



Universidade do Estado do Pará
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia

Francileni Carvalho Monteiro

**UMA CARTILHA DIGITAL COMO RECURSO FACILITADOR PARA O ENSINO-
APRENDIZAGEM QUANTO A GESTÃO DE LEITOS DE URGÊNCIA
EMERGÊNCIA**

Belém-PA
2025

Francileni Carvalho Monteiro

**UMA CARTILHA DIGITAL COMO RECURSO FACILITADOR PARA O ENSINO-
APRENDIZAGEM QUANTO A GESTÃO DE LEITOS DE URGÊNCIA
EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), como requisito para obtenção de Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Linha de Pesquisa: Fundamentos e Metodologias em Ensino na Saúde na Amazônia.

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Valeria Marques Ferreira Normando

Belém-PA
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

- M775c Monteiro, Francileni Carvalho.
Uma cartilha digital como recurso facilitador para o ensino- aprendizagem
quanto a gestão de leitos de urgência emergência / Francileni Carvalho Monteiro. –
Belém, 2025.
125 f.
- Orientadora: Valeria Marques Ferreira Normando.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde na
Amazônia, Belém, 2025.
1. Ensino superior. 2. Regulação em saúde. 3. Tecnologia educacional. 4.
Urgência e emergência. 5. Ensino. 6. Normando, Valeria Marques Ferreira.
I. Título.

CDD - 23. ed. 607

Catalogação na fonte: Edilene Amorim – CRB-2/1.421

Francileni Carvalho Monteiro

**UMA CARTILHA DIGITAL COMO RECURSO FACILITADOR PARA O ENSINO-
APRENDIZAGEM QUANTO A GESTÃO DE LEITOS DE URGÊNCIA
EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), como requisito para obtenção de Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Linha de Pesquisa: Fundamentos e Metodologias em Ensino na Saúde na Amazônia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Valeria Marques Ferreira Normando

Data da aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Valeria Marques Ferreira Normando - Orientadora
Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Prof.^a Dr.^a. Edileia Monteiro de Oliveira.
Universidade do Estado do Pará (UEPA) - (1º Examinador)

Prof.^a Dr.^a. Marcia Helena Machado Nascimento.
Universidade do Estado do Pará (UEPA) - (2º Examinador)

Prof.^a Dr.^o. Givago da Silva Souza - Membro Suplente
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof.^a Dr.^a. Katiane da Costa Cunha - Membro Suplente
Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Prof.^a Dr. Paulo Eduardo Santos Ávila - Titular Externo
Universidade Federal do Pará (UFPA)

AGRADECIMENTOS

Primeiro quero começar agradecendo a Deus, por ter me dado saúde, sabedoria e força para concluir essa jornada, pois foram muitos obstáculos enfrentados desde o início até a conclusão deste mestrado, tão desafiador para mim. Foram muitas adversidades, mas com o incentivo de muitas pessoas que me acompanharam durante esses anos consegui chegar ao final.

Gostaria de agradecer a professora Valéria Marques Ferreira Normando, pelo apoio e acompanhamento nos primeiros passos até a conclusão desta pesquisa. Agradeço a uma grande amiga que fiz no mestrado Socorro Barbosa, que não largou a minha mão durante as dificuldades, sempre uma apoiando a outra.

Agradeço imensamente um amigo muito especial, Thiago Carvalho, e minhas amigas Sara Valena e Samia Borges, que me auxiliaram com sugestões, apoio e contribuições durante a pesquisa, e o residente Davi Caldas que sua habilidade tecnológica fez o design da primeira versão da cartilha digital.

Agradeço a minha família, principalmente meus pais, filhas e esposo pelo apoio e compreensão durante esse período, me auxiliando com toda a logística da minha vida, para conciliar meus papéis de mãe, estudante, esposa e profissional. Me incentivaram muito a prosseguir durante todo esse processo, cuidando de mim, me trazendo palavras de ânimo, quando o estresse, cansaço físico e mental me consumiam.

RESUMO

MONTEIRO, F.C. **Uma cartilha digital como recurso facilitador ao ensino-aprendizagem quanto a gestão de leitos de urgência emergência.** 2025. 121 p. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) – Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, 2025.

Introdução: A gestão de leitos de urgência e emergência é um desafio crescente no Sistema Único de Saúde (SUS), impactando a qualidade da assistência e a resolutividade dos atendimentos. A capacitação dos profissionais de saúde é essencial para otimizar o fluxo de pacientes e garantir um atendimento eficiente. O desenvolvimento de tecnologias educacionais pode contribuir significativamente para a construção de conhecimento sobre essa temática, servindo como um instrumento facilitador no processo de ensino e aprendizagem. **Objetivo:** Prover a gestão de leitos de urgência e emergência por meio do desenvolvimento de uma tecnologia educacional. **Metodologia:** Trata-se de um estudo metodológico, exploratório e quantitativo, dividido em três etapas: revisão integrativa de literatura, construção da cartilha digital e validação por especialistas. A revisão integrativa seguiu critérios estabelecidos de busca e seleção de artigos. A cartilha foi desenvolvida com suporte de um designer gráfico e validada por especialistas da área da saúde e comunicação, utilizando o Índice de Validade de Conteúdo e a *Suitability Assessment of Materials*, respectivamente. **Resultados e Discussão:** A cartilha apresentou evidência de validade de conteúdo, atingindo um IVC de 98% e evidência de validade de aparência, com escore de SAM de 98,66. Os especialistas avaliaram positivamente a clareza, relevância e aplicabilidade do material para o ensino e prática profissional. A tecnologia educacional demonstrou potencial para aprimorar o conhecimento e ensino sobre regulação de leitos e contribuir para a diminuição da superlotação nos serviços de urgência e emergência. **Considerações Finais:** A cartilha digital é uma Tecnologia Educacional eficaz para o ensino de residentes e profissionais da área da saúde, fornecendo informações acessíveis e didáticas sobre o objetivo das Redes de Atenção à Saúde e suas redes temáticas, como a rede de Urgência e Emergência e seus componentes, além disso aborda o funcionamento do sistema de regulação em saúde. Recomenda-se a aplicação futura da tecnologia educacional ao público-alvo para avaliar sua usabilidade e impacto na prática assistencial.

Palavras-chave: Ensino Superior; Regulação em Saúde; Tecnologia Educacional; Urgência e Emergência; Ensino.

ABSTRACT

MONTEIRO, F.C. **A digital booklet as a facilitating resource for teaching and learning about the management of emergency beds.** 2025. 121 p. Dissertation (Master's Degree in Health Education) – State University of Pará, Belém, Pará, 2025.

Introduction: The management of emergency and urgent care beds is a growing challenge within the Brazilian Unified Health System (SUS), impacting the quality of care and the effectiveness of service delivery. The training of healthcare professionals is essential to optimize patient flow and ensure efficient care. The development of educational technologies can significantly contribute to building knowledge on this topic, serving as a facilitating tool in the teaching and learning process. **Objective:** To support the management of emergency and urgent care beds through the development of an educational technology. **Methodology:** This is a methodological, exploratory, and quantitative study, divided into three stages: integrative literature review, development of a digital booklet, and validation by experts. The integrative review followed established criteria for the search and selection of articles. The booklet was developed with the support of a graphic designer and validated by health and communication specialists using the Content Validity Index (CVI) and the Suitability Assessment of Materials (SAM), respectively. **Results and Discussion:** The booklet showed evidence of content validity, achieving a CVI of 98%, and evidence of appearance validity, with a SAM score of 98.66%. Experts positively evaluated the material's clarity, relevance, and applicability for both education and professional practice. The educational technology demonstrated potential to improve knowledge and teaching on bed regulation and to help reduce overcrowding in emergency and urgent care services. **Final Considerations:** The digital booklet is an effective Educational Technology for training residents and healthcare professionals, providing accessible and didactic information about the goals of the Healthcare Networks and their thematic networks, such as the Emergency and Urgent Care Network and its components. Additionally, it addresses the functioning of the health regulation system. The future application of this educational technology to the target audience is recommended in order to assess its usability and impact on healthcare practice.

Keywords: Higher Education; Health Regulation; Educational Technology; Emergency and Urgent Care; Teaching.

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
FHCGV	Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MAE	Metodologias Ativas de Ensino
NIR	Núcleo de Regulação Interna
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNS	Política Nacional de Saúde
PNRS	Política Nacional de Regulação do SUS
PBE	Práticas Baseadas em Evidências (PBE)
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIL	Revisão Integrativa de Literatura
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAM	<i>Suitability Assessment of Materials (SAM)</i>
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
TCE	Tecnologias Cuidativas-Educacionais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDCI	Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Respostas dos especialistas da área da saúde quanto aos objetivos da cartilha	39
Quadro 2-	Comentários e sugestões dos especialistas da área da saúde quanto aos objetivos	40
Quadro 3-	Respostas dos especialistas da área da saúde quanto à estrutura e apresentação	41
Quadro 4-	Comentários e sugestões dos especialistas da área da saúde quanto à estrutura apresentação	42
Quadro 5-	Respostas dos especialistas da área da saúde quanto à relevância	43
Quadro 6-	Comentários e sugestões dos especialistas da área da saúde quanto à relevância	44
Quadro 7-	Respostas dos especialistas da área da saúde quanto à escrita	45
Quadro 8-	Comentários e sugestões dos especialistas da área da saúde quanto à escrita	46
Quadro 9-	Sugestões dos especialistas de outras áreas	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização dos especialistas da área da saúde	35
Tabela 2-	Caracterização dos especialistas de outras áreas	36
Tabela 3-	IVC global por especialistas da área da saúde	38
Tabela 4-	Grau de Concordância dos especialistas de outras áreas – SAM	47

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE RESIDENTES	18
3.2 GESTÃO DE LEITOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	21
3.3 USO DE TECNOLOGIAS COMUNICACIONAIS NA ÁREA SAÚDE	25
4. MÉTODO	29
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	29
4.2 TIPO DE ESTUDO	29
4.3 LOCAL DE ESTUDO	29
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
4.5 PROTOCOLO DA PESQUISA	30
4.5.1 Etapa 1 – Revisão integrativa de literatura	30
4.5.2 Etapa 2 - Construção da cartilha digital	30
4.5.3 Etapa 3 – Validação da cartilha digital	31
4.5.3.1 <i>Validação de conteúdo</i>	31
4.5.3.1 <i>Validação da aparência</i>	32
4.6 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS	32
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	33
5. RESULTADOS	34
5.1 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO	34
5.2 OS CAMINHOS PARA A PRODUÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL	34
5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS	35
5.4 VALIDAÇÃO DA CARTILHA	37
5.4.1 Validação do conteúdo	37
5.4.1 Avaliação dos especialistas quanto aos objetivos da cartilha	38
5.4.2 Avaliação dos especialistas da área da saúde quanto aos objetivos estrutura e apresentação	41
5.4.3 Avaliação dos especialistas da área da saúde quanto à relevância	43
5.4.4 Avaliação dos especilaistas da área da saúde quanto ao estilo de escrita da cartilha	45
5.5 VALIDAÇÃO DA APARÊNCIA (SCORE DE SAM)	46
6. DISCUSSÃO	50
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	56
PRODUÇÕES ACADÊMICAS NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS	65
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO - IVC (JUÍZES ESPECIALISTAS DA SAÚDE)	72
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – SAM (JUÍZES ESPECIALISTAS EM OUTRAS ÁREAS).	76
APENDICE C – ARTIGO: O USO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMO FERRAMENTA DE ENSINO E APRENDIZADO NA GESTÃO DE LEITOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.	79
APÊNDICE D – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONHECENDO A REGULAÇÃO DE ACESSO À REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO ESTADO DO PARÁ.	87
ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP	125

1. INTRODUÇÃO

A implantação das Redes de Atenção a Saúde (RAS), pelo Ministério da Saúde (MS), significou uma nova etapa de organização do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo da rede é garantir a integralidade do cuidado por meio de redes temáticas prioritárias como a Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas (Tofani *et al.*, 2021).

Especificamente cabe o destaque, a Rede de Urgência e Emergência devido a violência nas cidades, assim como das doenças crônicas não transmissíveis, acidentes automobilísticos e desigualdades socioculturais existentes no país. O referido cenário tende a aumentar o surgimento de agravos podendo suscitar a superlotação dos serviços de urgência e emergência. A falta de resolutividade desses atendimentos foi a precursora da formulação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) implantada em 2003 (Carvalho *et al.*, 2023).

Tomando esta como referência, a dificuldade de leitos hospitalares acaba sendo um problema discutido no âmbito mundial, considerando a alta demanda de pacientes e reduzida disponibilidade de leitos, dificultando as internações, ocasionando o aumento os números de pacientes em salas de urgência e demora da efetivação das altas de pacientes das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (Borges *et al.*, 2020).

Desta forma, permeia-se a importância do ensino sobre regulação em saúde a fim de favorecer o conhecimento sobre o funcionamento dos sistemas de saúde, a considerar a complexidade do assunto e as diversidades de portarias relacionadas à regulação. Diante disso, é necessário qualificar os profissionais de saúde com propósito de realizar atividades pertinentes ao serviço de regulação, (Ferreira; Parra, 2020).

Ao pensar no ensino, a utilização de metodologias com suporte das tecnologias educacionais, podem ser uma importante aliada no ensino dos profissionais de saúde, podendo ser utilizadas nos hospitais que recebem alunos de graduação e residências em área profissional da saúde.

O desenvolvimento de tecnologias educacionais mais atrativas pode facilitar o ensino, saindo do método tradicional e incorporando as novas metodologias de ensino no cenário das universidades, residências e pós-graduações, com o objetivo de formar profissionais mais críticos e reflexivos. O uso dessas tecnologias vem

transformando de maneira rápida os meios digitais de ensino, capaz de criar um processo de aprendizagem dinâmico, interativo, motivacional, portátil, com flexibilidade temporal e espacial, além de reduzir custos da educação tradicional. (Rodrigues, 2022).

O ensino em saúde na área de regulação de urgência e emergência demanda estratégias eficazes, que favoreçam a aprendizagem dos residentes da área de saúde.

Sabe-se que no Brasil, o ensino atravessa por um momento de constante crescimento e modificações nas últimas décadas, diante das atuais demandas e da alta tecnologia, o perfil de formação profissional, nos faz rever de modo preponderante nossa tradicional e clássica maneira de ensinar. O desafio do docente é ser o facilitador de uma formação que favoreça o desenvolvimento da autonomia individualista, mas preparando-a para o coletivo (Ferraz *et al.*, 2021).

Mesmo com os avanços que ocorreram na história da saúde pública do Brasil, e as contribuições para a reorganizar os serviços para se ter uma atenção integral da saúde, observa-se que a qualidade da formação dos profissionais de saúde encontra-se distante do que se deseja, para isso é necessário uma educação contínua, que inclua os profissionais que trabalham nos serviços de saúde e os que estão em formação, e que permita a esses profissionais reconstrua seus conceitos no que diz respeito a sua responsabilidade em sua atuação e com isso fortalecer a implantação da atenção à saúde no SUS (Gomes; Andrade, 2019).

Promover o ensino sobre regulação de acesso às redes de urgências e emergências aos residentes da área da saúde, pode contribuir para a otimização do acesso os usuários dos SUS e uma regulação certa e oportuna.

No ano de 2013 foi instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), essa política descreve as diretrizes para organização do componente hospitalar da RAS, e uma das recomendações é a criação de Núcleo Interno de Regulação (NIRs) nos hospitais como solução para a dificuldade de acesso aos leitos nos serviços de saúde. (Machado *et al.*, 2021).

Tive a oportunidade de atuar no Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), como enfermeira reguladora e preceptora do programa de residência de Enfermagem em Cardiologia, percebi que muitos profissionais e alunos da residência desconheciam a constituição e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e em especial da Rede de

Atenção às Urgências e Emergências (RUE), talvez por sua complexidade ou até mesmo pelo pouco contato com a temática nas universidades, estágios e pós-graduação. Essa constatação me levou a pensar em criar uma metodologia de ensino, através de uma tecnologia educacional, com o objetivo de ensinar sobre a regulação de acesso aos serviços de urgência e emergência.

Foi feita uma análise do processo de regulação do acesso hospitalar no SUS na cidade de Belém do Pará, onde evidenciou-se raso conhecimento dos profissionais e gestores envolvidos nesse processo, além de baixa comunicação entre os serviços e profissionais que compõem a RAS. Diante desse cenário, como uma das sugestões de melhorias, é a capacitação recorrente das equipes assistenciais e de gestão com conteúdos relacionados à regulação de acesso, objetivando melhorias na prestação desses serviços (Alves *et al.*, 2021a).

Para reparar as lacunas de conhecimentos sobre regulação de acesso às redes de urgências e emergências, é relevante trazer esse ensino aos residentes nos Núcleos Internos de Regulação, que são estratégias do Ministério da Saúde para melhorar a regulação de acesso dos usuários do SUS, e o NIR da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna(FHCGV) se tornou um setor relevante aos residentes, por estar relacionado ao acesso dos pacientes com perfil de urgência cardiológica para a FHCGV.

Como o NIR é considerado um setor potencialmente estratégico para o ensino dos residentes da cardiologia, foi relevante a pactuação com a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), a passagem dos residentes de enfermagem e serviço social do programa de cardiologia neste setor, oportunizando um entendimento melhor sobre o funcionamento das linhas de cuidado dos pacientes cardiológicos nas RAS, e como rede de atenção às urgências e emergências está envolvida na regulação dos pacientes que chegam na porta de urgência e emergência cardiológica do hospital.

A atuação do residente de cardiologia no NIR pode favorecer habilidades gerenciais, auxiliando na parte administrativa de leitos da instituição, amplia a visão do residente no que diz respeito ao funcionamento do fluxo dos sistemas de saúde, além disso desenvolve conhecimentos sobre a integração de serviços de saúde externos com o hospital, seu funcionamento interno, processo de internação e movimentação externa e interna do paciente, até a sua alta. Isso tudo contribui de alguma forma em uma assistência de qualidade (Nascimento *et al.*, 2023).

A portaria 1559/GM/MS/2008 veio instituir a Política Nacional de Regulação do SUS (PNRS), e organizar a regulação em três dimensões, como regulação do sistema de saúde, da atenção à saúde e do acesso ou regulação assistencial. Dentro deste contexto o NIR, tem um papel importante propiciando a interface com a RAS, além de outras funções, ele também controla a procura por serviços de urgência (Rodrigues, 2019).

A atuação dos profissionais de regulação é de grande importância, pois os mesmos fazem o elo entre o sistema e o usuário, e devem garantir que o acesso aos serviços de saúde, seja pautado em ações de análise e busca de alternativas para as demandas que são encaminhadas, não esquecendo de priorizar os casos urgentes. No que diz respeito às centrais de regulação, evidencia-se a necessidade de intensificação de estudos a respeito da temática, relacionando-as à educação permanente (Campos; Cortez, 2021).

A partir de todas as dificuldades citadas, como a falta de conhecimento sobre a área de gestão de leitos de urgência e emergência, a importância do ensino sobre a RAS, para uma regulação de acesso efetiva, a necessidade de implementar a proposta trazida pela linha de pesquisa “Fundamentos e Metodologias em Ensino em Saúde na Amazônia” e compreendendo a importância dos esforços na produção do conhecimento para melhor preparar esses profissionais para atuarem na área de regulação dos leitos de urgência e emergência, elaborou-se a seguinte questão norteadora de pesquisa:

Uma tecnologia educacional pode facilitar o processo de ensino-aprendizagem dos residentes de cardiologia da FHCGV do ponto de vista dos juízes especialista, quanto a gestão de leitos de urgência e emergência?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma tecnologia educacional do tipo cartilha digital sobre gestão de leitos de urgência e emergência para o ensino dos residentes

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sintetizar as evidências da literatura sobre a gestão e o processo de regulação de leitos de urgência e emergência;
- Obter evidência de validade de conteúdo da cartilha digital por especialistas;
- Buscar evidência da validade de aparência da cartilha digital, por especialistas da área da comunicação;
- Prover o ensino sobre gestão de urgência e emergência através de cartilha digital sobre gestão de leitos de urgência e emergência.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE RESIDENTES

Os programas de residência em saúde são iniciativas do Ministério da Saúde que contemplam a formação do universitário e do profissional de saúde, como também qualificam os preceptores de residentes em diversos cenários, objetivando as transformações necessárias no ensino e na atenção à saúde (Moreira *et al.*, 2022).

A residência multiprofissional em saúde é uma modalidade de pós-graduação do tipo *lato sensu* que tem como finalidade a formação de profissionais diferenciados dentro do SUS, de construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e reorientação e reorganização das lógicas técnico assistências (Carneiro; Teixeira; Pedrosa, 2021).

Esse tipo de pós-graduação tem como característica principal a formação em serviço, fazendo com que o residente desenvolva habilidades em conjunto com a rotina de trabalho. Essa modalidade de formação profissional, tem como objetivo promover o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde, interligando os profissionais, a comunidade e a gestão visando à melhoria da qualidade de vida (Silva *et al.*, 2015).

Em uma perspectiva histórica, a primeira experiência de uma residência multiprofissional em saúde surgiu em 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Essa nova modalidade era conhecida como Residência Integrada em Saúde Coletiva, desenvolvida na atenção básica, buscando capacitar assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários. Todavia, é apenas em 2005 que os programas são instituídos legalmente para formação no SUS, ocorrendo uma expansão em 2010 (Silva, 2018).

A portaria nº 45 de 2007 estabelece a carga horária de atuação dos residentes, sendo entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas semanais. Também ficou definido que todos os programas de residência multiprofissionais deveriam ser implementados através de uma parceria entre gestores e instituições formadoras em área profissional, levando em consideração a realidade regional e suas particularidades (Brasil, 2007). Os programas de residência multiprofissionais buscam integrar saberes, permitindo a experiência do profissional da saúde na atuação direta com a rede de atenção, em diferentes contextos. Cria-se um espaço

propício para gerar reflexões acerca da prática profissional, relações institucionais, interpessoais e com os usuários do serviço (Silva; Daldello-Araujo, 2020).

