

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SUZAYNE NAIARA LEAL

Educação Permanente em Saúde para elaboração de um  
fluxograma de atendimento a pacientes cirúrgicos eletivos

RIBEIRÃO PRETO

2023

SUZAYNE NAIARA LEAL

Educação Permanente em Saúde para elaboração de um fluxograma de atendimento a pacientes cirúrgicos eletivos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Andrea Bernardes

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

LEAL, SUZAYNE NAIARA

Educação Permanente em Saúde para elaboração de um fluxograma de atendimento a pacientes cirúrgicos eletivos. Ribeirão Preto, 2023.

92 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: ANDREA BERNARDES

1. Gestão da Assistência de Enfermagem. 2. Enfermagem cirúrgica. 3. Educação Permanente. 4. Planejamento em saúde. 5. Modelagem de processo.

LEAL, SUZAYNE NAIARA

Educação Permanente em Saúde para elaboração de um fluxograma de atendimento a pacientes cirúrgicos eletivos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em ...../...../.....

Presidente

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Alexander, por todo cuidado e amor, e à minha filha Luiza, que tem me tornado uma mulher melhor e mais forte, mesmo antes do seu nascimento!

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela oportunidade e resiliência, e por fazer de mim uma mulher corajosa e sonhadora.

Aos meus familiares por todo incentivo e suporte em todas as etapas da minha vida profissional e pessoal, minha gratidão.

Aos meus amigos de trabalho e de vida, Eric e Franciele, por todo o apoio no início dessa jornada de mestrado e por compreenderem, em alguns momentos, a minha ausência e cansaço. Levarei comigo, um pouco de cada um, sempre!

Ao meu marido Alexander, pela parceria, companheirismo, cuidado e amor em todos os momentos. Você foi e é essencial nessa conquista!

Agradeço à minha querida orientadora, Andrea Bernardes, pela oportunidade e experiência, e sobretudo por acreditar em mim. Por todo profissionalismo, cuidado e paciência, minha eterna gratidão e admiração. Não poderia deixar de agradecer também à Bruna Moreno Dias por todo o suporte, orientações e paciência nessa reta final. Obrigada por tanto, Bruna!

Aos meus colegas do Mestrado Profissional, obrigada pelo compartilhamento de tantos momentos de aprendizado nesses dois anos de convivência.

Agradeço à Universidade de São Paulo, e a todos os professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela formação que recebi, e por todas as oportunidades de crescimento profissional e pessoal.

Para finalizar, agradeço aos participantes deste estudo que tanto contribuíram para que este trabalho fosse possível.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## RESUMO

LEAL, S. N. **Educação Permanente em Saúde para elaboração de um fluxograma de atendimento a pacientes cirúrgicos eletivos**. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

A assistência ao paciente cirúrgico é considerada complexa pelas características inerentes ao próprio ambiente, o que demanda dos profissionais um perfil altamente especializado considerado um determinante para a garantia de uma assistência contínua e individualizada. Nesse sentido, é inegável a importância do papel do enfermeiro na realização do planejamento e gerenciamento do cuidado aos pacientes cirúrgicos, uma vez que é esse profissional que participa de todas as etapas do cuidado prestado. O objetivo foi desenvolver um fluxograma de atendimento aos pacientes cirúrgicos eletivos utilizando como estratégia a educação permanente em saúde. Estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação, contemplando as etapas exploratória, de planejamento e de ação. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro a novembro de 2022, por meio de entrevista semiestruturada e encontros coletivos. Os dados coletados, transcritos e validados pelos participantes, foram analisados pelo método de análise de conteúdo de Bardin (2004), com apoio do *software* Nvivo®. Foram identificadas quatro categorias que, articuladas entre si, originaram a metacategoria: Mapeamento do processo cirúrgico eletivo: desafios e perspectivas para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. Constatou-se que: o mapeamento das etapas de assistência cirúrgica é o ponto de partida para compreender os desafios vivenciados por enfermeiros no gerenciamento do cuidado e seu impacto na assistência cirúrgica eletiva, e que a dificuldade de acesso às consultas especializadas, a terceirização dos serviços a falta de gerenciamento da demanda espontânea e programada, representam pontos críticos na gestão da fila. O perfil profissional somado à sobrecarga foram considerados importantes e decisivos na otimização e resolutividade do processo. Notou-se também que, os enfermeiros reconhecem as ações que envolvem o gerenciamento do cuidado e entendem sua importância para efetivação da assistência qualificada. Conclui-se que, a ressignificação do contexto investigado, por meio da educação permanente em saúde, possibilitou a construção e desconstrução saberes e práticas voltados a linha de cuidado cirúrgico, valorizou o protagonismo dos participantes, e possibilitou o desenvolvimento de ações de melhorias na construção do fluxograma de atendimento. **Palavras-chave:** Gestão da Assistência de Enfermagem; Enfermagem cirúrgica; Educação Permanente; Planejamento em saúde; Modelagem de processo.

## ABSTRACT

LEAL, S. N. **Permanent Education in Health to elaborate a flowchart of care for elective surgical patients**. 2023. Dissertation (Professional Master's Degree in Technology and Innovation in Nursing) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Surgical patient care is considered complex due to the inherent characteristics of the environment itself, and this complexity demands a highly specialized profile from professionals, which is considered a determinant for ensuring continuous and individualized care. In this sense, the importance of the nurse's role in carrying out the planning and management of care for surgical patients is undeniable, since it is this professional who participates in all stages of the care provided. The objective was to develop a flowchart of care for elective surgical patients using permanent health education as a strategy. Qualitative study, of the action-research type, contemplating the exploratory, planning and action stages. Data collection took place from October to November 2022, through semi-structured interviews and collective meetings. The collected data, transcribed and validated by the participants, were entered into the Nvivo® software and analyzed using Bardin's (2004) content analysis method. Four categories were identified that articulated with each other, originating the metacategory: Mapping of the elective surgical process: challenges and perspectives for the management of nursing care. It was found that: mapping the stages of surgical care is the starting point for understanding the challenges experienced by nurses in care management and their impact on elective surgical care, and that the difficulty in accessing specialized consultations, the outsourcing of services the lack of management of spontaneous and scheduled demand represent critical points in queue management. The professional profile added to the overload were considered important and decisive in the optimization and resolution of the process. It was also noted that the nurses recognize the actions that involve the management of care and understand its importance for the effectiveness of qualified assistance. It is concluded that the re-signification of the investigated context, through permanent health education, enabled the construction and deconstruction of knowledge and practices aimed at the line of surgical care, valued the protagonism of the participants, and enabled the development of improvement actions in the construction of the service flowchart.

**Keywords:** Nursing Care Management; surgical nursing; Permanent Education; Health planning; Process modeling.

## RESUMEN

LEAL, S. N. **Educación Permanente en Salud para elaborar un flujograma de atención a pacientes quirúrgicos electivos**. 2023. Disertación (Maestría Profesional en Tecnología e Innovación en Enfermería) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

La atención del paciente quirúrgico se considera compleja debido a las características inherentes al propio medio, y esa complejidad exige un perfil altamente especializado de los profesionales, lo que se considera determinante para garantizar una atención continua e individualizada. En este sentido, es innegable la importancia del papel del enfermero en la realización de la planificación y gestión del cuidado del paciente quirúrgico, ya que es este profesional quien participa en todas las etapas del cuidado brindado. El objetivo fue desarrollar un diagrama de flujo de atención a pacientes quirúrgicos electivos utilizando como estrategia la educación permanente en salud. Estudio cualitativo, del tipo investigación-acción, contemplando las etapas exploratorias, de planificación y de acción. La recolección de datos ocurrió de octubre a noviembre de 2022, a través de entrevistas semiestructuradas y reuniones colectivas. Los datos recolectados, transcritos y validados por los participantes, fueron ingresados al software Nvivo® y analizados utilizando el método de análisis de contenido de Bardin (2004). Fueron identificadas cuatro categorías que se articularon entre sí, originando la metacategoría: Mapeo del proceso quirúrgico electivo: desafíos y perspectivas para la gestión del cuidado de enfermería. Se constató que: el mapeo de las etapas de la atención quirúrgica es el punto de partida para la comprensión de los desafíos experimentados por los enfermeros en la gestión del cuidado y su impacto en la atención quirúrgica electiva, y que la dificultad en el acceso a consultas especializadas, la externalización de servicios la falta de gestión de demanda espontánea y programada representan puntos críticos en la gestión de colas. El perfil profesional sumado a la sobrecarga se consideró importantes y determinantes en la optimización y resolución del proceso. También se observó que los enfermeros reconocen las acciones que involucran la gestión del cuidado y comprenden su importancia para la eficacia de la asistencia calificada. Se concluye que la resignificación del contexto investigado, a través de la educación permanente en salud, posibilitó la construcción y deconstrucción de saberes y prácticas dirigidas a la línea de cuidado quirúrgico, valorizó el protagonismo de los participantes y posibilitó el desarrollo de acciones de mejora en la construcción del diagrama de flujo del servicio.

**Palabras clave:** Gestión del Cuidado de Enfermería; enfermería quirúrgica; Educación Permanente; Planificación de la salud; Modelado de procesos.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>Figura 1</b>	Árvore explicativa do problema na assistência ao paciente cirúrgico eletivo	34
<b>Figura 2</b>	Fluxograma situacional da assistência cirúrgica eletiva	35
<b>Figura 3</b>	Relação entre as categorias	43
<b>Figura 4</b>	Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo	62
<b>Figura 5</b>	Etapa 1 do Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo	63
<b>Figura 6</b>	Etapa 2 do Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo	64
<b>Figura 7</b>	Etapa 3 do Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo	65
<b>Figura 8</b>	Etapa 4 do Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo	66

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b>	Questões norteadoras do roteiro de entrevista.	32
<b>Quadro 2</b>	Realização e validação das entrevistas	33
<b>Quadro 3</b>	Caracterização dos encontros coletivos	37
<b>Quadro 4</b>	Códigos gerados após exploração do material, sua descrição e unidades de referência	40
<b>Quadro 5</b>	Articulação dos códigos em categoriais	42
<b>Quadro 6</b>	Classificação de prioridades de atendimento para cirurgias eletivas	48
<b>Quadro 7</b>	Registro de sugestões de melhoria de pontos críticos na assistência cirúrgica eletiva.	58

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar
<b>CIES</b>	Comissões de Integração de Ensino-Serviço
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>EERP-USP</b>	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>HM</b>	Hospital Municipal
<b>NEP</b>	Núcleo de Educação Permanente
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PRO EPS-SUS</b>	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde
<b>SAEP</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
<b>SGTES</b>	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
<b>SISREG</b>	Sistema Nacional de Regulação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Gerência do cuidado de Enfermagem.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2 Os desafios do gerenciamento do cuidado aos pacientes cirúrgicos.....</b>	<b>19</b>
<b>1.3 Justificativa do Estudo.....</b>	<b>21</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Experiências exitosas da EPS no contexto do gerenciamento do cuidado .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2 Mapeamento de processos.....</b>	<b>26</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Geral.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Específicos.....</b>	<b>28</b>
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>29</b>
<b>4.1 Delineamento do estudo.....</b>	<b>29</b>
<b>4.2 Local de realização do estudo.....</b>	<b>30</b>
<b>4.3 Seleção dos participantes.....</b>	<b>31</b>
<b>4.4 Coleta dos dados.....</b>	<b>32</b>
<b>4.5 Análise dos dados.....</b>	<b>37</b>
<b>4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....</b>	<b>38</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>5.1 Mapeamento do processo cirúrgico eletivo: desafios e perspectivas para o gerenciamento do cuidado de enfermagem.....</b>	<b>44</b>
<b>5.1.1 Mapeamento do fluxo de cirurgias eletivas. ....</b>	<b>44</b>
<b>5.1.2 Gestão da fila cirúrgica eletiva .....</b>	<b>48</b>
<b>5.1.3 Desafios na atenção à saúde cirúrgica eletiva .....</b>	<b>50</b>
<b>5.1.4 Gerenciamento do cuidado de Enfermagem.....</b>	<b>56</b>
<b>5.1.5 Perspectivas para a assistência cirurgica eletiva .....</b>	<b>57</b>
<b>5.2 Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo. ....</b>	<b>61</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista .....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP .....</b>	<b>88</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em enfermagem tem sido marcado, ao longo dos anos, pelas constantes mudanças no contexto histórico e social de cada época. As transformações sociais e nas políticas de saúde influenciam diretamente essas mudanças que permeiam do ensino ao serviço de enfermagem, objetivando desenvolver profissionais com perfil que atendam às exigências do contexto, e às necessidades de saúde da população (SILVEIRA; PAIVA, 2011; LESSA; ARAÚJO, 2013).

Atualmente, exige-se do enfermeiro que sua atuação articule assistência, gerência, ensino e pesquisa (SANTOS et al., 2013a), tendo em vista a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de enfermagem e a Lei do Exercício Profissional, que legitimam a importância da dimensão gerencial na profissão (BRASIL, 2001; FERREIRA *et al.*, 2019).

As competências de atenção à saúde, liderança, tomada de decisões, comunicação, educação permanente, administração e gerenciamento, estabelecidas nas DCN (BRASIL, 2001) evidenciam a importância do gerenciamento no trabalho do enfermeiro não só como elemento estratégico para a reorientação de uma formação fomentadora da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENEZES; BACKES, 2015), como também uma possibilidade para coordenar a equipe, recursos e ações estratégicas que favoreçam o cuidado de enfermagem (FERREIRA *et al.*, 2019).

No que tange à importância do gerenciamento no processo de trabalho do enfermeiro para a consolidação do SUS, cabe compreender as influências da construção histórica na formação e na prática de enfermagem.

De modo geral, a profissão recebeu influências tanto do modelo de Florence Nightingale, sustentado na enfermagem moderna no século XIX, quanto dos preceitos das teorias administrativas para institucionalização da enfermagem enquanto profissão (SANTOS *et al.*, 2013a).

Quanto à contribuição de Florence Nightingale, cabe ressaltar sua visão de

atuação da enfermagem para além da assistência direta ao paciente, por meio da valorização dos instrumentos administrativos para organizar o ambiente terapêutico e sistematizar o cuidado de enfermagem (CHRISTOVAM *et al.*, 2012).

A divisão técnica do processo de trabalho, emergente ao período, incorporou à enfermagem a dicotomia entre gerência e cuidado, mantida até os dias atuais, influenciando não apenas a formação, como também a prática dos enfermeiros (CHRISTOVAM *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2013a).

Em razão disso, muitos profissionais da área encaram o gerenciamento e o cuidado como duas atividades divergentes e incompatíveis em sua realização (CHRISTOVAM *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2009), com dificuldades de compreender as ações que envolvem a gerência do cuidado e o seu próprio processo de trabalho (SANTOS *et al.*, 2013a), muito embora o gerenciamento do cuidado seja considerado como uma função única e inseparável, onde o enfermeiro realiza de forma simultânea os cuidados diretos e indiretos na administração do ambiente terapêutico e sistematização do atendimento de enfermagem (SOUZA; CUCOLO, PERROCA, 2019).

A valorização do tecnicismo em detrimento do gerenciamento focado no cuidado, rompe a ideia da assistência centrada no cliente e de integralidade na atenção à saúde, culminado em prejuízo no cuidado prestado, isso porque ainda que qualificado e capacitado legalmente, o enfermeiro ainda desenvolve suas atividades de forma segmentada e não sistematizada (MAYA; SIMÕES, 2011; ANDRADE; VIEIRA, 2005; COSTA; SHUMIZU, 2005) o que interfere na organização e planejamento do processo de trabalho, especialmente no que concerne a administrar e gerenciar recursos, profissionais e informações, assumir posição de liderança, executar e avaliar os planos assistenciais de saúde, sobretudo por serem encaradas pelo enfermeiro como atividades de cunho burocrático e desvinculadas do cuidado (AMESTOY *et al.*, 2010; CAVEIÃO *et al.*, 2015; SANTOS; LIMA, 2011; SENNA *et al.*, 2014; CIRILO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2012; NUNES *et al.*, 2016).

Quando se trata do gerenciamento do cuidado cirúrgico, o desafio se torna ainda maior, uma vez que o ambiente cirúrgico requer profissionais habilitados para atender as necessidades do paciente diante da complexidade tecnológica e procedimentos

invasivos que são realizados. Nesse cenário de alto risco, em que os processos de trabalho constituem-se em práticas complexas, interdisciplinares, com forte pressão e estresse, os enfermeiros são os responsáveis por organizar as diferentes interfaces do processo de trabalho, além de se depararem com desafios e limitações gerenciais e assistenciais inerentes ao próprio ambiente, implicando no gerenciamento do cuidado de enfermagem (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

Compreendendo que o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem são atividades privativas do enfermeiro como integrante da equipe de saúde, e que compete a este profissional a participação em todas as etapas do processo administrativo, na programação, elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais do serviço e de cuidados aos pacientes (BORGES *et al.*, 2017), torna-se necessário somar esforços para superar a desarticulação da assistência direta e indireta, e construir um perfil profissional apto ao gerenciamento do cuidado.

Uma possibilidade é a articulação de universidades e escolas profissionalizantes com o serviço, para potencializar a formação gerencial do enfermeiro, principalmente pela preceptoria (PIZZINATO *et al.*, 2012; WEIRICH *et al.*, 2009). Para além da integração ensino-serviço, outra possibilidade é promover ações inovadoras, para aprimoramento contínuo dos enfermeiros, e incorporar novos conhecimentos e habilidades na atuação desse profissional por meio da reflexão crítica sobre sua prática cotidiana e construção de estratégias e processos que qualifiquem sua assistência (SANTOS *et al.*, 2013a; CARVALHO, 2016; AGUIAR *et al.*, 2010; CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como possibilidade de identificar e definir ações educativas que qualifiquem a atenção e gestão na Enfermagem por meio da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área. Criada em 2004, por meio da Portaria nº 198 do Ministério da Saúde, a EPS trabalha com ferramentas contínuas de reflexão e análise dos problemas reais dos serviços de saúde e possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas (NOGUEIRA DE SÁ *et al.*, 2018; CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009; BRASIL, 2018).

Por meio de autorreflexão coletiva e autoavaliação, a EPS, quando incorporada na cultura institucional, possibilita a mudança do modelo assistencial através do desenvolvimento de práticas educativas com a finalidade de resolução de problemas e transformação do e no processo de trabalho (BRASIL, 2018).

Além disso, a EPS representa uma prática formativa contínua, estruturada na reflexão e aprendizagem sobre o trabalho, direcionada por processos de aprendizagem coletivos e horizontais, troca de experiências, e participação social (BRASIL, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2019; SOUZA, COSTA; 2019).

### **1.1 Gerência do cuidado de Enfermagem**

Desde a regulamentação da Enfermagem enquanto profissão, suas atividades são guiadas por esferas interdependentes e complementares: cuidar e gerenciar (CHISTOVAM *et al.*, 2012; SANTOS, 2009; CARVALHO, 2016). Nesse sentido, o processo de trabalho do enfermeiro se estrutura em três direções: a organização do cuidado do doente, do ambiente terapêutico e dos agentes de Enfermagem, por meio dos treinamentos (KURCGANT, 2010).

Gerenciar o cuidado na Enfermagem significa integrar ações sistematizadas e articuladas, a serem desenvolvidas por meio do cuidado direto e indireto, com o objetivo de proporcionar uma assistência integral e de qualidade (SANTOS *et al.*, 2013a).

O enfermeiro competente para gerir o cuidado deve exercer um conjunto de ações no seu contexto de trabalho, como dimensionar, liderar e treinar a equipe, além de planejar a assistência, gerenciar os recursos materiais, coordenar o cuidado, realizar procedimentos complexos e avaliar as ações de assistência (SANTOS *et al.*, 2013a; FURUKAWA; CUNHA, 2011; MONTEZELLI *et al.*, 2011; HAUSSMANN; PEDUZZI, 2009).

Esses aspectos do processo de trabalho do enfermeiro estão pautados na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem e suas atribuições, fundamentadas em um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas, que regem as condutas dessa categoria (BRASIL, 1986) e, apesar da dicotomia mantida historicamente, há notoriedade no avanço, ainda que pequeno, em fazer gerência a partir das necessidades assistenciais.

Ainda assim, alguns obstáculos para o gerenciamento do cuidado são apontados na literatura. No âmbito da formação, por exemplo, os obstáculos se referem ao fato das instituições de ensino e saúde, nas quais o enfermeiro está inserido, ainda estarem distantes de alcançar a realidade de integração dos processos de trabalho, o que dificulta a articulação da gerência ao cuidado e contribui para retrocesso ao cartesianismo na prática deste profissional (SANTOS *et al.*, 2009; MONTEZELI *et al.*, 2011; DELLAROZA *et al.*, 2015; LUCCA *et al.*, 2016). Existe, ainda, a organização fragmentada dos currículos para fins didáticos, como um desafio no ensino da gerência do cuidado, revelando a importância de integração entre as disciplinas oferecidas na graduação, entre as quais a de gerenciamento de enfermagem, a partir da sua aplicação na prática de cuidar (SANTOS *et al.*, 2012; DAMASCENO *et al.*, 2010; SILVEIRA; PAIVA, 2011; CAVEIÃO *et al.*, 2015).

Já no âmbito do serviço, os enfermeiros se deparam com a sobrecarga de trabalho, espaços inadequados e recursos materiais insuficientes, que comprometem a articulação dos processos pelo profissional (SANTOS; LIMA, 2011; SENNA *et al.*, 2014; CIRILO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2012; NUNES *et al.*, 2016), já que este profissional permeia todas as etapas do cuidado prestado pela equipe de saúde (SENNA *et al.*, 2014).

