseado no modelo ADDIE-ISD. A etapa de concepção foi concluída, sendo constituída pelas fases de análise, desenho e desenvolvimento. No Quadro 6, apresenta-se a articulação entre os objetivos, fase do estudo, produção intelectual e técnica resultantes do estudo.

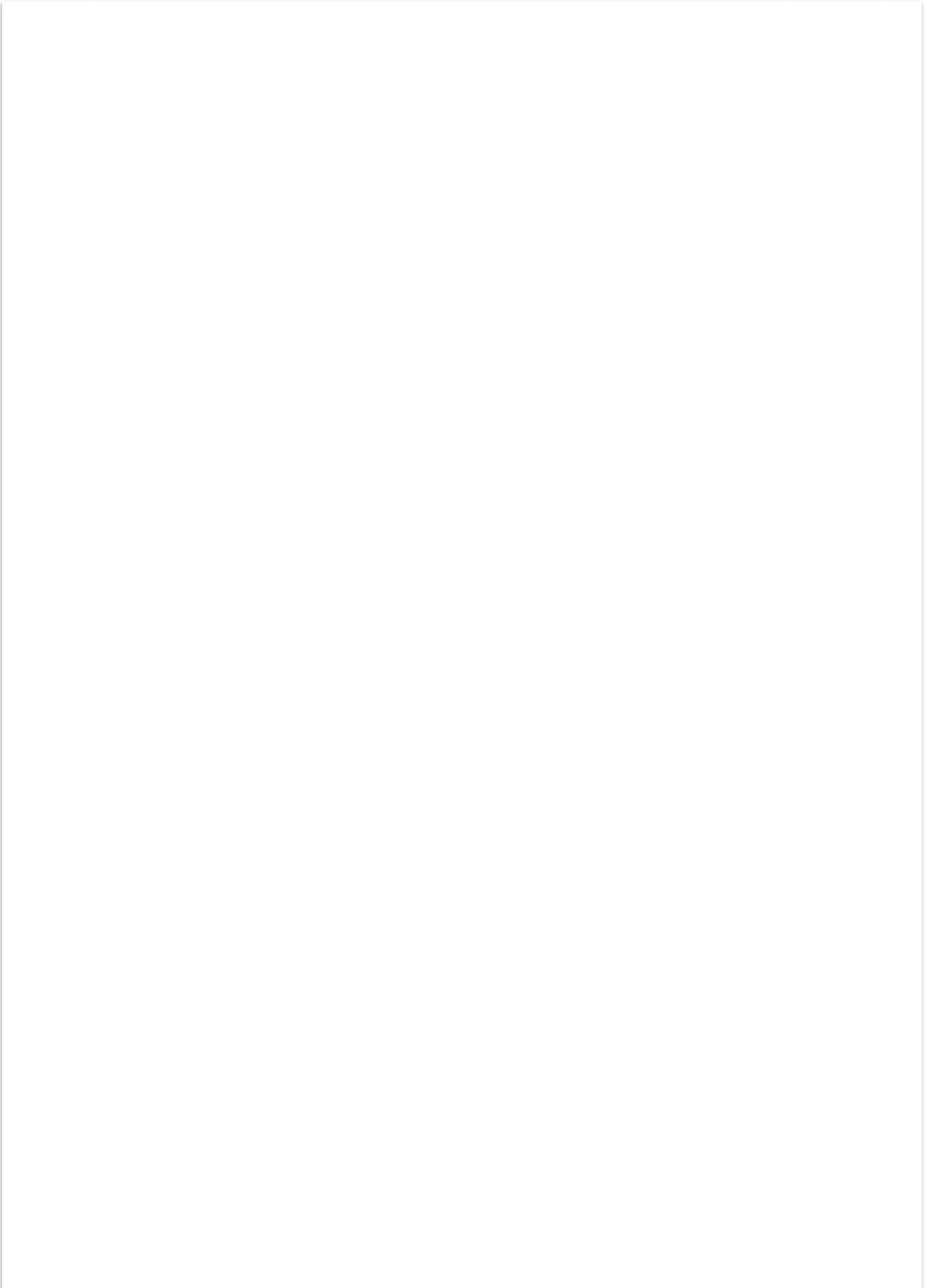
Objetivos	Fase do estudo	Produção
Relatar a experiência na gestão de listas de espera.	Fase 1 – Análise de demanda do curso	Intelectual I Artigo científico <i>“Atuação do enfermeiro regulador de leitos na pandemia pela covid-19: relato de experiência profissional”</i> , publicado na <i>Revista Saúde Coletiva (2021)</i> .
	Relato de experiência profissional	Intelectual II Artigo científico <i>“Atuação do enfermeiro regulador no gerenciamento de listas de espera cirúrgicas”</i> publicado na <i>Revista Brasileira de Enfermagem (2022)</i> .
Realizar a revisão da literatura para fundamentação e abordagem do tema.	Fase 1 – Análise de demanda do curso Estudo de Revisão integrativa	Intelectual III Artigo científico <i>“Estratégias de gerenciamento em listas de espera cirúrgicas: revisão integrativa”</i> , publicado na <i>Revista Eletrônica Acervo Saúde (2022)</i> .
Identificar o perfil sociodemográfico, formação acadêmica, laboral, conhecimentos prévios de profissionais que realizam o gerenciamento de listas.	Fase 1 – Análise de demanda do curso Estudo transversal	Intelectual IV Artigo científico <i>“Potencialidades e fragilidades de profissionais que realizam o gerenciamento de listas de espera”</i> em processo de submissão a <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>
Avaliar as potencialidades e fragilidades do gerenciamento das listas de espera pelos profissionais.		
Elaborar os planos de ação pedagógica do curso.	Fase 2 – Desenho Pedagógico do Curso	Técnica I Plano de ação pedagógica do módulo 2: <i>Conhecimentos conceituais e legislativos da gestão de listas de espera</i> .
	Elaboração dos “Planos de Ação Pedagógica (PAP)”	Técnica II Plano de ação pedagógica do módulo 3: <i>Conhecimento operacional sobre gestão de listas</i> .

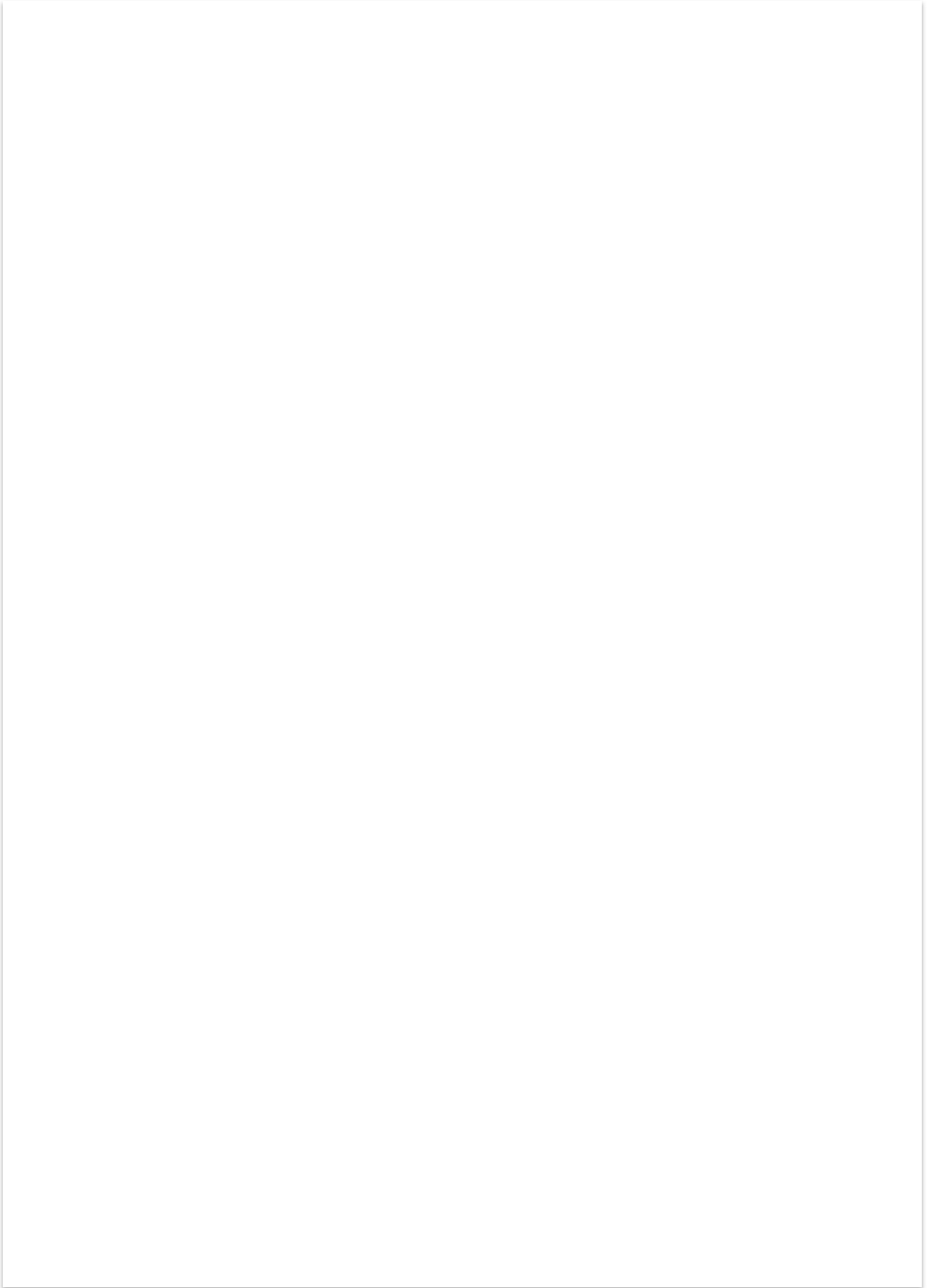
Construir os <i>storyboards</i> (material didático) do curso.	Fase 3 – Desenvolvimento do Curso Produção de Tecnologia Educacional	Técnica III <i>Storyboard: Apresentação do curso.</i>
		Técnica IV <i>Storyboard 1: Conhecimentos prévios sobre gerenciamento das listas de espera de pacientes eletivos.</i>
		Técnica V <i>Storyboard 2: Conhecimentos conceituais e legislativos da gestão de listas de espera.</i>
		Técnica VI <i>Storyboard 3: Conhecimento operacional sobre gestão de listas de espera.</i>
		Técnica VII <i>Storyboard 4: Avaliação da aprendizagem sobre gerenciamento das listas de espera de pacientes eletivos.</i>
		Técnica VIII Vídeo “ <i>Fluxo de Acesso do Paciente Eletivo</i> ”
		Técnica IX Vídeo “ <i>Fluxo de Acesso do Paciente Eletivo à Lista de Espera Cirúrgica e Clínica</i> ”.
		Técnica X Vídeo “ <i>Fluxo de Acesso do paciente via Emergência</i> ”.
		Técnica XI Vídeo “ <i>Impactos da Lista de Espera de Pacientes Eletivos</i> ”.
		Técnica XII História em Quadrinho “ <i>Legislação e a Lista de Espera de Pacientes Eletivos</i> ”.
Técnica XIII História em Quadrinho Animada “ <i>Organização da Lista de Espera</i> ”.		

		<p>Técnica XIV História em Quadrinho Animada <i>“Organização da Lista de Espera pelo Núcleo Interno de Regulação”</i>.</p>
		<p>Técnica XV Mapa Mental <i>“Conhecimento operacional em Gestão de Listas de Espera”</i>.</p>
		<p>Técnica XVI <i>Playlist “Complexo Regulador de Saúde”</i>.</p>
		<p>Técnica XVII Curso de Formação Multiprofissional <i>“Gerenciamento de Listas de Espera de Pacientes Eletivos Cirúrgicos e Clínicos”</i></p>
<p>Avaliar o conteúdo dos <i>storyboards</i> para o curso.</p>	<p>Fase 3 – Desenvolvimento do Curso Relato de experiência da produção</p>	<p>Intelectual V Artigo científico <i>“Construção de materiais didáticos digitais para um curso de formação multiprofissional em gestão das listas de espera”</i>, submetido à <i>Revista Saberes Plurais: Educação na Saúde (2022)</i> e com revisões requeridas para publicação.</p>

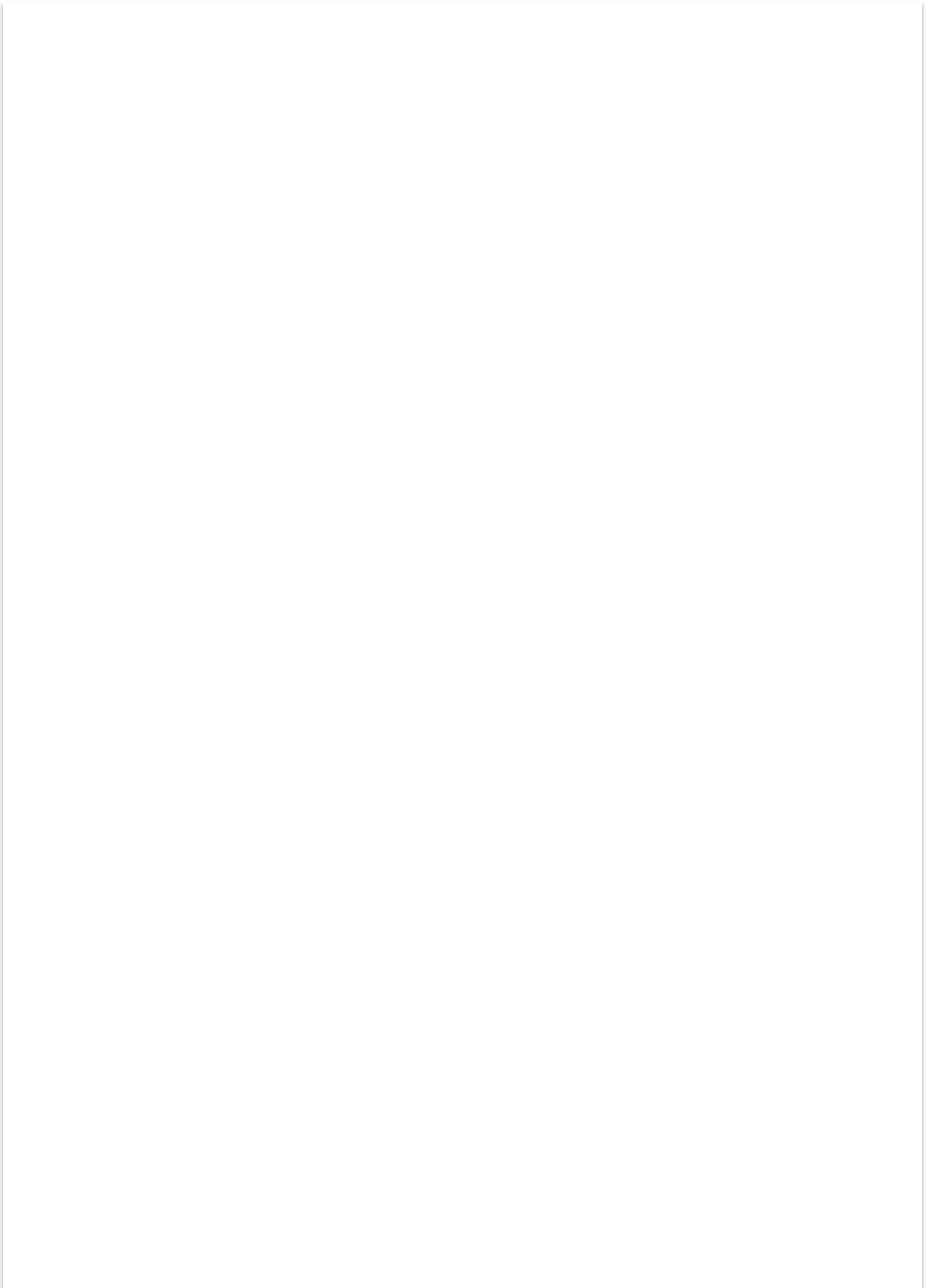
Quadro 6: Produção intelectual e técnica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2022.