O programa de residência favorece a integralidade do SUS, por contar com a presença de diferentes profissionais com experiências diferentes e de áreas do conhecimento distintas. Os aspectos diagnóstico e terapêutico são orientados para além dos fatores físicos e biológicos, contribuindo para mudança no modelo biomédico da saúde que se encontra vigente (Rosa; Lopes, 2010).

Em outro sentido, o programa de residência pode ser visto como um espaço de aprimoramento de habilidades e aquisição de conhecimentos não adquiridos durante a graduação, superando o afastamento que algumas categorias profissionais têm do SUS. Os rodízios em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, possibilita que o profissional recém-formado conheça cenários não vivenciados por alguns residentes durante a graduação (Flor *et al.*, 2022).

O conteúdo curricular do aluno no contexto saúde precisa ser estruturado a partir de situações concretas e das necessidades da sociedade, para que, partindo de problemas existentes, o educando sinta-se instigado a buscar respostas no campo do conhecimento, sobretudo, no cenário da prática transformadora e resolutiva. Os preceptores e tutores do programa de residência tem um duplo trabalho: problematizar e, essencialmente, ensinar os princípios e métodos dessa prática aos seus residentes (Maroja; Júnior; Noronha, 2020).

O papel do preceptor, que corresponde como um profissional que tem experiência no campo de prática, no qual é atribuída a função principal guiar o residente durante a atuação, estreitando a distância entre teoria e prática. Além disso, o preceptor desenvolve um papel primordial na inserção e socialização do profissional residente no ambiente de trabalho. Dessa forma, ele é encarregado de ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias (Botti; Rego, 2011).

O preceptor deve ampliar seus conhecimentos para exercer essa função, assumindo um compromisso com a aprendizagem do seu residente, fundamentando o conhecimento teórico na prática diária. Dessa forma, esse profissional precisa ser capaz de atender aos desafios da especialização e do trabalho em saúde, adentrando em um processo pedagógico problematizador (Ribeiro *et al.*, 2015).

Existe uma diferença entre a definição do papel do preceptor na teoria e suas atribuições na prática. Estudos apontam que, devido a ausência de formação para

exercer essa atribuição, muitos preceptores divergem em relação a suas funções, surgindo, assim, muitas dificuldades na organização e funcionamento dos programas de residência (Autonomo *et al.*, 2015).

A formação profissional dos residentes é o trabalho em equipe, principalmente de maneira interprofissional. Observa-se que a residência multiprofissional viabiliza ações conjuntas que buscam trazer benefícios para o paciente. A comunicação torna-se parte da rotina do trabalho em saúde, possibilitando titular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (Casanova, Batista, Ruiz- Moreno, 2015).

É construído um saber interdisciplinar e uma parceria na tomada de decisões, favorecendo o olhar holístico e integral, e reduzindo a fragmentação da atenção à saúde e ao cuidado. Esse trabalho em conjunto possibilita uma atuação dinâmica dos residentes e profissionais, com objetivos comuns e com corresponsabilidades (Machado *et al.*, 2018).

Essas habilidades são imprescindíveis para o processo formativo dos residentes multiprofissionais, por ser uma modalidade que exige o trabalho em equipe. O trabalho em conjunto interdisciplinar favorece a superação de dificuldades no processo de cuidar, tais como: falta de um tratamento focado no usuário, gestão distante da realidade e organização prioritariamente pautada em problemas internos (Sonraz; Pisco, 2017).

Em relação às dificuldades enfrentadas pelos programas de residência, é válido destacar o sucateamento das instituições públicas de saúde, além da privatização de serviços que dificultam a inserção do residente no campo prática, servindo como empecilho para seu processo de aprendizagem. É possível destacar a sobrecarga de trabalho para os profissionais dos serviços e o risco de exploração da mão de obra dos residentes, como fatores que impactam negativamente na condução dos programas (Fernandes *et al.*, 2015).

Falando especificamente dos residentes, os principais empecilhos por eles enfrentados estão relacionados ao estresse do cotidiano de trabalho, associados a exaustão aumenta com as atribuições acadêmicas e laborais na Residência. A literatura explana outras dificuldades tais como: falta de identidade profissional; más condições de trabalho; carga horária elevada; falta de reconhecimento do trabalho realizado e falta de articulação entre aprendizado teórico (Silva; Daldello-Araujo, 2020).

Mesmo com as suas dificuldades, o programa multiprofissional de residência ainda pode ser visto como uma forma de transformar a realidade encontrada no SUS, pois é responsável pela formação de profissionais que, atuam na produção de saúde, que não possuem apenas a preocupação com o somatório das ações, como também com o que existe entre elas, proporcionando, assim, mudanças de paradigmas estabelecidos (Silva *et al.*, 2016).

As contribuições que a residência trás para o próprio serviço em que ela está inserida, pois torna-se uma ferramenta fundamental para o aperfeiçoamento dos profissionais através da Educação Permanente em Saúde. Os residentes auxiliam no aperfeiçoamento dos trabalhadores, promovendo a reorganização do espaço de produção de saúde, fomentando um movimento que coloca os processos em análise (Silva; Daldello-Araujo, 2020).

3.2 GESTÃO DE LEITOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Sistema Único de Saúde, abrange diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária) para seu pleno funcionamento. Isso ocorre devido a seu caráter multifatorial e complexidade do sistema, apresentando fontes diversificadas de financiamento, profissionais de diversas formações e especialidades, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos, além da variedade do público usuário dentro do mesmo sistema (Arruda *et al.*, 2015).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) que foram definidas pelo Ministério da Saúde como estrutura organizacional, utilizada como estratégia para superar o modelo fragmentado de gestão em saúde entre os diferentes níveis de atenção de serviço. essa estratégia tem como objetivo assegurar aos usuários efetividade e eficiência nos serviços e ações que são oferecidos (Brasil, 2010).

O acesso dos usuários nessa rede de atenção, está relacionado entre o tipo, a abrangência, a qualidade e a quantidade dos serviços de saúde prestados e sua demanda pela população. Nesse sentido, visando garantir o acesso e alocação adequados para os indivíduos, foi criada a regulação, permitindo a oferta para execução dos serviços mais próxima o possível de onde possa surgir a necessidade (Sanchez; Ciconelli, 2012; Paim, 2019).

Com as crescentes manifestações agudas das doenças, que se configuram os cenários de urgência e emergência, foi necessário a importância da formalização

de uma temática prioritária no SUS que organizasse o cuidado específico para essa área, de maneira que esses casos fossem geridos de maneira rápida e resolutiva, como demandam. Portanto, em 2011, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi instituída através da Portaria nº 1600 do Ministério da Saúde (Brasil, 2011). A RUE é formada por diferentes pontos de atenção, que devem atuar de maneira articulada e integrada, para que possa executar todas as ações possíveis, visando os atendimentos às mais diversas situações. É uma rede complexa, que necessita de uma organização precisa para agir de maneira ágil e correta nas diferentes situações agudas apresentadas pelos usuários do serviço de saúde (Brasil, 2013).

Visando coordenar e organizar, em âmbito nacional, a RAS no ambiente hospitalar surge o Núcleo Interno de Regulação (NIR), através da Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde, essa estratégia é definida como uma unidade técnico-administrativa, responsável por monitorar o paciente desde sua chegada na instituição hospitalar durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta (Brasil 2013).

Anteriormente à existência do NIR o processo de internação e alta não tinha uma sistematização, ficando a critério da equipe médica assistencial. Assim, não era levado em consideração a complexidade do quadro do paciente e desconsiderado todo o contexto do seu processo saúde-doença. Com a existência do núcleo de regulação, ocorreu uma sistematização e otimização dos serviços, tanto ambulatoriais quanto de internação, correndo o controle das demandas e a avaliação dos casos e, conseqüentemente, seu atendimento ordenado de acordo com a complexidade (Tavares, Miranda, Graf, 2023).

O NIR deve ser visto como um projeto permanente do planejamento estratégico hospitalar, constituindo peça fundamental no gerenciamento hospitalar, uma vez que sua atuação vai além de unicamente gerenciar leitos, ele é a interface com as centrais de regulação. Dessa forma, é possível delinear o perfil de complexidade e assistência do hospital, permitindo uma comunicação efetiva com os demais pontos da rede de atenção (Brasil 2017, 2013).

O NIR pode ser considerado como uma ferramenta em gestão com a capacidade de identificar a organização e gestão de leitos e fluxos de acessos. Além disso, esse núcleo ainda pode servir como método para a otimização do funcionamento dos centros cirúrgicos, a implementação de metodologias

inovadoras de gestão, bem como para atuar no planejamento, controle e avaliação da assistência à saúde. A plena atuação do NIR garante uma melhor prestação de assistência aos usuários dos serviços de saúde, por eliminar os desperdícios e atividades que não agregam valor, garantindo um desempenho elevado das instituições (Miranda *et al.*, 2019).

A gestão de acesso e permanência nos leitos regulados pelo NIR, são rotinas cruciais para o alcance do uso efetivo da capacidade instalada. Regular o paciente certo no leito certo é uma tarefa complexa, pois envolve dinamismo e conhecimento das demandas do paciente, bem como da estrutura à disposição para diagnóstico e tratamento. Muito além do que isso, o estabelecimento de saúde necessita estar inserido efetivamente no sistema de saúde, de modo a expandir sua capacidade de promover o melhor cuidado, recebendo e transferindo os pacientes em parceria com outras instituições (Machado *et al.*, 2021).

Os profissionais que participam do NIR devem ter uma boa comunicação com diferentes setores do hospital, expandindo sua atuação para a esfera médico-assistencial com a participação nas discussões diárias das equipes assistenciais, comumente denominadas rounds. Essa prática mostra-se uma grande ferramenta para diminuir, efetivamente, o tempo médio de internação hospitalar, por garantir um plano de alta realista e aplicável (Soares, 2017).

A superlotação torna-se um problema enfrentado pela regulação de leitos. Esse fenômeno está presente na grande em diversas partes do mundo, impactando a gestão clínica e qualidade do atendimento. A superlotação ocasiona diretamente riscos ao usuário do serviço de saúde, por causar o retardo no atendimento, elevando o risco de mortalidade. Dessa forma, direitos humanos básicos são ameaçados, pois usuários aguardam atendimento em situações críticas em condições não adequadas para o atendimento (Oliveira *et. al.*, 2017).

Manter as taxas de ocupação em níveis aceitáveis é uma das metas principais do NIR. Estudos apontam que taxas de ocupação hospitalares superiores a 85% reduzem a acomodação de emergências, sendo que, quando o indicador supera 90% a admissão de emergências é inviável. A existência de um estoque mínimo de leitos vagos minimiza o risco de uma crise de superlotação nas instituições hospitalares (Soares, 2017).

A pesquisa de Basto *et al.* (2020), concluiu que algumas medidas são necessárias serem tomadas para diminuir os empecilhos enfrentados pelo NIR,

dentre elas estão: melhoria na organização do fluxo assistencial em todos os níveis da rede de atenção à saúde, de modo a impactar nos indicadores de saúde mais sofríveis; garantia de leitos pela intermediação das centrais reguladoras da saúde; políticas que incentivem a desospitalização e assegurem a eficácia da atenção primária à saúde e a qualificação dos trabalhadores na atuação dentro do NIR e sobre conhecimento da RAS.

A necessidade da educação permanente dos profissionais da regulação de leitos, sendo responsabilidade das instituições de saúde promoverem tal capacitação. Esses projetos podem ocorrer no próprio espaço de trabalho, assegurando a participação de todos os envolvidos e construindo o conhecimento de maneira horizontal e interdisciplinar. Assim, é possível dar para os profissionais do NIR uma perspectiva do conceito ampliado de saúde, pautado nos princípios e diretrizes do SUS (Miccas; Batista, 2014).

Mesmo que a operacionalização da regulação em saúde tenha avançado ao longo dos anos, o processo ocorre de modo bastante incipiente, sempre necessitando de aprimoramento em diferentes aspectos. É preciso que haja instrumentos que assegurem um padrão de qualidade no serviço e alocação eficiente dos recursos médico-hospitalares, de acordo com a necessidade das instituições (Vilarins; Shimizu; Gutierrez, 2012).

Ao analisar o processo de regulação hospitalar do SUS em Belém-PA, se constatou o conhecimento incipiente de profissionais e gestores envolvidos no processo, a insuficiente comunicação entre os estabelecimentos e/ou profissionais da RAS, carência do tempo de espera por leito e a baixa qualidade da assistência aos usuários do SUS. A pesquisa propõe como intervenções a capacitação rotineira das equipes assistenciais e de gestão com temáticas voltadas à regulação de leitos, encontros seriados com as instituições de saúde para discutir, dimensionar e qualificar a regulação dentro da RAS e avaliar os serviços ofertados, sob a visão dos usuários do SUS, almejando melhorias na prestação desses serviços (Alves *et al.*, 2021).

A pesquisa de Nenevê *et al.* (2023), mostra que uma atuação efetiva do NIR contribui para a segurança do paciente no ambiente hospitalar por complementar as metas de segurança definidas como: comunicação efetiva e cirurgia segura, uma vez que agiliza o acesso do hospital no procedimento cirúrgico; e diminuição de filas de espera. Esse serviço mostra-se de suma importância para a RAS, para o usuário

e para o SUS, sendo necessário constantes aprimoramentos para seu pleno funcionamento.

3.3 USO DE TECNOLOGIAS COMUNICACIONAIS NA ÁREA SAÚDE

As diretrizes curriculares a partir da década de 1990 destacam a necessidade de formação de profissionais com uma maior flexibilidade, conhecimentos mais amplos e interdisciplinar, com uma atenção voltada para as necessidades e demandas sociais dos indivíduos, também trouxe a importância dos diferentes cenários para o ensino como objetivo de se ter uma integralidade na saúde (Ferreira *et al.*, 2022).

As transformações que acontecem na educação e nas políticas de saúde, cobram mudanças para o processo de formação dos profissionais de saúde, com uma jornada acadêmica mais globalizada, como resultado disso um profissional mais versátil, humanizado, para isso precisam de uma reorientação dos conteúdos curriculares, metodologias diversificadas de ensino (Martins; Padilha, 2021).

A mudança do modelo de ensino mecânico ou “memorístico” permite que as alternativas inovadoras ganhem mais espaço na produção de educação em saúde. As novas propostas utilizam os conhecimentos prévios do sujeito, tornando-o ativo na construção do saber. É necessário fundamentar as estratégias empregadas, de forma que a interatividade e motivação sejam contempladas, provocando o indivíduo e inserindo as informações de saúde na sua rotina (Serafim Arrm, *et al.*, 2019).

O termo tecnologia se refere ao uso de ferramentas artificiais e ao seu planejamento e operação, utilizando o conhecimento científico. São dispositivos utilizados para diminuição do esforço e solução de dificuldades. Sendo que novas tecnologias surgem constantemente auxiliando na área da saúde, melhorando a qualidade de vida da população (Penha *et al.*, 2018).

Nesta era digital em que as informações e conhecimentos emergem como protagonistas, o aprender progressivamente se firmou como uma exigência social. Para que os alunos se apropriem das potencialidades educacionais que as tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC) oferecem, é necessário o desenvolvimento de uma postura de estudo estratégico. Tal postura somente é alcançada, quando ocorre a adoção de estratégias de aprendizagem que possibilitem buscar, selecionar, confrontar e analisar as informações digitais

disseminadas, ou seja, fazer uso criterioso e produtivo das TDIC (Beluce *et al.*, 2021).

O uso das tecnologias educacionais aliados aos conhecimentos que os profissionais já possuem se revela como uma correta estratégia para a formação e melhoria da qualidade do serviço ofertado. As tecnologias educacionais têm o potencial de serem utilizadas como métodos que oportunizam aos alunos maior proximidade com o tema a ser trabalho e participação ativa, de maneira que proceda a real assimilação do conhecimento (Pavinati *et al.*, 2022).

As tecnologias em saúde podem ser definidas como qualquer intervenção responsável pela promoção de saúde. Dessa forma, não são incluídas apenas as tecnologias que interagem diretamente com o paciente, como medicamentos ou técnicas cirúrgicas, mas também aquelas que interagem com os sistemas organizacionais, que dão suporte a estrutura em que o cuidado é oferecido (Amorim *et al.*, 2010).

Já as Tecnologias Cuidativas-Educacionais (TCE) podem ser definidas como facilitadoras do processo de cuidar e educar em saúde, sendo sua construção baseada nos saberes individuais e coletivos, possibilitando ao indivíduo a troca de saberes e aprimoramento de competências. Elas apresentam em diferentes formas como transmissoras para minimizar dúvidas do paciente, facilitadoras do processo de trabalho em saúde e por meio da orientação do cuidado para o paciente e familiares (Salbergo *et al.*, 2018).

A TCE aparece como uma possibilidade de criar ferramentas, ou processos tecnológicos, que unam a dimensão educacional e assistencial das tecnologias, ou seja, ocorrendo a inter-relação entre o cuidar-educar, surgindo da capacidade do profissional de problematizar sua práxis (Salbergo *et al.*, 2018).

A classificação, às tecnologias podem se dividir em: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são representadas por equipamentos tecnológicos, normas e rotinas e estruturas organizacionais. Já as tecnologias leve-duras caracterizam-se por ser estruturação do saber com a saúde. E por fim, as leves são produtos de comunicação, de autonomização, vínculo e de acolhimento (Teixeira; Mota, 2011).

No contexto da saúde, as tecnologias cuidativas-educacionais têm se tornado ferramentas que garantem a assistência com práticas baseadas em evidências (PBE). A PBE tem sido definida como uma abordagem que associa as evidências

científicas de melhor qualidade disponíveis com a experiência clínica e as preferências do paciente, assegurando uma forma coerente, segura e sistematizada para prover maior qualidade na assistência e a otimização dos recursos (Schneider; Pereira; Ferraz, 2018).

O conhecimento científico tem um grande potencial, auxiliado os profissionais a aprimorar os resultados de saúde, além de embasar a produção de tecnologias de cuidados inovadoras, sendo necessário acelerar o consumo de literatura científica pelos profissionais e na utilização de seus resultados na prática clínica e intervenções de saúde (Lopes-Júnior *et al.*, 2015).

Quando utilizadas no contexto hospitalar, é preciso empregar tecnologias que ultrapassem a mecanização do trabalho e o tecnicismo. As TCE adentram o cuidar em saúde em uma perspectiva pedagógica, com objetivo de educar o indivíduo, proporcionando um pensamento crítico e reflexivo e uma aprendizagem significativa (Lanzoni *et al.*, 2015; Presotto *et al.*, 2014).

Percebe-se que a utilização de TCE é uma ferramenta efetiva para formação de um conhecimento crítico e reflexivo que tem a capacidade de transformar a realidade circundante. Assim, os indivíduos tornam-se autônomos diante da sua condição de vida e saúde, a partir da compreensão das dificuldades e empecilhos que eles estão expostos (Lanzoni *et al.*, 2015; Presotto *et al.*, 2014).

Em a construção de uma TCE, é utilizado método sistemático e organizado dividido em duas etapas importantes: a pesquisa de campo, que permitirá identificar as necessidades do público-alvo, e a pesquisa bibliográfica aprofundada, que fundamentará os assuntos a serem abordados. Após percorrer o percurso metodológico de construção, faz-se necessário a validação da tecnologia, esse procedimento permitirá que os juízes-especialistas e o público-alvo determinem, de comum acordo, se o instrumento está apropriado para utilização (Teixeira; Mota, 2011).

As tecnologias impressas, tais como cartilhas, são instrumentos capazes de contribuir com a compreensão do usuário, com potencial de alcance às pessoas responsáveis pelo cuidado. Porém, esse formato de tecnologia apresenta limitações, como a linguagem a ser utilizada. Por isso, é fundamental no processo de desenvolvimento da tecnologia, seja considerado o público que a utilizará, viabilizando a estratégia de ensino-aprendizagem, despertando interesse e potencializando a interação com público-alvo (Dias; Freitas, 2022).

É válido destacar a necessidade da adaptação da interface do instrumento empregado na realização das ações. Nessa lógica, o ajuste de método empregado para comunicação com público-alvo, é esperado e deve ser expressado por meio da linguagem e aspectos lúdicos empreendidos de maneira que haja a melhor comunicação possível com os indivíduos, e a mensagem a ser repassada seja efetiva (Souza et al., 2021).

4. MÉTODO

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Hospital das Clínicas Gaspar Vianna – (FHCGV), com número do Parecer: 6.683.111. Os participantes foram orientados quanto ao propósito, objetivos e metodologia da pesquisa. Os que aceitaram participar da pesquisa, concordaram com os termos, ficando livre para deixar de participar da pesquisa em qualquer fase de andamento, sem sofrer qualquer dano, respeitando seu direito à autonomia.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, exploratório, do tipo quantitativo, o qual foi dividido em três etapas: Revisão Integrativa de Literatura (RIL), construção da cartilha digital e processo de validação por especialistas..

4.3 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - FHCGV, localizado na TV: Alferes Costa SN, Bairro da Pedreira, no município de Belém-PA, no período previsto entre os anos de 2023-2024. O Hospital é uma instituição estadual de saúde que trabalha com atendimento ambulatorial, hospitalar e uma rede de assistência de emergência apenas cardiológica. Seus serviços são exclusivamente SUS, sendo referência em três grandes áreas: Cardiologia, Psiquiatria e Nefrologia (FHCGV, 2024).

A missão da instituição é promover saúde, ensino e pesquisa com qualidade e humanismo, com uma visão de ser um hospital de referência nas áreas de cardiologia, nefrologia e psiquiatria na região Amazônica. Quanto aos seus valores preza pela ética, humanismo, qualidade, segurança e transparência.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão dos especialistas utilizados foram: ser profissionais como médicos e enfermeiros reguladores, que atuam na área de regulação de leitos em hospitais público no estado do Pará, com tempo de experiência de no mínimo 2 anos. Quanto aos juízes que avaliaram a aparência, foram especialistas na área de comunicação social e designer gráfico com expertise na área com mínimo 01 ano

de experiência. Foram excluídos os questionários com avaliações incompletas ou que não entregaram no tempo hábil da pesquisa.