No atual cenário dos serviços de saúde, com alta demanda de usuários, o gerenciamento da superlotação também é apontado como um problema para a gerência do cuidado (SANTOS *et al.*, 2013b; CIRILO *et al.*, 2016), pois embora os Núcleos Internos de Regulação, previstos na Política Nacional de Atenção Hospitalar, sejam os responsáveis por permitir o acesso de forma organizada e possibilitar o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio da rotatividade e monitoramento das atividades de gestão da clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais, representam um processo que influencia negativamente no gerenciamento do cuidado de enfermagem, se não estiver bem estruturado (BRASIL, 2013).

Outro desafio, é a manutenção da qualidade assistencial e a utilização adequada da liderança como instrumento gerencial (CAVEIÃO *et al.*, 2015). A dificuldade dos profissionais para o exercício da liderança é sinalizada como uma lacuna no processo de ensino-aprendizado desta competência gerencial durante a graduação, justificada pelo distanciamento dos professores da prática assistencial e pelo pouco tempo

destinado ao ensino da liderança (AMESTOY *et al.*, 2010; CAVEIÃO *et al.*, 2015). A ausência do trabalho em equipe na perspectiva do projeto terapêutico também é indicada como um grande desafio para articular as ações de saúde, na perspectiva da gerência do cuidado de enfermagem (CHAVES *et al.*, 2012; NUNES *et al.*, 2016).

## **1.2 Os desafios do gerenciamento do cuidado aos pacientes cirúrgicos**

A assistência ao paciente cirúrgico é considerada complexa pelas características inerentes ao próprio ambiente, pelas tecnologias que são utilizadas, diversidade de profissionais que atuam nesse meio e procedimentos invasivos realizados, que tornam o cuidado prestado inseguro e passível de incidentes (HENRIQUES; COSTA; LACERDA, 2016; MELO; BRASILEIRO, 2018).

Essa complexidade nas unidades de cuidado cirúrgicas demanda dos profissionais um perfil altamente especializado, considerado um determinante não só para a garantia de uma assistência contínua e individualizada, mas também livre de danos (GUTIERRES *et al.*, 2018).

Se considerada a continuidade da assistência, é inegável a importância do papel do enfermeiro na realização do planejamento e gerenciamento do cuidado aos pacientes cirúrgicos, uma vez que é esse profissional que participa de todas as etapas, desde o planejamento, previsão e provisão de recursos, monitoramento e controle das atividades de toda a equipe, até a realização das práticas assistenciais diretas ao paciente (BORGES *et al.*, 2017; COSTA, 2020).

A especificidade da assistência cirúrgica evidencia a importância do uso de ferramentas de gestão e organização do trabalho para alcance da segurança e qualidade na assistência prestada, o que hoje é um desafio, principalmente para o enfermeiro, que muitas vezes direciona suas atividades para atender às necessidades da equipe cirúrgica, em detrimento do planejamento e execução do plano de cuidados aos pacientes. Além disso, o enfermeiro precisa conduzir as demandas assistenciais e administrativas, contornar o dimensionamento, muitas vezes inadequado, e a ausência de protocolos assistenciais direcionados ao cuidado do paciente cirúrgico (GUTIERRES *et al.*, 2018; COSTA, 2020).

Unificar as atividades de planejamento e execução da assistência é uma maneira

de contornar essas dificuldades do processo de trabalho do enfermeiro, considerando o conceito de gestão do cuidado. A gestão do cuidado compreende que todas as práticas do cuidado, sejam elas físicas, materiais ou de recursos humanos, quando articuladas, aprimoram e qualificam a assistência prestada (SODER *et al.*, 2018; BIANCHINI; CAREGNATO; OLIVEIRA, 2016).

Para melhores práticas assistenciais e individualização do cuidado, o gerenciamento exercido pelo enfermeiro deve se basear em normas de qualidade, uso de tecnologias, ferramentas sistematizadas, protocolos e fluxos de atendimento bem estabelecidos e implantados (CARVALHO, MORAES, 2016).

A complexidade do processo de trabalho cirúrgico, somado aos desafios das ações de enfermagem voltadas para o gerenciamento do cuidado e requisição de uma assistência qualificada e especializada, são indicativos da constante necessidade de atualização da equipe e estruturação do processo de trabalho, sobretudo na dimensão organizacional (NOGUEIRA *et al.*, 2020; GUTIERRES *et al.*, 2018; COSTA, 2020).

Em busca de um processo planejado, sistêmico e contínuo, é fundamental a adoção de um modelo assistencial que subsidie as práticas dos cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico, a partir do planejamento estratégico de atenção à saúde nas áreas gerenciais e assistenciais, centrados nas necessidades e singularidades desses pacientes (BIANCHINI; CAREGNATO; OLIVEIRA, 2016). Se consideradas essas particularidades, torna-se oportuna a construção de um processo de gestão mais participativo, com maior adesão das equipes na estruturação de fluxos que concretizarão o cuidado por elas prestado (NOGUEIRA *et al.*, 2020).

Uma possibilidade de estruturação coletiva e contínua da atenção à saúde ao paciente cirúrgico, é a adoção da educação permanente como estratégia de efetivação dos serviços e ações de saúde, resolução dos problemas, estruturação do planejamento do cuidado e na adoção de protocolos assistenciais direcionados para organização e concretização do cuidado (SILVA E SCHERER, 2020; OGATA *et al.*, 2021).

A Educação Permanente é uma estratégia político-pedagógica com foco no problema e na necessidade do processo de trabalho em saúde, que busca a formação e desenvolvimento dos trabalhadores e ampliação da capacidade resolutiva dos

serviços (SILVA E SCHERER, 2020). A adoção da EPS nos serviços permite não só problematizar as práticas em saúde, mas avaliar, rever e transformar os processos de trabalho num ciclo contínuo de melhorias.

### **1.3 Justificativa do Estudo**

Os desafios que envolvem a efetivação das práticas de gerenciamento do cuidado são diversos e permeiam todos os cenários de assistência à saúde. Esse fato aponta a necessidade de problematização e discussão das ações de gestão do cuidado no contexto institucional e político em que estão inseridos (SODER *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2013b).

No ambiente cirúrgico, onde as demandas assistenciais e de organização são complexas e especializadas, não é diferente. O enfermeiro tem o desafio de manter o ambiente em condições adequadas para uma prática de cuidado efetiva e segura por todos os diferentes membros da equipe (GUTIERRES 2018; COSTA, 2020).

Além disso, é requerido desse profissional uma compreensão ampliada do processo saúde-doença através de conhecimentos, habilidades e atitudes específicos, que favoreçam o cuidado resolutivo e livre de complicações, mobilização de competências gerenciais e assistenciais para além do ambiente clínico, e o conhecimento do próprio processo de trabalho, que possibilite ao enfermeiro assumir o papel de gerenciar o cuidado (MYAKAVA *et al.*, 2021).

No entanto, o exercício da enfermagem ainda sofre influências do cartesianismo pautado na assistência fragmentada e compartimentalização do cuidado. Nesse sentido, é possível notar fragilidades no atendimento cirúrgico relacionados à realização dos processos gerenciais e assistenciais no cuidado aos pacientes. Dificuldades estas voltadas principalmente ao planejamento e organização de um fluxo de atendimento fluido, capaz de reduzir o retrabalho da equipe, tempo de espera dos pacientes, melhorar a comunicação interprofissional e a assistência prestada.

Considerando esses desafios inerentes à profissão, e tendo em vista os pressupostos da Política de Educação Permanente em Saúde, de interdisciplinaridade do cuidado, qualificação contínua e estruturação dos processos de atenção à saúde, é pertinente refletir sobre a atual organização do trabalho desempenhada nos

serviços, e buscar a construção coletiva de conhecimentos em uma relação horizontal, intersetorial e interdisciplinar entre os sujeitos envolvidos (SIQUEIRA *et al.*, 2020).

Baseada nessa inquietação, surgiram alguns questionamentos: como o enfermeiro que atua na assistência hospitalar ao paciente cirúrgico eletivo compreende o gerenciamento do cuidado de enfermagem? Como ocorrem as demandas de gestão do cuidado e o cuidado direto ao paciente cirúrgico eletivo? Como a EPS pode contribuir para o gerenciamento e o cuidado ao paciente cirúrgico eletivo?

Com base nessas considerações, pretendeu-se responder a seguinte questão de pesquisa: De que forma a educação permanente em saúde pode contribuir para o desenvolvimento de um fluxograma que otimize o atendimento de pacientes cirúrgicos eletivos?

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A EPS surge como possibilidade estratégica de intervenção nos problemas e necessidades inerentes ao processo de trabalho em saúde, identificando e definindo ações educativas pautadas na integração do ensino, serviço, gestão e controle social, qualificando a atenção e gestão na enfermagem através da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área (JACOBOVSK; FERRO, 2021; SILVA; SCHERER, 2020).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi criada em 2003 a partir da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e institucionalizada no ano seguinte, quando foi promulgada a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que estabelece orientações para que fosse possível a implementação e condução locorregional da política, bem como a participação interinstitucional e intersectorial. Posteriormente, em 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.996, que altera a Portaria nº 198, considerando mudanças no sistema de gestão da saúde, estabelecendo novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; BRASIL, 2009; GONÇALVES et al., 2019).

Ambas as Portarias acima citadas direcionam para que haja a reformulação dos processos de qualificação dos profissionais de saúde e que estes considerem como pontos focais os problemas, as necessidades e a realidade específica do local de saúde, que tenham o propósito de transformar as práticas e a dinâmica organizacional do trabalho e que sejam baseadas na reflexão dos processos de trabalho de saúde. As Portarias se diferenciam principalmente quanto às orientações e aos procedimentos para a sua implementação a nível estadual, dentre os quais destacamos a criação das Comissões de Integração de Ensino-Serviço (CIES) e a participação dos Colegiados de Gestão Regional na gestão da EPS (CARDOSO et al., 2017).

A implementação da PNEPS a nível estadual e municipal perpassou por grandes barreiras para que a sua consolidação fosse possível, dentre as quais destaca-se: desnivelamento entre o preparo fornecido pelos centros formadores de profissionais e o perfil profissional requerido pelo sistema de saúde; inexistência de gestão sobre

os resultados e impactos dos projetos propostos a serem desenvolvidos; pouco encadeamento entre os setores responsáveis pela educação e pela saúde; e o subfinanciamento e problemas na execução dos recursos financeiros (SILVA; SCHERER, 2020).

No intuito de transpor as barreiras encontradas e seguir rumo à implementação efetiva da PNEPS, em 2017 o MS trouxe novamente a Educação em Saúde para as discussões relacionadas à políticas públicas nacionais, a exemplo de recomendações internacionais, alavancando o processo chamado de “A retomada da PNEPS” (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Dentre as medidas mais importantes adotadas neste processo está o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), que retomou o financiamento da política e organizou o planejamento das ações de EPS e repasses de recursos aos estados e municípios em prol da qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para a transformação de práticas de saúde (BRASIL, 2017).

As dificuldades para a difusão da EPS estão relacionadas tanto à gestão quanto aos profissionais de saúde. Dentre as maiores dificuldades encontradas para a condução da EPS nos serviços de saúde, destaca-se: falta de conhecimento a respeito da EPS por parte dos gestores e segmentos ligados à política (GONÇALVES *et al.*, 2019); entraves para sensibilizar gestores e técnicos estaduais para a EPS; falta de entendimento sobre a PNEPS; carência de pessoas para atuar nas CIES que compreendam a PNEPS; dificuldades para mobilização dos integrantes das CIES Regionais (BRASIL, 2018); sobrecarga no ambiente de trabalho, cultura organizacional com pouco fomento à educação permanente e pouca motivação pessoal (TIBOLA *et al.*, 2019).

Tibola e colaboradores (2019) realizaram um estudo com 275 profissionais de enfermagem visando a identificação dos fatores que influenciam na adesão às atividades educativas propostas, mesmo estas sendo, na maioria das vezes, de caráter compulsório para fins de avaliação técnica institucional e ascensão na carreira profissional. Como resultado, percebeu-se como principais dificuldades o subdimensionamento do número de pessoal de enfermagem nas unidades

assistenciais e o horário ofertado das atividades educativas no trabalho.

## **2.1 Experiências exitosas da EPS no contexto do gerenciamento do cuidado**

A assistência cirúrgica é a área que requer elevada demanda financeira nos hospitais, além de profissionais competentes, habilitados e treinados para operar todos os equipamentos tecnológicos, e atender a dinâmica altamente especializada do processo de trabalho. Todas essas exigências, inerentes ao cuidado cirúrgico, demandam especial atenção ao planejamento das atividades assistenciais, desde a admissão até a alta do paciente (ANDRADE, 2019; LEOPOLDINO, 2016).

Daí que surge a importância de realizar não apenas o aperfeiçoamento e a educação continuada, mas direcionar o profissional a refletir continuamente sobre suas práticas cotidianas de trabalho para aprimoramento da assistência e dos processos gerenciais. A EPS desempenha esse papel por ser integrante fundamental dos programas de desenvolvimento e formação dos recursos humanos na saúde, principalmente por fomentar transformações nas práticas em serviço voltadas às necessidades de saúde da população, valorizar a coletividade e aprendizagem pela ação dos sujeitos envolvidos, onde as estratégias de intervenção sobre o problema necessitam da articulação entre setores e equipes, numa perspectiva de rede integrada (RIBEIRO, 2017).

Uma pesquisa desenvolvida em um centro cirúrgico de um hospital público, cujo objetivo foi analisar a gestão sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde, apontou que o do cuidado prestado no setor se torna mais efetivo quando a EPS é compreendida como estratégia de gestão, além de favorecer, a comunicação, o trabalho em equipe, o relacionamento interprofissional e diminuir a ocorrência de absenteísmo. A experiência bem-sucedida, após os encontros realizados também trouxe à tona o interesse dos profissionais no trabalho coletivo, com a qualificação e com as relações interprofissionais, para garantia de uma assistência qualificada e segura (MEDEIROS, 2018).

Campos e colaboradores (2019) também revelam em seu estudo que, por meio da implementação da EPS, foi possível notar mudanças positivas no cotidiano do serviço de uma unidade de saúde, voltadas principalmente para a integralidade da

assistência, a centralidade do cuidado, o fortalecimento de vínculo com o usuário e a melhoria do acesso aos serviços de saúde.

Outros estudos realizados concluíram que, por intermédio da EPS não só é possível identificar os problemas no contexto do trabalho e nas práticas de saúde desenvolvidas, como também redirecionar estratégias de intervenção no cuidado em saúde, por meio do estabelecimento do vínculo com a comunidade e ampliação do conhecimento do contexto local. Além disso, se observou bom desempenho do trabalho multiprofissional, através da valorização de espaços permanentes de diálogo para o planejamento das ações e qualificação das práticas de gerenciamento do cuidado em saúde (DOLNY *et al.*, 2020; PINHEIRO *et al.*, 2018).

Por meio dos espaços de reflexão conduzido pela EPS, um estudo aponta que diante da problematização coletiva e as experiências compartilhadas, os profissionais potencializam as relações entre si e tornam-se mais motivados para resolução dos nós críticos no processo de trabalho, em prol de mudanças significativas na atenção ao cuidado do paciente (LAVITH *et al.*, 2017).

Considerando-se a adoção de estratégias que potencializem o gerenciamento do cuidado e qualifiquem a assistência em saúde, convergente aos princípios e diretrizes do SUS, a efetivação da EPS nos serviços de saúde representa uma estratégia em potencial para as mudanças que precisam ocorrer, com adequado investimento em todos os atores envolvidos (KOERICH *et al.*, 2020; BARCELOS *et al.*, 2020; PINHEIRO *et al.*, 2018)

## **2.2 Mapeamento de processos**

As constantes mudanças nas organizações decorridas da introdução de novos sistemas e tecnologias somadas às exigências do mercado, requerem estrutura gerencial e processos de trabalho que garantam a qualidade contínua na prestação de serviços, com otimização dos processos e maior flexibilidade. É importante compreender que os processos de trabalho se configuram em várias atividades, onde são formados os produtos e serviços, tornando-se extremamente relevante para as instituições por manterem o vínculo com o cliente e gerarem lucro (GONÇALVES *et al.*, 2021; NASCIMENTO, 2018; SOUZA, 2014).

Nesse contexto, o mapeamento dessas atividades essenciais funciona como uma ferramenta gerencial e de comunicação, utilizada estrategicamente para melhorar o entendimento do funcionamento organizacional, identificar pontos críticos e otimizar o fluxo de informações do processo de trabalho, através da análise estruturada de cada etapa (SILVA, 2018; SALGADO *et al.*, 2013; PRATES; BANDEIRA, 2011).

Essa estruturação pode ser realizada através de construção de fluxogramas, gráficos ou outras ferramentas de qualidade que possibilitem visualizar todas as etapas dos processos desenvolvidas, incluindo os problemas que possam surgir, direcionando os gestores para solucioná-los, por meio de reuniões e plano de ações (CLIVELLARO; VITORIANO, 2022; SILVA 2019; JUNIOR, 2017).

O fluxograma é uma representação gráfica sequencial das atividades do processo de trabalho, onde são utilizados símbolos geométricos interconectados, que permitem fácil entendimento das etapas. Para construção de um fluxograma eficaz é preciso primeiro conhecer o público alvo, e então montar uma base de dados com informações claras e sucintas, para satisfazer as necessidades desse público específico (OLIVEIRA, *et al.*, 2020).

Assim, a proposta de mapeamento do processo, a partir da construção de um fluxograma de atendimento, se torna oportuno, uma vez que descreve todas as etapas envolvidas na assistência ao paciente e possibilita o aprimoramento no gerenciamento do cuidado na atenção à saúde cirúrgica eletiva.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Desenvolver um fluxograma de atendimento aos pacientes cirúrgicos eletivos utilizando como estratégia a educação permanente em saúde.

#### **3.2 Específicos**

Descrever os desafios atribuídos por enfermeiras sobre as práticas de gerenciamento do cuidado aos pacientes cirúrgicos eletivos.

Descrever a contribuição da Educação Permanente para a qualidade do cuidado cirúrgico eletivo.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação. Essa abordagem é baseada na autorreflexão coletiva empreendida pelos participantes, que é orientada em função da resolução de problemas ou de objetos de transformação (THIOLLENT, 2018). Essa escolha ocorreu em função da possibilidade de transformar a realidade dos enfermeiros por meio de uma ação planejada coletivamente e viabilizar que eles reflitam sobre sua realidade e modifiquem suas práticas por meio do aprendizado. Nesse direcionamento, o processo de pesquisa-ação pode ser dividido em fases, a saber: exploratória, principal, de ação e avaliação (THIOLLENT, 2018). As fases da pesquisa-ação são detalhadas a seguir.

A etapa inicial exploratória possui relevância não só por direcionar as etapas subsequentes, mas principalmente por representar uma fase de avaliação diagnóstica inicial do cenário a ser investigado, além de estabelecer vínculo e comprometimento entre os sujeitos envolvidos na pesquisa (THIOLLENT, 2018).

Na fase principal, ocorre o planejamento das ações a serem realizadas pelas pessoas-chave envolvidas na pesquisa, após um claro diagnóstico sobre a realidade a ser estudada. Nessa etapa, todas as informações coletadas sobre o tema em pauta, originárias da coleta de dados, servirão de fundamento para posterior debate entre o grupo (THIOLLENT, 2018).

A fase de ação é caracterizada por medidas práticas baseadas nas etapas anteriores, como a divulgação do resultados, definição de planos de ação que sejam alcançáveis e apresentação, negociação e implementação dessas propostas em conjunto com os atores envolvidos, para posteriormente, após avaliação, serem implantadas na rotina do cenário pesquisado, sem a participação dos pesquisadores (THIOLLENT, 2018).

A etapa final da pesquisa-ação, denominada de fase de avaliação tem o intuito de não só verificar os resultados das ações que foram implantadas no contexto

investigado, como também avaliar suas repercussões na prática a curto e médio prazo. Para isso, devem ser observados alguns pontos estratégicos no momento da avaliação, conforme descreve Thiollent (2018): participação e qualidade do trabalho em equipe, continuidade do projeto e efetividade das atividades, engajamento, propostas de melhoria, comunicação eficiente e qualidade, rapidez e eficácia no processamento dos dados.

Cabe destacar que, este estudo contempla as fases exploratória, de planejamento e fase de ação do método da pesquisa-ação. A avaliação não foi realizada nesse primeiro momento em razão do tempo destinado à pesquisa do mestrado e entrega dos resultados, sendo de interesse da pesquisadora e da instituição dar continuidade ao projeto após defesa da dissertação.

#### **4.2 Local de realização do estudo**

O estudo foi realizado junto ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) de um Hospital Municipal (HM) de baixa e média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na Região Norte do país.

A escolha desta instituição se deu em razão de possuir um NEP e ser uma instituição pública que atua como centro de formação de recursos humanos, presta serviços à população, elabora protocolos e oferece programas de educação permanente em saúde que permitem atualização técnica de seus profissionais e dos profissionais da rede.

Trata-se de uma instituição de médio porte, com 81 leitos sendo 13 deles de internação cirúrgica, que presta atendimentos de baixa e média complexidade assistencial, em caráter eletivo e de urgência, de pacientes oriundos da zona rural e urbana do município. É estruturado em setores de Pronto Atendimento, Centro Diagnóstico, Unidades de Internação de Clínica Médica e Cirúrgica, Pediatria, Maternidade e Centro Cirúrgico. Oferece serviços ambulatoriais e de internação em diversas especialidades, como: Clínica Médica e Cirúrgica, Ortopedia, Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria e Cirurgia Geral (CNES, 2023).