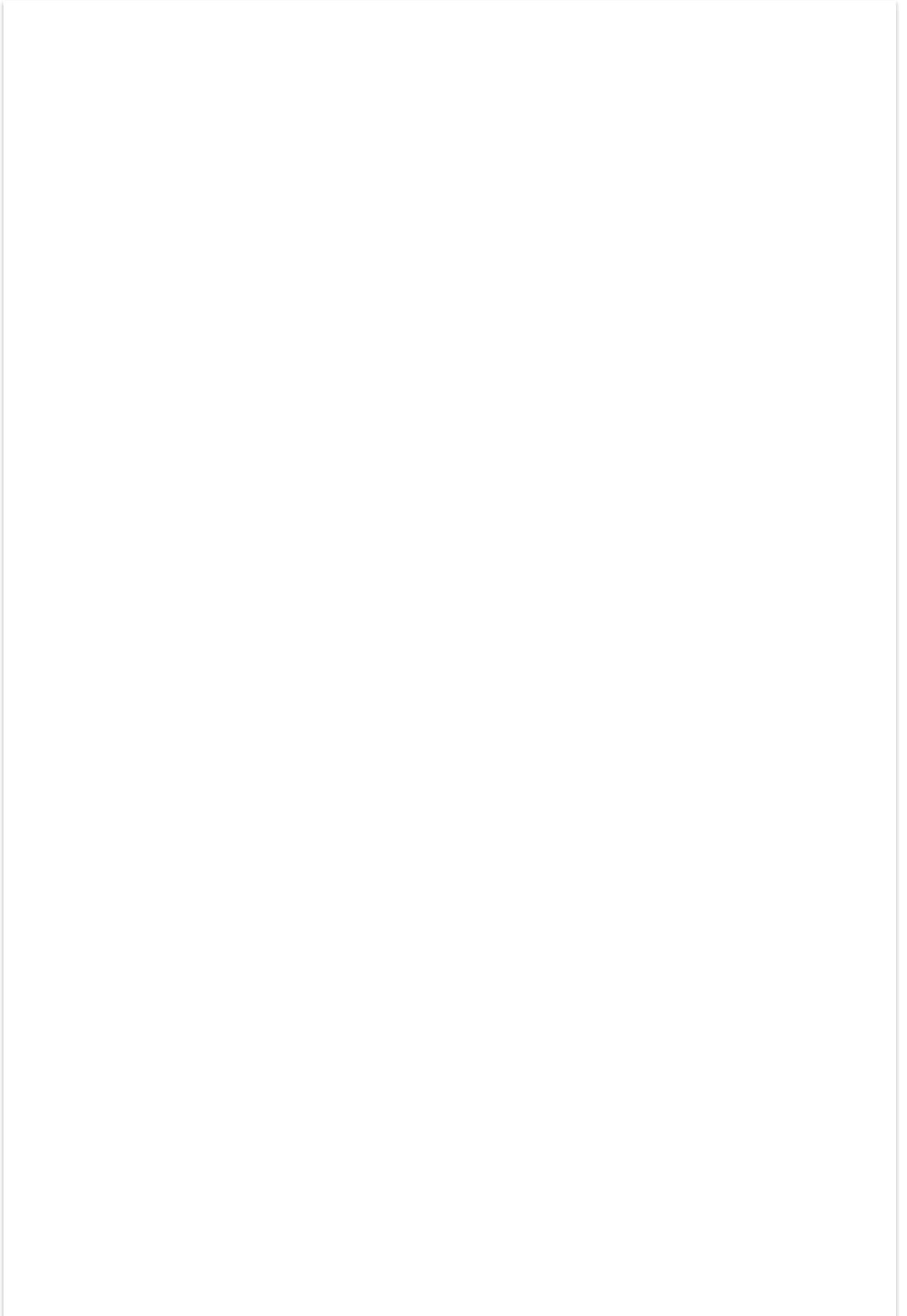




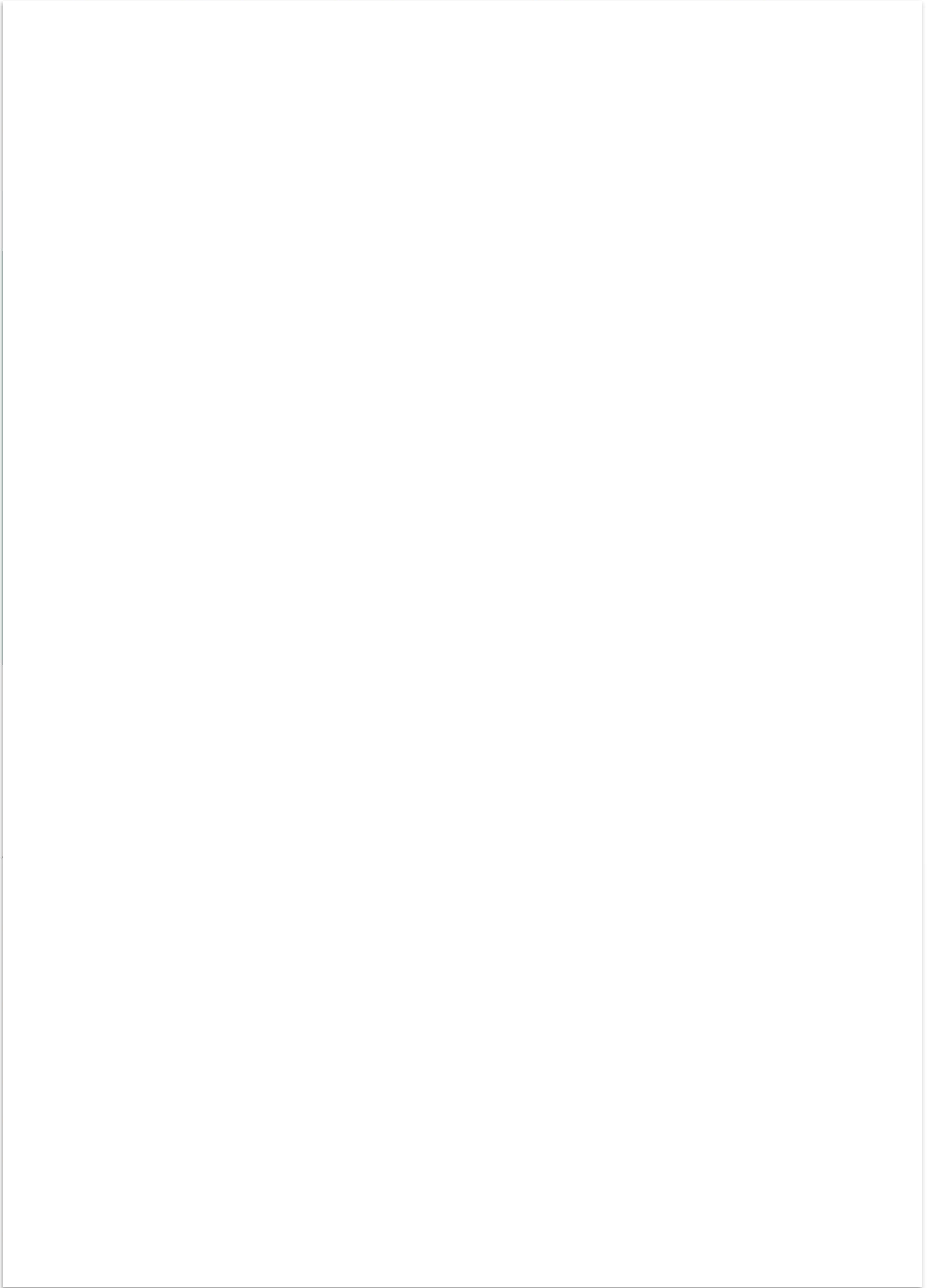




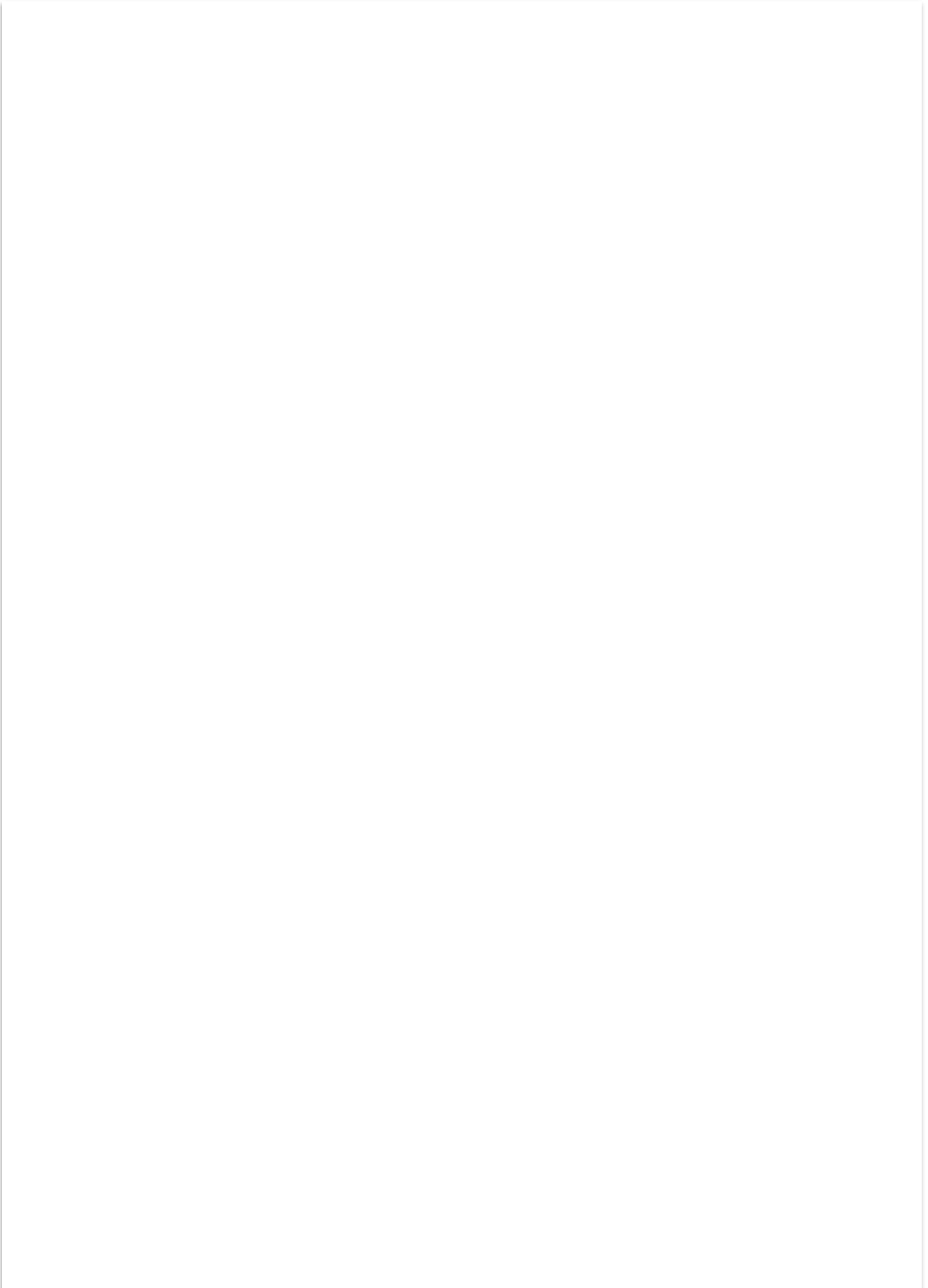


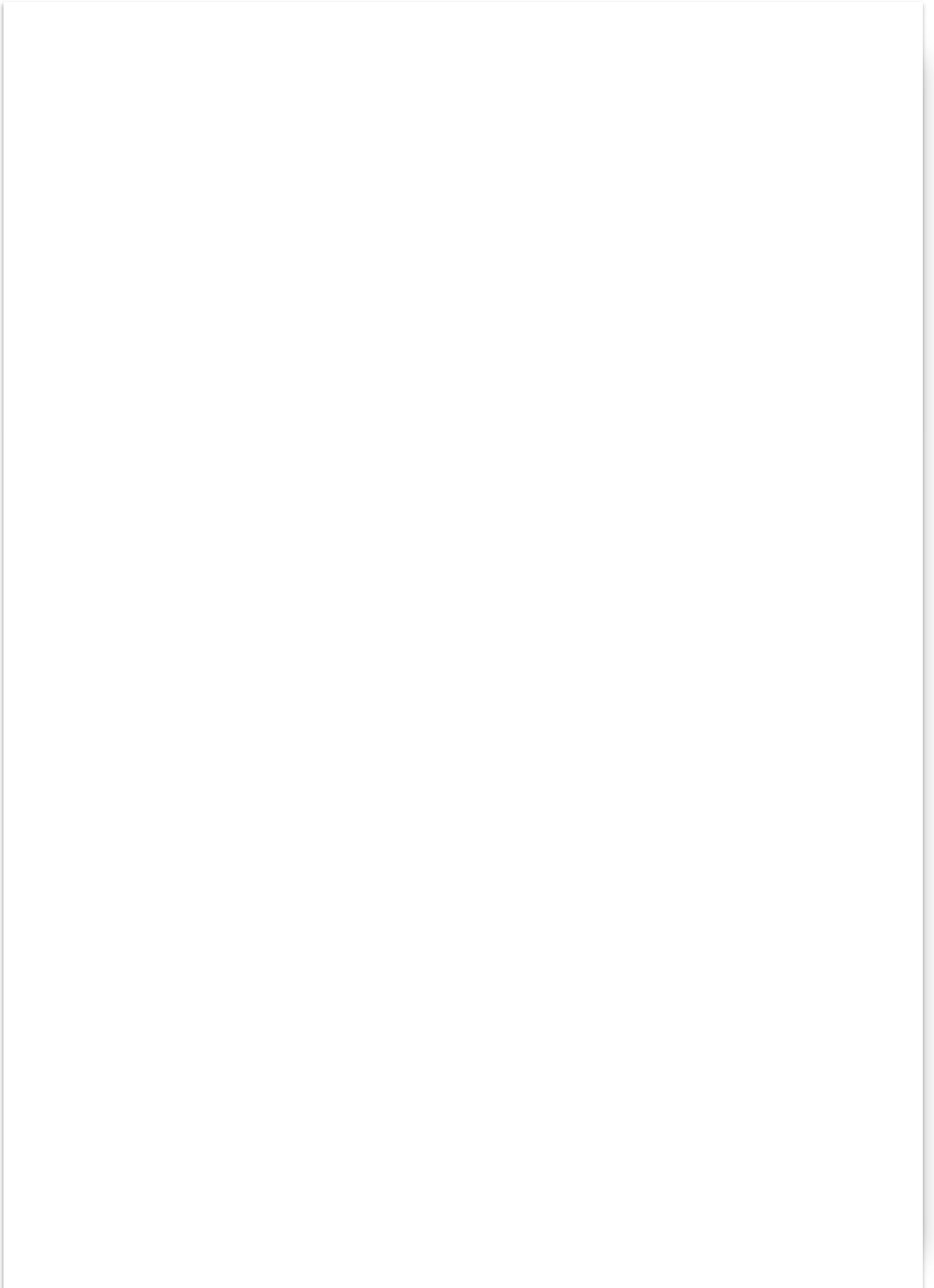


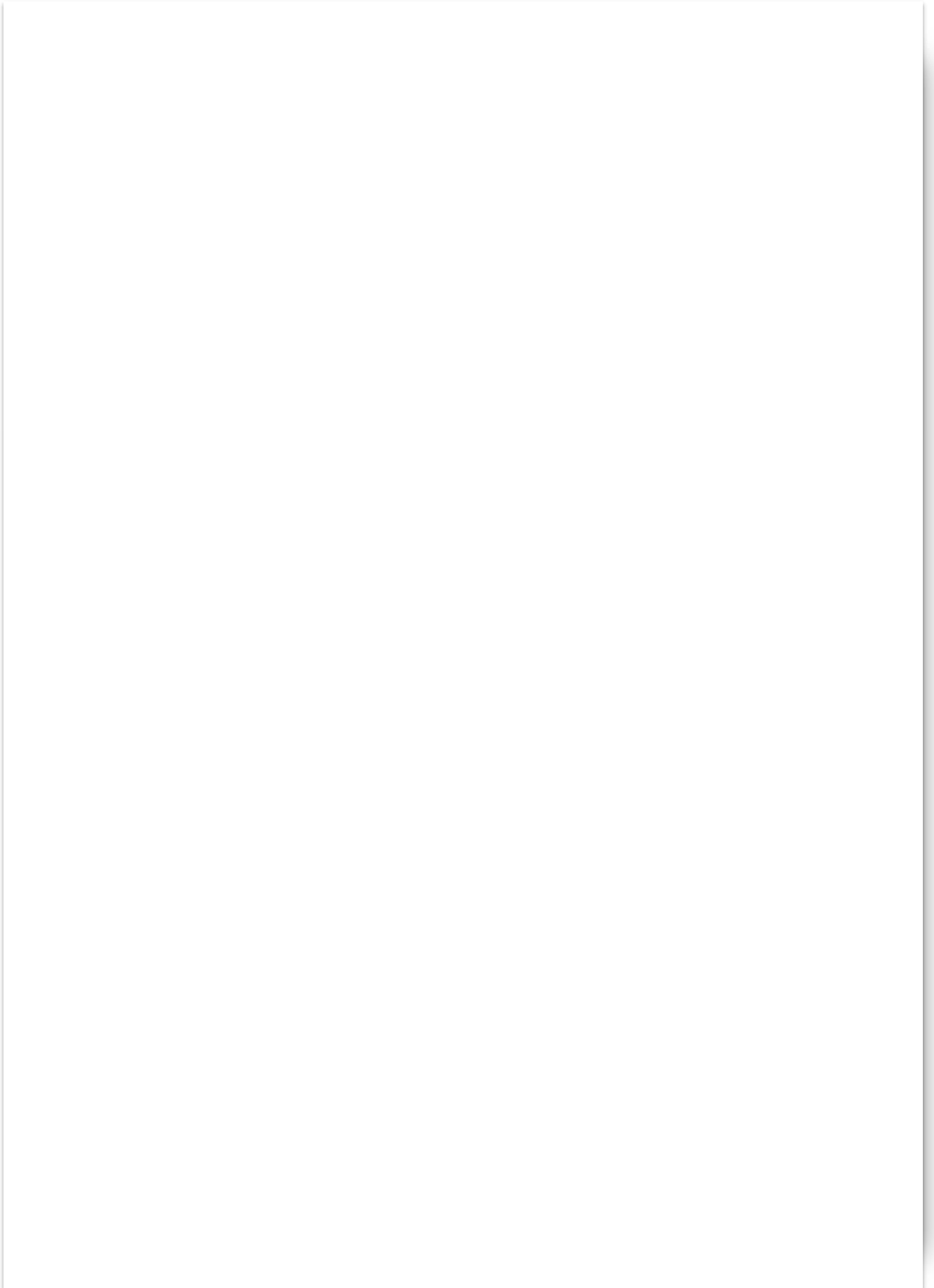


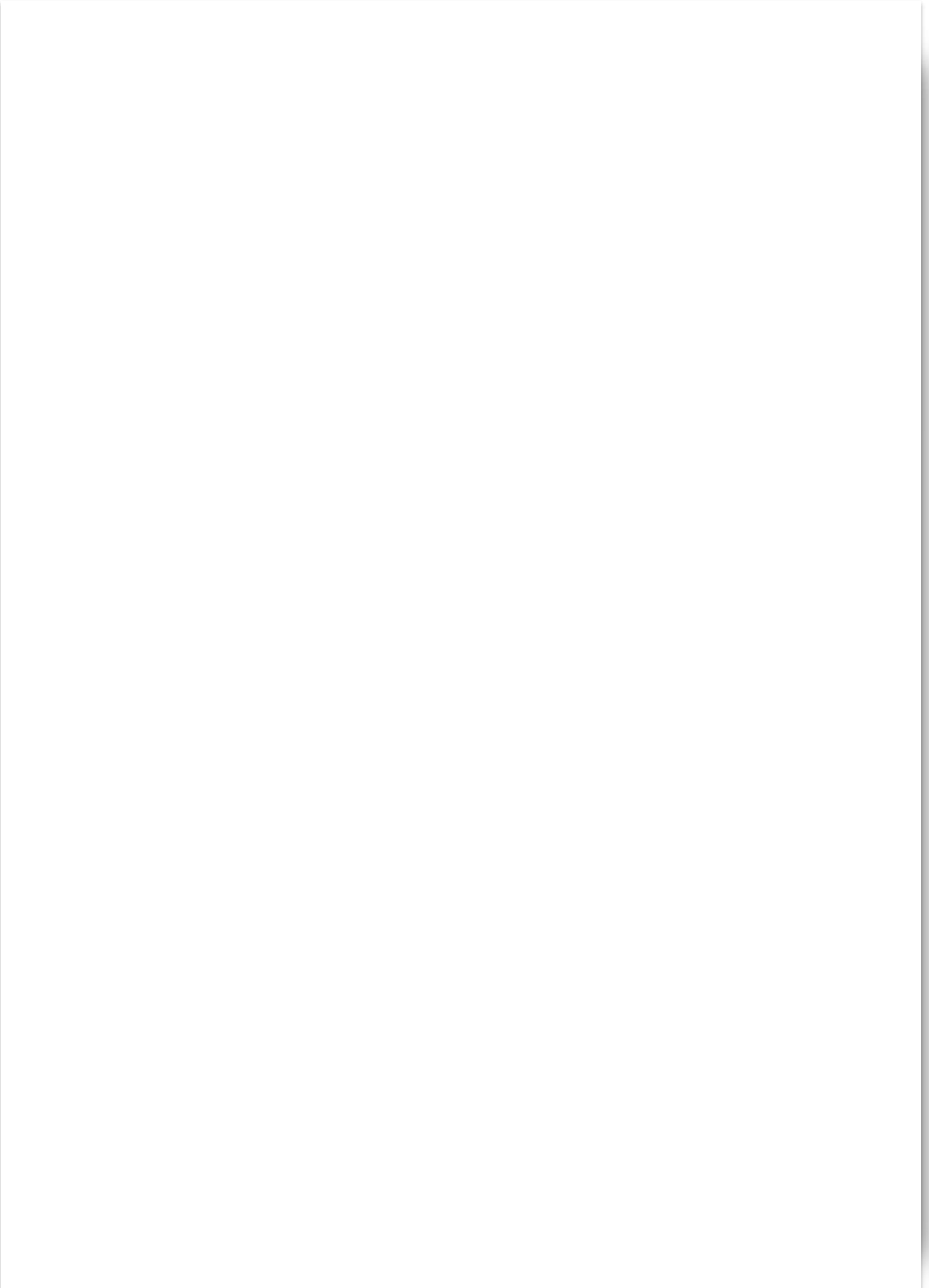


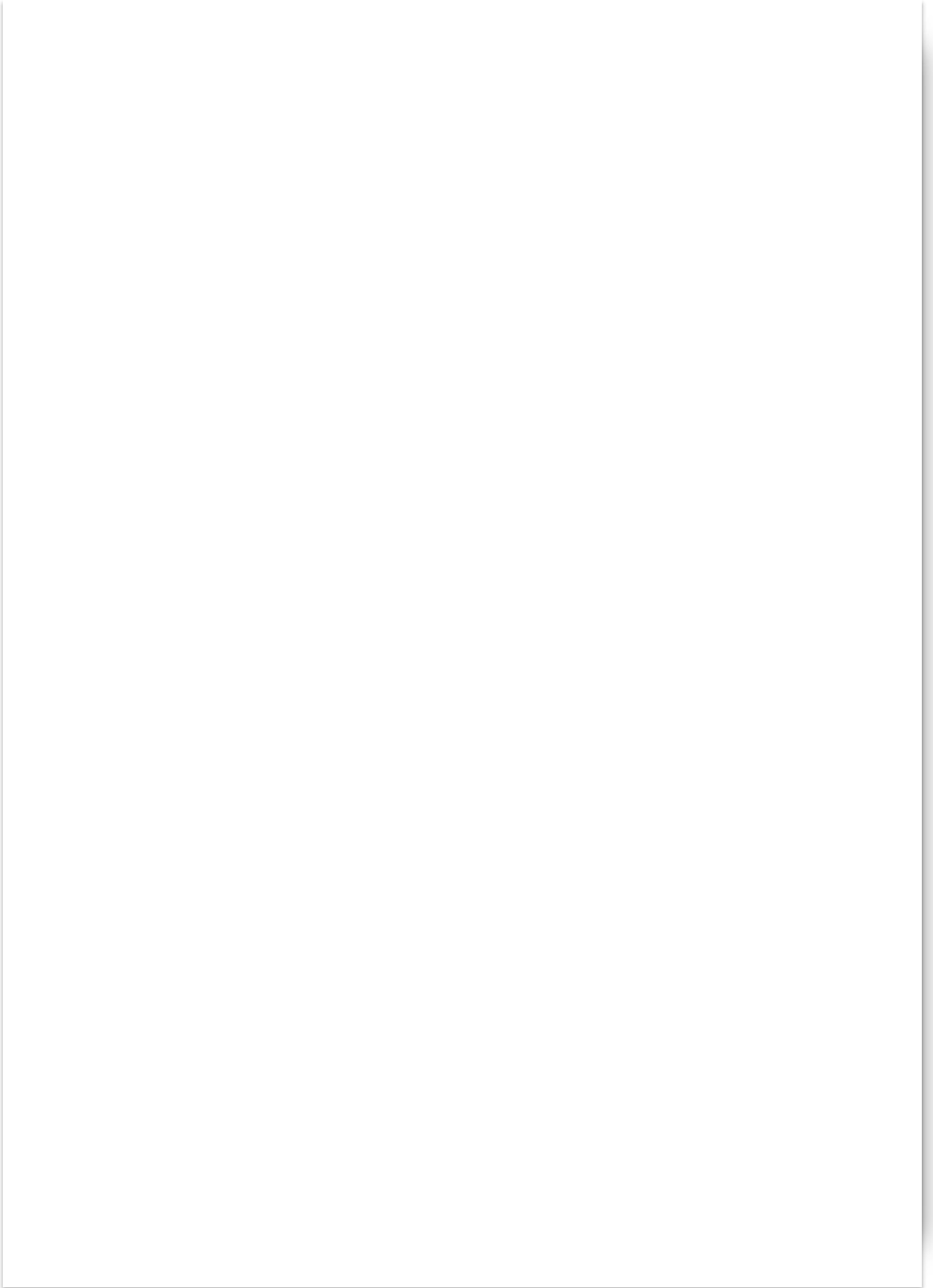


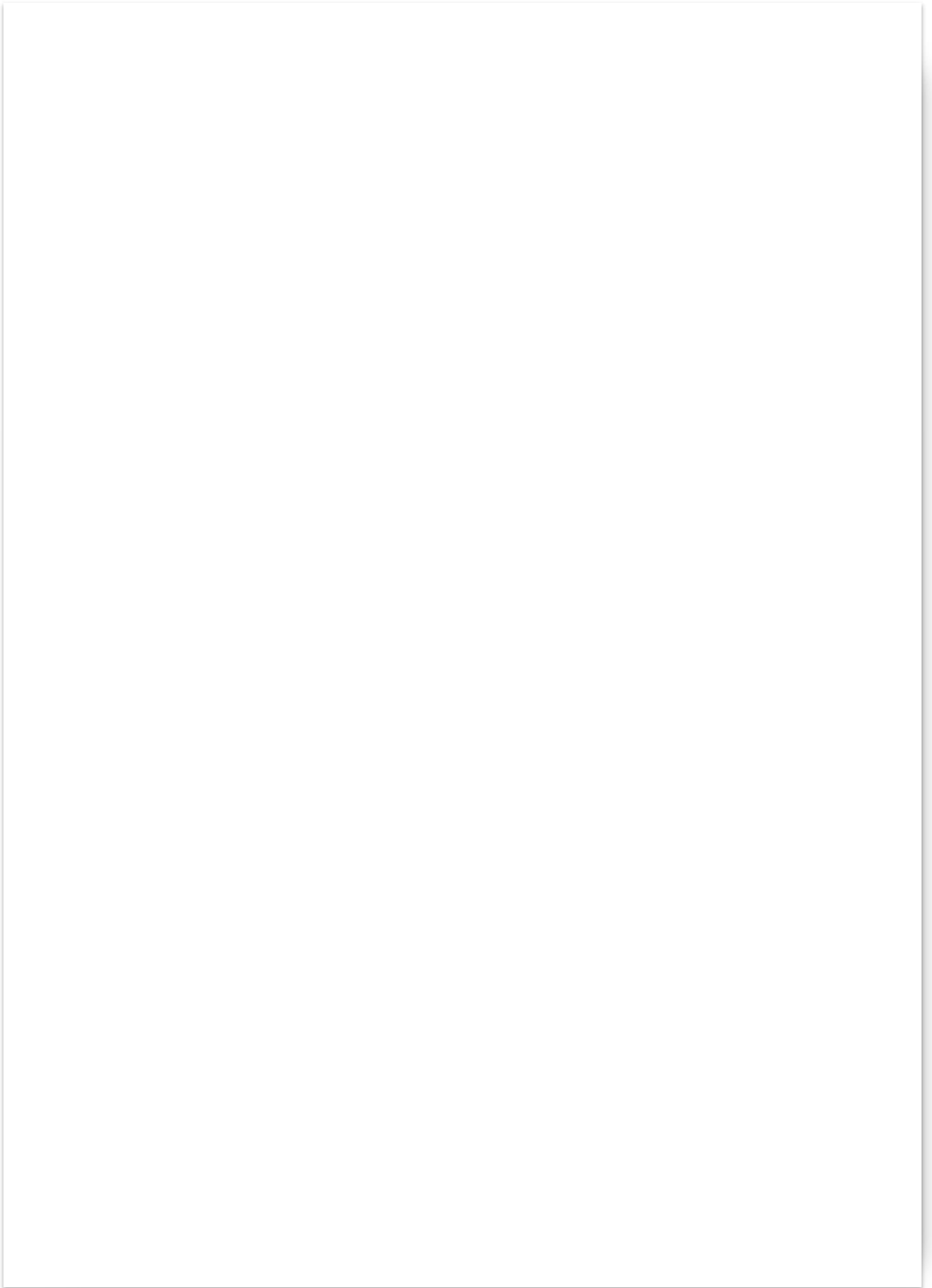


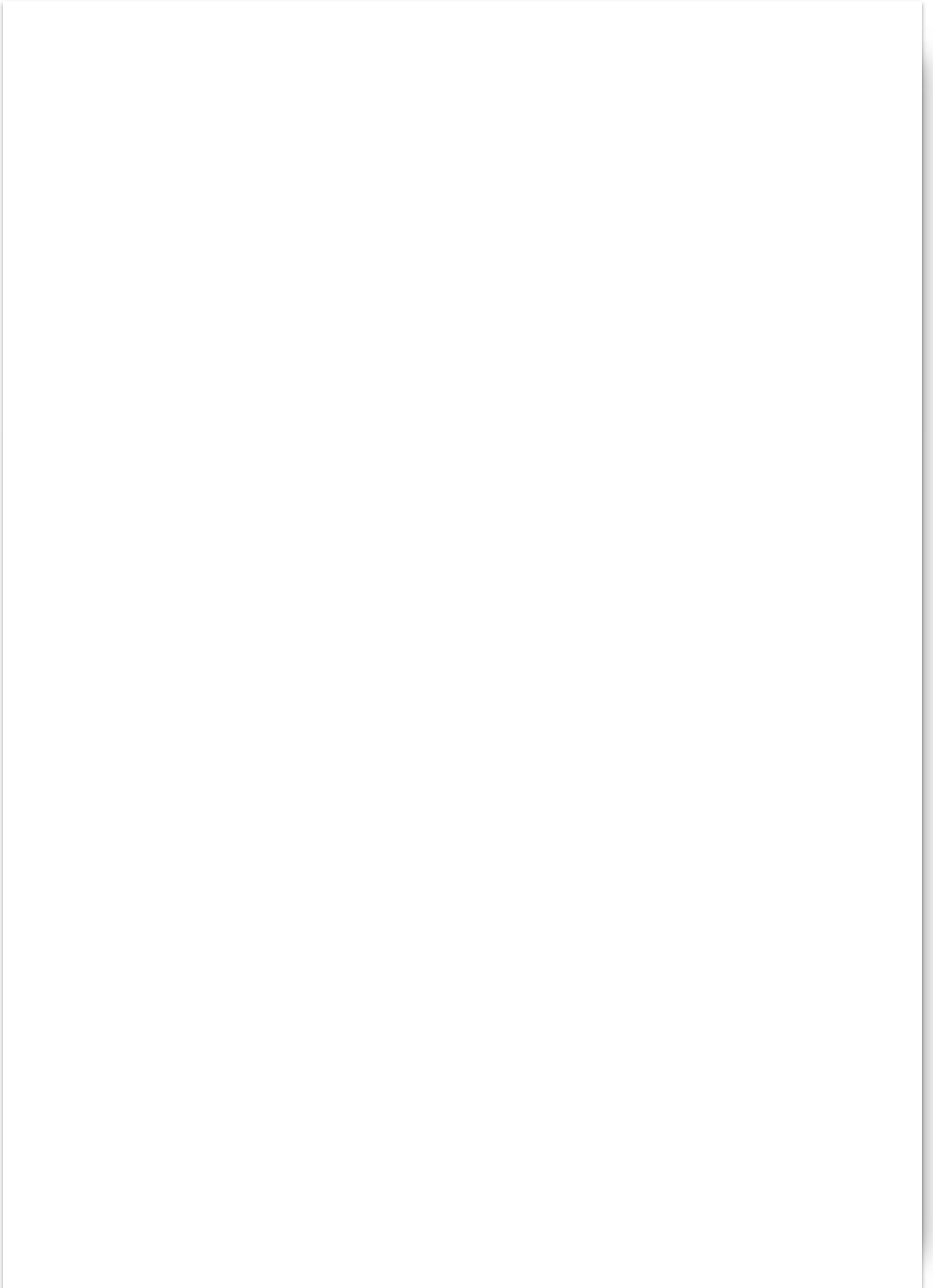


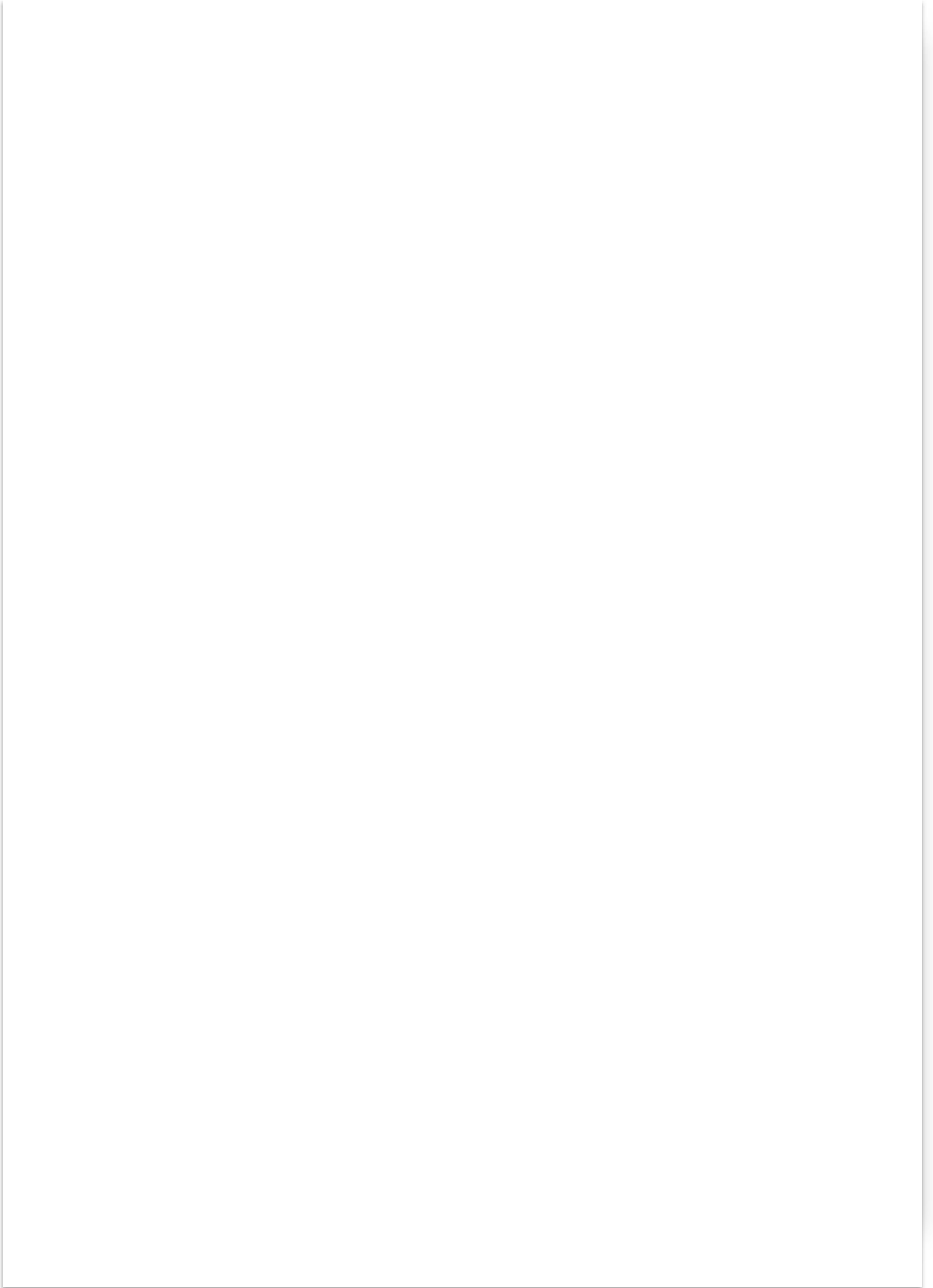


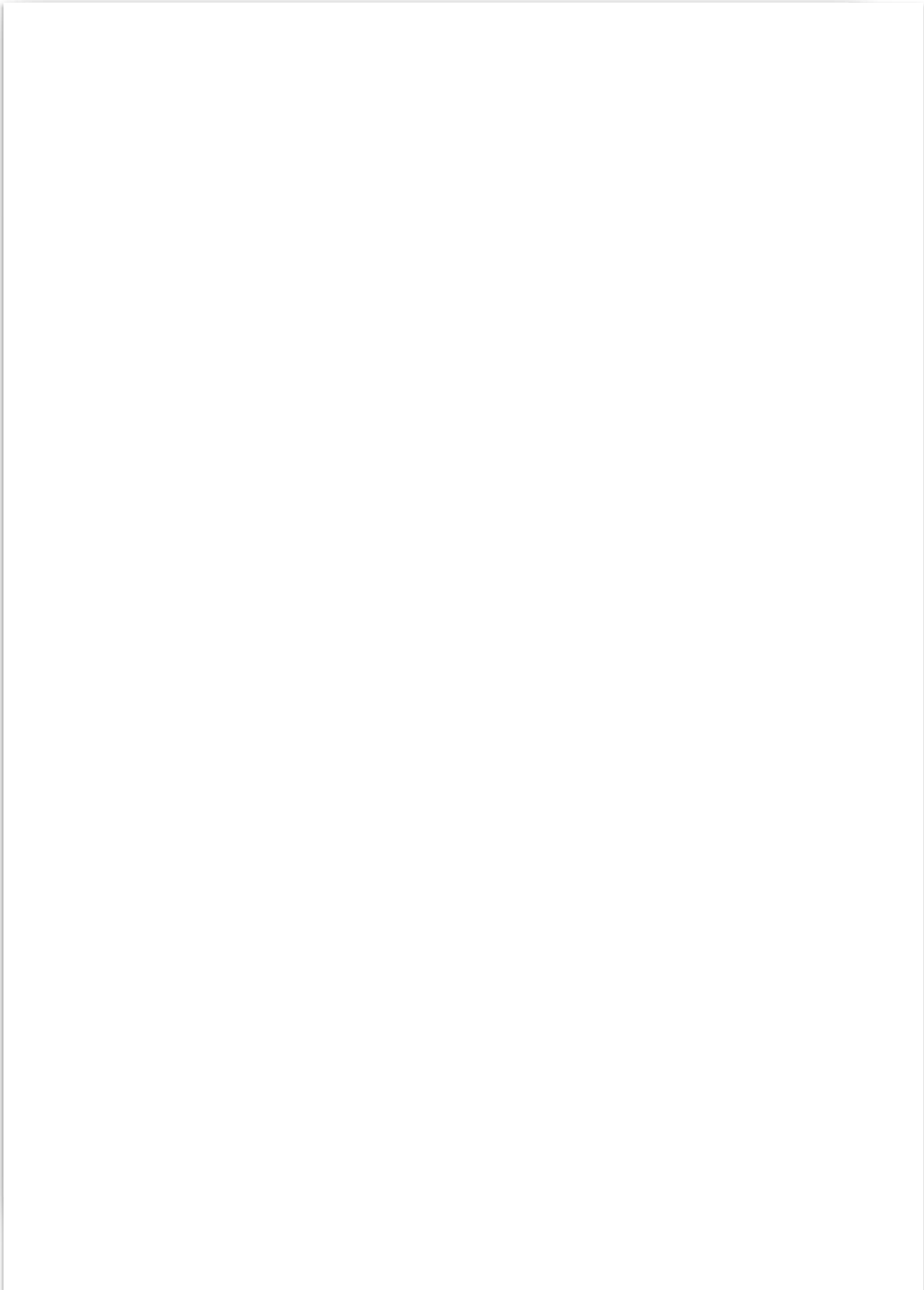










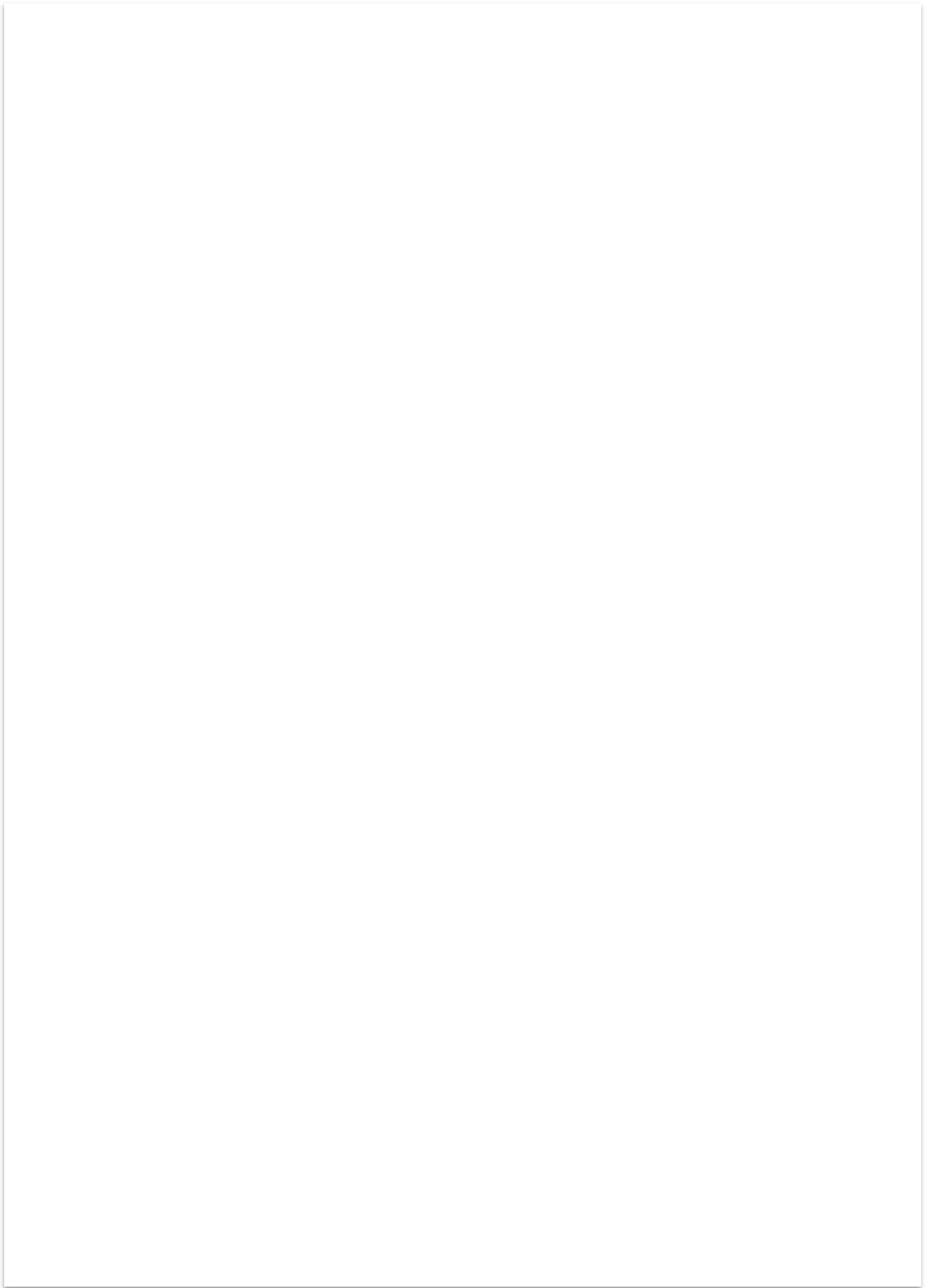


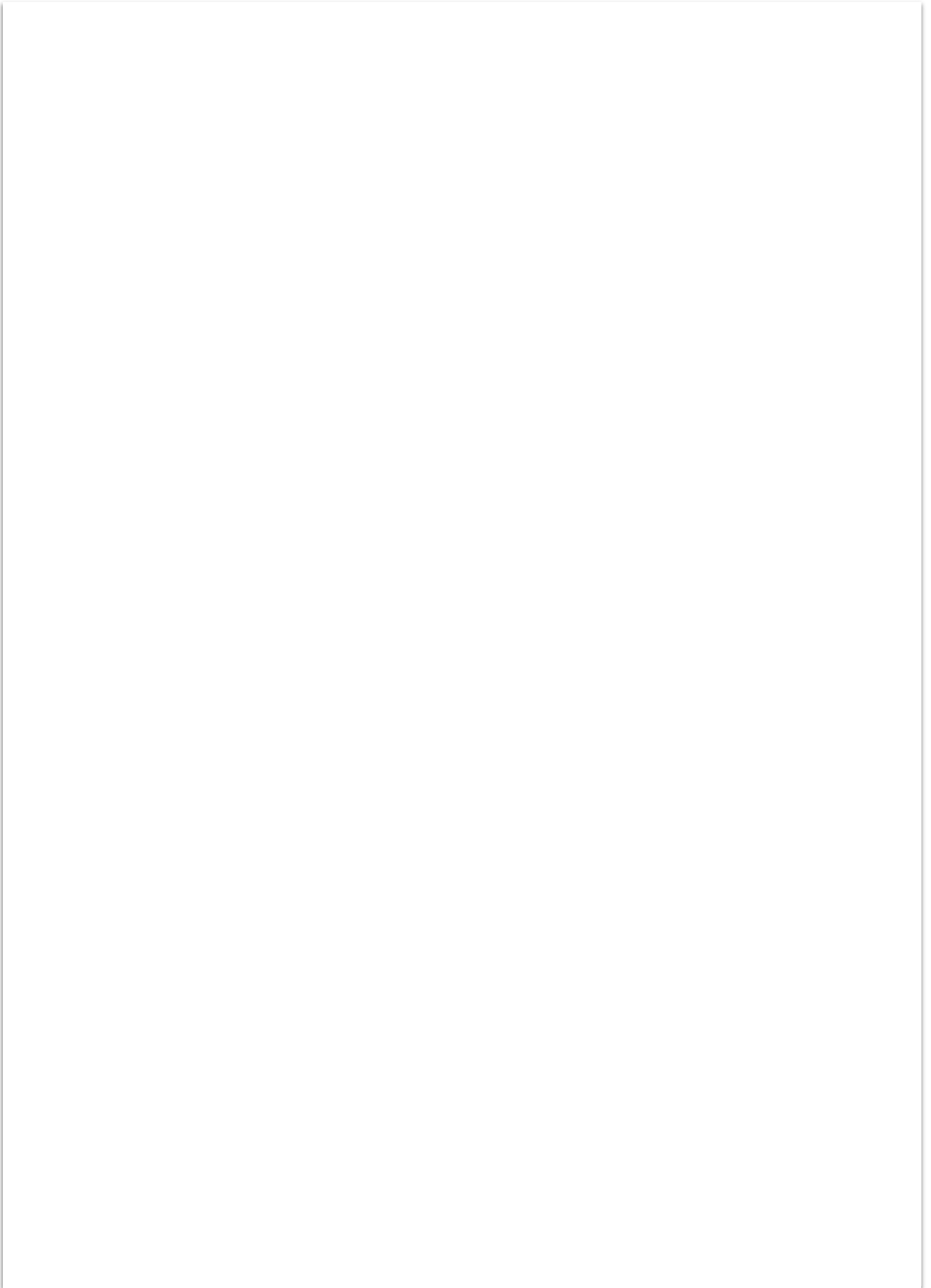




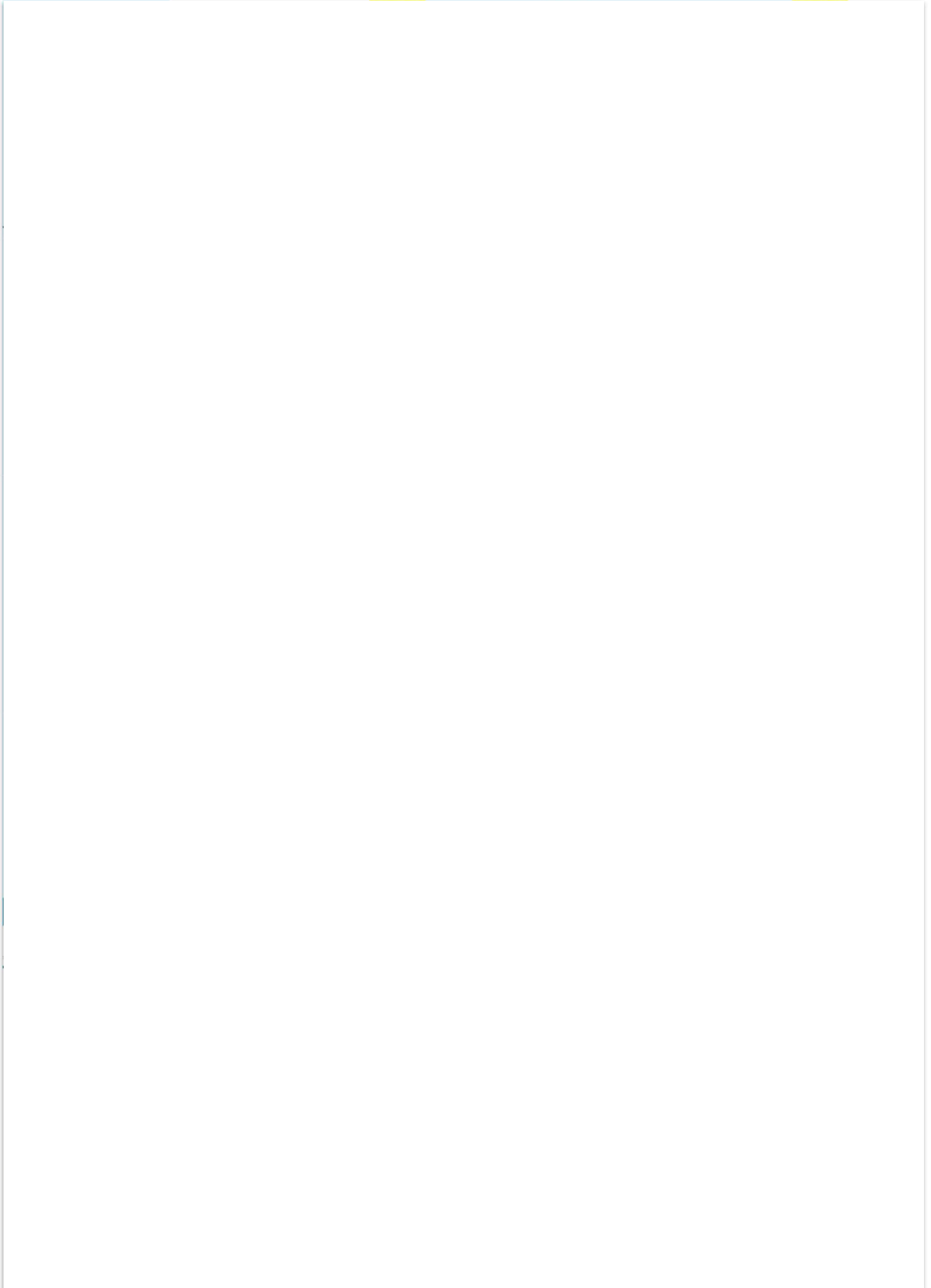




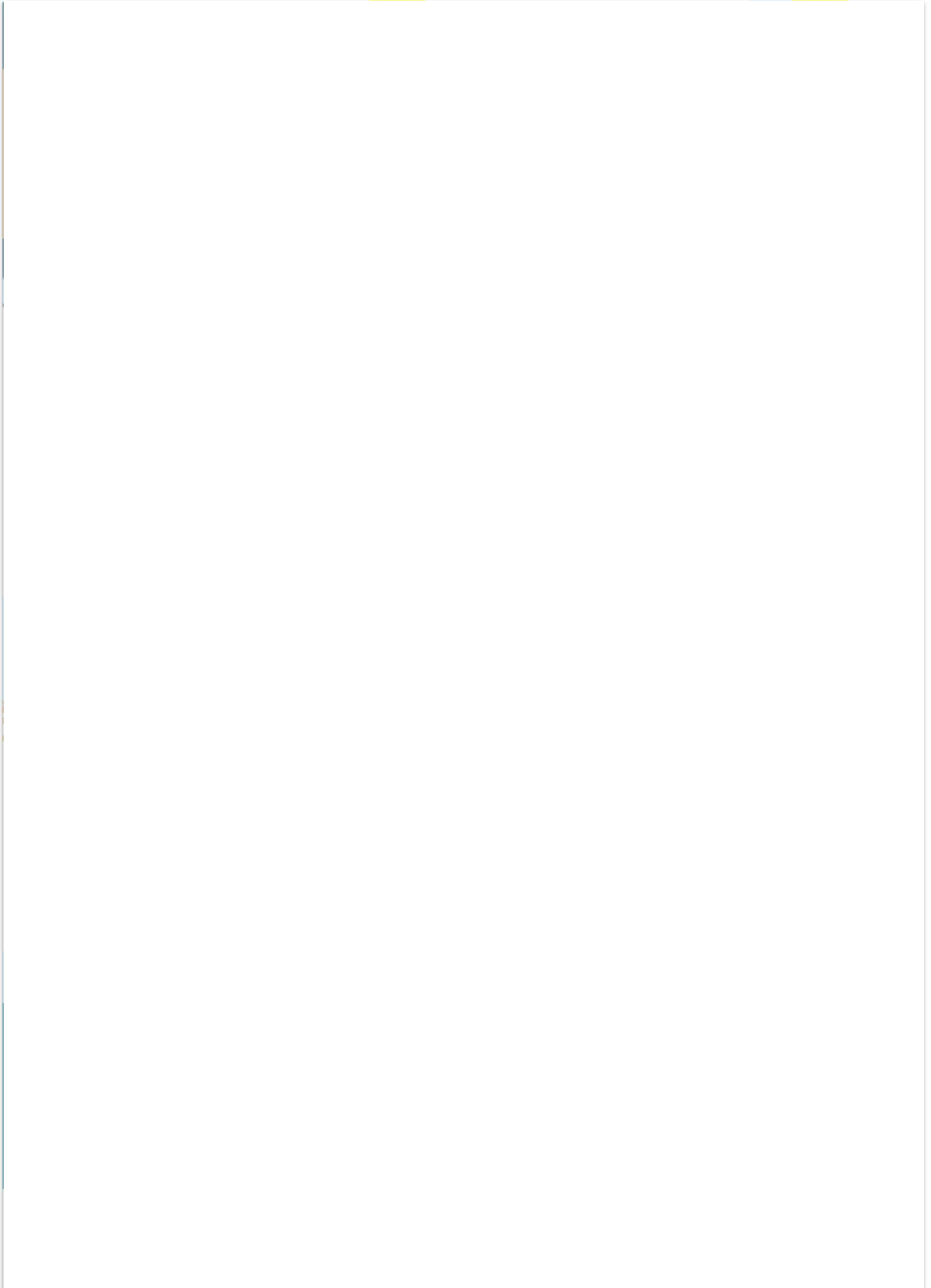


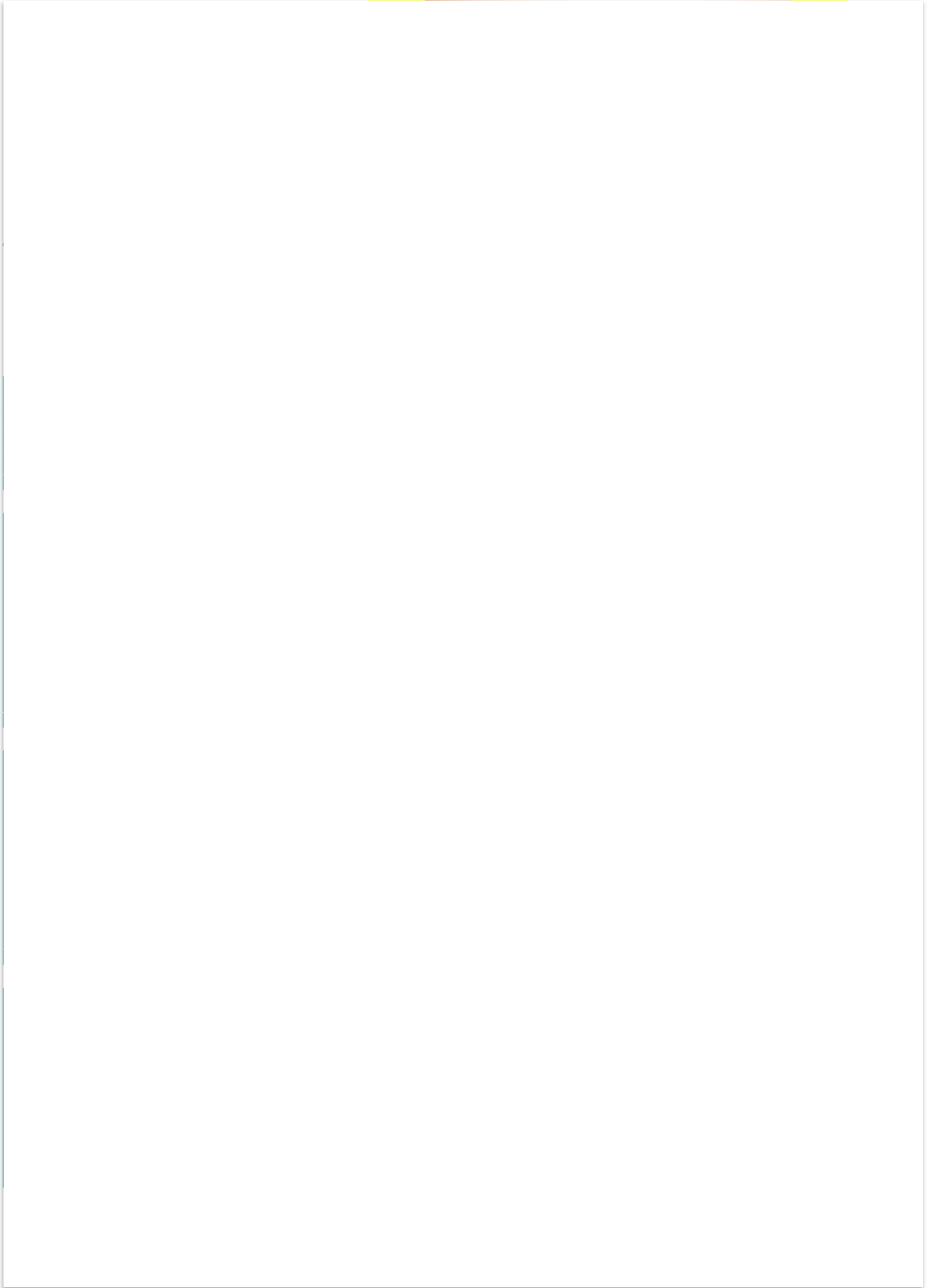


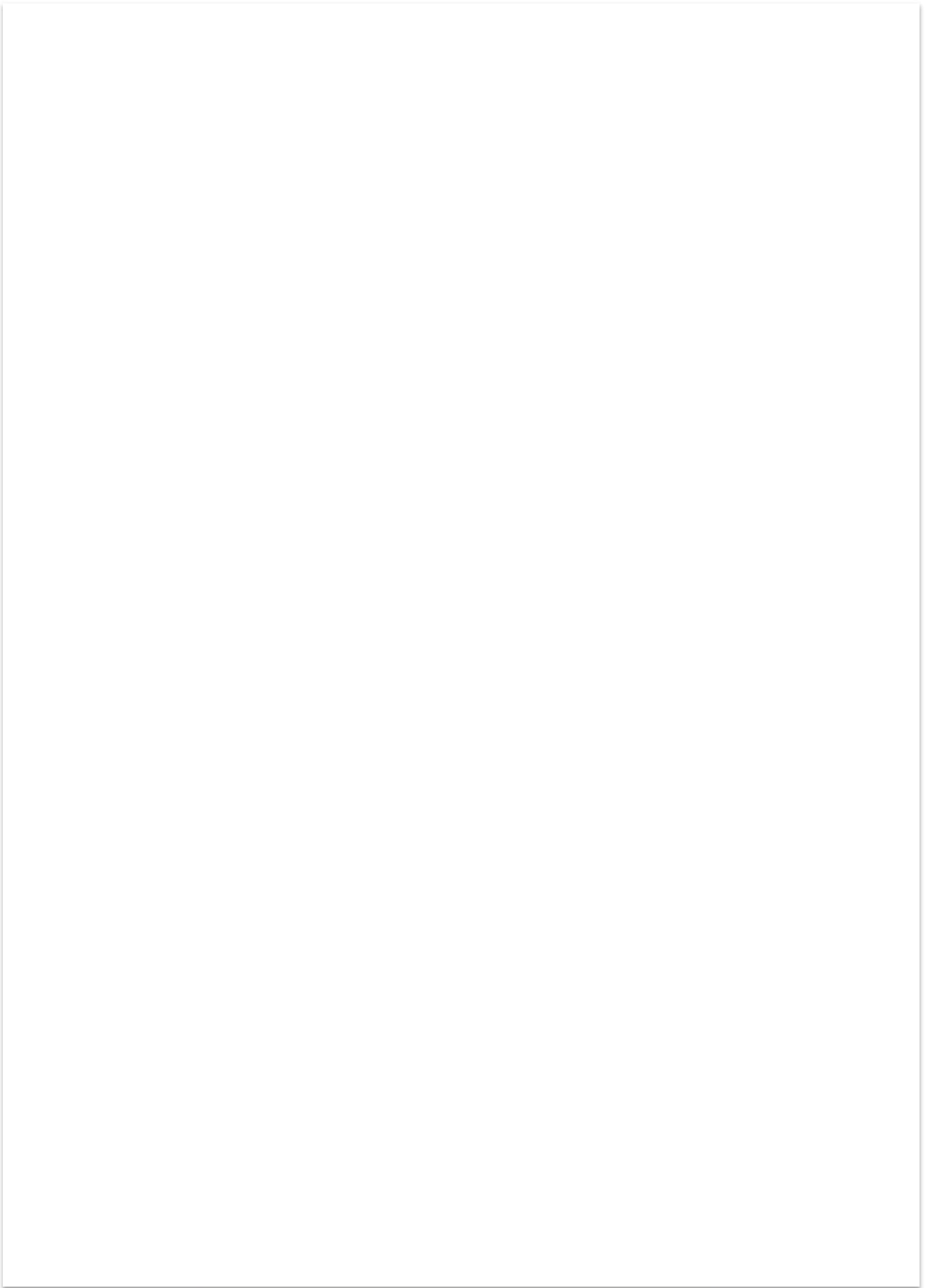


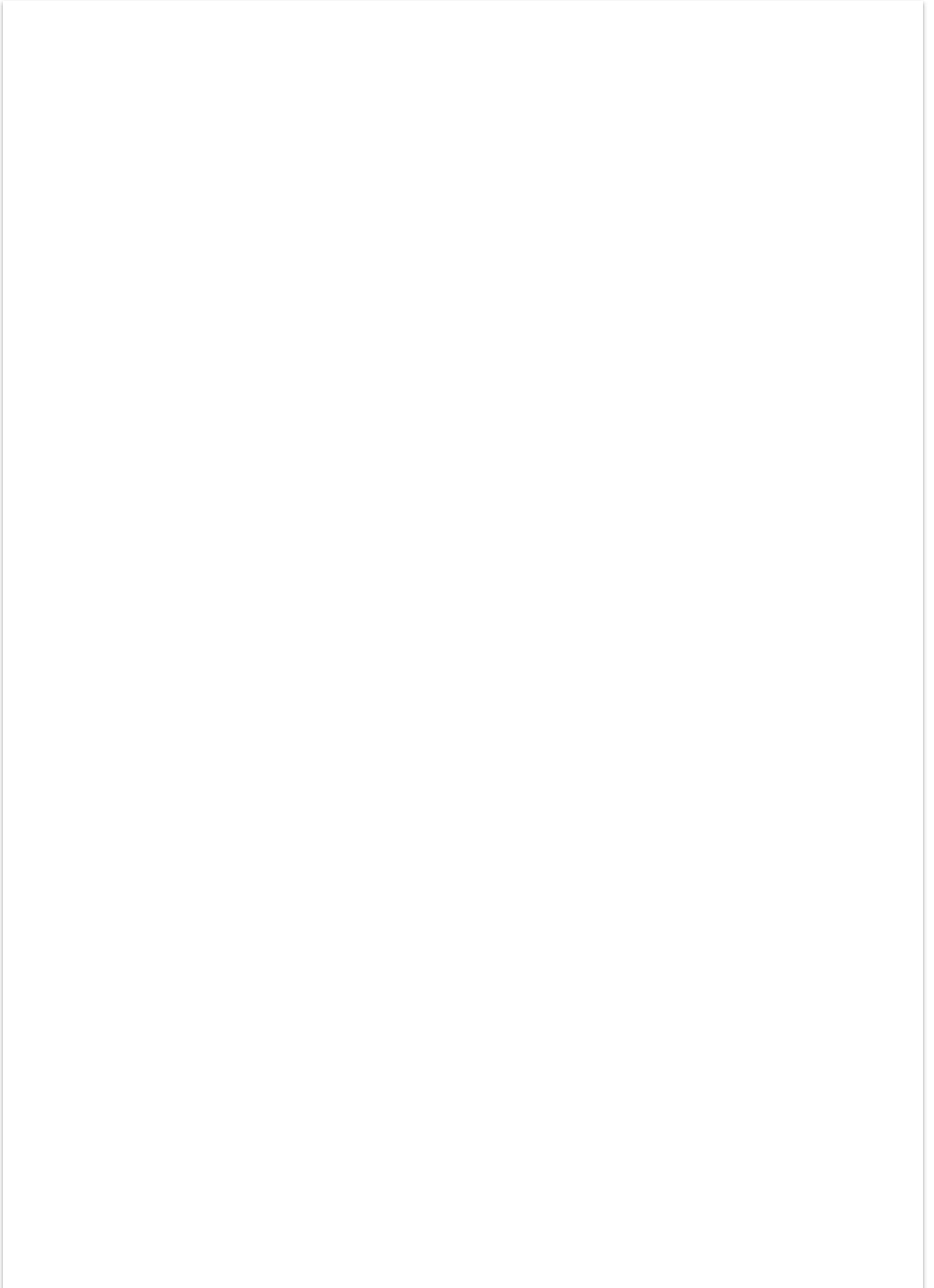


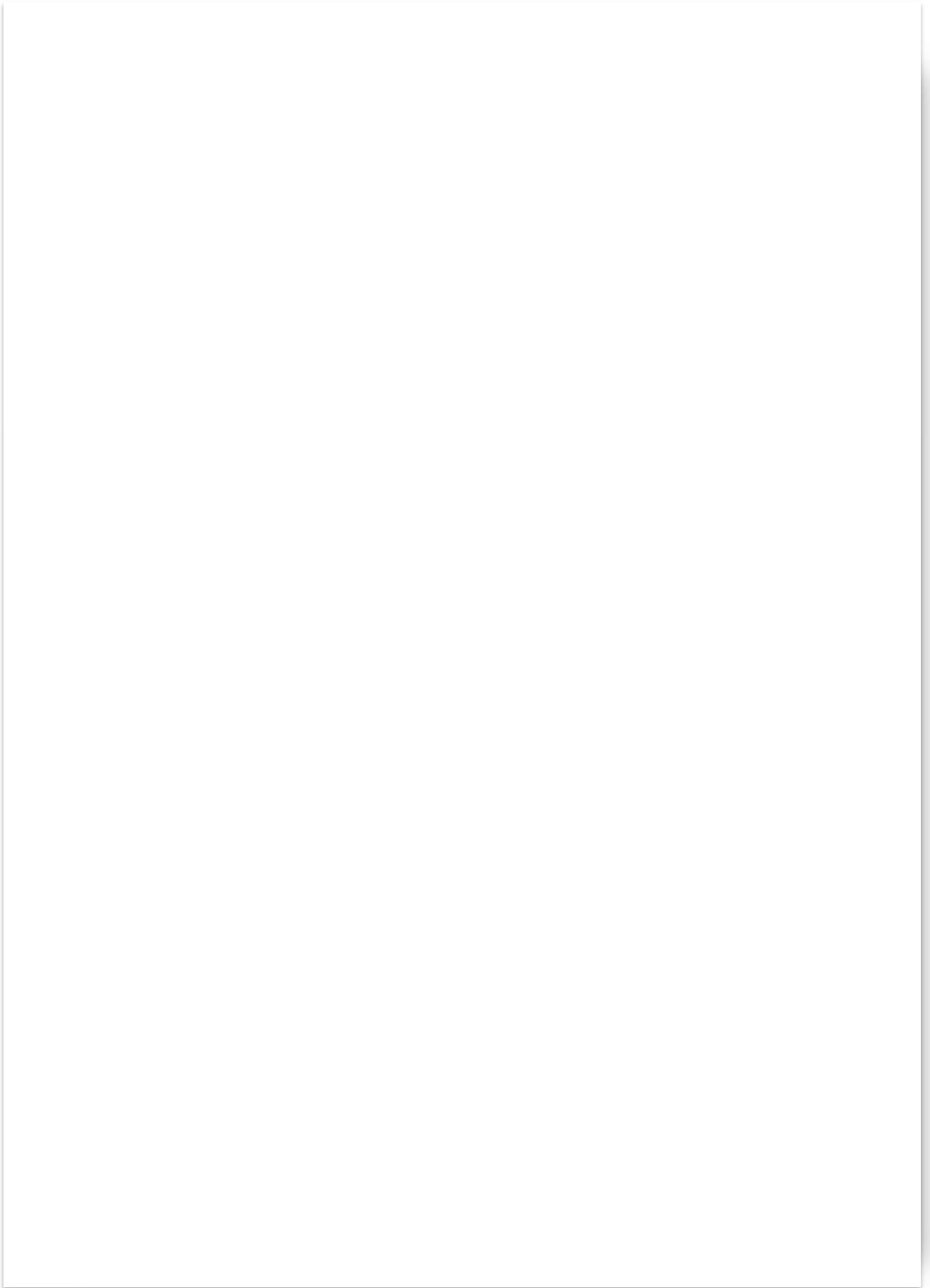


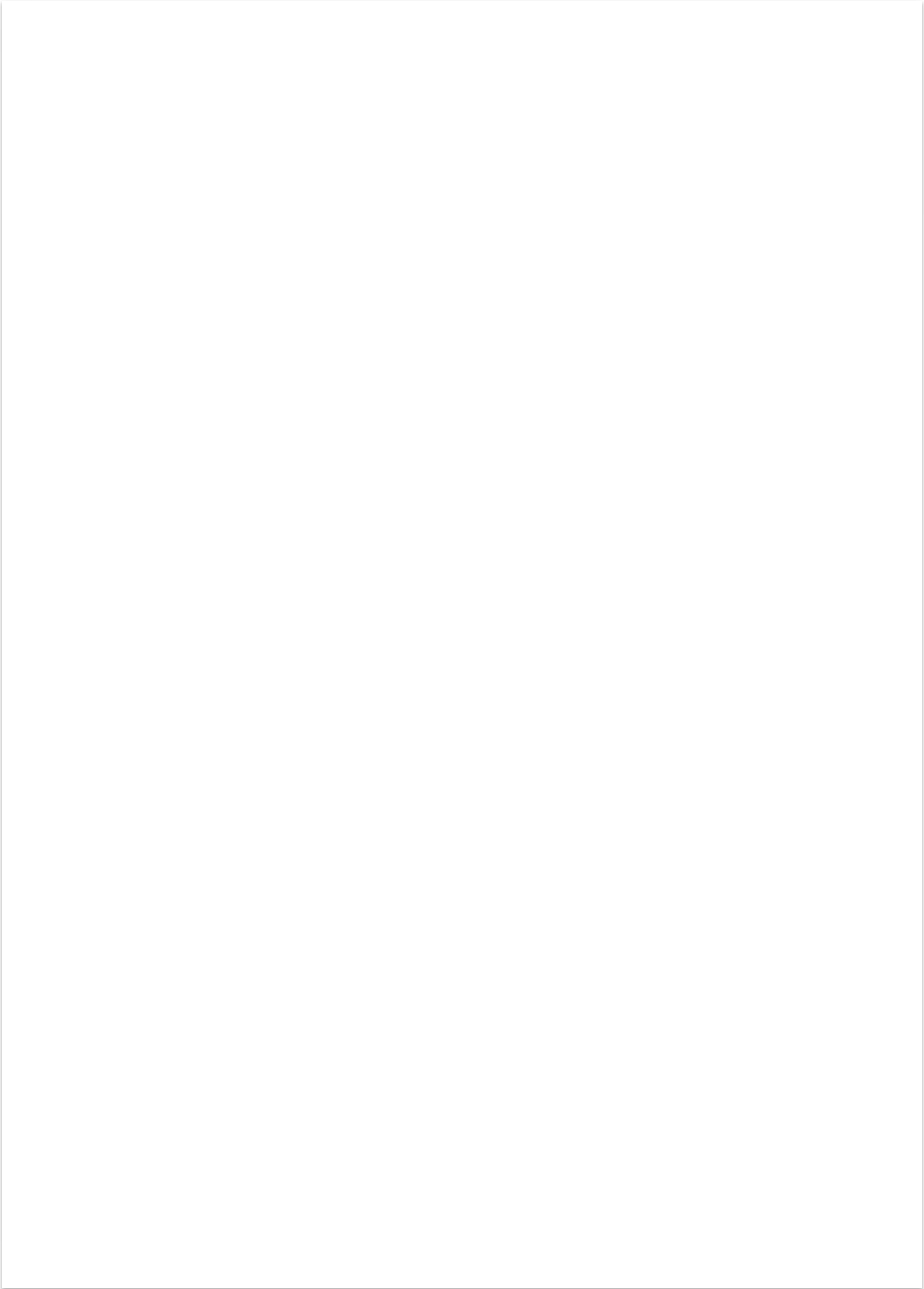


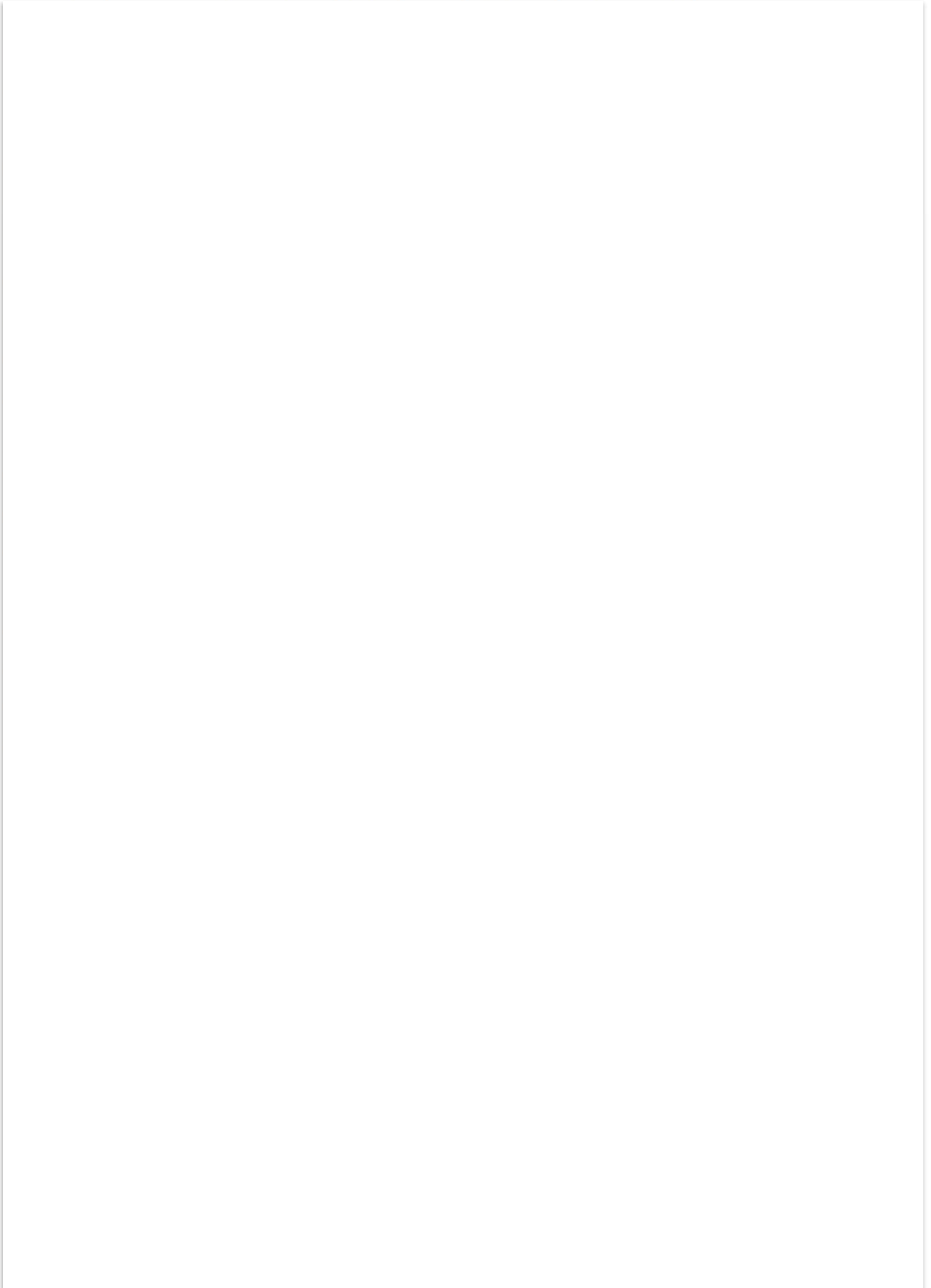


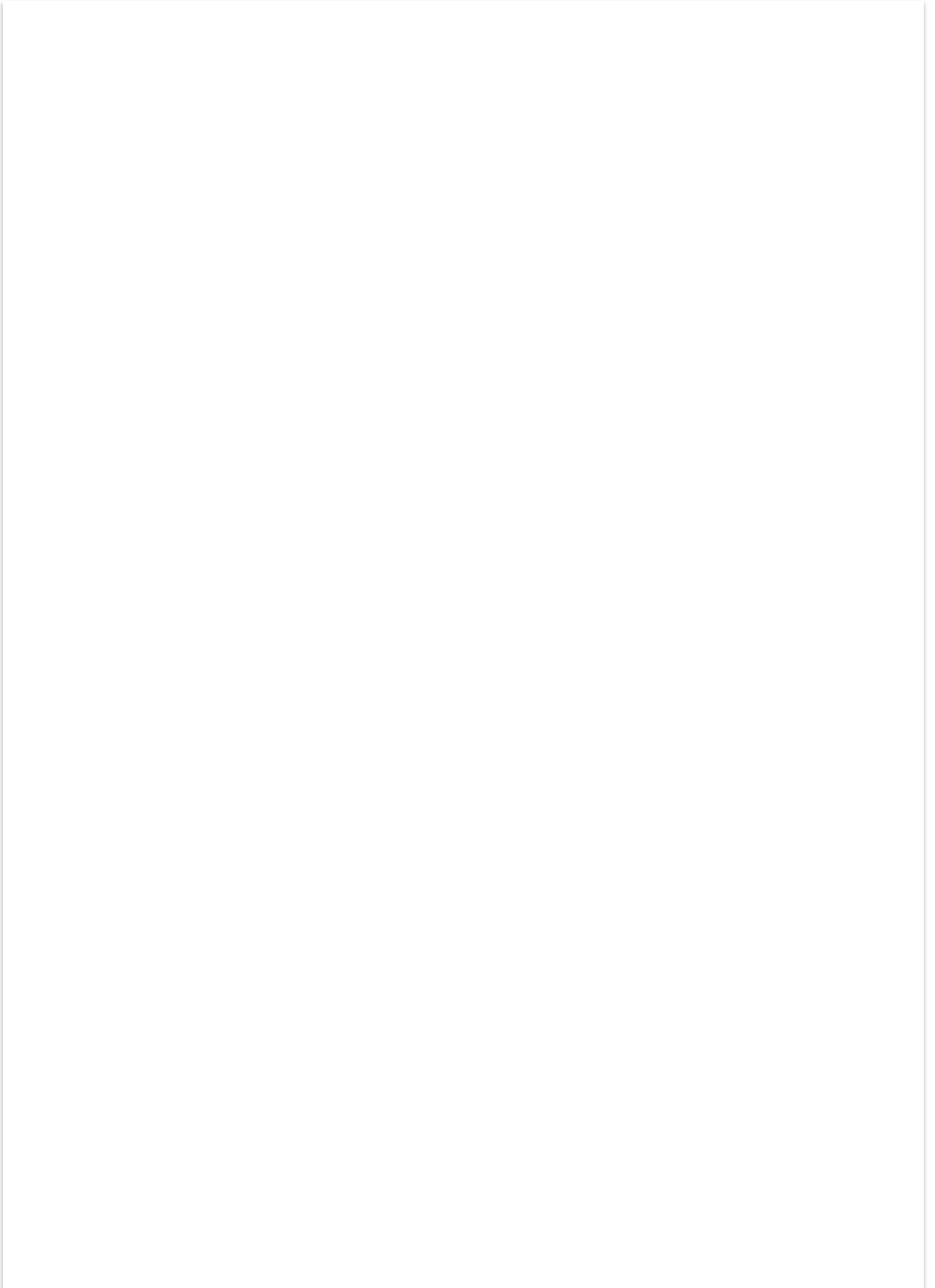












Módulo 3 - Pág. 7

A auditoria permite entender e melhorar os processos, bem como avaliar se o planejamento estratégico está sendo seguido adequadamente ou precisa melhorar.