4.5 PROTOCOLO DA PESQUISA

4.5.1 Etapa 1 – Revisão integrativa de literatura

As cartilhas educativas foram criadas para fornecer o acesso à informação e favorecer a promoção de saúde, utilizando estratégias como imagens e recursos gráficos para facilitar a compreensão do público-alvo (Pereira; Gonçalves; Pinho, 2023).

Para dar início a construção da tecnologia educacional em formato de cartilha digital, foi realizada uma revisão do tipo integrativa de literatura, constituído das seguintes etapas: (1) Identificação do tema e questão norteadora; (2) Estabelecimento dos critérios que serão utilizados para inclusão e exclusão; (3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) Interpretação dos resultados; e (6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Carvalho *et al.*, 2022).

A busca dos artigos foi realizada em bases de dados nacionais e internacionais como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Foram incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos, em português e inglês, disponíveis na íntegra de maneira gratuita nas bases relacionados com o objetivo da pesquisa.

Os descritores escolhidos foram: Regulação em Saúde, Tecnologia Educacional, Urgência e Emergência e Ensino, baseados nas pesquisas de descritores na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e MeSH. Assim como descritores em inglês: Health Regulation, Educational Technology, Emergency and Urgent Care e Teaching. Foi utilizado o operador booleano AND.

4.5.2 Etapa 2 - Construção da cartilha digital

Após a reunião de todas as informações pertinentes levantadas na RIL foi realizado o processo de criação da cartilha. A tecnologia educacional objetivou

auxiliar no ensino-aprendizagem com uma interface atraente, intuitiva, de fácil compreensão que faça o residente, não apenas ter acesso à parte teórica sobre os pontos mais relevantes para atuação em regulação de leitos de urgência e emergência e RAS, como também poderá contribuir para tomadas de decisões nas situações de demandam regulação de pacientes críticos.

Os conteúdos que fizeram parte da cartilha digital, são informações necessárias e importantes para o entendimento do funcionamento da RAS, e como funciona o processo de regulação nas Redes de Urgência e Emergência. Para sua confecção foi contratado um designer gráfico que contribuiu com ideias, adequação dos conteúdos, diagramação e ilustrações, tornando um produto atraente e eficaz.

Optou-se pela cartilha digital como tecnologia educacional em virtude de sua natureza de baixo custo, prática, de fácil acesso, pode ser utilizada através de dispositivos digitais, por seu design ser visualmente mais atrativo, contribuindo para uma experiência de aprendizado eficiente.

4.5.3 Etapa 3 – Validação da cartilha digital

A validação da tecnologia educacional em formato de cartilha digital, foi submetida a avaliação de conteúdo e aparência. Para a escolha dos participantes foi utilizada a seleção por conveniência e a técnica "bola de neve" onde especialistas indicam outros especialistas. Foi selecionado um profissional do local da pesquisa que atendia os critérios da pesquisa, e este foi indicando outro, assim sucessivamente, até chegar aos 21 juízes especialistas, sendo 15 da área saúde (10 enfermeiros e 5 médicos, 10 com pós-graduação e 5 com mestrado) e 6 da área de designer (1 web designer, 01 técnico de comunicação social, 01 assessor de comunicação, 02 de comunicação social, 01 técnico em administração de empresas, todos com pós- graduação) número pré-estabelecido. Os especialistas que participaram da pesquisa tanto da área da saúde quanto de outras áreas foram de diferentes hospitais públicos do estado do Pará.

4.5.3.1 Validação de conteúdo

Com relação ao número de especialistas, adotou-se o modelo teórico de Pasquali que enfatiza um número razoável de 06 a 20 juízes (Pasquali, 2010).

Para a validação de conteúdo da tecnologia educacional participou um grupo

de especialistas, 5 médicos e 10 enfermeiros com expertise na área de regulação de leitos e experiência no mínimo de 02 anos que atuam em hospitais públicos do estado do Pará.

Após a seleção dos especialistas, foi enviado por e-mail: Carta convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os instrumentos de avaliação e a cartilha com registro de direito autoral intitulada “Cartilha Educativa – Rede de Atenção à Saúde: Conhecendo a regulação de acesso à Rede de Urgência e Emergência do Estado do Pará”. Os participantes tiveram o prazo de 15 dias para responder a pesquisa e encaminhar sua avaliação via e-mail.

4.5.3.1 *Validação da aparência*

A validação da aparência foi realizada por um grupo de especialistas da área de humanas, comunicador social e área tecnológica como designer gráfico, com experiência na área de no mínimo 1 ano.

O convite foi entregue a 21 especialistas, 15 com expertises na da área de regulação e 06 especialistas da área de ciências humanas como comunicação social e design gráfico, para alcançar o número estipulado, desde que atendam os critérios de inclusão.

4.6 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizada a escala de Likert, para a validação de conteúdo, com pontuação varia de um a quatro. As respostas podem ser as seguintes: 01 - Inadequado; 02 - Parcialmente Adequado; 03 - Adequado; e 04 - Totalmente Adequado. A escala de Likert teve como objetivo graduar e objetivar a resposta do especialista, sendo utilizada para medir opiniões a respeito da temática específica.

Para a validação da aparência foi utilizado a escala *Suitability Assessment of Materials (SAM)* (adaptada para este estudo). O SAM é composto por escalas de pontuação como: Adequado (2), Parcialmente Adequado (1), Inadequado (0). O instrumento possui 5 itens como: ilustrações gráficas e adequação cultural com duas perguntas, conteúdo, linguagem e motivação com três perguntas; além de espaços para sugestão (Silva *et al.*, 2023). A utilização da escala SAM, para o estudo de validação de aparência, recomenda-se o número de seis a dez especialistas (Zanardo; Ventura, 2022).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

No processo de validação de conteúdo foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que mede a proporção e percentagem de especialistas que estão de acordo com determinados aspectos do instrumento e seus itens (Bittencourt *et al.*, 2020).

Para a análise de conteúdo referente aos dados obtidos pelos especialistas foi utilizada a estatística descritiva para obter IVC. O escore do índice foi medido dos valores dos itens calculados separadamente, ou seja, somam-se todos os IVC calculados separadamente e dividem-se pelo número de itens avaliados. A fórmula a seguir:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Nº de respostas "3" ou "4"}}{\text{Nº total de respostas}}$$

Foram considerados válidos os itens que alcançaram um IVC igual ou superior a 80%. É importante estabelecer a taxa de concordância entre os especialistas, isto é, no processo de avaliação dos itens individualmente, deve ser levado em consideração o número de participantes. No caso de cinco ou menos, todos devem concordar para serem representativos, seis ou mais, se recomenda uma percentagem não inferior a 80 (Teixeira *et al.*, 2020).

Para a análise dos dados do instrumento para validação de aparência, realizou-se o cálculo do escore SAM, esse cálculo é obtido por meio da soma total dos escores, dividido pelo total de itens do instrumento avaliado. Para a validação, a tecnologia deve atingir escore SAM igual ou superior a 10 pontos (Silva *et al.*, 2023).

Em relação a interpretação do percentual da escala de SAM se deu da seguinte maneira: 70-100% (superior), 40-69% (adequado) ou 0-39% (inadequado). O cálculo do escore total de adequação foi feito a partir da soma dos escores obtidos, dividido pelo total de escores e multiplicado por 100 para transformar em percentual (Cruz, 2021).

5. RESULTADOS

5.1 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO

Para a construção da tecnologia educacional foram definidos os assuntos considerados importantes para a compreensão do funcionamento da Rede de Urgência e Emergência, seus componentes, regulação de acesso, e suas linhas prioritárias. Após a definição dos assuntos que precisavam compor a cartilha para o ensino, foi realizado uma revisão integrativa de literatura, onde foram selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos, as informações foram sintetizadas, incluídas em um protótipo da cartilha e encaminhadas para o designer gráfico .

Na Busca pela validação da cartilha digital, foram avaliados os instrumentos de coleta de dados com as notas e comentários dos especialistas das áreas de saúde e da área de comunicação social e designer gráfico, com isso foi dado início a organização estatística das informações recebidas.

Os resultados estão apresentados nas seguintes etapas: da tecnologia educacional; Caracterização dos especialistas da área da saúde e outras áreas; e Validação, reavaliação e adequação após sugestões dos especialistas.

5.2 OS CAMINHOS PARA A PRODUÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL

A cartilha digital passou pelo processo de elaboração dos textos e figuras que deu origem a duas versões uma em word e outra em powerpoint antes de ser enviada para o designer gráfico até a versão final.

A versão final da cartilha digital possui 37 páginas ilustradas com diálogos entre personagens como uma enfermeira preceptora, recebendo um residente em cenário de urgência e emergência. Foi construída com os temas: Rede de Atenção à saúde, componentes da rede de atenção às urgências e emergências, sistema de regulação em saúde, estudos de caso sobre regulação de pacientes nas redes de urgências e emergências, com gabaritos e links de informações complementares e de acesso a portarias que são abordadas nos textos. Todo o conteúdo teórico da cartilha foi selecionado por serem necessários para o entendimento das Redes de Atenção às Urgências e Emergências.

No tópico sobre as RAS, foi abordado as temáticas da rede de atenção à saúde, como a rede Alyne, rede de atenção psicossocial, rede de atenção às urgências e emergências, rede de atenção às doenças e condições crônicas e rede de cuidado a pessoas com deficiências.

O segundo tópico aborda os componentes da RUE, onde foi explicado os componentes: Promoção, prevenção e vigilância em saúde, Atenção Básica (AB), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de estabilização, Força Nacional de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital e Atenção Domiciliar.

O terceiro tópico fala sobre o sistema de regulação em saúde, que explana como funciona o sistema de regulação de pacientes que precisam de atendimento na rede de urgência e emergência, como esse complexo é estruturado para ajudar o paciente, falando um pouco também do Estado do Pará.

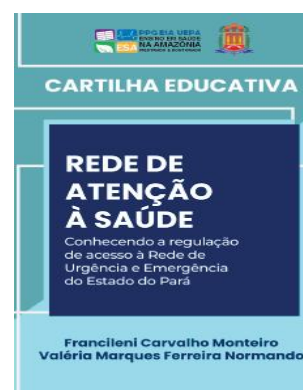
A cartilha finaliza com três estudos de caso com gabaritos, para ajudar na fixação e testar os conhecimentos passados pela cartilha, quanto às condutas que devem ser tomadas diante de casos urgentes dentro das redes prioritárias da RUE.



Versão 1



Versão 2



Versão 3

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

De acordo com a metodologia proposta, participaram do estudo um total de 21 especialistas, divididos em dois grupos. Os resultados apresentados na Tabela 01 corresponde ao perfil dos 15 especialistas da área da saúde conforme, idade, sexo, função, tempo de trabalho, titulação e cidade/estado.

Tabela 1 - Caracterização dos especialistas da área da saúde

Variáveis	%
Idade	
29 A 39	53,33%
40 A 59	46,66%
≥60	0%
Sexo	
Masculino	40%

Feminino	!	60%
Função/Cargo		
Enfermagem	!	66,66%
Medicina	!	33,33%
Tempo de Trabalho		
5 A 20	10	66,66%
21 A 35	5	33,33%
35 A 45	0	0%
46 A 60	0	0%
Titulação		
Especialização	10	66,66%
Mestrado	5	33,33%
Doutorado	0	0%
Cidade /Estado		
Belém	11	73,33%
Ananindeua	2	13,33%
Altamira	1	6,67%%
Breves	1	6,67%%

Fonte: Autoria própria, 2024.

Relativo à idade houve a variação de 29 a 59 anos, sendo que 8 (53,3%) dos juízes possuíam até 39 anos de idade, quanto a variável sexo, 9 (60%) eram do sexo feminino, e apenas 6 (40%) do sexo masculino.

Para o quantitativo de profissionais, observou-se que o maior número foi de enfermeiros 10 (66,66%), seguidos de Médicos 5 (33,33%), todos eram de hospitais públicos que atuam no estado do Pará. O tempo de trabalho variou de 5 a 35 anos.

Considerando a titulação 0 (0%) possuíam doutorado, 5 (33,33%) mestrado e 10 (66,66%) especialização. Quanto à cidade de atuação, 11 (73,33%) eram da cidade de Belém, 2 (13,33%) da cidade de Ananindeua e 2 (13,33%) do interior do estado como Altamira e Breves.

A análise subsequente refere-se ao perfil dos especialistas de outras áreas como de comunicação social e designer. Para este grupo, foram compreendidos 6 profissionais, caracterizados, conforme a idade, sexo, formação, tempo de formação, titulação e cidade.

Tabela 2 - Caracterização dos especialistas de outras áreas.

VARIÁVEL	N	%
Idade		
29 a 39	3	50%
40 a 59	3	50%
≥60	0	0%
Sexo		

Masculino	3	50%
Feminino	3	50%
Função/Cargo		
Web designer	1	16,66%
Técnico em Comunicação Social	1	16,66%
Assessoria de Comunicação	1	16,66%
Comunicação social	2	33,33%
Administração/designer	1	16,66%
Tempo de trabalho		
5 a 20	6	100%
21 a 35	0	0%
35 a 45	0	0%
46 a 60	0	0%
Titulação		
Especialização	6	100%
Mestrado	0	0%
Doutorado	0	0%
Cidade/Estado		
Belém	6	100%

Fonte: Autoria própria, 2024.

Quanto à idade dos especialistas da área de humanas foram observadas idades que variavam de 29 a 59 anos, sendo que 6 (100%) dos juízes possuíam até 59 anos de idade, já a variável de sexo, 3 (50%) eram do sexo masculino, e 3 (50%) do sexo feminino.

Considerando o quantitativo de categorias profissionais, observou-se que o maior número foi de 2 (33,33%) da área de comunicação social, seguido 1 (16,66%) das áreas de Web Designer, Técnico em Comunicação Social, Assessoria de Comunicação e Técnico em Administração de empresas/Designer. O tempo de trabalho variou de 5 a 20 anos. Em relação a titulação 6 (100%) possuíam especialização. Quanto à cidade de atuação, 6 (100%) eram da cidade de Belém.

5.4 VALIDAÇÃO DA CARTILHA

5.4.1 Validação do conteúdo

Para a validação do conteúdo da cartilha foram analisadas as respostas dos quinze (15) especialistas das áreas da saúde como médicos identificados como M e enfermeiros identificados como E. Os resultados foram organizados por aspecto avaliado, calculando-se o IVC global e de cada item como: objetivo, estrutura e apresentação, relevância e escrita. Os dados foram organizados em tabelas

seguindo a sequência do instrumento de avaliação.

Tabela 3 - IVC global da cartilha por especialistas da área da saúde.

Aspectos Avaliados	IVC atingido	% concordância
Objetivo	0,98	98%
Estrutura e apresentação	0,98	98%
Relevância	1,00	100%
Escrita	0,98	98%
Ivc global	0,98	98%

Fonte: Autoria própria, 2024.

Os valores obtidos na validação de conteúdo relacionados ao objetivo, estrutura e apresentação e escrita, obtiveram um IVC de 0,98, com porcentagem de concordância de 98%, já a relevância atingiu o IVC de 1, com porcentagem de concordância de 100%.

O IVC global obteve uma taxa de concordância de 98%, sendo a cartilha considerada válida, pois alcançaram índice de concordância superior a 80%, conforme descrito por Teixeira *et al.*, 2020 que ressalta para a tecnologia ser representativa, seis ou mais especialistas, se recomenda uma porcentagem não inferior a 80%.

5.4.1 Avaliação dos especialistas quanto aos objetivos da cartilha

Inicialmente, foram analisadas as respostas dos especialistas, por meio dos itens avaliados e organizados por aspectos, com opções, compostas de quatro níveis de valoração, conforme descrito na metodologia. Os resultados foram apresentados em forma de quadros, que corresponderam à ordem do instrumento de validação, com as respostas obtidas de cada item. O quadro 1 apresenta a avaliação em relação aos objetivos.

Quadro 1 - Respostas dos especialistas da área da saúde quanto aos objetivos da cartilha

OBJETIVOS	Totalmente Adequado (4)	Adequado (3)	Parcialmente Adequado (2)	Inadequado (1)	IVC
1.1 As informações/conteúdos são ou estão coerentes com as necessidades de informação sobre regulação de leitos de urgência e emergência.	12	3	0	0	1,0
1.2 As informações/conteúdos são relevantes para mediar o conhecimento da sobre regulação de leitos de urgência e emergência.	13	2	0	0	1,0
1.3 Instiga a procura por informações para a tomada de	10	5	0	0	1,0
Decisão sobre gestão de leitos de urgência e emergência.					
1.4 Está adequado para ser usado por qualquer residente ou profissional de saúde que atue na área de regulação de leitos.	12	3	0	0	1,0
1.5 Atende aos objetivos instituições de saúde e ensino atuantes em gestão de leitos de urgência e emergência.	12	2	1	0	0,93
1.6 Pode ser utilizado para o ensino regulação em urgência e emergência em outros estabelecimentos de educação em saúde.	13	2	0	0	1,0
TOTAL	72	17	1	0	0,98

Fonte: Autoria própria, 2024.

As respostas apresentadas referem-se aos objetivos da cartilha, ou seja, se conseguiu alcançar sua ação/propósito. Observou-se que esse aspecto continha 6 (seis) itens, obtendo-se um total de 90 respostas, sendo que 98% (89) foram classificados como (4) totalmente adequado e adequado (3), e 2% (1), como (2) parcialmente adequado.

De acordo com o quadro, constatou-se que dos itens que compunham o aspecto objetivo da cartilha, os 6 (seis) foram considerados válidos (1.1,1.2,1.3,1.4,1.5,1.6) pela maioria dos especialistas, por atingir um IVC maior 0,80. Vale ressaltar que todos os itens desta avaliação foram respondidos pelos

especialistas.

Quadro 2 - Comentários e sugestões dos especialistas da área da saúde quanto aos objetivos da cartilha

Aspectos Avaliados	Sugestões feitas pelos Especialistas
Objetivos	“O material elaborado é de fácil compreensão para os profissionais de nível superior que desenvolvam atividades profissionais no Complexo Regulatório Regional (CRR) ou nos Núcleos Internos de Regulação (NIR).” (E2) “A TE propõe de maneira objetiva as informações e conteúdos acerca da regulação de leitos de urgência e emergência.” (E5) “Como sugestão os comentários sobre outros tipos de urgência viriam também para o texto central e os estudos de caso ficarem no final da cartilha.” (E7) “A presente tecnologia educativa, apresenta-se com uma excelente abordagem sobre a gestão de leitos, a partir do entendimento didático do seu a Rede de Atenção à Saúde e o acesso à Rede de Urgência e Emergência do Estado do Pará.” (E8) “De fato é primordial o conhecimento ampliado na área em questão e a tecnologia educativa citada encontra-se totalmente pertinente ao assunto”. (E9) “As informações presentes na cartilha oferecem uma visão global das redes de urgência e emergência do Estado. Seria interessante a formulação de um volume 2 que aprofunde o assunto”. (M1) “As informações contemplam exatamente o conteúdo necessário para o entendimento completo e direcionado sobre a regulação de leitos de urgência e emergência, tanto para o profissional de saúde, quanto aquele que ainda está em formação.” (M3) “Considerar mais informações relevantes sobre o processo de regulação de acesso a rede de urgência e emergência. Também detalhar os perfis das instituições.” (M5)

Fonte: Autoria própria, 2024.

Nota-se que durante os comentários dos especialistas, a maioria teve uma percepção positiva, descrevendo a tecnologia educativa como objetiva, de fácil compreensão com conteúdo necessário para o entendimento completo e direcionado sobre gestão de leitos de urgência e emergência, servindo como uma importante mediadora sobre a gestão dos leitos de urgência e emergência. Além disso, configura-se numa importante fonte de informação para o profissional de saúde em formação (Especialistas E2, E5, E8, M3).

Com relação às sugestões, aquelas consideradas válidas e pertinentes foram incluídas na cartilha. No quesito “objetivo”, foi feito um parágrafo sobre detalhamento dos perfis de atendimentos das urgências e emergências, dando, por exemplo, a região metropolitana I (Especialista M5).

5.4.2 Avaliação dos especialistas da área da saúde quanto aos objetivos estrutura e apresentação

Quadro 3 - Respostas dos especialistas da área da saúde quanto a estrutura e apresentação

ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO	Totalmente Adequado (4)	Adequado (3)	Parcialmente Adequado (2)	Inadequado (1)	IVC
2.1 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	14	1	0	0	1,0
2.2 Há uma sequência lógica de conteúdo proposto.	14	1	0	0	1,0
2.3 As informações da cartilha e apresentação são coerentes.	14	1	0	0	1,0
2.4 O tamanho do título e dos tópicos estão adequados.	13	2	0	0	1,0
2.5 As ilustrações são expressivas e suficientes.	12	3	0	0	1,0
2.6 O número de páginas está adequado.	12	2	0	1	0,93
TOTAL	79	10	0	1	0,98

Fonte: Autoria própria, 2024.

O segundo aspecto avaliado corresponde a “estrutura e apresentação” da cartilha, essa característica continha 6 (seis) itens de avaliação que totalizaram 90 respostas. Entre essas respostas, 98% (89) foram consideradas como (4) totalmente adequado e (3) adequado, e 2% (1) como (1) inadequado.

Constatou-se que dos seis itens que compunham o aspecto da estrutura, assim como nos objetivos, todos foram considerados válidos. Vale ressaltar que todos os itens desta avaliação foram respondidos pelos especialistas. Esse aspecto atingiu um índice de validação de 0,98.