Possui capacidade instalada de duas salas cirúrgicas e uma sala de recuperação pós anestésica, com produtividade média de 234 cirurgias/mês, divididas

em eletivas e de urgência. São realizadas cirurgias eletivas de pequeno e médio porte, principalmente as herniorrafias, colecistectomias e cirurgias ginecológicas, tais como: perineoplastia, histerectomia e laqueadura (CNES, 2023).

Em relação à equipe assistencial que atua no atendimento cirúrgico, o HM conta seis cirurgiões gerais, quatro ginecologistas e obstetras, dois cirurgiões traumatológicos, dois anestesiólogos e um urologista. A equipe de enfermagem conta com quatro profissionais de cada categoria, enfermeiro e técnico, em cada um dos setores de acolhimento, clínica cirúrgica e centro cirúrgico, totalizando 12 enfermeiros e 36 técnicos de enfermagem.

### **4.3 Seleção dos participantes**

As participantes do estudo foram seis enfermeiras efetivas vinculadas ao Hospital Municipal e ao atendimento dos pacientes cirúrgicos eletivos. Foram incluídos no estudo, os enfermeiras concursadas, que possuíam no mínimo um ano de experiência com características de informantes-chave e cargos estratégicos na gestão dos processos de atendimento cirúrgico eletivo do município e excluídos as que não participam de todos os encontros coletivos realizados.

Como proposta metodológica, optou-se por realizar as entrevistas com um profissional de cada etapa do processo de cirurgia eletiva, que tinham características de informantes-chave (SCHENSUL, 2004). Os informantes-chave são pessoas que possuem informações relevantes, formação profissional ou experiência específica sobre a temática de interesse, e que estão diretamente envolvidas no cenário a ser investigado (SCHENSUL, 2004).

No contexto do estudo, a escolha dos informantes foi definida pela instituição e considerou, sobretudo, a experiência das enfermeiras e o envolvimento estratégico nas etapas de cirurgia eletiva o município, desde a consulta na atenção primária até a realização do procedimento cirúrgico e alta do paciente, dessa forma, tornaram-se elegíveis os enfermeiros com função de responsável técnico por cada processo.

#### 4.4 Coleta dos dados

A etapa inicial de coleta foi constituída de uma lista de identificação com a relação dos nomes de todos os enfermeiros, e após isso, foram selecionados apenas os envolvidos na assistência aos pacientes cirúrgicos eletivos, com características de informantes-chave.

Para a avaliação diagnóstica inicial do cenário de pesquisa, foi construído pela pesquisadora um roteiro (Apêndice A) contendo perguntas abertas para guiar as entrevistas e para que os informantes-chave pudessem expressar sua opinião sobre as práticas de gerenciamento do cuidado aos pacientes cirúrgicos eletivos.

Foi eleita a entrevista como técnica de coleta de dados por ser utilizada para se atingir realidades e pontos de vista distintos, quando se pretende compreender as pessoas e suas ações (STAKE, 2007). A entrevista permite que o pesquisador utilize a observação durante sua realização, absorvendo, adicionalmente as mensagens não verbais emitidas pelos participantes do estudo, além de motivar o entrevistado, possibilitar o esclarecimento de dúvidas e uso de linguagem apropriada a cada contexto e mais controle a situação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Foram utilizadas as seguintes questões norteadoras, conforme Quadro 1:

**Quadro 1:** Questões norteadoras do roteiro de entrevista.

QUESTÕES NORTEADORAS	
1	<i>Em qual etapa você está inserida no processo de cuidado aos pacientes cirúrgicos eletivos?</i>
2	<i>Para você, o que significa gerência do cuidado?</i>
3	<i>Como se dá a articulação entre gerenciamento e cuidado na sua prática profissional?</i>
4	<i>Como é planejado o cuidado aos pacientes cirúrgicos eletivos?</i>
5	<i>Quais dificuldades você percebe para o planejamento da assistência aos pacientes cirúrgicos eletivos no hospital? E as facilidades?</i>

**Fonte:** Elaboração própria.

As entrevistas ocorreram no período de outubro de 2022, com o intuito de identificar os significados atribuídos por enfermeiras sobre o impacto da fragmentação do cuidado na prática profissional e assistência prestada aos pacientes cirúrgicos eletivos, e, por meio dessa avaliação diagnóstica inicial, propor a criação conjunta do

fluxo de atendimento para pacientes cirúrgicos-eletivos, por meio da educação permanente. Entende-se que, essa abordagem se configura numa estratégia importante para reorientar a assistência aos pacientes cirúrgicos eletivos no cenário investigado.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em um local de escolha da participante, e agendadas conforme a disponibilidade de data e horário de cada entrevistado. Tiveram duração média de vinte minutos e foram registradas com auxílio de gravador, e posteriormente foram transcritas em sua totalidade e validadas. O processo de validação ocorreu por meio de envio de e-mail com a entrevista da participante transcrita e fornecimento de orientações para ajustes e alterações. Foi também fornecido um prazo de 15 dias para validação ou contestação da entrevista, do contrário a entrevista era considerada validada por data. Esse processo pode ser observado no quadro abaixo.

**Quadro 2:** Realização e validação das entrevistas

<b>Documento</b>	<b>Data de Realização</b>	<b>Duração</b>	<b>Validação</b>
Entrevista 1	20/10/2022	00:13:33h	31/10/2022
Entrevista 2	21/10/2022	00:24:10h	26/10/2022
Entrevista 3	24/10/2022	00:21:06h	30/10/2022
Entrevista 4	25/10/2022	00:36:18h	03/11/2022
Entrevista 5	27/10/2022	00:43:26h	06/11/2022
Entrevista 6	27/10/2022	00:17:36h	07/11/2022

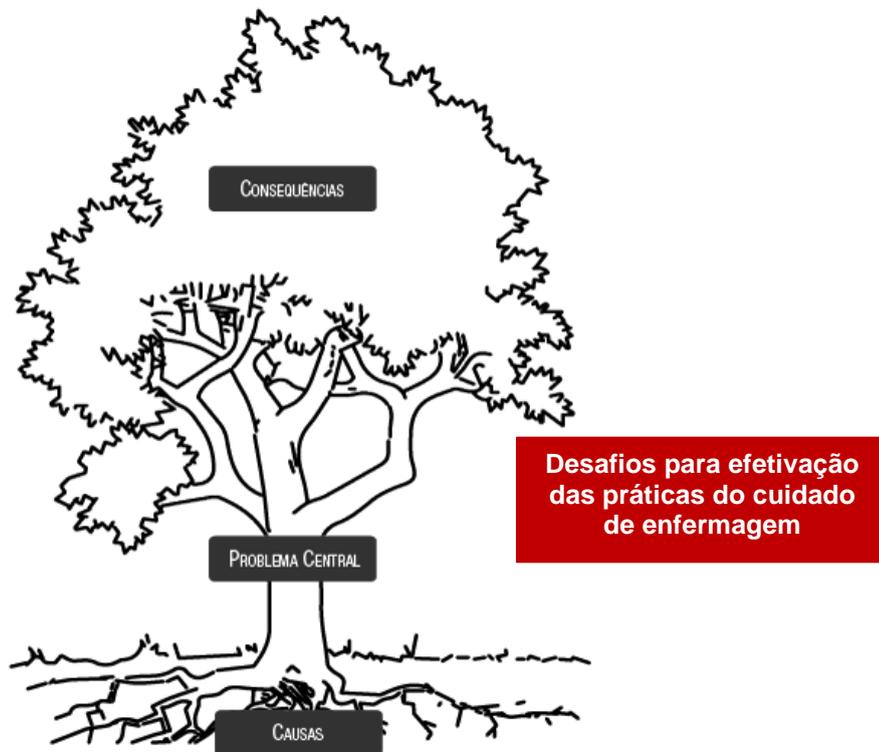
**Fonte:** Elaboração própria.

Simultaneamente ao período de realização das entrevistas, os dados foram previamente analisados, e, a partir das informações geradas dessa análise parcial e levantamento das fragilidades atribuídas pelas informantes-chave sobre o gerenciamento do cuidado ao paciente cirúrgico eletivo, foi elaborado pela pesquisadora uma árvore explicativa do problema contendo os principais nós críticos mencionados pelas profissionais entrevistadas, relacionados ao planejamento da assistência de enfermagem a esses pacientes.

Na árvore explicativa constam o problema central, as causas e as consequências geradas para a assistência ao paciente cirúrgico eletivo, evidenciadas em entrevista. Para cada problema enumerado pelas informantes-chave, foram descritas

consequências à nível de assistência hospitalar e de gestão municipal. Os efeitos causa-consequência foram utilizados para o levantamento de propostas de melhoria para a assistência aos pacientes e para posterior criação coletiva de um fluxograma de atendimento cirúrgico eletivo. A construção da árvore explicativa foi utilizada como uma estratégia de relação causal para se estabelecer uma rede explicativa, onde o problema central é representado pelo caule, suas causas a raiz, e suas consequências a copa, como mostra a Figura 1 a seguir.

**Figura 1:** Árvore explicativa do problema na assistência ao paciente cirurgico eletivo

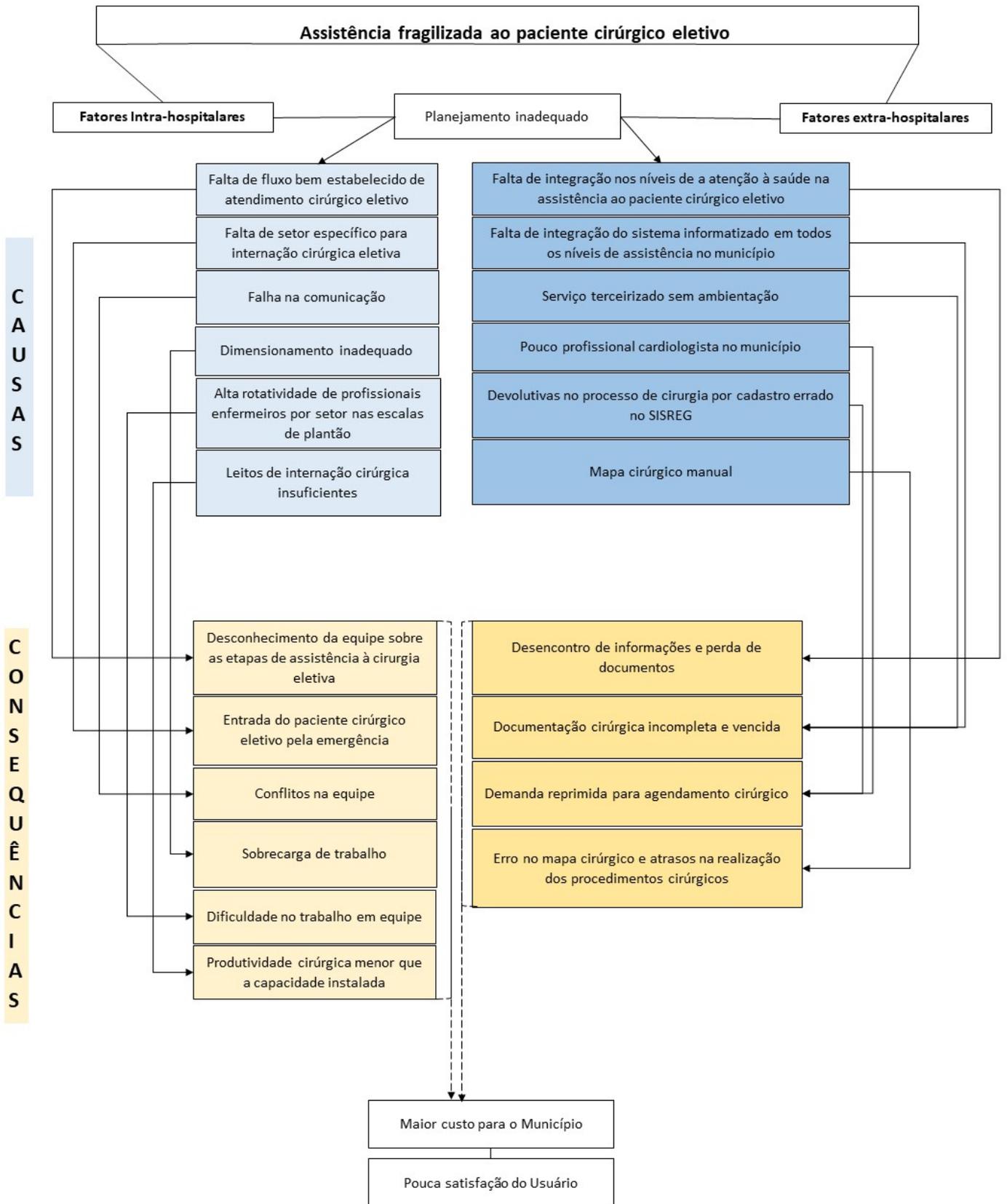


**Fonte:** LACERDA *et al.*, 2015 adaptado.

A partir da etapa anterior, houve a seleção das causas consideradas mais importantes para a origem do problema, que representam àquelas passíveis de intervenção para a construção conjunta do fluxograma de atendimento cirúrgico eletivo, pelos atores envolvidos.

Essa etapa de análise prévia e estruturação dos principais pontos mencionados em entrevista, foi fundamental para viabilizar a reunião coletiva entre as participantes e articular a construção do fluxograma de atendimento cirúrgico eletivo (Figura 2). A estruturação dos principais nós críticos são apresentados, a seguir, de maneira mais detalhada, na rede explicativa do problema.

Figura 2: Fluxograma situacional da assistência cirúrgica eletiva.



Fonte: Elaboração própria

A partir dessa etapa, foram agendadas três reuniões com o grupo de participantes, no período de novembro de 2022. O principal objetivo dos encontros foi refletir coletivamente as informações estruturadas na rede explicativa do problema e traçar planos de ação que pudessem agregar positivamente no cotidiano do trabalho, em cada etapa de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo. Para a realização desses encontros coletivos, foi necessário a construção prévia da rede explicativa do problema e a simultânea análise mais profunda dos dados pela pesquisadora, para confrontação das informações e melhor direcionamento na elaboração do fluxograma pelo grupo.

Cada encontro teve duração média de duas horas e meia, realizados no horário do trabalho. O primeiro encontro foi desenvolvido em forma de roda de conversa para que as participantes pudessem dialogar a cerca dos principais pontos críticos trazidos pela análise parcial dos dados, resultantes das entrevistas. Nesse espaço, elas foram instigadas a relatar e refletir coletivamente sobre todas as etapas de assistência ao paciente cirúrgico eletivo para conhecer as principais fragilidades vivenciadas em cada passo e ter maior entendimento sobre o processo de trabalho dos demais informantes-chave.

O fluxograma situacional da assistência cirúrgica eletiva foi projetado para todos com uso do recurso datashow, e as demais dificuldades que foram emergindo das reflexões, foram acrescentadas ao fluxograma, para posterior criação das ações de melhorias

O segundo encontro foi realizado em formato de oficina, sendo que as informantes-chave, já com maior conscientização dos problemas vividos no contexto do trabalho, descreveram o passo-a-passo da assistência cirúrgica eletiva, relacionando à cada setor responsável.

No encontro posterior, também em formato de oficina, as fragilidades e seus respectivos planos de ação foram correlacionados nas etapas do processo de trabalho, desde o cadastro cirúrgico do paciente, até a alta hospitalar, formando a estruturação necessária para a construção do fluxograma de atendimento. No quadro 3 a seguir, é possível observar melhor essas informações.

**Quadro 3:** Caracterização dos encontros coletivos

Atividade	Duração	Metodologia	Objetivo	Recursos Utilizados	Produto
Encontro 1	02:47:00	Roda de conversa	Construir um espaço de diálogo entre os enfermeiros, para analisarem conjuntamente as situações- problema trazidas, e as que possivelmente surgiriam dentro de cada etapa do processo.	- Fluxograma situacional (figura 2) - SAEP - Checklist de exames pré-operatório do HM - Termos de consentimento - Data show	Sugestões de melhorias para assistência cirúrgica eletiva (quadro 4).
Encontro 2	02:39:13	Oficina	Descrever, o caminho do paciente passo- a-passo dentro da assistência cirúrgica eletiva, com todos as documentações e exames necessários em cada etapa.	- SISREG - Folhas A3	Estruturação inicial do fluxograma de atendimento
Encontro 3	02:28:00	Oficina	Correlacionar fragilidades e planos de ação de melhorias à cada etapa mapeada na assistência cirúrgica.	- SISREG - Folhas A3	Estruturação final do fluxograma de atendimento.

Fonte: Elaboração própria

#### 4.5 Análise dos dados

A análise dos dados gerados pelas entrevistas ocorreu pela utilização da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2004). O método compreende uma técnica de investigação com finalidade descritiva, objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo que emerge da comunicação. É estruturado em três fases chamadas de: (1) a pré-análise, (2) a exploração do material e (3) o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2004).

Na **pré-análise** ocorre a organização de todos os dados com o objetivo de torná-los operacionais e sistematizados para posterior submissão aos procedimentos analíticos (Bardin, 2004). No contexto deste estudo, para essa etapa inicial, foram realizadas a organização de todo material oriundo das entrevistas para análise, a leitura flutuante, a transcrição, interpretação e validação dos registros das entrevistas.

Na **exploração do material**, os dados organizados deverão ser analisados e sistematizados mais profundamente. Aqui, são formadas as operações de codificação, com o intuito de estabelecer unidades de contexto, de significado (Bardin, 2004). Nessa fase, os documentos foram minuciosamente examinados com o auxílio do *software* Nvivo®, versão 1.7.1.

Por fim, na fase do **tratamento dos resultados** os dados brutos se tornam significativos e válidos, sendo possível, através de informações fornecidas pela análise, condensar as ideias num movimento de inferência e interpretação. Os temas e categorias de análise foram derivados dos dados, sem definição prévia por parte das pesquisadoras.

#### **4.6 Aspectos éticos da pesquisa**

Foi solicitada a autorização para realização deste estudo ao HM. Posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), e aprovado sob o parecer nº 5.700.273 (Anexo A).

A participação se deu após manifestação voluntária de interesse na pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Aos sujeitos foram garantidos o sigilo dos dados informados e a possibilidade de declinar da participação no estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum, assim como demais preconizações contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho de Saúde (BRASIL, 2012).

Cada participante recebeu uma cópia impressa do TCLE, e foram identificados através de códigos “ENF”, seguidos de um algoritmo numérico para diferenciá-los. Para preservar o anonimato, os registros apresentados na seção de resultados farão referência ao participante (ENF), seguido de números ordinais (1, 2, 3, etc.), e da ordenação em que foram inseridos e codificados.

Quanto aos benefícios da pesquisa, este estudo fornece subsídios indiretos importantes para formação e prática de enfermeiros alinhada com as perspectivas da gerência do cuidado, ao demonstrar a longo prazo como a prática de enfermeiros na assistência cirúrgica se configura no contexto investigado.

No que se refere aos riscos, o estudo apresenta os riscos de exposição do anonimato e a confidencialidade de suas informações. Como medida de redução dos riscos da pesquisa, foram garantidos aos sujeitos o sigilo dos dados informados e a possibilidade de declinar da participação no estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum, assim como demais preconizações contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho de Saúde (BRASIL, 2012). As informações fornecidas pelos participantes poderão ser acessadas sempre que desejarem, mediante solicitação.

## 5 RESULTADOS

Serão apresentados a seguir, o resultado das etapas de codificação e estruturação das categorias que emergiram da análise do material.

Na primeira exploração dos dados foram gerados 45 códigos, que após leitura e interpretação rigorosa, foram agrupados uns aos outros considerando suas características comuns. O retorno aos dados foi fundamental para entender os significados dos códigos e descrever suas principais características no cenário investigado. A leitura e comparação dos códigos foi realizada repetidas vezes, até se chegar na codificação atual de 27 códigos, identificados e descritos no quadro 4, juntamente com o número de referências presente em cada um deles.