A auditoria do gerenciamento das listas de espera pode ajudar a EVITAR RISCOS como por exemplo:

- Fragilidades no gerenciamento das listas de espera;
- Desatualização das listas de espera;
- Falta de critérios norteadores para a priorização de pacientes da lista de espera;
- Fraudes nas listas de espera;

Módulo 3 - Pág. 11

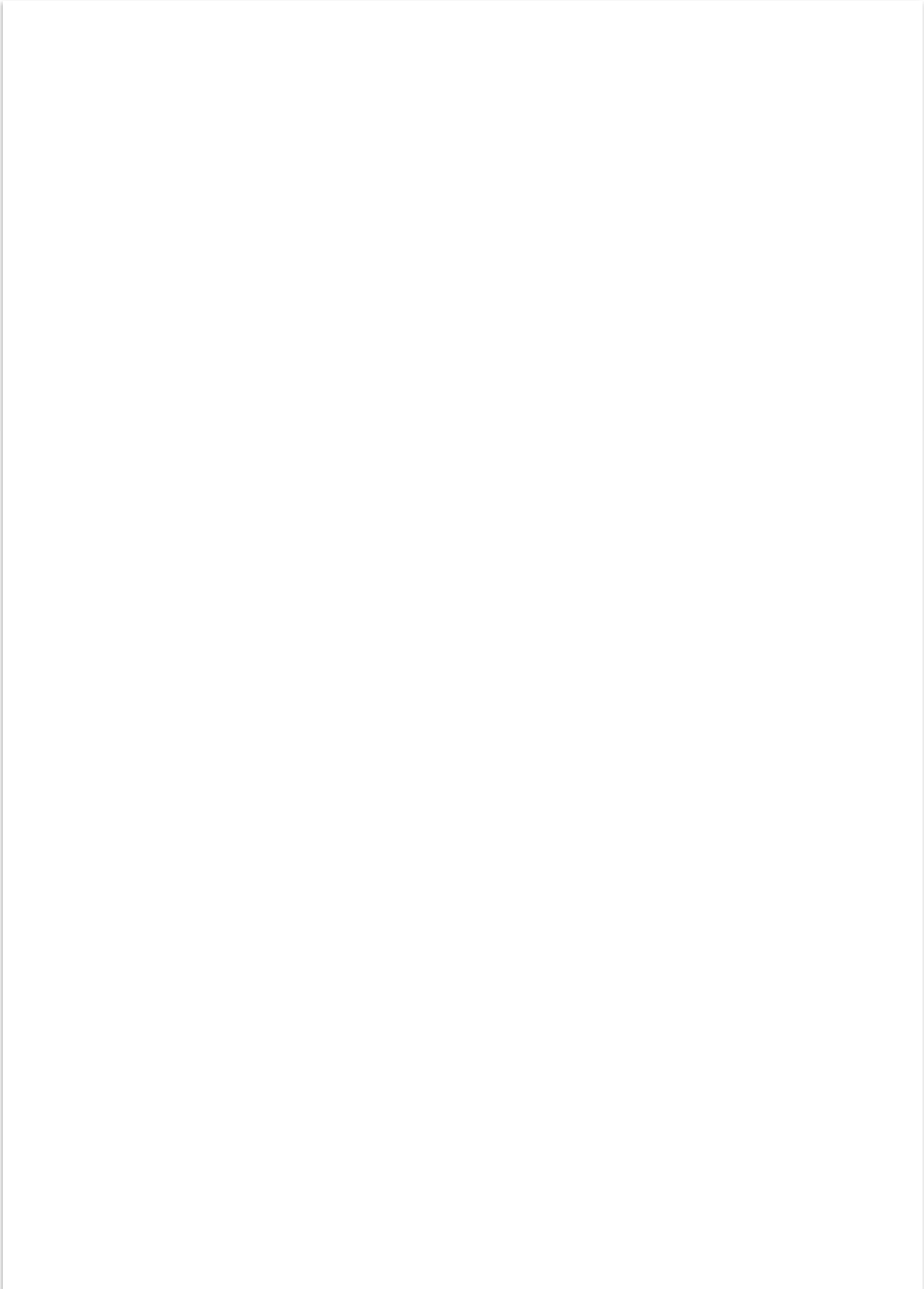
- Falha na comunicação entre os setores atores da lista de espera;
- Falha no acesso a informação referente a lista de espera;
- Insatisfação do paciente;
- Desassistência ao paciente;
- Prejuízo financeiro;
- Outras possibilidades.

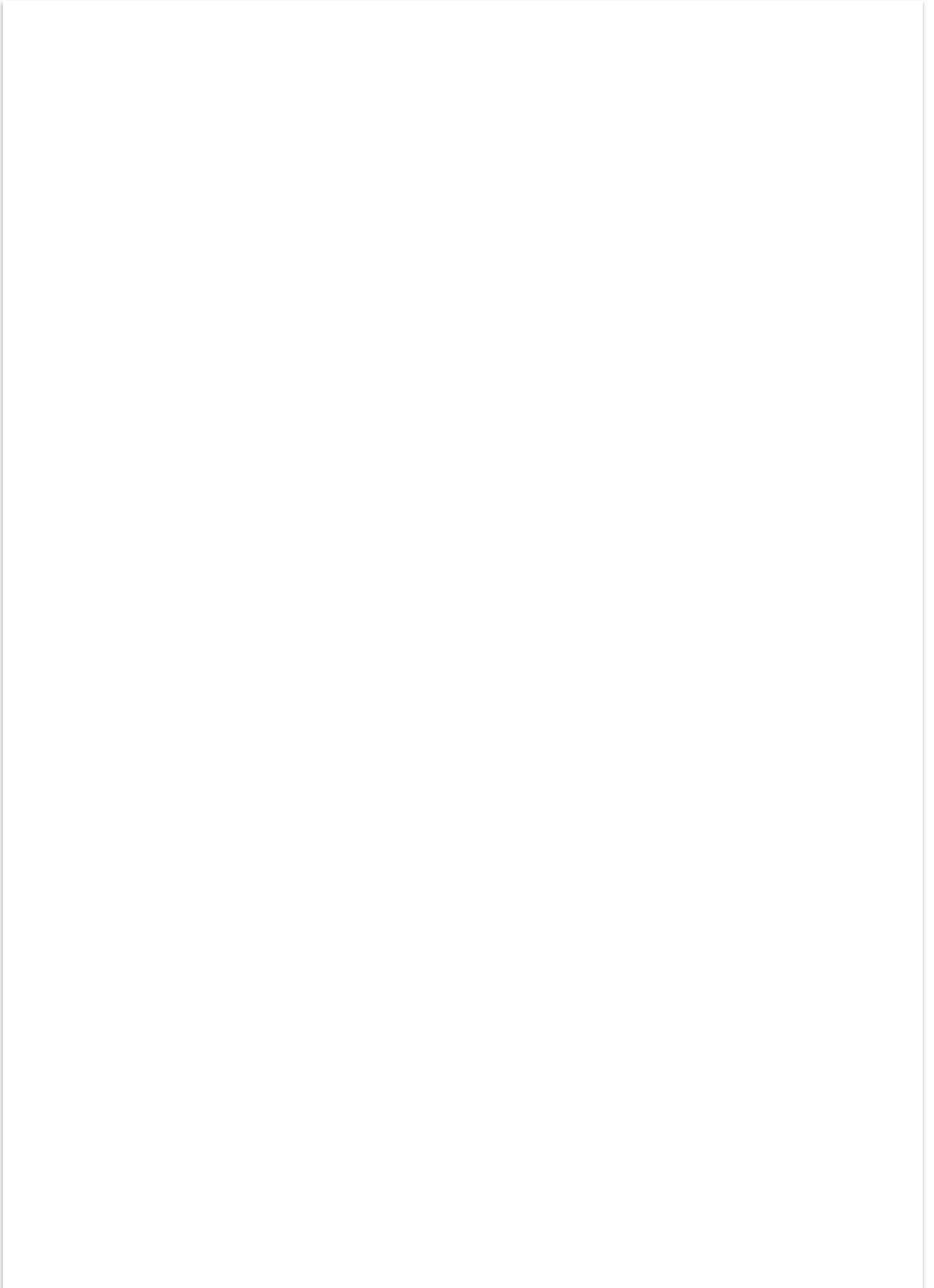
Módulo 3 - Pág. 7

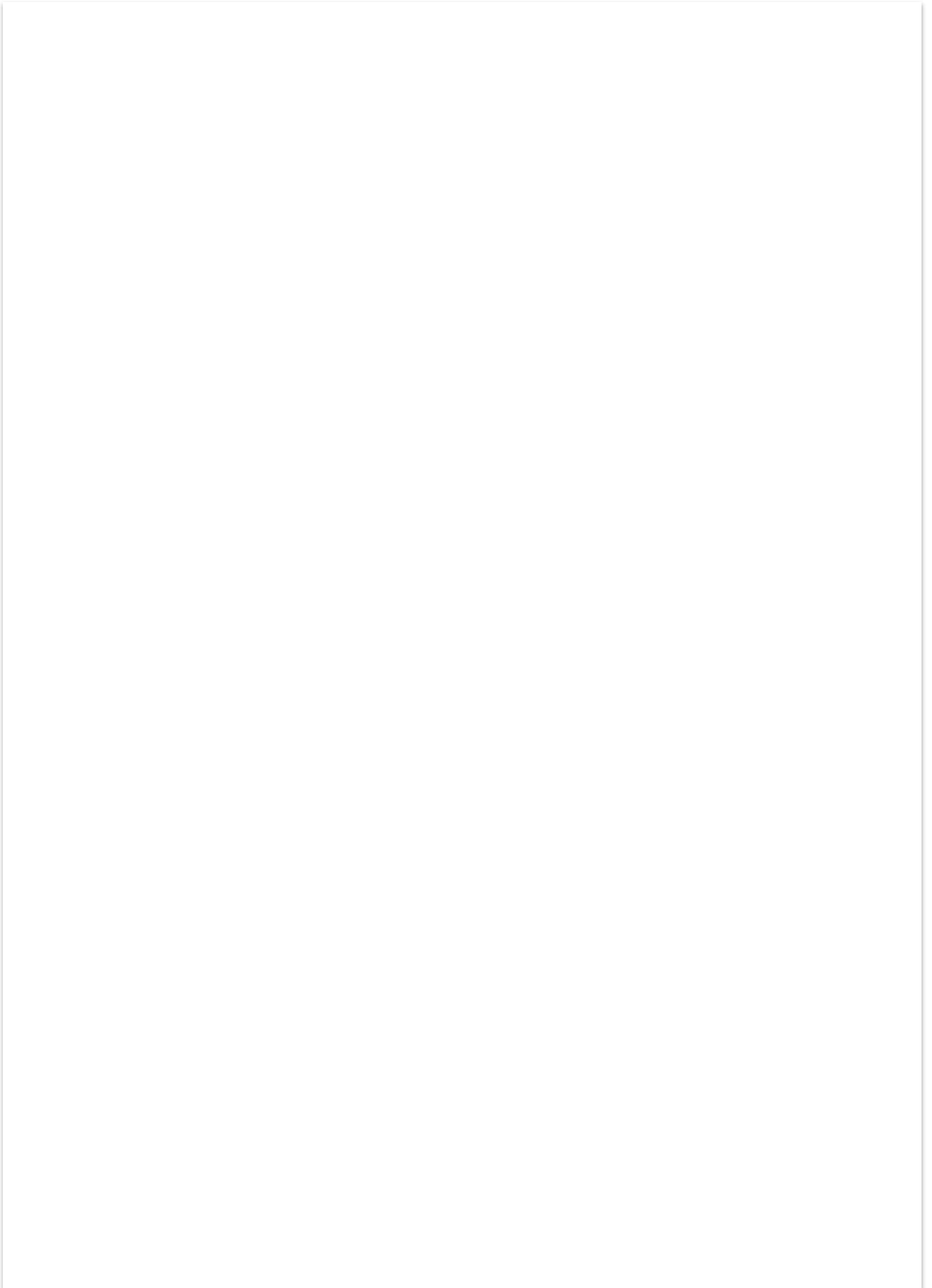
ACESSE A HQ ANIMADA SOBRE A ORGANIZAÇÃO DAS LISTAS DE ESPERA A SEGUIR:

Módulo 3 - Pág. 13

REVISE O CONTEÚDO DESSE MÓDULO ATRAVÉS DO MAPA MENTAL A SEGUIR:



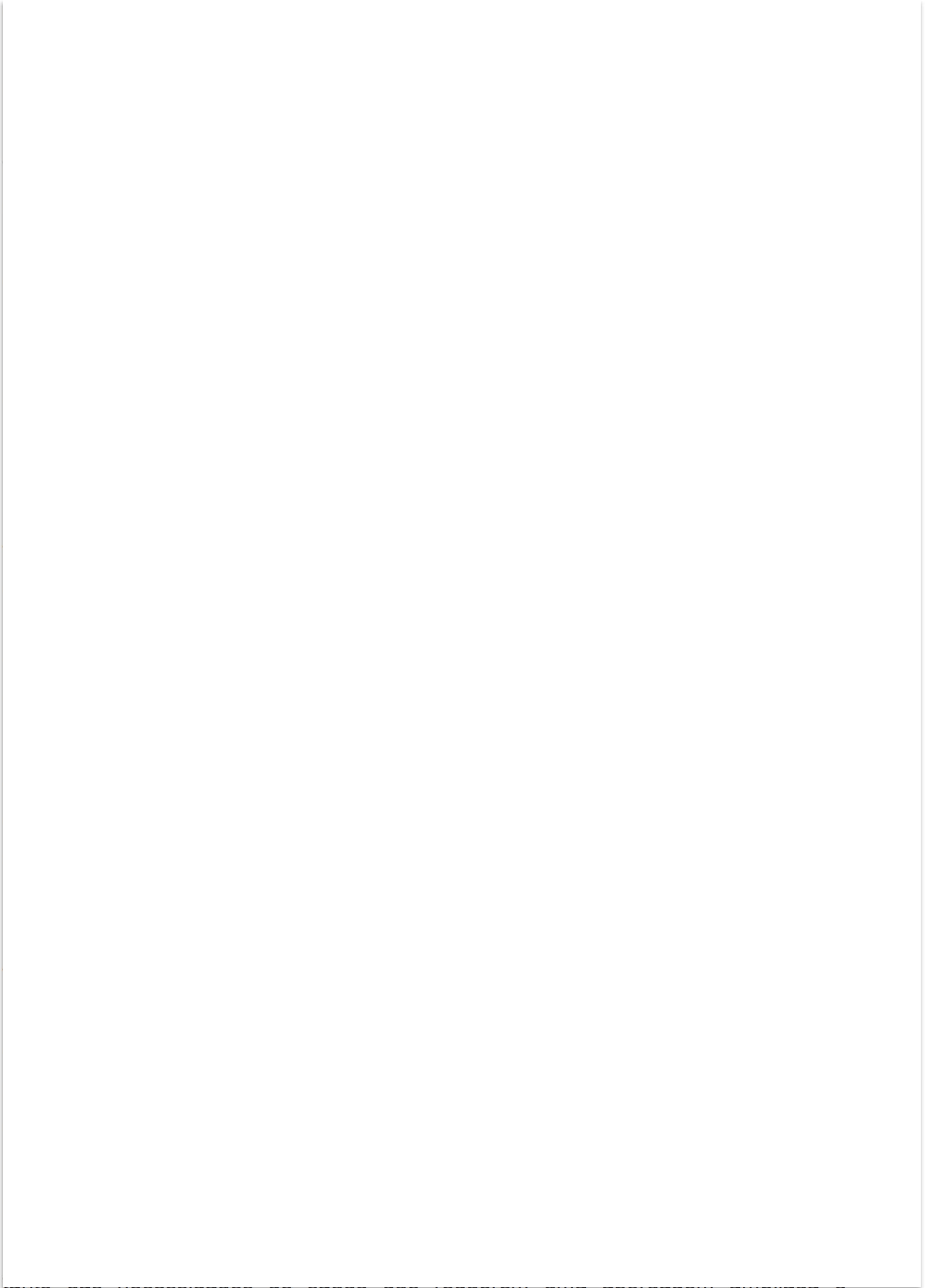


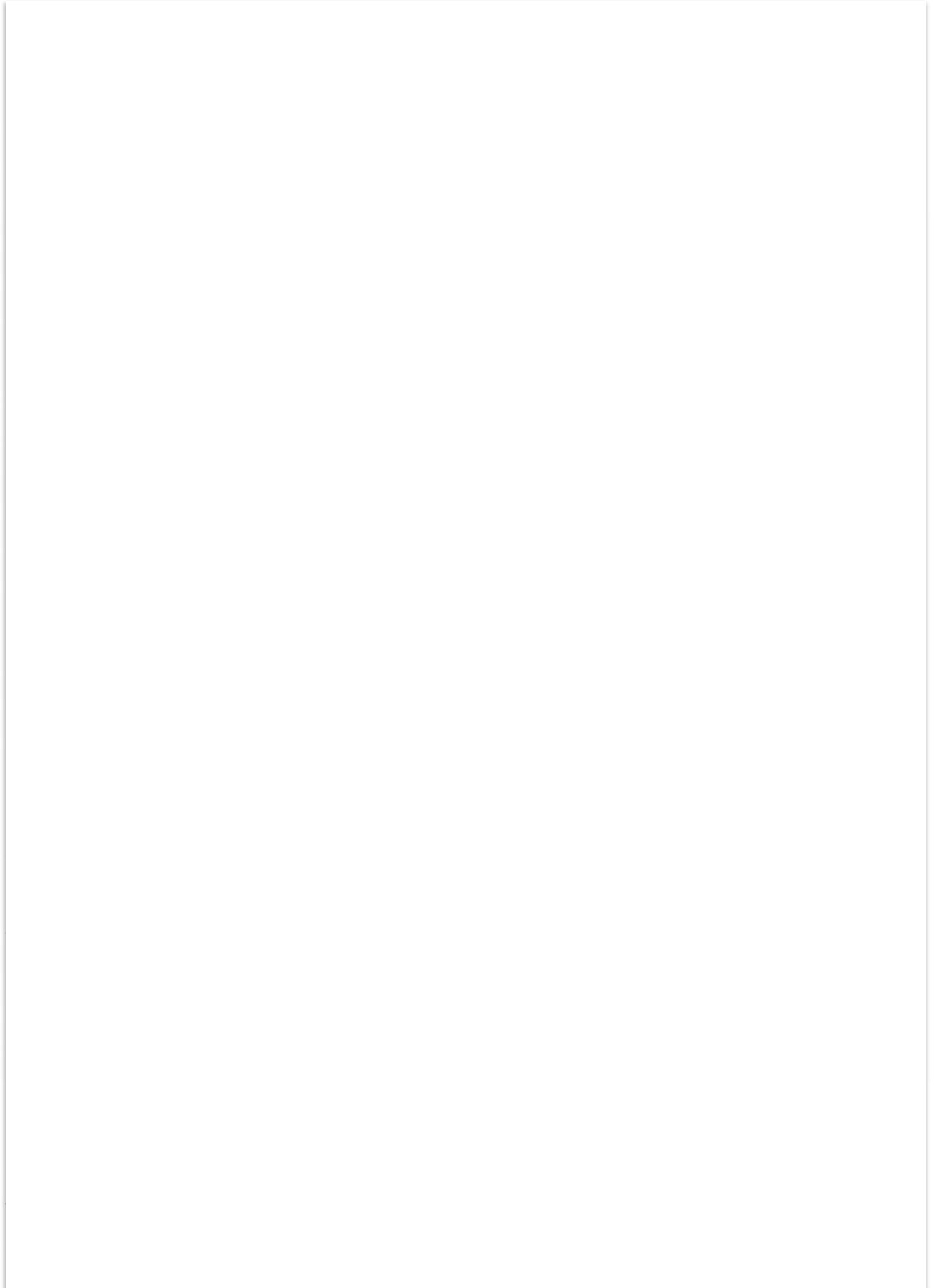


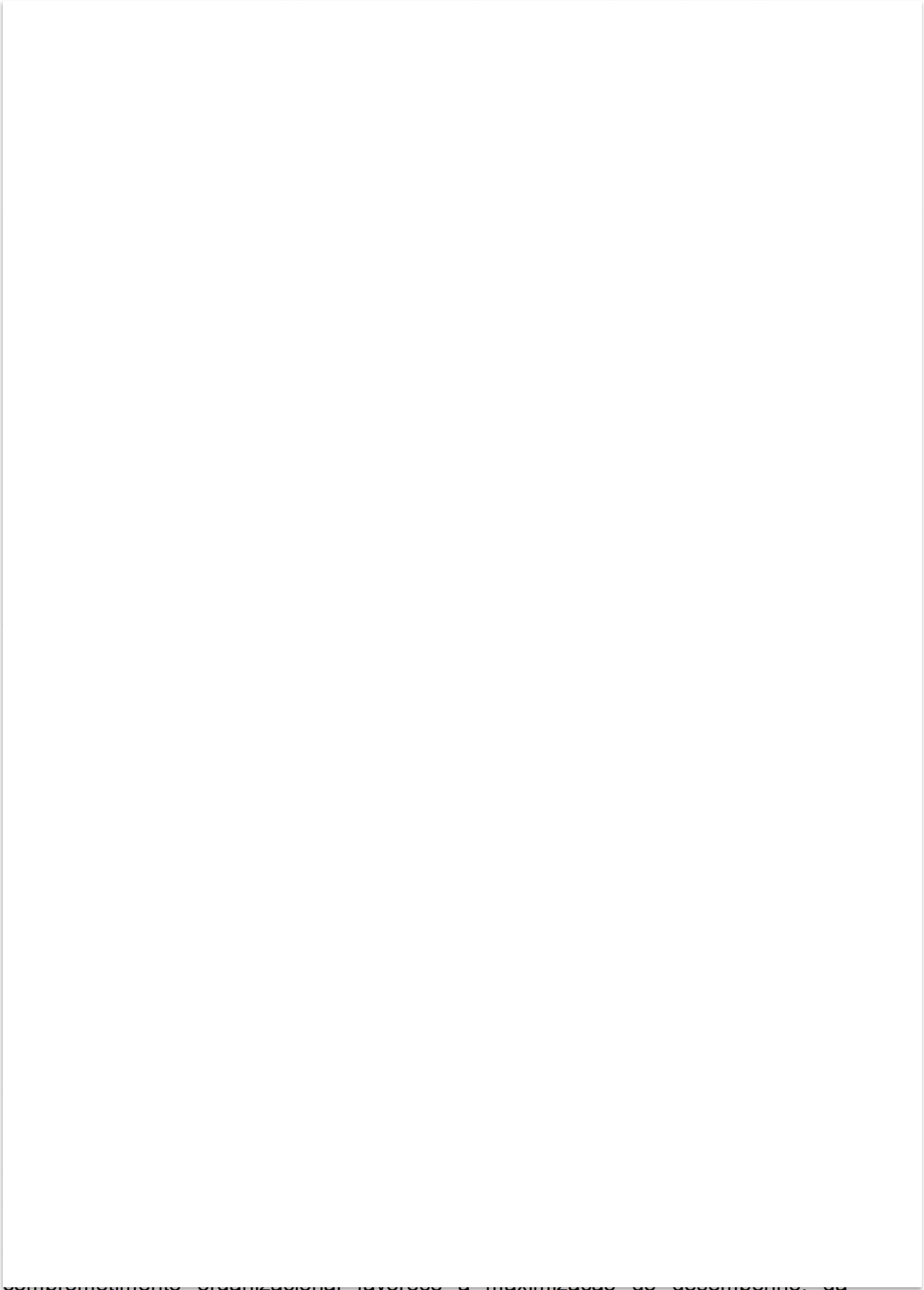


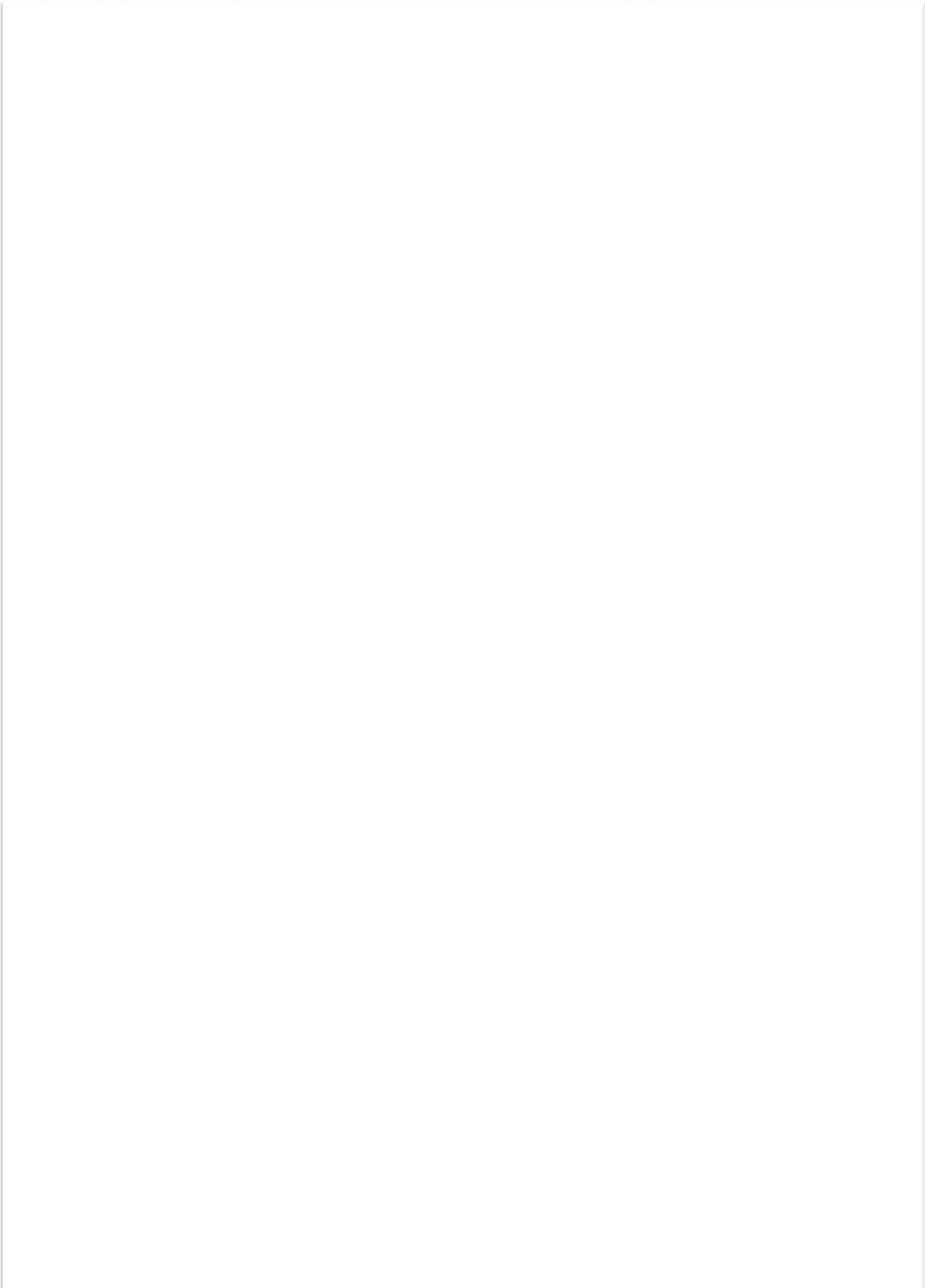


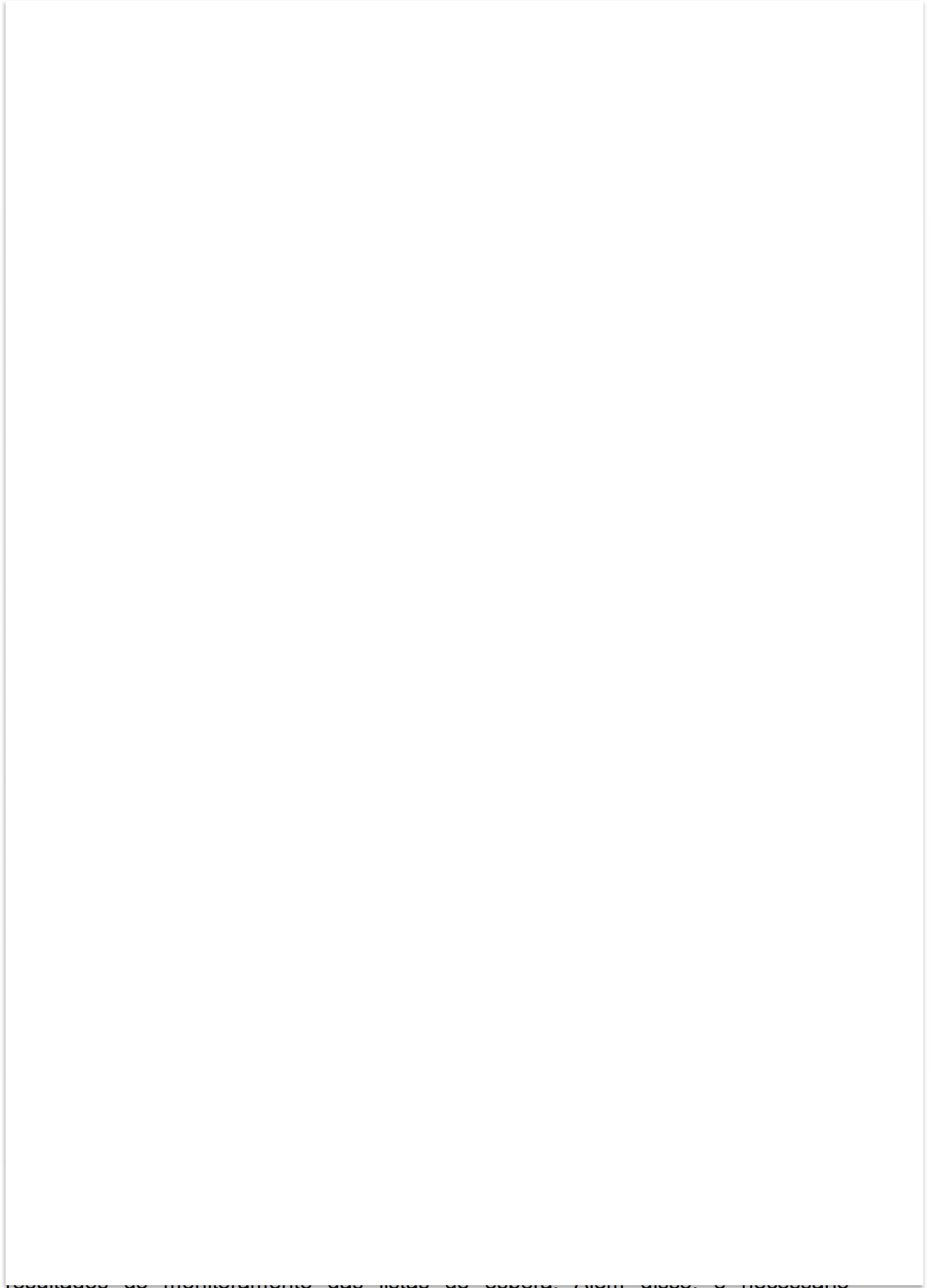






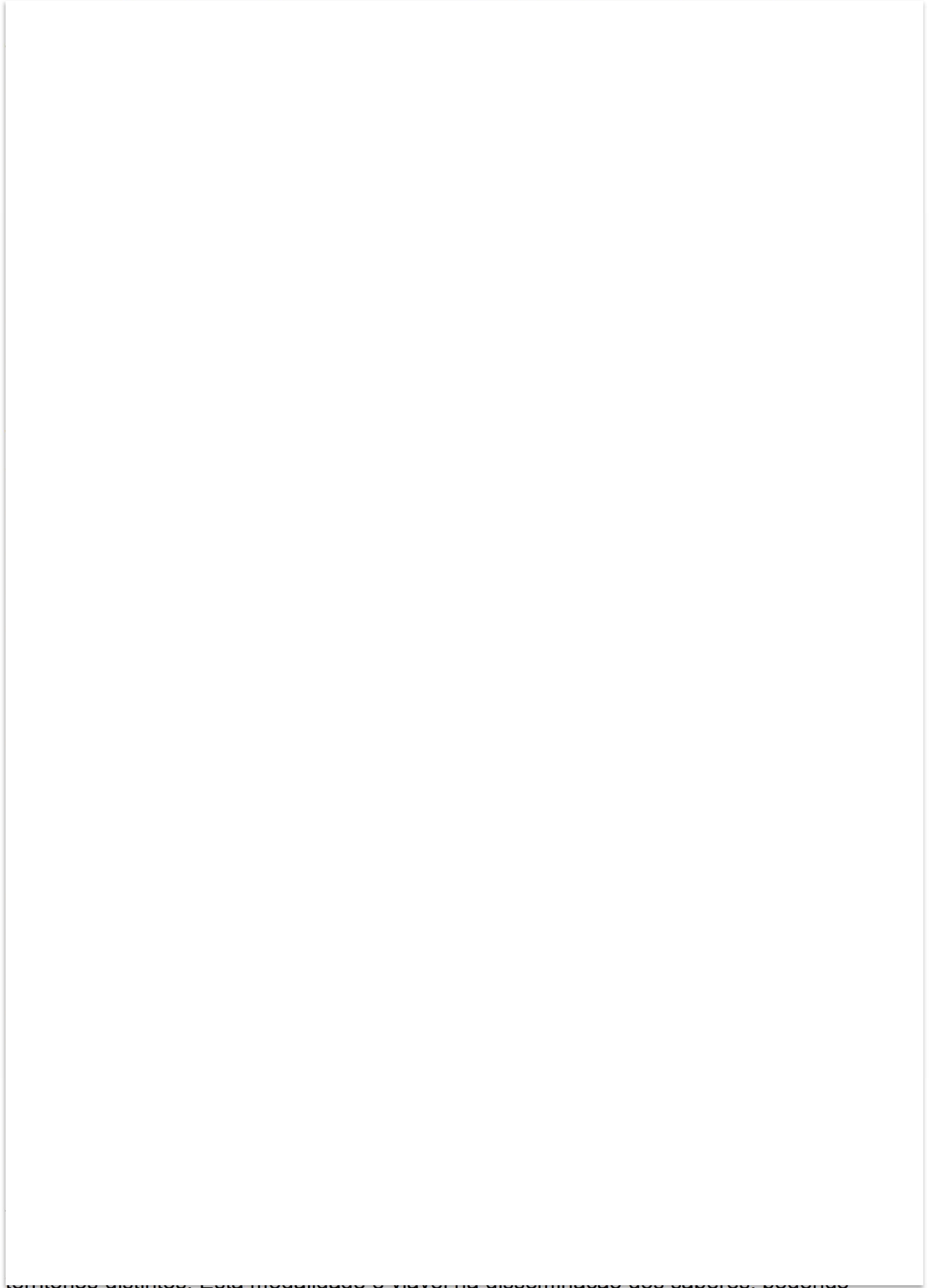




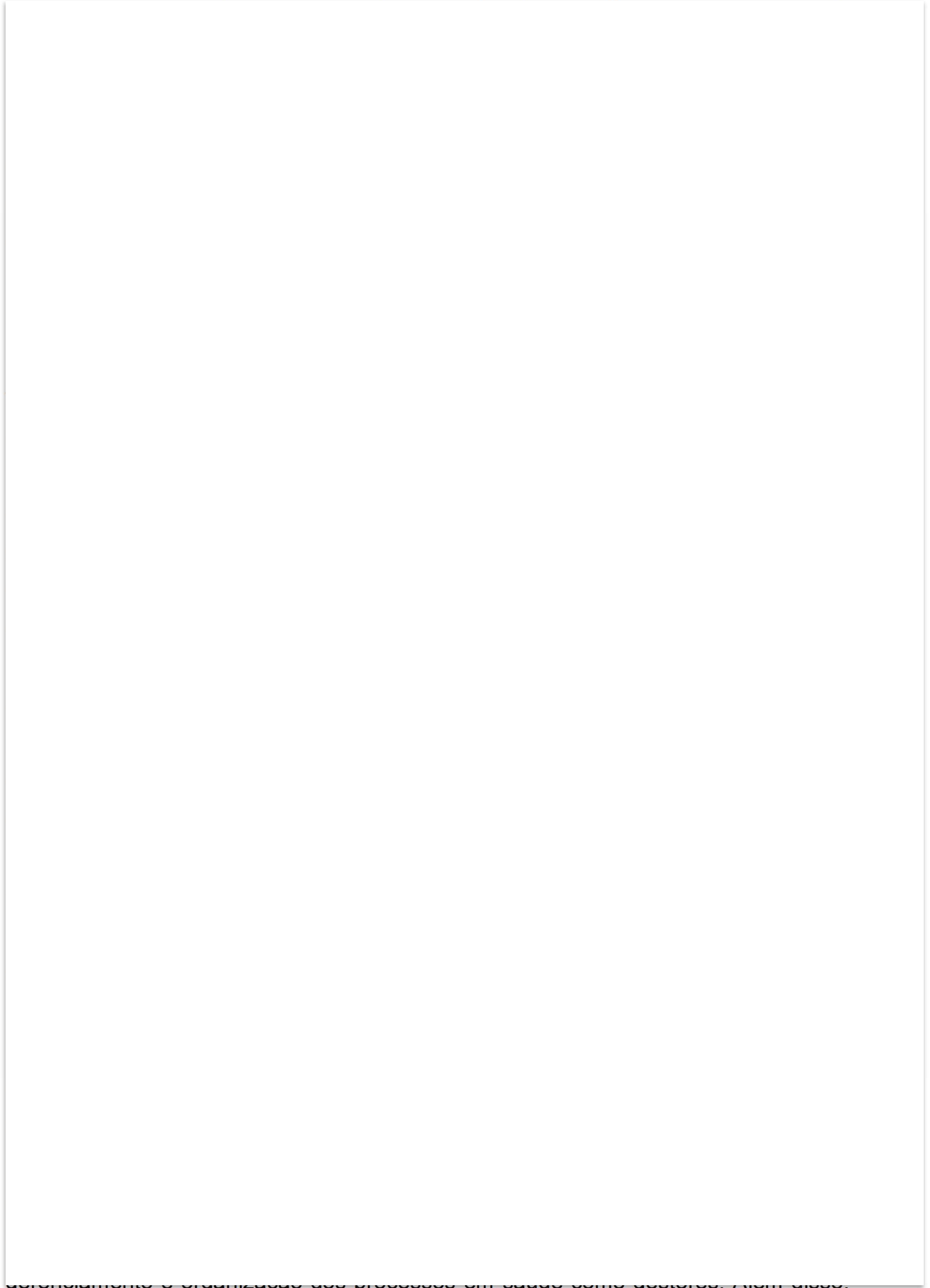


para a formação de exerceio profissional que foram identificadas.

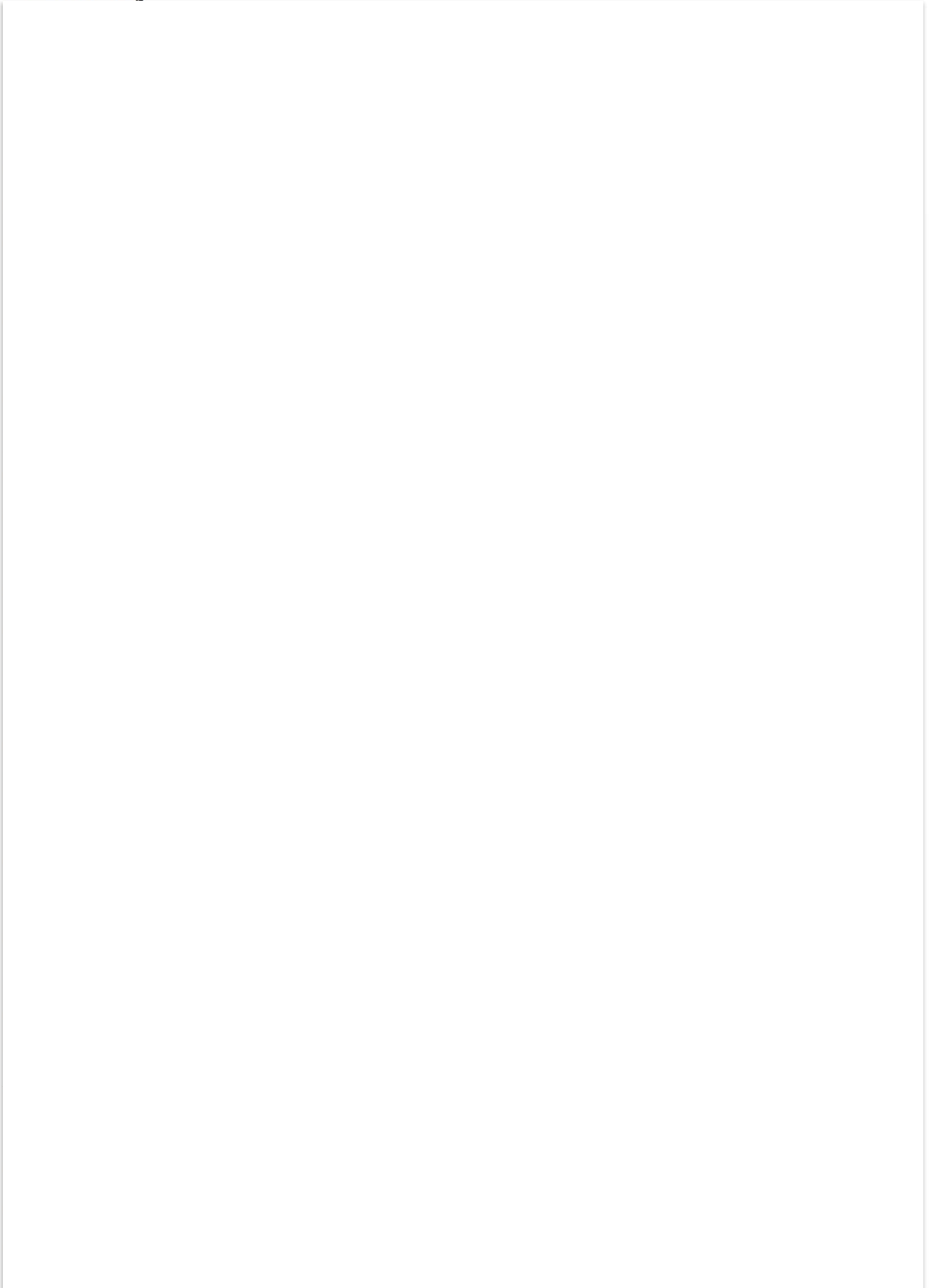
Regulações atingiu nove minutos e 11 segundos.



contenidos distintos. Esta modalidad se realiza acompañada de cursos, posgrados



gerenciamento e organização dos processos em cada uma das gestões. Além disso,



REFERÊNCIAS

1. Lopes F. De Volta aos Primórdios: em defesa do SUS como uma política antirracista. BAPI. 2021;1: 9-19. DOI: <https://doi.org/10.38116/bapi26art1>
2. Siciliani L, Hurst J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. Health Policy. 2005;72(2):201-15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.07.003>
3. Lungu DA, Grillo Ruggieri T, Nuti S. Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):369-77. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4199-6>
4. Lisbôa RL, Rosa TP, Marciniak JB, Paz AA. Atuação do enfermeiro regulador de leitos na pandemia pela covid-19: relato de experiência profissional. Saúde Coletiva (Barueri). 2021;11(70):8812-24. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i70p8812-8824>
5. Giamberardino FD. A falta de médicos e a atual situação do SUS. Audiência Pública. Brasília: Comissão Permanente de Direitos Humanos do Senado Federal, 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/ecidadania/visualizacaoaudiencia?id=15987>
6. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990; Seção 1:18055-18059. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
7. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Diário Oficial da União. 04 ago 2008; Seção 1:48-49. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
8. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 Dez 2010; Seção 1:88-93. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
9. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial União. 31 dez. 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

10. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. 23 nov 2012; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
11. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Diário Oficial da União. 30 out. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.896-de-30-de-outubro-de-2019-224674119>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf
13. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Diário Oficial da União. 15 ago 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/36849373/do1-2018-08-15-lei-no-13-709-de-14-de-agosto-de-2018-36849337
14. Lippi MC, et al. Waiting list management as an approach to planning and coordination of elective health services. Rev Gestão & Saúde. 2018; 9(1):159-77. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/10448/9208/18739>
15. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. Texto Contexto - Enferm. 2019;28:e20170204. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0204>
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas para elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/PDF/diretrizes_metodologias_estudos_observacionais.pdf
17. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews. 2016;5(1):210. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
18. Souza LB, Aragão FBA, Cunha JGS, Fiorati RC. A intersectorialidade na redução de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes.

Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2021;29:e3427. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4162.3427>

19. Reigota SM, Azevedo JMM, Oliveira CA, Camargo LL, Zanetti ACG. The INTERMED method for patients with mental disorders: integrative literature review. *Rev. USP.* 2019; 52(2):136-43. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i2p136-143>
20. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372(71):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
22. Melnyk BM, Fineout EO. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2.Ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2011.
23. Jost MT, Viegas K, Caregnato RCA. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória na segurança do paciente: revisão integrativa. *Rev SOBECC.* 2018;23:218-25. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800040009>
24. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013. Altera os arts. 5º, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99-B, 100-A, 100-B e 109-A e revoga o art. 94 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 ago. 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12853.html
25. Clarke J, Murray A, Markar SR, Mauricio B, James K. New geographic model of care to manage the post-COVID-19 elective surgery aftershock in England: a retrospective observational study. *BMJ Open.* 2020;10:e042392. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042392>
26. Gangstoe JJ, Heggstad T, Norheim OF. Norwegian Priority Setting in Practice – an analysis of waiting time patterns across medical disciplines. *Int J Health Policy Manag.* 2016;5:373-8. DOI: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.23>
27. Laberge M, Côté A, Ruiz A. Clinical pathway efficiency for elective joint replacement surgeries: a case study. *JHOM.* 2019;33(3):323-38. DOI: <https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2018-0087>
28. Pomey MP, Clavel N, Amar C, Sabogale-Olarte JC, Sanmartin C, Coster C, Noseworthy T. Wait time management strategies for total joint replacement surgery: sustainability and unintended consequences. *Rev BMC Health Serv Res.* 2017;7(1):629-45. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2568-6>
29. Valsangkar NP, Eppstein AC, Lawson RA, Taylor AN. Effect of lean processes on surgical wait times and efficiency in a Tertiary Care Veterans Affairs Medical

- Center. *Rev JAMA Surg.* 2017;152(1):42-47. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.2808>.
30. Ray S, Kirtania J. Waiting time of inpatients before elective surgical procedures at a State Government Teaching Hospital in India. *Rev Indian J Public Health.* 2017;(4):284-9. DOI: https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_210_16
 31. Julio C, Wolff P, Vegoña YM. Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia. *Rev Méd Chile.* 2016;144(6):781-7. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000600014>
 32. Logvinov II, Dexter F, Dexter EU, Brull SJ. Patient survey of referral from one surgeon to another to reduce maximum waiting time for elective surgery and hours of overutilized operating room time. *Rev Anesth Analg.* 2018;126(4):1249-56. DOI: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002273>
 33. Albrecht CAM, Rosa RS, Bordin R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde e Soc.* 2017;26(1):115-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162684>
 34. Oliveira IS, Lima EFA, Silva RIC, Figueiredo KC, Dias ICB, Primo CC. Software development for emergency bed management. *Rev Bras Enferm.* 2021;74:e20200055. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0055>
 35. Regis TKO, et al. Implementação do Lean Healthcare: experiências e lições aprendidas em hospitais brasileiros. *Rev Admin Empresas.* 2018; 58(1):30-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020180104>
 36. Silva TO, Vieira LM, Lemos TS, Sant'Anna FP, Sanches RS, Martinez MR. Gestão hospitalar e gerenciamento em enfermagem à luz da filosofia Lean Healthcare. *Cogitare Enferm.* 2019;24:e60003. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.60003>
 37. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017. Regulamenta o artigo 80 da Lei N° 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União.* 26 mai. 2017. Seção 1:3-4. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9057.htm
 38. Moreira JA, Schlemmer E. Por um novo conceito e paradigma de educação digital online. *Rev UFG.* 2020;20(26):1-35. DOI: <https://doi.org/10.5216/revufg.v20.63438>
 39. Haowen J, Vimalasvaran S, Myint KB, Tudor CL. Virtual reality in medical students' education: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2021;11:e046986. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046986>
 40. Heckler V, Guidotti CDS. Ser professor no contexto online: processo formativo no ensino superior em tempos de pandemia. *Debates Educ.* 2021;13:1017. DOI: <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2021v13n31p1017-1037>

41. Martins V, Santos E, Silva ÉFD. A educação online e os desenhos didáticos com interfaces móveis: autorias em ambientes virtuais de aprendizagem web e aplicativos. *Debates Educ.* 2020;12(27):785-804. DOI: <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2020v12n27p785-804>
42. Adamy KA, Zocche DAA, Vendruscolo C, Metelski FK, Argenta C, Valentini JS. Weaving permanente health education in the hospital contexto: experience report. *RECOM.* 2018;8:e1924. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.1924>
43. Boettcher S. Curso de formação profissional para enfermeiros sobre o uso de cateter venoso central em crianças no domicílio. Dissertação [Mestrado Profissional em Enfermagem] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2020. Disponível em: <http://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/1749>
44. Branch RM. *Instructional design: the ADDIE approach.* New York: Springer; 2009.
45. Souza AMC, Oliveira MLG, Lima MAM, Batista BTB. Design de experiência de aprendizagem: avaliação do modelo ADDIE e contribuições para o ensino a distância. *Gest Aval Educ.* 2019;8(17):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2318133831922>
46. Fuentes LME; et al. Curso en línea basado en modalidad instruccional ADDIE y prototipización rápida. *Rev Investig Educ Esc Grad Educ.* 2019;18:2-10. Disponível em: <https://riege.mx/index.php/riege/article/view/440/399>
47. Altamirano HC, Rocha EH. Aplicación de ADDIE en el proceso de construcción de una herramienta educativa distribuida b-learning. *TEyET.* 2020;(26):10-19. DOI: <https://doi.org/10.24215/18509959.26.e1>
48. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (BR). UFCSPA: Quem nós somos. [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2022. Disponível em: <https://www.ufcspa.edu.br/sobre-a-ufcspa/quem-somos>
49. Hulley SB; et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.* 4. ed. Porto Alegre: Grupo A; 2015.
50. Zangirolami JR, Echeimberg JO, Leone C. Research methodology topics: cross-sectional studies. *J Human Growth Develop.* 2018;28(3):356-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>
51. Esperón, JMT. Quantitative research in nursing science. *Esc Anna Nery.* 2017;21(1):1-2. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170027>
52. Villela EFM, Oliveira FM. *Epidemiologia sem mistérios: tudo aquilo que você precisa saber.* Jundiaí: Paco Editorial; 2018.
53. Souza LPS, Souza AMV, Pereira KG, Figueiredo T, Bretas TCS, Mendes MAF, Santana JMF et al. Matriz SWOT como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. *Gest &*

- Saúde. 2017;3(1):1633-43. Disponível em:
<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/207>
54. Hofrichter M. Análise SWOT: quando usar e como fazer. Porto Alegre: Resolução; 2017. Disponível em:
<https://play.google.com/books/reader?id=yXEEDgAAQBAJ&hl=pt&pg=GBS.PT28>.
 55. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS - Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2021. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf
 56. Dancey CP, Reidy JG, Rowe R. Estatística sem matemática para ciências da saúde. Porto Alegre: Penso; 2017.
 57. Motta VT, Oliveira, PFF. Análise de dados biomédicos. Medbook. Rio de Janeiro: 2009.
 58. Bulla GS; Lemos FC; Schlatter M. Análise de material didático para o ensino de línguas adicionais a distância: reflexões e orientações para o design de tarefas pedagógicas. Rev Horizontes de LA. 2012;11(1):103-35. DOI:
<https://doi.org/10.26512/rhla.v11i1.1158>
 59. Guilam MCR, Teixeira CP, Machado MFAS, Fassa AG, Fassa MEG, Gomes MQ, et al. Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): uma experiência de formação em rede. Interface (Botucatu). 2020;24:e200192. DOI:
<https://doi.org/10.1590/interface.200192>
 60. Leite SS, Áfio ACE, Carvalho LV, Silva JM, Almeida PC, Pagliuca LMF. Construction and validation of an educational content validation instrument in health. Rev Bras Enferm. 2018;71(4):1635-1641. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>
 61. Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. Psychological Assessment. 1995;7:238-47. DOI: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>
 62. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciên Saúde Colet. 2011;16(7):3061-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
 63. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométrica na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiol Serv Saúde. 2017;26(3):649-59. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
 64. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart Lung. 1987;16:625-9. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/213076462.pdf>

65. Galdeano LE, Rossi LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. *Ciênc, Cuid Saúde*. 2006;5(1):60-6. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v5i1.5112>
66. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial União*. 13 jun 2013; Seção 1:59-62. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>
67. Lisbôa RL, Krueel AJ, Marciniak JB, Paz AA. Actions of a regulatory nurse in the management of surgical waiting lists. *Rev Bras Enferm*. 2022;75:e20201233. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1233>
68. Breda K; Souza MCA. Abordagem multiprofissional do paciente oncológico: Revisão da literatura. *Rev Pró-Uni*. 2020;11(2):33-7. DOI: <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i2.2375>
69. Lisbôa RL, Rodrigues CGS, Bittencourt CV, Paz AA. Estratégias de gerenciamento em listas de espera cirúrgicas: revisão integrativa. *Acervo Saúde*. 2022;15:e9612. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e9612.2022>
70. Corrêa CEC, Lopes GP, Silva CB, Paulin JN, Oliveira ND, Graeff MS, et al. Application of empathy map on educational actions carried out by nursing professionals. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(4):e202104778. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0478>
71. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso as informações. *Diário Oficial da União*. 18 Nov 2011; Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm
72. Aguiar LOF, Lira ACO. Transparência no Sistema Único de Saúde – iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. *Cad Ibero-Am Direito Sanit*. 2018;7(2):1-14. DOI: 10.17566/ciads.v7i2.491
73. Santa Catarina (BR). Lista de Espera do Governo do Estado de Santa Catarina: Consulta das Listas de Espera no SUS. Florianópolis: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://listadeespera.saude.sc.gov.br/#/home>
74. Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DASB, De Paiva ACJ, Santos AAS. Desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Public*. 2020;54:35. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>
75. Ferraz CMLC, Caram CS, Brito MJM. A ética da virtude na prática da equipe de saúde da família. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE02831. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02831>
76. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18:e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

77. Santos LM, Silvino ZR, Souza DF, Moraes EB, Souza CJ, Balbino CM. Aplicabilidade da metodologia Lean na organização dos serviços de saúde: uma revisão integrativa. *Res., Soc. Develop.* 2020;9(7):e345974054. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4054>
78. Silva Junior SS. A motivação na prática do enfermeiro gestor: um contributo para o comprometimento organizacional. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2022. Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=rzMSSI0M>
79. Silva PL, Nunes S, Andrade D. Managers' leadership style and the commitment of their team members: associating concepts in Search of possible relations. *RBGN.* 2019;21:291-311. DOI: <https://doi.org/10.7819/rbgn.v21i2.3975>
80. Bittencourt RJ, Alonso RS, Rodrigues IBP, Macedo E, Silva CCG, Oliveira LVT. Gestão de filas para cirurgias eletivas: overview de revisões sistemáticas. *Brasília Med.* 2020;57:30-42. DOI: <https://doi.org/10.5935/2236-5117.2020v57a03>
81. Kreindler SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *Br Med Bull.* 2010;95:7-32. DOI: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq014>
82. Carneiro EM, Teixeira LMS, Pedrosa JIS. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis.* 2021;3:e310314. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310314>
83. Loch S. Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. *Saúde Debate.* 2019;43:48-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s604>
84. Farias CML, Giovanella L, Oliveira AE, Santos ETN. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde Debate.* 2019;43:190-204. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s516>
85. Bittencourt RJ, Alonso RS, Rodrigues IBP, Macedo E, Silva CCG, Oliveira LVT. Gestão de filas para cirurgias eletivas: overview de revisões Sistemáticas. *RBM.* 2020;57. DOI: <https://doi.org/10.5935/2236-5117.2020v57a03>
86. Nunes PC, Ribeiro GR. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. *Rev Panam Salud Public.* 2022;46:1. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.31>
87. Toledo PP S, Santos EM, Cardoso GCP, Abreu DMF, Oliveira AB. Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(6):2131-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>
88. Oliveira IS, Lima EFA, Silva RIC, Figueiredo KC, Dias ICB, Primo CC. Desenvolvimento de software para gerenciamento de leitos na urgência e

emergência. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 5):e20200055. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0055>

89. Lisboa RL, Marciniak JB, Khan GSC, Munari MS, Misturini FD, Krueel AJ. O desafio do gerenciamento das listas de espera eletivas: os casos da urologia e da cirurgia cardíaca. In: Jotz GP, Cordeiro Junior W, Krueel AJ, Klud D, Duarte ES, Kraemer FZ, Azevedo RO. Inovação e tecnologia no enfrentamento da superlotação hospitalar: a experiência do Hospital Nossa Senhora Conceição – Porto Alegre/RS. Porto Alegre: GHC Grupo Hospitalar Conceição; 2018. Disponível em: <https://pubhtml5.com/azza/kmpt/basic/>
90. Warmling D, Boell JEW, Costa VT, Peres GM, Faust SB, Bolsoni CC, Lindner SR et al. Aproximando saberes e experiências à distância: relato da tutoria de um curso de especialização. Rev Salud Pública. 2018;20(1):132–7. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n1.64480>
91. Clementino, A. Design Instrucional para cursos online. Editora SENAC/SP. São Paulo; 2015.
92. Dahmer A, Portella FF, Tubelo RA, Mattos LB, Gomes MQ, Costa MR, Pinto MEB. Regionalização dos conteúdos de um curso de especialização em Saúde da Família, a distância: experiência da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFCSPA) em Porto Alegre, Brasil. Interface (Botucatu). 2017;21(61):449-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0323>
93. Costa LCS, Freitas LA, Avelino CCV, Costa AS, Nery MA, Goyatá SLT. Desenvolvimento e avaliação de tecnologia educacional sobre administração de vacinas no vasto lateral da coxa. Rev. Eletr. Enf. 2018;20:2052. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.54108>
94. Carvalho EC, Stina APN, Marmol MT, Garbin LM, Braga FTMM, Moreli L, Zamarioli CM. Efeito de vídeo educativo no comportamento de higiene bucal de pacientes hematológicos. Rev Eletr Enf. 2014;16(2):304-11. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i2.23300>
95. Antonioli SAC, Assenato APR, Araújo BR, Lagranha VEC, Souza LM, Paz AA. Construção e validação de recursos educativos digitais para a saúde e segurança do trabalhador. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200032 DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200032>
96. Bard ND. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em saúde mental: aprimoramento da assistência e registro e desenvolvimento de um curso de extensão. Dissertação [Mestrado Profissional em Enfermagem] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufcspa.edu.br/handle/123456789/979>
97. Frota NM, Barros LM, Araújo TM, Caldini LN, Nascimento JC, Caetano JA. Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):29-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200004>

98. Silva VBS, Backes MTS, Mello JF, Magagnin JS, Brasil JM, Silva CI, Santos C. Collective construction of a flowchart for follow-up of pregnant women with syphilis in the municipality of São José-SC. *Cogitare Enferm.* 2020;25:e65361. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65361>
99. Ramos CFV, Araruna RC, Lima CMF, Santana CLA, Tanaka LH. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3):1144-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>
100. Cogo AL, Perry GB, Santos M. Produção de material digital para o ensino de Enfermagem. *RENOTE.* 2016;13(2). DOI: <https://doi.org/10.22456/1679-1916.61460>
101. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate.* 2018;42:208-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Título do projeto de Pesquisa: **“Curso de formação profissional sobre gerenciamento de lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos”**.

Eu, Dinara Jaqueline Moura, CPF 935896700-53, responsável pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, informo que estou ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido pela professora Adriana Aparecida Paz, dos objetivos e metodologia a ser utilizada, concordando com a realização da pesquisa na UFCSPA.

Data: 14/09/2021

DINARA JAQUELINE MOURA
MOURA:93589670053

Assinado de forma digital por DINARA
JAQUELINE MOURA:93589670053
Dados: 2021.09.14 09:42:00 -03'00'

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - RS

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA PARA USO DO NOME INSTITUCIONAL

25/09/2021 08:03

E-mail de UFCSPA - Anuência do uso do nome da UFCSPA



Adriana Aparecida Paz <adrianap@ufcspa.edu.br>

Anuência do uso do nome da UFCSPA

2 mensagens

Adriana Aparecida Paz <adrianap@ufcspa.edu.br>
 Para: "Reitoria [UFCSPA]" <reitoria@ufcspa.edu.br>
 Cc: Rosa Ladi Lisboa <rosaladilisboa@gmail.com>

13 de setembro de 2021 08:00

Profa. Lucia Campos Pellanda,

Venho solicitar à Reitoria autorização para utilização do nome da UFCSPA nos produtos que serão elaborados em um projeto de desenvolvimento e pesquisa sob minha orientação, intitulado "Curso de formação profissional em gerenciamento de lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos". O curso e os recursos educativos serão os produtos finais do Mestrado Profissional em Enfermagem e terá ampla divulgação à comunidade externa à UFCSPA.

Um breve resumo do que o projeto pretende utilizar e oferecer à UFCSPA:

- Este estudo envolve os recursos tecnológicos disponibilizados pela instituição para a Web-Reuniões no Google Meet, enquanto durar a crise sanitária pelo COVID-19;
- Pretende-se utilizar dependências da Universidade, como sala de reuniões ou laboratório de informática para encontros da equipe do projeto, na medida que retorne às atividades presenciais, e se tenha disponibilidade para agendamento.
- Em momento oportuno, encaminhará a proposta do curso para o SiEx para oferta de 500 vagas para a qualificação de profissionais de saúde da comunidade externa e de estudantes de Graduação e da Pós-Graduação.
- O curso utilizará o Ambiente Virtual de Aprendizagem - Moodle da instituição como meio de qualificação no gerenciamento de lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos, previsto para 2022.

Segue em anexo o projeto que será encaminhado ao CEP, o qual contém o resumo desta proposta. Ficamos no aguardo.

Cordialmente,


Profa. Adriana Aparecida Paz

=====

Profa. Dra. Enfa. Adriana Aparecida Paz
 Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA
 Departamento de Enfermagem
 Vice-Coordenadora do Projeto UNASUS/UFCSPA
 Coordenadora do Comitê Institucional dos Programas de Iniciação Científica, Iniciação Tecnológica e Inovação
 Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul - COREN-RS
 Líder do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho - TeGEST/UFCSPA

Rua Sarmento Leite, 245, sala 401A
 CEP: 90.050-170 Porto Alegre/RS- Brasil
 Fone: (051) 3303.8858 (051) 99947.5553
 E-mail: adrianap@ufcspa.edu.br - adrianap.ufcspa@gmail.com
 Whatsapp: <https://bit.ly/WhatsappAdrianaPaz>

Acesso ao CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4155476800472632>
 Research Gate: https://www.researchgate.net/profile/Adriana_Paz
 Google Acadêmico: <http://scholar.google.com.br/citations?user=CvY34ZwAAAAJ&hl=pt-BR>
 ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1932-2144>
 Research ID: AAD-9763-2020

 **2021_projeto_qualificacao_Rosa.pdf**
 2113K

25/09/2021 08:03

E-mail de UFCSPA - Anuência do uso do nome da UFCSPA

Reitoria [UFCSPA] <reitoria@ufcspa.edu.br>
Para: Adriana Aparecida Paz <adrianap@ufcspa.edu.br>

24 de setembro de 2021 13:35

Prezada professora Adriana, boa tarde,

Informamos que a Reitoria está de acordo com o uso do nome da UFCSPA, considerando a natureza institucional do trabalho.

Atenciosamente,

Magno Oliveira
Chefe de Gabinete da Reitoria
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA
[Rua Sarmiento Leite, 245 - 5º andar - Reitoria CEP: 90050-170 Porto Alegre RS - Brasil](#)
Fone: (51) 3303 8780 - (51) 993458022
reitoria@ufcspa.edu.br
[Texto das mensagens anteriores oculto]

ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA DO GRUPO DE PESQUISA




TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA PELO RESPONSÁVEL DA INSTITUIÇÃO/LOCAL DA PESQUISA

Título do Projeto de Pesquisa:

CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL SOBRE GERENCIAMENTO DE LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CIRÚRGICOS E CLÍNICOS ELETIVOS

Eu, LUCAS MELO DE SOUZA, Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, tenho ciência do projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido sob a responsabilidade da Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz, dos objetivos e metodologia a ser utilizada, concordando com a realização dessa pesquisa na instituição.

Porto Alegre, 08 de setembro de 2021.


Assinatura do responsável pela
instituição/local de pesquisa

ANEXO D – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL SOBRE GERENCIAMENTO DE LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CIRÚRGICOS E CLÍNICOS ELETIVOS

Pesquisador: Adriana Aparecida Paz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52209321.6.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.103.774

Apresentação do Projeto:

Introdução: O longo tempo de espera para a realização de cirurgias eletivas (programadas) é alvo de críticas por parte da população, sendo isto um dos problemas mais perceptíveis à sociedade e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a questão da espera para a realização de cirurgias eletivas em sistemas de saúde com financiamento público não é uma exclusividade do Brasil. O tempo de espera pode durar meses ou até mesmo anos para o paciente, o que pode gerar não apenas insatisfação, mas piora/deterioração nas condições de saúde, prolongamento do sofrimento, perda de utilidade/função e, inclusive, podendo evoluir para o óbito. Neste sentido, ressalta-se a importância dos profissionais que atuam com o gerenciamento de listas estarem capacitados para estabelecer critérios que melhor atendam as demandas e necessidades dos pacientes eletivos.

Objetivo: Desenvolver um curso de formação profissional sobre o gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos.

Método: Produção tecnológica aliada às diretrizes do Instructional System Design (ISD), sendo definido pelo modelo ADDIE que abrange duas etapas. Na primeira etapa, de concepção, serão realizadas as fases de: 1) análise da necessidade e demanda do curso com o público-alvo; 2)

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.103.774

desenho pedagógico do curso; e 3) desenvolvimento do curso que compreende a construção de storyboards; validação de conteúdo; e criação de objetos de aprendizagem. Na etapa de execução, são duas fases: 4) implementação do curso no ambiente virtual de aprendizagem e divulgação do curso; e 5) avaliação do produto pelos participantes. O projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Produtos e aplicabilidade: Este estudo poderá gerar diversos produtos devido as fases do modelo ADDIE, que são: Planos de Ação Pedagógica como produtos técnicos; storyboards, recursos audiovisuais digitais, e objetos de aprendizagem como materiais didáticos, e o curso de formação profissional (produto final). Espera-se, como resultados, que o estudo produza conhecimento, atualização, aperfeiçoamento e transformação das práticas de gerenciamento de listas de espera, de modo que as ações sejam otimizadas e permeadas pela equidade no atendimento ao paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver um curso de formação profissional sobre o gerenciamento da lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos.

Objetivo Secundário:

Identificar o perfil sociodemográfico, formação acadêmica, laboral, conhecimentos prévios de profissionais que atuam em gestão de listas; Avaliar as potencialidades e fragilidades do gerenciamento das listas de espera pelos profissionais; Averiguar associações potencialidades e fragilidades com o perfil sociodemográfico, formação acadêmica, laboral e conhecimentos prévios sobre gestão de listas pelos profissionais; Elaborar o plano de ação pedagógica do curso; Construir os storyboards (material didático) do curso; Validar o conteúdo dos storyboards para o curso; Criar os objetos de aprendizagem (OA) para o ambiente virtual de aprendizagem (AVA) do curso; Operacionalizar o curso de formação profissional no AVA; Avaliar o perfil sociodemográfico, acadêmico, laboral, nível de aprendizagem (antes e depois) e a satisfação dos participantes do curso; Verificar associações das características sociodemográficas, acadêmica, laboral com o nível de aprendizagem e de

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.103.774

satisfação dos participantes do curso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa não são conhecidos em decorrência de sua experiência no gerenciamento de listas de espera. Entretanto, poderá haver alguns desconfortos associados, tais como: o tempo de resposta ao questionário que estima em torno de 20 minutos; a reflexão sobre situações vivenciadas no gerenciamento de listas de espera, que poderão ter sido consideradas por você como estressoras; e as limitações tecnológicas disponíveis.

Benefícios:

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são diretos para os profissionais que gerenciam lista de espera e para os pacientes eletivos que aguardam seu atendimento, pois estará contribuindo para o desenvolvimento de um curso de formação profissional, na modalidade autoinstrucional online, tendo como público alvo os profissionais que atuam no gerenciamento de listas de espera. Destaca-se ainda, como benefícios indiretos para a sociedade e serviços de saúde, quanto a otimização dos processos gerenciais que envolvem o gerenciamento de listas de espera, promovendo melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância acadêmica, tem potencial de revelar conhecimentos que beneficiarão a população representada pelos participantes da pesquisa além de possuir interesse estratégico em termos de saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram adequadamente anexados.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 5.103.774

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado. A pesquisadora deve retirar junto à secretaria do CEP tanto o parecer de aprovação quanto o TCLE assinado e carimbado para uso na pesquisa. Término do projeto em outubro de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1833317.pdf	01/11/2021 09:04:39		Aceito
Outros	Convite_fase5.pdf	01/11/2021 09:01:57	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Outros	Convite_fase3.pdf	01/11/2021 08:59:42	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Outros	Convite_fase1.pdf	01/11/2021 08:59:27	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	JustificativaCEP_Rosa.pdf	01/11/2021 08:57:13	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Brochura Pesquisa	instrumento_avaliacaoLE_fase5.pdf	01/11/2021 08:54:46	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Cronograma	cronograma_v2.pdf	01/11/2021 08:53:04	Adriana Aparecida Paz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_fase5.pdf	01/11/2021 08:51:19	Adriana Aparecida Paz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_fase3.pdf	01/11/2021 08:51:04	Adriana Aparecida Paz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_fase1.pdf	01/11/2021 08:50:44	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEP_Rosa_v2.pdf	01/11/2021 08:49:40	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projetoCEP_Rosa_v2.docx	01/11/2021 08:49:08	Adriana Aparecida Paz	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.103.774

Investigador	projetoCEP_Rosa_v2.docx	01/11/2021 08:49:08	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Brochura Pesquisa	resumo.pdf	30/09/2021 08:29:52	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_uso_nome_UFCSPA.pdf	30/09/2021 08:23:05	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_anuencia_UFCSPA.pdf	30/09/2021 08:22:37	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Declaração de concordância	termo_anuencia_TeGEST.pdf	30/09/2021 08:22:09	Adriana Aparecida Paz	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Rosa.pdf	29/09/2021 22:32:21	ROSA LADI LISBOA	Aceito
Outros	termo_relatorio_parcial_final.pdf	29/09/2021 22:30:35	ROSA LADI LISBOA	Aceito
Outros	instrumento_avaliacao_LE_fase5.pdf	29/09/2021 22:28:33	ROSA LADI LISBOA	Aceito
Outros	instrumento_validacao_LE_fase3.pdf	29/09/2021 22:28:07	ROSA LADI LISBOA	Aceito
Outros	instrumento_demandas_LE_fase1.pdf	29/09/2021 22:27:31	ROSA LADI LISBOA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_LEavaliacao_fase5.pdf	29/09/2021 22:19:18	ROSA LADI LISBOA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_LEvalidacao_fase3.pdf	29/09/2021 22:19:00	ROSA LADI LISBOA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_LEdemandas_fase1.pdf	29/09/2021 22:18:38	ROSA LADI LISBOA	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	29/09/2021 22:18:03	ROSA LADI LISBOA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.103.774

PORTO ALEGRE, 12 de Novembro de 2021

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245
Bairro: Sarmiento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

ANEXO E – ARTIGO PUBLICADO PELA REVISTA DE SAÚDE COLETIVA

Acesso em:

<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i70p8812-8824>

artigo

Lisbôa, R. L., Rosa, T. P., Marciniak, J. B., Paz, A. A.
Atuação do enfermeiro regulador de leitos na pandemia pela covid-19: relato de experiência profissionalDOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i69p7000>

Atuação do enfermeiro regulador de leitos na pandemia pela covid-19: relato de experiência profissional



Role of the nurse regulator of beds in the pandemic by the covid-19: report of professional experience

Actuación del enfermero regulador de camas en la pandemia por la covid-19: informe de experiencia profesional

RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência profissional do enfermeiro regulador de leitos na pandemia da covid-19 em um hospital público. Métodos: Relato de experiência que discorre sobre a vivência de enfermeiros que atuam na regulação de leitos do Núcleo Interno de Regulação de um hospital no Sul do Brasil. Resultados: Foram implementados e implantados fluxos de serviço: criação de unidades de internação covid-19; adequação da área física da emergência; orientação e fluxo nos trâmites burocráticos de óbitos por suspeita ou com covid-19 confirmado; criação de programas e planilhas informatizadas; monitoramento dos leitos do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; capacitações dos técnicos administrativos; e gestão de leitos no hospital infantil. Conclusão: A gestão de leitos é uma área de atuação em que o enfermeiro possui autonomia, realiza tomada de decisões e exerce o gerenciamento e liderança. Indubitavelmente, evidencia-se uma oportunidade de crescimento profissional para enfermeiros no enfrentamento da pandemia.

DESCRIPTORIOS: Papel do Profissional de Enfermagem; Ocupação de Leitos; Gestão em Saúde; Covid-19; Sistema Único de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe the professional experience of the bed-regulating nurse in times of pandemic by Covid-19 in a public hospital. Methods: Experience report that discusses the experience of nurses working in the regulation of beds of the Internal Center for Regulation of a hospital in southern Brazil. Results: Service flows were implemented and implemented: creation of Covid-19 inpatient units; adequacy of the physical area of the emergency; guidance and flow in the bureaucratic procedures of deaths due to suspicion or with Covid-19 confirmed; creation of computerized programs and spreadsheets; monitoring of the beds of the Hospital Infection Control Service; training of administrative technicians; and bed management in the children's hospital. Conclusion: Bed management is an area of activity in which nurses have autonomy, make decisions and exercise management and leadership. Undoubtedly, there is an opportunity for professional growth for nurses in coping with the pandemic.

DESCRIPTORS: Nurse's Role; Bed Occupancy; Health Management; Covid-19; Unified Health System; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia profesional de la enfermera reguladora de camas en tiempos de pandemia por Covid-19 en un hospital público. Métodos: Informe de experiencia que discute la experiencia de las enfermeras que trabajan en la regulación de camas del Centro Interno de Regulación de un hospital en el sur de Brasil. Resultados: Se implementaron e implementaron flujos de servicios: creación de unidades de hospitalización Covid-19; adecuación del área física de la emergencia; orientación y flujo en los trámites burocráticos de muertes por sospecha o con Covid-19 confirmado; creación de programas informatizados y hojas de cálculo; monitoreo de las camas del Servicio de Control de Infecciones Hospitalarias; formación de técnicos administrativos; y la gestión de camas en el hospital infantil. Conclusión: El manejo de camas es un área de actividad en la que las enfermeras tienen autonomía, toman decisiones y ejercen la gestión y el liderazgo. Sin duda, existe una oportunidad de crecimiento profesional para las enfermeras en el afrontamiento de la pandemia.

DESCRIPTORIOS: Papel del Profesional de Enfermería; Ocupación de las Camas; Gestión en Salud; Covid-19; Sistema Único de Salud; Enfermería

RECEBIDO EM: 31/08/2021 APROVADO EM: 10/11/2021

artigo

Lisbôa, R. L., Rosa, T. P., Marciniak, J. B., Paz, A. A.
Atuação do enfermeiro regulador de leitos na pandemia pela covid-19: relato de experiência profissional

Rosa Ladi Lisbôa

Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre – RS. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado Profissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).
ORCID: 0000-0002-4250-2450

Thanize Prates da Rosa

Enfermeira coordenadora do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre – RS.
ORCID: 0000-0002-4834-7252

Júlia Barreto Marciniak

Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre – RS.
ORCID: 0000-0001-7629-4664

Adriana Aparecida Paz

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).
ORCID: 0000-0002-1932-2144

INTRODUÇÃO

A pesar de desafiadora, a regulação de leitos é imprescindível no gerenciamento dos serviços de saúde visto que a regulação em saúde é uma estratégia de gestão em constante interface com as ações de planejamento, controle e avaliação, de forma a garantir a assistência equânime e integral, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito constitucional dos cidadãos brasileiros⁽¹⁾.

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais⁽²⁾. O NIR é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.

O NIR deve ainda realizar a interface com as Centrais de Regulação (municipal, regional e estadual); delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS; e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação.

O NIR é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.

Essas características da atenção à saúde e em consonância aos critérios preestabelecidos e protocolos deverão ser instituídas pelo NIR. Além disso, o NIR deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽³⁾.

No NIR, realiza-se a gestão de leitos que, para apresentar maior eficiência, é necessário uma gestão que possa identificar os processos que interagem e integram a ocupação de leitos, defina metas e acompanhe os resultados, possa mensurá-los, verificá-los e, então, proponha as melhorias⁽⁴⁾.

O NIR do maior hospital público do Sul do Brasil, localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, exclusivo para pacientes do SUS, é um dos precursores do Brasil. Criado em 2012, o NIR gaúcho foi um modelo para outras Instituições de Saúde, servindo como base inclusive para a elaboração do “Manual de Implementação e Implantação NIR Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2017.

A equipe multidisciplinar de trabalhadores que compõem o NIR desta instituição compreende os profissionais enfermeiros, médicos, técnicos administrativos e uma

administradora. Em tempos de pandemia, a instalação de NIRs como um setor novo nos âmbitos hospitalares teve sua importância ainda mais reforçada, destacando-se, em especial, a atuação dos enfermeiros reguladores que atuam na linha de frente no gerenciamento de leitos hospitalares.

Ressalta-se que, apesar da prática do gerenciamento em saúde ser uma das atribuições do profissional enfermeiro⁽⁵⁾, ainda não se dispõe de uma Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que aborde especificamente a atuação do enfermeiro na gestão de leitos. Entretanto, existem a nível estadual orientações dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), a exemplo do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo⁽⁶⁾, inferindo a legalidade do enfermeiro em exercer suas funções no âmbito da equipe multiprofissional do NIR.

Destaca-se o enfermeiro como um profissional com formação sólida nas dimensões assistencial e gerencial do cuidado, com potencialidade para a colaboração na gestão de leitos, por meio de postura proativa e facilitadora dos processos de trabalho, relacionados às intervenções diagnósticas e terapêuticas, capacitação de equipes, adequação de infraestrutura e insumos pertinentes à efetividade do cuidado, entre outros⁽⁷⁾.

Elaborou-se o presente relato de experiência sobre a vivência de um enfermeiro regulador de leitos do maior hospital público do Sul do Brasil em tempos de covid-19 com o propósito de se oferecer subsídios para os serviços de saúde, além de se evidenciar as atividades desenvolvidas por este profissional, tendo em vista a gestão de leitos ser um novo espaço de atuação para a categoria. Sendo assim, objetiva-se descrever a experiência profissional do enfermeiro regulador de leitos em tempos de pandemia pela covid-19 em um hospital público.

MÉTODO

Trata-se de relato de experiência sobre a atuação do enfermeiro regulador no NIR, no maior hospital do Sul do Brasil, em tempos de covid-19. Este estudo possui

Apesar das incertezas e dúvidas a respeito da própria doença que assola países do mundo inteiro, o setor tem enfrentado e se adaptado à nova realidade, a qual estende-se por mais de ano.

abordagem qualitativa, com caráter descritivo-reflexivo. As pesquisas qualitativas procuram dialogar com a realidade dos sujeitos através de suas histórias, das suas biografias, das suas relações, dos simbolismos que albergam, assim como do universo de significados, das volições, das aspirações, das crenças e dos credos, dos valores ético-morais, das atitudes do sujeito concreto e manejam técnicas variadas para o trabalho empírico por darem substrato ao entendimento do mesmo⁽⁸⁾.

Destaca-se que o hospital deste estudo é referência em atendimento a pacientes com suspeita ou casos confirmados de covid-19, inclusive, gestantes e crianças com este diagnóstico.

O NIR, bem como os demais setores do hospital, precisou se adaptar, criar fluxos e estratégias, otimizar sua equipe de trabalhadores para conseguir prestar o atendimento necessário com agilidade e segurança durante a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).

Apesar das incertezas e dúvidas a respeito da própria doença que assola países do mundo inteiro, o setor tem enfrentado e se adaptado à nova realidade, a qual estende-se por mais de ano. Dentre as mudanças de rotina, ressalta-se o cancelamento das cirurgias eletivas no intuito de direcionar a força de trabalho da equipe técnica, área física e equipamentos hospitalares para o atendimento de pacientes em rastreamento e confirmados para SARS-CoV-2 (à exceção de procedimentos cirúrgicos oncológicos considerados prioritários pela magnitude e agressividade neoplásica). Em contrapartida, o aumento de internações pelo novo coronavírus reflete-se na ocupação de leitos hospitalares como um movimento dinâmico, o que exige constante capacidade de flexibilização e agilidade na tomada de decisão.

Neste relato, descreve-se o atendimento prestado pelo NIR, em especial a atuação dos seus enfermeiros, em tempos de pandemia em um hospital público de grande porte. O coordenador do NIR assinou o Termo de Anuência declarando estar ciente deste relato de experiência profissional, o qual não envolve pesquisa com seres huma-

artigo

Lisbôa, R. L., Rosa, T. P., Marciniak, J. B., Paz, A. A.
Atuação do enfermeiro regulador de leitos na pandemia pela covid-19: relato de experiência profissional

nos, sendo, portanto, dispensável a necessidade de avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A pandemia pelo coronavírus, decretada como tal pela Organização Mundial da Saúde (OMS), atinge o mundo desde março de 2020, com alta incidência de casos e de óbitos relacionados à doença até o presente momento. A pandemia é considerada uma emergência de saúde pública internacional que, conforme o regulamento sanitário, é o mais alto nível de alerta da OMS. Tal fato forçou uma mudança adaptativa no modo como os serviços de saúde prestam cuidados⁽⁹⁾.

As mudanças e adaptações são uma realidade nos serviços de saúde, os quais evidam esforços para realizar o atendimento à população em tempos de pandemia. No NIR não tem sido diferente, pois foram implementados e implantados fluxos de serviço que são percorridos a seguir, os quais exigem constantes avaliações e adaptações para serem assertivos na atenção à saúde da população.

A criação de unidades de internação covid-19 deu-se com a transformação das unidades de internações clínicas ou cirúrgicas em unidades de atendimento aos pacientes suspeitos para covid-19 (sintomáticos gripais em rastreamento laboratorial) e pacientes confirmados para SARS-CoV-2. A abertura ou fechamento dessas unidades não é estanque, pois ela altera-se conforme a demanda de pacientes.

Em relação à adequação da área física da emergência do hospital, foi preciso adequar o espaço diante da demanda de pacientes atendidos. Inicialmente, a área física era distribuída em salas: a sala vermelha destinava-se ao atendimento de pacientes que necessitam de cuidados intensivos e possuía oficialmente cinco leitos; na sala laranja, 14 leitos eram destinados ao atendimento dos pacientes semi-intensivos; já a sala verde atendia pacientes de menor complexidade em um espaço para 19 leitos. A Unidade de Decisão Clínica era a “porta de entrada” para o início dos atendimentos aos pacien-

A pandemia é considerada uma emergência de saúde pública internacional que, conforme o regulamento sanitário, é o mais alto nível de alerta da OMS. Tal fato forçou uma mudança adaptativa no modo como os serviços de saúde prestam cuidados

tes, localizada em uma área para quatro macas e cinco poltronas. Conforme a decisão tomada, o paciente era destinado a uma das salas (vermelha, laranja ou verde). A sala de observação, local onde os pacientes recebiam medicação e eram observados para então receberem alta ou permanecerem internados, contava com um espaço de seis poltronas e algumas longarinas.

Inicialmente, as salas destinadas ao atendimento do paciente com suspeita ou diagnóstico SARS-CoV-2 eram a vermelha e, posteriormente, a laranja. Este panorama foi sendo alterado em vários momentos até março do ano de 2021, quando o elevado índice de pacientes suspeitos ou com covid-19 confirmados fez com que todas as salas passassem a atender estes pacientes, ou seja, a emergência deste hospital transformou-se em uma grande Unidade de Terapia Intensiva, atingindo o número de 51 pacientes entubados em uso de ventilação mecânica. Apenas o espaço da sala de observação continuou sendo destinado aos pacientes com outras doenças. Neste cenário, ressalta-se a necessidade de o NIR ser atualizado sobre as movimentações supracitadas em tempo real, tanto da emergência quanto das unidades de internação, para que assim consiga fazer adequadamente a regulação de leitos e dos pacientes.

A orientação e fluxo nos trâmites burocráticos do óbito de pacientes com suspeita ou com covid-19 confirmado ocorre no setor do NIR, que fornece ao familiar/responsável pelo paciente o documento de declaração de óbito preenchido pelo médico responsável e que é necessário para o prosseguimento dos trâmites, inclusive, a liberação do corpo no morgue. Devido à impossibilidade de a família entrar em contato com o paciente com SARS-CoV-2, novas implementações foram instituídas. Com vistas a evitar erros na identificação do corpo, o NIR disponibiliza um smartphone para a enfermeira do setor responsável pelo corpo; em posse da declaração de óbito, essa enfermeira faz uma foto do corpo com sua devida identificação. O smartphone passa ao médico que mostra a foto para o familiar fazer o reconhecimento do corpo; após este procedimento, o smartphone retorna

ao NIR, que é responsável por anexar a foto do paciente em seu prontuário eletrônico, mantendo o sigilo e ética profissional.

Coube igualmente às enfermeiras do NIR elaborar e iniciar o uso de planilhas eletrônicas para o acompanhamento dos exames de rastreamento de pacientes oncológicos que internaram na emergência ou que aguardam a internação eletiva para dar continuidade ao tratamento quimioterápico. Estas planilhas permitiram tal gestão de leitos, pois compete ao enfermeiro o desafio de planejar o cuidado para a prevenção da disseminação do coronavírus em população de alto risco e para a implementação de medidas pautadas nas evidências disponíveis⁽¹⁰⁾. Tal medida objetivou evitar a exposição dos pacientes já internados na unidade de oncologia, pois o monitoramento dos exames é fundamental para otimização da gestão dos leitos e a segurança dos pacientes internados mais expostos a riscos em razão do comprometimento do seu sistema imunológico.

O monitoramento dos leitos do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) foi realizado pelo enfermeiro do NIR nos turnos da noite e da tarde durante os finais de semana, quando a equipe do SCIH do hospital não está funcionando. Como o NIR funciona 24hs por dia, o enfermeiro do NIR faz a gestão dos leitos dos pacientes de isolamento que possuem bactéria resistente, fungo e/ou vírus. Essa gestão exige um conhecimento diferenciado devido à complexidade das estratégias necessárias para que os pacientes possam compartilhar o quarto apenas com pacientes que possuem o mesmo agente etiológico que o seu ou ficar em isolamento caso necessitem.

Ocorreu a elaboração de programas e planilhas informatizadas por enfermeiros e técnicos administrativos para o monitoramento das taxas de ocupação e para a identificação dos leitos disponíveis e ocupados. A informatização dos procedimentos se mostrou ainda mais fundamental, pois foi graças à agilidade na disponibilização da informação em tempo real para planejamento do cuidado que passou a ser possível direcionar o atendimento e garantir a precisão

Observou-se nestes trabalhadores competências como a capacidade de adaptação, flexibilização e aprendizado rápido mediante o cenário da pandemia.

das informações⁽¹¹⁾.

As capacitações dos técnicos administrativos tiveram o intuito de instrumentalizar esses profissionais no exercício de suas atividades de forma a garantir sua própria segurança assim como a dos usuários. Durante as ações educativas relativas ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e técnicas assépticas (como higienização correta de mãos), os enfermeiros do NIR orientavam os técnicos administrativos sobre como proceder quando se deslocam às áreas covid-19 do hospital para levar ou buscar documentos e o smartphone utilizado na identificação de corpos.

Assim como se deu no hospital que atende pacientes adultos, o gerenciamento de leitos do Hospital da Criança, que pertence à mesma instituição, passou por alterações nas áreas físicas e na organização do trabalho. O Hospital da Criança apresenta características peculiares, tais como: uma administração de leitos que precisa sempre levar em conta a dimensão das camas, pois, em um mesmo quarto, existem camas de tamanhos diferentes por conta da variação de estatura entre as crianças. Mais uma vez, o enfermeiro do NIR precisou de suas habilidades, agilidade e dinamismo para conseguir dar conta da demanda de trabalho que surgia referente às mudanças necessárias para atender o público infantil na pandemia.

DISCUSSÃO

Diante do exposto, fica evidenciada a importância da atuação e do papel do enfermeiro do NIR em todos os processos descritos neste relato. Observou-se nestes trabalhadores competências como a capacidade de adaptação, flexibilização e aprendizado rápido mediante o cenário da pandemia.

Neste sentido, destaca-se no setor do NIR o uso das tecnologias pelos seus trabalhadores, sendo possível que as habilidades e competências com as ferramentas tecnológicas possibilitassem inovação nos arranjos educacionais e organizacionais das instituições, devido a exigência imediata de tomada de decisões⁽¹²⁾.

artigo

Lisbôa, R. L., Rosa, T. P., Marciniak, J. B., Paz, A. A.
Atuação do enfermeiro regulador de leitos na pandemia pela covid-19: relato de experiência profissional

Evidenciou-se neste relato a expressiva atuação do enfermeiro como regulador de leitos, apesar de os médicos serem quem decide admitir e tratar um paciente, são os enfermeiros os principais responsáveis pelo gerenciamento da capacidade total do leito – o que valoriza sua performance profissional⁽¹³⁾ –, fato que confirma os achados da literatura científica.

Para o exercício profissional nesta função, é muito relevante que o enfermeiro do NIR possua uma experiência profissional consolidada, que tenha percorrido uma trajetória na área assistencial adulta e/ou infantil, para que, com seu conhecimento e raciocínio clínico, possa, de modo ágil e assertivo, eleger o leito e o momento correto para sua ocupação, considerando o histórico clínico, situação clínica e prognóstico do paciente na hora da tomada de decisão. Além disso, é fundamental que este profissional possua conhecimento dos fluxos institucionais e, até mesmo, de toda a área física do hospital em que trabalha.

Neste sentido, os enfermeiros que integram o NIR deste relato são todos profissionais que atuaram em diferentes unidades e setores da instituição hospitalar tais como: emergência, unidade de internação clínica e

cirúrgica, ou unidade de terapia neonatal. Para a realização do gerenciamento de sistemas de saúde e a manutenção de uma boa relação com as equipes da área, é necessário ter enfermeiros qualificados, pois, dessa forma, é possível alcançar melhores resultados⁽¹⁴⁾. Além do conhecimento/experiência na gestão, o enfermeiro com experiência na prática assistencial, tem a facilidade em realizar a avaliação do perfil de cuidados do paciente na instituição sendo isto considerado importante para regular internamente os leitos⁽¹⁵⁾.