Quadro 4 - Comentários e sugestões dos especialistas da área da saúde quanto à estrutura e apresentação

Aspectos Avaliados	Sugestões feitas pelos Especialistas
Apresentação	E2 - “A estrutura e apresentação da cartilha apresenta coesão e coerência dentro da proposta apresentada pela mestrandia, porém sugiro que faça uma pequena alteração na página no 05 onde é apresentado os componentes da RAS (Rede de Assistência em Saúde), porém na sequência surge o 2º tópico que é a RUE, porém na sequência da RAS a RUE não é o segundo componente. Mas no geral a cartilha apresenta uma boa diagramação e com cores que fazem com que a leitura não se torne enfadonha.” E5 - “A cartilha apresenta uma estrutura satisfatória, com coerência no conteúdo proposto, expressando de forma acessível o entendimento sobre o tema elaborado.” E7 - “Sugiro a diminuição de algumas fontes para a redução do número de páginas.” E8 - “A presente tecnologia educativa, apresenta-se com uma excelente abordagem a partir de evidências científicas, pontuadas no detalhamento das portarias que preconizam sobre a Rede de Atenção à Saúde e o acesso à Rede de Urgência e Emergência do Estado do Pará, porém não foi possível localizar os números de páginas na cartilha.” E9 - “A apresentação baseada na experiência dos especialistas no assunto é logicamente a forma mais adequada apresentada”. E10 - “Material de excelente qualidade gráfica, padronização e organização editorial, com informações coerentes, bem explicados e de boa visualização para compreensão e fixação das informações.”

Fonte: Autoria própria, 2024.

Dentro do aspecto relacionado à estrutura e apresentação, os especialistas consideraram que a cartilha continha coesão e coerência dentro do que estava sendo proposto, com um entendimento acessível ao público-alvo, transmitindo informações pertinentes (E2, E5, E9, E10, M1). Outro aspecto que ficou evidente foi às ilustrações apresentadas durante a cartilha, contendo boa qualidade gráfica (E10, M3, M4). Quanto às sugestões foi apontada a necessidade de paginação da cartilha, sendo feita pela pesquisadora (E8).

5.4.3 Avaliação dos especialistas da área da saúde quanto à relevância

Quadro 5 - Respostas dos especialistas da área da saúde quanto à relevância

RELEVÂNCIA	Totalmente Adequado (4)	Adequado (3)	Parcialment e Adequado (2)	Inadequado (1)	IVC
3.1 Os temas retratam aspectos- chave que devem ser reforçados.	14	1	0	0	1,0
3.2 O material permite a transferência e generalização do aprendizado a diferentes contextos de regulação de leitos de urgência e emergência a nível hospitalar, atenção básica e unidades de pronto atendimento.	10	5	0	0	1,0
3.3 A cartilha propõe a construção de conhecimento e tomada de decisão.	14	1	0	0	1,0
3.4 O material aborda os assuntos necessários para os residentes acerca do processo de regulação de leitos de urgência e emergência.	12	3	0	0	1,0
3.5 A cartilha está adequada para ser usada por qualquer profissional de saúde que atue na área de urgência e emergência e outros locais das RAS como: atenção primária em saúde, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar.	12	3	0	0	1,0
3.6 A cartilha é apropriada para os Residentes da FHCGV.	12	3	0	0	1,0
TOTAL	74	16	0	0	1.0

Fonte: Autoria própria, 2024.

O terceiro aspecto abordado na cartilha foi quanto sua relevância, continha seis itens a serem avaliados e totalizaram 90 respostas. Neste item 100% (90) foram avaliados como (4) totalmente adequado e (3) adequado, atingindo um índice de validação de 1,0. Ressalto que todos os especilaistas responderam a todos os itens apresentados.

Quadro 6 - Comentários e sugestões dos especialistas da área da saúde quanto à relevância

Aspectos Avaliados	Sugestões feitas pelos Especialistas
Relevância	E2 - “A cartilha apresenta essa proposta de mostrar o passo a passo para utilização da regulação, porém observa-se que um número reduzido de servidores que exercem suas atividades profissionais no Sistema Único de Saúde ainda desconhece o que é um fluxo regulatório.” E5 - “A TE apresenta-se como uma ferramenta relevante na disposição de informações que proporcionam conhecimento técnico e didático no que se refere à regulação de leitos de urgência e emergência.” E8 - “A tecnologia científica apresenta-se muito bem delineada, quanto os aspectos da Rede de Atenção à Saúde e o acesso à Rede de Urgência e Emergência, construindo conhecimento e incentivando tomadas de decisão tão importante com relação a regulação dos pacientes para a unidade de saúde que conseguirá resolver o caso de cada paciente, tornando-se esclarecedora tanto para o profissional de saúde que atua na RUE, como na atenção primária em saúde, na atenção ambulatorial especializada e na atenção hospitalar.” E9 - “Tema e material super relevantes e apropriados ao público direcionado”. M1 - “Todos os assuntos da cartilha são informações imprescindíveis ao profissional de saúde, trabalhando ou não como regulador”. M3 - “A cartilha possui um direcionamento ideal de conteúdo, com todas as informações necessárias para o ensino sobre regulação em urgência e emergência.” M4 - “Reforçar o detalhamento de evolução médica, sinais vitais, prescrição, exames de imagem, exames laboratoriais que devem ser anexados em sistema para que facilite a avaliação e o direcionamento da central e perca menos tempo na fila de regulação, assim como perca tempo quando direcionado a unidade. Ainda que em fila eletiva, dados incompletos não verificados promovem maior tempo na fila ou baixa resolubilidade, é algo de responsabilidade de todos os membros que compõem a equipe. M5 “Considero criar aplicativos para uso tecnológico, atualmente os residentes utilizam quase sempre a tecnologia”.

Fonte: Autoria própria, 2024.

A relevância é uma característica daquilo que se dá importância, que tem grande valor ou interesse, que é essencial ou indispensável. Neste tópico, foi revelada a importância de falar sobre fluxo regulatório, tendo em vista a deficiência de profissionais com conhecimento relacionado a este assunto (E2). Além disso, a tecnologia apresenta-se bem desenhada em sua abordagem, trazendo pontos principais sobre o ensino da regulação na rede de urgência e emergência, construindo conhecimento e incentivando tomadas de decisões importantes com relação à regulação dos pacientes. Foi vista como uma ferramenta esclarecedora tanto para o profissional de saúde que atua na RUE, como na atenção primária em

saúde, (E8, M3). Outrossim, o material foi considerado tanto uso do regulador, quanto qualquer trabalhador de saúde (M1).

Em relação às sugestões referidas, foi adicionado um parágrafo que discorre sobre a importância do fornecimento das informações necessárias sobre o paciente, como os dados clínicos e exames para uma regulação rápida e efetiva (M4).

5.4.4 Avaliação dos especilaistas da área da saúde quanto ao estilo de escrita da cartilha

Quadro 7 - Respostas dos especialistas da área da saúde quanto a escrita

ESTILO DE ESCRITA	Totalmente Adequado (4)	Adequado (3)	Parcialmente Adequado (2)	Inadequado (1)	IVC
4.1 A escrita está em estilo adequado.	13	2	0	0	1,0
4.2. O vocabulário é acessível.	12	3	0	0	1,0
4.3 O texto está claro.	14	1	0	0	1,0
4.4 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	13	2	0	0	1,0
4.5 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	12	3	0	0	1,0
4.6 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	13	1	1	0	0,93
TOTAL	77	12	1	0	0,98

Fonte: Autoria própria, 2024.

As respostas apresentadas quanto ao aspecto estilo da escrita da cartilha continha 6 itens de avaliação que totalizaram 90 respostas. Entre essas respostas, 99% (89) foram consideradas como (4) totalmente adequado e (3) adequado e 1% (1) como (2) parcialmente inadequado.

Quadro 8 - Comentários e sugestões dos especialistas da área da saúde quanto à escrita

Aspectos Avaliados	Sugestões feitas pelos Especialistas
Relevância	E 1 - “Conteúdo bem explicado, fácil de compreender.” E 5 - “A TE consegue alcançar a compreensão do leitor com vocabulário acessível e conteúdo claro e objetivo” E 7 - “Rever a grafia de algumas palavras. Parabéns pelo material e pela divulgação de conhecimento.” E 8 - “Sugiro revisão gramatical no texto e substituição de algumas palavras repetidas no texto por sinônimos, por exemplo, na página 21, 2º parágrafo: “Priorizando as linhas prioritárias...” Sugiro substituição da palavra errada por equivocada, localizada na página 21, 3º parágrafo. Sugiro em todas as abreviaturas de UPA colocar UPA 24h.” E 9 - “Leitura de fácil entendimento a qual, sem dúvidas, é fundamental para a adesão da proposta”. E 10 - “Material perfeito.” M 1 - “Linguagem clara e direta”. M 3 - “A compreensão do conteúdo está de maneira clara e didática, adequada para o público-alvo e com informações objetivas e direcionadas.” M 5 “Podiam usar uma linguagem mais técnica, este ideal para níveis globais de entendimento sobre regulação.”

Fonte: Autoria própria, 2024.

Quanto aos comentários positivos sobre a escrita da tecnologia educacional, observou-se que a mesma foi considerada dentro da conformidade no que se propõe, com conteúdo de fácil compreensão, linguagem clara e objetiva, direta e didática adequada e direcionada para o para o público-alvo (E1, E5, E9, M1, M3).

As sugestões que foram acatadas quanto o aspecto da “escrita” foi uma revisão de grafia de algumas palavras, revisão gramatical do texto por profissional da área de letras, além disso, foi incluído a palavra UPA 24h durante o decorrer dos textos (E7 e E8).

5.5 VALIDAÇÃO DA APARÊNCIA (SCORE DE SAM)

Para a validação da aparência, foram analisadas as respostas dos seis (6) especialistas das áreas da comunicação social designers gráficos. A seleção foi feita através da técnica de amostragem em bola de neve, onde os participantes receberam por e-mail a carta convite, o instrumento de avaliação da aparência e a cartilha digital.

Os resultados foram organizados por aspectos avaliados, aplicando a escala de Self- Assessment Manikin (SAM), em cada item dos aspectos como: conteúdo, linguagem, ilustrações gráficas, motivação e adequação cultural. Os especialistas foram identificados como D1,D2,D3,D4,D5 e D6 Os dados foram organizados conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4: Grau de Concordância dos especialistas de outras áreas – SAM

Especialistas	D1	D2	D3	D4	D5	D6
1. Conteúdo						
1.1 O objetivo é evidente, facilitando a compreensão do material.	2	2	2	2	2	2
1.2 O conteúdo aborda informações relacionadas à gestão de leitos de urgência e emergência.	2	2	2	2	2	2
1.3 A proposta do material é limitada aos objetivos, para que os residentes do programa de cardiologia possam compreender sobre gestão de leitos de urgência e emergência.	2	2	2	2	2	2
2. Linguagem						
2.1 O nível de leitura é adequado para a compreensão dos residentes do programa de cardiologia.	2	2	2	2	2	2
2.2 O estilo de conversação facilita o entendimento do texto.	2	2	2	2	2	2
2.3 O vocabulário utiliza palavras comuns.	2	2	2	2	2	2
3. Ilustrações Gráficas						
3.1 A interface, layout atrai a atenção e retrata o propósito do material.	2	2	2	2	2	2
3.2 As ilustrações apresentam mensagens visuais fundamentais para que o leitor possa compreender os pontos principais sozinho, sem distrações	2	2	2	2	2	2

4. Motivação						
4.1 Ocorre interação do texto e/ou das figuras com o leitor. Levando-os a resolver problemas, fazer escolhas e/ou demonstrar habilidades.	2	2	2	2	2	2
4.2 Os padrões de comportamento desejados são modelados ou bem demonstrados.	2	2	2	2	2	2
4.3 Existe a motivação à autoeficácia, ou seja, os residentes de cardiologia são motivados a aprender por acreditarem que as tarefas e comportamentos são factíveis	2	2	2	2	2	2
5. Adequação						
5.1 O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência do público- alvo.	2	2	2	2	2	1
5.2 Apresentam imagens e	2	2	2	2	2	1
Total de escores obtidos	26	26	26	26	26	24
% de Concordância	100%	100%	100%	100%	100%	92%
Média geral da % de Concordância	98,66%					

Fonte: Autoria própria, 2024.

Para verificar a validade de aparência da cartilha, foi observado que os percentuais de concordância consideraram a tecnologia educacional como “Superior” (70-100%), tornando-o sua aparência válida.

Quadro 9 - Sugestões dos especialistas de outras áreas

Aspectos Avaliados	Sugestões feitas pelos especialistas
Conteúdo	Sem comentários ou sugestões.
Linguagem	Sem comentários ou sugestões.

Ilustração Gráfica	Sem comentários ou sugestões.
Motivação	Sem comentários ou sugestões.
Adequação Cultural	D6 - “Recomendo que insiram mais diversidade de tipos de pessoas tanto no que diz respeito a idades, perfis, tons de pele como ilustrações que demonstram alguma alusão, regionalista, como vestimentas, texturas ou hábitos.”

Fonte: Autoria própria, 2024.

Quanto às sugestões feitas pelos especialistas de outras áreas, não houve comentários e nem sugestões nos aspectos de conteúdo, linguagem, ilustração gráfica e motivação. No quesito de “adequação cultural” foi inseridas figuras de mais dois personagens (a figura de uma idosa do interior do estado e um trabalhador da construção civil) com características regionais (D6).

6. DISCUSSÃO

A residência em saúde é uma modalidade apontada como padrão ouro quando se trata de pós-graduação na área da saúde, podendo proporcionar aos residentes a vivência da realidade local integrando ensino-serviço-comunidade com acompanhamento por profissionais do serviço. Esse processo é um grande desafio, tendo em vista a complexidade da área da saúde e a capacidade do SUS para receber os residentes nos cenários de prática. Para encarar esse desafio vem sendo utilizadas inúmeras estratégias para melhorar o ensino nos programas de residência (Jordan *et al.*, 2022).

Dada a importância do ensino em saúde no Brasil, os hospitais que possuem programas de residências como o hospital de clínicas Gaspar Vianna, assumem a responsabilidade com o ensino e capacitação dos profissionais que fazem parte de seus programas de residência, como estratégia para facilitar essa capacitação, foi relevante a criação da cartilha digital sobre gestão de leitos de urgência e emergência, como um recurso facilitador, que poderá ser usado em seu Núcleo Interno de regulação pelos residentes.

O Estado tem como dever garantir à população o direito à saúde, e um dos pilares para manter esse compromisso é a regulação no setor de saúde, de forma a assegurar que os serviços sejam prestados com qualidade e acessibilidade. A ausência de um sistema de regulação eficaz pode levar a atrasar o atendimento e causar desassistência aos cidadãos, especialmente aqueles com maior vulnerabilidade (Bastos *et al.*, 2020).

A tecnologia educacional, em formato de cartilha digital, produto deste estudo, é um instrumento para capacitação dos residentes, sobre regulação de acesso no setor saúde, oportunizando regulações corretas para serviços especializados, por esse motivo ela tem uma aplicabilidade em qualquer serviço de saúde que receba residentes, principalmente em serviços de urgência e emergências como UPAS e prontos socorros no estado do Pará.

As tecnologias educacionais são instrumentos essenciais para atualização do processo ensino-aprendizagem, pois ela recria formas de interação entre o usuário e o profissional de saúde, elas acompanham a evolução tecnológica, principalmente no que diz respeito à educação a distância, são imprescindíveis não só como recurso auxiliar, mas como elementos estruturais no processo da formação profissional (Rodrigues; Silva, 2020).

A cartilha sobre regulação de leitos de urgência e emergência por ser em formato digital, acompanha a evolução tecnológica, podendo facilitar o ensino em saúde inclusive a distância, traz informações sobre as principais linhas de cuidado das urgências e emergências. Vale destacar que muitas vidas são perdidas por regulações incorretas levando pacientes para serviços de saúde que não conseguem resolver seus problemas, com isso acabam desperdiçando tempo em situação que na maioria das vezes exigem atendimentos com rapidez, outra consequência das regulações equivocadas, são as superlotações nas portas dos serviços de urgências e emergências necessitando de um gerenciamento de leitos mais eficaz.

O gerenciamento de leitos é um instrumento importante para o aperfeiçoamento do fluxo de pacientes, cuja execução pode ser realizada por profissional de saúde capacitado. A gestão de leitos realizados compreende a organização e alocação de leitos, tendo esse acompanhamento em todo o processo de internação, desde a sua chegada ao estabelecimento de assistência à saúde até sua alta (Nenevê *et al.*, 2023).

No Núcleo Interno de Regulação do Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, são realizadas visitas diárias com os residentes nas unidades de terapia intensiva, clinicas e no setor da urgência cardiológica, com isso eles conseguem acompanhar toda a gestão de leitos do hospital, como ocorre as regulações para outros serviços, internações, altas e giros de leitos. Esse acompanhamento é necessário para oportunizar outros usuários que se encontram na fila da regulação estadual em busca de tratamento especializado e a cartilha poderá dar informações importantes sobre esses fluxos de regulação, principalmente dos casos que demandam urgência.

Levando em conta a importância da política da RUE, é significativo a contribuição de trabalhos que buscam sintetizar, organizar e divulgar pesquisas que contemplem o tema, objetivando melhor compreensão sobre o assunto. Desse modo, promovendo maior destaque para as produções científicas acerca da rede de urgência e emergência (Tofani *et al.*, 2023).

Uma pesquisa realizada com alunos do programa de educação pelo trabalho para a saúde e residentes em saúde da família de uma universidade pública de Rondônia, os tutores utilizaram a metodologia da aprendizagem baseada em problemas com a utilização de oficinas online remotas, isso aumentou

significativamente o conhecimento dos discentes sobre Saúde da Família, as potencialidades descritas foram aumento da habilidade de comunicação, expressão, argumentação e trabalho em equipe. Isso demonstra a importância dessa abordagem no ensino (Moreira *et al.*, 2021).

Para a elaboração da cartilha digital foi feito um levantamento de literaturas que abordavam assuntos sobre redes de atenção à saúde e suas redes temáticas, onde foi enfatizada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências dando destaque ao funcionamento e suas linhas de cuidados prioritárias, como as doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico e a linha de trauma.

A proposta da cartilha digital sobre gestão de leitos de urgência e emergência é trazer os conteúdos sobre gestão de acesso nas redes de urgência e emergência, em formato de uma pequena história, onde temos como personagens uma enfermeira e um aluno, o propósito deste formato, é trabalhar o assunto de forma mais lúdica e atrativa e de fácil compreensão.

A cartilha digital foi elaborada com uma estrutura de capa, sumário e uma página com uma enfermeira preceptora, recebendo um residente no serviço de urgência e emergência. A cartilha aborda quatro temas: Rede de Atenção à Saúde, componentes da Rede de atenção às urgências e emergências, sistema de regulação em saúde e três estudos de casos sobre urgência e emergência. No decorrer dos textos temos links para acesso as portarias relevantes ao tema abordado.

O Primeiro tópico trata sobre a Rede de Atenção à Saúde, destacando seus objetivos, portaria de implantação e suas redes temáticas, dando ênfase à RUE, que é o assunto principal da cartilha com seus objetivos e portaria de implantação. Neste mesmo tópico disserta também sobre as regiões de saúde, sua importância para garantir a resolutividade das regiões de saúde, dando destaque ao estado do Pará.

O segundo tópico trata sobre componentes da Rede de atenção às urgências e emergências, explicando cada um deles e como funcionam para dar assistência aos pacientes, que se encontram com quadros clínicos que demandam um atendimento imediato. No terceiro tópico, aborda o sistema de regulação, como funciona, a composição do complexo regulador, o papel dos hospitais regionais do estado, as regiões de saúde do estado do Pará e os tipos de regulação. Para finalizar, a cartilha digital traz três estudos de casos, trazendo personagens com

sinais e sintomas das patologias que fazem parte das linhas de cuidados consideradas prioritárias da RUE.

A tecnologia educacional em formato de cartilha digital, produto deste estudo foi avaliada por 21 juízes especialistas, 15 (quinze) da área da saúde e 06 (seis) de outras áreas como designers gráficos. Os quesitos avaliados pelos juízes foram: objetivo, estrutura e apresentação, relevância, escrita, conteúdo, linguagem, ilustrações gráficas, motivação e adequação cultural.

A cartilha digital sobre gestão de leitos de urgência e emergências foi considerada válida em todos os quesitos relacionados ao conteúdo, atingindo um índice de validação geral de 98% o que significa que está adequada nos quesitos: objetivo, estrutura e apresentação, relevância e estilo de escrita. Quanto a validação de aparência atingiu 98,66%, considerada adequada quanto ao conteúdo, linguagem, ilustrações gráficas, motivação e adequação cultural.

Apesar dos estudos de Coluci, Alexandre e Milani (2015) não tenham estabelecido um consenso na literatura que determine um teste estatístico considerado padrão-ouro em relação à análise de conteúdo, preconizam um percentual de concordância mínimo de 80% favorável, com o propósito de calcular a “proporção ou porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens” (Alves, Ferrete, Santos, 2022).

Para a validação da aparência da tecnologia educacional foi utilizada a escala de SAM (Self Assessment Manikin) instrumento utilizado para avaliar a harmonia entre as imagens e conteúdos contidos na cartilha digital, pois a intenção era produzir um produto atraente e agradável durante a leitura para isso foi relevante a ajuda de um designer gráfico para as ilustrações.

O SAM, desenvolvido por Doak e outros colaboradores em 1985, avalia a adequação de materiais educativos ao público-alvo. Inúmeras pesquisas na área da saúde utilizam essa ferramenta para analisar materiais sobre procedimentos, orientações e outras temáticas (Muniz *et al.*, 2023).

Para a validação do conteúdo foi utilizado a escala de Likert para avaliar o nível de concordância de cada afirmação no questionário aplicado aos especialistas.

A tecnologia educacional produzida em formato de cartilha digital tem como proposta trabalhar uma temática importante de forma atraente, que estimule a

percepção crítica, ela traz estudos de casos que levam os profissionais de saúde a pensar em situação que podem se deparar em seu dia a dia nas urgências e emergências, podendo ser considerada uma metodologia ativa, por estimular a participação e autonomia dos residentes no aprendizado sobre regulação de acesso das urgências e emergências.

As Metodologias Ativas de Ensino (MAE) colocam o discente no pilar do processo de aprendizagem, estimulando a produzir seus próprios saberes de forma ativa e colaborativa. Ao ser deparado com dilemas e desafios, o discente desenvolve habilidades de investigação, resolutividade e trabalho em equipe. Metodologias como a aprendizagem baseada em problemas e a metodologia da problematização são exemplos de como as metodologias ativas podem transformar o ensino em saúde, preparando profissionais mais qualificados para atender às demandas do sistema única de saúde (Carrijo *et al.*, 2020).