**Quadro 4:** Códigos gerados após exploração do material, sua descrição e unidades de referência.

<b>NOME DO CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>
<b>Avaliação cardiológica</b>	Demonstra a grande demanda para avaliação cirúrgica como desafio ao acesso dos pacientes às cirurgias eletivas.	6
<b>Cadastro das cirurgias eletivas</b>	Se refere ao manuseio inadequado do Sistema de Regulação (SisReg), quanto ao cadastro das cirurgias eletivas.	9
<b>Cancelamento de cirurgias</b>	Descreve a ocorrência de cancelamento de cirurgias.	3
<b>Capacidade instalada e produtiva de cirurgias</b>	Aponta a produtividade cirúrgica, com a média de cirurgias realizadas e número de salas operatórias.	4
<b>Classificação de risco dos pacientes</b>	Descreve os critérios para a classificação de risco dos pacientes cirúrgicos para gestão da fila de espera.	3
<b>Comunicação interprofissional</b>	Aponta a fragilidade na comunicação interprofissional no serviço de atenção à saúde cirúrgica.	14
<b>Conceito de gerência do cuidado</b>	Se refere à percepção dos profissionais sobre o conceito de gerência do cuidado.	5
<b>Conflitos no trabalho</b>	Traz os conflitos no trabalho entre as equipes, decorrente das fragilidades no fluxo de cirurgia eletiva.	15
<b>Coordenação do Cuidado</b>	Descreve a visão do enfermeiro sobre a coordenação do cuidado, como uma ação da gerência do cuidado de enfermagem.	16

<b>Dimensionamento da Equipe</b>	Se refere à percepção do profissional sobre a importância do dimensionamento da equipe no cuidado aos pacientes.	5
<b>Documentação Incompleta</b>	Se refere às ocorrências de documentações vencidas e/ou faltantes trazidas pelos pacientes e o impacto na assistência.	3
<b>Encaixes</b>	Aponta a ocorrências de encaixes dos pacientes, como um desafio na gestão da fila cirúrgica.	9
<b>Falta de Ambientação</b>	Aponta o impacto no serviço em decorrência da falta de ambientação e integração aos serviços terceirizados que prestam assistência aos pacientes cirúrgicos.	5
<b>Fases do caminho do paciente</b>	Descreve as fases da jornada do paciente para o acesso à cirurgia eletiva	16
<b>Fluxo das cirurgias ortopédicas</b>	Descreve as dificuldades no fluxo de atendimento cirúrgico ortopédico, como um serviço não regulado, na assistência em saúde.	10
<b>Fluxo instituto Sorriso Legal</b>	Aponta as dificuldades no fluxo de atendimento do Instituto Sorriso Legal para a assistência em saúde.	2
<b>Gerenciamento de leitos</b>	Descreve os desafios no gerenciamento de leitos para atender a demanda cirúrgica.	15
<b>Integração dos serviços</b>	Aponta a necessidade de integração dos setores que prestam assistência ao paciente cirúrgico, para complete entendimento da jornada do paciente.	8
<b>Internação Cirúrgica eletiva</b>	Traz a necessidade de um setor/profissional específico para atendimento das demandas cirúrgicas eletivas.	6
<b>Integridade na atenção à saúde</b>	Se refere a percepção dos profissionais sobre a importância da integralidade na atenção à saúde aos pacientes.	9
<b>Mapa cirúrgico</b>	Aponta a necessidade de planejamento da assistência, através da construção adequada do mapa cirúrgico, com todas as informações pertinentes.	7
<b>Melhorias implantadas</b>	Descreve as melhorias implantadas, com impacto positivo na assistência cirúrgica	8
<b>Mudança de rotina</b>	Traz as mudanças na rotina de trabalho como desafio na assistência cirúrgica.	2
<b>Perfil profissional</b>	Se refere a implicação dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais na assistência cirúrgica.	6
<b>Planejamento da assistência</b>	Aponta o planejamento da assistência, como uma ação da gerência do cuidado, no entendimento dos profissionais.	13
<b>Sobrecarga de trabalho</b>	Apresenta a sobrecarga de trabalho como um desafio na assistência cirúrgica.	7

<b>Tempo de espera</b>	Descreve o tempo de espera dos pacientes para realização dos procedimentos cirúrgicos.	6
------------------------	--	---

**Fonte:** Elaboração própria

Os 27 códigos foram estruturados em quatro categorias, segundo seu grau de proximidade que emergiram por meio da análise das entrevistas. A utilização do software Nvivo® ajudou na articulação dos códigos dentro das categorias, conforme a quadro 5. Essa articulação, será melhor abordada na seção “Resultados”.

**Quadro 5:** Articulação dos códigos em categoriais

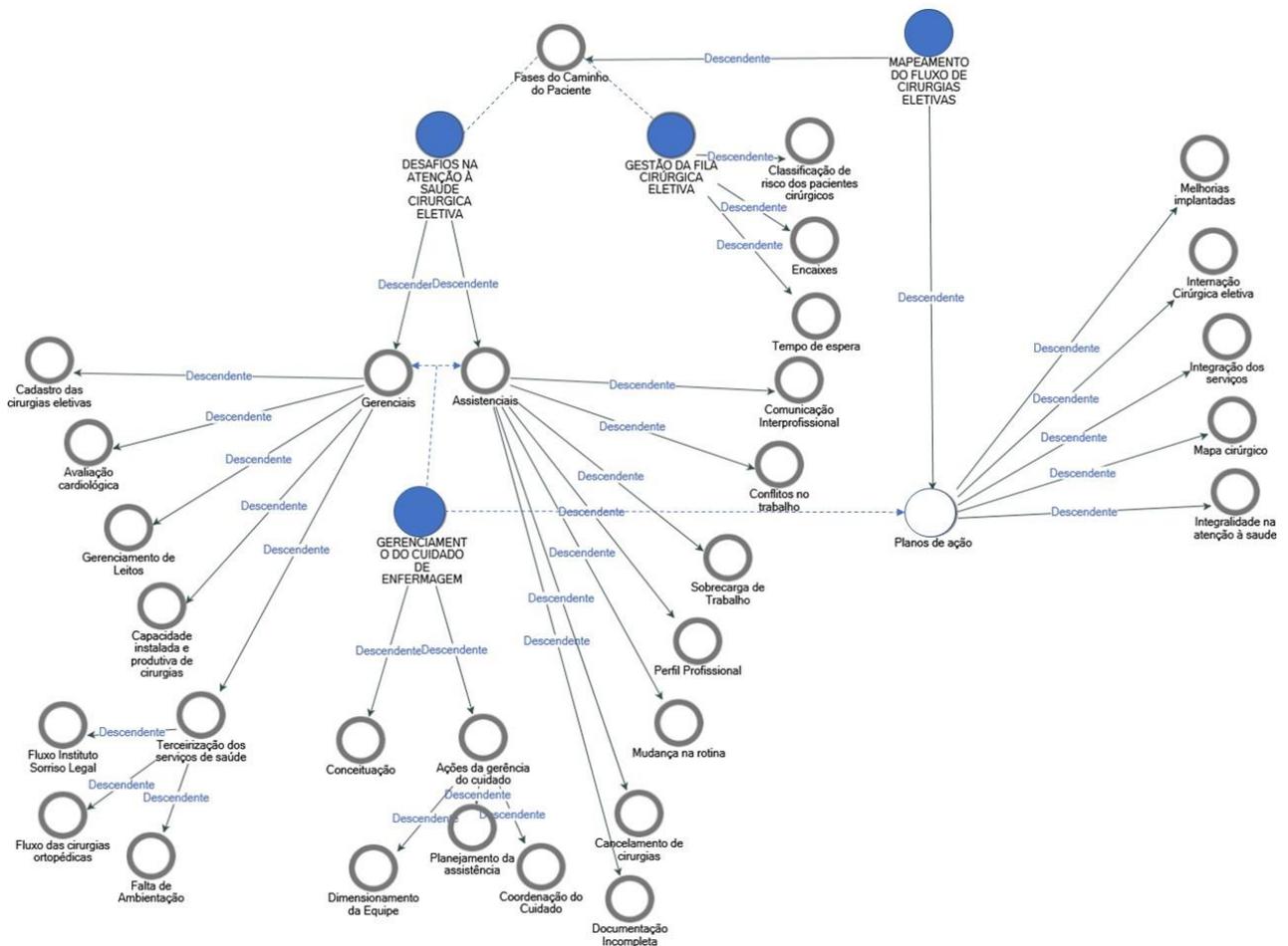
<b>CATEGORIAS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CÓDIGOS</b>
<b>Mapeamento do fluxo de cirurgias eletivas</b>	Descreve as etapas do processo de cirurgia eletiva que o paciente precisa percorrer, do atendimento inicial até a alta hospitalar.	Fases do caminho do paciente
		Internação cirúrgica eletiva
		Integração dos serviços
		Mapa cirúrgico
		Integralidade na atenção à saúde
		Melhorias implantadas
<b>Gestão da fila cirúrgica eletiva</b>	Apresenta os critérios de avaliação utilizados para a definição de prioridades na gestão da fila.	Classificação de risco dos pacientes
		Encaixes
		Tempo de espera
<b>Gerenciamento do cuidado de Enfermagem</b>	Aponta o conceito e ações do gerenciamento do cuidado, na percepção das enfermeiras.	Planejamento da assistência
		Dimensionamento da Equipe
		Coordenação do Cuidado
		Conceito da Gerência do Cuidado
<b>Desafios na atenção à saúde cirúrgica eletiva</b>	Descreve os desafios gerenciais e assistenciais na atenção cirúrgica eletiva, na percepção das enfermeiras.	Gerenciamento de leitos
		Capacidade instalada e produtiva de cirurgias
		Avaliação cardiológica
		Cadastro das cirurgias eletivas
		Terceirização dos serviços
		Sobrecarga de trabalho
		Perfil profissional
		Mudança de rotina
		Comunicação interprofissional
		Conflitos no trabalho
Cancelamento de cirurgias		

**Fonte:** Elaboração Própria

Durante a análise e organização dos dados em categorias, foi possível observar que existia uma estreita relação de causalidade entre elas e que por meio do

mapeamento das etapas de assistência cirúrgica, emergiram os obstáculos vivenciados pelas informantes-chave na gestão das filas de espera e na atenção à saúde dos pacientes. Nesse sentido, os resultados são apresentados seguindo essa articulação entre as categorias, pois permite demonstrar os desafios vivenciados por enfermeiros para o gerenciamento do cuidado e seu impacto na assistência cirúrgica eletiva. Essa relação entre as categorias, chamaremos de “Mapeamento do processo cirúrgico eletivo: desafios e perspectivas para o gerenciamento do cuidado de enfermagem” e está ilustrada na figura 3 abaixo:

**Figura 3:** Relação entre as categorias



Fonte: Elaboração própria

## **5.1 Mapeamento do processo cirúrgico eletivo: desafios e perspectivas para o gerenciamento do cuidado de enfermagem.**

Dentro da articulação entre as quatro categorias propostas, serão apresentados os desafios atribuídos pelos informantes chave sobre o gerenciamento do cuidado e sua repercussão na assistência cirúrgica eletiva.

### **5.1.1 Mapeamento do fluxo de cirurgias eletivas.**

O mapeamento do fluxo de cirurgias eletivas representa o ponto de partida da relação com as demais categorias para o entendimento sobre o gerenciamento do cuidado na assistência cirúrgica, uma vez que ao descrever as fases do caminho do paciente é possível articular estratégias de enfrentamento aos desafios e propor medidas decisórias para criação de ações de melhorias.

O processo inicial de atendimento aos pacientes cirúrgicos no município é na Atenção Primária em Saúde, e tem a finalidade de identificar as necessidades de saúde os usuários e entendendo que existe necessidade de intervenção cirúrgica, orientar e encaminhar o paciente para atendimento dentro das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015).

*a porta de entrada do paciente é a APS, o postinho de saúde, ele dá entrada lá e é assistido pela equipe de saúde da família, onde é levantado o diagnóstico, a necessidade dele a partir da consulta (ENF 05).*

Na Unidade Básica de Saúde, o paciente é consultado por um médico cirurgião que ao constatar necessidade cirúrgica, realiza a solicitação de todos os exames pré-operatórios necessários e referencia esse paciente ao Centro Especializado em Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação para regulação e cadastro do procedimento. O Centro Especializado oferece para além das consultas especializadas, serviço de odontologia, atenção domiciliar, diagnóstico por imagem, fisioterapia e reabilitação (CNES, 2023).

*O paciente geralmente começa com uma consulta na unidade básica de saúde, passa por um especialista depois e esse especialista*

*quando indica cirurgia é que o paciente vem nos procurar para regular essa cirurgia (ENF 06).*

Após a consulta com o médico cirurgião, e já de posse das solicitações de exames, o paciente retorna à Unidade Básica de Saúde de origem para agendamento, via Sistema de Regulação-SISREG, dos exames pré-operatórios. Uma das finalidades do sistema público SISREG é otimizar o acesso às informações pertinentes do paciente e estabelecer uma política nacional de regulação assistencial, facilitando o acesso e gerenciamento das centrais de regulação (BRASIL, 2011).

*Esse paciente passa por consulta, saindo da consulta o médico já vai pedir todos os exames pré-operatórios, após solicitação dos exames o paciente retorna a UBS dele para agendar tudo. A regulação da Unidade é responsável por fazer todo o agendamento, juntamente com o médico regulador (ENF 06).*

Os exames laboratoriais e de imagem (como raio-x e ultrassonografia) são realizados e analisados no Hospital Municipal, enquanto o eletrocardiograma é realizado na Unidade de Saúde. Se o paciente tiver idade igual ou superior a 40 anos, é acrescentado na lista pré-operatória a avaliação cardiológica, que é realizada no Centro especializado.

*O paciente tem a primeira consulta em que o médico solicita cirurgia, os exames pré-operatórios, a partir de 40 anos tem a avaliação de risco cardiológico (ENF 06).*

*O paciente de 40 anos precisa da liberação do risco cirúrgico, e se o cardiologista ver que os exames que ele tem não estão completos, aí ele passa outros novos exames mais específicos, como ecocardiograma, teste ergométrico para poder liberar para o anestesista, aí depois disso que volta com o médico cirurgião para poder finalizar o processo (ENF 06).*

Após realização dos exames e, se necessário, a avaliação cardiológica, o paciente é encaminhado, via SISREG, à consulta com o anestesista, realizada no Centro especializado, para avaliação anestésica; e, então, retorna ao médico cirurgião, para solicitação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), e posterior cadastro para realização do procedimento cirúrgico, pelo Centro Especializado.

As consultas especializadas, como a anestésica por exemplo, são realizadas por empresas terceirizadas, em clínicas particulares ou no próprio Centro Especializado. Esses profissionais são incorporados ao serviço mediante processo licitatório.

*Após todo o agendamento e realização dos exames, ele retorna com o médico para avaliação anestésica, e aí ele já sai com a AIH dele, que é a solicitação de Internação hospitalar e vai dar entrada no centro de especialidades nessa cirurgia (ENF 05).*

*A gente entra em contato com a regulação de cirurgia e a regulação faz o mapa, monta a data de quantas cirurgias vão fazer naquele mês e quando a gente sabe a data da cirurgia do paciente, esse paciente vem aqui e assina o termo de consentimento cirúrgico e aí esse paciente no dia da cirurgia vai para o hospital (ENF 06).*

Uma vez cadastrado para realização do procedimento cirúrgico, o paciente é incluído na fila do SISREG, e o médico regulador é o responsável, a partir da oferta de vagas e critérios de classificação de risco, por fazer a gestão da fila e construir o mapa cirúrgico.

*é assim que funciona, paciente deu entrada, vem para cá, médico regulador regula conforme a quantidade de oferta da vaga e regulando sempre as prioridades conforme a classificação de risco (ENF 05).*

*e esse paciente vem para nós numa fila de classificação de risco. Essa classificação é feita pelo médico da Unidade, dando autonomia para o nosso médico regulador alterar a classificação, caso não esteja nos parâmetros do nosso protocolo (ENF 05).*

O mapa cirúrgico é disponibilizado para o setor do centro cirúrgico do Hospital, que compartilha o documento com os demais setores assistenciais envolvidos nas cirurgias eletivas. No dia de realização do procedimento cirúrgico, o paciente é admitido no hospital pela recepção do pronto-atendimento para cadastro inicial e, após abertura do prontuário, é direcionado para o setor de Acolhimento para a conferência de documentos e exames necessários e preenchimento da etapa inicial da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

*A enfermeira responsável pelo centro cirúrgico nos passa o mapa cirúrgico. Esse mapa é encaminhado para equipe de enfermagem atuante no acolhimento [...]esse paciente é encaminhado, é separado o prontuário dele, ela recolhe a documentação, então é confeccionado um pronto atendimento e encaminhado junto com o kit de internação desse paciente lá para o acolhimento. No acolhimento, a equipe de enfermagem, enfermeiros e técnicos, vão realizar os sinais vitais, fazer a conferência de todos os exames, se estão dentro da validade, se estão todos os exames ali, risco cirúrgico e o termo de consentimento[...] realiza algumas perguntas pessoais, faz a conferência dessa documentação e preenche a SAEP (ENF 02).*

Após a etapa de conferência de documentos e preenchimento do formulário da SAEP, o paciente é direcionado à equipe da clínica cirúrgica, para realização das orientações pré-operatórias e acomodação no leito até a realização do procedimento pelo centro cirúrgico. Realizado a cirurgia, o paciente retorna ao leito de internação para cuidados pós-operatórios, onde permanece até a alta hospitalar. As orientações de cuidados em domicílio com a ferida operatória e de acompanhamento com a equipe na atenção primária, são realizadas ao paciente pela equipe hospitalar.

*[...] Posteriormente, estando tudo certo, esse paciente é encaminhado para a clínica cirúrgica (ENF 02).*

*Chegando na clínica cirúrgica, é encaminhado para o leito, orientado quanto ao banho e ofertado a vestimenta para ele, padrão do hospital, e esse paciente é alocado no leito para aguardar a cirurgia, e até o momento da entrada para o centro cirúrgico ele fica no leito sob os cuidados da clínica cirúrgica, e quando ele entra para fazer a cirurgia, a gente repassa o prontuário para o centro cirúrgico e aguardo o retorno dele. Aí quando acaba o procedimento, ele retorna para a unidade, é normalmente colocado no leito e vai ficar até a alta dele (ENF 04).*

O serviço de ortopedia se difere em algumas etapas desse mapeamento, uma vez que este serviço não é regulado pelo município. Após consulta pela Unidade Básica de Saúde pelo médico clínico, e identificado a necessidade de avaliação ortopédica, esse paciente é referenciado para o ambulatório de ortopedia. Uma vez

avaliado pelo ortopedista, e constatada necessidade de intervenção cirúrgica, o paciente é encaminhado para realização de exames pré-operatórios e avaliação anestésica que são realizadas no mesmo local das demais cirurgias. O agendamento desses pacientes e construção do mapa cirúrgico é feito pela recepção do setor de ortopedia do Hospital Municipal. Se for um procedimento de pequeno porte, a paciente interna para realização da cirurgia no próprio município, caso contrário, é referenciado para a capital do Estado através do Tratamento Fora do Domicílio.

### 5.1.2 Gestão da fila cirúrgica eletiva

Para a gestão da fila cirúrgica municipal, o médico regulador utiliza o protocolo de classificação de prioridades de atendimento, estruturado dentro do próprio SISREG, incluindo informações sobre a data de entrada do processo cirúrgico e a idade do paciente para organização da fila. O protocolo de classificação se baseia no protocolo de acolhimento com classificação de risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), organizado em quatro níveis de prioridade e cores. A quadro 6 a seguir demonstra essa organização.

<b>Quadro 6:</b> Classificação de prioridades de atendimento para cirurgias eletivas		
<b>NÍVEL DE PRIORIDADE/COR</b>	<b>ENCAMINHAMENTO</b>	<b>NECESSIDADE DO PACIENTE</b>
PRIORIDADE 0/ VERMELHO	Urgência	Pacientes que necessitam de atendimento médico prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações.
PRIORIDADE 1/ AMARELO	Eletivo prioritário	Pacientes que precisam de atendimento médico num curto espaço de tempo.
PRIORIDADE 2/ VERDE	Prioridade não urgente	Situações clínicas sem gravidade que necessitam agendamento prévio.
PRIORIDADE 3/ AZUL	Eletivo	Pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção primária.

Fonte: SISREG, 2023 adaptado.

As falas dos entrevistados abaixo corroboram tais informações:

*A nível de critério de avaliação, nós pegamos o Ministério da Saúde, o que eles sinalizam para nós são sistemas de cores. Existe uma classificação que a gente chama de Manchester, que a gente já usa no pronto-socorro, como vermelho, amarelo, verde e azul e aí eles sinalizam para gente, emergência-risco alto, urgência, prioridade não urgente e eletivo, são quatro, são quatro cores, são quatro denominações (ENF 05).*

*Eles levam em consideração o estado clínico do paciente, a idade a gente faz por conta, porque existe um momento que você tem o mesmo tipo de situação para todos os pacientes e a gente acaba priorizando por data e se tiver a mesma data, a gente vai pela idade do paciente. Por exemplo, cadastrou todo mundo dia 24/10 e eu tenho uma pessoa que é mais idosa, então essa terá prioridade no agendamento (ENF 05).*

Em situações mais urgentes, conforme avaliação médica, o processo do paciente é autorizado de imediato, e encaminhado para o hospital para realização do procedimento cirúrgico, como preconiza o protocolo no SISREG.

*As emergências geralmente a gente não deixa no sistema, ou a gente já autoriza na primeira vaga, ou a gente devolve encaminha essa pessoa para o hospital [...] se eu perceber que essa pessoa não tem condições clínicas de esperar para ser avaliado pelo especialista, eu tenho um suporte de especialistas que é o cirurgião, no hospital. Então eu devolvo e escrevo “caro colega, esse paciente não tem condições de esperar até a vaga mais próxima” então a gente tem essa opção de devolver também (ENF 05).*

O Complexo Regulador Municipal, responsável por organizar a relação entre oferta e demanda das vagas e qualificar o acesso aos serviços de saúde no SUS pela população (BRASIL, 2006), uma vez ciente da quantidade de vagas para realização dos procedimentos cirúrgicos, monta o mapa cirúrgico do mês e disponibiliza para o Hospital Municipal.

*O Hospital monta o mapa cirúrgico do mês de acordo com as escalas dos médicos, que é a cirurgia geral, ginecologia, urologia e aí a gente*

*monta o mapa. A gente define a quantidade de vagas que a gente consegue atender e aí eu comunico para a regulação essa quantidade de vagas e a regulação fica responsável por colocar os pacientes nesse mapa (ENF 01).*

### **5.1.3 Desafios na atenção à saúde cirúrgica eletiva**

Neste subitem, são apresentados os principais desafios vivenciados pelas equipes na assistência do paciente cirúrgico.

A avaliação cardiológica foi apontada pelas enfermeiras como uma dificuldade na otimização do processo cirúrgico eletivo, não só pela demanda de pacientes, como também pela carência de profissionais na região.

*A dificuldade maior é o cardiologista, porque só tem um profissional e a demanda é grande (ENF 06)*

*[...]conseguir o risco cirúrgico tem muita dificuldade porque a demanda cardiológica do município é uma demanda grande (ENF 05).*

No que se refere às consultas com os especialistas, realizadas pelas prestadoras de serviço em saúde, sobretudo a consulta anestésica, a falta de orientação e ambientação para as equipes terceirizadas sobre o fluxo de atendimento cirúrgico, que faz com que a jornada do paciente leve mais tempo, é um obstáculo à fluidez do processo.