O enfermeiro, ao exercer sua habilidade de gerenciamento e liderança, beneficia o NIR com sua atuação, pois este espaço de trabalho é considerado um observatório privilegiado capaz de gerar ações efetivas e ágeis, contribuindo para melhorias significativas no setor da saúde⁽¹⁾. No contexto de pandemia, é desejável para o momento que a Enfermagem conceba e abrace a identidade profissional e que seja politicamente engajada, de forma a reconhecer coletivamente que a categoria tem enfrentado a linha de frente do covid-19, para assim ser ativa na busca justa e significativa do valor de seu trabalho⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

A pandemia trouxe o fortalecimento do NIR como um setor da saúde que exerce a regulação de pacientes, possibilitando acesso justo e transparente dos usuários do SUS ao serviço. Em tempos de covid-19, refletiu-se sobre as ações de trabalho, mas também a importância do enfermeiro no setor da saúde e sua contribuição para a própria sociedade.

A limitação do estudo está na apresentação de um relato de experiência profissional de um único NIR, mesmo este sendo o maior do sul do Brasil. Entretanto, as implicações deste relato apresentam-se como contribuintes e inspiradoras para a prática do enfermeiro que atua na regulação de leitos.

A gestão de leitos nas instituições hospitalares é uma área de atuação em que o enfermeiro possui autonomia, realiza tomada de decisões e exerce o gerenciamento e liderança. Indubitavelmente, evidencia-se uma oportunidade de crescimento profissional para enfermeiros no enfrentamento da pandemia.

REFERÊNCIAS

- 1 Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde: a atuação de enfermeiros. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 20]; 17(6):820-7. Available from: <http://periodicos.ufc.br/renerevista/index.php/revista/article/download/2481/pdf>
- 2 Brasil. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [cited 2021 Mar 23]. Available from: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/11_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_pnhosp_cosems.pdf
- 3 BRASIL. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. 1.ed. Brasília/DF: Ministério da saúde, 2017. [cited 2021 Mar 21]. Available from: <http://antigo.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>
- 4 Wasgen AM, Terres MS, Machado BFH. O impacto do gerenciamento de leitos na gestão hospitalar. *Revista Hospitalidade*. 2019;(16)02:31-49. doi: <https://doi.org/10.21714/2179-9164.2019.v16n2.002>
- 5 BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, n.99, Brasília/DF, 1986. Seção I, p.9273-9275.
- 6 Conselho Regional de Enfermagem (São Paulo). Orientação fundamentada COREN-SP nº 079/2016 – Assunto: Núcleo Interno de Regulação (NIR). São Paulo/SP; 2016. [cited 2021 ago 21]. Available from: [Orientação Fundamentada - 079_1.pdf](https://www.coren-sp.gov.br/Portals/0/Arquivos/OrientacaoFundamentada-079_1.pdf) ([coren-sp.gov.br](https://www.coren-sp.gov.br))
- 7 Nascimento AB. Gerenciamento de leitos hospitalares: análise conjunta do tempo de internação com indicadores demográficos e epidemiológicos. *Rev Enferm Atenção Saúde* [online]. 2015;(4)1:65-78.
- 8 Assis LMB, Pinheiro ML, Moraes MMM, Fernandes DMAP, Melo VFC, Motta MF. Cuidado dentro de casa: reflexões sobre visitas domiciliares na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Coletiva*. 2021;(11)62:5072-76. doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i62p5072-5078>
- 9 Celuppi IC, Lima GS, Raul ER, Wazlawick S, Dalmarco EM. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. *Cad.*

REFERÊNCIAS

- Saúde Pública [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 23]; Available from: 37(3):e00243220. <https://scielosp.org/pdf/csp/2021.v37n3/e00243220/pt>
- 10 Rodrigues JAP, Stelmachuk AM, Lacerda MR, Galvão CM. Medidas de contenção à COVID-19 adotadas em serviço de transplante de medula óssea. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 23]; 73 (Suppl 2): e20200476. Available from: 2020-0476 - POR.indd (scielo.br)
- 11 Laurindo MC, Morais AAL, Ferreira AJ, Cerantola R, Barbosa LB, Pereira JGC, et al. A implantação do Núcleo Interno de Regulação em Hospital Público Terciário - A experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. *Rev. Med.* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 24]; 52(1):16-23. Available from: Vista do A implantação do Núcleo Interno de Regulação em Hospital Público Terciário (usp.br)
- 12 Santos AT, Almeida JMC, Rolim ILTP, Passos HM, Coutinho NPS, Sartinha AHL. Educação a distância através do Ensino remoto durante a covid-19 em um mestrado acadêmico em enfermagem: relato de experiências. *Saúde Coletiva.* 2021;(11)COVID:6973-77. doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i11COVIDp5072-5078>
- 13 Allen D. Inside 'bed management': ethnographic insights from the vantage point of UK hospital nurses. *Social Health Illn.* 2015;37(3):370-84. doi: 10.1111/1467-9566.12195
- 14 Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad Saúde Colet.* 2016;24(1):49-54. doi: 10.1590/1414-462X201600010106
- 15 Borges F, Bernardino E, Stegani MM, Tonini NS. Atuação de enfermeiros na gestão de leitos de um hospital de ensino. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 21]; 73 (4): e20190349. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034-7167202000400170&lng=en
- 16 Backes MTS, Higashi GDC, Damiani PR, Mendes JS, Sampaio LS, Soares GL. Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42(esp):e20200339. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>

ANEXO F – ARTIGO PUBLICADO PELA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Acesso em:

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1233>



RELATO DE EXPERIÊNCIA



Atuação do enfermeiro regulador no gerenciamento de listas de espera cirúrgicas

Actions of a regulatory nurse in the management of surgical waiting lists
Actuación del enfermero regulador en la administración de lista de espera quirúrgicas

Rosa Ladi Lisbôa¹

ORCID: 0000-0002-4250-2450

Alexandra Jochims Kruehl^{II}

ORCID: 0000-0001-9656-0309

Júlia Barreto Marciniak^{III}

ORCID: 0000-0001-7629-4664

Adriana Aparecida Paz^{IV}

ORCID: 0000-0002-1932-2144

¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II}Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre,
Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Lisbôa RL, Kruehl AJ, Marciniak JB, Paz AA. Actions of a regulatory nurse in the management of surgical waiting lists. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20201233. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1233>

Autor Correspondente:

Rosa Ladi Lisbôa
E-mail: rosaladilisboa@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Maria Elisabete Salvador

Submissão: 22-12-2020 **Aprovação:** 09-05-2021

RESUMO

Objetivos: descrever a atuação do enfermeiro regulador no gerenciamento das listas de espera para cirurgias eletivas de um hospital público. **Métodos:** trata-se de um relato de experiência que discorre sobre a atuação do enfermeiro regulador no gerenciamento das listas de espera para cirurgias eletivas. **Resultados:** os resultados desta iniciativa foram: redução do tempo de espera; eliminação de discrepâncias que promoviam iniquidade de acesso; promoção de maior segurança nos tratamentos; atuação do enfermeiro como gestor para conduzir e mediar situações entre serviços; concessão da autonomia da alta gestão do hospital ao gestor de listas de espera; e comunicação efetiva pelo *feedback* constante com as equipes médicas. **Considerações Finais:** o gerenciamento das listas de espera de cirurgias precisa ser contínuo e sistemático, assim como ampliado para as equipes ainda não envolvidas. Essa iniciativa pode ser replicada e aprimorada em outras organizações de saúde. **Descritores:** Administração de Serviços de Saúde; Listas de Espera; Tecnologia Aplicada a Listas de Espera; Procedimentos Cirúrgicos Eletivos; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to describe the actions of the regulatory nurse in the management of waiting lines for elective surgeries in a public hospital. **Methods:** this is an experience report about the actions of the regulatory nurse in the management of waiting lines for elective surgeries. **Results:** the results of this initiative were: diminution in waiting times; elimination of discrepancies that led to access inequality; promotion of safer treatments; actions of the nurse as a manager, conducting and mediating situations between services; autonomy from the high management of the hospital with regard to the manager of waiting lists; and effective communication due to a constant feedback with the medical teams. **Final Considerations:** the management of the surgical waiting lists must be continuous and systematic, and it must be broader, to include teams that are not involved yet. This initiative can be replicated and improved in other health organizations. **Descriptors:** Health Services Administration; Waiting Lists; Technology Applied to Waiting Lists; Elective Surgical Procedures; Unified Health System.

RESUMEN

Objetivos: describir la actuación del enfermero regulador en la administración de listas de espera para cirugías electivas de un hospital público. **Métodos:** se trata de un relato de experiencia que discurre sobre la actuación del enfermero regulador en la administración de las listas de espera para cirugías electivas. **Resultados:** como resultados de esta iniciativa, obtuvieron: reducción del tiempo de espera; eliminación de discrepancias que promovían iniquidad de acceso; promoción de mayor seguridad en los tratamientos; actuación del enfermero como gestor para conducir y mediar situaciones entre servicios; concesión de la autonomía de la alta gestión del hospital al gestor de listas de espera; y comunicación efectiva por *feedback* constante con las equipos médicas. **Consideraciones Finales:** la administración de las listas de espera de cirugías precisa ser continua y sistemática, así como ampliada para las equipos aún no envueltas. Esa iniciativa puede ser replicada y perfeccionada en otras organizaciones de salud. **Descritores:** Administración de los Servicios de Salud; Listas de Espera; Tecnología Aplicada a las Listas de Espera; Procedimientos Quirúrgicos Electivos; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

O gerenciamento de listas e tempos de espera para cirurgias eletivas vem sendo relatado internacionalmente como alvo de políticas de saúde desde meados dos anos 1990, a ponto de a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) tratá-lo como uma prioridade⁽¹⁾. No Brasil, embora o assunto seja um fenômeno importante para o sistema de saúde, sua presença na literatura nacional ainda é escassa⁽²⁾.

Em termos legais, também existe uma carência de determinações governamentais a respeito da gestão e da transparência das listas de espera. De qualquer forma, ressalta-se a existência do Projeto de Lei Federal nº393/2015, que está em tramitação e dispõe sobre a obrigatoriedade de publicar no site do hospital a atualização sistemática das listas de espera para procedimentos assistenciais eletivos do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽³⁾.

O tempo de espera para tratamentos eletivos, incluindo cirurgia eletiva, é uma fonte de preocupação pública e, portanto, temário para os formuladores de políticas. A longa espera tem exigido alocação de recursos públicos adicionais na tentativa de se reduzir o tempo que o paciente aguarda para a realização do procedimento cirúrgico eletivo; contudo, os resultados oriundos do uso desses recursos públicos adicionais não são claros⁽⁴⁾.

Nesse sentido, segundo a literatura baseada nas práticas internacionais em serviços de saúde com acesso universal, o tempo ideal entre a definição cirúrgica e sua realização é de 90 dias; e, em casos excepcionais, 180 dias⁽¹⁾. No cenário da experiência descrita neste estudo, grande parte das listas, que normalmente contêm em torno de 2 mil pacientes, possui tempos superiores a 180 dias, sendo que 40% dos pacientes eletivos estão aguardando por mais de dois anos.

Dentre as fragilidades existentes nos sistemas de saúde, destaca-se o gerenciamento de listas de espera para cirurgias eletivas. O foco deste relato baseia-se em um caso de 2018, quando um enfermeiro regulador foi destinado para atuar no gerenciamento das listas de espera no hospital deste estudo, caracterizado como sendo um hospital público, geral e de grande porte, localizado na Região Sul do Brasil, o que resultou na implantação e implementação de estratégias de aprimoramento.

Em 2012, o Ministério da Saúde determinou que o hospital em questão implantasse o Núcleo Interno de Regulação (NIR), uma unidade técnico-administrativa cujas atribuições são a gestão de leitos, a interface com as centrais de regulação de acesso, a qualificação dos fluxos de acesso aos serviços hospitalares, o estabelecimento de mecanismos de apoio para reduzir o tempo de espera das indicações cirúrgicas e a realização dos procedimentos. Ressalta-se a importância do enfermeiro no NIR, pois esse profissional tem a capacidade de executar diferentes funções, contribuindo com o desenvolvimento de tal serviço.

O enfermeiro do NIR atua em dedicação exclusiva, pois existe uma grande demanda de trabalho de regulação e manejo de leitos em tempo real. Destaca-se que, além da regulação de leitos, os enfermeiros realizam a regulação ambulatorial de pacientes, a qual se divide em regulação externa das Linhas de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Oncologia e Urolitíase Pós-Emergência, bem como Reabilitação Auditiva e Regularização do Acesso.

O enfermeiro do NIR trabalha também de forma decisiva e desafiadora no gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos. No ano de 2019, uma administradora foi admitida no NIR com a função de realizar o monitoramento dos dados, incluindo os das listas de espera. Essa parceria contribuiu para tornar mais transparente a situação das listas; um exemplo disso foi a identificação de pacientes que realizaram o procedimento cirúrgico antes de pacientes que já estavam em espera na fila de cirurgias eletivas. Esse monitoramento também possibilitou observar o impacto das ações implementadas pelo enfermeiro na gestão de listas de espera, como na redução da lista e do tempo de espera graças à realização de mutirões pré-operatórios e da organização da lista com algumas equipes médicas.

Em 2017, o gestor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade onde se localiza o hospital relatado neste estudo adotou medidas para promover a transparência no uso dos leitos hospitalares. Uma delas foi a implantação do software de propriedade da própria SMS, o GERINT (Sistema de Gerenciamento de Internações), cujo objetivo é realizar maior monitoramento e gestão das internações hospitalares no estado por meio de um mapa de ocupação dos leitos em tempo real. Além disso, determinou-se que os sistemas de informações dos hospitais estabelecessem a interface com o GERINT, para que as informações fossem atualizadas em tempo real. Também definiu-se que as internações eletivas apenas poderiam ser efetivadas e remuneradas caso os pacientes estivessem regulados (ou seja, formalmente encaminhados e autorizados pela SMS).

A instituição estudada nesta pesquisa possui sistemas de informações próprios, tanto administrativos como assistenciais. Nos sistemas assistenciais, existe uma função específica voltada às listas de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos. Esses dados são provenientes das condutas definidas para o tratamento dos pacientes descritas pelos médicos assistentes.

De início, as equipes médicas registravam todas as informações sobre suas listas de espera em diferentes formatos (em planilhas eletrônicas, editores de texto, agendas físicas, ou folhas soltas). Com o sistema de informações específico, algumas equipes passaram a utilizá-lo de forma concomitante às listas físicas.

Além disso, não ocorria o acompanhamento sistemático da evolução das listas em nível de gestão nem atuação direta com as equipes de especialidades, o que gerou uma série de problemas de grande desorganização das listas, tais como: duplicidade ou incongruência de informações; pacientes em espera sem estarem regulados; tempos longos de espera para determinadas especialidades e procedimentos; e ausência de mecanismos de priorização de pacientes. Logo, não se tinha conhecimento sobre a realidade concreta das listas (tamanho e tempo de espera) nem a possibilidade de realizar o gerenciamento delas.

Para otimizar o processo de melhoria da qualidade de atendimento ao paciente e estar em conformidade com as exigências da SMS, observou-se a necessidade de organizar a lista de espera visando, assim, atingir a redução do tempo de espera para a realização dos procedimentos, o que evitaria possíveis complicações de saúde decorrentes da morosidade.

Em termos legais, o hospital deve cumprir o que está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde⁽⁵⁾ e nas políticas de saúde vigentes. Além do aspecto legal, diversas situações fundamentaram

a necessidade de intervenção no gerenciamento de listas de espera, tais como: 1) ouvidorias de pessoas reclamando e reivindicando a realização de suas cirurgias; 2) dificuldade para identificar tanto as prioridades clínicas que justificassem a antecipação de cirurgias quanto pacientes “furando a fila”, inclusive por meio judicial, sem justificativa clínica para tal; 3) longos tempos de espera, inclusive superiores ao preconizado para o início do tratamento oncológico⁽⁶⁾.

Portanto, a intervenção baseou-se na necessidade de cumprimento de normativas legais e, principalmente, na busca pelo atendimento eficaz ao paciente cirúrgico eletivo. Entende-se que este campo é novo para a atuação do enfermeiro e possui literatura escassa.

OBJETIVOS

Descrever a atuação do enfermeiro regulador no gerenciamento das listas de espera para cirurgias eletivas de um hospital público.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência sobre a atuação de um enfermeiro regulador, que, no seu processo de trabalho, propôs as estratégias de intervenção utilizadas no gerenciamento de listas de espera para cirurgia eletiva. Este texto descreve ações implementadas e a avaliação de sua eficácia no que tange a essa gestão.

O relato de experiência — ferramenta da pesquisa descritiva baseada em reflexão de uma ação ou conjunto de ações — aborda uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica⁽⁷⁾. Sendo assim, foi uma metodologia adequada para descrever e discutir a experiência no gerenciamento de listas de espera de um hospital público na Região Sul do Brasil, no período de 2018 a 2020.

O coordenador do NIR assinou o Termo de Anuência declarando estar ciente da coleta de dados secundários apresentados neste relato, provenientes das bases de dados e relatórios de gestão internos. Esses dados não se referem a pesquisas com seres humanos, portanto é dispensável a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Salienta-se que essa iniciativa não requereu investimento financeiro direto, mas utilizou recursos da instituição para a reorganização de atribuições e dos processos do NIR.

APRESENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS REALIZADAS

As listas de espera do hospital têm origem em 20 especialidades clínicas e cirúrgicas, que compreendem: Centro de Atenção ao Obeso Classe III, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vasculardor e Cuidados Paliativos, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Medicina Interna, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia Cirúrgica, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia e Urologia.

Destaca-se que, no período em que as ações descritas neste estudo foram realizadas na instituição, o Bloco Cirúrgico era composto por 14 salas cirúrgicas, sendo 2 destinadas aos procedimentos de urgência e emergência, 4 salas para pequenos

procedimentos com necessidade de anestesia local e 8 salas para uso de pacientes eletivos. Entretanto, mudanças na estrutura organizacional da área física do bloco foram necessárias em razão da pandemia da COVID-19, de forma que, atualmente, dessas 14 salas totais, 3 viraram Sala de Recuperação, pois a antiga Sala de Recuperação foi transformada em Unidade de Terapia Intensiva; além disso, 2 salas permanecem para atendimentos de urgência e emergência, 2 salas para pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 e 8 salas para pacientes eletivos. Durante a pandemia, o bloco fechou em vários momentos, sendo usado apenas para os casos de urgência e os oncológicos.

Em meados de março de 2018, apenas as equipes de Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Torácica e Urologia tinham suas listas de espera plenamente registradas no sistema de informações do hospital. Na época, havia muitas suspensões de cirurgias cardíacas por falta de leito em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), sendo que a maior lista de espera era a da especialidade de Urologia.

Diante dessa realidade, buscou-se sensibilizar as equipes médicas durante reuniões, que ocorreram mensalmente, sempre com a presença tanto do enfermeiro regulador responsável pelas listas de espera no NIR quanto da equipe médica. Algumas vezes, contava-se com a participação do enfermeiro coordenador do NIR; e, a partir de 2019, a administradora também começou a comparecer. Nessas reuniões, era explicada a importância da organização e padronização das listas de espera.

Para a padronização acontecer, foi necessária a organização dos procedimentos na lista das especialidades médicas baseada na classificação de prioridades das cirurgias, considerando-se a gravidade dos casos e o uso de codificação dos procedimentos. Nesse sentido, a título de ilustração, utiliza-se o exemplo da Urologia, que fez a seguinte categorização: Código 1 destinou-se aos pacientes com patologias oncológicas; Código 2, aos pacientes com grandes procedimentos (p.ex., ureterolitotomia); Código 3, pequenos procedimentos (p.ex., varicocele, hidrocele); Código 4, incontinência urinária; e Código 5, biópsias.

Em seguida, o enfermeiro regulador fez a revisão administrativa das listas de espera. Nesse processo, foi feita uma verificação manual das listas. Os dados dos pacientes, um a um, foram avaliados no prontuário eletrônico. Além disso, foi realizado contato telefônico com o próprio paciente ou familiar para identificar aqueles sem agendamento cirúrgico em prontuário, sem acompanhamento ambulatorial com a especialidade e os que não tinham mais a indicação cirúrgica, mas que permaneciam em lista. Tais condições excluíram pacientes da lista de espera, sendo também retirados aqueles que tinham realizado procedimento em outra instituição, óbitos e os que não aceitaram, por três vezes, ser internados ou realizar o procedimento. As informações supracitadas foram fornecidas às equipes médicas, e demonstrou-se que os pacientes mais antigos eram os que deveriam ter o atendimento agilizado.

Destaca-se que as listas de espera desse hospital encontram-se acessíveis no sistema eletrônico a todos os profissionais atuantes na instituição. Como mencionado anteriormente, essas listas de espera estão em interface com o GERINT, ou seja, os pacientes eletivos aparecem automaticamente nessa plataforma.

O enfermeiro regulador no NIR também passou a organizar as chamadas eletivas fixas semanais de pacientes para internação, bem como mutirões para avaliação ambulatorial préoperatória (consulta

médica e exames necessários). Essas ações contribuíram para a redução do tempo de internação dos pacientes, que chegavam ao hospital apenas no dia da cirurgia, isto é, não necessitavam internar previamente para exames pré-operatórios. Além disso, o NIR passou a monitorar as listas de espera mensalmente de forma sistemática, visando sensibilizar mais as equipes médicas, melhorar a comunicação com elas e avaliar a evolução dos resultados da iniciativa.

OS RESULTADOS E AS DISCUSSÕES

A efetividade das ações foi mensurada pelo número de pacientes na lista e tempos de espera para a realização do procedimento. O primeiro indicador não deve ser analisado isoladamente, em razão da dinamicidade da lista, por isso é necessário analisar também os tempos de espera.

Os resultados mais relevantes foram os das equipes da Cirurgia Cardíaca e da Urologia, cujos dados do monitoramento realizado em março de 2018 (início da iniciativa) e em março de 2020 são apresentados no Quadro 1. A escolha desse último monitoramento deve-se à realidade de pandemia da COVID-19, período em que o hospital, para evitar seu colapso, suspendeu os atendimentos eletivos ambulatoriais e cirúrgicos para poder implantar medidas de enfrentamento da crise.

Destaca-se que a especialidade da Urologia tornou-se um caso de referência para as demais equipes médicas. Apesar do fluxo dinâmico da lista, houve redução em todos os códigos, tanto da quantidade de pacientes como do tempo de espera. A partir dessa experiência, outras equipes foram sendo agregadas, como a Cirurgia Vasculosa e a Otorrinolaringologia, por exemplo (Quadro 2).

Quadro 1 – Dados comparativos de produtividade e resultados das especialidades de Cirurgia Cardíaca e Urologia

Especialidade	Situação inicial (março/2018)	Situação atual (março/2020)
Cirurgia Cardíaca	159 pacientes, espera de até 4 anos	18 pacientes, espera de até 20 meses
	46 pacientes no Código 1 (oncológico), espera de até 2 anos e 3 meses	5 pacientes no Código 1, espera de até 3 meses
	Produtividade média: 31,3 cirurgias eletivas/mês	Produtividade média: 25,7 cirurgias eletivas/mês
Urologia	579 pacientes, espera de até 8 anos	244 pacientes, espera de até 20 meses
	72 pacientes do Código 1 (oncológico), espera de até 9 meses	20 pacientes do Código 1, espera de até 2 meses
	Tempo médio de permanência hospitalar: 10,2 dias	Tempo médio de permanência hospitalar: 5,2 dias
	Produtividade média: 231 cirurgias eletivas/mês	Produtividade média: 205,7 cirurgias eletivas/mês

Quadro 2 – Dados comparativos de produtividade e resultados das especialidades de Cirurgia Vasculosa e Otorrinolaringologia

Especialidade	Situação inicial	Situação atual (março/2020)
Cirurgia Vasculosa (início em setembro/2019)	56 pacientes, espera de até 6 anos e 11 meses	25 pacientes, espera de até 13 meses
	Produtividade média: 102,3 cirurgias eletivas/mês	Produtividade média: 75,3 cirurgias eletivas/mês
	Tempo médio de permanência hospitalar: 8,1 dias	Tempo médio de permanência hospitalar: 6 dias
Otorrinolaringologia (início em julho/2019)	116 pacientes, espera de até 3 anos e 7 meses	124 pacientes, espera de até 2 anos e 2 meses
	5 pacientes no Código 1 (oncológico), espera de até 10 meses	Nenhum paciente aguardando no Código 1 (oncológico) desde dezembro/2019
	Produtividade média: 26,6 cirurgias eletivas/mês	Produtividade média: 16,4 cirurgias eletivas/mês

A lista de espera registrada no sistema de informações do hospital mostrou-se como uma importante ferramenta de gestão para promover a garantia dos direitos do paciente e também propiciar conhecimento à equipe médica quanto à sua demanda de cirurgias eletivas. Para que essa iniciativa amplie os resultados positivos, é preciso que quatro aspectos sejam respeitados:

- a existência de um gestor do processo, ou seja, alguém que se aproprie dele, que o conduza e atue como mediador entre os serviços. No cenário deste relato, esse processo é de responsabilidade do NIR; e, dentro desse núcleo, designaram-se um enfermeiro para ser o gestor e um administrador para realizar o monitoramento de resultados;
- a alta gestão do hospital precisa garantir apoio a essa iniciativa por meio da autonomia ao NIR e ao gestor do processo, por ser algo que desacomoda equipes, padroniza ações e, portanto, retira o poder de alguns colaboradores, o que gera resistências;
- a necessidade de saúde do paciente é o objetivo principal dessa iniciativa, em consonância com a adoção dos princípios dos SUS, destacando a equidade;
- a garantia do feedback constante às equipes médicas, mediante informações consistentes sobre seu desempenho e evolução, situações a serem resolvidas e estabelecimento de novas metas e responsabilidades mútuas.

Neste trabalho, evidencia-se a significativa redução do tempo de espera para realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos das especialidades abordadas. A espera pode acarretar piora/deterioração das condições de saúde, prolongamento do sofrimento, perda de utilidade e, inclusive, possível evolução para o óbito do paciente⁽¹⁾.

O feedback por parte de algumas equipes médicas sobre as ações propostas pelo NIR — como a codificação dos procedimentos, a realização das consultorias e a inserção automática da AIH na lista de espera — contribuiu, significativamente, para o desenvolvimento do serviço médico, embora, em um primeiro momento, as ações tenham exigido readaptações do trabalho exercido pelas equipes. É importante ressaltar que foi importante para o êxito dessas ações o envolvimento das equipes assistenciais e de outras áreas, tais como: os serviços de diagnósticos, que priorizaram o agendamento dos exames para avaliação pré-operatória nos ambulatórios específicos; o centro cirúrgico, que otimizou a ocupação das salas cirúrgicas; e o Ambulatório de Especialidades.

Essa integração multiprofissional teve como consequência a melhoria do atendimento ao paciente e se concretizou por meio de uma comunicação efetiva, a qual foi conseguida pela reunião de esforços para manter vínculos e boa relação com as equipes médicas e demais serviços. Também adotaram-se, inclusive, os recursos de correios eletrônicos (e-mails), aplicativo de mensagens instantâneas, como o WhatsApp, propiciando mais agilidade nos diálogos e nas tomadas de decisão. Já a intervenção na fila deve ser feita baseada no princípio da equidade (um dos princípios doutrinários do SUS), isto é, tratar cada problema específico de acordo com a sua necessidade⁽⁸⁾.

Salienta-se, entretanto, que os aspectos subjetivos observados nas equipes médicas refletem diretamente nos resultados do trabalho. As equipes da Cirurgia Cardíaca e da Urologia apresentavam coordenador da equipe com boa liderança e, assim como os demais membros no processo, adequado engajamento, situação que permitiu a realização mais fluida e efetiva do trabalho. Esses aspectos subjetivos não foram encontrados em algumas equipes médicas abordadas, ou seja, elas não demonstraram ter o mesmo comprometimento e colaboração em sua prática. Por conseguinte, a efetividade nos resultados não foi a mesma.

As estratégias apresentadas neste estudo foram importantes e decisivas para a obtenção dos resultados supracitados. Todavia, para ser possível um atendimento efetivo e de qualidade aos pacientes eletivos, necessário se faz que novas estratégias sejam criadas e que as narradas neste estudo possam ser efetivamente implementadas para com as equipes que não tiveram boa adesão às propostas de melhoria feitas pelo NIR.

Cabe lembrar que uma das medidas durante a pandemia da COVID-19 foi a restrição de cirurgias, logo a demanda eletiva ficou ainda mais reprimida. Tal realidade não foi exclusiva desse hospital, pois a pandemia da COVID-19 interrompeu globalmente a maioria das cirurgias eletivas para atender o aumento repentino e expressivo de pacientes que requerem serviços hospitalares de urgência e cuidados em unidades de tratamento intensivo⁽⁹⁾. A contribuição, colaboração e liderança estratégica para implementação e gestão de listas de espera cirúrgicas pós-pandemia serão fundamentais, pois essa situação afetou significativamente a saúde e vida dos pacientes eletivos⁽¹⁰⁾.

Limitação do estudo

Uma limitação do estudo está na apresentação dos resultados obtidos apenas das quatro especialidades médicas com mais

engajamento nas propostas de intervenção, isto é, ficaram de fora os resultados das demais especialidades. Além disso, os dados apresentados não foram submetidos aos testes estatísticos para verificar uma mudança significativa ($p < 0,05$).

Contribuições para a área da Enfermagem e da Saúde

As implicações deste relato de experiência apresentam-se como contribuintes para a prática do enfermeiro, o qual assume a mediação do processo de regulação das listas de espera cirúrgicas, fortalecendo a análise de indicadores e a formulação de estratégias para a tomada de decisões em nível de gestão. Destaca-se que a literatura de gerenciamento de listas de espera ainda é incipiente no Brasil, portanto este relato contribui para reforçar a necessidade de ampliação dos estudos sobre esse temário.

Evidencia-se que a atuação do enfermeiro como regulador precisa ser apresentada, explorada e discutida ainda na formação acadêmica, melhorando as competências em desenvolvimento, de modo que se conheça a importância da gestão das listas de espera e do próprio NIR nas instituições de saúde. Da mesma forma, o tema instiga a oferta de cursos de formação profissional para aprimoramento dos enfermeiros que podem estar se inserindo nesses espaços e para que enfermeiros de outros setores conheçam as atribuições, estratégias e ações da regulação de leitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da insuficiência de literatura e de legislação norteadoras sobre o tema, foi necessário que o NIR desenvolvesse seu próprio modelo de ações e de gerenciamento de suas listas de espera, agregando aspectos como sensibilização e comprometimento de colaboradores e equipes, mudanças de processos e de aperfeiçoamento dos sistemas de informação, além de formas de monitoramento e avaliação do desempenho. Era preciso, ainda, evitar conflitos entre o modelo elaborado pelo NIR e o modelo de gestão institucional.

As ações apresentadas vêm sendo aplicadas às demais especialidades, levando em conta suas especificidades. Assim, considera-se que esta iniciativa pode ser replicada e aprimorada em todas as instituições de saúde que possuem listas de espera de pacientes eletivos. Como foi possível observar, as ações narradas são simples, porém constituíram um processo detalhado e trabalhoso, que dependeu do envolvimento de muitos colaboradores de diferentes setores da instituição.

O enfermeiro gestor no NIR responsável pelo gerenciamento de listas de espera para cirurgias eletivas, juntamente com as equipes médicas, conseguiu estabelecer estratégias para a redução de paciente em lista e do tempo de espera por cirurgias eletivas, assim como melhorar o fluxo de gestão de leitos da instituição. Foi demonstrada, assim, a importância do profissional enfermeiro, que, ao assumir função na gestão do serviço de saúde, desempenha um cuidado indireto e contribui para a qualidade da assistência prestada ao usuário.

REFERÊNCIAS

1. Siciliani L, Hurst J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy* [Internet]. 2005 [cited 2020 Sep 12];72(2):201-15. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851004001617?via%3DIihub>
2. Lippi MC. Gestão de lista de espera como abordagem para planejamento e coordenação de serviços de saúde eletivos. *Rev Eletrôn Gestão Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 12];9(6):159-77. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200408_122550.pdf
3. Aguiar LOF, Lira ACO. Transparência no Sistema Único de Saúde: iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. *Cad Ibero-Am Dir Sanit* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 12];7(2):111-24. Available from: https://www.researchgate.net/publication/326087760_Transparencia_no_Sistema_Unico_de_Saude_-_iniciativas_e_desafios_na_divulgacao_eletronica_das_listas_de_espera
4. Lungu DA, Grillo RT, Nuti S. Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):361-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4199-6>
5. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1990 [cited 2020 Sep 12]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
6. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2020 Sep 12]. Available from: http://www.planalto.gov.br/CCVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm
7. Marini ZM, Arrieira I, Jacotec C. Relato de experiência da equipe odontológica em atenção domiciliar em um hospital-escola na cidade de Pelotas, RS, Brasil. *RFO UFP*. 2017;22(2):158-61. <https://doi.org/10.5335/rfo.v22i2.6747>
8. Senna SBB. Gestão da fila de espera para cirurgias eletivas em hospitais do Sistema Único de Saúde. *Braz. J Surg Clin Res* [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 12];30(2):79-82. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200408_122550.pdf
9. Clarke J, Murray A, Markar SR, Barahona M, Kinross J. New geographic model of care to manage the post-COVID-19 elective surgery aftershock in England: a retrospective observational study. *Rev BNJ Open*. 2020;10(10):1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042392>
10. Wiseman SM, Crump RT, Sutherland JM. Surgical wait list management in Canada during a pandemic: many challenges ahead. *Can J Surg*. 2020;63(3):226-8. <https://doi.org/10.1503/cjs.006620>

ANEXO G – ARTIGO PUBLICADO PELA REVISTA ELETRÔNICA ACERVO SAÚDE



Acesso em:

<https://doi.org/10.25248/reas.e9612.2022>

Estratégias de gerenciamento em listas de espera cirúrgicas: revisão integrativa



Management strategies on surgical waiting lists: integrative review

Estrategias de manejo en listas de espera quirúrgicas: revisión integradora

Rosa Ladi Lisbôa^{1*}, Camila Gabrielle da Silva Rodrigues¹, Cristiane Vargas Bittencourt¹, Adriana Aparecida Paz¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar as estratégias utilizadas no gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos eletivos. **Métodos:** Revisão integrativa realizada em quatro bases de dados, em janeiro de 2021. Utilizou-se a estratégia PICO para elaboração da questão de pesquisa. Os artigos foram gerenciados nos softwares Endnote X5 e Rayyan para a exclusão de documentos duplicados e cegamento dos avaliadores. **Resultados:** Obteve-se nove artigos que observaram a prevalência de pesquisas caso controle e estudos quantitativos (sete/77,77%) classificados com nível de evidência quatro (moderado). Evidenciou-se a utilização de estratégias de gerenciamento para aproveitamento da equipe cirúrgica, centralização das listas de espera, colaboração de centros cirúrgicos de diferentes hospitais, status de priorização e tempo de espera do paciente, uso de *software* de computador e do método *lean healthcare*. **Considerações finais:** Este estudo pode contribuir para ampliar o conhecimento neste temário ainda pouco explorado no Brasil ao evidenciar a necessidade de compartilhamento de experiências exitosas para o aprimoramento do gerenciamento de listas de espera. As estratégias mostraram-se eficazes; entretanto, deve-se aprimorar algumas estratégias para que possam ser replicadas, respeitando as características específicas dos serviços de saúde no Brasil.

Palavras-chave: Administração de serviços de saúde, Listas de espera, Tecnologia aplicada, Sistema único de saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To identify the strategies used to manage waiting lists for elective surgical patients. **Methods:** Integrative review carried out in four databases, in January 2021. The PICO strategy was used to elaborate the research question. The articles were managed in Endnote X5 and Rayyan software to exclude duplicate documents and blind the reviewers. **Results:** Nine articles were obtained that observed the prevalence of case-control research and quantitative studies (seven/77.77%) classified with evidence level four (moderate). The use of management strategies to take advantage of the surgical team, centralization of waiting lists, collaboration of operating rooms from different hospitals, prioritization status and patient waiting time, use of computer software and the lean healthcare method was evidenced. **Final considerations:** This study can contribute to expand knowledge in this theme still little explored in Brazil by evidencing the need to share successful experiences for the improvement of the management of waiting lists. The strategies proved to be effective; however, some strategies must be improved so that they can be replicated, respecting the specific characteristics of health services in Brazil.

Keywords: Health services administration, Waiting lists, Technology applied, Unified health system, Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las estrategias utilizadas para la gestión de listas de espera de pacientes quirúrgicos electivos. **Métodos:** Revisión integrativa realizada en cuatro bases de datos, en enero de 2021. Para la elaboración de la pregunta de investigación se utilizó la estrategia PICO. Los artículos se gestionaron en Endnote X5 y el software Rayyan para excluir documentos duplicados y cegar a los revisores. **Resultados:** Se obtuvieron nueve artículos que observaron la prevalencia de investigación de casos y controles y estudios cuantitativos (siete / 77,77%) clasificados con nivel de evidencia cuatro (moderada). Se evidenció el uso de estrategias de gestión para el aprovechamiento del equipo quirúrgico, centralización de listas de espera, colaboración de centros quirúrgicos de diferentes hospitales, estado de priorización y tiempo de espera del paciente, uso de software informático y el método *lean healthcare*. **Consideraciones finales:** Este estudio puede contribuir para ampliar el conocimiento en este tema aún poco explorado en Brasil al evidenciar la necesidad de compartir experiencias exitosas para la mejora

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre - RS.

*E-mail: rosaladiisboa@gmail.com

SUBMETIDO EM: 1/2022

| ACEITO EM: 1/2022

| PUBLICADO EM: 2/2022

de la gestión de las listas de espera. Las estrategias demostraron ser efectivas; sin embargo, es necesario mejorar algunas estrategias para que puedan ser replicadas, respetando las características específicas de los servicios de salud en Brasil.

Palabras clave: Administración de los servicios de salud, Listas de espera, Tecnología aplicada, Sistema único de salud, Enfermería.

INTRODUÇÃO

As listas de espera para cirurgias eletivas são consideradas uma das principais preocupações das políticas de saúde na maioria dos países do mundo. A razão mais comum para explicar esse fenômeno é que a demanda excede a oferta (JULIO C, et al., 2016). Este fato que torna o acesso à atenção especializada mais complicado, seja por conta de especificidades do sistema, como maior cobertura da atenção básica ou a falta de recursos e de serviços, ou do perfil dos usuários, cuja expectativa de vida aumentou assim como apresentam doenças crônicas (FARIAS CML, et al., 2019).

A otimização do gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos eletivos é de extrema importância para o funcionamento do sistema de saúde visto que demoras na realização dessas cirurgias potencializam uma série de problemas para os pacientes tais como piora/deterioração nas condições de saúde, prolongamento do sofrimento físico e psíquico, perda de utilidade/função corporal e evolução para o óbito (SICILIANI L e HURST J, 2005).

O longo período de espera de um paciente em uma lista pode repercutir no paciente e em sua família, médico, hospital, sistema de saúde e toda a sociedade dependente deste sistema. Para o paciente, essa espera, além de ser angustiante por não tratar do seu problema de imediato, pode causar complicações como o agravamento do seu estado inicial e até mesmo a morte. Por conseguinte, o adiamento do procedimento inicial torna o quadro do paciente mais complexo para os médicos e equipes, gerando gastos maiores para o hospital com procedimentos e no acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes (SENNA SBB, et al., 2020).

Além disso, ainda do ponto de vista econômico, pacientes que têm seu quadro clínico agravado por conta de uma longa espera pelo procedimento tendem a permanecer mais tempo hospitalizados, utilizando, portanto, mais recursos e ampliando a exposição aos riscos de eventos adversos como as infecções hospitalares. Nessas condições, forma-se um ciclo vicioso na assistência repleto de prejuízos imediatos para o paciente e a sociedade (LISBÔA RL, et al., 2022).

O tempo médio de espera para uma cirurgia eletiva no mundo varia de pelo menos três meses, podendo chegar a anos. No Brasil, em 2017, considerando 16 estados, havia mais de 800 mil pacientes na lista de espera de procedimentos eletivos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que o paciente mais antigo estava aguardando há 12 anos (GIAMBERNARDINO FD, 2019). Estes números revelam a lentidão do sistema em prestar os serviços de atenção à saúde demandados pela população, o que pode afetar não somente o prognóstico, como também a qualidade de vida dos pacientes acometidos por doenças cujos sintomas são graves ou estigmatizantes. Assim, além do já mencionado aumento nos gastos com saúde, a eficácia da clínica é comprometida por conta de tempos de espera longos (FARIAS CML, et al., 2019).

Destaca-se que a pandemia ocasionada pela Covid-19 causou impacto significativo na prestação de serviços de saúde, incluindo consultas e volumes operativos, gerando desafios significativos para o sistema de saúde superar o acúmulo não só de consultas, mas também de cirurgias e nos tempos de espera cirúrgica (SAGGAF M e ANASTAKI DJ, 2021).

Criado pela Constituição Federal de 1988, o SUS vem buscando continuamente a sua consolidação, por meio de políticas, projetos e ações, de forma a qualificar-se e alcançar cada vez mais seus princípios, tais como acessibilidade, integralidade, equidade, eficiência, entre outros. Contudo, em termos legais, existe uma carência de determinações governamentais a respeito da gestão e da transparência das listas de espera, apesar da existência do Projeto de Lei Federal nº 393/2015, em tramitação, que dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação e a atualização sistemática no sítio eletrônico do hospital da lista de espera dos pacientes para cirurgias eletivas pelo SUS (AGUIAR LOF e LIRA ACO, 2018).

Juntamente com a falta de orientações legais específicas, há o problema de escassez de produção literária sobre a questão. Embora o tema das listas e dos tempos de espera para cirurgias eletivas venha sendo

relatado internacionalmente como alvo de políticas de saúde desde a década de 90, no Brasil, não foi encontrado um arsenal literário consistente. Dessa forma, não foi encontrada literatura deste temário que contemple uma padronização de estratégias utilizadas no gerenciamento de listas de espera pelos núcleos de regulação dos serviços de saúde (LIPPI MC, et al., 2018).

Este estudo é resultado da vivência laboral em um Núcleo Interno de Regulação (NIR) do maior hospital do Sul do Brasil, cujo atendimento é feito exclusivamente pelo SUS. Neste NIR a mediação do processo de regulação das listas de espera cirúrgicas é realizada pelo enfermeiro, que fortalece a análise de indicadores e a formulação de estratégias para a tomada de decisões em nível de gestão (LISBÔA RL, et al., 2022). A gestão de leitos nas instituições hospitalares é uma área de atuação em que o enfermeiro possui autonomia, realiza tomada de decisões e exerce o gerenciamento e liderança (LISBÔA RL, et al., 2021).

A gestão de listas de espera é uma recente área de atuação do enfermeiro; trata-se de um trabalho desafiador, que não possui tantas referências para embasar a realização desta tarefa (LISBÔA RL, et al., 2022). Dessa forma, conhecer, identificar e analisar as estratégias de gerenciamento em listas de espera é fundamental para atingir os objetivos e metas da regulação de leitos hospitalares. Estratégias adequadas garantem bons resultados, e sua análise pode servir como inspiração para a implantação em outros serviços, ou como uma experiência a não ser replicada. Neste artigo, por meio desta revisão integrativa, objetivou-se identificar as estratégias utilizadas no gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos eletivos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e de síntese da produção científica realizada graças à utilização do método de Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Este método apresenta no seu percurso seis etapas distintas e complementares que consistem na questão de pesquisa, a amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos selecionados, interpretação dos resultados e, por fim, a apresentação da revisão (MENDES KDS, et al., 2019).

A questão de pesquisa foi "Quais são as estratégias utilizadas no gerenciamento da lista de espera de pacientes cirúrgicos?". Utilizou-se a estratégia PICo, sendo que nossa população (P) foi composta pelos pacientes cirúrgicos em lista de espera; o fenômeno de interesse a ser considerado (I) trata das estratégias de gerenciamento de listas de espera cirúrgicas, e o contexto (Co) remetendo à diminuição do tempo de espera para a cirurgia e à otimização dos leitos hospitalares cirúrgicos (BRASIL, 2014).

Para a busca nas bases de dados, foram utilizados os descritores combinados por intermédio dos operadores booleanos AND e OR. Sendo assim, a estratégia elaborada para a busca nas bases de dados foi "Elective Surgical Procedures" OR "Health Services Administration" AND "Waiting Lists" OR "Technology Applied to Waiting Lists".

As bases de dados pesquisadas foram National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science (WoS) e a SCOPUS. Definiu-se a pesquisa nestas bases de dados por elas atingirem maior amplitude do acervo literário científico. Foram incluídos artigos científicos nos idiomas português, inglês ou espanhol e disponíveis em texto completo.

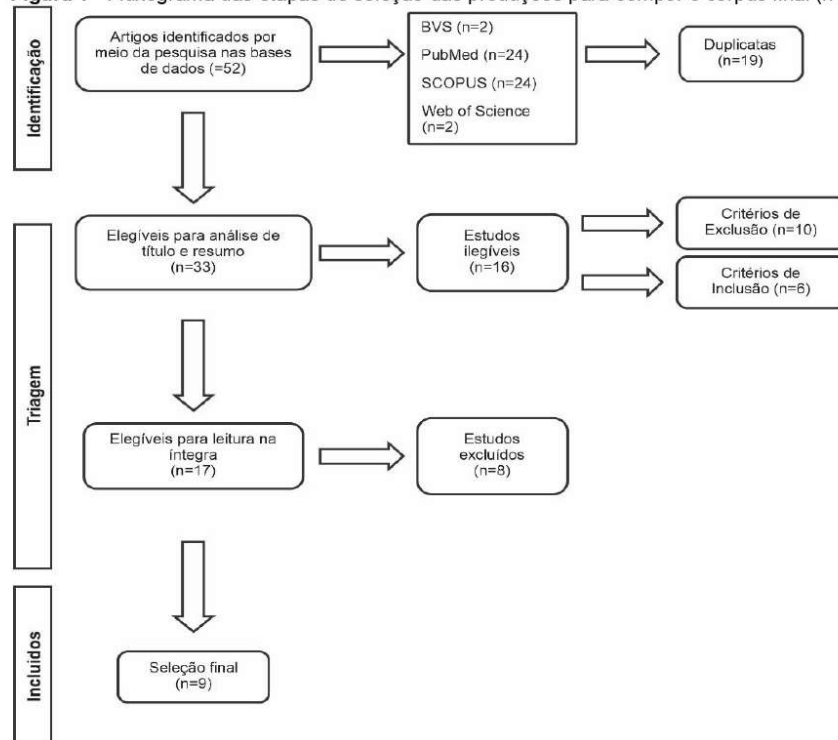
Considerou-se como critérios de exclusão: não responder à questão de pesquisa; textos no formato editoriais, monografias, dissertações, teses, revisão integrativa ou bibliográfica, resumos simples ou expandidos; e estudos com falhas metodológicas graves identificados na análise crítica da leitura na íntegra.

A coleta dos dados ocorreu nas bases de dados em janeiro de 2021, referente às publicações ocorridas no período de 2016 a 2020. Foram utilizados o Endnote X5, versão desktop, para a exclusão de artigos duplicados, e o aplicativo *Rayyan Qatar Computing Research Institute* (QCRI) (<http://rayyan.qcri.org/>) para a avaliação cegada (OUZZANI M, et al., 2016; SOUZA LB, et al., 2021). Destaca-se que os softwares otimizarão o gerenciamento das etapas de leituras textuais. As avaliadoras realizaram a análise de forma organizada, com possibilidade de registrar a justificativa de cada documento, contribuindo para a expressão dos resultados (REIGOTA SM, et al., 2019).