É relevante destacar que mesmo que a tecnologia educacional em questão tenha sido validada pelos juízes especialistas como conforme para o ensino dos residentes, seria relevante também a verificação de sua usabilidade para o público-alvo, pois essa etapa traria contribuições relevantes para a sua melhoria, contudo essa etapa ficará para outro momento da pesquisa.

No que diz respeito às limitações da pesquisa, foi a não aplicação do questionário ao público-alvo para avaliar a usabilidade do produto educacional devido à falta de tempo hábil, e a forma de aplicação de maneira virtual que pode influenciar as respostas, impactando a validade dos dados coletados que poderiam ser diferentes se tivesse um entrevistador para esclarecer dúvida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após essa pesquisa, a tecnologia educacional em formato de cartilha digital intitulado “Rede de Atenção à Saúde: Conhecendo a regulação e acesso à Rede de Urgência e Emergência do Estado do Pará”, foi considerada válida pelos especialistas da área da saúde e de comunicação como os designers, obtendo um IVC de 98% e SAM com 98,66%, respectivamente.

Dessa forma, a tecnologia educacional na percepção dos especialistas pode ser utilizada no processo de ensino-aprendizagem dos residentes de cardiologia da FHCGV quanto a gestão de leitos de urgência e emergência. Entretanto, ela não foi aplicada ao público-alvo, ficando a fase de validação para um momento posterior da pesquisa.

Vale ressaltar, que mesmo os itens considerados válidos, foi necessário pequenos ajustes em alguns textos e ilustrações gráficas, para adequar a tecnologia ao público-alvo, além da revisão gramatical exaustiva do material educacional. Quanto à aparência da cartilha digital, houve apenas o acréscimo de duas ilustrações de personagens do estudo de caso das linhas prioritárias da rede de atenção à urgência e emergência.

As tecnologias educacionais em formato digitais usadas no ensino em saúde são consideradas ferramentas inovadoras, visa otimizar a formação de profissionais mais críticos e reflexivos, sendo assim a cartilha digital como uma tecnologia educacional atingiu seu objetivo, que é trazer informações sobre a gestão de leitos de urgência e emergência de forma problematizadora, lúdica, atrativa e fácil de compreensão.

A importância dessa pesquisa é trazer uma nova metodologia para facilitar o ensino e aprendizagem dos residentes da FHCGV, integrando as ferramentas digitais como estratégia para educação em saúde. Diante disso, espera-se que a elaboração e validação dessa cartilha digital, sobre gestão e regulação de leitos de urgência e emergência, sejam capazes de incentivar a construção de novas tecnologias educacionais que contribuam para um ensino mais dinâmico, eficaz e acessível.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. M. S.; FERRETE, A. A. S. S.; SANTOS, W.L. Desenvolvimento e validação de um instrumento de identificação de vulnerabilidade digital (q-ivd) para estudantes da educação básica. **Educação em Revista**, v. 40, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/wrDdZMtQFKRzkvbsJBHjQMG/>. Acesso em: 10 out. 2024.

ALVES, T. M. K. *et al.* Desafios da regulação do acesso à assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde em uma metrópole norte brasileira. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6491, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6491>. Acesso em: 10 set. 2024.

AMORIM, F. F. *et al.* Avaliação de tecnologias em saúde: contexto histórico e perspectivas. **Comun. ciênc. saúde**, V. 2, N. 4, p. 343-348, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/avaliacao_tecnologias_saude.pdf. Acesso em: 08 mar. 2024.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RGjRnvjbyMstF7VF6wtr7LD/>. Acesso em: 15 mar. 2024.

AUTONOMO, F. R. O. M. *et al.* A Preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária—Análise das Publicações Brasileiras. **Revista brasileira de educação médica**, v. 39, p. 316-327, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DwMD7XfdCV5JLh9xkGpFWCD/>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BASTO, L. B. R. *et al.* Práticas e desafios na coordenação do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 25, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DZnVqGqSYkbnXQ93D4tbZYN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BELUCE, A. C. *et al.* Escala de Estratégias de Aprendizagem e Tecnologias Digitais: Ensino Médio e Universitário. **Avaliação Psicológica**, v. 20, n. 4, p. 463–474, 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712021000400009. Acesso em: 15 mar. 2024.

BITTENCOURT, M. N. *et al.* Validação de conteúdo e aparência de um manual educativo para a promoção da saúde mental infantil. **Rev Rene**, v. 21, p. e43694, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/52626/1/2020_art_mnbittencourt.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

BORGES, F. *et al.* Atuação de enfermeiros no serviço de gerenciamento de leitos de um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/qRzsNn7gmX4h4myRFDdRrtc/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BOTTI, S. H. O, REGO, S. T. A Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/FDgGZssWkLgjJ5HcgXfPw4B/#:~:text=O%20preceptor%20ensina%20realizando%20procedimentos,ambiente%20e%20momento%20educacionais%20prop%C3%ADcios>. Acesso em: 02 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Portaria nº 45, de 12 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. DF: Diário Oficial da União, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). DF: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DF: Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria No 3.390**, de 30 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). DF: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção as Urgencias e Emergencias no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. 1.ed. Brasília/DF: Ministério da saúde, 2017.

CAMPOS, C. C. B.; CORTEZ, E. A. Educação permanente em central de regulação: nota prévia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e139101321065, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/>. Acesso em: 02 de jun. 2024.

CARNEIRO, E. M.; TEIXEIRA, L. M. S.; PEDROSA, J. I. D. S. The multiprofessional residency in health: Newcomers' expectations and students' perceptions. **Physis**, v. 31, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PT96npfTcfqT7xWPZZkyGpt/abstract/?lang=en>. Acesso em: 25 de ago. 2024.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A; RUIZ-MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/287798412_Formacao_para_o_trabalho_e_m_equipe_na_residencia_multiprofissional_em_saude. Acesso em: 25 de ago. 2024.

CARRIJO, M. V. N. *et al.* O uso de metodologias ativas na formação do profissional enfermeiro crítico-reflexivo: experiência entre residentes. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 24, n. 3, p. 153-158, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/52679>. Acesso em: 27 de jan. 2024.

CARVALHO, S. DA S. *et al.* Dificuldades Enfrentadas Pelos Profissionais De Saúde No Atendimento De Emergências Em Unidades Básicas De Saúde No Brasil.

Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 27, n. 2, p. 967–978, 2023.

Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/9408>. Acesso em: 11 de fev. 2024.

CRUZ, L. S. **Desenvolvimento e validação de cartilha educativa sobre regulação e absenteísmo direcionada a usuários da rede de atenção especializada ambulatorial**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão na Saúde) – Fortaleza, 2019. Disponível em: <https://www.uece.br/mepges/wp-content/uploads/sites/73/2023/03/LARISSA-SOARES-CRUZ-1.pdf>. Acesso em: 03 de fev. 2024.

DIAS, F. P.; FREITAS, F. F. Q. As tecnologias cuidativo-educacional como auxílio aos cuidadores de idosos. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 39, 2022. Disponível em:

<https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1407>. Acesso em: 21 de nov. 2024.

FERNANDES, M. N.S, *et al.* Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. **Rev. Gaúcha de Enfer**, v. 36, n. 4, p. 90-97, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/WXFK3LZ7yPp3QChRsdgGtDN/?lang=pt>. Acesso em: 03 de fev. 2024.

FERRAZ, R. M. *et al.* Metodologias ativas e o ensino tecnicista na saúde: a prática docente. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 281, p. 6355–6367, 2021. Disponível em:

<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1979>. Acesso em: 11 de fev. 2024.

FERREIRA, D. M. *et al.* Influência do ambiente virtual de aprendizagem no desempenho acadêmico de estudantes de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/MvsnjdDS5pW4KLGHlBRxBNq/>. Acesso em: 21 de nov. 2024.

FERREIRA, M.; PARRA, P. Os desafios no processo de regulação em saúde no SUS: experiência de profissionais na região da Grande São Paulo: Rota dos Bandeirantes. **J Health Sci Inst**, v. 38, n. 4, p. 271–275, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/>. Acesso em: 02 de jun. 2024.

FHCGV. Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. **Um pouco da nossa história**, 2024.

FLOR, T. B. M. *et al.* Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 921-936, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yC7zHt4G9yh7j5v7DGtYrdk/>. Acesso em: 03 de fev. 2024.

GOMES, K.; ANDRADE, M. **A educação permanente em ensino como estratégia para otimizar o sistema de regulação no município de Itaperuna-RJ**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde): Niterói: [s.n], 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/>. Acesso em: 02 de jun. 2024.

HONÓRIO, R.P.P. **Validação de procedimento operacional padrão: proposta de cuidados com o cateter totalmente implantado**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, p. 121, 2009. . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RrGdRLhQBqKZPVYLxwYG8C/>. Acesso em: 10 de dez. 2024.

JORDAN, A. *et al.* Tecnologias e ensino híbrido como estratégia para a formação de profissionais residentes: A experiência da secretaria de saúde do Recife. **EmRede - Revista de Educação a Distância**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 1–8, 2022. Disponível em: <https://www.aunired.org.br/revista/index.php/emrede/article/view/803>. Acesso em: 10 de dez. 2024.

LANZONI, G. M. M. *et al.* Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 322-32, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29570>. Acesso em: 07 de jan. 2025.

LOPES-JÚNIOR, L. C. *at al.* Teoria dos sintomas desagradáveis: subsídios para o manejo de sintomas em crianças e adolescentes oncológicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 109-112, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/LtCLDFFmJJvcqDvYZGfzzvy/?lang=pt>. Acesso em: 15 de jan. 2025.

MACHADO, R. M. *et al.* Implantação e operacionalização do Núcleo Interno de Regulação hospitalar: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p.e30210615836, 2021. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/5d4c/a5f32ee4b6fcf73ab6624f12aa4fa9d737a7.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2025.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Competências em promoção da saúde: o domínio parceria na residência multiprofissional em saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ptDRQwzFNJC8kWrtJfLXg5S/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 09 de jan. 2025.

MACHADO, R. M. *et al.* Implantação e operacionalização do Núcleo Interno de Regulação hospitalar: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p.e30210615836, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/>. Acesso em: 02 de jun. 2024.

MAROJA, M. C. S.; JÚNIOR, J. J. DE A.; NORONHA, C. A. Challenges of a questioning education to health professionals in a multiprofessional residency program. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4b6HRp4F5sMsSGqc3wSdZhz/abstract/?lang=en>. Acesso em: 09 de fev. 2025.

MARTINS, Y. V. DE M.; PADILHA, W. W. N. Estratégias pedagógicas de inclusão e retenção de estudantes em tempos de pandemia. **Revista da ABENO**, v. 21, n. 1, p. 1263, 2021. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1263>. Acesso em: 07 de abr. 2025.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/mgS9mfHm6ScNLRxq9DRJYdf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 de jan. 2025.

MIRANDA, A. P. *et al.* **Gestão de leitos: Núcleo Interno de Regulação uma ferramenta fundamental a unidade hospitalar.** Prevenção e Promoção 6. Editora Atena, 6.ed. Ponta Grossa, v. 6p. 104-110, 2019. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/post/gestao-de-leito-nucleo-interno-de-regulacao-uma-ferramenta-fundamental-a-unidade-hospitalar>. Acesso em: 16 de mar. 2025.

MOREIRA, K. F. A. *et al.* Metodologias ativas e o ensino remoto: integrando o programa de educação pelo trabalho e residência multiprofissional. **Rev. APS**, v. 24, n.3, p. 594-601, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34597>. Acesso em: 25 de jun. 2024.

MUGNOL DO NASCIMENTO, F. *et al.* Propriedade Intelectual para Inovação: elaboração de uma cartilha sobre inovação tecnológica para profissionais da educação. **Cadernos de Prospecção**, v. 15, n. 1, p. 131–143, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/>. Acesso em: 02 de jun. 2024.

MUNIZ, I. F. *et al.* **Avaliação da adequação de um material educativo para conselheiros de saúde.** Cuadernos de Educación y Desarrollo, v.15, n.10, p. 11584-11605, 2023. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/1818>. Acesso em: 12 de set. 2024.

NASCIMENTO, M. E. M. DA C. E *et al.* Núcleo interno de regulação hospitalar na

formação de residentes em gerência de serviços de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 6, p. e12752, 28 jun. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/>. Acesso em: 02 de jun. 2024.

NENEVÊ, J. Z. *et al.* Contribuições do núcleo interno de regulação para a segurança do paciente. **Reme**, v. 27, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/37101>. Acesso em: 16 de mar. 2024.

PASQUALI, L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: Pasquali L (org.). **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed; 2010. Cap. 8, p. 165-98. Acesso em: 16 de mar. 2024.

PAVINATI, G. *et al.* Tecnologias educacionais para o desenvolvimento de educação na saúde: uma revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 26, n. 3, 2022. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/8844>. Acesso em: 10 de jan. 2025.

PENHA, J. R. L. *et al.* Validação e utilização de novas tecnologias na saúde e educação: uma revisão integrativa. **Revista interdisciplinar de promoção da saúde**, v. 1, n. 3, p. 199-206, 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12580>. Acesso em: 24 de mar. 2024.

PEREIRA, J. L.; GONÇALVES, R. DE F. M.; PINHO, D. R. DA S. Elaboração e Avaliação de uma Cartilha sobre os Cuidados para Realizar uma Alimentação Segura na Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 2, 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3757>. Acesso em: 03 de mar. 2025.

PRESOTTO, G. V. *et al.* Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 5, p. 760-770, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11302/1/2014_art_gvpresotto.pdf. Acesso em: 02 de fev. 2025.

RIBEIRO, V. M. B. *et al.* Formação de Professores e Preceptores no contexto de inovações curriculares. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/2052>. Acesso em: 09 de mar. 2025.

RODRIGUES, E. M. S.; SILVA, K. K. D. Tecnologias educacionais digitais na formação de preceptores para residências multiprofissionais no SUS. **Rev. Saúde Digital Tec. Educ.**, Fortaleza, CE, v. 5, n. 1, p.112-123, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/54422/1/2020_art_emsrodrigues.pdf. Acesso em: 16 de jan. 2025.

RODRIGUES, Luciane Cristine Ribeiro *et al.* Repercussões da implantação de um núcleo interno de regulação de leitos no processo de trabalho de enfermeiros. **SALUSVITA**, Bauru, v. 38, n. 4, p. 843- 859, 2019. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v38_n4_2019/salusvita_v38_n4_2019_art_01.pdf. Acesso em: 10 de mar. 2025.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. educ. saúde**, v. 7, n. 3, p. 479-498, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/3NPzjZyJXbWcFmn564kjjkR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 de out. 2024.

SALBERGO, C. *et al.* Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito emergente da práxis de enfermeiros em contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl. 6, p. 2825-2833, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zPJy9NvkcdJvW9Jr7ZKhNQs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 de mar. 2025.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>. Acesso em: 06 de nov. 2024.

SCHNEIDER, L. R., PEREIRA, R. P. G. FERRAZ, L. As práticas baseadas em evidências no contexto de Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 118, p. 594-605, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>. Acesso em: 06 de nov. 2024.

SERAFIM, A. R. R. M. *et al.* Construção de serious games para adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 374-381, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/cFFNhcDFFMmsLLyrJJMLkjc/>. Acesso em: 23 de nov. 2024.

SILVA, C. A.; DALBELLO-ARAUJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde debate**, v. 43, n. 123, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/>. Acesso em: 02 de jun. 2024.

SILVA, C. T. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, p. e2760014, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SR4N3H7CqdTmtk9tRcshdxh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 de nov. 2024.

SILVA, J.C; *et al.* Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enfer**, v. 28, n. 2, p 132-138, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/kQcqR5H7nD5sk48FBSbD93F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 de dez. 2024.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da

trajetória histórica. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 1, p. 200–209, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH8tww34qhgm9LSW6n84d/abstract/?lang=pt/>. Acesso em: 09 de abr. 2025.

SILVA *et al.* Tecnologia Educacional para pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares na condição oncológica: estudo de validação. **Saber Digital**, v. 16, n. 1, p. e20231608–e20231608, 2023. Disponível em: <https://revistas.faa.edu.br/SaberDigital/article/view/1401>. Acesso em: 21 de jun. 2024.

SOARES, V. S. Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern. **Einstein**, v. 15, n. 3, p. 339-343, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/cGpxb6rjHyZzSpMypttnSJG/?lang=en>. Acesso em: 02 de dez. 2024.

SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 679-686, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cQm6vch8PbDMXxBphCPbtVc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 de jan. 2025.

SOUZA, L. D. D. *et al.* Tecnologias digitais no ensino de química: uma breve revisão das categorias e ferramentas disponíveis. **Revista Virtual de Química**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 713-746, 2021. Disponível em: <https://rvq-sub.sbq.org.br/index.php/rvq/article/view/4214>. Acesso em: 27 de dez. 2024.

TAVARES, P. O.; MIRANDA, A. V. S.; GRAF, M. M. T. Núcleo Interno De Regulação Hospitalar: Cenário Para Atuação Do Enfermeiro. **Revista GepesVida**, v. 9, n. 22, 2023. Disponível em: <https://www.unifacvest.edu.br/assets/uploads/files/arquivos/27aca-pietra-karoline-ortiz-tavares---nucleo-interno-de-regulacao-hospitalar--cenario-para-atuacao-do-enfermeiro.pdf>. Acesso em: 22 de jan. 2025.

TEIXEIRA, E. *et al.* Validação de manual sobre prevenção do suicídio para universitários: falar é a melhor solução. **Rev Rene**, v. 21, p. e42241, 2020. https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49979/1/2020_art_afsiqueira.pdf. Acesso em: 02 de jun. 2024.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S.S. Educação em saúde: tecnologias educacionais em foco. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Ed. **Rev Tecnologias em Saúde**, v.4, n. 2, 2011. Disponível em: <https://www.bvirtual.com.br/NossoAcervo/Publicacao/164899>. Acesso em: 05 de dez. 2024.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: Revisão integrativa sobre redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4, 2021. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/caos-organizacao-e-criatividade-revisao-integrativa-sobre-as-redes-de-atencao-a-saude/17769?id=17769>. Acesso em: 04 de jun. 2024.

TOFANI, L. F. N. *et al.* A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2023.v32n1/e220122pt/>. Acesso em: 04 de jun. 2024.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9s37MpDfXmBTY5bXx3XXxPh/>. Acesso em: 15 de out. 2024.

ZANARDO, A. B. R.; VENTURA, C. A. A. Cultural adaptation, and validation of the Strategies to end seclusion restraint module of the QualityRights ToolKit*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vQtKFFRkQcqqQGTH4zQg35k/?lang=en>. Acesso em: 26 de jan. 2025.

PRODUÇÕES ACADÊMICAS NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS

**SEVEN**
publicações acadêmicas**HOME PUBLISHING**
BRAZIL

DECLARAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

A Seven Publicações Ltda, registrada sob o CNPJ 43.789.355/0001-04 em parceria com a Home Publishing Brazil, declara que o artigo "Metodologias de ensino-aprendizagem na capacitação do enfermeiro: Relato de experiência" foi publicado no II SEVEN INTERNATIONAL MEDICAL AND NURSING CONGRESS, na Home Publishing.

Registro de ISBN: 978-65-84976-68-9

Autores que compuseram a obra: Francilene Carvalho Monteiro, Valeria Marques Ferreira Normando, Jara Samiely Balestero Mendes, Thiago dos Santos Carvalho e Samia Cristine Rabelo Borges.

Link da publicação: <https://homepublishing.com.br/index.php/cadernodeanais/article/view/805>

DOI: 10.56238/IICongressmedicalnursing-086

Em verdade, assino esta declaração.

São José dos Pinhais, 12 de setembro, 2023. Brazil



Fernanda Chaves Alotério
Organizadora do evento



METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR DE ENFERMAGEM

Francileni Carvalho Monteiro¹, Thiago dos Santos Carvalho², Valéria Marques Ferreira Normando¹, Marcia do Socorro Mamfredo do Nascimento²

¹Universidade do Estado do Pará - UEPA, Belém, Brasil (francileni@uepa.com.br)

²Faculdade Anhanguera de Maracá, Maracá, Brasil

Resumo: Sabe-se que no Brasil, o ensino atravessa por um momento de constante crescimento e modificações nas últimas décadas, diante das atuais demandas e da alta tecnologia, o perfil de formação profissional, nos faz rever de modo preponderante nossa tradicional e clássica maneira de ensinar. Atualmente, existem vários modelos de ensino que vêm auxiliando a formação educacional crítica e reflexiva. Dentre eles, podem ser mencionadas as Metodologias Ativas de Ensino (MAE), as quais o docente torna-se um mediador de conhecimento e o discente é o principal responsável por controlá-lo. Tendo em vista esse contexto, o objetivo da pesquisa foi identificar as principais metodologias ativas utilizadas no ensino superior de enfermagem e seu impacto na educação dos alunos. A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. As bases de dados escolhidas foram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no idioma português. O período estabelecido foram os últimos cinco anos, correspondendo a 2018-2022. Como resultados, as principais metodologias ativas empregadas foram o uso de portfólio, estudos de casos, aprendizagem baseada em equipe, oficinas, modelos didáticos produzidos durante as monitorias e problematização de casos. Embora as metodologias ativas sejam um método com repercussões benéficas, é indispensável que tanto os alunos e professores acreditem em seu potencial pedagógico e se esforcem em trabalhar intelectualmente e efetivamente para a construção do saber. Desse modo, é possível concluir que o uso desses métodos de ensino tem contribuído de maneira positiva para a satisfação, motivação, responsabilização, preparo e envolvimento dos discentes sobre sua aprendizagem, contudo, ficou evidente que seu uso unicamente, não pode contribuir para o desenvolvimento da motivação autônoma do estudante, necessitando que tanto os docentes como discentes confiem no seu potencial poder pedagógico.