*os médicos da terceirizada eles não entendem muito o fluxo, de como funciona, então isso atrapalha, é um documento, é um exame, é uma AIH preenchido errado, é um exame que falta, então assim, tudo isso fica um pouco mais difícil para o paciente [...] O anestesista da terceirizada deixa muito a desejar nessa parte (ENF 06).*

*a gente foi orientada a pedir ao paciente para voltar na terceirizada, para o médico especificar qual é a cirurgia, geralmente são esses médicos novos que estão entrando, acostumando com a demanda e é essa a dificuldade, porque o paciente precisa voltar e é mais um tempo que ele demora na fila (ENF 04).*

Para além da terceirização, existem ainda alguns serviços de saúde, disponibilizados pelo Município, que não são regulados e atendem conforme demanda

e fluxo próprios. É o caso dos atendimentos e cirurgias ortopédicas, que são sinalizadas pelas entrevistadas como um gargalo por não seguirem a mesma linha de cuidado dos demais procedimentos cirúrgicos, e influenciar negativamente na rotina assistencial.

*O serviço não é regulado [...] as empresas terceirizadas atendem os pacientes de ortopedia ambulatorialmente, e se evidenciado necessidade de realização de algum procedimento que é executado no município, o próprio médico encaminha esse paciente para o hospital municipal (ENF 05).*

*Quem faz o agendamento de cirurgia ortopédica é a recepcionista do setor de ortopedia do hospital [...] (ENF 03).*

*Hoje o fluxo ainda não amarra, ocorre ainda de o médico pedir ao paciente para vir aqui no hospital, sem estar no mapa, e que precisa muitas vezes estar conferindo lá com o centro cirúrgico (ENF 02).*

Embora a demanda ortopédica eletiva seja pequena em relação às demais cirurgias, a necessidade de regulação do serviço de ortopedia é apontada pelos profissionais como importante para a padronização dos atendimentos e otimização do centro cirúrgico.

*Nós estamos pensando em regular o serviço de ortopedia [...]embora as demandas eletivas ortopédicas são pequenas, o município não faz cirurgias eletivas de joelho, de ligamento, de menisco, quadril. Esses pacientes vêm todos para a regulação, para serem encaminhado para a capital Belém, para o especialista através do Tratamento Fora Domicílio (ENF 05).*

*Então por isso que deve ser mudado, deve ser tudo centralizado para todo mundo, e não ter pacientes fazendo um fluxo diferente do outro a depender do médico que está atendendo (ENF 04).*

*[...]a proposta de regular o serviço da ortopedia é para otimizar o serviço dentro do centro cirúrgico (ENF 02).*

A etapa de gestão da fila cirúrgica pelo complexo regulador municipal, se depara com um ponto crítico, corroborados pelas enfermeiras, que é o erro de cadastro e não acompanhamento no SISREG, por parte dos operadores de regulação,

que influencia diretamente no atraso do processo de realização do procedimento cirúrgico do paciente.

*Uma fragilidade é quando é devolvido o processo por algum cadastro errado. O operador cadastrou o procedimento com o código errado, aí o médico devolve aquele procedimento para ele fazer a correção e muitas das vezes o operador não verifica de imediato, leva um tempo e isso atrasa o processo do pedido para o procedimento daquele paciente (ENF 06).*

*Essa questão da devolutiva é uma dificuldade, porque a partir do momento que o operador não cumpre o protocolo perfeito, o médico não autoriza, porque o nosso sistema SISREG é tela-médico, não temos acesso à pessoa, é preciso ter certeza, o operador precisa redigir que está tudo certo (ENF 05).*

Outra fragilidade, é que os operadores de regulação, possuem muitas outras atribuições para além do cadastro cirúrgico, o que pode representar uma justificativa para os atrasos no processo, que refletem não só no paciente e familiares, como também nas equipes médica, de regulação e no próprio sistema de saúde.

*muitas vezes o operador não vê de imediato, porque ele tem outras coisas além do cadastro, os operadores têm atendimento ao público para cadastrar outras coisas também, consulta com outros especialistas, exames de outras coisas [...]a gente vê que é uma não conformidade no processo, é retrabalho para a médica, para o operador, gasto e custo do paciente, porque ele vai ter que se locomover, embora dentro da localidade dele, ele vai ter que sair da casa dele para ir à unidade, perder o tempo (ENF 05).*

Outra dificuldade está nos procedimentos sem programação prévia, as fraudes no sistema, em razão de seu impacto na gestão da fila de espera para cirurgia, e por representar um procedimento, ilegal, fora da rotina de trabalho, com etapas de atendimento diferentes das cirurgias adequadamente reguladas.

*Nós temos que fazer muitos encaixes, as vezes existe pacientes que não tem tanta prioridade, mas é um funcionário que precisa realizar a cirurgia, é um parente de um vereador, ou é um amigo de alguém,*

*então as pessoas vão se comunicando muito, ajustando os encaixes, então isso faz também com quem está lá na fila esperando mais... acontece bastante. É muito ruim quando isso acontece (ENF 06).*

*a nossa dificuldade são esses pacientes que vem extra mapa, porque a gente causa um novo fluxo e todo mundo já está acostumado a seguir aquele e aí vem um paciente diferente da rotina, foge da rotina, os profissionais ficam incomodados, começam a reclamar (ENF 04).*

No cenário hospitalar, um obstáculo enfrentado pelos enfermeiros na assistência ao paciente cirúrgico é a capacidade instalada de leitos de internação, incompatíveis com a quantidade de cirurgias eletivas e de emergência realizadas por dia. A quantidade reduzida de leitos, segundo os entrevistados, é um entrave e prejudica o planejamento dos procedimentos cirúrgicos.

*A quantidade de leitos é uma fragilidade que a gente tem [...]teríamos que ter mais vagas no hospital. Hoje a gente tem sete leitos na enfermaria masculina e seis na feminina, no total de 13 leitos cirúrgicos, e os procedimentos são realizados todos os dias da semana, com média de duas a três cirurgias gerais e mais duas ortopédicas, vai depender do porte de cirurgia. Nós temos duas salas cirúrgicas (ENF 01).*

*É um gargalo que a gente tem, porque esses pacientes que estão adentrando, muitas vezes eles precisam aguardar um pouco, durante a realização do procedimento cirúrgico, é que vai ser liberado um leito para eu colocar esse paciente (ENF 02).*

Uma alternativa utilizada, mencionada pelas enfermeiras para minimizar o impacto na assistência ao paciente e não cancelar as cirurgias eletivas, foi utilizar a extensão do hospital municipal como retaguarda para transferir pacientes clinicamente estáveis. Uma das entrevistadas explica que onde hoje funciona a extensão do hospital, era onde funcionava o hospital de campanha no período da pandemia da covid19.

*Hoje a gente trabalha com o objetivo de não cancelar nenhuma cirurgia, a gente tem uma extensão do hospital, que era do hospital de campanha e hoje funciona como uma extensão mesmo do hospital, e*

*aí a gente pede via regulação para solicitar um leito e aí a gente consegue remanejar esse paciente (ENF 04).*

*Quando a demanda de internação está alta, e não tem leito, existe a possibilidade a gente aloca para a enfermaria masculina da clínica médica, a gente também faz esse tipo de remanejamento para não cancelar a cirurgia. Mas nós mais utilizamos o hospital extensão para dar esse apoio (ENF 03).*

Através das entrevistas, foi possível notar que, o maior impacto da ausência de um fluxo bem estruturado e que contemple todas as etapas e setores envolvidos, é vivenciada pelo paciente e pelas equipes assistenciais no ambiente hospitalar, uma vez que, as constantes mudanças de rotina hospitalar para melhor adequação da assistência cirúrgica, somadas à comunicação fragilizada se tornam um fator estressante, gerando conflitos, dificultando o trabalho em equipe, e tornando a experiência do paciente menos positiva.

*Hoje está sendo um problema, o fluxo mudou agora, a gente está tendo ainda muitos ajustes para fazer (ENF 02).*

*Esse momento estamos muito chateados [...] eles continuam com o erro, aí o atrito ocorreu porque a gente chama, tira foto, manda para a coordenação e eles ficam com raiva. [...] a gente tem toda a nossa assistência para fazer e eles foram acostumados a gente corrigir o erro e não devolver para eles! (ENF 03).*

*Outro ponto crucial é a comunicação intersetorial, a gente percebe uma falha grande e uma comunicação inadequada pode ser primordial para a internação desse paciente (ENF 04).*

*eu vejo um outro problema, a parceria, o trabalho em equipe, é algo que precisamos melhorar, hoje é só apontar de quem é a responsabilidade, sendo que a responsabilidade é de todos nós! (ENF 01).*

Uma outra questão, mencionada pelas enfermeiras como obstáculo na assistência cirúrgica hospitalar é a orientação inadequada aos pacientes sobre documentações necessárias, procedimentos pré-operatórios, horários de realização da cirurgia e que geram um significativo grau de ansiedade nesses pacientes. É

possível inferir também, que essa dificuldade seja resultado não só da falta de orientação clara e objetiva, como também da fragmentação dos processos cirúrgicos e as inúmeras etapas que o paciente precisa seguir até o dia de realização da cirurgia.

*Esse paciente não sabe a hora que vai fazer a cirurgia, ele não vem com um horário estabelecido [...] e a gente recebe esses pacientes de cirurgia eletiva e a maioria, ou todos tem um nível de ansiedade bem grande, são pacientes que estão na fila aguardando essa cirurgia as vezes por mais de um (ENF 04).*

*um problema que nós temos é orientação quanto à chegada do paciente. Temos paciente que chega bem depois do horário combinado. Não sei se foi adequadamente orientado (ENF 02).*

*Eles esquecem essa parte de documentos. As vezes eles fizeram os exames e trazem outros, ou não traz o exame, ou não traz a ultrassom para uma cirurgia que só faz com ultrassom [...] (ENF 01).*

O perfil profissional requerido para a assistência cirúrgica foi sinalizado pelos enfermeiros durante as entrevistas como um desafio e também como um fator importante a ser considerado na otimização e resolutividade do processo

*muitas vezes o profissional não se dispõe a ser resolutivo e também não repassa que está faltando alguma coisa (ENF 02).*

*não é todo mundo que tem perfil e que queira para trabalhar no acolhimento a esses pacientes (ENF 03).*

*a gente lida com pessoas, perfis, personalidades, cada um que compõe a equipe tem uma história, cada um tem uma personalidade, é muito difícil (ENF 04).*

Por fim, os enfermeiros apontam a sobrecarga no trabalho no atendimento da demanda espontânea acrescida da demanda dos pacientes eletivos, como um ponto crítico e ser considerado.

*hoje eu acabo sobrecarregando o acolhimento com essa demanda toda eletiva, eu acabo atrasando o atendimento dos pacientes de urgência e emergência, do pronto atendimento (ENF 02).*

*ao mesmo tempo que a gente diminuiu um funcionário, a gente aumentou a nossa sobrecarga [...] a gente precisava ter duas clínicas separadas (ENF 03).*

#### **5.1.4 Gerenciamento do cuidado de Enfermagem**

A seguir, são abordados o conceito e as ações de gerenciamento do cuidado descritas por enfermeiras no contexto cirúrgico eletivo.

Quando questionados sobre o conceito de gerenciamento do cuidado no contexto investigado, as enfermeiras compreendem que o gerenciar se faz necessário para efetivação da assistência qualificada e priorização das atividades, reforçando que existe articulação entre essas duas dimensões do processo de trabalho.

*Hoje eu defino a gerência a base do bom cuidado, da boa assistência [...]e se você não conseguir gerenciar o teu cuidado, se você não conseguir ter a percepção do que é prioridade naquele momento, se você não conseguir organizar a equipe técnica para que as prioridades sejam atendidas, você vê o caos (ENF 04).*

*A assistência hoje eu vejo que ela é atrelada à gerência, nem tem como desvincular isso (ENF 02).*

*Para mim, está totalmente ligado, porque a gente não consegue prestar uma assistência com qualidade, se a gente não tiver esse olhar de gerencia (ENF 03).*

*O gerenciar não é só gerenciar só o setor, não é gerenciar só os fluxos, a gente tem que gerenciar conflitos [...] se você não tiver um gerenciamento de tudo, do ser humano, do equipamento, do fluxo, não funciona (ENF 06).*

As entrevistadas também entendem que o gerenciamento do cuidado tem relação direta com a integralidade na assistência e a integração do cuidado em saúde, por meio das ações prestadas, abrangendo todos os níveis de atenção que compõem o sistema de saúde.

*Gerenciar o cuidado, no meu ponto de vista é toda a preocupação que a gente tem que ter com esse paciente para que a gente consiga*

*atender as suas expectativas sem feri-lo de alguma maneira, sua integridade física, moral... e tentar ser o mais ágil possível dentro das suas necessidades, e não deixar de atender suas peculiaridades (ENF 01).*

*É a gente garantir a segurança desse paciente durante todo o processo, desde a consulta, realização dos exames, até ele chegar aqui para fazer o agendamento, garantir que esse paciente consiga vir no agendamento. Então, gerenciar o cuidado é todo esse processo desde o cadastro do paciente até a finalização da alta (ENF 06).*

No que se refere às ações da gerência do cuidado, notou-se ênfase das ações de dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro, sobretudo o planejamento da assistência, o dimensionamento da equipe e a coordenação do cuidado.

*Eu enquanto gerente, tenho que organizar o meu setor para que esse paciente não sofra nenhum dano por falta de gerenciamento do meu trabalho [...] se eu não faço a parte de organização, de acompanhamento, de ver se está faltando alguma coisa, impacta por exemplo na cirurgia [...]eu penso assim se eu não gerenciar o cuidado, se eu deixar de organizar ou atender algumas solicitações, ou até acompanhar todo esse processo, eu penso que o paciente vai sofrer muitos danos por conta também disso! (ENF 01)*

*Gerenciar o cuidado é desde quando a gente recebe o paciente, vê o que está faltando, vê se ele está ok, se está com adorno, a questão da higiene, mandar para o banho, a questão do jejum [...] (ENF 02).*

*Quando você recebe um paciente, e você fala para o técnico “olha esse paciente é seu”, você está gerenciando o cuidado [...] o enfermeiro da noite já olha no mapa quais são as cirurgias do dia seguinte da manhã, já coloca no quadro onde a gente faz o dimensionamento dos pacientes para com a equipe (ENF 03).*

#### **5.1.5 Perspectivas para a assistência cirúrgica eletiva**

Neste subitem, são apresentadas as sugestões de melhorias para o processo cirúrgico e para a qualidade do cuidado, que surgiram a partir das dificuldades relatadas em entrevistas e nos encontros coletivos com as enfermeiras, através da

implementação da Educação Permanente em Saúde.

Os espaços criados para a discussão coletiva entre participantes representaram uma valiosa estratégia de reflexão sobre as necessidades do serviço relacionadas ao gerenciamento do cuidado cirúrgico. Foi possível observar o engajamento e o interesse dos participantes, não só em trazer sugestões de melhorias, mas principalmente em compreender o processo de trabalho e desafios vivenciados no cotidiano dos demais enfermeiros que ali estavam.

A resignificação do contexto investigado durante os encontros, possibilitou a construção e desconstrução de alguns saberes voltados a linha de cuidado cirurgico no município e valorizou o protagonismo das participantes, ao desenvolverem juntos, ações de melhorias na construção do fluxograma de atendimento. Os principais achados foram:

**Quadro 7:** Registro de sugestões de melhoria de pontos críticos na assistência cirúrgica eletiva.

<b>A curto prazo:</b>
Cartilha de orientação ao operador solicitante
Folder de orientação aos pacientes cirúrgicos
Protocolo de comunicação efetiva
Treinamento dos operadores solicitantes
Treinamento para as empresas terceirizadas em saúde
<b>A médio e longo prazo:</b>
Ampliação de leitos
Criação de um setor cirurgico eletivo
Regulação de 100% dos atendimentos

**Fonte:** Encontros coletivos com os informantes-chave.

Durante as entrevistas, as profissionais sinalizaram a dificuldade que todos os setores envolvidos enfrentam em acrescentar a demanda espontânea à demanda programada das cirurgias eletivas, sem divisão e sem a presença de uma equipe específica para orientar e direcionar os pacientes sobre todos os procedimentos

necessários. Segundo eles, as várias demandas que precisam ser atendidas simultaneamente, geram sobrecarga nas equipes, atraso no processo de cirurgia e confusão ao paciente, e que criar um setor específico em cada etapa, responsável pelas cirurgias eletivas, ou treinar um profissional para esta função, representaria uma oportunidade de melhoria.

*Talvez criar um setor só pra fazer o pré-cirúrgico, exames, risco cirúrgico (ENF 05).*

*se a gente pudesse organizar um setor para gente estar mandando esse paciente para aquele setor específico, eu acho que ajudaria, fixar um dia, dois dias de atendimento na semana para atendimento pré-operatório (ENF 06).*

*Eu penso que a recepção deveria ser muito mais ativa nesse processo cirúrgico eletivo, para eu não consumir o acolhimento com essa demanda, porque eu tenho pacientes na porta esperando para serem atendidos nas salas pelos médicos da ponta, que são os pacientes do pronto socorro[...] (ENF 02).*

Uma outra sugestão trazida e muito discutida nos encontros coletivos, foi a necessidade de elaboração do mapa cirúrgico com inclusão de todas as informações necessárias para possibilitar a melhor execução do fluxo de atendimento dos pacientes letivos. No cenário atual, o mapa é estruturado contendo apenas o nome do paciente, a data, o procedimento a ser realizado e o profissional médico responsável. Não existe uma sequência pré-estabelecida sobre os horários de início das cirurgias e ordem de realização dos procedimentos por paciente, e isso reflete não só na equipe da clínica cirúrgica que não consegue planejar o cuidado adequadamente, como no paciente que precisa lidar com a ansiedade, espera e jejum prolongados.

*Não tem uma sequência de realização de cirurgia definida no mapa, porque aí se tivesse, daria tempo da gente se organizar para mandar os pacientes (ENF 03).*

*o fato de não ter uma sequência de cirurgia dentro do centro, dificulta muito porque na verdade eles realizam de acordo com o médico que aparece primeiro e não pela ordem do mapa (ENF 04).*

*Se o ortopedista chegou primeiro e o cirurgião geral não, então começa pela ortopedia. Se o geral chegou cedo e o ortopedista não chegou, por mais que o paciente da ortopedia já esteja organizado, vai de acordo com a ordem que os médicos definem... tudo é dos médicos, os médicos mandam em tudo! (ENF 02)*

Quando as profissionais foram estimulados a refletir coletivamente sobre sua prática profissional e as etapas do processo cirúrgico eletivo, emergiu a necessidade de integração dos serviços em saúde envolvidos nas cirurgias eletivas, para maior entendimento, otimização e resolutividade dos problemas que surgem no decorrer da linha de cuidado. As entrevistas confirmam que existe, de fato, pouco entendimento das enfermeiras sobre o todo do processo cirúrgico e o percurso a ser seguido pelo paciente.

*hoje a gente não tem um sistema no hospital e isso nos pesa muito, porque se tivesse um sistema já era tudo amarrado, mudou na regulação automaticamente todo mundo vai ter acesso no sistema e todo mundo vai ter acesso a uma única informação e ponto! (ENF 04)*

*Não tenho essa informação, porque não é muito a minha pegada, acho que a enfermeira da clínica cirúrgica vai saber melhor te informar (ENF 03).*

*hoje eu penso que é um entrave porque esse setor específico, o centro de especialidades é um pouco distante para gente conseguir resolver as coisas (ENF 02).*

*Não sei como é o fluxo todo (ENF 01).*

Se existe pouco entendimento dos profissionais sobre toda a linha do cuidado do paciente cirúrgico, infere-se que as orientações aos pacientes sejam inexistentes ou inadequadas. Nos encontros coletivos, a construção de um folder ilustrativo, simples e didático, para orientação do paciente sobre os passos a serem seguidos e os respectivos documentos e/ou procedimentos necessários em cada etapa, foi proposta como uma das atividades do plano de ação.

Outra proposta trazida foi a elaboração de uma cartilha para os operadores de regulação, que deve ser construída a partir das dúvidas e dificuldades vivenciadas por

eles no cotidiano do trabalho, visando otimizar o processo de cadastro das cirurgias eletivas e minimizar os erros e devolutivas do processo de avaliação do paciente no SISREG.

*E é essa é nossa intenção, criar uma cartilha de orientação ao operador e vai ser a bíblia mesmo do operador [...] nós criamos um grupo no WhatsApp com todos os operadores de regulação tirar dúvidas. Nesse período nenhuma mensagem foi apagada. Nós vamos pegar todas essas dúvidas que foram sinalizadas no grupo e fazer uma cartilha para o operador (ENF 05).*

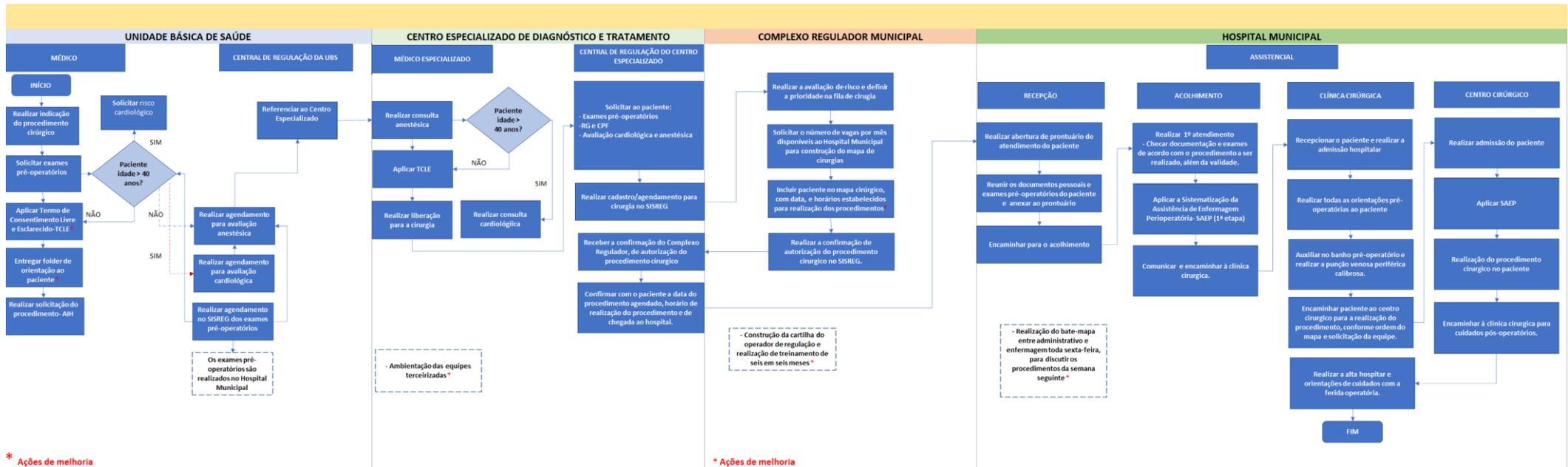
A necessidade de treinamento dos profissionais que já atuam nas empresas terceizadas, e ambientação nas novas contratações, foi apontada como uma estratégia do plano de ação.