A avaliação dos artigos adotada foi a de revisão por pares (*peer review*), ocorrendo a avaliação de uma terceira pessoa nos documentos que tiveram caso de discordância entre os pares. O corpus de análise é

constituído por nove artigos científicos que discorrem sobre estratégias de gerenciamento em listas de espera cirúrgicas. A **Figura 1** apresenta as etapas do processo de seleção, que seguiu os princípios do modelo/diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), e apresenta o fluxo desde a estratégia de seleção dos artigos até a obtenção da amostra final (MOHER D, et al., 2009; PAGE MJ, et al., 2021). O fluxograma das etapas que compõem este estudo pode ser observado na **Figura 1**.

Figura 1 - Fluxograma das etapas de seleção das produções para compor o corpus final (n=9).



Fonte: Lisboa RL, et al., 2022.

O nível de evidência foi classificado conforme os instrumentos de avaliação propostos pela Joanna Briggs Institute (JBI). A classificação define o nível em: revisões sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos randomizados relevantes (N1); ensaios clínicos randomizados (N2); ensaios clínicos controlados sem randomização (N3); casos controle e estudo de coorte (N4); revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos (N5); evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo (N6); e parecer de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas (N7) (MELNYK BM e FINEOUT-OVERHOLT E, 2011; JOST MT, et al., 2018). Esta hierarquia classifica os níveis 1 a 2 como fortes, 3 a 5 como moderados e 6 a 7 como fracos.

Utiliza-se a análise descritiva na apresentação dos resultados a seguir. Ressalta-se que a expressão de ideias e fatos descritos nos textos analisados foi preservada, respeitando a Lei de Direitos Autorais (BRASIL, 2013).

RESULTADOS

A seleção final de nove artigos que integram esta pesquisa evidencia a lacuna de conhecimento neste temário. O período de publicação que teve a maior prevalência ocorreu em 2017, no quantitativo de três

(33,33%), seguido de 2016 e 2019 com dois (22,22%) artigos em cada ano, e, nos anos de 2018 e 2020, apenas um (11,11%) artigo em cada ano. Os artigos selecionados contemplam o cenário mundial, sendo quatro oriundos da América do Norte, Canadá e Estados Unidos com dois (22,22%) cada um. Os demais cinco estudos têm a procedência única dos países: Inglaterra, Noruega, Itália, Índia e Chile.

O tema caracteriza-se por ser abrangente e multidisciplinar. A maioria dos artigos (seis/66,66%) foi publicada em revistas com enfoque na área de Organização e Gestão em Saúde, com caráter interdisciplinar que visam à disseminação de políticas de saúde e pesquisa gerencial. Entretanto, três (33,33%) artigos foram divulgados em periódicos da área médica. O idioma predominante dos artigos (oito/88,88%) foi o inglês, existindo apenas um em espanhol. No **Quadro 1**, são apresentados os estudos que buscaram relatar e avaliar sobre estratégias de gerenciamento em listas de espera cirúrgicas.

Quadro 1 - Autor, ano, título, objeto de estudo, Nível de Evidência (NE) dos artigos selecionados.

Autores (Ano)	Título	Objetivo do estudo	Delineamento	NE
Clarke J, et al. (2020)	New geographic model of care to manage the post-COVID-19 elective surgery aftershock in England: a retrospective observational study	Aplicar a detecção de comunidade <i>multiescala Markov</i> (MMGD), uma estrutura de agrupamento baseada em gráficos não supervisionados para identificar novos modelos de atendimento cirúrgico.	Caso controle	N4
Gangstoe JJ, et al. (2016)	Norwegian priority setting in practice – an analysis of waiting time patterns across medical disciplines	Estudar a variação no status de prioridade e no tempo de espera de pacientes em diferentes especialidades médicas.	Caso controle	N4
Laberge M, et al. (2019)	Clinical pathway efficiency for elective joint replacement surgeries: a case study	Definir uma via clínica para a cirurgia de substituição total da articulação (TJR), estimar o efeito dos atrasos entre as etapas do processo até a realização do procedimento cirúrgico, identificar os fatores que contribuem para operações mais eficientes e os desafios para sua implementação.	Caso controle	N4
Lungu DA, et al. (2019)	Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery (2019)	Analisar a relação entre tempos de espera e taxas de tratamento para nove procedimentos cirúrgicos eletivos de alto volume, a fim de apoiar a tomada de decisão quanto à disponibilidade desses serviços para os cidadãos.	Caso controle	N4
Pomey MP, et al. (2017)	Wait time management strategies for total joint replacement surgery: sustainability and unintended consequences	Avaliar implementação de Estratégias de gerenciamento de lista.	Caso controle	N4
Valsangkar NP, et al. (2017)	Effect of Lean Processes on Surgical Wait Times and Efficiency in a Tertiary Care Veterans Affairs Medical Center	Identificar se os processos enxutos podem ser usados para melhorar os tempos de espera para procedimentos cirúrgicos em hospitais de veteranos de guerra.	Caso controle	N4
Ray S, Kirtania J. (2017)	Waiting time of inpatients before elective surgical procedures at a State Government Teaching Hospital in India	Mensurar o tempo de espera do paciente internado, identificar os fatores que interferem neste tempo e recomendar formas de reduzi-lo antes do procedimento cirúrgico eletivo, em um hospital universitário do governo estadual na Índia.	Caso controle	N4
Julio C, et al. (2016)	Waiting lists management model based on timeliness and justice	Propor um modelo de gestão de lista de espera que avance na conciliação entre oferta e demanda no Chile, por meio de uma caracterização clínica da lista e de um processo de tomada de decisão que garanta oportunidade e justiça no atendimento.	Transversal /Descritivo	N6
Logvinov II, et al. (2018)	Patient survey of referral from one surgeon to another to reduce maximum waiting time for elective surgery and hours of overutilized operating room time	Identificar a opinião do paciente sobre a troca de cirurgião, nos casos em que a troca pudesse diminuir o tempo de espera para realização do procedimento.	Transversal /Descritivo	N6

Fonte: Lisboa RL, et al., 2022.

Com relação ao tipo de pesquisa, observou-se a prevalência de pesquisas caso controle de abordagem quantitativa (sete/77,77%), conforme a classificação do nível de evidência pela JBI (MELNYK BM e FINEOUT-OVERHOLT E, 2011; JOST MT, et al., 2018). Os estudos desta revisão foram predominantemente de nível moderado.

No **Quadro 2**, observam-se a síntese dos principais resultados, a conclusão e as estratégias de gerenciamento da lista de espera encontrados.

Quadro 2 - Resultados, conclusão, estratégia de gerenciamento da lista de espera dos estudos selecionados.

Autores (Ano)	Resultados	Conclusão	Estratégia
Clarke J, et al. (2020)	A média do deslocamento de pacientes para realização dos procedimentos ao hospital foi de 11,3 quilômetros.	Listas de espera agrupadas para procedimentos eletivos de baixo risco e pacientes em redes de comunidades cirúrgicas expandidas e integradas têm o potencial de aumentar a eficiência.	Centralização do gerenciamento das listas de espera cirúrgicas. Colaboração entre centros cirúrgicos de diferentes hospitais na realização de procedimentos.
Gangstoe JJ, et al. (2016)	Encontrou-se uma variação considerável entre as especialidades médicas quanto à proporção de pacientes prioritários e seus tempos máximos de espera. O grau de diferenciação dos tempos máximos de espera também variou de acordo com a especialidade médica.	A falta de correspondência clara do tempo real de espera e do status de prioridade pode implicar que a urgência, descrita na carta de encaminhamento, e a gravidade da doença, de acordo com as diretrizes, sejam duas entidades distintas.	Gerenciamento de lista de espera baseado no status de priorização do paciente e tempo de espera.
Laberge M, et al. (2019)	Observou grandes variações nos atrasos entre as sete etapas identificadas. O atraso entre a Etapa 1 e a Etapa 2 foi a única variável significativa na previsão do tempo total de espera até a cirurgia.	A abordagem permitiu um melhor entendimento dos processos, da cultura organizacional e como estes podem afetar uns aos outros. Evidenciou-se que a cultura e as práticas organizacionais são mais difíceis de influenciar.	Método <i>lean healthcare</i> . Mapeamento e identificação de falhas no processo de cirurgia.
Lungu DA, et al. (2019)	A análise realizada para as nove intervenções mostra que os 34 distritos estão em posições variáveis na matriz tempo de espera e taxa de tratamento, sugerindo que não existe uma relação direta entre taxas e tempos de espera.	Os formuladores de políticas e gestores de saúde seguem uma estratégia de duas etapas: identificam o tipo de contexto e, em seguida, analisam o impacto na produtividade e disponibilidade dos recursos, preferências dos pacientes e adequação do cuidado.	Participação e engajamento da equipe médica. Decisão dos pacientes sobre onde realizar o procedimento.
Pomey MP, et al. (2017)	As organizações de sucesso tinham características específicas: 1) gerenciamento total do processo de atendimento; 2) forte liderança clínica; 3) comitês dedicados para coordenar e sustentar a estratégia; 4) cultura baseada na confiança e na inovação.	Para serem sustentáveis, as estratégias de gerenciamento do tempo de espera precisam gerar maiores sinergias entre a estratégia de nível contextual (provincial ou regional) e os objetivos e restrições organizacionais.	Centralização do gerenciamento de listas de espera. Equipes engajadas, atuando com liderança. Criação de comitês para coordenar estratégias.
Valsangkar NP, et al. (2017)	Após as implementações de projetos de <i>workshop</i> de melhoria rápida de processo, o tempo médio de espera para procedimentos cirúrgicos gerais eletivos diminuiu de 33,4(±8,3) dias no ano fiscal de 2012 para 26(±9,5) em 2013 (P=02). No ano de 2014, os tempos de espera médios foram metade do valor do ano fiscal anterior em 12(±2,1) dias (P=07).	A melhoria na experiência geral do paciente cirúrgico pode resultar da colaboração multidisciplinar entre a equipe de redesenho de sistemas, médicos e equipe cirúrgica para reduzir ineficiências sistêmicas.	Aplicação do método <i>lean healthcare</i> para redução do tempo de espera.
Ray S, Kirtania J. (2017)	O tempo mediano de espera dos pacientes internados antes da cirurgia eletiva foi de 12 dias, sendo influenciado significativamente (p<0,05) pela idade do paciente, estado físico e financeiro.	Foram identificadas medidas de controle para reduzir o tempo de espera dos pacientes internados antes de cirurgias eletivas.	Reduzir o tempo de espera de internação para contatar outros pacientes eletivos.
Julio C, et al. (2016)	A implantação de um <i>software</i> de computador para cadastrar pacientes, priorizar e monitorar as listas de espera evidenciou que a tempestividade não é suficiente para gerenciar as listas de espera para cirurgias eletivas, sendo esta complementada com um indicador de justiça.	Os hospitais devem tentar equilibrar justiça e pontualidade no atendimento e priorizar iniciativas que aprimorem os dois indicadores ao mesmo tempo.	Utilização do <i>software</i> de computador.
Logvinov II, et al. (2018)	Mais de 50% dos pacientes gostariam de discutir a opção de realizar o procedimento com outro cirurgião na situação de reduzir o tempo de espera.	O paciente deseja discutir com a equipe cirúrgica a opção por outro cirurgião. A decisão compartilhada resultaria em uma redução considerável no tempo médio de espera, tempo de sala de cirurgia subutilizado, redução de horas extras ou adicional noturno da equipe cirúrgica, como de anestesistas e enfermagem.	Aproveitamento da equipe cirúrgica.

Fonte: Lisbôa RL, et al., 2022.

DISCUSSÃO

A capacidade dos sistemas públicos de saúde é limitada em financiamento, especialistas e outros recursos. Uma maneira de lidar com esta situação é priorizar o atendimento de problemas de saúde que melhoram o resultado de saúde do sistema. Do lado da demanda, há evidências de que os custos associados à espera por uma intervenção cirúrgica estão relacionados a efeitos sociais, efeitos psicológicos, grau de incapacidade e probabilidade de deterioração do estado de saúde do paciente, sendo que este último risco pode ser reduzido se forem estabelecidos critérios para a priorização do atendimento aos pacientes (JULIO C, et al., 2016; LISBÔA RL, et al., 2022).

Prioridade representa a posição relativa de uma pessoa na lista de espera em um determinado momento. É uma visão do paciente em contexto, segundo a qual seu lugar na lista pode ser construído a partir da urgência de atender sua patologia e dos demais pacientes que aguardam. Assim, o nível de urgência é centrado em um paciente, ao passo que a prioridade é centrada em todos os pacientes (JULIO C, et al., 2016).

Para avançar nesse sentido, é proposto um modelo de gestão da lista de espera que inclua a justiça de forma complementar à oportunidade de cuidado. Um modelo definido desta forma permite avaliar a gestão de listas de espera de uma perspectiva social, com base na equidade de acesso e resultados de saúde, mas sem perder de vista o olhar centrado no paciente. Os resultados dessa experiência mostram que os hospitais devem manter um equilíbrio entre esses indicadores e se concentrar no desenvolvimento de iniciativas que melhorem as oportunidades e a justiça simultaneamente (JULIO C, et al., 2016; CLARKE J, et al., 2020).

A estratégia de priorização dos pacientes no gerenciamento de listas de espera cirúrgicas constitui-se como uma importante medida que atende ao princípio doutrinário da equidade do SUS. Este princípio precisa ser incorporado no gerenciamento de procedimentos cirúrgicos para atender as necessidades do paciente. A busca pela equidade em saúde constitui-se em uma forma de garantir um direito social – a saúde (ALBRECHT CAM, et al., 2017; LOPES F, 2021).

O estudo realizado no Chile descreve a estratégia do uso de *software* no gerenciamento de listas. Esta aplicação evidenciou a necessidade de agregar outros indicadores que contemplem as diferenças e a realidade das condições clínico-cirúrgicas dos pacientes para acolher com justiça quem precisa do procedimento (JULIO C, et al., 2016; CLARKE J, et al., 2020).

Os sistemas eletrônicos podem facilitar a coleta, o armazenamento, a recuperação, o monitoramento e a disseminação de informações de forma ágil, segura e fidedigna de modo a contribuir na qualidade das funções gerenciais, operacionais e tomada de decisão (OLIVEIRA IS, et al., 2021).

Os estudos encontrados são internacionais, e a equidade é um dos princípios do sistema de saúde vigente no Brasil (LOPES F, 2021). Dessa maneira, torna-se evidente que esse critério precisa ser mantido e valorizado na regulação, pois as pessoas são e possuem necessidades diferentes entre si. Para ser justo e agir com humanização, torna-se imprescindível considerar a equidade como característica indispensável nos serviços de saúde. Portanto, ratifica-se a necessidade de os sistemas eletrônicos possuírem requisitos que contemplem a equidade no acesso dos pacientes (JULIO C, et al., 2016; LISBÔA RL, et al., 2022).

A necessidade de melhorias na qualidade dos serviços assim como no gerenciamento dos recursos demanda o uso de métodos e ferramentas para a área da saúde, como a produção enxuta, por exemplo REGIS TK, et al., 2018; SILVA TO, et al., 2019). Quanto ao método, após revisão em dois estudos, verificou-se que o método *lean healthcare* é uma estratégia de gerenciamento utilizada em muitos países na área da saúde com vistas a beneficiar tanto os profissionais e gestores de saúde quanto os pacientes, pois objetiva uma melhor eficiência, satisfação e segurança dos processos referentes aos serviços prestados (SANTOS MC e BALSANELLI APB, 2021).

Este método é um sistema de gestão focado na eliminação de desperdícios para que se otimizem recursos e os resultados sejam favoráveis, contemplando a qualidade e segurança. O *Lean* se dá através de práticas que visam ao cumprimento de normas que agregam valor nas organizações de forma a conservar a boa imagem da instituição, melhorando o seu processo de trabalho (SILVA LID, et al., 2021).

A proposição de melhoria do processo, baseada nesta metodologia, tem como objetivos: eliminar etapas desnecessárias, reduzir o tempo de espera no atendimento, aprimorar e tornar mais eficiente os processos,

melhorar a comunicação entre as equipes de saúde, pacientes e familiares, eliminar ou reduzir os desperdícios existentes no processo, seja na recepção, procedimento assistencial ou de organização. A metodologia *Lean*, nas instituições de saúde vem sendo utilizada com o propósito de melhorar a qualidade dos processos e serviços em diversos cenários da instituição hospitalar (SANTOS LM, et al., 2020).

Destaca-se, neste sentido, que um dos principais recursos do *lean healthcare* é o tempo dentro do qual é possível identificar os eventos que podem impedir ou atrasar o planejamento de cirurgias; assim, propõem-se ações de controle para alcance de resultados positivos. Esse método não envolve um valor financeiro significativo, mas sua prática oportuniza avanços e melhorias no serviço, especialmente na organização das listas e na redução do tempo de espera dos pacientes eletivos (VALSANGKAR NP, et al., 2017).

A redução do tempo de internação dos pacientes também foi encontrada como uma estratégia, pois repercute diretamente na quantidade de pacientes eletivos para o procedimento cirúrgico. Todavia, quanto mais rápida e eficiente a hospitalização, maior o fluxo de rotatividade e resolutividade cirúrgica para os pacientes (LISBÔA RL, et al., 2022).

A estratégia de centralização das listas de espera para o adequado gerenciamento foi evidenciada como uma ferramenta importante para evitar a fragmentação que dificulta sobremaneira a interação e a consequente eficácia no atendimento aos pacientes cirúrgicos eletivos. Ressalta-se que a centralização permite aos gestores a visibilidade do panorama geral e da realidade institucional. Além disso, possibilita a integração dos diferentes serviços de saúde necessários para a realização do procedimento cirúrgico (POMEY MP, et al., 2017; CLARKE J, et al., 2020).

Destaca-se como estratégia a colaboração de diferentes hospitais no atendimento ao paciente eletivo. Na Itália, o paciente pode ser atendido em qualquer hospital que possua condições para a realização do procedimento, não sendo necessário aguardar o agendamento pela equipe médica emitente do laudo de indicação cirúrgica, como no Brasil (LUNGU DA, et al., 2019).

Identificaram-se outras estratégias de gerenciamento das listas, como a possibilidade de o paciente escolher outro cirurgião que tenha maior disponibilidade de agenda na realização do procedimento, o que consequentemente reduz o tempo de espera, evidenciando que o aproveitamento da equipe médica é uma estratégia importante, assim como usufruir da organização estrutural e dos demais profissionais que atuam no centro cirúrgico (LUNGU DA, et al., 2019; LOGVINOV II, et al., 2018).

Como limitação deste estudo, elenca-se o número reduzido de publicações encontradas neste temário. Ao mesmo tempo, revelou-se uma lacuna de conhecimento na área, o que incentiva a investir em novos estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as estratégias identificadas mostrem-se eficazes nos cenários em conformidade com seus sistemas de saúde, evidenciou-se que não existe uma padronização de estratégias no gerenciamento de listas de espera cirúrgicas. Possivelmente, a diferença entre os sistemas de saúde no mundo contribui para a limitação da padronização de estratégias. Neste sentido, ratifica-se que as diferenças precisam de fato ser contempladas, levando-se em consideração as características da população e o contexto em que estão inseridas para que o serviço prestado possa ser mais eficaz e resolutivo. Este estudo contribuiu para ampliar o conhecimento neste temário ainda pouco explorado no Brasil ao evidenciar a necessidade de compartilhamento de experiências exitosas para o aprimoramento do gerenciamento de listas de espera.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a professora Melissa Moura Mello por ter realizado a revisão linguística-textual, gramatical e ortográfica de português deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR LOF, LIRA ACO. Transparência no Sistema Único de Saúde – iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. Caderno Ibero-Americanos de Direito Sanitário, 2018; 7(2): 1-14.
2. ALBRECHT CAM, et al. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. Saúde soc., 2017; 26(1): 115-128.

3. CLARKE J, et al. New geographic model of care to manage the post-COVID-19 elective surgery aftershock in England: a retrospective observational study. *Rev BMJ Open*, 2020; 10(10): 1-9.
4. FARIAS CML, et al. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde em Debate*, 2019; 43(5): 190-204.
5. GANGSTOE JJ, et al. Norwegian Priority Setting in Practice - an Analysis of Waiting Time Patterns Across Medical Disciplines. *Rev Int J Health Policy Manag.*, 2016; 5(6): 373-378.
6. GIAMBERARDINO FILHO D. A falta de médicos e a atual situação do SUS. Audiência Pública. Brasília: Comissão Permanente de Direitos Humanos do Senado Federal, 2019. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_2iWGMLa0i0J:legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/65a9c29d-32e0-4ee3-bb30-dbae89835e4+&cd=5&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acessado em: 15 de jun. de 2021.
7. JULIO C, et al. Waiting lists management model based on timeliness and justice. *Rev Med Chil.*, 2016; 144(6): 781-787.
8. LABERGE M, et al. Clinical pathway efficiency for elective joint replacement surgeries: a case study. *Rev J Health Organ Manag.*, 2019; 33(3): 323-338.
9. LIPPI MC, et al. Waiting list management as an approach to planning and coordination of elective health services. *Rev Gestão & Saúde*, 2018; 9(1): 159-177.
10. LISBÔA RL, et al. Actions of a regulatory nurse in the management of surgical waiting lists. *Rev Bras Enferm.*, 2022; 75(2): e20201233.
11. LISBÔA RL, et al. Atuação do enfermeiro regulador de leitos na pandemia pela covid-19: relato de experiência profissional. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 2021; 11(70): 8812-8824.
12. LOGVINOV II, et al. Patient Survey of Referral From One Surgeon to Another to Reduce Maximum Waiting Time for Elective Surgery and Hours of Overutilized Operating Room Time. *Rev Anesth Analg.*, 2018; 126(4): 1249-1256.
13. LUNGU DA, et al. Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery. *Rev BMC Health Serv Res.*, 2019; 19(1): 369-377.
14. MELNYK BM, FINEOUT-OVERHOLT E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
15. MENDES KDS, et al. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto contexto-enferm.*, 2008; 17(4): 758-764.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes Metodológicas Elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_fatores_risco_prognostico.pdf. Acessado em 15 de jun. de 2021.
17. MOHER D, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *The PRISMA Group*, 2009; 6(7): e1000097.
18. OLIVEIRA IS, et al. Desenvolvimento de software para gerenciamento de leitos na urgência e emergência. *Rev Bras Enferm.*, 2021; 74(Suppl 5): e20200055.
19. OUZZANI M, et al. Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 2016; 5(1): 210-216.
20. PAGE MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an update guideline for reporting systematic review. *BMJ.*, 2021; 372(71): 01-09.
21. POMEY MP, et al. Wait time management strategies for total joint replacement surgery: sustainability and unintended consequences. *Rev BMC Health Serv Res.*, 2017;7(1): 629-645.
22. RAY S, KIRTANIA J. Waiting time of inpatients before elective surgical procedures at a State Government Teaching Hospital in India. *Rev Indian J Public Health*, 2017;61(4): 284-289.
23. REGIS TKO, et al. Implementação do Lean Healthcare: experiências e lições aprendidas em hospitais brasileiros. *Revista de Administração de Empresas*, 2018; 58(1): 30-43.
24. REIGOTA SM, et al. The INTERMED method for patients with mental disorders: integrative literature review. *Rev. USP.*, 2019; 52(2): 136-143.
25. SAGGAF MM, ANASTAKIS DJ. The impacto f COVID-19 on the surgical wait times for plastic and reconstructive surgery in Ontario. *Plastic Surgery*, 2021; 1(1): 1-12.
26. SANTOS LM, et al. Aplicabilidade da metodologia enxuta na organização de serviços de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 2020; 9(7): e345974054.
27. SANTOS MC, BALSANELLI APB. A implementação do lean healthcare em serviços de saúde hospitalares. *Rev. Enferm UFPE.*, 2021;15: e247422.
28. SENNA SBB, et al. Gestão da fila de espera para cirurgias eletivas em hospitais do Sistema Único de Saúde. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 2020; 30(2): 79-82.
29. SICILIANI L, HURST J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy*, 2005; 72(2): 201-215.
30. SILVA TO, et al. Gestão hospitalar e gerenciamento em enfermagem à luz da filosofia lean healthcare. *Cogitare enferm.*, 2019; 24: e60003.
31. SILVA LID, et al. Avaliação do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem em relação à Metodologia Lean: estudo transversal. *REAS.*, 2021;13(4): 1-11.
32. VALSANGKAR NP, et al. Effect of Lean Processes on Surgical Wait Times and Efficiency in a Tertiary Care Veterans Affairs Medical Center. *Rev JAMA Surg.*, 2017;152(1): 42-47.

ANEXO H – PARECER DE ARTIGO COM REVISÕES REQUERIDAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA SABERES PLURAIS



Rosa Ladi Lisboa <rosaladilisboa@gmail.com>

[SP] Decisão editorial - Revisões requeridas

1 mensagem

naoresponda@ufrgs.br <naoresponda@ufrgs.br>

30 de novembro de 2022 15:08

Responder a: Ramona Fernanda Ceriotti Toassi <ramona.fernanda@ufrgs.br>

Para: Rosa Ladi Lisboa <rosaladilisboa@gmail.com>, Vitória Silva da Rosa <vrosa98@outlook.com>, Kaihara Freitas Furtado <furtadokaihara@gmail.com>, Caroline Schacker Evangelista <aenfacarol@gmail.com>, Adriana Aparecida Paz <adriana.paz@ufcspa.edu.br>

Prezadas autoras Rosa Ladi Lisboa, Vitória Silva da Rosa, Kaihara Freitas Furtado, Caroline Schacker Evangelista e Adriana Aparecida Paz,

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à Saberes Plurais, intitulado CONSTRUÇÃO DE MATERIAIS DIDÁTICOS DIGITAIS PARA UM CURSO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DAS LISTAS DE ESPERA (ID 128189).

A decisão é: Revisões requeridas.

Os pareceres dos avaliadores encontram-se ao final desta mensagem e no documento em anexo (artigo com comentários do parecerista).

Aguardamos pelo texto revisado **até o dia 12 de dezembro de 2022**.

No momento do encaminhamento do texto revisado, solicita-se que os autores destaquem no arquivo do texto do artigo, as modificações realizadas (com outra cor de letra) e, também, encaminhem um arquivo separado com uma Carta respondendo a todas as pendências apontadas pelos avaliadores.

Cordialmente,

Ramona F. C. Toassi, Equipe editorial
Revistas Saberes Plurais: Educação na Saúde

Avaliador A:

Recomendação: Aceitar

Consultar documento de avaliação.

Avaliador B:

Artigo de relato de experiência com temática relevante e oportuna, a qual está inserida no escopo das publicações da Revista. O texto está bem escrito, tendo objetivo definido e o relato da experiência descrito. Há o diálogo entre a experiência relatada e o referencial teórico de apoio. Comentários pontuais, buscando agregar contribuições ao texto foram apresentados no documento em anexo, o qual os autores podem consultar.

A revisão de aspectos pontuais das Referências (normatização ABNT) está indicada.

Recomendação: Correções obrigatórias (mínimas).

Equipe editorial

Saberes Plurais: Educação na Saúde

<http://seer.ufrgs.br/saberesplurais> saberesplurais@ufrgs.br

2 anexos

 **A-Critérios de avaliação 16_11.docx**
16K

 **C-128189-Texto do artigo-545713-1-2-20221030avaliadorB.docx**
39K

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PRIMEIRA FASE

02/12/2022 06:00

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

Bem-vindo! Você primeiramente responderá aos critérios de elegibilidade desta pesquisa:

Critérios de elegibilidade de participação no estudo

1. Você atua no gerenciamento de listas de espera?

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

2. Você está em período de contratação de experiência?

Tempo de contrato \leq 3 meses

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

3. Você exerce essa função no gerenciamento de lista de espera em um tempo inferior de 3 meses?

Tempo de contrato \leq 3 meses

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

02/12/2022 06:00

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado "Curso de formação profissional em gerenciamento de lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos" cujo objetivo é identificar o perfil sociodemográfico, formação acadêmica, laboral, conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades sobre gerenciamento de listas de espera. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPG-Enf), e Grupo de Pesquisa e Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Acesse o RCLE na íntegra, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA: <https://bit.ly/RCLEspera>

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato:
Pesquisadora responsável - Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz, pelo telefone (51) 3303-8858 e endereço eletrônico: adrianap@ufcspa.edu.br

Pesquisadora mestranda - Enfa. Rosa Ladi Lisbôa, pelo telefone (51) 99733-3133 e endereço eletrônico: rosaladilisboa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa UFCSPA - Rua Sarmento Leite nº 245, Centro Histórico, CEP: 90.050-170, Porto Alegre-RS. Telefone: (51) 3303-8804. E-mail: cep@ufcspa.edu.br.

4. Este Registro online, é para certificar que eu, concordo em participar deste estudo, e declaro que acessei eletronicamente o presente documento, me permitindo realizar download. Este documento está claro da minha participação e me instruiu quanto os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência. Assim como, é descrito que poderei me retirar do estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Marcar apenas uma oval.

- Aceito participar do estudo.
 Não aceito participar do estudo.

5. Data do aceite eletrônico do RCLE:

Exemplo: 7 de janeiro de 2019, às 11h03

02/12/2022 06:00

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

Vamos iniciar o questionário!



Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

A - Conhecimento sobre gerenciamento de Lista de Espera

02/12/2022 06:00

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

6. A.1 Você possui conhecimento sobre gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínico eletivos?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

7. A.2 Como você considera o seu nível de conhecimento sobre gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínicos eletivos?

Marcar apenas uma oval.

- Ruim
 Baixo
 Regular
 Bom
 Muito Bom

8. A.3 Você recebeu alguma capacitação sobre gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínicos eletivos?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

9. A.4 Você fez ou faz gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínicos eletivos?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

02/12/2022 06:00

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

10. A.5 Você acompanha a lista de espera que gerencia?

Se a resposta é não, pule para questão A.7

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

11. A.6 Com que frequência acompanha as listas?

Marcar apenas uma oval.

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

12. A.7 Você conhece as leis federais e/ou as normativas da Instituição que você trabalha relativas as listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínicos eletivos?

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

13. A.8 Você sabe o que é feito ou o que você deve fazer na sua Instituição quando um paciente eletivo precisa “furar a fila” na ordem de atendimento?

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

02/12/2022 06:00

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

14. A.9 Se a lista de espera que você gerencia é organizada por codificações do procedimentos/motivo da internação, você conhece o significado dos códigos?

Marcar apenas uma oval.

- Na Instituição em que atua não possui códigos para a organização da lista.
- Possui códigos, mas desconheço o significado deles.
- Possui códigos, e conheço o significado deles.

15. A.10 Você considera importante o paciente ter acesso fácil e rápido a informação sobre a posição que ocupa na lista de espera?

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

16. A.11 Você tem algum interesse em aperfeiçoar os conhecimentos que possui sobre gerenciamento de listas de espera?

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

B – POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES RELACIONADAS AO GERENCIAMENTO DE LISTAS DE (Matriz SWOT)

Forças são elementos internos que trazem benefícios; Fraquezas são elementos internos que atrapalham o processo; Oportunidades são as situações externas ao processo que podem acontecer e afetar positivamente; e Ameaças são situações externas ao processo que podem atrapalhar o alcance de metas ou resultados. (DAYCHOUN, 2010).

02/12/2022 06:00

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

17. B.1 O que você percebe ao realizar o gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínico eletivos como "FORÇAS" (internas) de sua prática profissional?

18. B.2 O que você percebe ao realizar o gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínico eletivos como "FRAQUEZAS" (internas) de sua prática profissional?

19. B.3 O que você percebe como "AMEAÇAS" (externas) do serviço para que você possa realizar o gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínico eletivos?

02/12/2022 06:00

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

20. B.4 O O que você percebe como "OPORTUNIDADES" (externas) do serviço para que você possa realizar o gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínico eletivos?

C – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, FORMAÇÃO ACADÊMICA E LABORAL

21. C.1 Qual é o seu sexo?

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
 Feminino
 Prefiro não dizer

22. C.2 Qual é a idade?

Descreva em anos completos

23. C.3 Você atua em um Núcleo Interno de Regulação (NIR)?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

24. C.4 Qual é sua profissão?

02/12/2022 06:00

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

25. C.5 Qual é a natureza da instituição realizou sua formação profissional?

Marcar apenas uma oval.

Privada/Comunitária

Pública

26. C.6 Você realizou alguma especialização?

Se a resposta não, pule para a questão C.8

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

27. C.7 A especialização realizada envolveu a área de Gestão em Saúde?

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

28. C.8 Você realizou a formação strictu sensu (Mestrado/Doutorado)?

Se a resposta for não, pule para a questão C.10

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

29. C.9 Qual é a sua titulação strictu sensu?

Marcar apenas uma oval.

Mestrado

Doutorado

02/12/2022 06:00

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

30. C.10 Há quanto tempo você trabalha na área de gerenciamento de listas de espera?

Descreva meses e anos

31. C.11 Qual é a natureza da instituição em que você trabalha?

Marcar apenas uma oval.

- Privada
- Filantrópica
- Pública

32. C.12 Qual é a sua cidade e unidade federativa?

33. Você tem interesse em resultados deste estudo?

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

34. Deixe registrado seu e-mail para que possamos realizar o retorno dos resultados desse estudo:

02/12/2022 06:00

Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera

AGRADECEMOS a sua participação nessa pesquisa que contribui para o processo de trabalho dos profissionais que atuam no gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínico eletivos!!



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE B – FLASHCARD e CONVITE PARA MÍDIAS SOCIAIS



GERENCIAMENTO DE LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CIRÚRGICOS E CLÍNICOS ELETIVOS

Participe da pesquisa



<https://bit.ly/questRegLeitos>



Você é um profissional que atua no processo de gerenciamento de lista de espera?

ATENÇÃO! Milhares de pessoas aguardam por atendimento eletivo para cirurgias e internações hospitalares em instituições públicas ou mistas. Para quem espera, o tempo parece não ter fim. Esta espera repercute na saúde desses pacientes, por isso o gerenciamento das listas de espera realizada por trabalhadores que atuam com elas é tão importante.

Nesse sentido, o Grupo de Pesquisas em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho – TeGEST, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), está desenvolvendo um Curso de Formação Profissional sobre Gerenciamento de Listas de Espera de pacientes eletivos. Os pesquisadores convidam os trabalhadores que atuam no processo de gerenciamento de listas de espera a contribuir com a construção da ferramenta, respondendo ao questionário - link: <https://bit.ly/questRegLeitos>

Você que é médico, enfermeiro, técnico administrativo, administrador hospitalar, gestor que atua no processo de gerenciamento de listas de espera?

Participe da nossa pesquisa para identificar as dificuldades, facilidades e necessidades nesse processo. Sua participação será de grande apoio aos trabalhadores que realizam a gestão das listas de espera de pacientes eletivos!

O nosso objetivo é criar um curso de formação profissional que o auxilie no futuro. Acesse nosso link na bio ou aponte sua câmera para o QR Code.

APÊNDICE C – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PRIMEIRA FASE

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS QUE ATUAM COM GERENCIAMENTO DE LISTA DE ESPERA *****

Projeto: **CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL SOBRE GERENCIAMENTO DE LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CIRÚRGICOS E CLÍNICOS ELETIVOS**

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Curso de formação profissional em gerenciamento de lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos” cujo objetivo é identificar o perfil sociodemográfico, formação acadêmica, laboral, conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades sobre gerenciamento de listas de espera. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPG-Enf), e Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: aceitar a participar deste estudo eletronicamente, clicando no campo indicado, podendo este ser impresso se assim o desejar ou salvar em seu computador; responder um questionário *online* que contempla 33 questões sobre os conhecimentos prévios, forças, fraquezas, ameaças, oportunidades e caracterização do perfil de profissionais que orientam ou realizam o gerenciamento de listas de espera nos serviços de saúde. Este questionário busca identificar a natureza dos problemas, as potencialidades, limitações e dificuldades dos profissionais frente ao processo de gerenciamento de lista de espera. Espera-se como resultado obter informações necessárias para subsidiar a proposta pedagógica de um curso de formação profissional sobre gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos.

O questionário será preenchido eletronicamente (<https://bit.ly/questListaEspera>) conforme a sua disponibilidade e local de sua preferência, sendo estimado o tempo a ser dedicado para a leitura e preenchimento em torno de 20 minutos.

A sua participação é muito importante para contribuir no desenvolvimento do curso de formação, considerando a sua experiência no gerenciamento de lista de espera. O questionário preenchido será salvo e arquivado de forma digital em um dispositivo eletrônico local por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, após esse período serão destruídos por deleção.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa não são conhecidos em decorrência de sua experiência no gerenciamento de listas de espera. Entretanto, poderá haver alguns desconfortos associados, tais como: o tempo de resposta ao questionário; a reflexão sobre situações vivenciadas no gerenciamento de listas de espera, que poderão ter sido consideradas por você como estressoras; e as limitações tecnológicas disponíveis.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são diretos para os profissionais que gerenciam lista de espera e para os pacientes eletivos que aguardam seu atendimento, pois estará contribuindo para o desenvolvimento de um curso de formação profissional, na modalidade autoinstrucional *online*, tendo como público alvo os profissionais que atuam no gerenciamento de listas de espera. Destaca-se ainda, como benefícios indiretos para a sociedade e serviços de saúde, quanto a otimização dos processos gerenciais que envolvem o gerenciamento de listas de espera, promovendo melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo por ser uma coleta de dados em rede social que não identificam seu vínculo institucional. Assegura-se a possibilidade de excluir seus dados registrados no banco de dados, quando informado o endereço de correio eletrônico ao responder no final do questionário, ou pela possibilidade em associar as seguintes informações: idade, profissão e tempo de trabalho com gerenciamento de listas de espera. Verificando como única associação dessas informações no banco de dados poderá proceder a exclusão dos dados eletrônicos solicitados por você. Não havendo como identificar e ter a certeza de que são os seus dados por ser uma coleta online não terá como excluir os dados solicitados.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação no estudo e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, pois o estudo será desenvolvido por um questionário eletrônico. Caso haja outros custos, ainda não observados, serão absorvidos pelo orçamento do estudo. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da pesquisa, você será indenizado.

Os dados coletados nesse estudo serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome, imagem e endereço de correio eletrônico não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com:

- Pesquisador responsável Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz, pelo telefone (51) 3303-8858 e endereço eletrônico: adrianap@ufcspa.edu.br ou no Departamento de Enfermagem da UFCSPA, situado à Rua Sarmiento Leite, nº 245/401A, Centro Histórico, Porto Alegre/RS.
- Pesquisadora Enfa. Mda. Rosa Ladi Lisbôa, pelo telefone (51) 99733-3133 e endereço eletrônico: rosaladilisboa@gmail.com.
- Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone (51) 3303-8804, endereço eletrônico: cep@ufcspa.edu.br, situado no 7º andar do prédio 3 da UFCSPA, sala 706, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Este Registro de Consentimento Livre e Esclarecido *online*, é para certificar que eu, concordo em participar deste estudo, e declaro que acessei eletronicamente o presente documento, me permitindo realizar download e/ou impressão. Este documento esclarece da minha participação e me instruiu quanto os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência. Assim como, é descrito que poderei me retirar do estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

- () aceito participar do estudo.
 () não aceito participar do estudo.

Data e horário registrado eletronicamente o termo:

APÊNDICE D – MANUAL DE CODIFICAÇÃO DE DADOS COLETADOS

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho
Projeto: Curso de formação profissional sobre gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos

MANUAL DE CODIFICAÇÃO DE DADOS COLETADOS

A - CONHECIMENTO SOBRE GERENCIAMENTO DE LISTA DE ESPERA

A.1 Você possui conhecimento sobre gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínico eletivos?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

A.2 Como você considera o seu nível de conhecimento sobre gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínicos eletivos?

- (1) ruim
- (2) baixo
- (3) regular
- (4) bom
- (5) muito bom
- (99) NR

A.3 Você recebeu alguma capacitação sobre gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínicos eletivos?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

A.4 Você fez ou faz gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínicos eletivos?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

A.5 Você acompanha a lista de espera que gerencia?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

A.6 Com que frequência acompanha as listas?

- (0) diariamente
- (1) semanalmente
- (8) quinzenalmente
- (99) NR

A.7 Você conhece as leis federais e/ou as normativas da Instituição que você trabalha relativas as listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínicos eletivos?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

A.8 Você sabe o que é feito ou o que você deve fazer na sua Instituição quando um paciente eletivo precisa “furar a fila” na ordem de atendimento?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

A.9 Se a lista de espera que você gerencia é organizada por codificações dos procedimentos/motivo da internação, você conhece o significado dos códigos?

- (1) Na Instituição em que atua não possui códigos para a organização da lista.
- (2) Possui códigos, mas desconheço o significado deles.
- (3) Possui códigos, e conheço o significado deles.
- (99) NR

A.10 Você considera importante o paciente ter acesso fácil e rápido a informação sobre a posição que ocupa na lista de espera?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

A.11 Você tem algum interesse em aperfeiçoar os conhecimentos que possui sobre gerenciamento de listas de espera?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

B - POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES RELACIONADAS AO GERENCIAMENTO DE LISTAS DE ESPERA (MATRIZ SWOT)

B.1 O que você percebe ao realizar o gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínico eletivos como “FORÇAS” (internas) de sua prática profissional?

- (1) conhecimento e experiência profissional
- (2) trabalho em equipe
- (3) organização do processo
- (4) satisfação pessoal no trabalho desempenhado/sentimento de dever cumprido
- (99) NR

B.1f O participante citou FORÇAS na prática profissional?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

B.2 O que você percebe ao realizar o gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínico eletivos como “FRAQUEZAS” (internas) de sua prática profissional?

- (1) Falta de conhecimento
- (2) Falta de acompanhamento diário da lista
- (3) Dependência de outro profissional para realizar sua função

- (4) Sobrecarga de trabalho
- (99) NR

B.2f O participante citou FRAQUEZAS na prática profissional?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

B.3 O que você percebe como “AMEAÇAS” (externas) do serviço para que você possa realizar o gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínico eletivos?

- (1) Centralização médica
- (2) Falta de comprometimento
- (3) Falta de qualificação profissional
- (4) Cobrança para redução da lista de espera
- (5) Capacidade operativa limitada das instituições de saúde
- (6) Atendimento de pacientes urgencializados (não regulados)
- (7) Falta de critérios para a priorização de pacientes eletivos
- (8) Sistema eletrônico institucional precário
- (9) Falta de apoio da gerência
- (10) Falta de codificação para os procedimentos ou motivo de internações
- (99) NR

B.3f O participante citou AMEAÇAS na prática profissional?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

B.4 O que você percebe como “OPORTUNIDADES” (externas) do serviço para que você possa realizar o gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e/ou clínico eletivos?

- (1) critérios de priorização
- (2) aumento e otimização de recursos
- (3) trabalho multi e interprofissional
- (4) apoio das gerências na gestão das listas de espera
- (5) capacitação profissional
- (6) comprometimento da equipe
- (7) comunicação efetiva
- (8) sistema eletrônico eficaz
- (99) NR

B.4f O participante citou OPORTUNIDADES na prática profissional?

- (0) não
- (1) sim
- (99) NR

APÊNDICE E – PLANO DE AÇÃO PEDAGÓGICA

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho
 Projeto: Curso de formação profissional sobre gerenciamento de listas de espera de
 pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos

PLANO DE AÇÃO PEDAGÓGICA DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Plano de Ação Pedagógica do Curso de Formação Profissional				
Curso:				
Carga horária total do curso:				
Ementa:				
Módulo:				
Carga horária:				
Objetivo:				
Competências Abrangidas pelo Módulo: Ao final do módulo, o aluno deverá ser capaz de:				
Autoria:				
Carga Horária	Objetivos da Aprendizagem	Conteúdos	Atividades/Tarefas	Recursos
Referências:				
Como citar o material:				
Atualização:				

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA TERCEIRA FASE

02/12/2022 05:52

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

Bem vindo Especialista!

Para conhecer a proposta do Curso de Formação Multiprofissional - Gerenciamento de Listas de Espera de Pacientes Eletivos Cirúrgicos e Clínicos, convidamos para que navegue no storyboard do módulo 0 de apresentação do curso para a customização do ambiente virtual de aprendizagem.

Acesse por esse endereço eletrônico: <https://bit.ly/ListaEspera0>

Para que tenha a melhor experiência da visualização e interação com os módulos, todos os arquivos deverão ser salvos no seu computador (*download*). O storyboard de cada módulos abrirá tela cheia para que a experiência seja semelhante ao ambiente virtual de aprendizagem.

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Curso de formação profissional sobre gerenciamento de lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos”, cujo objetivo geral é desenvolver um curso de formação profissional sobre o gerenciamento da lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. Este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPG-Enf) e Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Acesse o RCLE na íntegra, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA: <https://bit.ly/RCLValidEspera>

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato:
Pesquisadora responsável - Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz, pelo telefone (51) 3303-8858 e endereço eletrônico: adrianap@ufcspa.edu.br

Pesquisadora mestranda - Enfa. Rosa Ladi Lisbôa, pelo telefone (51) 99733-3133 e endereço eletrônico: rosaladilisboa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa UFCSPA - Rua Sarmento Leite nº 245, Centro Histórico, CEP: 90.050-170, Porto Alegre-RS. Telefone: (51) 3303-8804. E-mail: cep@ufcspa.edu.br.

02/12/2022 05:52

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

1. **Este Registro online, é para certificar que eu, concordo em participar deste estudo, e declaro que acessei eletronicamente o presente documento, me permitindo realizar download. Este documento está claro da minha participação e me instruiu quanto os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência. Assim como, é descrito que poderei me retirar do estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo.**

Marcar apenas uma oval.

- Aceito participar do estudo.
- Não aceito participar do estudo.

2. **Data do aceite eletrônico do RCLE:**

Exemplo: 7 de janeiro de 2019, às 11h03

02/12/2022 05:52

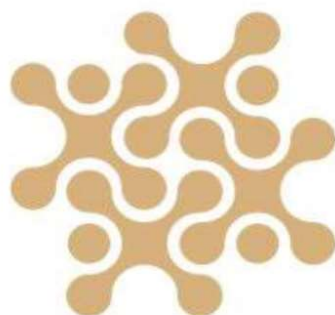
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

Vamos iniciar a avaliação de conteúdo!

PPG-ENF

Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem

UFCSPA



TeGEST

Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão,
Educação e Segurança no Trabalho

**A – MATERIAL
DIDÁTICO
(STORYBOARD)
- MÓDULO 1 e 4**

**INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE
MATERIAIS DIDÁTICOS**

Para a avaliação de conteúdo do storyboard será utilizado o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), o qual apresenta três domínios: a) objetivos, b) estrutura/apresentação e c) relevância, e contempla 18 questões na sua totalidade. Este instrumento avalia conteúdos educativos, que são utilizados em recursos informativos, para que possam ser utilizados na prática clínica e científica. (LEITE et al., 2018).

Para acesso integral aos storyboards do módulo 1 e 4, acesse os endereços abaixo:

Módulo 1 - Atividade diagnóstica (não tem feedback ao participante): <https://bit.ly/ListaEspera1>

Módulo 4 - Atividade avaliativa (contém o feedback ao participante): <https://bit.ly/ListaEspera4>

Para que tenha a melhor experiência da visualização e interação com os módulos, todos os arquivos deverão ser salvos no seu computador (*download*). O storyboard de cada módulos abrirá tela cheia para que a experiência seja semelhante ao ambiente virtual de aprendizagem.

As perguntas são as mesmas de ambos módulos, mas foram alterados dados de pessoas, cenários, ordenamento das perguntas e das respostas que podem ser comparadas entre as atividades propostas.