Palavras-chave: Metodologias Ativas, Ensino Superior, Enfermagem

Agradecimentos:



SAÚDE.ONLINE

Realização
CNPJ 28.289.385/0001-78

CERTIFICADO

A comissão científica e organizadora da II Semana Acadêmica Online de Saúde - II SOCSAUDE certifica que o **Resumo Simples** intitulado **"Intervenções de Enfermagem em Pacientes Submetidos a Cirurgias Cardíacas: Pré, Intra e Pós-Operatório"** de autoria de **FRANCILENI CARVALHO MONTEIRO, IARA FAMILY BALESTERO MENDES, SOCORRO NAZARÉ ARAÚJO ALMEIDA, THIAGO DOS SANTOS CARVALHO, CAIO VINICIUS BOTELHO BRITO, VALÉRIA MARQUES FERREIRA NORMANDO** foi aprovado e publicado nos Anais do Congresso, ISBN Nº: **978-65-5465-079-3**, ocorrido no período de 23 a 24 de janeiro de 2024.

Trabalho indexado sob DOI n. **10.54265/TRGP4778**

Luiz Gustavo Borges

Co-Fundador e CEO da Congresse.me


**XXX CONGRESSO PARAENSE DE
CARDIOLOGIA**



CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE

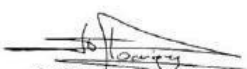
**A ELABORAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA
AUXILIAR NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE INFARTO AGUDO
DO MIOCÁRDIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**FOI APRESENTADO COMO TEMA LIVRE ORAL NO XXX CONGRESSO PARAENSE DE CARDIOLOGIA
NOS DIAS 19 E 20 DE OUTUBRO DE 2023, NO HOTEL SAGRES EM BELÉM-PARÁ,**

TENDO COMO AUTOR(ES):

Fernanda Tainá Oliveira da Cruz, Ana Júlia Góes Maués, Iara Samily Balestero
Mendes, Marcos Henrique Dias da Costa, Renata Gomes Martins, Silvio Douglas
Medeiros Costa, Francileni Carvalho Monteiro, Valéria Marques Ferreira
Normando, Andreza Ozela de Vilhena, Milene de Andrade Gouvêa Tyll

BELÉM-PARÁ, 20 DE OUTUBRO DE 2023.



DR. JOÃO MARIA SILVA RODRIGUES
PRESIDENTE
SOCIEDADE PARAENSE DE CARDIOLOGIA - SBC PA



DR. ROBERTO CHAVES CASTRO
DIRETOR DA COMISSÃO DE TEMAS LIVRES
XXX CONGRESSO PARAENSE DE CARDIOLOGIA






Certificamos que o trabalho intitulado **METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR DE ENFERMAGEM**, de autoria de Francileni Carvalho Monteiro, Thiago dos Santos Carvalho, Valéria Marques Ferreira Normando e Marcia do Socorro Manfredo do Nascimento, foi apresentado no formato e-banner - anais online, no IV Congresso Brasileiro Interdisciplinar em Ciência e Tecnologia - "Educação inovadora: ensino, pesquisa e extensão interdisciplinar". O trabalho foi avaliado por pares em avaliação duplo cega e integra os anais online do evento no formato Resumo, área temática CSAU - Ciências da Saúde.

[Signature]

Adams & Co. Boston

GG

Prof^o Dr. Gabriel Gomes de
Oliveira
Vice-Coordenador de Comitê Científico
do IV COBICET

Instituições organizadoras e apoiadoras:





teste capa artigo educacional (13)

Acervo Saúde

Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Percepções da enfermagem em cardiologia sobre o clima de segurança em hospital da região norte

Perceptions of nursing in cardiology on the safety climate in a hospital in the northern region

Percepciones de enfermería en cardiología sobre el clima de seguridad en un hospital de la región norte

Thiago dos Santos Carvalho¹, Fabíola Santana de Oliveira Costa², Andrezza Ozela de Vilhena¹, Sílvia Renata Pereira dos Santos¹, Lucas Ferreira de Oliveira¹, Danielli Cristina Scalco³, Frandleni Carvalho Monteiro³, Valéria Marques Ferreira Normando¹, Christlelaine Venzel Zaninotto³, Anne Caroline Gonçalves Lima¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar as percepções dos profissionais de enfermagem em cardiologia sobre o clima de segurança do paciente. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa desenvolvida com enfermeiros e técnicos de enfermagem da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). Foi utilizado o instrumento "Safety Attitudes Questionnaire SAQ – Short Form 2006" que é capaz de avaliar o clima de segurança por meio das percepções. Os questionários foram recolhidos e tabulados no Microsoft Excel e em seguida realizada análise exploratória de dados. **Resultados:** Participaram da pesquisa 67 profissionais da enfermagem de um quantitativo total de 93. O SAQ total correspondeu a 73,60. Os domínios com melhor escore foram "Satisfação do trabalho" com 86,64 e "Clima de trabalho em equipe" com 76,34. Os piores escores foram "Percepção da gerência da unidade e hospital" com 68,53 e 67,5. **Conclusão:** A análise do clima de segurança de modo geral se mostrou negativa. No entanto, de maneira isolada, alguns domínios se mostraram positivos. Acredita-se que esta pesquisa possa contribuir para o incentivo de novos estudos, visto que os conhecimentos gerados auxiliam no planejamento de ações referentes ao clima institucional.

Palavras-chave: Segurança do paciente, Cultura organizacional, Gestão da segurança, Enfermagem, Cardiologia.

ABSTRACT

Objective: To identify the perceptions of nursing professionals in cardiology about the patient safety climate. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach developed with nurses and nursing technicians from the Hospital de Clínicas Gaspar Vianna Foundation (FHCGV). The instrument "Safety Attitudes Questionnaire SAQ – Short Form 2006" was used, which is capable of assessing the safety climate through perceptions. The questionnaires were collected and tabulated in Microsoft Excel and then an exploratory data analysis was performed. **Results:** 67 nursing professionals out of a total number of 93

¹ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA.

² Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), Belém - PA.

³ Escola de Saúde Pública da Secretária de Saúde de Cascavel - PR.

SUBMETIDO EM: 4/2024

| ACEITO EM: 8/2024

| PUBLICADO EM: 10/2024

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO - IVC (JUÍZES ESPECIALISTAS DA SAÚDE)



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL
ENSINO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA
CURSO DE MESTRADO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (JUÍZES ESPECIALISTAS)

Data: __/__/____

Nome da Tecnologia Educativa **“Cartilha Educativa – Rede de Atenção à Saúde: Conhecendo a regulação de acesso à Rede de Urgência e Emergência do Estado do Pará”**. É uma validação de tecnologia para os residentes do Programa de Cardiologia da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

PARTE 1- IDENTIFICAÇÃO DOS JUÍZES E ESPECIALISTAS

Código/Pseudônimo: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

Área de formação: _____

Tempo de formação: _____

Função/cargo na instituição: _____

Tempo de trabalho: _____

Titulação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

PARTE 2- INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente a Tecnologia Educacional. Em seguida, analise o instrumento educativo marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração

1-Inadequado

2-Parcialmente adequado

3-Adequado

4-Totalmente adequado

Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1. OBJETIVOS – Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da Tecnologia Educativa (TE).

1.1 As informações/conteúdos são ou estão coerentes com as necessidades de informação sobre regulação de leitos de urgência e emergência.	1	2	3	4
1.2 As informações/conteúdos são relevantes para mediar o conhecimento da sobre regulação de leitos de urgência e emergência.	1	2	3	4
1.3 Instiga a procura por informações para a tomada de decisão sobre gestão de leitos de urgência e emergência.	1	2	3	4
1.4 Está adequado para ser usado por qualquer residente ou profissional de saúde que atue na área de regulação de leitos.	1	2	3	4
1.5 Atende aos objetivos instituições de saúde e ensino atuantes em gestão de leitos de urgência e emergência.	1	2	3	4
1.6 Pode ser utilizado para o ensino regulação em urgência e emergência em outros estabelecimentos de educação em saúde	1	2	3	4

Comentários:

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se a forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, formato de apresentação, coerência e formatação.

2.1 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4
2.2 Há uma sequência lógica de conteúdo proposto.	1	2	3	4

2.3 As informações da cartilha e apresentação são coerentes.	1	2	3	4
2.4 O tamanho do título e dos tópicos estão adequados.	1	2	3	4
2.5 As ilustrações são expressivas e suficientes.	1	2	3	4
2.6 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4

Comentários:

3. RELEVÂNCIA – Refere-se às características que avalia o grau de significação da TE.

3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados.	1	2	3	4
3.2 O material permite a transferência e generalização do aprendizado a diferentes contextos de regulação de leitos de urgência e emergência a nível hospitalar, atenção básica e unidades de pronto atendimento.	1	2	3	4
3.3 A cartilha propõe a construção de conhecimento e tomada de decisão.	1	2	3	4
3.4 O material aborda os assuntos necessários para os residentes acerca do processo de regulação de leitos de urgência e emergência.	1	2	3	4
3.5 A cartilha está adequada para ser usada por qualquer profissional de saúde que atue na área de urgência e emergência e outros locais das RAS como: atenção primária em saúde, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar.	1	2	3	4
3.6. A cartilha é apropriada para os Residentes da FHCGV.	1	2	3	4

Comentários:

4. ESTILO DE ESCRITA – Refere-se às características linguísticas, compreensão e estilo da escrita da TE.

4.1 A escrita está em estilo adequado.	1	2	3	4
4.2. O vocabulário é acessível.	1	2	3	4
4.3 O texto está claro.	1	2	3	4
4.4 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4
4.5 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	1	2	3	4
4.6 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4

Comentários:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – SAM (JUÍZES ESPECIALISTAS EM OUTRAS ÁREAS).



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL
ENSINO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA
CURSO DE MESTRADO**

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (JUÍZES ESPECIALISTAS)

Data: __/__/____

Nome da Tecnologia Educativa **“Cartilha Educativa – Rede de Atenção à Saúde: Conhecendo a regulação de acesso à Rede de Urgência e Emergência do Estado do Pará”**. É uma validação de tecnologia para os residentes do Programa de Cardiologia da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

PARTE 1- IDENTIFICAÇÃO DOS JUÍZES E ESPECIALISTAS

Código/Pseudônimo: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

Área de formação: _____

Tempo de formação: _____

Função/cargo na instituição: _____

Tempo de trabalho: _____

Titulação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

PARTE 2- INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente a Tecnologia Educacional. Em seguida, analise o instrumento educativo marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração

1-Inadequado

2-Parcialmente adequado

0- Inadequado

1. CONTEÚDO

O objetivo é evidente, facilitando a compreensão do material.	2	1	0
O conteúdo aborda informações relacionadas à gestão de leitos de urgência e emergência.	2	1	0
A proposta do material é limitada aos objetivos, para que os residentes do programa de cardiologia possam compreender sobre gestão de leitos de urgência e emergência.	2	1	0

Sugestões:

2. LINGUAGEM

O nível de leitura é adequado para a compreensão dos residentes do programa de cardiologia.	2	1	0
O estilo de conversação facilita o entendimento do texto.	2	1	0
O vocabulário utiliza palavras comuns.	2	1	0

Sugestões:

3. ILUSTRAÇÕES GRÁFICAS

A interface, layout atrai a atenção e retrata o propósito do material.	2	1	0
As ilustrações apresentam mensagens visuais fundamentais para que o leitor possa compreender os pontos principais sozinho, sem distrações.	2	1	0

Sugestões:

4. MOTIVAÇÃO

Ocorre interação do texto e/ou das figuras com o leitor. Levando-os a resolver problemas, fazer escolhas e/ou demonstrar habilidades.	2	1	0
Os padrões de comportamento desejados são modelados ou bem demonstrados.	2	1	0
Existe a motivação à autoeficácia, ou seja, os residentes de cardiologia são motivados a aprender por acreditarem que as tarefas e comportamentos são factíveis	2	1	0

Sugestões:

5. ADEQUAÇÃO CULTURAL

O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência do público-alvo.	2	1	0
Apresenta imagens e exemplos adequados culturalmente	2	1	0

Sugestões:

APENDICE C – ARTIGO: O USO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMO FERRAMENTA DE ENSINO E APRENDIZADO NA GESTÃO DE LEITOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.



O uso de tecnologias educativas como ferramenta de ensino e aprendizado na gestão de leitos de urgência e emergência

The use of educational technologies as a teaching and learning tool in the management of urgent and emergency beds

El uso de tecnologías educativas como herramienta de enseñanza y aprendizaje en la gestión de camas de urgencia y emergencia

Francileni Carvalho Monteiro^{1,2}, Fernanda Tainá Oliveira da Cruz¹, Cleber Leonardo de Souza Campos^{1,2}, Ilma Pastana Ferreira¹, Gecila Amoedo da Cunha^{1,2}, Ana Cristina Vidigal Soeiro¹, Sâmia Cristine Rabelo Borges², Socorro Nazaré Araújo Almeida Barbosa^{1,2}, Caio Vinicius Botelho Brito¹, Valeria Marques Ferreira Normando¹.

RESUMO

Objetivo: Discutir a utilização de Tecnologias Cuidativas-Educacionais na formação de residentes multiprofissionais quanto a atuação do núcleo interno de regulação de leitos de urgência e emergência.

Revisão bibliográfica: Os programas de residência visam a qualificação profissional e integração de saberes. O Núcleo Interno de Regulação surge como uma estratégia para uma gestão mais eficiente da Rede de Atenção à Saúde (RAS), muito necessário para garantir o acesso do usuário em tempo oportuno. As Tecnologias Cuidativas-Educacionais são mencionadas como ferramentas para promover cuidado reflexivo e educação em saúde, contribuindo para uma assistência baseada em evidências. **Considerações finais:** O programa de residência multiprofissional é essencial para formar profissionais capacitados na assistência e gestão do serviço, incluindo o núcleo interno de regulação. Treinamentos regulares, tecnologias cuidativas-educacionais validadas e aprimoramento do Núcleo Interno de Regulação visam garantir a segurança do paciente e atingir metas de qualidade, como comunicação eficaz e redução de filas de espera.

Palavras-chave: Programa de residência, Gestão de leitos hospitalar, Tecnologia cuidativa-educacional.

ABSTRACT

Objective: Discuss the use of Care-Educational Technologies for training multidisciplinary residents regarding the performance of the internal nucleus for regulating urgent and emergency hospital beds. **Literature review:** health residency programs aim to train and qualify professionals, promoting the integration of knowledge and reflection on professional practice. In the scope of bed management, the Internal Regulation Center emerges as a strategy to coordinate and organize the Health Care Network, enabling more efficient management and orderly patient care. As for communication technologies, Care-Educational Technologies are highlighted for their ability to promote health care and education in an integrated and reflective way, contributing to evidence-

¹ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém-PA.

² Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), Belém - PA.

based care and improving the quality of health services. **Final considerations:** The multi-professional residency program is essential to train professionals capable of assisting and managing the service, including the internal regulation center. Regular training, validated care-educational technologies and improvement of the internal regulation center aim to ensure patient safety and achieve quality goals, such as effective communication and reducing waiting lists.

Keywords: Residency program, Hospital bed management, Care-educational technology.

RESUMEN

Objetivo: Discutir el uso de Tecnologías Cuidado-Educativas para la formación de residentes multidisciplinarios sobre el desempeño del núcleo interno de regulación de camas de urgencia y emergencia. **Revisión de la literatura:** Los programas de residencia tienen como objetivo la calificación profesional y la integración de conocimientos. El Centro de Regulación Interna aparece como una estrategia para una gestión más eficiente de la Red de Atención a la Salud. Las Tecnologías Cuidado-Educativas se mencionan como herramientas para promover la atención reflexiva y la educación en salud, contribuyendo a la atención basada en evidencia. **Consideraciones finales:** El programa de residencia multiprofesional es fundamental para formar profesionales capaces de atender y gestionar el servicio, incluido el centro de regulación interna. La formación periódica, las tecnologías asistenciales-educativas validadas y la mejora del centro de regulación interna tienen como objetivo garantizar la seguridad del paciente y alcanzar objetivos de calidad, como la comunicación eficaz y la reducción de las listas de espera.

Palabras clave: Programa de residencia, Gestión de camas hospitalarias, Tecnología cuidado-educacional.

INTRODUÇÃO

Os programas de residência em saúde, promovidos pelo Ministério da Saúde, visam formar e capacitar profissionais da área, enquanto também aprimoram a atividade dos preceptores. Esses programas têm como foco a formação em serviço, permitindo que os residentes desenvolvam habilidades enquanto trabalham. O objetivo principal é promover a excelência no exercício profissional, integrando profissionais, comunidade e gestão, de modo aprimorar as ações no campo assistencial.

A residência multiprofissional busca integrar conhecimentos, proporcionando experiências diretas na rede de atenção à saúde em diversos contextos, promovendo reflexões sobre a prática profissional e as interações com os usuários do serviço (MOREIRA KFA, et al., 2022; SILVA JC, et al., 2015; SILVA CA e DALDELLO-ARAUJO M, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) opera em múltiplos níveis de atenção devido à sua complexidade e diversidade, e dessa forma, os rodízios na Rede de Atenção à Saúde (RAS) proporcionam aos profissionais recém-formados uma variedade de experiências, complementando suas vivências durante a graduação.

Nesse cenário, a regulação exerce importante função para garantir acesso e distribuição adequados de serviços de saúde, adaptando a oferta conforme a demanda e as necessidades da população atendida, possibilitando a execução de serviços o mais próximo possível dos locais onde podem ser necessários (FLOR TBM, et al., 2022; BRASIL, 2010; SANCHEZ RM e CICONELLI RM, 2012).

O Núcleo de Regulação Interna (NIR) desempenha um papel fundamental na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), pois coordena e organiza as ações dentro do ambiente hospitalar. Ele é responsável por monitorar o paciente desde a chegada até sua alta, garantindo uma atuação ágil e correta diante das diversas situações agudas apresentadas.

Essa estratégia visa integrar os diferentes pontos de atenção da rede, proporcionando um atendimento eficiente e coordenado às mais diversas situações de urgência e emergência (BRASIL, 2013). Neste cenário, a qualificação do profissional no NIR é crucial para garantir decisões rápidas e precisas, coordenação eficaz dos fluxos de pacientes, comunicação eficiente entre equipes e gestão adequada de crises. Profissionais

bem-preparados mantêm-se atualizados e são fundamentais para o funcionamento eficiente da RUE, assegurando um atendimento de qualidade aos pacientes em situações críticas.

Assim, a capacitação dos residentes e dos demais profissionais na temática se faz necessária, especialmente por seu papel na oferta de treinamento em serviço (MICCAS FL e BATISTA SHS, 2014). Neste contexto, as Tecnologias Cuidativas-Educacionais (TCE) desempenham um papel relevante, atuando como ferramentas que facilitam o cuidado e a educação em saúde.

Essas tecnologias, construídas com base na Prática Baseada em Evidências (PBE), promovem a troca de conhecimentos e o aprimoramento das competências dos profissionais de saúde, garantindo a segurança e qualidade do serviço (SALBERGO C, et al., 2018; SCHNEIDER LR, et al., 2018). Diante do exposto, esta revisão narrativa teve como objetivo de discutir a utilização de Tecnologias Cuidativas-Educacionais na formação de residentes multiprofissionais quanto a atuação do núcleo interno de regulação de leitos de urgência e emergência.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Formação profissional de residentes: uma estratégia de qualificações das ações e do cuidado em saúde

Os programas de residência em saúde são iniciativas do Ministério da Saúde que contemplam a formação do universitário e do profissional de saúde, como também qualificam os preceptores de residentes nos diversos cenários, objetivando as transformações necessárias no ensino e na atenção à saúde (MOREIRA KFA, et al., 2022).

Ademais, a residência multiprofissional em saúde é uma modalidade de pós-graduação do tipo *lato sensu* que tem como finalidade a formação de profissionais diferenciados dentro do SUS, a construção interdisciplinar, o trabalho em equipe, a educação permanente e reorientação e reorganização das lógicas técnico assistências (CARNEIRO EM, et al., 2021).

Esse tipo de pós-graduação tem como característica principal a formação em serviço, fazendo com que o residente desenvolva habilidades em conjunto com a rotina de trabalho. Assim, o objetivo é promover o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde, interligando os profissionais, a comunidade e a gestão, visando à melhoria da qualidade de vida (SILVA JC, et al., 2015).

Os programas de residência multiprofissionais buscam integrar saberes, permitindo a experiência do profissional da saúde na atuação direta com a rede de atenção, em diferentes contextos. Neste sentido, trata-se de um espaço propício para gerar reflexões acerca da prática profissional, e para fomentar relações institucionais, interpessoais e com os usuários do serviço (SILVA CA e DALDELLO-ARAUJO M, 2020).

O programa de residência favorece a integralidade do SUS, por contar com a presença de diferentes profissionais, com formação em áreas do conhecimento distintas. Assim, diagnóstico e terapêutica são orientados para uma compreensão de saúde mais abrangente, que supere as limitações do modelo biomédico (ROSA SD e LOPES RE, 2010).

Em outro sentido, os programas de residências podem ser concebidos como um espaço de aprimoramento de habilidades e aquisição de conhecimentos não adquiridos durante a graduação, superando o afastamento que algumas categorias profissionais têm do SUS.

Os rodízios em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, possibilitam que o profissional recém-formado conheça cenários nos quais não teve vivência durante a graduação, constituindo uma oportunidade para a articulação de conhecimentos teóricos e práticos (FLOR TBM, et al., 2022).

O percurso curricular do aluno no contexto saúde precisa ser estruturado a partir de situações concretas e das necessidades da sociedade, para que, partindo de problemas existentes, o educando se sinta instigado a buscar respostas no campo do conhecimento, sobretudo, no cenário da prática transformadora e resolutive.

Os preceptores e tutores do programa de residência tem um duplo trabalho: problematizar e, essencialmente, ensinar os princípios e métodos dessa prática aos seus residentes (MAROJA MCS, et al., 2020).