## **5.2 Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo.**

Neste subitem, é apresentado o fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo, que é objetivo deste trabalho, construído coletivamente a partir da autorreflexão das profissionais envolvidos nesse processo, levantamento das principais fragilidades e propostas de melhoria para o gerenciamento do cuidado.

O percurso do paciente para realização de um procedimento cirúrgico eletivo no município, iniciado na unidade básica de saúde e finalizado no hospital municipal, é apresentado na figura 4. Posteriormente, são apresentadas com maior detalhamento, etapa por etapa dessa linha de cuidado.

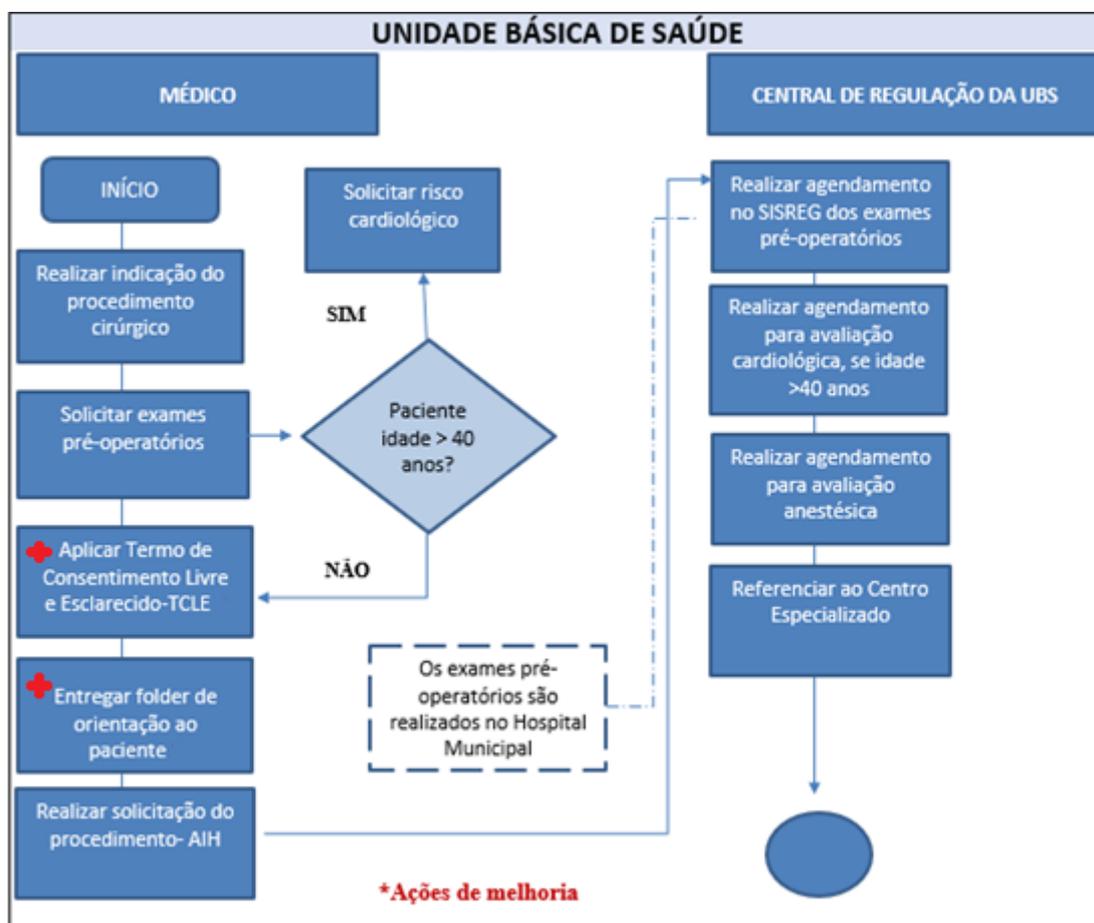
**Figura 4:** Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo



Fonte: Elaboração própria

Na figura 5 são demonstradas as etapas a serem seguidas na unidade básica de saúde. Nessa fase são solicitados, além do procedimento cirúrgico, todos os exames pré-operatórios, agendamento pela central de regulação da unidade e encaminhamento para o centro de especialidades, que é a etapa seguinte. Aqui, foram adicionados como ação de melhoria, a assinatura do termo de consentimento pelo médico e a entrega do folder de orientação ao paciente, contendo os setores de atendimento, documentações necessárias e as orientações de preparo para realização de exames e procedimento cirúrgico.

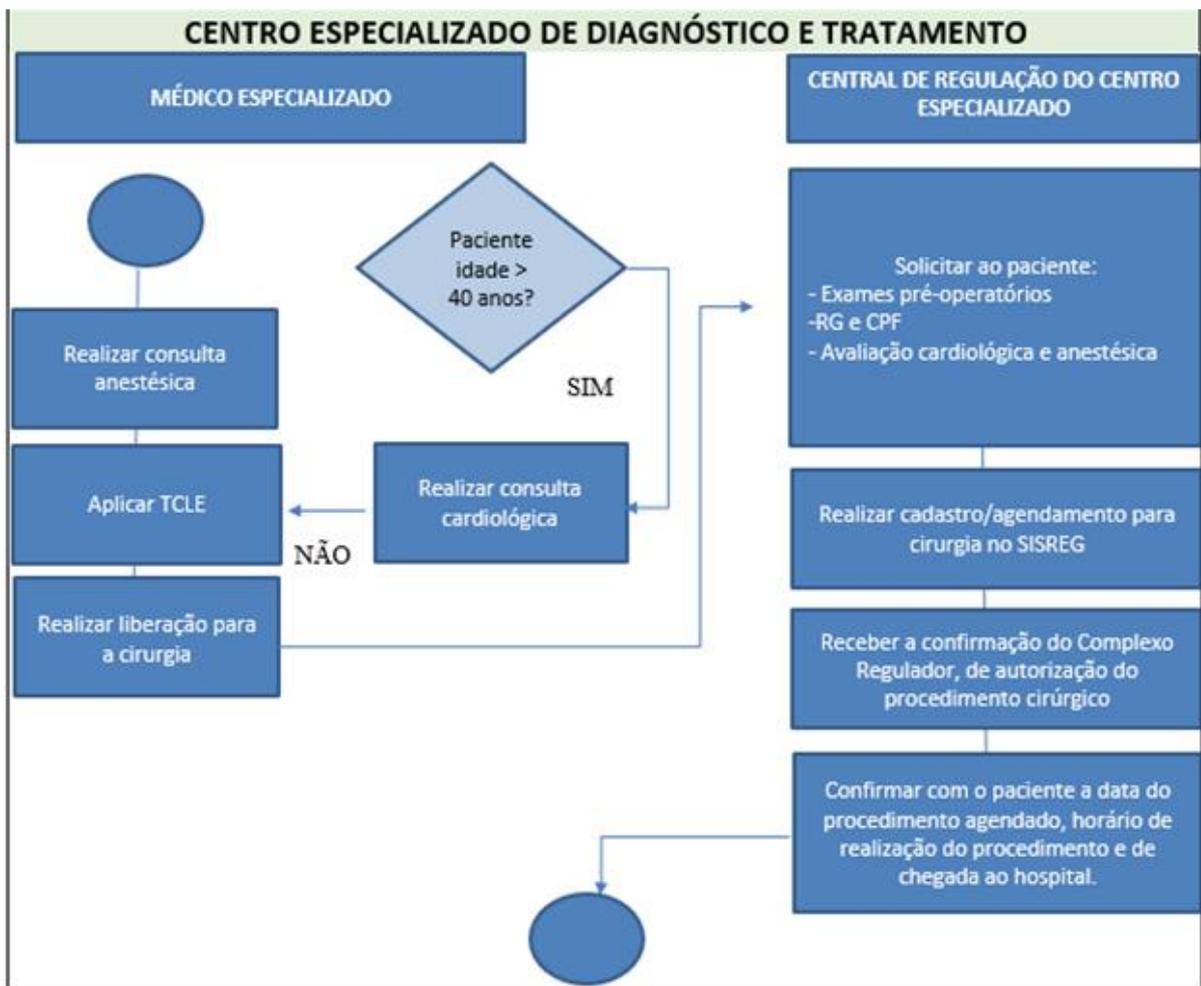
**Figura 5:** Etapa 1 do Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo



Fonte: Elaboração própria

Na etapa 2, apresentada na figura 6, são realizadas as consultas especializadas de anestesiologia e cardiologia, quando necessário, além do cadastro cirúrgico no SISREG. A sugestão de melhoria nessa fase, foi a capacitação periódica dos profissionais terceirizados, uma vez que também fazem atendimento especializado em clínicas particulares dos pacientes do SUS.

**Figura 6:** Etapa 2 do Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo

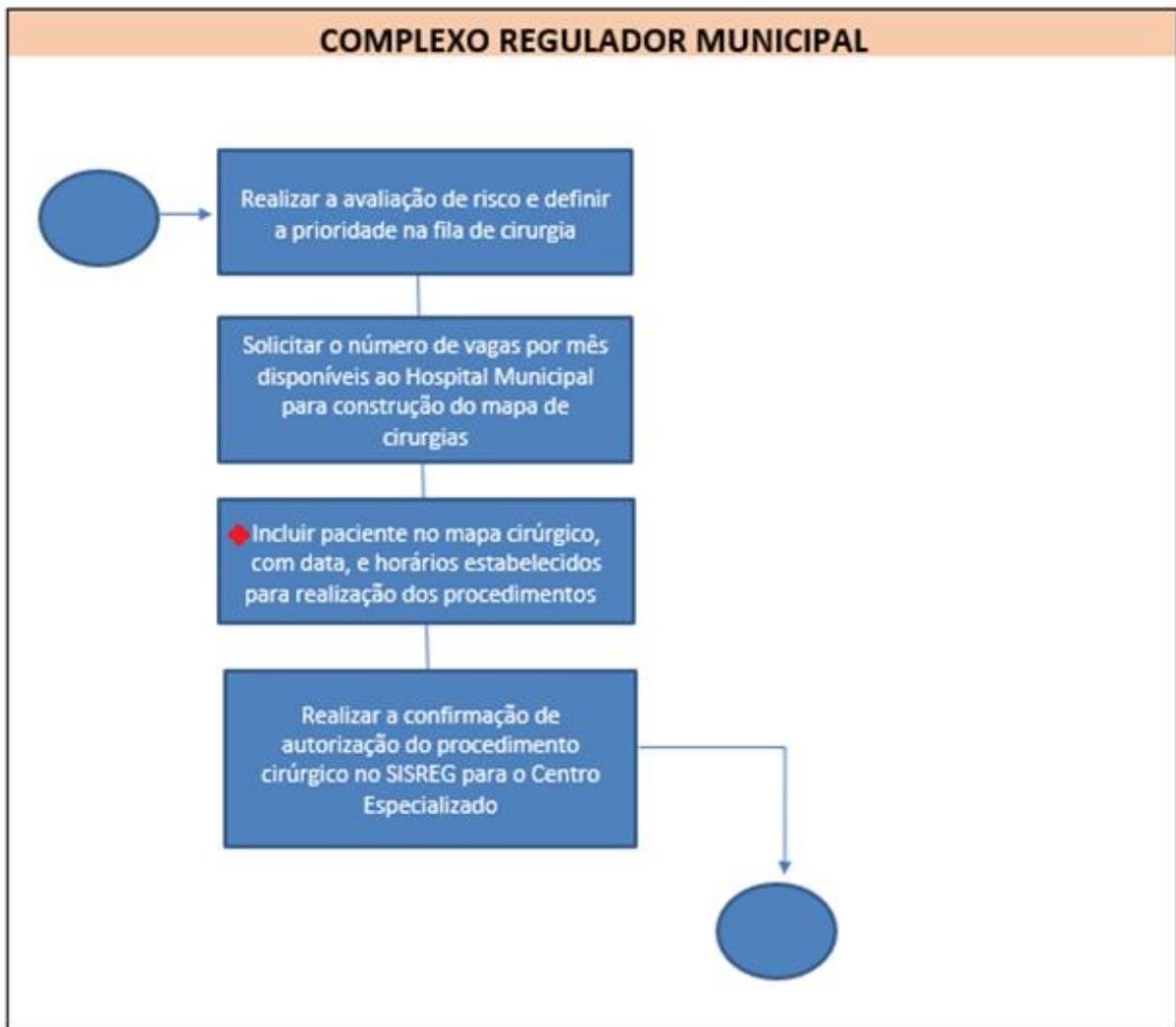


**Fonte:** Elaboração própria

Uma vez cadastrado no sistema, o paciente passa para etapa seguinte, ilustrada na figura 7, que consiste no trabalho realizado pelo complexo regulador municipal, por meio da avaliação de risco e da definição de prioridades na fila de cirurgia, elaboração do mapa cirúrgico e confirmação de autorização do procedimento ao centro de especialidades. Confirmado o procedimento, o centro de especialidades é o responsável por informar o paciente sobre dia e horário de realização da cirurgia. Uma

ação de melhoria, levantado pelas enfermeiras nessa etapa, foi a elaboração de uma cartilha para operador de regulação, e a realização de treinamentos periódicos, com temáticas baseado nas necessidades do serviço.

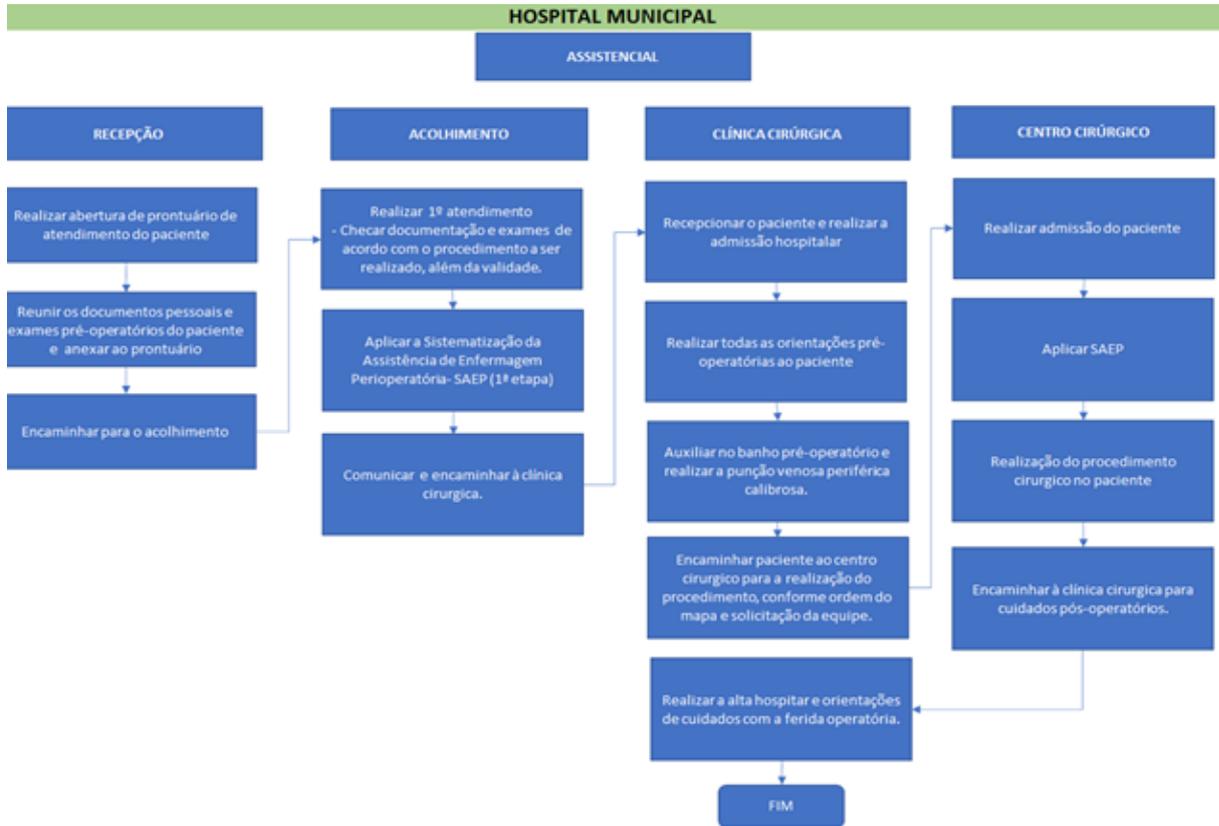
**Figura 7:** Etapa 3 do Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo



**Fonte:** Elaboração própria

A etapa 4, demonstrada na figura 8, corresponde à fase assistencial a nível hospitalar. Uma vez informado sobre data e horário da cirurgia, o paciente deve dar entrada na recepção do pronto atendimento do hospital municipal para abertura do prontuário e entrega dos documentos e exames necessários. Após esse atendimento inicial, o paciente é encaminhado ao acolhimento para checagem dos exames e aplicação da SAEP pelo enfermeiro.

**Figura 8:** Etapa 4 do Fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo



**Fonte:** Elaboração própria

Feito isso, a clínica cirúrgica é comunicada e admite esse paciente para orientações pré-operatórias, realização do banho e punção venosa. Quando solicitado pelo centro cirúrgico, o paciente é encaminhado para realização do procedimento. No centro cirúrgico, o enfermeiro aplica a segunda etapa da SAEP. Finalizado a intervenção cirúrgica, o paciente retorna à clínica para cuidados pós-operatórios até o momento da alta hospitalar. Na etapa hospitalar, levantou-se como ação de melhoria, a realização do bate-mapa entre as equipes envolvidas para melhor discutir e planejar os procedimentos. O bate-mapa é uma estratégia onde os setores envolvidos com a realização dos procedimentos cirúrgicos, se reúnem para conferir se todos os materiais, equipamentos, reserva de leito, reserva de hemoderivados, equipe cirúrgica estão confirmados para que a cirurgia aconteça com segurança e sem imprevistos.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo sugerem que o mapeamento do processo em saúde, através da utilização do fluxograma, representa uma estratégia de planejamento que possibilita não só estruturar os processos, como também compreender a realidade do serviço e identificar de oportunidades de melhorias, a partir do levantamento das fragilidades, fornecendo com isso, qualidade e segurança no atendimento aos pacientes (REIS, *et al.*, 2019; FACHOLA *et al.*, 2022; MARTINI, 2019).

Para conhecer, qualificar e transformar as práticas e saberes existentes no cotidiano do trabalho em saúde, surge a Educação Permanente em Saúde, que além de uma política, representa uma prática educativa aplicada no serviço e para o serviço e que permite mudanças nos processos de trabalho, nas relações, condutas e atitudes dos profissionais (COSTA, *et al.*, 2018; FERREIRA, 2017).

Por meio da reflexão sobre o contexto de trabalho, na perspectiva da EPS, foi possível notar maior consciência das enfermeiras sobre os problemas na atenção cirúrgica eletiva. A dificuldade de acesso às consultas especializadas de cardiologia, foi um ponto considerado na assistência a esses pacientes, e é justificada pela carência de cardiologistas, não só no município, mas no contexto nacional, somado ao expressivo aumento de incidências de doenças cardiovasculares no País. Além disso, a própria consulta especializada representa hoje uma barreira de acesso aos serviços de saúde do SUS, uma vez que sem o adequado diagnóstico, o paciente não consegue iniciar o tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOUSA, 2020).

Na tentativa de contornar o problema de acesso à consulta com os especialistas, o município recorre aos serviços terceirizados para atendimento desses pacientes. No entanto, os resultados mostram que a falta de orientação, ambientação e acompanhamento desses profissionais, torna-se um contratempo na fluidez do processo, corroborando com um estudo que revela que a falta de controle e avaliação dos contratos e serviços das empresas terceirizadas é um problema na saúde pública (DRUCK, 2016) que reflete no tempo para a realização da cirurgia.

Os atendimentos de saúde não regulados pelo município foram sinalizados como um agravante, por atenderem conforme demanda e fluxo próprios, e seguir uma linha de cuidado diferente dos serviços regulados. A fragmentação dos processos de saúde em inúmeras etapas, pode ser um agravante, tanto para os profissionais quanto para os pacientes, no entendimento do fluxo de atendimento e na assistência mais integradora e de melhor qualidade (DOLNY *et al.*, 2020; PEDUZZI *et al.*, 2020), sendo assim a padronização da assistência em saúde é essencial não apenas para sistematizar as atividades de uma empresa, como também garantir qualidade e uniformidade nos processos (BARBOSA, *et al.*, 2016).