1 - OBJETIVOS (propósitos, metas ou finalidades)

3. A.1 - Contempla tema proposto?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4. A.2 – Adequado ao processo de ensino-aprendizagem?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

5. A.3 – Esclarece dúvidas sobre o tema abordado?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

6. A.4 – Proporciona reflexão sobre o tema?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

7. A.5 – Incentiva mudança de comportamento?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

2 - ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO (organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência)

8. A.6 – Linguagem adequada ao público-alvo?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

9. A.7 – Linguagem apropriada ao material educativo?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

10. A.8 – Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

11. A.9 – Informações corretas?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

02/12/2022 05:52

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

12. A.10 – Informações objetivas?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

13. A.11 – Informações esclarecedoras?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

14. A.12 – Informações necessárias?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

15. A.13 – Sequência lógica das ideias?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

16. A.14 – Tema atual?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

17. A.15 – Tamanho do texto adequado?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

3 - RELEVÂNCIA (significância, impacto, motivação e interesse)

18. A.16 – Estimula o aprendizado?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

19. A.17 – Contribui para o conhecimento na área?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

20. A.18 – Desperta interesse pelo tema?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

21. A.19 – Registre sua crítica ou recomendação para a melhoria do conteúdo abordado:

**B – MATERIAL
DIDÁTICO
(PAP e
STORYBOARD)
- MÓDULO 2**

Para acesso integral ao PAP e storyboard do módulo 2, acesse os endereços abaixo:

Plano de Ação Pedagógica (PAP): <https://bit.ly/PAPLista2>
Módulo 2 - Conhecimentos conceituais e legislativos da gestão de listas de espera: <https://bit.ly/ListaEspera2>

Para que tenha a melhor experiência da visualização e interação com o módulo, o arquivo deverá ser salvo no seu computador (*download*). O storyboard de cada módulos abrirá tela cheia para que a experiência seja semelhante ao ambiente virtual de aprendizagem.

1 - OBJETIVOS (propósitos, metas ou finalidades)

22. B.1 - Contempla tema proposto?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

23. B.2 – Adequado ao processo de ensino-aprendizagem?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

24. B.3 – Esclarece dúvidas sobre o tema abordado?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

25. B.4 – Proporciona reflexão sobre o tema?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

26. B.5 – Incentiva mudança de comportamento?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

2 - ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO (organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência)

02/12/2022 05:52

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

27. B.6 – Linguagem adequada ao público-alvo?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

28. B.7 – Linguagem apropriada ao material educativo?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

29. B.8 – Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

30. B.9 – Informações corretas?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

02/12/2022 05:52

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

31. B.10 – Informações objetivas?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

32. B.11 – Informações esclarecedoras?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

33. B.12 – Informações necessárias?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

34. B.13 – Sequência lógica das ideias?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

35. B.14 – Tema atual?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

36. B.15 – Tamanho do texto adequado?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

3 - RELEVÂNCIA (significância, impacto, motivação e interesse)

37. B.16 – Estimula o aprendizado?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

38. B.17 – Contribui para o conhecimento na área?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

02/12/2022 05:52

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

39. B.18 – Desperta interesse pelo tema?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

40. B.19 – Registre sua crítica ou recomendação para a melhoria do conteúdo abordado:

**C – MATERIAL
DIDÁTICO
(PAP e
STORYBOARD)
- MÓDULO 3**

Para acesso integral ao PAP e storyboard do módulo 3, acesse os endereços abaixo:

PAP: <https://bit.ly/PAPLista3>

Módulo 3 - Conhecimento operacional sobre gestão de listas de espera: <https://bit.ly/ListaEspera3>

Para que tenha a melhor experiência da visualização e interação com o módulo, o arquivo deverá ser salvo no seu computador (*download*). O storyboard de cada módulos abrirá tela cheia para que a experiência seja semelhante ao ambiente virtual de aprendizagem.

1 - OBJETIVOS (propósitos, metas ou finalidades)

41. C.1 - Contempla tema proposto?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

42. C.2 – Adequado ao processo de ensino-aprendizagem?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

43. C.3 – Esclarece dúvidas sobre o tema abordado?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

44. C.4 – Proporciona reflexão sobre o tema?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

45. C.5 – Incentiva mudança de comportamento?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

2 - ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO (organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência)

46. C.6 – Linguagem adequada ao público-alvo?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

47. C.7 – Linguagem apropriada ao material educativo?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

48. C.8 – Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

49. C.9 – Informações corretas?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

50. C.10 – Informações objetivas?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

51. CA.11 – Informações esclarecedoras?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

52. C.12 – Informações necessárias?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

53. C.13 – Sequência lógica das ideias?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

54. C.14 – Tema atual?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

55. C.15 – Tamanho do texto adequado?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

3 - RELEVÂNCIA (significância, impacto, motivação e interesse)

56. C.16 – Estimula o aprendizado?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

57. C.17 – Contribui para o conhecimento na área?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

02/12/2022 05:52

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

58. C.18 – Desperta interesse pelo tema?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

59. C.19 – Registre sua crítica ou recomendação para a melhoria do conteúdo abordado:

D - CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

60. D.1 – Qual é o seu sexo?

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não dizer

61. D.2 – Qual é a sua idade?

Descreva em anos completos

62. D.3 – Qual é o seu maior grau de formação (titulação)?

Marcar apenas uma oval.

- Especialização
 Mestrado
 Doutorado

63. D.4 Qual é a sua profissão?

64. D.5 – Qual é a natureza da sua instituição que atua?

Pode assinalar mais de uma resposta.

Marque todas que se aplicam.

- Filantrópica
 Privada
 Pública

65. D.6 – Qual é o tempo de experiência profissional como que atua em gerenciamento de listas de espera?

Descrição em anos e meses

66. D.7 – Você tem experiência profissional em que temas?

Pode assinalar mais de uma resposta.

Marque todas que se aplicam.

- Assistência hospitalar
 Cuidado domiciliar
 Gestor na área da saúde
 Outro: _____

02/12/2022 05:52

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

67. Você tem interesse nos resultados deste estudo?

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

68. Para encaminhar os resultados é necessário que deixe registrado seu e-mail:

02/12/2022 05:52

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAIS DIDÁTICOS

Agradecemos a sua participação neste estudo que muito contribuirá para a criação de um curso autoinstrucional de educação à distância sobre o gerenciamento de listas de espera.



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE RECRUTAMENTO DE ESPECIALISTAS

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho
 Projeto: Curso de formação profissional sobre gerenciamento de listas de espera de
 pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos

Nome:

Critérios	Pontos
Ser profissional da saúde ou da área da administração	1
Titulação mínima de uma especialização na área de Gestão em Saúde (<i>lato sensu</i>) ou titulação de Mestrado ou Doutorado (<i>stricto sensu</i>) áreas de Educação, Administração ou Ciências da Saúde	2
Experiência de no mínimo um ano atuando com gerenciamento de listas de espera	3
Publicações na área de gestão em saúde	3
Pesquisa na área de gestão em saúde	2
Experiência de no mínimo um ano com docência/conteudista em cursos de EaD.	1
Pontuação final	

APÊNDICE H - MENSAGEM DO CORREIO ELETRÔNICO PARA OS ESPECIALISTAS



Rosa Ladi Lisboa <rosa.lisboa@ufcspa.edu.br>

Participação Pesquisa Mestrado Profissional UFCSPA

1 mensagem

Rosa Ladi Lisboa <rosa.lisboa@ufcspa.edu.br>

13 de setembro de 2022 10:34

Para:

Prezado(a)

Meu nome é Rosa Ladi Lisboa, sou Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFCSPA, orientada pela Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz, convidamos para participar da pesquisa “Curso de formação profissional sobre gerenciamento de lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos”, cujo objetivo é desenvolver um curso de formação profissional sobre o gerenciamento da lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. Este estudo é vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPG-Enf), Curso de Bacharelado em Enfermagem e Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 5.103.774.

Nesta etapa da pesquisa, ocorre a avaliação de conteúdo do plano de ação pedagógica (PAP) e storyboards do curso para profissionais que gerenciam lista de espera. A avaliação tem a finalidade de promover a qualificação da proposta pedagógica dos objetos de aprendizagem elaborado para o curso de formação profissional, a ser disponibilizado como curso de extensão na modalidade de educação à distância e autoinstrucional.

Os critérios de elegibilidade desta pesquisa são:

- a) Ser profissional da saúde ou da área da administração;
- b) Titulação mínima de uma especialização na área de Gestão em Saúde (*lato sensu*) ou titulação de Mestrado ou Doutorado (*stricto sensu*) áreas de Educação, Administração ou Ciências da Saúde;
- c) Experiência de no mínimo um ano atuando com gerenciamento de listas de espera;
- d) Publicações na área de gestão em saúde;
- e) Pesquisa na área de gestão em saúde; e
- f) Experiência de no mínimo um ano com docência/conteudista em cursos de EaD.

O método empregado nesta etapa para a seleção dos especialistas foi a busca na Plataforma Lattes por palavras chave da produção textual do currículo. Foi utilizado uma adaptação dos critérios de Fehring para classificação dos especialistas.

Para tanto, se você concorda em participar, acesse: <https://bit.ly/questvalidEspera>

Orienta-se que ao abrir o link faça o **download** para seu computador. **Não abra** no Google Apresentações, Docs ou Lumini, pois perderá a visualização da dinamicidade da proposta do objeto de aprendizagem.

Neste link você terá acesso ao Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), PAP, storyboard e o instrumento de validação. Precisarás dispor em torno de 40 minutos do seu tempo para visualização e responder ao questionário de validação de conteúdo de materiais didáticos. O prazo para a resposta é **cinco dias**, caso não possa participar, responda a esse email informando da indisponibilidade para que possamos encaminhar a outro especialista.

Agradecemos antecipadamente a sua disposição em contribuir para a qualificação da proposta deste curso de formação multiprofissional.

Cordialmente,

Profa Dra. Adriana Aparecida Paz

Pesquisadora Responsável

Telefone: (51) 3303-8858

E-mail: adrianap@ufcspa.edu.br

Enfa. Rosa Ladi Lisbôa

Mestranda em Enfermagem da UFCSPA

Telefone: (51) 99733-3133

E-mail: rosa.lisboa@ufcspa.edu.br

APÊNDICE I – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA TERCEIRA FASE

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESPECIALISTAS

Projeto: **CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL SOBRE GERENCIAMENTO DE
LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CIRÚRGICOS E CLÍNICOS ELETIVOS**

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Curso de formação profissional sobre gerenciamento de lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos”, cujo objetivo geral é desenvolver um curso de formação profissional sobre o gerenciamento da lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. Este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPG-Enf) e Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação serão os seguintes: aceitar a participar deste estudo eletronicamente, clicando no campo indicado, podendo este ser impresso se assim o desejar ou salvar em seu computador; responder um questionário *online* que contempla 83 questões, destas 19 questões são de validação do recurso educativo para cada módulo (PAP e *storyboards*) do curso que se replicam quatro vezes por serem disponibilizados quatro módulos que somam 76 questões; e sete questões de caracterização dos especialistas que se envolveram no processo de validação. Este questionário será preenchido eletronicamente (<https://bit.ly/questvalidEspera>), conforme a sua disponibilidade e local de sua preferência, sendo estimado o tempo a ser dedicado para a visualização e preenchimento em torno de 40 minutos. Ao final do preenchimento deste questionário eletrônico, você poderá manifestar o seu desejo em receber os resultados da pesquisa, informando o seu endereço de correio eletrônico.

A sua participação é muito importante para contribuir na qualificação da proposta do curso a ser ofertada para profissionais que atuam com gerenciamento da lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. O questionário preenchido será salvo e arquivado de forma digital em um dispositivo eletrônico local por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, após esse período serão destruídos por deleção.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa não são conhecidos devido a sua experiência prévia como profissional em gestão. Entretanto, poderá haver alguns desconfortos associados, tais como: o tempo de resposta aos questionários; o pensamento diante de lembranças de situações vivenciadas nos serviços, que poderão ter sido consideradas por você como estressoras; e as limitações das tecnologias disponíveis.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação neste estudo são diretos para a gestão em saúde, enquanto rede de atenção à saúde, pois estará contribuindo para disponibilizar um curso de formação profissional aos profissionais que atuam com gerenciamento da lista de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. Destaca-se ainda, como benefícios indiretos para a sociedade e serviços de saúde, é o gerenciamento das listas de maneira otimizada e permeadas pela equidade no atendimento ao paciente e de promoção da qualidade da assistência prestada.

Sua participação no estudo é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo por ser uma coleta de dados eletrônica que não identifica seu vínculo institucional. Assegura-se a possibilidade de excluir seus dados registrados no banco de dados, quando informado o endereço de correio eletrônico ao responder no final do questionário, ou pela possibilidade em associar as seguintes informações: idade, sexo, titulação, natureza da instituição e tempo de experiência profissional em gerenciamento de listas de espera.

Verificando como única associação dessas informações no banco de dados poderá proceder a exclusão dos dados eletrônicos solicitados por você. Não havendo como identificar e ter a certeza de que são os seus dados por ser uma coleta online não terá como excluir os dados solicitados.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação no estudo e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, pois o estudo será desenvolvido por um questionário eletrônico. Caso haja outros custos, ainda não observados, serão absorvidos pelo orçamento do estudo. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da pesquisa, você será indenizado.

Os dados coletados nesse estudo serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome, imagem e endereço de correio eletrônico não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com:

- Pesquisador responsável Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz, pelo telefone (51) 3303-8858 e endereço eletrônico: adrianap@ufcspa.edu.br ou no Departamento de Enfermagem da UFCSPA, situado à Rua Sarmento Leite, nº 245/401A, Centro Histórico, Porto Alegre/RS.
- Pesquisadora Enfa. Mda. Rosa Ladi Lisbôa, pelo telefone (51) 99733-3133 e endereço eletrônico: rosaladilisboa@gmail.com.
- Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone (51) 3303-8804, endereço eletrônico: cep@ufcspa.edu.br, situado no 7º andar do prédio 3 da UFCSPA, sala 706, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Este Registro de Consentimento Livre e Esclarecido *online*, é para certificar que eu, concordo em participar deste estudo, e declaro que acessei eletronicamente o presente documento, me permitindo realizar download e/ou impressão. Este documento esclarece da minha participação e me instruiu quanto os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência. Assim como, é descrito que poderei me retirar do estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

- aceito participar do estudo.
 não aceito participar do estudo.

Data e horário registrado eletronicamente o termo:

APÊNDICE J – ARTIGO EM PROCESSO DE SUBMISSÃO À REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM GERENCIAMENTO DE LISTAS DE ESPERA

Resumo

Objetivo: Identificar e avaliar o conhecimento prévio, as potencialidades e as fragilidades descritas por profissionais que atuam no gerenciamento das listas de espera de pacientes eletivos. **Método:** Trata-se de um estudo transversal que recrutou profissionais (n=17). A coleta de dados ocorreu por 45 dias, através de um formulário *online* divulgado nas mídias sociais do grupo de pesquisa. Os dados foram organizados, tratados, analisados e, posteriormente, submetidos à estatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (5.103.774/2021). **Resultados:** Entre as categorias profissionais participaram 9(52,9%) médicos, 7(41,2%) enfermeiros e 1(5,9%) administrador. Destes, 14(82,4%) asseguram possuir conhecimento sobre gerenciamento de listas de espera, e reconhecem o significado de códigos utilizados em sua instituição para organização das listas. A maioria considerou o seu conhecimento como bom e conhecer sobre as leis federais e normativas institucionais 10(58,8%). Entretanto, somente 4(23,5%) afirmaram ter recebido capacitação para o exercício de gestão de listas de espera, e constatou-se que 16(94,1%) tem interesse em aperfeiçoar os conhecimentos que possui sobre o tema. **Conclusão:** Os resultados evidenciam a existência de uma lacuna em ações educativas que promovam a discussão reflexiva sobre o tema, sustentada pelos princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Administração de Serviços de Saúde; Listas de espera; Conhecimento em Gerenciamento; Sistema Único de Saúde; Enfermagem.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, vem buscando continuamente a sua consolidação, por meio de políticas, projetos e ações, de forma a qualificar-se e alcançar cada vez mais seus princípios: acessibilidade, integralidade, equidade, eficiência, dentre outros. É possível afirmar que o sistema de saúde público brasileiro vem sendo aprimorado ao longo das décadas, desde sua implantação. Contudo, há ainda muito que resolver e qualificar.¹

Um dos problemas mais perceptíveis à sociedade, e que é alvo de críticas corretas por parte da população, é o longo tempo de espera para a realização de cirurgias eletivas (programadas). Entretanto, a questão da espera para a realização de cirurgias eletivas em sistemas de saúde com financiamento público não é uma exclusividade do Brasil, tanto que a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) a reconhece como uma das principais preocupações das políticas de saúde em grande parte de seus países.^{2,3}

O tempo médio de espera em vários países é de pelo menos três meses, podendo chegar a anos, gerando não apenas insatisfação aos pacientes e entre a população em geral, mas piora/deterioração nas condições de saúde, prolongamento do sofrimento, perda de utilidade/função e, inclusive, podendo evoluir para o óbito do paciente.^{2,3}

Há também os riscos econômicos, visto que pacientes com quadros clínicos mais graves tendem permanecer mais tempo internados e, com isso, precisar de mais recursos, além de estarem mais expostos aos riscos de eventos adversos, como as infecções hospitalares, o que gera um ciclo vicioso de aumento de permanência e de riscos.⁴ Assim, o menor tempo de

permanência hospitalar pode estar relacionado à menores taxas de infecção e aumento do acesso dos usuários ao sistema de saúde.⁵

Face a esse contexto e as vivências de uma das autoras como enfermeira do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do maior hospital público do Sul do Brasil, em que atua no gerenciamento das listas de espera, instigou-se a busca pelo Mestrado Profissional em Enfermagem e a proposição de desenvolver um projeto que pudesse auxiliar na capacitação dos profissionais da saúde e técnicos administrativos que atuam na gestão das listas de espera.

Assim, foi desenvolvido um curso de formação multiprofissional para a qualificação dos profissionais sobre o gerenciamento de listas de espera dos pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. Pois, o adequado gerenciamento das listas ajuda a garantir que os pacientes possam participar de um processo de atendimento médico justo, evitando serem “esquecidos” ou não terem “sua vez” na lista respeitada.

Para que a concepção do curso ocorresse, foi necessário serem realizadas 2 etapas, e o presente estudo objetiva apresentar a fase 1 da primeira etapa. Esta fase é considerada o momento do diagnóstico, coleta de informações com o público-alvo, sendo destacados as potencialidades e fragilidades da prática profissional geradoras de facilidades, limitações e/ou dificuldades.^{44,45} Portanto, este momento do estudo consistiu na avaliação dos conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades descritas pelos profissionais sobre o gerenciamento de listas de espera dos pacientes eletivos cirúrgicos e/ou clínicos.

Esta fase do estudo foi essencial para qualificar a proposta pedagógica do curso, possibilitar a participação dos profissionais envolvidos no gerenciamento das listas de espera na proposição de temas que foram desenvolvidos no curso. Essa premissa parte da característica do modelo eleito, que inclui o sujeito a quem se destina o curso a contribuir na constituição do mesmo, pois é ao conhecer as reais necessidades do público-alvo, que lograr-se-á a eficácia do mesmo.

Método

Para a confecção do curso utilizou-se a metodologia baseada nas diretrizes do *Instructional System Design* (ISD), ou seja, Design de Sistemas Instrucionais, que orientam no planejamento de cursos de formação profissional, considerados como produtos educativos. Este método permite identificar e solucionar uma demanda educacional, de modo a alcançar a eficiência, bem como a eficácia do desenvolvimento do projeto, na perspectiva de uma aprendizagem significativa.^{44,45}

O ADDIE propõe duas etapas que consistem na concepção e a execução do projeto pedagógico. Na etapa de concepção são realizadas as seguintes fases: 1) Análise da necessidade ou demanda; 2) projeção ou desenho da solução do produto; e, 3) desenvolvimento da solução ou produto. A etapa de execução é relativa à aplicabilidade do produto, portanto as fases consistem em: 4) implementação ou oferta do produto; e 5) avaliação do produto.^{44,45}

O delineamento foi transversal, ancorado em uma abordagem descritiva e quantitativa. Estudos descritivos objetivam identificar as características de um determinado fenômeno. Estudos transversais são caracterizados por avaliar um grupo de indivíduos por um tempo determinado, delimitado e curto.⁴⁹⁻⁵⁰

Na abordagem quantitativa, as variáveis coletadas são analisadas pela estatística. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza das realidades associadas ao sistema de relações de acordo com a estrutura dinâmica do fenômeno em estudo. A partir dos resultados possui a capacidade em gerar novas hipóteses para serem investigadas.⁵¹⁻⁵²

Como local de estudo desta fase utilizou-se a rede social do Grupo de Pesquisa vinculado à Universidade e registrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (DGP-CNPq). O Grupo de Pesquisa possui uma página FanPage no *Facebook*®. Esta página está ativa desde janeiro de 2019, em que são publicadas nela as atividades de pesquisa do grupo. Além disso, o Grupo possui uma

conta na rede *Instagram*®, com as mesmas publicações. O vice-líder do Grupo de Pesquisa autorizou a publicação do convite para a pesquisa mediante a assinatura do termo de anuência. A Figura 3 ilustra o sítio eletrônico da FanPage do Grupo de Pesquisa.

Os participantes do estudo foram os profissionais que realizavam gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos, podendo ser de qualquer serviço de saúde no Brasil. A amostra obtida nesse estudo foi por conveniência dos profissionais em participar do estudo. Os critérios de inclusão foram: ser profissionais que atuam no gerenciamento de listas de espera. Como critérios de exclusão: profissionais que estejam em período de contratação de experiência (tempo \leq 3 meses); ou exercendo a função de profissionais que atuam no gerenciamento de listas de espera (tempo \leq 2 meses).

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelos pesquisadores com base na revisão integrativa apresentada no capítulo anterior e das vivências profissionais no NIR. Os dados foram colhidos por meio de um instrumento de coleta de dados online, denominado de “Questionário de conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades da prática no gerenciamento de listas de espera”. As variáveis foram organizadas em três dimensões: A - Conhecimentos sobre gerenciamento de listas de espera; B - Potencialidades e fragilidades relacionadas ao gerenciamento das listas de espera; e C - Caracterização sociodemográfica, formação acadêmica e laboral. O formulário foi editado e organizado no *Google Forms*® no endereço eletrônico: <https://bit.ly/questListaEspera>.

Agregou-se ao questionário a matriz SWOT um acrônimo de *Strenghts* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças) e, no Brasil, é reconhecida pelo acrônimo de FOFA, para que os profissionais registrassem em texto livre as situações que ajudam ou atrapalham na sua prática laboral relacionada ao gerenciamento de listas de espera.⁵³

Essa matriz apresenta simplicidade na sua aplicação, em que se considera: forças são elementos internos que trazem benefícios; fraquezas são elementos internos que atrapalham o processo; oportunidades são as situações externas ao processo que podem acontecer e afetar positivamente; e ameaças são situações externas ao processo que podem atrapalhar o alcance de metas ou resultados. A matriz é um guia utilizado como recurso para se ter uma imagem dos fatores que contribuem para o futuro de um serviço ou projeto e o que pode trazer dificuldades para a manutenção ou continuidade do mesmo.⁵⁴ A Figura 1 ilustra a matriz SWOT/FOFA:

O teste do instrumento de pesquisa foi realizado, para fins de avaliar a clareza e coerência das questões com três profissionais que tem a experiência profissional com o gerenciamento de listas de espera. O teste realizado possibilitou adequações, de modo que qualificou o atual instrumento. O tempo de preenchimento foi de aproximadamente 20 minutos. Os questionários preenchidos como teste não foram adicionados a amostra final do estudo.

A coleta de dados foi iniciada mediante a publicação nas duas redes sociais *Facebook*® e *Instagram*® um convite para profissionais que atuam no gerenciamento de listas participarem do presente estudo, assim como foi permitido o compartilhamento do convite por qualquer pessoa que segue o Grupo de Pesquisa, e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). O convite foi uma imagem ilustrativa, conforme Figura 5, contendo o endereço eletrônico do instrumento de pesquisa, QRcode e o logotipo do grupo de pesquisa e do PPGEnf da Universidade com a mensagem para a divulgação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, sob número 5.103.774, o qual atende diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos presente na Resolução nº 466/2012 e das orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, respeitando os preceitos éticos.

Resultados

A análise das necessidades e demandas do curso compõem a **primeira fase** do modelo ADDIE-ISD. Assim, foram identificados por meio dos registros de 17 profissionais que atuam no gerenciamento de listas de espera sobre os conhecimentos prévios, potencialidades e necessidades sobre a prática gerencial em listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos, bem como sua caracterização sociodemográfica, formação acadêmica e laboral.

O artigo apresenta o resultado da primeira fase da etapa de Concepção do modelo ADDIE. Portanto, por meio desta pesquisa realizada com os profissionais que atuam no gerenciamento das listas de espera, é feita a análise das necessidades e demandas do curso de formação. Participaram da coleta de dados 17 profissionais que atuam no gerenciamento de listas de espera. Os mesmos registraram dados sobre o perfil sociodemográfico, formação acadêmica e laboral, conhecimentos prévios, potencialidades e necessidades para a prática de gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. A Tabela 1 apresenta os resultados do perfil sociodemográfico de profissionais que realizam o gerenciamento de listas de espera de pacientes eletivos.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de profissionais que realizam o gerenciamento de listas de espera de pacientes eletivos (n=17). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022

Variáveis	n(%)
Gênero (feminino)	14(82,4)
Idade (anos completos)	40,3(5,6)*
Profissão	
Enfermeiro	7(41,2)
Médico	9(52,9)
Administrador	1(5,9)
Tipo de instituição formadora (pública)	14(82,4)
Realizou alguma especialização (sim)	16(94,1)
Especialização envolve Gestão em Saúde (sim)	7(41,2)
Possui formação strictu sensu	11(64,7)
Mestrado	7(63,6)
Doutorado	4(36,4)
Tempo de atuação em gerenciamento de listas de espera (anos)	2,7(2-6,2)†
Tipo de instituição que trabalha (pública)	17(100)
Unidade Federativa (UF)	
Rio Grande do Sul (RS)	11(64,7)
Goiás (GO)	1(5,9)
Santa Catarina (SC)	1(5,9)
Pernambuco (PE)	1(5,9)
Não registrado	3(17,6)

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Notas: *Média ± Desvio Padrão; †Mediana (percentil 25 - percentil 75).

O gênero feminino é predominante nesta amostra. A idade dos participantes variou de 29 a 50 anos. A profissão está representada majoritariamente por profissionais de saúde, médicos e enfermeiros.

Em sua maioria, os participantes realizaram a formação profissional em instituições de natureza pública e possuem alguma especialização, principalmente na área da Gestão em Saúde. Em relação à formação *strictu sensu*, mais da metade afirmou possuir a titulação, sendo o Mestrado a de maior expressão.

Em relação ao tempo de atuação dos profissionais em gerenciamento de listas de espera, obteve-se a variação de 2 meses a 13 anos. Todos os participantes responderam que a natureza da instituição em que trabalham é pública, sendo que pertencem a quatro UF do Brasil, com 64,7% no Estado do RS. A Tabela 2 apresenta as características quanto aos conhecimentos prévios autorrelatados pelos profissionais que realizam o gerenciamento de listas de espera.

Tabela 2: Conhecimentos prévios autorrelatados pelos de profissionais que realizam o gerenciamento de listas de espera de pacientes eletivos (n=17). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022

Variáveis	n(%)
Possui conhecimento sobre gerenciamento de listas de espera (sim)	14(82,4)
Nível conhecimento sobre gerenciamento de listas de espera	3,4(0,8)*
Ruim	1(5,9)
Baixo	1(5,9)
Regular	5(29,4)
Bom	10(58,8)
Recebeu alguma capacitação (sim)	4(23,5)
Fez ou faz gerenciamento de listas de espera (sim)	14(82,4)
Acompanha a lista de espera que gerencia (sim)	15(88,2)
Frequência do acompanhamento da lista de espera que gerencia	
Diariamente	5(29,4)
Semanalmente	10(58,8)
Quinzenalmente	2(11,8)
Conhece as leis e/ou normativas da lista de espera que gerencia (sim)	10(58,8)
Sabe o que fazer quando algum paciente precisa “furar a fila” (sim)	12(70,6)
A lista que gerencia é organizada por código e conhece o significado destes (sim)	14(82,4)
Considera importante que o paciente tenha o acesso fácil e rápido à informação sobre a posição que ocupa na lista (sim)	15(88,2)
Possui interesse em aperfeiçoar os conhecimentos sobre o gerenciamento de listas de espera (sim)	16(94,1)

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Notas: *Média ± Desvio Padrão

A maioria dos participantes respondeu que possuía conhecimento sobre o gerenciamento de listas de espera de pacientes eletivos. Nenhum participante respondeu possuir

o nível de conhecimento excelente sobre listas de espera. A variação do nível de conhecimento foi de bom a ruim, sendo o conhecimento regular expresso pela tendência de medida central.

De todos os participantes, aproximadamente $\frac{3}{4}$ afirmaram não ter recebido capacitação em gerenciamento de listas de espera de pacientes eletivos cirúrgicos e/ou clínicos antes de assumirem a função. A maioria dos participantes relatou que fez ou faz a gestão das listas de espera, sendo prevalente a temporalidade do acompanhamento semanal das listas.

O conhecimento legislativo (leis federais, estaduais, municipais e normativas internas) em lista de espera de pacientes eletivos foi predominante. Entretanto, sobre a conduta do que é feito ou do encaminhamento quando um paciente eletivo precisa “furar a fila” na ordem de atendimento na instituição em que trabalha, cerca de $\frac{1}{3}$ desconhece o processo a ser executado na instituição de saúde que atua.

No caso de a lista de espera institucional ser organizada por codificações dos procedimentos ou motivo da internação, a maioria dos participantes revelou conhecer o significado dos códigos. De modo majoritário, os participantes também consideraram importante que o paciente possua acesso fácil e rápido à informação sobre a posição que ocupa na lista de espera, bem como manifestaram desejo de aperfeiçoar os conhecimentos sobre gerenciamento em listas de espera.

A seguir, apresentam-se na Tabela 3 as potencialidades e fragilidades da prática profissional e do serviço descritas pelos profissionais que atuam no gerenciamento das listas de espera. Os resultados demonstraram como os participantes entendem as forças e fraquezas da sua atuação nas listas de espera, ou seja, eles descreveram os elementos internos que se expressam pelas condutas em benefícios, agilidade, resolução, ou que atrapalham o processo. Além disso, registraram as ameaças e oportunidades que foram consideradas elementos externos à sua atuação, como elementos que permitem a execução do processo de trabalho de

maneira assertiva e elementos que comprometam o alcance de metas e resultados, respectivamente.

Tabela 3: Potencialidades e fragilidades da prática profissional e do serviço descrita pelos profissionais que realizam o gerenciamento de listas de espera de pacientes eletivos (n=17).

Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022

Variáveis	n(%)
Fragilidades: fraquezas do profissional (n=7)	
Falta de conhecimento	4(57,1)
Fragilidades: ameaças no serviço (n=14)	
Capacidade operativa limitada das instituições de saúde	6(42,9)
Falta de comprometimento	5(35,7)
Falta de qualificação profissional	4(28,6)
Atendimento de pacientes em situação de urgência	4(28,6)
Cobrança para redução da lista de espera	3(21,4)
Falta de critérios para a priorização de pacientes eletivos	2(14,3)
Potencialidades: força do profissional (n=11)	
Conhecimento e experiência profissional (força)	6(54,5)
Organização do processo	2(18,2)
Satisfação pessoal no trabalho desempenhado/sentimento de dever cumprido	2(18,2)
Potencialidades: oportunidades no serviço (n=14)	
Aumento e otimização de recursos	6(42,9)
Critérios de priorização	3(21,4)
Trabalho multi e interprofissional	3(21,4)
Capacitação profissional	2(14,3)

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Os resultados expressos na Tabela 3 configuram as fragilidades consideradas fraquezas do profissional e as ameaças identificadas no serviço para a execução do processo de trabalho.

Na sequência são apresentados os resultados das potencialidades que agregam as forças do profissional para executar sua função e as oportunidades do serviço identificadas pelos profissionais para que possam atuar de maneira resolutiva atender as demandas do gerenciamento das listas de espera.

Em se tratando das fraquezas para a realização do gerenciamento das listas de espera dos pacientes eletivos, apenas sete participantes registraram seus elementos internos que podem atrapalhar no processo de trabalho, que foram identificados como quatro unidades de significado e mantiveram-se em quatro categorias distintas. Destaca-se que quatro profissionais reconhecem a falta de conhecimento como dificultador de desfechos favoráveis. Encontrou-se 1(14,3%) resposta em cada situação para a falta de acompanhamento diário da lista; dependência de outro profissional para realizar sua função; e sobrecarga de trabalho.

As ameaças no serviço que envolvem o processo de trabalho foram obtidas no autorrelato de 14 participantes que registraram 28 unidades de significado organizadas em dez categorias. Destas categorias, com menor proporção, como único significado na categoria 1(7,1%), observou-se: centralização médica; sistema eletrônico institucional insuficiente; ausência de apoio da gerência; e inexistência de codificação para os procedimentos ou motivo de internações.

Em relação às potencialidades como a força do profissional na realização do gerenciamento das listas de espera, obtiveram respostas de 11 participantes, que registraram seus elementos internos que podem beneficiar e promover desfechos satisfatórios. Identificaram-se quatro unidades de significado. Cabe destacar que metade da amostra reafirmou a relevância do conhecimento e experiência profissional para esse processo de trabalho. A menor proporção de única resposta na categoria, 1(9,1%) resposta, declarou a importância do trabalho em equipe.

Sobre as oportunidades do serviço para maior resolução no gerenciamento de listas de esperas, constatou-se a participação de 14 profissionais, que registraram 18 unidades de significado agrupadas em oito categorias. Das categorias definidas, quatro permanecem como única unidade de significado (7,1%), são elas: apoio das gerências na gestão das listas de espera; comprometimento da equipe; comunicação efetiva; e sistema eletrônico eficaz.

Os resultados do presente estudo mostram-se essenciais para se refletir sobre a importância do NIR nas instituições. Ademais, atestam a necessidade de ações educativas para a formação profissional e multiprofissional no gerenciamento de listas de espera de pacientes eletivos.

Com base nestes resultados e nas vivências profissionais, instigou-se a proposição do desenho pedagógico para um curso de formação multiprofissional guiado por uma abordagem dinâmica de conteúdos gerais, específicos, práticos no gerenciamento de listas de espera cirúrgica e clínica para os pacientes eletivos.

DISCUSSÃO

Os profissionais que participaram da primeira fase deste estudo atuam na gestão de lista de espera e, por isso, contribuíram significativamente para o fortalecimento da questão de pesquisa e do produto final. O fato de conhecerem suas vivências e perspectivas a respeito da temática possibilitou o desenvolvimento de reflexões e ideias no planejamento do curso de formação multiprofissional. Formado majoritariamente por um público feminino, os participantes advém de quatro UF, sobretudo, predomina o Estado do RS.

A gestão das listas de espera deve ter a participação de vários atores. A integração multiprofissional tem como consequência a melhoria do atendimento ao paciente⁶⁷⁻⁶⁸. Além disso, realizar o gerenciamento das listas de espera multiprofissional aumenta a garantia de justiça e transparência no processo de atendimento ao paciente eletivo. Nesta pesquisa, o grupo

de participantes pode ser considerado multiprofissional, haja vista a presença de médicos, enfermeiros e administrador.

A maioria das instituições formadoras dos participantes é de natureza pública, sendo que mais da metade deles possui curso de Mestrado. Tal fato ressalta o compromisso desses profissionais, usuários da educação pública, de retornarem ao sistema de serviço público por meio da prestação de serviços qualificados.

A totalidade dos participantes responderam que a natureza da instituição que trabalha é pública. A existência da lista é uma problemática mundial dos serviços públicos de saúde indicado pela OCDE²⁻³ e não dos serviços privados que arrecadam recursos financeiros a cada internação e/ou procedimento executado.

A maioria dos participantes afirmou que possui conhecimento sobre gerenciamento de listas de espera; entretanto, apenas a metade referiu ter um nível bom de conhecimento, sendo que os demais atribuíram seu nível regular ao ruim. Além disso, sobressalta-se a informação que os participantes não receberam nenhuma capacitação neste temário, e quase a totalidade referiu ter interesse em aperfeiçoar os conhecimentos sobre gerenciamento em listas de espera.

Juntamente com a falta de orientações legais específicas, há o problema de escassez de produção literária sobre o tema^{14,69}. Assim, reflete-se que, apesar de as listas de espera não serem um problema recente de nível nacional e, mesmo, internacional; no Brasil, ainda é incipiente as tratativas neste temário, o que reforça ainda mais a necessidade de ações educativas dos profissionais que atuam no gerenciamento de listas.

A PNEPS incentiva a educação continuada dos profissionais de saúde com vistas a atenuar insuficiências da formação dos profissionais de saúde pela educação profissional. Para tanto, pretende estabelecer o compromisso com as necessidades reais do sistema de saúde e buscar novas práticas que orientam o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem¹³.

Para de fato ter sentido, a educação profissional deve ser aquela com capacidade de promover transformações efetivas e significativas nas práticas assistenciais e na organização dos processos de trabalho dos serviços de saúde. A educação profissional nas instituições hospitalares deve ser desenvolvida de maneira permanente, ativa e consolidada, contribuindo com a qualificação da assistência para o paciente.^{42-43,70}(ADAMY et al., 2018; BOETTCHER, 2020, Corrêa, 2022) Salienta-se, dessa forma, a necessidade de ações educativas com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores que atuam na área da saúde, visando à transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS.

A maioria dos participantes da pesquisa considerou importante o paciente ter acesso fácil e rápido à informação sobre a posição que ocupa na lista de espera. É direito do paciente ter acesso às informações sobre sua saúde⁷¹, e facilitar o acesso a esse direito deveria ser compromisso das instituições de saúde. Obviamente, tais ações devem ser embasadas no cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (entrou em vigência apenas em 2020) que impôs regras sobre o tratamento de dados pessoais e tem como finalidade proteger o direito à liberdade, privacidade e livre desenvolvimento dos cidadãos¹³.

O SUS, desde sua criação em 1988, vem buscando continuamente a sua consolidação por meio de políticas, projetos e ações. Contudo, em termos legais, existe uma carência de determinações governamentais a respeito da gestão e da transparência das listas de espera⁶⁷.

Ressalta-se a existência do Projeto de Lei Federal nº 393/2015, ainda em tramitação, que dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação e a atualização sistemática no sítio eletrônico do hospital da lista de espera dos pacientes para cirurgias eletivas pelo SUS⁷². Mesmo não sendo a divulgação obrigatória a nível nacional, tem-se Estados e Municípios que já iniciaram a

publicização de suas listas de espera, como, por exemplo, o Estado pioneiro, Santa Catarina (SC)⁷³.

As respostas dos participantes referentes à matriz SWOT foram registradas em texto livre sobre as situações que ajudam ou atrapalham a prática laboral relativas ao gerenciamento de listas de espera. Salienta-se que as forças são elementos internos identificados pelos participantes que trazem benefícios ao processo de gerenciamento das listas de espera; já as fraquezas são elementos internos que atrapalham o processo ao passo que oportunidades são as situações externas ao processo que podem acontecer e afetar positivamente; por fim, as ameaças são situações externas ao processo que podem atrapalhar o alcance de metas ou resultados⁵³⁻⁵⁴.

Dessa forma, a força “conhecimento e experiência profissional” foi destacada por 54,5% dos participantes. Tal fato reforça a importância de os profissionais buscarem por conhecimento e o aperfeiçoamento de sua práxis profissional⁷⁴. Para tanto, a oferta de cursos que oportunizem ações educativas nesta temática, como o desenvolvido neste estudo, é indubitavelmente uma das formas de atingir tal objetivo.

Além da força supracitada, existem as forças “organização do processo” e “satisfação pessoal no trabalho desempenhado/sentimento de dever cumprido” e do “trabalho em equipe”. Destaca-se o sentimento de satisfação, mencionado por participantes, ao cumprirem adequadamente suas tarefas. Neste sentido, para melhor alcançar o bem interno da prática, os profissionais precisam incorporar, no cotidiano do trabalho, as virtudes compreendidas como a excelência do caráter, já que estas são ingrediente necessário para o encontro do profissional de saúde com o usuário⁷⁵.

Outra força importante mencionada consiste no trabalho em equipe, ou seja, os participantes percebem o trabalho em equipe multi e interprofissional como um facilitador dos processos. Essa força é fundamental na atuação do gerenciamento de listas, pois trata-se de uma gestão que abrange serviços e profissionais diferentes que, ao atuarem de maneira harmoniosa

e síncrona, podem tornar o atendimento mais eficaz ao paciente eletivo. Observa-se assim que o trabalho em equipe e a prática colaborativa podem, por um lado, produzir os melhores resultados na atenção à saúde de usuários, família e comunidade e, por outro, melhorar a satisfação no trabalho por parte dos profissionais/trabalhadores. O trabalho em equipe é necessário e constitui um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada como da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede⁷⁶.

A “fraqueza” mencionada com maior prevalência pelos participantes foi a “falta de conhecimento de quem realiza a gestão das listas de espera”, seguida pela “falta de acompanhamento diário da lista por estes profissionais”, “dependência de outro profissional para realizar sua função” e “a sobrecarga de trabalho”. Assim, reforça-se a necessidade de investir em ações educativas dos profissionais, já que os mesmos evidenciam que o principal entrave no processo de gerenciamento das listas de espera pode ser a falta de conhecimento na realização desta atividade⁷⁴.

Na sequência, “a falta de acompanhamento diário da lista” pode ser uma dificuldade que, facilmente, pode ser corrigida se os profissionais se habituarem a monitorar sua lista de espera, tendo como suporte um sistema eletrônico institucional que facilite esse acesso. A fraqueza “dependência de outro profissional para realizar sua função” constitui-se na necessidade de um profissional ter que esperar ou depender de outro colega para realizar sua atividade e, assim, dar continuidade ao processo de trabalho.

Conforme mencionado, o trabalho em equipe é imprescindível para a realização de boas práticas no serviço, mas deve ocorrer de forma equilibrada de modo que cada profissional saiba e cumpra devidamente sua função⁷⁴. Entende-se que quando uma das partes não exerce com assertividade o seu trabalho, existe prejuízos ao processo como um todo.

Salienta-se que a fraqueza “sobrecarga de trabalho” é uma realidade vivenciada por muitos profissionais da saúde, sendo um fator determinante na qualidade da assistência prestada ao paciente, assim como na qualidade de vida do trabalhador. A mesma está associada ao excesso de afazeres por falta de efetivo, plantões, serviços domésticos, compromissos sociais, morbidades e afastamentos, entre outros⁷⁷. O profissional que atua no gerenciamento das listas de espera comumente possui outras atribuições em seu trabalho, não exercendo com exclusividade o atendimento aos pacientes eletivos.

Nesta pesquisa, consideram-se ameaças as situações externas ao processo de trabalho que podem atrapalhar o alcance de metas ou resultados⁵³. Atenta-se ao fato que mais de 4/5 dos participantes relataram a existência de “ameaças” no seu processo de trabalho. Dessa forma, foram identificadas dez categorias diferentes de ameaças, sendo elas:

– Centralização médica, embora sejam os profissionais médicos os responsáveis pela inserção do paciente na lista e pela posterior internação hospitalar quando oferecida a oportunidade de tratamento, isso não significa que as listas devam ser gerenciadas exclusivamente por esses profissionais. Com vistas a prestar um atendimento otimizado e eficaz aos pacientes, é necessária uma rede de serviços e profissionais distintos e empenhados nesta atuação⁷⁴.

Neste sentido, destaca-se o papel do NIR como setor responsável pela regulação de pacientes internos e externos. Criado em 2012 por determinação do Ministério da Saúde, o NIR é uma unidade técnico-administrativa dos hospitais cujas atribuições são a gestão de leitos, a interface com as centrais de regulação de acesso, a qualificação dos fluxos de acesso aos serviços hospitalares e o estabelecimento de mecanismos de apoio para reduzir o tempo de espera das indicações cirúrgicas e a realização dos procedimentos^{10,67}.

O NIR é um setor que pode contribuir significativamente para o gerenciamento das listas de espera, pois possui no seu corpo clínico profissionais aptos para atuarem no gerenciamento

das listas de espera, tal como enfermeiros, administradores e técnicos administrativos que, além de realizarem o monitoramento das listas para que se tenha clareza dos dados e noção da realidade vivida na Instituição hospitalar, executam a revisão administrativa das listas, realizam a busca ativa de pacientes eletivos, criam estratégias e as concretizam junto de outros serviços (equipes médicas cirúrgicas e clínicas, serviço do ambulatório, escritório de gestão de alta, serviço de exame e imagem e entre outros.) com vistas, sobretudo, à redução do tempo de espera aguardado para o tratamento dos pacientes eletivos⁶⁷.

Entretanto, o NIR ainda não é um setor que está consolidado em todas as instituições públicas de saúde do Brasil. Sabe-se das disparidades geográficas, políticas e de gestão enfrentadas em diferentes regiões do país, o que reflete no desenvolvimento e crescimento dos serviços de saúde. Contudo, espera-se que o NIR se fortaleça e prospere nas instituições hospitalares com máxima brevidade e eficiência.

– Falta de comprometimento dos profissionais é uma ameaça constante no cotidiano do trabalho. O comprometimento e a conscientização sobre a importância de atender os pacientes eletivos é imprescindível para que as instituições avancem no atendimento destes pacientes. A relação positiva entre a motivação e o comprometimento organizacional favorece a maximização do desempenho, da produtividade e da qualidade dos cuidados, assim como a minimização das taxas de absenteísmo, do turnover e dos custos em saúde⁷⁸⁻⁷⁹.

Ressalta-se, todavia, a importância de o comprometimento profissional não estar associado, única e exclusivamente, aos ganhos financeiros dos profissionais na execução do seu trabalho. Algumas Instituições de saúde realizam o pagamento da equipe por produtividade, por exemplo. Existem estudos que comprovam a eficácia dessa estratégia; entretanto, também emergem fatores negativos em realizá-la, tais como: o recurso financeiro é finito e o atraso no atendimento dos pacientes eletivos reaparece logo depois; incentivos a longas jornadas de trabalho; estratégia que não aborda/trata as causas estruturantes da lista⁸⁰⁻⁸¹.

– Falta de qualificação profissional é destacada pelo despreparo dos profissionais para atuar no gerenciamento das listas. A temática não é devidamente abordada na graduação e, conforme evidenciado nesta pesquisa, os profissionais referem não receber ações educativas no ambiente de trabalho para assumir a função.

Os hospitais universitários são os centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, comumente, também são instituições de saúde que possuem lista de espera. Nestes hospitais-escolas, existe um movimento frequente de entrada e saída de profissionais residentes, trabalhadores cuja especialização está sendo construída durante o curso de residência e que constituem expressiva força-trabalho nas instituições.

Assim, os residentes que compõem as equipes são, por vezes, os profissionais que atendem e realizam o gerenciamento dos pacientes eletivos. Ressalta-se a necessidade de orientar e fornecer ações educativas os residentes tão logo sejam inseridos nos serviços de saúde que atuam, com vistas a evitar o atendimento e gerenciamento inadequado da lista de pacientes eletivos. Os profissionais mais experientes que acompanham os residentes devem passar aos seus colegas-alunos o sentimento de comprometimento e engajamento também no atendimento ao paciente eletivo. Os processos educativos dos trabalhadores da saúde devem tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho⁸².