O preceptor corresponde a um profissional que tem experiência no campo de prática, a quem é atribuída a função principal de guiar o residente em sua atuação, estreitando a distância entre teoria e prática. Além disso, o preceptor desenvolve um papel primordial na inserção e socialização do profissional residente no ambiente de trabalho. Dessa forma, ele é encarregado de ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias (BOTTI SHO e REGO ST, 2011).

O preceptor deve ampliar seus conhecimentos para exercer essa função, assumindo um compromisso com a aprendizagem do seu residente, fundamentando o conhecimento teórico na prática diária. Dessa forma, esse profissional precisa ser capaz de atender aos desafios da especialização e do trabalho em saúde, adentrando em um processo pedagógico problematizador (RIBEIRO VMB, et al., 2015).

Existe uma diferença entre a definição do papel do preceptor na teoria e suas atribuições na prática. Estudos apontam que, devido à ausência de formação para exercer essa atribuição, muitos preceptores divergem em relação a suas funções, surgindo, assim, muitas dificuldades na organização e funcionamento dos programas de residência (AUTONOMO FRO, et al., 2015).

A formação profissional dos residentes é um trabalho em equipe, principalmente de maneira interprofissional. Na residência multiprofissional, viabilizam-se ações conjuntas que buscam trazer benefícios para o paciente, portanto, a comunicação é parte da rotina do trabalho em saúde, possibilitando articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (CASANOVA IA, et al., 2015).

Tal integração favorece a construção de um saber interdisciplinar e uma parceria na tomada de decisões, estimulando o olhar holístico e integral, e reduzindo a fragmentação da atenção e do cuidado em saúde. Esse trabalho em conjunto possibilita uma atuação dinâmica dos residentes e profissionais, com objetivos comuns e com responsabilidades (MACHADO MFAS, et al., 2018).

As habilidades desenvolvidas durante a residência são imprescindíveis para o processo formativo dos residentes multiprofissionais, por ser uma modalidade que exige o trabalho em equipe. O trabalho em conjunto interdisciplinar favorece a superação de dificuldades no processo de cuidar, tais como a falta de um tratamento focado no usuário, a gestão distante da realidade e a organização prioritariamente pautada em problemas internos (SONRAZ D e PISCO LAC, 2017).

Mesmo com as suas dificuldades, o programa multiprofissional de residência ainda pode ser visto como uma forma de transformar a realidade encontrada no SUS, pois é responsável pela formação de profissionais que, atuam na produção de saúde, e que não tenham apenas a preocupação com o somatório das ações, mas também, com o que existe de comum entre elas, proporcionado, assim, mudanças de paradigmas estabelecidos (SILVA CT, et al., 2016).

Assim, a residência traz contribuições para o próprio serviço em que ela está inserida, pois torna-se uma ferramenta fundamental para o aperfeiçoamento dos profissionais através da educação permanente em saúde. Os residentes auxiliam no aperfeiçoamento dos trabalhadores, promovendo a reorganização do espaço de produção de saúde, fomentando um movimento que coloca os processos em análise (SILVA CA e DALDELLO-ARAUJO M, 2020).

Gestão de leitos de urgência e emergência na formação dos residentes

O SUS abrange diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária) para seu pleno funcionamento. Isso ocorre devido ao seu caráter multifatorial e a complexidade do sistema, apresentando fontes diversificadas de financiamento, profissionais com diferentes formações e especialidades, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos. Além da variedade do público usuário dentro do mesmo sistema (ARRUDA C, et al., 2015). As RAS foram definidas pelo Ministério da Saúde como uma estrutura organizacional, utilizada como estratégia para superar o modelo fragmentado de gestão em saúde entre os diferentes níveis de atenção de serviço. Essa estratégia tem o objetivo assegurar efetividade e eficiência nos serviços e ações que são oferecidos aos usuários (BRASIL, 2010).

Considerando tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados, bem como a demanda pela população. Nesse sentido, visando garantir o acesso e alocação adequados para os indivíduos, foi criada a regulação dos leitos, que permite a oferta dos serviços o mais próxima possível de onde possa surgir a necessidade (SANCHEZ RM e CICONELLI RM, 2012).

Com as crescentes demandas dos cenários de urgência e emergência, foi necessária a elaboração de orientações formais que favorecessem a organização das ações em saúde, de maneira que as intervenções nesse contexto pudessem ser geridas de maneira rápida e resolutiva. Portanto, em 2011, através da Portaria nº 1600 do Ministério da Saúde, foi instituída a Rede de Urgência e Emergência (RUE) (BRASIL, 2011). Trata-se de uma rede formada por diferentes pontos de atenção à saúde, os quais devem funcionar de maneira articulada e integrada, com capacidade para intervir de maneira ágil e pontual em situações agudas apresentadas pelos usuários do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Visando dar suporte à coordenação e organização da RAS a nível nacional, especialmente no ambiente hospitalar, em 30 de dezembro de 2013, foi criado o Núcleo de Regulação Interna (NIR), através da Portaria Nº 3.390 do Ministério da Saúde. O NIR é definido como uma unidade técnico-administrativa responsável por monitorar o paciente desde a sua chegada na instituição hospitalar até a alta (BRASIL, 2013) (BRASIL, 2013). Antes do surgimento do NIR, não havia uma sistematização sobre o acompanhamento à internação e alta, ficando a critério da equipe médica assistencial as decisões.

Assim, não era levada em consideração a complexidade do quadro do paciente e desconsiderado todo o contexto do seu processo saúde-doença. Com a existência do núcleo de regulação, ocorreu uma sistematização e otimização dos serviços, tanto nos ambientes ambulatoriais, quanto durante a internação, resultando no controle das demandas e na avaliação dos casos e, consequentemente, no atendimento ordenado de acordo com a complexidade (TAVARES PO, et al., 2021).

O NIR deve ser visto como um projeto permanente do planejamento estratégico hospitalar, constituindo peça fundamental no gerenciamento hospitalar, uma vez que sua atuação vai além da gestão de leitos, ele é a interface com as centrais de regulação. Dessa forma, é possível delinear o perfil de complexidade e de assistência do hospital, permitindo uma comunicação efetiva com os demais pontos da rede de atenção (BRASIL 2017). O NIR pode ser considerado como uma ferramenta em gestão com a capacidade de identificar a organização e gestão de leitos e fluxos de acessos.

Além disso, esse núcleo ainda pode servir como método para a otimização do funcionamento dos centros cirúrgicos, a implementação de metodologias inovadoras de gestão, bem como para atuar no planejamento, controle e avaliação da assistência à saúde. A plena atuação do NIR garante uma melhor prestação de assistência aos usuários dos serviços de saúde, por eliminar os desperdícios e atividades que não agregam valor, garantindo um desempenho elevado das instituições (MIRANDA AP, et al., 2019).

A gestão de acesso e permanência nos leitos regulados pelo NIR são rotinas cruciais para o alcance do uso efetivo da capacidade instalada. Regular o paciente certo no leito certo é uma tarefa complexa, pois envolve dinamismo e conhecimento das demandas em saúde, bem como da estrutura à disposição para diagnóstico e tratamento.

Muito além do que isso, o estabelecimento de saúde necessita estar inserido efetivamente no sistema de saúde, de modo a expandir sua capacidade de promover o melhor cuidado, recebendo e transferindo os pacientes em parceria com outras instituições (MACHADO RM, et al., 2021). Os profissionais que participam do NIR devem ter uma boa comunicação com diferentes setores do hospital, expandindo sua atuação para a esfera médico-assistencial com a participação nas discussões diárias das equipes assistenciais, comumente denominadas rounds.

Essa prática mostra-se uma grande ferramenta para diminuir, efetivamente, o tempo médio de internação hospitalar, por garantir um plano de alta realista e aplicável (SOARES VS, 2017). A pesquisa de Bastos LBR, et al. (2020) concluiu que algumas medidas são necessárias para diminuir os empecilhos enfrentados pelo NIR, dentre elas estão: melhoria na organização do fluxo assistencial em todos os níveis da rede de atenção à saúde, de modo a impactar nos indicadores de saúde mais sofríveis; garantia de leitos pela intermediação

das centrais reguladoras da saúde; políticas que incentivem a desospitalização e assegurem a eficácia da atenção primária à saúde e a qualificação dos trabalhadores para a atuação dentro do NIR e da RAS.

Logo, destaca-se a necessidade da educação permanente dos profissionais da regulação de leitos, sendo responsabilidade das instituições de saúde promoverem tal capacitação. Esses projetos podem ocorrer no próprio espaço de trabalho, assegurando a participação de todos os envolvidos e construindo o conhecimento de maneira horizontal e interdisciplinar. Assim, é possível estimular nos profissionais do NIR a compreensão de um conceito ampliado de saúde, pautado nos princípios e diretrizes do SUS (MICCAS FL e BATISTA SHS, 2014).

Assim, as capacitações devem ser rotina nas equipes assistenciais e de gestão, e devem incluir temáticas voltadas à regulação de leitos, de modo a discutir, dimensionar e qualificar a regulação dentro da RAS. Além disso, tais iniciativas ajudam a avaliar os serviços ofertados, almejando melhorias na prestação dos serviços (ALVES TMK, et al., 2021). Nesse cenário, a presença dos residentes se faz necessária, em razão de seu papel ativo como potencial integrante do serviço, como também, por sua função nas ações em educação permanente em serviço.

Uso de tecnologias comunicacionais na área da saúde

As transformações que acontecem na educação e nas políticas de saúde cobram mudanças para o processo de formação dos profissionais de saúde, com uma jornada acadêmica mais globalizada, como resultado disso um profissional mais versátil e humanizado. Para que tal objetivo seja alcançado, é necessária uma reorientação dos conteúdos curriculares e metodologias diversificadas de ensino (MARTINS YV e PADILHA WVN, 2021).

Na atual era digital em que as informações e conhecimentos emergem como protagonistas, o aprender progressivamente se firmou como uma exigência social. Para que os alunos se apropriem das potencialidades educacionais que as tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC) oferecem, é necessário o desenvolvimento de uma postura de estudo estratégico. Tal postura somente é alcançada, quando ocorre a adoção de estratégias de aprendizagem que possibilitem buscar, selecionar, confrontar e analisar as informações digitais disseminadas, ou seja, fazer uso criterioso e produtivo das TDIC (BELUCE AC, et al., 2021).

O uso das tecnologias educacionais aliados aos conhecimentos que os profissionais já possuem se revela como uma correta estratégia para a formação e melhoria da qualidade do serviço ofertado. As tecnologias educacionais têm o potencial de serem utilizadas como métodos que oportunizam aos alunos maior proximidade com o tema a ser trabalhado, incentivando sua participação ativa, de maneira que proceda a real assimilação do conhecimento (PAVINATI G, et al., 2022). As tecnologias educacionais incluem ferramentas artificiais que são desenvolvidas com base no conhecimento científico, visando à diminuição do esforço e a solução de dificuldades na área da saúde (PENHA JRL, et al., 2018). Nesse aspecto, podem ser definidas como qualquer intervenção responsável pela promoção de saúde, incluindo não apenas as tecnologias favorecem a interação com o paciente, como medicamentos ou técnicas cirúrgicas, mas também aquelas que interagem com os sistemas organizacionais, portanto, que dão suporte à estrutura em que o cuidado é oferecido (AMORIM FF, et al., 2010).

As Tecnologias Cuidativas-Educacionais (TCE), são compreendidas como facilitadoras do processo de cuidar e educar em saúde, sendo sua construção baseada nos saberes individuais e coletivos, possibilitando trocas e o aprimoramento de competências. Elas se apresentam de diferentes formas e podem ajudar a minimizar dúvidas do paciente, além de facilitar o processo de trabalho em saúde, por meio da orientação do cuidado para o paciente e familiares. A TCE ajuda no desenvolvimento de ferramentas, ou processos tecnológicos, que integrem a dimensão educacional e assistencial das tecnologias, de modo que ocorra a inter-relação entre o cuidar-educar (SALBERGO C, et al., 2018). Quando utilizadas no contexto hospitalar, o emprego das TCEs ajuda no enfrentamento da mecanização do trabalho e do tecnicismo. Nesse aspecto, o cuidar em saúde é concebido sob uma perspectiva pedagógica, a qual tem o objetivo de educar o indivíduo, proporcionando um pensamento crítico e reflexivo e uma aprendizagem significativa. Percebe-se que a

utilização de TCE é uma ferramenta efetiva na construção de um conhecimento com capacidade de transformar a realidade circundante. Assim, os indivíduos tornam-se autônomos diante da sua condição de vida e saúde, a partir da compreensão das dificuldades e empecilhos a que estão expostos (LANZONI GMM, et al., 2015; PRESOTTO GV, et al. 2014).

No contexto da saúde, destaca-se a assistência com práticas baseadas em evidências (PBE). A PBE tem sido definida como uma abordagem que associa as evidências científicas de melhor qualidade disponíveis com a experiência clínica e as preferências do paciente, assegurando uma forma coerente, segura e sistematizada para prover maior qualidade na assistência e a otimização dos recursos (SCHNEIDER LR, et al., 2018). Desta forma, para garantir a PBE, na construção de uma TCE, deve ser utilizado um método sistemático e organizado dividido em duas etapas: a pesquisa de campo, que permitirá identificar as necessidades do público-alvo, e a pesquisa bibliográfica aprofundada, que fundamentará os assuntos a serem abordados.

Após essas etapas, faz-se necessário a validação da tecnologia, e esse procedimento permitirá que os juízes-especialistas e o público-alvo determinem, de comum acordo, se o instrumento está apropriado para utilização (TEIXEIRA E e MOTA VMSS, 2011). É válido destacar a necessidade da adaptação da interface do instrumento empregado na realização das ações. Nessa lógica, o ajuste de método empregado para comunicação com público-alvo é esperado e deve ser expressado por meio da linguagem e aspectos lúdicos empreendidos, de maneira que haja a melhor comunicação possível com os indivíduos, fazendo com que mensagem a ser repassada seja efetiva (SOUZA LDD, et al. 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa de residência multiprofissional destaca-se como um ambiente de aprendizagem essencial para a formação profissional, não apenas na assistência direta ao paciente, mas também na gestão do serviço. Dessa forma, é esperado que os residentes em saúde conheçam a estrutura e a atuação no NIR, de modo a compreenderem como ocorre a regulação de leitos, fluxo e direcionamento da RAS. Nesse cenário, o uso de tecnologias cuidativas-educacionais pode ser utilizado para auxiliar o aprendizado e atuação dos residentes, o que requer a sistematização de importantes etapas para o seu desenvolvimento, incluindo a construção e validação como parte do trajeto metodológico. Destarte, tais tecnologias tem o potencial de contribuir para aprimorar a segurança do paciente no ambiente hospitalar favorecendo o atendimento às diferentes demandas dos usuários assistidos pelo serviço.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM FF, et al. Avaliação de tecnologias em saúde: contexto histórico e perspectivas. *Comunicação em ciências da saúde*, 2010; 2(4): 343-348.
2. ALVES TMK, et al. Desafios da regulação do acesso à assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde em uma metrópole norte brasileira. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(3): e6491.
3. ARRUDA C, et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Escola Anna Nery*, 2015; 19(1): 169-173.
4. AUTONOMO FROM, et al. A Preceptorial na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária– Análise das Publicações Brasileiras. *Revista brasileira de educação médica*, 2015; 39: 316-327.
5. BASTOS LBR, et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*, 2020; 54(25): 1-13.
6. BELUCE AC, et al. Learning Strategies and Digital Technologies Scale: High School and University Teaching. *Avaliacao Psicologica*, 2021; 20(4): 463–474.
7. BOTTI SHO, REGO ST. A Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2011; 21(1): 65-85.
8. BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acessado em: 15 de março de 2024.
9. BRASIL. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acessado em: 10 de março de 2024.
10. BRASIL. Portaria No 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acessado em: 10 de março de 2024.

11. BRASIL. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2017. Disponível em: https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Manual_NIR.pdf. Acessado em: 13 de março de 2024.
12. CARNEIRO EM et al. The multiprofessional residency in health: Newcomers' expectations and students' perceptions. *Physis*, 2021; 31(3):1-19.
13. CASANOVA IA, et al. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, 2015; 40(3): 229-233.
14. FLOR TBM, et al. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27: 921-936.
15. LANZONI GMM, et al. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2015; 17(2): 322-332.
16. MACHADO MFAS, et al. Competências em promoção da saúde: o domínio parceria na residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2018; 31(4): 1-7.
17. MACHADO RM, et al. Implantação e operacionalização do Núcleo Interno de Regulação hospitalar: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 2021; 10(6):1-14.
18. MAROJA MCS, et al. Challenges of a questioning education to health professionals in a multiprofessional residency program. *Interface: Communication, Health, Education*, 2020; 24: e180616.
19. MARTINS YVM, PADILHA WWN. Estratégias pedagógicas de inclusão e retenção de estudantes em tempos de pandemia. *Revista da ABENO*, 2021; 21(1): 1263.
20. MICCAS FL, BATISTA SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, 2014; 48(1): 170-185.
21. MIRANDA AP, et al. Gestão de leitos: Núcleo Interno de Regulação uma ferramenta fundamental a unidade hospitalar. 6 ed. Ponta Grossa: Prevenção e Promoção 6 - Editora Atena, 2019; 104-110.
22. MOREIRA KFA, et al. Metodologias ativas e o ensino remoto: integrando o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – Interprofissionalidade e a residência multiprofissional. *Revista de APS*, 2022; 24(3): 594-601.
23. PAVINATI G, et al. Tecnologias educacionais para o desenvolvimento de educação na saúde: uma revisão integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 2022; 26(3): 328-349.
24. PENHA JRL, et al. Validação e utilização de novas tecnologias na saúde e educação: uma revisão integrativa. *Revista interdisciplinar de promoção da saúde*, 2018; 1(3): 199-206.
25. PRESOTTO GV, et al. Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2014; 15(5): 760-770.
26. RIBEIRO VMB, et al. Formação de Professores e Preceptores no contexto de inovações curriculares. *Revista Docência do Ensino Superior*, 2015; 5(2): 57-78.
27. ROSA SD, LOPES RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho, educação e saúde*, 2010; 7(3): 479-498.
28. SALBEGO C, et al. Tecnologias cuidadoso-educacionais: um conceito emergente da práxis de enfermeiros em contexto hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018; 71(6): 2825-2833.
29. SANCHEZ RM, CICONELLI RM. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2012; 31(3): 260-268.
30. SCHNEIDER LR, et al. As práticas baseadas em evidências no contexto de Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*, 2018; 42(118): 594-605.
31. SILVA CA, DALBELLO-ARAUJO M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde debate*, 2020; 43(123): 1240-1258.
32. SILVA CT, et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2016; 25: e2760014.
33. SILVA JC, et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2015; 28(2): 132-138.
34. SOARES VS. Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern. *Einstein*, 2017; 15(3): 339-343.
35. SORANZ D, PISCO LAC. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22: 679-686.
36. SOUZA LDD, et al. Tecnologias digitais no ensino de química: uma breve revisão das categorias e ferramentas disponíveis. *Revista Virtual de Química*, 2021; 13(3): 713-746.
37. TAVARES PO, et al. Núcleo Interno De Regulação Hospitalar: Cenário Para Atuação Do Enfermeiro. *Revista GepesVida*, 2021; 9(22): 45-60.
38. TEXEIRA E, MOTA VMSS. Educação em saúde: tecnologias educacionais em foco. São Paulo: Difusão Editora, 2011.

APÊNDICE D – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONHECENDO A REGULAÇÃO DE ACESSO À REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO ESTADO DO PARÁ.



Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Monteiro, Francileni Carvalho

Rede de atenção a saúde [livro eletrônico] :
conhecendo a regulação de acesso à rede de urgência e
emergência do estado do Pará / Francileni Carvalho
Monteiro, Valéria Marques Ferreira Normando. --
Belém, PA : Ed. das Autoras, 2025.

PDF

ISBN 978-65-01-37401-7

1. Emergências médicas 2. Prática em Atenção à
Saúde (PAS) 3. Emergências 4. Saúde pública
5. Urgências médicas I. Normando, Valéria Marques
Ferreira. II. Título.

25-258409

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Monteiro, Francileni Carvalho

Rede de atenção a saúde [livro eletrônico] :
conhecendo a regulação de acesso à rede de urgência e
emergência do estado do Pará / Francileni Carvalho
Monteiro, Valéria Marques Ferreira Normando. --
Belém, PA : Ed. das Autoras, 2025.

PDF

ISBN 978-65-01-37401-7

1. Emergências médicas 2. Prática em Atenção à
Saúde (PAS) 3. Emergências 4. Saúde pública
5. Urgências médicas I. Normando, Valéria Marques
Ferreira. II. Título.

25-258409

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

SUMÁRIO

1. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	4
2. COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	8
3. SISTEMA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE.....	18
4. ESTUDO DE CASOS.....	25



Olá, seja bem-vindo(a) ao nosso
serviço de Urgência e Emergência!
Mas, antes de iniciar nossas atividades,
vamos conversar um pouco sobre as Redes
de Atenção à Saúde (RAS). **Vamos lá?**



1. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



Como estratégia para enfrentar a fragmentação da atenção à saúde, o ministério da saúde adotou como recurso a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde com qualidade, resolutividade, otimizar recursos, racionalizar gastos e reduzir as desigualdades.

A implantação das RAS pelo ministério da saúde através da portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da RAS, representou uma nova etapa de organização do SUS, com intenção de assegurar a integralidade o cuidado integral e trazer mudanças no cuidado à saúde.

Clique aqui para saber mais, acesse a portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010.

As redes temáticas das RAS são:

- 1 Rede Alyne
- 2 Rede de Atenção Psicossocial
- 3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências
- 4 Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas
- 5 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

Alguns fundamentos da RAS Precisam ser considerados para assegurar a resolutividade da rede, um deles é a **Região de Saúde**.



Mas você sabe o que são as Regiões de saúde e qual o seu objetivo?

As Regiões de saúde são definidas como espaços geográficos contínuos, formados por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados, de acordo com as identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com objetivo de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Os condicionantes para a formação das regiões de saúde de acordo com o decreto Nº 7.508/2011 é ter com no mínimo ações e serviços de: Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância em Saúde.

A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.