No que concerne à regulação dos procedimentos, dois aspectos considerados foram o acompanhamento inadequado do SISREG e o erro em alguns cadastros, com conseqüente atraso na realização da cirurgia e possibilidade de agravamento do quadro clínico do paciente (SENNA *et al.*, 2017).

A sobrecarga de trabalho dessas equipes, além de causar os erros e atrasos no processo, representa um agravante para pacientes e familiares, equipes assistenciais, equipe de regulação e para os serviços e sistema de saúde (LIPPI, 2018; SENNA *et al.*, 2020; HADDAD, 2002), principalmente por se traduzir em risco à saúde dos profissionais, aos pacientes e influenciar negativamente na assistência prestada (FERREIRA; ANDERSON, 2020; ASSIS *et al.*, 2020).

Os resultados evidenciam que existem várias tentativas de burlar as filas de cirurgias, muitas delas exitosas, principalmente por influência política e que além de acarretarem maior demora para os pacientes, causam também sentimento de frustração e não governabilidade do processo pela equipe de saúde. Estudos enfatizam que esses encaixes de pacientes sem indicação clínica representam um grave problema na saúde do País e fraude no sistema, que são passíveis de medidas judiciais e decorrem principalmente da falta de transparência e controle inadequado por parte da gestão (CONILL, 2011; SOUSA, 2020).

O impasse com o gerenciamento de leitos na unidade hospitalar, influencia diretamente no planejamento da assistência cirúrgica e na qualidade do cuidado prestado. Sabe-se que, a dificuldade em se conseguir um leito de internação nos hospitais é um problema antigo na saúde do País e implica em atrasos nas admissões

dos pacientes e cancelamentos de procedimentos e cirurgias, podendo elevar o tempo de permanência hospitalar (SOUZA *et al.*, 2020; FARIA *et al.*, 2010).

O planejamento da assistência é fundamental para o enfermeiro desempenhar suas atividades gerenciais, de forma eficiente e eficaz, com reflexos positivos na qualidade da assistência prestada aos usuários. É uma ação privativa do enfermeiro, que possibilita a organização de tempo, a priorização das atividades, a divisão do trabalho da equipe e o alcance das metas e estratégias estabelecidas pela instituição. Sem o devido planejamento, as chances de gerenciar o cuidado com qualidade e alcançar os objetivos se desestruturam, uma vez que a equipe não terá clareza sobre as atividades a serem realizadas (TREVISO *et al.*, 2017).

A alocação inadequada dos pacientes é, geralmente, uma das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para contornar a insuficiência de leitos nos hospitais, o que aponta a necessidade de criar uma gestão de fluxos de pacientes para melhor gerenciar o cuidado, com segurança e local apropriados (CAVALCANTE, 2018; SOUZA *et al.*, 2020).

Somado a todos esses desafios, os resultados revelam que a presença de um processo de trabalho bem estruturado, envolvendo setores e equipes se faz extremamente necessário, principalmente para melhor direcionar as rotinas e orientar o paciente de maneira adequada. A importância da orientação sobre o atendimento aos usuários dentro das redes de atenção à saúde, inclusive através da utilização de materiais educativos, é o passo inicial para uma assistência baseada nos princípios doutrinários e organizativos do SUS, que atenda às necessidades de saúde (GOLFI *et al.*, 2021; LACCHINI *et al.*, 2011).

Outro ponto está nas mudanças constantes no ambiente de trabalho hospitalar, que além de tornar a comunicação mais difícil, geram conflitos e dificultam o trabalho em equipe. Infere-se que a fragilidade de comunicação entre os profissionais é a causa raiz dos demais problemas, uma vez que como ferramenta gerencial, a comunicação segura e efetiva se torna indispensável nos processos de gestão em saúde, é uma das metas internacionais de segurança do paciente e pode reduzir a ocorrência de eventos adversos e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (BAGNASCO, 2013; OLINO *et al.*, 2019).

Na ausência de um fluxo que contemple todo o processo de trabalho e os atores nele envolvido, a falta de orientação clara e objetiva aos pacientes e a fragmentação do processos cirúrgicos em várias etapas e se torna um problema, na medida em que dificulta a integração e pactuação entre as Redes de Atenção à Saúde, além de outros desafios relacionados a sobreposições nas atividades executadas pelas equipes, falhas na comunicação entre profissionais e pacientes, e a procura por objetivos divergentes que impactam diretamente nos resultados dos processos de atendimento (RAFFA, *et al.*, 2017; SOUZA; MEDINA, 2018).

Na perspectiva da integralidade, autores afirmam que é importante manter a integração entre serviços de saúde, junto com a criação de fluxos facilitadores para melhor performance das equipes e adequado acompanhamento e assistência no cuidado do paciente, mesmo diante da necessidade de referenciá-lo aos atendimentos especializados (MEDEIROS *et al.*, 2016; BOMBARDA *et al.*, 2015).

Com todos os desafios inerentes ao cuidado cirúrgico, o perfil profissional requerido deve ser considerado como um ponto relevante, principalmente na otimização e resolutividade do processo; fato corroborado por estudos que constataam que as organizações de saúde demandam, cada vez mais, enfermeiros que tenham proatividade, ideias criativas e inovadoras, capacidade resolutiva e de negociação para tomar decisões mais assertivas no ambiente de trabalho (RIBEIRO *et.*, 2014), competências e habilidades estas também requeridas e regulamentadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001) e pela Lei 7.498/1986, que dispõe sobre do exercício profissional da enfermagem (BRASIL, 1986).

Para o desenvolvimento desse perfil requerido, é exigido do profissional o uso de competências, habilidades e atitudes que integrem ações gerenciais e assistenciais do processo de trabalho para melhor desempenho das atividades e alcance dos objetivos. O uso de competências no desenvolvimento do trabalho é considerado indispensável ao gerenciamento do cuidado (TREVISO *et al.*, 2017; SIEWERT *et al.*, 2017; ROTHBARTH, *et al.*, 2009).

Os resultados mostram que, ao se tratar do conceito de gerenciamento do cuidado, os profissionais compreendem a importância no processo de trabalho para efetivação da assistência qualificada e priorização das atividades, além de

compreenderem a articulação entre as dimensões gerencial e assistencial (SANTOS *et al.*, 2013).

As enfermeiras sinalizaram que o gerenciamento do cuidado possui estreita relação com integralidade na assistência e integração do cuidado em saúde, à medida em que deve contemplar todos os níveis de atenção à saúde e assistir, de maneira holística, o paciente. Essa percepção é corroborada por estudos que sinalizam a importância de articulação entre as equipes de saúde e de suas atividades com os demais setores envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde para garantia do cuidado aos pacientes e para assegurar o princípio da integralidade (MEZARROBA *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2017).

Sobre as ações do gerenciamento do cuidado, foram identificadas o planejamento da assistência, o dimensionamento da equipe e a coordenação do cuidado. Isso pode ser justificado pelo valor acertadamente atribuído à sistematização do trabalho do enfermeiro e de sua equipe, essenciais para qualificação da assistência, que aliado ao uso das ferramentas de supervisão, planejamento, coordenação do cuidado, somado aos conhecimentos e habilidades específicas do profissional, estão plenamente atreladas ao ato de gerenciar (COSTA *et al.*, 2019). O planejamento da assistência quando utilizado para melhoria do processo é um aliado do enfermeiro no gerenciamento do cuidado, por possibilitar a otimização do tempo, organização e divisão da equipe e padronizar as atividades (TREVISO *et al.*, 2017).

Diante do exposto, é possível inferir que as reflexões coletivas na perspectiva da EPS, possibilitaram a problematização do contexto investigado e o levantamento das necessidades do trabalho e das ações de melhorias para a estruturação do fluxo de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo. A proposta de utilização da EPS no contexto deste estudo, foi envolver os profissionais no processo de reflexão sobre assistência cirúrgica, para que, a partir daí, as mudanças pudessem acontecer, primeiro na compreensão sobre a realidade investigada, e depois no estabelecimento de novas estratégias para o gerenciamento do cuidado aos pacientes. A problematização do trabalho, foi importante para que as estratégias elaboradas fossem atingíveis pelos profissionais envolvidos nesse processo de construção e elaboração do fluxograma.

É importante enfatizar o papel da Educação Permanente para ampliação de novos horizontes e possibilidades no contexto da saúde, permitindo o envolvimento dos sujeitos, a troca de saberes, o favorecimento do protagonismo e a reflexão e mudanças nas práticas do serviço para atender as necessidades de saúde, desde a prevenção, promoção, tratamento e recuperação. A relação estabelecida pelos sujeitos permite ainda a contínua revisão das práticas, o confronto com a experiência coletiva, e a escuta ativa dos usuários (GONÇALVES, *et al.*, 2019; LUZ, 2010). Nesse sentido, os resultados apresentados e discutidos reforçam que a Educação Permanente se faz necessária para o aprimoramento dos serviços de saúde e qualificação da assistência aos pacientes (BETTANIN, 2020; DOLNY, 2020).

Deve-se considerar como limitação desta pesquisa, a amostra reduzida para coleta de dados e a não realização da etapa de implantação e avaliação do fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo no cenário investigado.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo deste estudo, de desenvolver um fluxograma de atendimento aos pacientes cirúrgicos eletivos utilizando como estratégia a educação permanente em saúde, a partir das fragilidades atribuídas por enfermeiras, foi possível observar uma relação entre as categorias no contexto investigado após análise dos dados.

O mapeamento das etapas de assistência cirúrgica é o ponto de partida para compreender os desafios vivenciados por enfermeiros no gerenciamento do cuidado e seu impacto na assistência cirúrgica eletiva. Constatou-se que, a dificuldade de acesso às consultas especializadas, a terceirização dos serviços de saúde e a falta de organização do atendimento de demanda espontânea e programada nas unidades de saúde, representam pontos críticos que atrasam o processo cirúrgico do paciente e dificultam a gestão da fila. No cenário hospitalar, a comunicação fragilizada e a quantidade reduzida de leitos de internação são sinalizados como obstáculos no planejamento da assistência cirúrgica, gerando conflitos e dificultando o trabalho em equipe.

A fragmentação dos processos cirúrgicos em inúmeras etapas foi apontada como um fator estressante, por conceber vários outros problemas, como a falta de integração e pactuação entre os serviços de saúde, sobreposição das atividades e a falta de orientação clara e objetivo aos pacientes. O perfil profissional requerido para a assistência cirúrgica e a sobrecarga de trabalho foram sinalizados como um desafio e também como um fator importante a ser considerado na otimização e resolutividade do processo.

Notou-se que as enfermeiras entendem a articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho como importantes para a priorização das atividades e efetivação da assistência qualificada, e que demonstram o conhecimento das ações de planejamento da assistência, coordenação do cuidado e dimensionamento da equipe como ações que envolvem a gerência do cuidado.

Por meio de espaços coletivos de discussão, a Educação Permanente possibilitou valiosa estratégia de reflexão sobre as necessidades do serviço

relacionadas ao gerenciamento do cuidado cirúrgico. A ressignificação do contexto investigado durante os encontros, possibilitou a construção e desconstrução saberes e práticas voltados a linha de cuidado cirurgico, valorizou o protagonismo dos participantes, e possibilitou o desenvolvimento de ações de melhorias na construção do fluxograma de atendimento.

Observou-se que, a realização de estratégias e ações com foco na EPS é importante para a articulação entre os níveis de atenção à saúde. Somado a isso, é fundamental que sejam desenvolvidas e implementadas ações e estratégias para o enfrentamento de situações como a falta de planejamento, a comunicação inadequada, a fragmentação do trabalho e a rotatividade dos profissionais, de forma participativa e contínua, com foco nas necessidades do cotidiano do trabalho e da população, para melhoria do cuidado prestado.

As dificuldades sinalizadas por parte dos atores envolvidos no processo, sobre a assistência cirúrgica, podem ser um importante foco de intervenção para ações futuras. Os resultados dessa pesquisa e as ações de melhoria levantadas para o paciente cirúrgico, pode dar visibilidade e provocar reflexão crítica para a ampliação do trabalho em saúde, subsidiar o planejamento estratégico e a construção de planos de EPS para demais setores, além do fortalecimento das ações de educação permanente dos serviços de saúde municipal.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.F; CONCEIÇÃO-STIPP, M.A; LEITE, J.L; MATTOS, V.Z; ANDRADE, K.B.S. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. **Aquichan**, v.10, n. 2, p. 115-31, 2010. Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1679/2187>>

AMESTOY, S.C; CESTARI, M.E; THOFEHRN, M.B; MILBRATH, V.M; TRINDADE, L. L; BACKES, V.M.S. Processo de formação de enfermeiros líderes. **Rev. bras. enferm.** v.63 n.6 Brasília Nov./Dez. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/11.pdf>>

ANDRADE, J. S; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. **Rev. Bras. Enferm**, v. 58, n. 3, p. 261-5, 2005.

ASSIS, B.C.S; SOUSA, G.S; SILVA, G.G; PEREIRA, M.O. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? **REAS/EJCH**, v.12, n.6, p. e3134, 2020.

BAGNASCO, A; TUBINO, B; PICCOTTI, E; ROSA, F; ALEO, G; PIETRO, P.D; *et al.* Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. **Int Emerg Nurs**, v.21, n.3, p. 168-72, 2013.

BARBOSA, D.V.S; BARBOSA, N.B; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad Saúde Colet**, v.24, n.1, p. 49-54, 2016.

BARCELLOS, Rosilene M.S. et al. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, 2020, e0026092.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa Edições 70, 2004.

BETTANIN, F.S.M; RODRIGUES, J.C; BACCI, M.R. Educação permanente em saúde como instrumento da qualidade assistencial. **Brazilian Journal of Development** , n.6, n.7, p. 42986–42992, 2020.

BETTANIN, S. M; RODRIGUES, J.C; BACCI, M.R. Educação permanente em saúde como instrumento da qualidade assistencial. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 42986-42992 jul. 2020.

BIANCHI, E.R.F, CAREGNATO, R.C.A.; OLIVIERA, R.C.B. Modelos de assistência de enfermagem perioperatória In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) *Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação*, 2.ed – Barueir, SP. Manole, 2016. cap. 3, p.33-52.

BOMBARDA, F; SMOLENTZOV, S; LIMA, L.C ; JUNIOR, D.M.F; EXALTAÇÃO, S.M. **Bol. Inst. Saúde**, v.16, p. 48-51, 2015.

BORGES, T. A. C; SÁ, R.C; NEVES, M.G.C. Planejamento da Assistência em

Enfermagem: proposta para implementação de um instrumento administrativo assistencial. **Com. Ciências Saúde**. 2017; 28(3/4):413-418.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jun. 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, 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 [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. **Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – 2.ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>.

CARDOSO, M. L. M.; COSTA, P. P.; COSTA, D. M.; XAVIER, C.; SOUZA, R. M. P. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CAROTTA, F; KAWAMURA, D; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

CARVALHO, Gyl Dayana Alves de. Compreendendo o gerenciamento do cuidado na assistência hospitalar: dificuldades e estratégias sob a perspectiva de enfermeiros assistenciais [**Dissertação de Mestrado**]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2016.

CAVALCANTE, I.C.O.S; FERREIRA, L.V.F. A importância da hospitalidade e qualidade dos serviços na hotelaria hospitalar. **R. Tur. Contemp**, v.6, n.1, 2018.

CAVEIÃO, C. et al. Prática docente da disciplina de Administração em Enfermagem: facilidades e dificuldades. **REVISTA PRÁXIS**, Ano VII, n. 13, janeiro de 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25129/27792>>.

CECCIM, R. B. Emergência de um “campo de ação estratégica” ordenamento da formação e educação permanente em saúde. **SANARE**, Sobral - V.18 n.01,p.68-80, Jan./Jun. – 2019.

CHAVES, L.D.P; LAUS, A.M; CAMELO, S.H. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 14, n.3, p.671-8, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a25.htm>>.

CHRISTOVAM, B.P; PORTO, I.S; DE OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 734-741, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/28.pdf>>

CIRILO, D.J; SILVA, M.M; FULY, P.S.C; MOREIRA, M.C. A gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa. **Texto contexto enferm**, v.25, n.3, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt\\_0104-0707-tce-25-03-4130015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-4130015.pdf)>.

CLIVERALLO, F.F; VITORIANO, M.C.C.P. Mapeamento de processos como ferramenta para gestão de documentos. **Em questão**, v 28, n 1, p. 90-127, 2022.

CONILL, E.M; GIOVANELLA, L; ALMEIDA, P.F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16 n.6, 2011.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 543/2017**. *Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem*. Brasília/DF, 18 de abril de 2017.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n<sup>o</sup> 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html).

COSTA, K.C; MARQUES, R.C; CECCIM, R.B; SILVA, K.L. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. **Rev APS**, p. v. 1, n. 2, p. 132-10, 2019.

COSTA, M.A.R; SOUZA, V.S; TESTON, E.F; *et al.* Permanent education in health: the freire concept as an aid in care management. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 10, n. 2, p. 558-564, 2018.

COSTA, MARIA GABRIELA DE OLIVEIRA DA. Dificuldades de enfermeiros na gestão da segurança do paciente no centro cirúrgico/ Maria Gabriela de Oliveira Costa; Orientador, José Luiz Guedes dos santos, 2020. 61p.

COSTA, R. A; SHIMIZU, H. E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital--escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 5, p.654-62, 2005.

COSTA, S.P. *et al.* Enfermeiro no âmbito da gerência na Unidade de Terapia Intensiva: Uma revisão integrativa. **RGS**, v. 21, n. 1, p. 23-33, 2019.

DAMASCENO C, SILVINO ZR, CHRISTOVAN BP *et al.* Competências gerenciais do enfermeiro: a visão dos professores de administração da escola de enfermagem aurora de Afonso costa. **R. pesq.: cuid. Fundam**, 2(Ed. Supl.), p. 1003-1007, 2010.

DELLAROZA, M. S. G. *et al.* O ensino de gerência em enfermagem na graduação: umarevisão integrativa. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 36, n. 1, supl, p. 149-158,2015.

DOLNY, L. L; LACE, J. T; NILSON, L. G; CALVO, M. C; NATAL, S; MAEYAMA, M. A. Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Brazilian Journal of Health Review**, v.3, n.1, p.15–38, 2020.

DOLNY, L.L *et al.*, Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.15-38 jan./feb. 2020

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

FACHOLA, K. *et al.* Proposta de Gestão de riscos: mapeamento de fluxo, riscos e estratégias de segurança em um centro cirúrgico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e33111622283, 2022.

FARIA, E; COSTA, K.R. A; SANTOS, M.A; FUMIO, M.K. Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica. **Rev. adm. Saúde**, v.12, n.47, p.63-70, 2010.

FERREIRA, A. F. Educação Permanente como estratégia para realização e valorização do registro de enfermagem **[Dissertação de mestrado]** – Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2017.

FERREIRA, M.S.G; ANDERSON, M.I.P. Sobrecarga de trabalho e estresse: relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n.42, p. 2188, 2020.

FERREIRA, V. H. S; TEIXEIRA, V.M; GIACOMINI, M. A; ALVES, L. R; GLERIANO; J. S; CHAVES, L.D.P. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Rev Gaúcha Enferm**, v.40, p. e20180291, 2019.

FURUKAWA, P. O; CUNHA, I.C.K.O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.1, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/15.pdf>>

GOFFI, N. C. P; SOUZA, N. D. DE; LIMA, A. R. S; LOPES, S. J. C. A importância da orientação aos usuários sobre o fluxograma de hierarquização na saúde. **Revista Multidisciplinar Em Saúde**, v.2, n.4, p.126, 2021.

GONÇALVES, A.C, *et al.*, O Papel do Mapeamento de Processos - um estudo sobre a realização de exames periódicos da saúde em um órgão público. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.3, p. 21272-21296, mar 2021.

GONÇALVES, C. B.; PINTO, I. C. M.; FRANÇA, T.; TEIXEIRA, C. F. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial, p. 12 – 23, 2019.

GONÇALVES, C. B; PINTO, I. C. M; FRANÇA, T; TEIXEIRA, C. F. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 43, n. 1, p. 12-23, 2019.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190.

GUTIERRES, L.S; SANTOS, J.L.G; PEITER, C.C; MENEGON, F.H.A; SEBOLD, L.F; ERDMANN, A.L. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. **Rev Bras Enferm**. v.71, n.6, p. 2775-82, 2018.

HADDAD, N; BITTAR, O.J.N.V; PEREIRA, A.A.M; *et al.*, Consequences of the Prolonged Waiting Time for Patients Candidates for Heart Surgery. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 78, n. 5, p. 459-465, 2022.

HAUSMANN, M. PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto contexto – enferm**, v.18, n.2, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf>>

HENRIQUES, A. H. B; COSTA, S.S; LACERDA, J. S. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, vol. 21, núm. 4, 2016.

JACOBOVSK, R.; FERRO, L. F. Educação permanente em Saúde e Metodologias Ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e39910313391, 2021.

JUNIOR, G.P.S. Mapeamento de processo: o caso da cadeia de abastecimento de uma empresa de atacado em vestuário. [**Dissertação de Mestrado**]- João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2017.

KLUBER, T.E. Atlas ti como instrumento de análise em pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica. *Educ. Temat. Digit*, v.16, n.1, p.5-23, 2014.

KOERICH, C; ERDMANN, A.L; LANZONI, G.M.M. Professional interaction in management of the triad: Permanent Education in Health, patient safety and quality. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.28, p.e3379, 2020.

KOERICH, M. S; BACKES, D. S; SOUZA, F. G. M; ERDMANN, A. L; ALBUQUERQUE, G. L. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], v. 11, n. 3, p.717-23, 2009.