– Cobrança para redução da lista de espera é, por vezes, feita por parte gerencial para que haja redução da lista de espera, o que pode ser natural. Entretanto, deve haver uma co-responsabilização de vários setores e atores envolvidos no processo até se conseguir o resultado da redução. Dessa forma, evita-se a culpabilização ou a sobrecarga indevida de setores e/ou profissionais. Além disso, reforça-se a importância de a gerência institucional de saúde exercer

o estilo de gestão participativa, pois é uma estratégia eficaz para motivar e comprometer as equipes^{79,83}.

– Capacidade operativa limitada das instituições de saúde tem-se como exemplo, a escassez de recursos humanos; bloco cirúrgico pequeno com vagas de salas limitadas às equipes; falta de leitos, especialmente os de Sala de Recuperação (SR) e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Salienta-se que as estruturas públicas comumente são limitadas, sucateadas e não acompanham o crescimento da demanda ou mesmo o avanço tecnológico. A população tem aumentado e envelhecido concomitantemente, além do aumento do índice de aparecimento de doenças como as oncológicas que exigem tratamento rápido⁸⁴. Portanto, os gestores e as políticas voltadas para a saúde pública deveriam juntos invitar esforços para melhorar as condições e estruturas dos serviços de saúde com vistas a atender essa demanda.

– Atendimento de pacientes em situação de urgência, que entram no hospital via emergência, recebem atendimento prioritário destinado por complicações clínicas, por vezes, posterga o atendimento médico ao paciente eletivo. Isso se dá porque os recursos que seriam usados no atendimento do paciente eletivo, tais como o leito, a vaga no bloco cirúrgico, a equipe que estava programada para atender o eletivo, precisaram ser redirecionados ao atendimento do paciente urgencializado.

Destaca-se, entretanto, que não raras vezes o paciente urgencializado é o próprio paciente eletivo, que teve a piora do seu estado de saúde devido ao longo tempo de espera por seu tratamento. A demora na realização da cirurgia eletiva potencializa uma série de problemas para os pacientes, tais como: a piora/deterioração nas condições de saúde, prolongamento do sofrimento físico e psíquico, perda de utilidade/função corporal e evolução para o óbito^{2,85}.

Além disso, do ponto de vista econômico, pacientes que têm seu quadro clínico agravado por conta de uma longa espera pelo procedimento tendem a permanecer mais tempo

hospitalizados, utilizando, portanto, mais recursos e ampliando a exposição aos riscos de eventos adversos como as infecções hospitalares. Nessas condições, forma-se um ciclo vicioso na assistência repleto de prejuízos imediatos para o paciente e a sociedade⁶⁹.

– Falta de critérios para a priorização de pacientes eletivos refere-se ao direito do paciente à saúde quando não permeado pelo princípio da equidade, que consiste em oferecer um atendimento de acordo com as necessidades do paciente, ou seja, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. A equidade na saúde implica na disponibilização heterogênea de atenção e ações de saúde para cada cidadão de acordo com suas necessidades, objetivando homogeneizar as assimetrias sociais, ambientais e econômicas⁸⁶.

Assim, não é diferente com o paciente eletivo, pois mesmo que ele tenha “chegado” por último na fila de espera, se a condição de saúde exigir que ele seja atendido primeiramente, é correto em fazê-lo. Entretanto, para evitar injustiças, o responsável pelo paciente eletivo deve justificar devidamente o motivo médico pelo qual o paciente assumirá um novo reordenamento na fila de espera.

Para fazer corretamente essa justificativa, sem cometer iniquidades, é necessário que sejam estabelecidos critérios para a priorização dos pacientes. Neste sentido, um estudo realizado no Chile que descreve a estratégia do uso de software para a priorização de pacientes das listas de espera, tal estratégia mostrou-se interessante, porém evidenciou a necessidade de agregar outros indicadores que contemplem as diferenças e a realidade das condições clínico-cirúrgicas dos pacientes para acolher com justiça quem precisa do procedimento^{25,31}. Neste sentido, é importante aperfeiçoar as ferramentas utilizadas para a priorização do paciente eletivo, ou seja, desenvolver uma ferramenta com critérios que considerem não apenas as características das doenças, mas também os benefícios esperados pelo tratamento cirúrgico e os aspectos sociais do paciente⁸⁵.

– Sistema eletrônico institucional precário amplia a falta de apoio da gerência e da impossibilidade em possuir a codificação para os procedimentos ou motivo de internações. O sistema eletrônico institucional deve favorecer o gerenciamento das listas de espera. Tanto o prontuário eletrônico como as demais informações pertinentes relativas ao paciente eletivo precisam estar disponibilizados aos profissionais que realizam esta gestão. Nesse sentido, o uso de aplicativos eletrônicos de acesso como uma ferramenta pode favorecer a comunicação ativa e ampliada, a transversalidade, a integralidade e o protagonismo dos sujeitos nos processos de produção do cuidado⁸⁷⁻⁸⁸.

A gerência das Instituições de Saúde precisa estar ciente e acompanhar os resultados do monitoramento das listas de espera. Além disso, é necessário estabelecer contato e parceria com as equipes que atuam junto aos pacientes eletivos. Neste sentido, o NIR como setor de regulação da área hospitalar que realiza o monitoramento das listas de espera pode fazer a interface entre os diferentes serviços e a gerência^{10,67}.

Destaca-se que a organização das listas de espera é fundamental para o adequado gerenciamento. Uma importante estratégia para conseguir organizar estas listas é estabelecer uma codificação dos procedimentos junto às equipes médicas e o setor do Núcleo Interno de Regulação. A codificação pode ser uma classificação de prioridades para a realização das cirurgias, conforme a gravidade dos casos, que auxilia na organização e programação cirúrgica, bem como a priorização de paciente, evitando, assim, a progressão da doença⁸⁹.

As “oportunidades” são situações externas ao processo que podem acontecer e afetar positivamente. Nesta pesquisa, os participantes apontaram como oportunidades o aumento e a otimização de recursos, o estabelecimento de critérios de priorização e o trabalho em equipe multi-interprofissional e, por fim, o apoio das gerências e coordenações na gestão das listas de espera.

Assim, ratifica-se a importância de as “oportunidades” mencionadas estarem presentes nos processos de trabalho das instituições de saúde, ressaltando-se entre elas o investimento nos recursos próprios das estruturas hospitalares, oferecimento de cursos de formação profissional aos trabalhadores para o aperfeiçoamento; e estabelecimento dos critérios de priorização com vistas a um atendimento justo aos pacientes eletivos e o acompanhamento, apoio e incentivo da equipe gerencial no processo de gestão das listas de espera.

Os resultados da pesquisa transversal associados as vivências profissionais propiciaram a produção do curso de formação multiprofissional para contribuir na propagação do conhecimento, assim como o aperfeiçoamento e qualificação do processo de trabalho para setores que regulam as listas de espera no atendimento de paciente cirúrgico ou clínico eletivo. Deste modo, o curso foi estruturado para o AVA que buscou envolver os princípios da aprendizagem colaborativa. Todavia, deseja-se que os participantes se envolvam com a sua aprendizagem, a partir de situações reais que foram criadas, e apresentados aos desafios que propiciam a articulação do conteúdo com o contexto do trabalho⁹⁰. Logo, a participação do público-alvo do curso amplia a qualidade da proposta, no sentido de atender as necessidades ou demandas para a formação no exercício profissional que foram identificadas.

CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi alcançado, pois identificou e avaliou o conhecimento prévio, potencialidades e fragilidades do gerenciamento de listas de espera dos pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos, descritos pelos profissionais que atuam neste gerenciamento.

O estudo evidenciou a insuficiência do conhecimento e a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam no gerenciamento das listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. O que acentua a importância do curso para o uso dos profissionais da saúde

que realizam a gestão das listas, visto que por meio do uso dessa tecnologia digital podem esclarecer, atualizar e inspirar novas práticas na sua atuação profissional.

Salienta-se que a gestão de listas de espera é uma recente área de atuação do enfermeiro, bem como a regulação de leitos. Ressalta-se a necessidade de os enfermeiros se inserirem nestes espaços de atuação e aprimorarem seus conhecimentos por meio de cursos de formação que possibilitem sua qualificação profissional, de modo que possam participar e contribuir, especialmente nos setores em que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar é essencial.

REFERÊNCIAS

- Lopes F. De Volta aos Primórdios: em defesa do SUS como uma política antirracista. BAPI. 2021; 1: 9–19. doi: <https://doi.org/10.38116/bapi26art1>.
- Siciliani L, Hurst J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy*. 2005;72(2):201–15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.07.003>.
- Lungu DA, Grillo TR, Nuti S. Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):369-377. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4199-6>.
- Lisbôa RL, Rosa TP, Marciniak JB, Paz AA. Atuação do enfermeiro regulador de leitos na pandemia pela covid-19: relato de experiência profissional. *Saud Coletiv (Barueri)*. 2021;11(70):8812-8824. doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i70p8812-8824>.
- Feijó VBER, Barreto MFC, Tanita M, Balsanelli AP, Cunha ICKO, Haddad MCFL. Núcleo Interno de Regulação hospitalar: repercussões da implantação nos indicadores dos serviços de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2022;30:e3517. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5700.3517>.
- Branch, R. M. *Instructional design: the ADDIE approach*. New York: Springer, 2009.
- Souza AMC, Oliveira MLG, Lima MAM, Batista BTB. Design de experiência de aprendizagem: avaliação do modelo ADDIE e contribuições para o ensino a distância. *Revi de Gestão e Avaliação educacional*. 2019; v. 8, n. 17, p. 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2318133831922>.
- Boettcher S. Curso de formação profissional para enfermeiros sobre o uso de cateter venoso central em crianças no domicílio. Dissertação [Mestrado Profissional em Enfermagem] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2020. Disponível em: <http://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/1749>.

Hulley SB; et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 4. Ed. Grupo A: Artmed. Porto Alegre; 2015.

Zangirolami-Raimundo J, Echeimberg JO, Leone C. Research methodology topics: cross-sectional studies. *Journal of Human Growth and Development*. 2018;28(3):3 56-360. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>.

Esperón JMT. Quantitative research in nursing science. *Revista da Escola Anna Nery*. 2017.21(1):1-2. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170027>.

Villela EFM, Oliveira FM. *Epidemiologia sem mistérios: tudo aquilo que você precisa saber*. Jundiaí: Paco Editorial; 2018. 348p.

Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instrument evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):649-659. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>.

Hofrichter M. *Análise SWOT: quando usar e como fazer*. Porto Alegre: Resolução, 2017. Disponível em: <https://play.google.com/books/reader?id=yXEEDgAAQBAJ&hl=pt&pg=GBS.PT28>.

Lisbôa RL, Krueel AJ, Marciniak JB, Paz AA. Actions of a regulatory nurse in the management of surgical waiting lists. *Rev Bras Enferm*. 2022;75:e20201233. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1233>.

Breda K; Souza MCA. Abordagem multiprofissional do paciente oncológico: Revisão da literatura. *Revista Pró-Uni*. 2020; 11(2): 33-37. doi: <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i2.2375>.

Lippi MC, et al. Waiting list management as an approach to planning and coordination of elective health services. *Rev Gestão & Saúde*. 2018; 9(1):159-177.

Presidente da República (BR). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Adamy KA, Zocche DAA, Vendruscolo C, Metelski FK, Argenta C, Valentini JS. Weaving permanente health education in the hospital contexto: experience report. *RECOM*. 2018;8: e1924. doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.1924>.

Corrêa CEC, Lopes GP, Silva CB, Paulin JN, Oliveira ND, Graeff MS, et al. Application of empathy map on educational actions carried out by nursing professionals. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(4):e202104778. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0478>

Presidenta da República (BR). Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 nov 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm.

Aguiar LOF, Lira ACO. Transparência no Sistema Único de Saúde – iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. *Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário*. 2018; 7(2): 1-14. doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v7i2.491>.

Santa Catarina (BR). Lista de Espera do Governo do Estado de Santa Catarina: Consulta das Listas de Espera no SUS. Florianópolis: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://listadeespera.saude.sc.gov.br/#/home>.

Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DASB, De Paiva ACJ, Santos AAS. Desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:25. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>.

Ferraz CMLC, Caram C da S, Brito MJM. A ética da virtude na prática da equipe de saúde da família. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2022;35:eAPE02831. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02831>.

Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza HS de. Trabalho em Equipe: uma Revisita ao Conceito e a Seus Desdobramentos no Trabalho Interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18:e0024678. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

Santos LM, et al. Aplicabilidade da metodologia lean na organização dos serviços de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. 2020; 9(7): e345974054. doi: : <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4054>

Ministério da Saúde (BR).Gabinete do Ministro. Lei nº .12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. 23 nov 2012; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm.

Junior, SSS. A motivação na prática do enfermeiro gestor: um contributo para o comprometimento organizacional. Dissertação [Mestrado Profissional em Enfermagem] - Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2022. Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=rzMSS10M>.

Silva PL, Nunes S, Andrade D. Managers' leadership style and the commitment of their team members: associating concepts in search of possible relations. *RBGN*. 2019;21:291–311. doi: <https://doi.org/10.7819/rbgn.v21i2.3975>.

Bittencourt RJ, Alonso RS, Rodrigues IBP, Macedo E, Silva CCG, Oliveira LVT. Gestão de filas para cirurgias eletivas: overview de revisões sistemáticas. *Brasília Med*. 2020;57:30-42. doi: <https://doi.org/10.5935/2236-5117.2020v57a03>.

Kreindler SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *British Medical Bulletin*. 2010;95:7–32. doi: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq014>.

Carneiro EM, Teixeira LMS, Pedrosa JIS. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis*. 2021;31:e310314. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310314>.

Loch S. Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. *Saúde Debate*. 2019;43:48–58. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s604>.

Silva PL, Nunes S, Andrade D. Managers' leadership style and the commitment of their team members: associating concepts in search of possible relations. *RBGN*. 2019;21:291–311. doi: <https://doi.org/10.7819/rbgn.v21i2.3975>.

Farias CML, Giovanella L, Oliveira AE, Santos ETN. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde Debate*. 2019;43:190–204. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s516>.

Bittencourt RJ, Alonso RS, Rodrigues IBP, Macedo E, Silva CCG, Oliveira LVT. Gestão de Filas para Cirurgias Eletivas: Overview de Revisões Sistemáticas. *RBM*. 2020;57. doi: <https://doi.org/10.5935/2236-5117.2020v57a03>.

Nunes PC, Ribeiro GR. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:1. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.31>.

Julio C, Wolff P, Vegoña YM. Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia. *Rev Méd Chile*. 2016;144(6):781-787. doi: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000600014>.

Toledo PPS, et al. Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; v. 26, n. 6 2131-2140. doi: [10.1590/1413-81232021266.39872020](https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020)

Oliveira IS, Lima EFA, Silva RIC, Figueiredo KC, Dias ICB, Primo CC. Software development for emergency bed management. *Rev Bras Enferm*. 2021;74:e20200055. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0055>.

Lisbôa RL; Marciniak JB; Khan GSC; Munari MS; Misturini FD; Krueel AJ. O desafio do gerenciamento das listas de espera eletivas: os casos da urologia e da cirurgia cardíaca. *Inovação e Tecnologia no Enfrentamento da Superlotação Hospitalar: a experiência do Hospital Nossa Senhora Conceição*. 1 Ed. p.1-232. Porto Alegre: GHC Grupo Hospitalar Conceição; 2018.

Warmling D, Wilrich JEB, Costa VT, Peres GM, Faust SB, Bolsoni CC, et al. Aproximando saberes e experiências à distância: relato da tutoria de um curso de especialização. *Rev Salud Pública*. 2018;20(1):132–7. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n1.64480>.

APÊNDICE K – ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA SABERES PLURAIS: EDUCAÇÃO NA SAÚDE

CONSTRUÇÃO DE MATERIAIS DIDÁTICOS DIGITAIS PARA UM CURSO DE FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DAS LISTAS DE ESPERA

BUILDING OF DIGITAL TEACHING MATERIALS FOR A MULTIDISCIPLINARY TRAINING COURSE IN WAITING LIST MANAGEMENT

CONSTRUCCIÓN DE MATERIALES DIDÁCTICOS DIGITALES PARA UN CURSO DE FORMACIÓN MULTIPROFESIONAL EN GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA

Resumo

As listas de espera de pacientes eletivos nos serviços de saúde é um problema mundial. No Brasil, ainda são incipientes as tratativas neste tema, o que reforça a necessidade de ações educativas para profissionais que atuam no gerenciamento das listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. O objetivo é descrever o processo de construção de materiais didáticos digitais elaborados para um curso de formação multiprofissional em gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. Trata-se de um relato de experiência da criação dos materiais didáticos digitais. Eles foram elaborados com base nas diretrizes do *Instructional System Design* (ISD), do modelo ADDIE (Análise, Design, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação). O estudo descreve a etapa de concepção proposta pelo modelo, sendo desenvolvidas as fases de análise, desenho e desenvolvimento. A produção do curso envolvendo os materiais didáticos digitais ocorreu de agosto de 2021 a setembro de 2022 por meio de reuniões semanais remotas no *Google Meet*® para discutir, definir e aprovar os encaminhamentos e os produtos. Foram produzidos três vídeos e duas histórias em quadrinhos relativos ao tema gestão em listas de espera de pacientes eletivos cirúrgicos e clínicos. Considera-se que o uso de materiais didáticos digitais para as ações educativas de profissionais que atuam em instituições de saúde pública é importante para reduzir a disparidade da gestão e condições das listas de espera das diferentes regiões do Brasil. Os recursos apresentados podem amenizar as diferenças e promover a equidade no atendimento ao paciente eletivo.

Palavras-chave: Materiais de Ensino. Educação Continuada. Listas de Espera. Gestão em Saúde. Filme e Vídeo Educativo. Tecnologia Educacional.

Abstract

As listas de espera de pacientes eletivos nos serviços de saúde é um problema mundial. No Brasil, ainda são incipientes as tratativas neste tema, o que reforça a necessidade de ações educativas para profissionais que atuam no gerenciamento das listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. O objetivo é descrever o processo de construção de materiais didáticos digitais elaborados para um curso de formação multiprofissional em gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. Trata-se de um relato de experiência da criação dos materiais didáticos digitais. Eles foram elaborados com base nas diretrizes do Instructional System Design (ISD), do modelo ADDIE (Análise, Design, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação). O estudo descreve a

etapa de concepção proposta pelo modelo, sendo desenvolvidas as fases de análise, desenho e desenvolvimento. A produção do curso envolvendo os materiais didáticos digitais ocorreu de agosto de 2021 a setembro de 2022 por meio de reuniões semanais remotas no Google Meet® para discutir, definir e aprovar os encaminhamentos e os produtos. Foram produzidos três vídeos e duas histórias em quadrinhos relativos ao tema gestão em listas de espera de pacientes eletivos cirúrgicos e clínicos. Considera-se que o uso de materiais didáticos digitais para as ações educativas de profissionais que atuam em instituições de saúde pública é importante para reduzir a disparidade da gestão e condições das listas de espera das diferentes regiões do Brasil. Os recursos apresentados podem amenizar as diferenças e promover a equidade no atendimento ao paciente eletivo.

Keywords: Teaching Materials. Education, Continuing. Waiting Lists. Health Personnel. Health Management. Instructional Film and Video. Educational Technology.

Resumen

As listas de espera de pacientes eletivos nos serviços de saúde é um problema mundial. No Brasil, ainda são incipientes as tratativas neste tema, o que reforça a necessidade de ações educativas para profissionais que atuam no gerenciamento das listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. O objetivo é descrever o processo de construção de materiais didáticos digitais elaborados para um curso de formação multiprofissional em gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. Trata-se de um relato de experiência da criação dos materiais didáticos digitais. Eles foram elaborados com base nas diretrizes do Instructional System Design (ISD), do modelo ADDIE (Análise, Design, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação). O estudo descreve a etapa de concepção proposta pelo modelo, sendo desenvolvidas as fases de análise, desenho e desenvolvimento. A produção do curso envolvendo os materiais didáticos digitais ocorreu de agosto de 2021 a setembro de 2022 por meio de reuniões semanais remotas no Google Meet® para discutir, definir e aprovar os encaminhamentos e os produtos. Foram produzidos três vídeos e duas histórias em quadrinhos relativos ao tema gestão em listas de espera de pacientes eletivos cirúrgicos e clínicos. Considera-se que o uso de materiais didáticos digitais para as ações educativas de profissionais que atuam em instituições de saúde pública é importante para reduzir a disparidade da gestão e condições das listas de espera das diferentes regiões do Brasil. Os recursos apresentados podem amenizar as diferenças e promover a equidade no atendimento ao paciente eletivo.

Palabra clave: Materiales de Enseñanza. Educación Continua. Listas de Espera. Gestión en Salud. Película y Video Educativos. Tecnología Educativa.

Introdução

A pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) compeliu a implementação de novas práticas pedagógicas sustentadas pela Educação a Distância (EaD), o que exigiu e ampliou o desenvolvimento de tecnologias educacionais digitais. Dessa forma, novas propostas surgiram com o uso de diversos softwares para qualificar o processo de ensino-aprendizagem.

Indubitavelmente, a EaD tem sido uma importante ferramenta para oportunizar o aprendizado. Além disto, possibilita o acesso em qualquer local, favorece, por vezes, a otimização do tempo permitindo que o participante desenvolva as atividades mediante sua disponibilidade de horário. Pensar em ensino remoto sob a perspectiva da indagação online é assumir o desafio coletivo da construção de um cenário educativo com pessoas geograficamente distantes, a fim de oportunizar a interação e

promover ações individuais e coletivas com o auxílio das tecnologias digitais (HECKLER; GUIDOTTI, 2021).

O avanço do desenvolvimento tecnológico faz pensar que a aprendizagem não se restringe e nem se efetiva somente dentro das instituições educativas, com os aplicativos inseridos no cotidiano, é necessário criar novas práticas pedagógicas que possam suportar e reforçar a aprendizagem e o ensino no ciberespaço, com percursos, contextos e sujeitos diferenciados (MARTINS; SANTOS; SILVA, 2020).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é a educação que acontece na prática, na transformação do processo de trabalho orientado para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e para a integralidade e equidade no cuidado e no acesso aos mesmos (UBESSI *et al.*, 2021). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com vistas a atenuar insuficiências da formação dos profissionais de saúde pela educação estabeleceu o compromisso com as necessidades reais do sistema de saúde, bem como tem o propósito de buscar novas práticas que orientam o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem como incentivo à educação continuada dos profissionais de saúde (BRASIL, 2018).

Dentre os profissionais que atuam em serviço de saúde, destacam-se aqueles que atuam no gerenciamento das listas de espera. Estudos recentes (LIPPI *et al.*, 2018; LISBÔA *et al.*, 2022) inferem a escassez de produção literária referente a gestão das listas. Além disso, não existe uma homogeneidade nas ações realizadas para o gerenciamento de listas, por parte de profissionais, e até mesmo das instituições de saúde.

O tempo de espera para um atendimento de saúde, quando paciente eletivo, é um elemento crítico que pode estar relacionado aos desfechos desfavoráveis e evitáveis, como afirma Rodrigues *et al.* (2020). Face ao exposto, a gestão da lista de espera é uma ferramenta utilizada para garantir que os pacientes recebam o tratamento de forma oportuna e efetiva, em que os critérios são baseados em protocolos assistenciais. Contudo, a atualização, revisão e auditoria dos critérios, continuamente, pode apresentar resultados positivos em relação ao tempo de espera (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Portanto, apesar das listas de espera não serem um problema recente e exclusivo nos serviços de saúde brasileiros, elas são abordadas internacionalmente. No Brasil, ainda são incipientes as tratativas neste tema, o que reforça a necessidade de ações educativas para profissionais que atuam no gerenciamento das listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos. Dessa forma, o presente estudo objetiva descrever o processo de construção de materiais didáticos digitais elaborados para um curso de formação multiprofissional em gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos e clínicos eletivos.

Relato de experiência

Trata-se de um relato de experiência sobre a construção de materiais didáticos digitais para um curso de formação multiprofissional, com enfoque na criação de vídeos e histórias em quadrinhos como

principais objetos de aprendizagem. Ressalta-se que o curso foi elaborado com base nas diretrizes do *Instructional System Design* (ISD), que orientam o planejamento de cursos de formação profissional, considerados como produtos educativos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, sob número 5.103.774, o qual atende diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos presente na Resolução nº 466/2012 e das orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, respeitando os preceitos éticos. Esse estudo também respeita os direitos autorais pela Lei n 12.853 (BRASIL, 2013a; 2013b; 2021).

Em se tratando de ISD, existem uma variedade de modelos, neste estudo optou-se pelo modelo genérico ADDIE (Análise, Design, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação) válido para qualquer contexto educacional, seja baseado ou não em Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), conforme Branch (2009), Fuentes *et al.* (2019) e Souza *et al.* (2019).

O ADDIE propõe duas etapas que consistem na concepção e na execução do projeto pedagógico. Na concepção são realizadas as seguintes fases: 1) Análise da necessidade ou demanda; 2) projeção ou desenho da solução do produto; e, 3) desenvolvimento da solução ou produto. A execução é relativa à customização em ambiente virtual de aprendizagem e aplicabilidade do produto, portanto as fases consistem em: 4) implementação e oferta do produto; e 5) avaliação do produto (BRANCH, 2009; SOUZA *et al.*, 2019; BOETTCHER, 2020).

Dessa forma, a criação dos materiais didáticos integrou a primeira etapa deste modelo ADDIE, ou seja, a fase da concepção. Conforme mencionado, a etapa da concepção é constituída por três diferentes fases.

Na fase 1, considerada de Análise ocorre a compreensão da necessidade ou demanda do público-alvo em relação aos objetivos e conteúdo do curso. Para explorar o tema do curso foi realizada uma pesquisa com profissionais de diferentes áreas que atuam na gestão das listas de espera com vistas a conhecer e avaliar seus conhecimentos prévios, potencialidades e fragilidades. Logo, a participação do público-alvo do curso amplia a qualidade da proposta, no sentido de atender as necessidades ou demandas para a formação no exercício profissional (BRANCH, 2009; SOUZA *et al.*, 2019; BOETTCHER, 2020).

Na fase 2, o Desenho pedagógico do curso estrutura-se mediante a elaboração dos planos de ação pedagógica (PAP) que discorre os objetivos, competências e a forma de abordagem dos materiais didáticos, também denominados de objetos de aprendizagem. Os PAP descrevem um conjunto de tarefas pedagógicas detalhadas e prospectadas em relação aos conteúdos, estratégias, artefatos, técnicas e carga horária. Considera-se como subsídios para definição dos conteúdos, nos PAP, a serem abordados: a literatura científica atualizada; e os resultados da fase 1 que assinalam as necessidades do público-alvo (BRANCH, 2009; SOUZA *et al.*, 2019).

Durante a fase 3 ocorre o Desenvolvimento de *storyboards* do curso, em conformidade aos PAP. Neles estão descritos os tipos de materiais didáticos digitais a serem criados, tais como: vídeos,

animações, histórias em quadrinhos, mapa mental, entre outros. Ainda, nesta fase destaca-se que, após a construção dos materiais didáticos, os mesmos precisam passar por um processo de avaliação em um Comitê de Especialistas (SOUZA *et al.*, 2019; BOETTCHER, 2020).

Destaca-se que a equipe de trabalho foi constituída por cinco pessoas, sendo uma enfermeira mestranda do Curso de Mestrado Profissional em enfermagem, duas acadêmicas de enfermagem bolsistas, uma enfermeira assistencial e uma professora doutora e orientadora do projeto. Esta equipe permaneceu a mesma em todas as fases, atuando no desenvolvimento dos diferentes materiais didáticos do curso. As atividades foram desenvolvidas no período de agosto de 2021 a setembro de 2022.

Como forma de organização de trabalho da equipe, as atividades foram organizadas por meio de reuniões semanais e remotas, com duração máxima de duas horas, com agendamento flexível pela equipe. Para estabelecer o contato dos membros do grupo, utilizou-se o *WhatsApp*® e vídeo chamadas pelo *Google Meet*®.

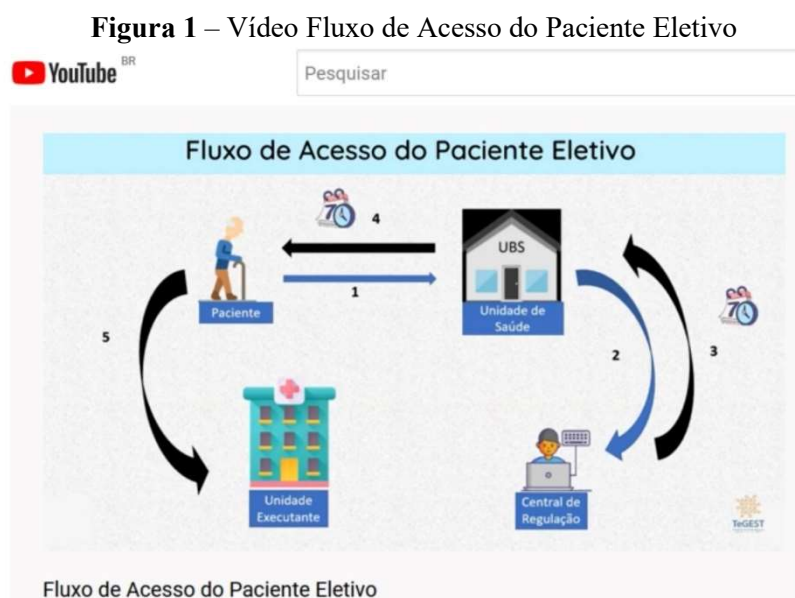
Entende-se que o tema sobre gestão das listas de espera seja um assunto complexo e, portanto, invitou-se esforços na elaboração de materiais didáticos que possibilitassem mais dinamicidade e engajamento dos participantes ao curso. Assim, torna-se essencial definir estratégias metodológicas inovadoras que contribuam para um ensino dinâmico, engajador e que sensibilize o participante para a temática (SIEGA *et al.*, 2022).

No curso de formação multiprofissional foram elaborados dois módulos de conteúdos voltados para a temática da gestão das listas de espera e ressalta-se que os materiais didáticos foram organizados e estruturados em um arquivo por módulo, denominados de *storyboard* no editor de apresentação visual do *Power Point*® da Microsoft®, em formato de apresentação de slides (*.ppsx). Nos storyboards foram incluídas imagens e vetores extraídos de bancos públicos de fotos, imagens e ilustrações isentas de royalties e licenciadas, tais como: *Canva*®, *Flaticon*® e *Pexels*®. Os personagens (avatars) foram criados no *Zepeto*®.

Os vídeos foram elaborados no *Canva*® e *Animaker*®, sendo eles convertidos no formato em *Moving Picture Experts Group* (MPEG) 4 Part 14 (*.MP4) ou MOV uma extensão do *Quick Time da Apple*®. Todos os vídeos estão disponibilizados no canal do *YouTube*® do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST), com a licença *Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional*. Eles encontram-se agrupados em uma *Playlist* “Complexo Regulador de Saúde”, e foram denominados de recurso educativo digital (RED), que contém a numeração sequencial para a sua apresentação ordenada nos *storyboards*.

O primeiro módulo do curso abordou sobre os principais conceitos e impactos, além dos aspectos introdutórios relacionados ao gerenciamento e a legislação em lista de espera de pacientes eletivos cirúrgicos e clínicos. Imediatamente, percebeu-se a necessidade de apresentar aos participantes do curso o fluxo de regulação de acesso do paciente eletivo, ou seja, o caminho que o paciente percorre até chegar à lista de espera de uma especialidade médica do serviço público de saúde.

Elaborou-se um vídeo intitulado “Fluxograma de Acesso do Paciente Eletivo”, criado na plataforma *Canva*®, com duração de dois minutos e 18 segundos, no formato MP4. Ele está disponível no endereço eletrônico <https://youtu.be/6g2hKetnkTE>, no YouTube no Canal TeGEST, conforme a Figura 1.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

Após a elaboração do vídeo acima, foi criado outro material didático que pudesse exemplificar a inserção do paciente eletivo a uma lista de espera cirúrgica ou clínica de um serviço de saúde por meio de um enredo que conta a história da personagem, com o objetivo de aproximar o participante da realidade dos pacientes.

Assim, foi produzido o vídeo denominado “Fluxos de Acesso do Paciente Eletivo à Lista de Espera Cirúrgica e Clínica”, criado na plataforma *Canva*®, com duração de três minutos e um segundo, no formato MP4. Neste vídeo, a avatar Carolina narra a trajetória da paciente Maria, que sofre de fortes dores nas pernas em virtude da presença de varizes calibrosas em ambas as pernas, e sua inserção na lista de espera da especialidade médica da Cirurgia Vascular de um serviço de saúde.

Figura 2 – Vídeo Fluxos de Acesso do Paciente Eletivo à Lista de Espera Cirúrgica e Clínica



Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

Ressalta-se que antes de iniciar a construção de cada material didático na plataforma digital, foi preciso estruturar as ideias através da roteirização do conteúdo, em que após a roteirização, era realizada a análise para identificar qual plataforma digital seria usada para confeccionar o material didático que atendesse a proposta pedagógica.

A repercussão e os impactos oriundos da espera do paciente pelo atendimento de saúde podem ser devastadores. O tempo médio de espera em vários países é de pelo menos três meses, podendo chegar a anos. Estudos apontam que além da insatisfação dos pacientes e entre a população em geral, existe a piora/deterioração nas condições de saúde, prolongamento do sofrimento, perda de utilidade/função e, inclusive, podendo evoluir para o óbito do paciente (SICILIANI; HURST, 2005; LUNGU; RUGGIERI; NUTI, 2019).

Os riscos econômicos também precisam ser considerados, visto que pacientes com quadros clínicos mais graves tendem a permanecer mais tempo internados e, com isso, exigem mais recursos, além de estarem mais expostos aos riscos de eventos adversos, como infecções hospitalares. Tal condição torna-se um ciclo vicioso de aumento da permanência hospitalar e de riscos (LISBÔA *et al.*, 2022).

Com vistas a trazer este conhecimento e reflexão ao participante do curso, foi criado um vídeo denominado “Impactos da Lista de Espera de Pacientes Eletivos”, estruturado no software de animação *Animaker*®, com duração de três minutos e 17 segundos, no formato MP4, e disponível no endereço eletrônico <https://youtu.be/vvA49n1bTOs>. O vídeo relata o caso fictício da paciente Raquel que possui diagnóstico de cálculo renal e está na lista de espera do serviço da Urologia de um hospital há mais de um ano aguardando pela realização do seu procedimento. A mesma sente dores intensas e infecções urinárias recorrentes, o que a faz recorrer ao serviço da emergência com assiduidade. Como consequência do seu problema de saúde, ela fica impossibilitada de exercer seu trabalho, repercutindo na situação financeira e organizacional da sua família.

Figura 3 – Vídeo Impactos da Lista de Espera de Pacientes Eletivos

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

Na sequência, foi abordado o tema da Legislação que permeia o Gerenciamento das Listas de Espera. Para isso, criou-se uma História em Quadrinho (HQ) intitulada “Legislação e a Lista de Espera de Pacientes Eletivos” criado na plataforma *Canva*®, no formato *Portable Document Format* (PDF), disponível no endereço eletrônico <https://bit.ly/HQListaEspera>.

A história apresenta o paciente Renato, que chega acompanhado de sua filha em uma consulta médica e tem o diagnóstico de câncer de próstata. Os diálogos dos personagens esclarecem e elucidam as principais leis que embasam o processo de regulação de acesso e gerenciamento das listas de espera, tais como: a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS); a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 que Regula o acesso a informações públicas; Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019 que altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias; e a Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação do SUS.

Figura 4 – HQ Legislação e a Lista de Espera de Pacientes Eletivos



Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

Todavia, em termos legais, existe uma carência de determinações de ordem governamental a respeito da gestão e da transparência das listas de espera, apesar da existência do Projeto de Lei Federal nº 393/2015, em tramitação, que dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação e a atualização sistemática no sítio eletrônico do hospital da lista de espera dos pacientes para cirurgias eletivas pelo SUS (FRAGA; LIRA, 2018).

Além disso, ressalta-se a importância dos profissionais que atuam no gerenciamento das listas de espera conhecerem a legislação vigente que permeia o atendimento ao paciente eletivo do SUS. Entende-se que este conhecimento possibilita a conscientização e a busca por estratégias na melhoria da prestação de serviço ao público que aguarda pela resolução do seu problema de saúde.

O segundo módulo do curso abordou sobre o conhecimento operacional em gestão das listas de espera de pacientes eletivos, elencando as principais ações estratégicas utilizadas para a realização deste gerenciamento, sendo elas: Organização as listas de espera por especialidade médica; Codificação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH); Sistema Eletrônico Institucional; Priorização de pacientes; Equipe Multiprofissional para atuar no Gerenciamento de Listas de Espera; Capacitação Profissional; Realização de Pré-Operatório Ambulatorial; Reserva de Leitos Eletivos; Pagamento da Equipe por Produtividade; Compra de Serviços por Terceiros; Ampliação de Serviços Próprios e Avaliação; e Auditoria.

Para abordagem do conteúdo de maneira interativa, foram elaborados três materiais didáticos digitais, dois em formato de histórias em quadrinho animadas, e o outro, um mapa mental para auxiliar o participante na revisão do conteúdo abordado. Esses três recursos educativos, foram roteirizados e, após, elaborados na plataforma *Canva*®.

A história em quadrinho animada cujo título é “A Organização da Lista de Espera” possui três minutos e 56 segundos, disponível no endereço eletrônico <https://youtu.be/edg0-b3rLAo>, que trata sobre a Organização da Lista de Espera. Nessa HQ, a personagem da médica Júlia compartilha a sua

experiência na organização da lista de espera do serviço de Otorrinolaringologia, em que ela é coordenadora, com a enfermeira do Núcleo de Interno de Regulação (NIR).

Figura 5 – HQ animado A Organização da Lista de Espera



Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

No Brasil, o controle das Listas de Espera dos pacientes eletivos que aguardam por cirurgia ou mesmo internação para dar continuidade ao tratamento clínico é feito por meio de agendas ou planilhas internas que são gerenciadas pelas especialidades médicas em cada hospital. Indubitavelmente, esse formato de regulação é um entrave organizacional, pois com as informações não unificadas, perde-se a possibilidade de gerenciar os serviços de saúde em rede de atenção (BUSS, 2015). Assim, enquanto não houver a unificação da fila dos pacientes eletivos, é preciso redobrar os esforços das Instituições de saúde e seus profissionais na busca pela melhoria da organização e qualificação do gerenciamento em lista de espera.

A HQ animada “A Organização da Lista de Espera pelo Núcleo Interno de Regulação” possui nove minutos e 14 segundos, disponível em <https://youtu.be/JT7oqNypR3A>, apresenta a narrativa da enfermeira Heloísa, personagem da enfermeira do NIR, para a médica Júlia sobre a Organização e as estratégias utilizadas pelo setor do NIR junto às equipes médicas e gerência para melhorar o gerenciamento das listas de espera do hospital em que trabalha.

Figura 6 – HQ animado A Organização da Lista de Espera pelo Núcleo Interno de Regulação
Organização da Lista de Espera



Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

As Instituições de Saúde podem apresentar realidades diferentes e, por isso, a organização e o gerenciamento da lista de espera são realizados com base em suas especificidades. Porém, deve ser feito sempre de maneira que contemple a transparência em todo o processo de atendimento ao paciente eletivo.

A gestão das listas e os tempos de espera para cirurgias eletivas vem sendo relatado internacionalmente como alvo de políticas de saúde, desde meados da década de 90, a ponto de a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) tratá-lo com priorização (SICILIANI; HURST, 2005).

Portanto, este não é um problema exclusivo do Brasil, e sim mundial, e que com a pandemia da COVID-19 se acentuou, causando impacto significativo na prestação de serviços de saúde. Sobre isto, inclui-se consultas e volumes operativos, o que gera desafios significativos para o sistema de saúde superar o acúmulo não só de consultas, mas também de cirurgias e nos tempos de espera cirúrgica (SAGGAF; ANASTAKIS, 2021).

De toda forma, é necessário investir na busca pela solução desta problemática, a começar pela qualificação dos profissionais que atuam no gerenciamento das listas de espera, através da busca do conhecimento em ações educativas que permitam compartilhar informações e vivências, ações essas fundamentais para uma gestão eficiente e atendimento adequado.

Considerações finais

A criação de materiais didáticos digitais são ferramentas que possibilitam a produção do conhecimento, atualização profissional e aprimoramento de competências para a prática de profissionais que atuam nos processos operacionais e de gestão de listas de espera. Dessa forma, é possível promover

e otimizar o processo de atendimento aos pacientes eletivos, através da equidade e transparência; em concordância com os objetivos e fundamentados nos resultados do estudo.

Outrossim, a criação de materiais didáticos como digitais, estes são considerados objetos de aprendizagem que integram ao ambiente virtual de aprendizagem em um sistema de EaD, permitindo que o conhecimento seja compartilhado por um expressivo número de participantes. Destaca-se para a importância do tema das listas de espera e da regulação de leitos hospitalares estarem presentes na matriz dos cursos de graduação, para que além de preparar os estudantes na criação de materiais didáticos, possam auxiliá-los na realização do seu exercício profissional, futuramente.

Considera-se que o uso de materiais didáticos digitais em ações educativas de estudantes e profissionais que atuam em instituições de saúde pública, comumente, marcadas pela disparidade da gestão e de condições entre as regiões do Brasil, podem amenizar as diferenças e promover a equidade no atendimento ao paciente.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aos Programas de Iniciação Científica e Iniciação à Docência da UFCSPA pelo apoio financeiro com bolsas concedidas para a pesquisa e o desenvolvimento dos materiais didáticos digitais que serão utilizados na disciplina de Gerenciamento em Enfermagem.

À professora Melissa Moura Mello por ter realizado a revisão linguística-textual, gramatical e ortográfica de português deste artigo.

Contribuição dos autores

Descrever a contribuição de cada autor do artigo no texto (sem identificar o nome do autor).

Autor 1 – Conceitualização; Investigação; Metodologia; Coleta de dados; Análise; Gerenciamento do projeto; Redação, revisão e edição; Validação.

Autor 2 – Conceitualização; Investigação; Metodologia; Coleta de dados; Análise; Redação, revisão e edição.

Autor 3 – Conceitualização; Investigação; Metodologia; Coleta de dados; Análise; Redação, revisão e edição.

Autor 4 – Conceitualização; Investigação; Metodologia; Coleta de dados; Análise; Redação, revisão e edição.

Autor 5 – Conceitualização; Investigação; Metodologia; Coleta de dados; Análise; Gerenciamento do projeto; Aquisição de financiamento; Redação, revisão e edição; Supervisão.

Referências

BOETTCHER, S. **Curso de formação profissional para enfermeiros sobre o uso de cateter venoso central em crianças no domicílio**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ufcs.br/jspui/handle/123456789/1749>. Acesso em: 08 out. 2022.

BRANCH, R. M. **Instructional Design: The ADDIE approach**. Boston: Springer New York, 2009. 203p. E-book. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-09506-6>. Acesso em: 08 out. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional da Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, dez. 2012, 13 jun. 2013a.

BRASIL. Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013. Altera os arts. 5º, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99-B, 100-A, 100-B e 109-A e revoga o art. 94 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 ago. 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112853.htm. Acesso em: 08 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 08 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS - Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 24 out 2022.

BUSS, M. O. **Modelo de sistema de conhecimento para gestão de listas de espera para cirurgias no Sistema Único de Saúde**. 2015. Dissertação (Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/135511>. Acesso em: 07 out. 2022.

FRAGA, L. O.; LIRA, A. C. O. Transparência no Sistema Único de Saúde - iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, v. 7, n. 2, p. 110-23, 2018. DOI: 10.17566/ciads.v7i2.491. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/491>. Acesso em: 08 out. 2022.

FUENTES, L. M. E.; et al. Curso en línea basado en modalidad instruccional ADDIE y prototipización rápida. **Revista de Investigación Educativa de la Escuela de Graduados en Educación**, México, v. 9, n. 18, p. 2-10, 2019. Disponível em: <https://riege.mx/index.php/riege/article/view/440/399>. Acesso em: 09 jul. 2021.

HECKLER, V.; GUIDOTTI, C. S. Ser professor no contexto online: processo formativo no ensino superior em tempos de pandemia. **Debates em Educação**, Alagoas, v. 13, n. 31, p. 1017-37, 2021. DOI: <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2021v13n31p1017-1037>. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/11818>. Acesso em: 08 out. 2022.

LIPPI, M. C.; *et al.* Waiting list management as an approach to planning and coordination of elective health services. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 159-77, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/10448/9208/18739>. Acesso em: 08 out. 2022.

LISBÔA, R. L.; *et al.* Actions of a regulatory nurse in the management of surgical waiting lists. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 2, p. e20201233, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1233>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/K8JfNx4kLBf6DX64PkT36sh/?lang=en>. Acesso em: 08 out. 2022.

LISBÔA, R. L.; *et al.* Estratégias de gerenciamento em listas de espera cirúrgicas: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. e9612, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e9612.2022>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9612>. Acesso em: 08 out. 2022.

LUNGU, D. A.; RUGGIERI, T. G.; NUTI, S. Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 19, n. 1, p. 369, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4199-6>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4199-6>. Acesso em: 08 out. 2022.

MARTINS, V.; SANTOS, E.; SILVA, E. F. D. A educação online e os desenhos didáticos com interfaces móveis: autorias em ambientes virtuais de aprendizagem *web* e aplicativos. **Debates em Educação**, Alagoas, v. 12, n. 27, p. 785-804, 2020. DOI: <http://doi.org/10.28998/2175-6600.2020v12n27p785-804>. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/9397>. Acesso em: 08 out. 2022.

RODRIGUES, E. B. P.; *et al.* Gestão da fila de cirurgias eletivas em hospital público do distrito federal, Brasil: critérios clínicos versus tempo de espera. **Brasília Médica**, Brasília, v. 57, anual, p. 1-8, 2020, DOI: <http://doi.org/10.5935/2236-5117.2020v57a05>. Disponível em: <https://rbm.org.br/details/296/pt-BR/gestao-da-fila-de-cirurgias-eletivas-em-hospital-publico-do-distrito-federal-brasil--criterios-clinicos-versus-tempo-de-espera>. Acesso em: 08 out. 2022.

SAGGAF, M. M.; ANASTAKIS, D. J. The impact of COVID-19 on the surgical wait times for plastic and reconstructive surgery in Ontario. **Plastic Surgery**, Vancouver, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2021. DOI: <http://doi.org/10.1177/22925503211064381>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/22925503211064381>. Acesso em: 08 out. 2022.

SICILIANI, L.; HURST, J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. **Health Policy**, Berlin, v. 72, n. 2, p. 201-15, 2005. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.07.003>. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851004001617>. Acesso em: 08 out. 2022.

SIEGA, C. K. *et al.* Storytelling como estratégia didática na formação de profissionais da enfermagem: Relato de Experiência. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 15–26, 2021. DOI: <http://doi.org/10.54909/sp.v5i2.114424>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/114424>. Acesso em: 08 out. 2022.

SOUZA, A. M. C. *et al.* Design de experiência de aprendizagem: avaliação do modelo ADDIE e contribuições para o ensino a distância. **Revista de Gestão e Avaliação educacional**, Santa Maria, v. 8, n. 17, p. 1-9, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2318133831922>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/regae/article/view/31922>. Acesso em: 08 out. 2022.

UBESSI, L. D. *et al.* Educação Permanente em Saúde: Experimentando Jeitos de Ver, Viver, Sentir e Tecer o Sistema Único de Saúde. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 71-80, 2021. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.118777>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/118777>. Acesso em: 08 out. 2022.