LACCHINI, A. J. B. *et al.*, Importância das orientações do enfermeiro para pacientes no período pré-operatório. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, 2011.

LAVICH, C.R.P; TERRA, M.G; MELLO, A.L; RADDI, T.Z.M; ARNEMANN, C.T. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 1, p. e62261, 2017.

LEOPOLDINO, M.A.A. Assistência de enfermagem no centro cirúrgico qualificada pela educação permanente [**Especialização**]- Porto Alegre: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ, 2016.

LESSA, A. B. S. L; ARAUJO, C. N. V. A Enfermagem Brasileira: Reflexão sobre sua atuação política. *REME • Rev Min Enferm*. 2013 abr/jun; 17(2): 481-487.

LIPPI, M.C; FLEXA, R.G.C; SILVA, G.V; *et al.*, Gestão de lista de espera como abordagem para planejamento e coordenação de serviços de saúde eletivos. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.9, n.1, p.159-177., 2018.

LORENZINI, Elisiane; DECKMANN, Lidiane Rossato; SILVA, Eveline Franco da. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro obstétrico. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 3, p. 661-68, 2015.

LUCCA, T.R.S; VANNUCHI, M.T.O; GARANHANI, M.L; CARVALHO, B.G; PISSINATI, P.S.C. O significado da gestão do cuidado para docentes de enfermagem naótica do pensamento complexo. **Rev Gaúcha Enferm**, v.37, n.3, p. e61097, 2016.

LUZ, Francys Mary da. Educação Permanente em Saúde (EPS): uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho [**Dissertação de mestrado**] - Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p.15-24, 2020.

MARTINI, E.L. Mapeamento de Processo em Centro Cirúrgico: Problemas e Propostas de Solução, **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 49, 2019.

MAYA, C. M; SIMÕES, A. L. A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Rev. Bras Enferm**, v. 64, n. 5, p. 898-904, 2011.

MEDEIROS, L. B *et al.*, Integração entre serviços de saúde no cuidado às pessoas vivendo com aids: uma abordagem utilizando árvore de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p.543-552, 2016.

MEDEIROS, S.A. Gestão em centro cirúrgico sob a perspectiva da educação permanente em saúde. [**Dissertação de mestrado**]- Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2018.

MELO, F.F.O; BRASILEIRO, M.E. Sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico: papel do enfermeiro. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. V. 1, p.163-179, 2018.

MENEGAZ, J. C.; BACKES, V. M. S. Formação para o Sistema Único de Saúde: o que fazem bons professores na percepção dos estudantes. **Inves. Educ. Enferm**, v. 33, n. 3, p. 500-08, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n3/v33n3a14.pdf>>

MEZABORA, E; CAMARGO, G.M; SCORTEGAGNA, C.N; DA SILVA, N; RODRIGUES, A.B; WANDER, B.A. Integralidade do cuidado: um relato de experiência. **J Manag Prim Health Care**, v.13, p. e023, 2021.

Ministério da Saúde. **CNES-DADASUS**. Brasília, [2023]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>.

MONTEZELLI, J.H; PERES, A.M; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev. Bras. Enf**, v. 64, n. 2, p. 348-54, 2011.

MYAKAVA, L. H. K; SANTOS, M. A; PÜSCHEL, V.A.A. Knowledge, skills, and attitudes of nursing students on evidence-based practice. **Rev Esc Enferm USP**; v.55, p. e2020042, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0428>

NACIMENTO, I. D. Aplicação de mapeamento de processos para contribuição da gestão do conhecimento em uma empresa júnior. [**Dissertação de Mestrado**]- Minas Gerais: Universidade Federal de Uberlândia, 2018.

NOGUEIRA DE SÁ, A. C. M. G; FERREIRA, E. R. O; XAVIER, J. C; ALVES, C. M. Educação Permanente para Qualificação da Assistência de Enfermagem em um Hospital Público. v. 22, n. 1 Páginas 87-94, 2018.

NUNES, E.F.P.A; CARVALHO, B.G; NICOLETTO, SC.S; CORDONI JUNIOR, L; OGATA, M.N; SILVA, J.A.M; PEDUZZI, M; COSTA, M.V; FORTUNA, C.; FELICIANO, A.B. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. **Rev Esc Enferm USP**, v.55, p. e03733, 2021.

OLINO, L; GONÇALVES, A, C; STRADA, K,R; VIEIRA, L.B; MACHADO, M.L.P; MOLINA, K.L; COGO, A.L.P. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e *Modified Early Warning Score*. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.40, 2019.

OLIVEIRA, F.E.L; FERNANDES, S.C.A; OLIVEIRA, L.L; QUEIROZ, J.C; AZEVEDO, V.R.C. A gerência do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev Rene**, v. 13, n. 4, p. 834- 44,2012.

OLIVEIRA, N. C; CHAVES, L.D.P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 19-27, 2009.

OLIVEIRA, S. S. Mapeamento e análise do processo de atendimento ao cliente: estudo de caso de uma empresa de autopeças na cidade de Maceió. **Revista Valore**, Volta Redonda, v. 5 (edição especial), p.384-400, 2020.

PEDUZZI, M; AGRELI, H.L.F; SILVA, J.A.M; SOUZA, H.S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. educ. saúde**, v. 18, n.1, 2020.

PINHEIRO, G.E.W; AZAMBUJA, M.S; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v.42, n. especial 4, p. 187-197, DEZ 2018.

PIZZINATO, A. et al. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. **Revista brasileira de educação médica**, v. 36 (1 Supl. 2), p. 170 – 177, 2012.

PRATES, C.C; BANDEIRA, D.L. Aumento de eficiência por meio do mapeamento do fluxo de produção e aplicação do Índice de Rendimento Operacional Global no processo produtivo de uma empresa de componentes eletrônicos. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 18, n. 4, p. 705-718, 2011.

RAFFA, C; MALIK, A.M; PINOCHET, L.H.C. o desafio de mapear variáveis na gestão de leitos em organizações hospitalares privadas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 6, n. 2. Maio/ Agosto, 2017.

REIS, D.L.A; KIETZER, K.S; BORGES, R.C.S; CALDATO, M.C.F; CASTRO, T.M.G. Construção de Manual de Orientações para a Educação Permanente em Centro Cirúrgico: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. REAS, vol. 13, n. 3, 2021.

REIS, D.O.N.S; MENESES, R.O; PINTO, C.M.I; SILVA, M.V.G; TEIXEIRA, N.F. Indicadores gerenciais do mapa cirúrgico de um hospital universitário. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v.24, n.4, p. 217-223, 2019.

RIBEIRO, M.B. A educação permanente no treinamento do enfermeiro de centro cirúrgico: revisão integrativa. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 22, n.2, p. 98-105, 2017.

ROJAS, F.L.L; KEHRIG, R. T; BIATO, E.C.L; SATOS, N. C. Educação permanente em saúde: o repensar sobre a construção das práticas de Saúde. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n.2, p. 310-330, 2019.

ROTHBARTH, S; WOLFF, L.D.G; PERES, A. M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de Administração aplicada à Enfermagem. **Texto contexto - enferm**. v.18, n.2, 2009.

SALGADO, C. C. R; AIRES R. F. F; WALTER, F; ARAÚJO, A. G. Contribuições à melhoria de processos organizacionais: uma avaliação empírica sob a perspectiva de mapeamento de processos em uma unidade da Universidade Federal da Paraíba, **HOLOS**, v.1, n. 29, 2013.

SANTIAGO, A.R.J.V; CUNHA, J.X.P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 443-448,2011. Disponível em:

SANTOS, J.L.G; LIMA, M.A.D.S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev Gaúcha Enferm**. v.32, n.4, p. 695-702, 2011.

SANTOS, José Luís Guedes dos, et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 257, 2013a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>>

SANTOS, José Luís Guedes dos; GARLET, Estela Regina; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 525-532, 2009.

SCHENSUL, J. J. Key informants. In B. A. Norman (Ed). **Encyclopedia of health & behavior**, v. 1, p.569-571, 2004. Thousand Oaks: Sage Publications.

SENNA et al., Gestão da fila de espera para cirurgias eletivas em hospitais do sistema único de saúde. **Braz. J. Surg. Clin. Res**. v.30 n.2,p.79-82, Mar - Mai 2020.

SENNÁ, M.H; DRAGO, L.C; KIRCHNER, A. R; SANTOS, J.L.G; ERDMANN, A.L; ANDRADE, S.R. Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação do enfermeiro. **Rev Rene**, v.15, n.2, p. 196-205, 2014.

SIEWERT, J. S. et al. Gestão do cuidado integral em enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 21, n. 0, p. 1–5, 2017

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 24, e190840, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190840>>

SILVA, E.Y.F. Mapeamento de processos do fluxo de trabalho de uma empresa gráfica localizada em Paulo Afonso- BA. [**Dissertação de Mestrado**]- Alagoas: Universidade Federal de Alagoas, 2019.

SILVA, T.O. Lean Healthcare: gestão de qualidade em centro cirúrgico [**Dissertação de Mestrado**]- Minas Gerais: Universidade Federal de Alfenas, 2018.

SILVA, vânea lúcia dos santos; CAMELO, silvia helena Henriques. A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 4, p. 533-9, 2013.

SILVEIRA, C. A; PAIVA, S. M. A. A evolução do ensino de enfermagem no brasil: uma revisão histórica. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.1, p.176-183, 2011.

SIQUEIRA, R. R *et al.*, A importância do mapeamento de processos para o ensino e aprendizagem dos alunos do curso técnico em administração do ifbaiano. **REPAE**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 75-89, jul./dez. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010.

SODER, R. OLIVEIRA, I. C; SILVA, L. A. A; SANTOS, J. L.G; PEITER, C.C; ERDMANN, A. L. Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enferm. Foco**, v.9, n.3, p. 76-80, 2018.

SOUSA, C.S; ACUNÃ, A.A. Painel do mapa cirúrgico como ferramenta de comunicação e segurança do paciente. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 27, p. e2227794, 2022.

SOUSA, F.M.S; SEVERO, A.K.S; SILVA, A.V. F; AMORIM, A.K.M.A. Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(1), e300111, 2020.

SOUSA, M.B.A. As filas de espera no sus e a interface saúde justiça, [**Dissertação de Mestrado**]- Brasília: Instituto Brasiliense de Direito Público (IDP), 2020.

SOUSA, S. M. Gerenciamento de enfermagem na linha de cuidado: em busca do cuidado integral [**Dissertação de Mestrado**] – Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2014.

SOUZA, D.G. Metodologia de Mapeamento para Gestão de Processos [**Dissertação de Mestrado**]- Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

SOUZA, D.M; VASCONCELAS, B.F; VIANA, D.M.S; RIBEIRO, L.C.C; LIMA, A.M.J. Gestão de leitos em um hospital polo da região ampliada de saúde Jequitinhonha: aspectos organizacionais e operacionais do processo de trabalho. **J. Health Biol Sci**, v.8, n.1, p.1-5, 2020.

SOUZA, H.O; CORGOZINHO, M.M. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: revisão integrativa, **HRJ**, v.3, n.14, 2022.

SOUZA, P; CUCOLO, D. F; PERROCA, M. G. Nursing workload: influence of indirect care interventions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p.03440, 2019.

SOUZA, R.M; COSTA, P.P. Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 1, p. 116-126, ago 2019.

SOUZA, T.S; MEDINA, M.G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. **Saúde debate**, v. 42, Out 2018.

STAKE, R. Investigación con estudio de casos. 4. ed. Madri: Morata, 2007.

STRAUSS, A.L.; CORBIN, J. 2008. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2018.

TIBOLA, T. S. A.; CORDEIRO, A. L. P. C.; STACCIARINI, T. S. C.; ENGEL, R. H.; COSTA, D. G.; HAAS, V. J. Fatores que influenciam a participação dos profissionais de enfermagem na educação permanente em hospital público. **Enferm Foco** [Internet], v. 10, n. 2, p. 11-16, 2019.

TREVISIO, P; PERES, S.C; SILVA, A.D; SANTOS, A.A. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde**. v. 17, n. 69, 2017.

WEIRICH, C. F; MUNARI, D. B; MISHIMA, S. M; BEZERRA, A.Q. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto contexto - enferm.**, v.18, n.2, p.249-257, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/07.pdf>>

**APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Iniciais: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F

Tempo de atuação na profissão:  
 \_\_\_\_\_

Área de atuação na instituição:  
 \_\_\_\_\_

<p><i>Em qual etapa você está inserida no processo de cuidado aos pacientes cirúrgicos?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição das etapas do processo de cirurgia eletiva.</li> </ul>
<p><i>Para você, o que significa gerência do cuidado?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domínio de conteúdos que possibilitem ao enfermeiro desenvolver o gerenciamento do cuidado;</li> <li>• Destaque para os aspectos essenciais ao gerenciamento do cuidado: dimensionamento de equipe, liderança, planejamento da assistência (SAE), capacitação de equipe, gerenciamento de materiais, coordenação do cuidado, realização de procedimentos mais complexos e avaliação dos resultados;</li> <li>• Articulação entre os papéis gerencial e assistencial do enfermeiro em qualquer área de atuação.</li> </ul>
<p><i>Como se dá a articulação entre gerenciamento e cuidado na sua prática profissional?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhece a responsabilidade enquanto enfermeiro no desenvolvimento das competências e habilidades gerenciais;</li> <li>• Valoriza e fomenta a sua autonomia capacidade crítico- reflexiva enquanto profissional;</li> <li>• Entende a importância da tomada de decisão.</li> <li>• Entende a importância de atividades gerenciais durante a prestação do cuidado.</li> </ul>
<p><i>Como é planejado o cuidado aos pacientes cirúrgicos eletivos?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra planejamento para realização das atividades práticas com os alunos.</li> </ul>
<p><i>Quais dificuldades você percebe para o planejamento da assistência aos pacientes cirúrgicos eletivos no hospital? E as facilidades?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articula as dimensões gerencial e assistencial durante as práticas assistenciais;</li> <li>• Identificação, potencialização e gerenciamento assistência de enfermagem e das dificuldades individuais e coletivas relacionadas ao cuidado.</li> </ul>

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Suzayne Naiara Leal e gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada **“Educação Permanente como ferramenta de articulação entre gerenciamento e cuidado de Enfermagem aos pacientes cirúrgicos eletivos”**, que tem o objetivo de construir um fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo, por meio da educação permanente, a partir das fragilidades atribuídas por enfermeiros sobre as práticas de gerenciamento do cuidado. Você foi selecionado como potencial participante por ser enfermeiro efetivo da instituição investigada e atuar nas atividades de atenção ao paciente cirúrgico, que é de interesse da pesquisa, possibilitando o fornecimento de dados que ajudem a identificar as fragilidades e potencialidades atribuídas por enfermeiros sobre o gerenciamento do cuidado ao paciente cirúrgico eletivo. Você receberá orientações acerca da metodologia da pesquisa antes, durante e após a realização da mesma, ou em qualquer momento em que você sentir necessidade, devendo se sentir à vontade para fazer qualquer questionamento. Caso concorde, você participará desta pesquisa, para a qual será realizado uma entrevista. Não há qualquer custo ou obrigação decorrente de sua participação. As respostas obtidas não serão fornecidas a ninguém, sendo garantido que seu nome não aparecerá em nenhum momento. Participar desta pesquisa pode gerar constrangimento e/ou desconforto. Caso isso ocorra, sinta-se à vontade para interromper a entrevista definitivamente ou sugerir a continuidade em outro momento. Reforço, contudo, que suas informações não serão disponibilizadas a ninguém, sendo mantidas em sigilo com a pesquisadora principal. Assim, deve ficar claro que você tem a liberdade de consentir ou não com a participação neste estudo. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você. Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimento em saúde.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa “Educação Permanente como ferramenta de articulação entre gerenciamento e cuidado de Enfermagem aos pacientes cirúrgicos eletivos”, bem como uma via deste termo, assinada pela pesquisadora, ciente dos meus direitos, concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Suzayne Naiara Leal  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

### CONTATO DAS PESQUISADORAS

Pesquisadora: Suzayne Naiara Leal  
Telefone para contato: (91) 98118-0874  
Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP – USP  
E-mail: suzayneleal@hotmail.com

Pesquisadora: Dr.<sup>a</sup> Andrea Bernardes  
Telefone para contato: (16) 3315-3471  
Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP – USP  
E-mail: andreab@eerp.usp.br

## ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Educação Permanente como ferramenta de articulação entre gerenciamento e cuidado de Enfermagem aos pacientes cirúrgicos eletivos

**Pesquisador:** Suzayne Leal

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60184622.3.0000.5393

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.700.273

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de respostas a pendências apresentadas por este CEP em Parecer Consubstanciado: 5.561.661.

Data do Parecer: 04 de Agosto de 2022.

As informações elencadas nos campos "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1920645.pdf) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto.pdf).

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:**

Desenvolver um fluxograma de atendimento ao paciente cirúrgico eletivo, por da pesquisa ação, a partir das fragilidades atribuídas por enfermeiros sobre as práticas de gerenciamento do cuidado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Tópico já apreciado.

Endereço: BANDEIRANTES 3900  
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902  
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.700.273

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos:

- 1- PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1920645.pdf,
- 2- OficiorespostaparecerCEP.pdf,
- 3- Projeto.pdf,
- 4- termo.pdf,
- 5- Orcamento.pdf,
- 6- encaminhamentoCEP.pdf,
- 7- folhaderosto.pdf,
- 8- cronograma.pdf,
- 9- concordancia.pdf,

**Recomendações:**

Vide Item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise das respostas às pendências, seguem considerações:

1. Item de pendência: No Projeto de Pesquisa, solicita-se incluir o número de participantes do estudo, assim como está apontado no

PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1920645.pdf

Resposta da pendência 1: Incluído o número de participantes do estudo na seção de materiais e métodos Item 4.3 seleção dos participantes.

**PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA**

2. Item de pendência: - Inserir no texto que, em caso de dúvida, o participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética, indicando telefones, endereço, e-mail e horário de funcionamento. - Inserir endereço, telefone e horário de funcionamento do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, bem como uma breve descrição da função do CEP Resposta da

Endereço: BANDEIRANTES 3900  
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.700.273

pendência 2 e 3: Inserido no texto do TCLE, os contatos, e-mail, horários de funcionamento e breve descrição da função do CEP da EERP USP para esclarecimento de quaisquer dúvida que venha a ocorrer.

**PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA**

3. Item de pendência: Adequar o texto das linhas 3 e 4 (tem como objetivo tem o objetivo de...) e na linha 7 (...participante por [ser] enfermeiro efetivo...).

Resposta da pendência 4: Retificado os itens sinalizados acima

**PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA**

4. Item de pendência: Inserir os Benefícios da Pesquisa. Quanto ao Item BENEFÍCIOS DA PESQUISA, salienta-se que segundo o Item II.4 da Resolução CNS 466/2012 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, AUFERIDO PELO PARTICIPANTE E/OU SUA COMUNIDADE EM DECORRÊNCIA DE SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA. Solicita-se a adequação desse item, deixando claro para o participante da pesquisa se o BENEFÍCIO é DIRETO OU INDIRETO, IMEDIATO OU TARDIO.

Resposta da pendência 5: Inserido os riscos e benefícios deste estudo na seção aspectos éticos da pesquisa.

**PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA**

5. Item de pendência: Não consta a garantia de assistência, acompanhamento e indenização em caso de danos decorrentes da participação no estudo. Ressalta-se que o participante da pesquisa sempre tem direito à indenização por danos relacionados à pesquisa, conforme itens V.6 e V.7 da Resolução CNS 466/2012. Solicita-se que sejam incluídas no TCLE garantias de compromisso explícito por parte dos responsáveis pelo estudo garantindo assistência, acompanhamento e indenização por dano decorrente da pesquisa. Deve estar claro ao participante da pesquisa seu direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa (Resolução CNS 466/2012, IV.3-h)

Resposta da pendência 6 e 7: Inserido no TCLE esclarecimentos sobre a garantia de assistência, acompanhamento e indenização em caso de danos decorrentes da participação

Endereço: BANDEIRANTES 3900  
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902  
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.700.273

no estudo.

**PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA**

6. Item de pendência: Solicita-se que conste no TCLE a garantia de que o/a Pesquisador/a Responsável irá divulgar os resultados do estudo para os participantes da pesquisa e instituições onde os dados foram obtidos (Item 3.4.1.14, da Norma Operacional CNS 001/2013).

Resposta da pendência 6: Inserido no TCLE sobre o compromisso com a divulgação dos resultados aos participantes e instituição envolvidas no estudo.

**PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA**

7. Item de pendência: Ausência de esclarecimentos sobre medidas de segurança - Covid-19

Resposta da pendência 7: Inserido no TCLE sobre as medidas de segurança contra a covid-19 a serem seguidas pelos participantes e pesquisadores durante a coleta de dados do estudo.

**PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA**

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Em atendimento ao subitem II,19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/research-comite-etica-pesquisa-relatorio/>

Parecer apreciado ad referendum.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.700.273

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1920645.pdf	21/08/2022 15:25:10		Aceito
Outros	OficiorespostaparecerCEP.pdf	21/08/2022 15:24:42	Suzayne Leal	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/08/2022 15:22:30	Suzayne Leal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	21/08/2022 15:21:24	Suzayne Leal	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	22/06/2022 15:49:44	Suzayne Leal	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	encaminhamentoCEP.pdf	22/06/2022 15:43:33	Suzayne Leal	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	10/06/2022 13:54:16	Suzayne Leal	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	07/06/2022 14:05:39	Suzayne Leal	Aceito
Declaração de concordância	concordancia.pdf	07/05/2022 10:15:21	Suzayne Leal	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 14 de Outubro de 2022

---

Assinado por:  
RONILDO ALVES DOS SANTOS  
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900  
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3315-9157 E-mail: cep@ceerp.usp.br