Fonte: SESPA, 2025.

Para garantir a resolutividade das Redes de Atenção à Saúde, o Estado do Pará instituiu um espaço regional ampliado e constituído de 4 Macrorregiões de saúde, com 13 Regiões de Saúde, totalizando 144 municípios.

Clique aqui e saiba mais!

Agora já sabemos que Rede de urgência e emergência (RUE) é uma das redes temáticas prioritárias da RAS, então vamos aprender sobre ela.



A RUE foi Instituída em 07 de junho de 2011 pela Portaria GM/MS nº 1.600, esta Portaria reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, tem como objetivo de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral para que esse acesso seja oportuno e ágil aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde.



Atenção para um detalhe importante!

O acolhimento com classificação do risco em toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção, além da qualidade e a resolutividade. Tudo isso é a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências.

Clique aqui para saber mais e consultar a PORTARIA GM/MS nº 1.600 DE 07 de junho de 2011.

2. COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)

Mas, Enfermeira, quais os componentes da RUE ?



Então, a RUE é uma forma de articular recursos e cuidados em saúde, entre as unidades de atenção de uma determinada região de saúde, visando uma condução mais ágil, de acordo com o diagnóstico e terapias que atendam às necessidades de maior relevância.

Os componentes da RUE são:



Agora, vamos conhecer um pouquinho cada um deles?





O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde

Tem a finalidade estimular e encorajar a produção de ações em saúde e educação permanente, sobre: vigilância, prevenção de acidentes, das lesões, prevenção de violências e mortes no trânsito, e das doenças crônicas não transmissíveis. Além disso promove mobilização da sociedade para ação de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

O Componente Atenção Básica em Saúde

O objetivo é a ampliação do acesso e fortalecimento do vínculo, na verdade é o primeiro cuidado às urgências e emergências em um ambiente adequado, até que esse usuário seja transferido ou encaminhado a outros locais de atenção se for necessário, levando em consideração a avaliação de riscos e sua vulnerabilidade.



O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências:

Esse componente tem como função chegar com rapidez à vítimas de agravos em situações clínicas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas pediátricas, psiquiátricas, entre outras, que podem apresentar sequelas, sofrimento ou morte, é sua responsabilidade garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde, hierarquizado e integrado ao SUS.



Tipos de atendimentos do SAMU:

Atendimento Primário: ocorre quando o pedido de socorro vier de um usuário.

Atendimento Secundário: quando o pedido de socorro for de um serviço de saúde onde o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário para sua estabilização do quadro de urgência, mas ainda precisa ser transferido para um serviço de maior complexidade para a continuidade de seu tratamento.



O Componente Sala de Estabilização:

É um ambiente para estabilização de pacientes considerados críticos, devendo ter condições de garantir a assistência 24 horas, deve ser vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para que posteriormente esse paciente seja encaminhado a Rede de Atenção à Saúde pela central de regulação das Urgências.

Esse ambiente não pode ser utilizado a toda demanda espontânea, pois não é considerado um novo serviço de saúde, seu objetivo é servir apenas para garantir a disponibilidade de atendimento e estabilizar os pacientes críticos.



O Componente Força Nacional de Saúde do SUS:

É utilizado para garantir a integridade na assistência em situações de riscos ou emergenciais para população que apresentem vulnerabilidades específicas em e/ou em regiões de difícil acesso, baseando-se na equidade da atenção.

O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h):

É o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária não hospitalar entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.



As UPAS 24h foram implementadas com objetivo de estruturar e organizar a rede de urgências e emergências do país. Sua localização precisa ser um em ponto estratégico de um município para que haja a articulação com a Redes de Atenção às Urgências.

Devem atender pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, prestar primeiro atendimento para casos cirúrgicos ou trauma, realizar investigação diagnóstica inicial, estabilização de pacientes, e por fim definir a necessidade de transferências para outros serviços de saúde de maior complexidade.

O Componente Hospitalar:

É constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

No componente Hospitalar da RUE, as linhas de cuidados prioritárias são: cuidado cardiovascular, cerebrovascular e o trauma.



O Componente Atenção Domiciliar:

É um conjunto de ações que visa a promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, que acontecem no domicílio do usuário, reorganiza o processo de trabalho das equipes de saúde que prestam cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

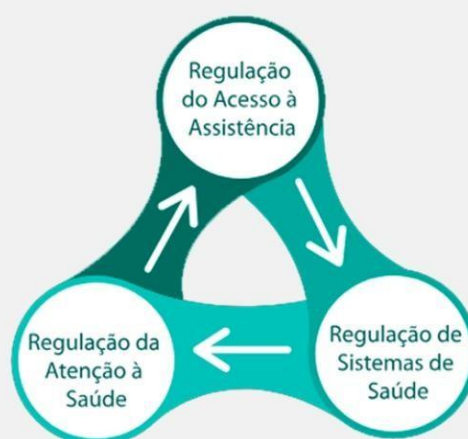


Agora, vamos falar sobre o acesso a RUE. Mas antes, precisamos conhecer o Sistema de Regulação em Saúde.

3. SISTEMA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

O Sistema de Regulação em Saúde:

O termo regulação é utilizado âmbito da saúde, relaciona-se à atividade do Estado, ligada às funções normativa, administrativa econômica, política e de governança sendo uma ferramenta utilizada para buscar alcançar a otimização na alocação e distribuição dos recursos públicos.



Fonte: COSEMS-CEARÁ, 2021.

São estruturados em complexos e centrais de regulação atuando entre a demanda e a oferta no Sistema Único de Saúde (SUS), formando uma rede que integra e articula dispositivos como:

Centrais de internação

Consultas

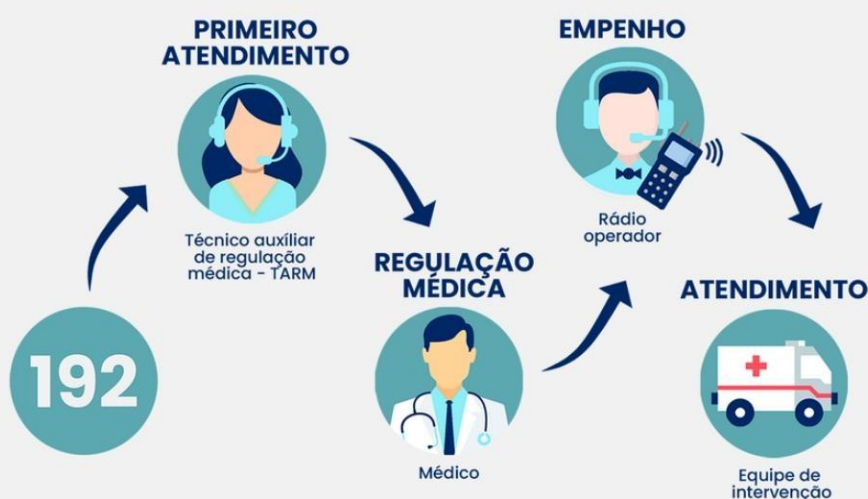
Exames especializados

Cirurgias eletivas

Urgência.

Central de Regulação de Urgência:

Regula o atendimento pré-hospitalar de Urgência, conforme disposto na Portaria MS/GM nº 2.048/ 2002. Essa regulação é feita pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que é ligado ao Complexo Regulador, isso permite que as ações ocorram conforme os fluxos predeterminados.



É uma estrutura física com profissionais capacitados em regulação dos chamados telefônicos que fornecem orientações e/ou atendimentos de urgência, através de uma classificação de priorização dos atendimentos mais urgentes, além disso ordena o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção à Saúde.

Composição do Complexo Regulador

Segundo a Portaria nº 1559/2008 que Instituiu a Política Nacional de Regulação, o Complexo Regulador é composto por uma ou mais Centrais de Regulação podendo ser: Central de Regulação de Internações, Central de Regulação Ambulatorial e **Central de Regulação de Urgência**.



[Clique aqui e saiba mais sobre a Portaria nº 1559/2008](#)

No Brasil, a atenção às urgências e emergências, é um assunto prioritário pela complexidade dos problemas e a necessidade de ações para a melhoria no atendimento.



A eficiência e a eficácia das unidades de urgência e emergência são muito importantes, e o sucesso está relacionado ao nível de instrução da população, à estrutura da Rede e à interação profissional, que precisam estar alinhadas e articuladas no encaminhamento do paciente, através dos serviços de forma eficaz e acesso Regulado.





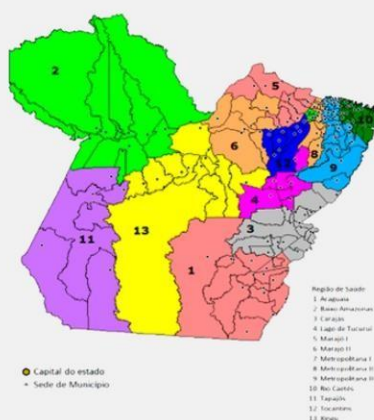
Como funciona A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Estado do Pará?

A organização dos serviços de urgência e emergência do estado é orientado para formações de redes regionais, melhorando o fluxo dos pacientes no sistema, desde a atenção básica de saúde, incluindo serviços pré-hospitalares, hospitalares e pós hospitalares.



O objetivo é qualificar a atenção, melhorando os processos assistenciais para redução da morbimortalidade com a implantação de classificação de risco. Os componentes da RUE no estado do Pará, estão distribuídos de acordo com as regiões de Saúde do estado.

O Pará é composto por 13 regiões de saúde como: Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, Lago de Tucuruí, Marajó I, Marajó II, Metropolitana I, Metropolitana II, Metropolitana III, Rio Caetés, Tapajós, Tocantins e Xingú



Para articular o acesso dos pacientes em situações de Urgências aos serviços de saúde no Pará, contamos com as centrais de regulação de Urgência e Emergência, através do SAMU-192, distribuídos na as regiões de saúde do estado.

Esse serviço irá conduzir a regulação de acesso dos pacientes críticos privilegiando as linhas prioritárias como: traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular. Temos como exemplo o Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, que é referência do estado da linha cardiovascular.

É importante obter a informação em cada região de saúde qual o serviço de referência para cada linha de cuidado prioritária da RUE, antes de regular um paciente, para não ocorrer regulação equivocada, ocasionando prejuízo em seu atendimento.

Para melhorar o acesso aos serviços de saúde podemos contar com os Hospitais Regionais distribuídos nas regiões de saúde, onde as ações e serviços são organizados com o objetivo de atender às demandas dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local.



Mas o que são Hospitais Regionais na RAS?



Os Hospitais Regionais são unidades Públicas, é uma ferramenta importantes para o avanço da regionalização, que surge como uma estratégia de descentralização da oferta de assistência à população e possibilidade de resolução de grande parte dos agravos e doenças, o mais próximo possível das residências das pessoas.

Além disso vem oferecendo comodidade e facilitando o acesso aos serviços de saúde, melhora a qualidade, a racionalidade da assistência de uma determinada região, com a união de recursos econômicos humanos e tecnológicos em um serviço regional para que a população de uma determinados região tenha suas necessidades de saúde atendidas.



mas se o problema da saúde do usuário não for resolvido no primeiro atendimento?

Casos não resolvidos precisam ser regulados para outra unidade de maior complexidade através da regulação e pactuação entres os municípios dentro das regiões de saúde.



Temos dois tipos de regulação das centrais de regulação de urgência e emergência nos diferentes níveis assistências:

REGULAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS/ SAMU -192

Realiza o atendimento do usuário após o acontecimento de um agravo à sua saúde que possa causar, a morte ou sequelas, a transferência precisa ocorrer por uma equipe médica em ambulância adequada para deslocamento até as portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência (hospitais de prontos-socorros e unidades de pronto atendimento), estabelecidas na Região de Saúde.

REGULAÇÃO INTER-HOSPITALAR DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS / CENTRAL DE LEITOS DE RETAGUARDA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – CLR

É responsável pela regulação do acesso e transferência dos pacientes que receberam um primeiro atendimento, foram estabilizados nas unidades consideradas como portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência, mas precisam de Leitos de Retaguarda da Rede de Urgência e Emergência que incluem:

- **Leitos clínicos**
- **Leitos de unidade de terapia intensiva**
- **Leitos de longa permanência**
- **Leitos de unidade coronariana**
- **Leitos de acidente vascular cerebral**



Agora vamos testar o que você aprendeu avaliando 3 casos de regulação de Urgência e Emergência dentro das linhas de cuidado da RUE?

4. ESTUDO DE CASOS

CASO Nº 01



Imagine você atuando em uma Unidade Básica de Belém e recebe um paciente do sexo masculino, com queixas de “forte dor no peito”, com piora progressiva e cansaço aos pequenos esforços. Qual alinha de cuidado da RUE esse caso se enquadra?

**A**

Gastrite aguda com queixas de desconforto abdominal que podem irradiar e causar a dor torácica que é a principal queixa.

B

Pneumonia, pois é uma inflamação do parênquima pulmonar causada por diversos microrganismos e a dor torácica é um dos sinais presentes.

C

Infarto agudo do Miocárdio (IAM) pela dor torácica e outros sinais atípicos, mas teria que realizar um eletrocardiograma e colher enzimas cardíacas para confirmar.



Quais condutas
o caso requer?

**A**

Ele precisaria ser regulado urgente para a Fundação Hospital de Clinicas Gaspar Vianna, referência do Infarto agudo do miocárdio no estado.

B

Por não se tratar de um caso grave, tratar na unidade em que o paciente se encontra

C

Ele deveria ser regulado urgentemente para um hospital de emergência em trauma, uma vez que a UPA 24h não realiza atendimento para paciente com infarto agudo de miocárdio.

CASO Nº 02

você está na porta de urgência de uma Unidade de Pronto atendimento (UPA 24h), no interior do estado do Pará, e atende uma idosa de 67 anos acompanhada da filha, que referiu que sua mãe apresentava perda de parte do movimento do corpo, dificuldade para falar e cefaleia intensa. Qual a linha de cuidado mais provável para o caso?

**A**

Enxaqueca

B

Acidente Vascular Encefálico

C

Síndrome de Guillain-Barré



Qual a conduta a ser tomada relacionada a regulação do paciente em questão?

A

Após a estabilização do paciente, dar alta para cuidados domiciliares com o apoio da equipe saúde da família.

B

Após a estabilização do paciente, avaliar a necessidade de regulação para um hospital de referência que tenha exames de imagem e serviço neurologia/neurocirurgia, pactuados entre os gestores municipais.

C

Não há necessidade de transferência para nenhum serviço mais especializado no estado, o caso pode ser tratado na UPA 24h mesmo.

Quando o paciente se encontra no interior do estado, precisamos verificar a possibilidade de transferi-lo para o hospital Regional mais próximo, se houver, que possua serviço especializado para seu problema de saúde.

CASO Nº 03

Em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), na Região Metropolitana de Belém, você recebe um funcionário da construção civil, que sofreu queda de um andaime de uma altura de 2MT. Uma viga de ferro que estava fixa no chão, perfurou seu tórax. No momento de sua admissão, encontrava-se consciente, orientado, pele fria e pegajosa referindo forte dor na região do tórax. Qual a linha de cuidado da RUE que o caso se enquadra, e qual a conduta mais apropriada para o caso?

**A**

Linha do Infarto Agudo do Miocárdio, deve ser feito o primeiro atendimento e encaminhar para acompanhamento como Serviço de Melhor em Casa.

B

Não há linha de cuidado da RUE envolvido, como os sintomas que o paciente está apresentado não parece grave, fazer medicamentos e curativos e dar alta para casa.

C

Estamos falando da linha de cuidado do trauma, deve-se prestar o primeiro atendimento, acionar o SAMU para encaminhá-lo para um hospital referência em traumatologia para uma melhor investigação.



Não vamos esquecer que existem outros casos de urgências que podem colocar a vida do paciente em risco, além das linhas de cuidados considerados prioritários na RUE. Vou te explicar como proceder diante disso.

O indivíduo que necessite de um atendimento de Urgência e Emergência pode se dirigir a um serviço de saúde mais próximos de sua residência, temos como exemplo a Unidades Básica de saúde (UBS), UPAS 24h e prontos socorros, ou portas específicas, como as de referências para infarto agudo do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, traumas, doenças psiquiátricas, urgência obstétricas e pediátricas para buscar atendimento.

Dicas importantes antes de procurar um serviço de saúde para atendimento:

- Mantenha-se informado quais os serviços de referência para cada agravo de saúde em sua cidade e estado.
- É necessário saber quais desses serviços são portas abertas para atendimento de demanda espontânea e quais precisam de regulação via central de leitos.

- Vale destacar que, na Região Metropolitana I do Estado do Pará, dispomos de portas de entrada para linhas de cuidados prioritárias como:

Acidente cerebrovascular, onde os atendimentos primários podem ser realizados nas UPAS 24h e nos dois Pronto Socorros Municipais (Hospital Pronto Socorro Municipal Mario Pinotti e Hospital Pronto Socorro do Guamá, Dr. Humberto Maradei Pereira).

Na linha de cuidados da traumatologia, temos o Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), localizado no município de Ananindeua, e para atendimento das doenças cardiovasculares, dispomos da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV).

- Para uma regulação eficaz, os serviços de regulações internas das urgências e emergências devem fornecer todas as informações necessárias para transferências dos pacientes aos serviços especializados de acordo com suas necessidades de saúde, fornecendo exames e atualizações clínicas. Isso facilita uma regulação rápida e efetiva.



- Em se tratando de casos mais graves, há necessidade que esse transporte seja feito pelo SAMU-192. A transferência deste paciente deve ser de acordo com as portas consideradas de referências para cada agravo, obedecendo as pactuações entre os gestores municipais, assim cada paciente recebe o atendimento de acordo o perfil de seu problema de saúde.
- Após o primeiro atendimento com classificação de risco e avaliação clínica, se o paciente precisar de atendimento na alta complexidade, precisará ser regulado para os hospitais de referências de acordo com a necessidade que o caso precise. Essa regulação ocorre mediante um cadastro na central de leitos, tanto municipal quanto estadual, para ter acesso a alta complexidade, dando continuidade ao seu tratamento.
- A regulação de forma correta, é importante para que o paciente tenha um atendimento mais ágil e oportuno.



Uma regulação correta
salva vidas!!!

GABARITO

ESTUDO DE CASOS Nº 1

R= Infarto agudo do Miocárdio (IAM) pela dor torácica e outros sinais atípicos, mas teria que realizar um eletrocardiograma e colher enzimas cardíacas para confirmar.

R= Ele precisaria ser regulado urgente para a Fundação Hospital de clinicas Gaspar Vianna referência do Infarto agudo do miocárdio no estado.

ESTUDO DE CASOS Nº 2

R= Acidente Vascular Encefálico.

R= Após a estabilização do paciente, avaliar a necessidade de regulação para um hospital de referência que tenha exames de imagem e serviço neurologia/neurocirurgia, pactuados entre os gestores municipais.

ESTUDO DE CASOS Nº 3

R= Estamos falando da linha de cuidado do trauma, deve-se prestar o primeiro atendimento, acionar o SAMU para encaminhá-lo para um hospital referência em traumatologia para uma melhor investigação.

REFERÊNCIAS

- BASTO, L. B. R. et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 25, 13 fev. 2020.
- BRANDÃO, P. DE C.; LANZONI, G. M. DE M.; PINTO, I. C. DE M. Rede de atenção às urgências e emergências: atendimento ao acidente vascular cerebral. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, 2023.
- BRASIL. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. **Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.**
- BRASIL. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.**
- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**
- BRASIL. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).**
- BRASIL. Portaria nº 1.792, de 22 de agosto de 2012. **Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Complexo Regulador. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/complexo-regulador/>>.
- BRASIL. Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192/rau>>
- RADEL, M. E.; SHIMIZU, H. E. Análise da implantação do Componente Hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Saúde em Debate, v. 47, p. 39–55, 14 abr. 2023.
- NOGUEIRA, F. et al. Dimensões e regimes da regulação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: um jogo de disputas entre o interesse público e o privado. Cadernos De Saude Publica, v. 39, n. 1, 1 jan. 2023.
- PARÁ. Plano Estadual de Atenção às Urgências 2012–2015. Disponível em: <[https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/41/PLANO%20UE%2030_11_2012%20-%20ATUALIZADO%20EM%2027_05_2013\(1\).pdf](https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/41/PLANO%20UE%2030_11_2012%20-%20ATUALIZADO%20EM%2027_05_2013(1).pdf)>.
- SHIMIZU, H. E. et al. Regionalização em saúde no Brasil: uma análise da percepção dos gestores de Comissões Intergestores Regionais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 32, n. 1, 2022.
- SILVA, J. P. T. Análise da eficiência de hospitais regionais em um estado do Nordeste. Saúde em Debate, v. 43, n. 120, p. 84–97, mar. 2019.

REFERÊNCIAS

- BASTO, L. B. R. et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 25, 13 fev. 2020.
- BRANDÃO, P. DE C.; LANZONI, G. M. DE M.; PINTO, I. C. DE M. Rede de atenção às urgências e emergências: atendimento ao acidente vascular cerebral. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, 2023.
- BRASIL. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. **Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.**
- BRASIL. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.**
- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**
- BRASIL. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).**
- BRASIL. Portaria nº 1.792, de 22 de agosto de 2012. **Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

FUNDAÇÃO PÚBLICA
ESTADUAL HOSPITAL DAS
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRODUÇÃO DE UMA CARTILHA DIGITAL COMO RECURSO FACILITADOR AO ENSINO-APRENDIZAGEM ACERCA DA GESTÃO DE LEITOS DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Pesquisador: Francileni Carvalho Monteiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76331323.9.0000.0016

Instituição Proponente: Fundação Pública Estadual Hospital das Clínicas Gaspar Vianna

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.683.111

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de pesquisa apresentado para a Qualificação de mestrado pela UEPA, pela mestranda Francileni Carvalho Monteiro. É um estudo que tem por tema: Produção de uma cartilha digital como recurso facilitador ao Ensino- Aprendizagem a cerca da gestão de leitos de urgência emergência. É um estudo metodológico, exploratório, divididos em duas etapas: a primeira consiste na construção da cartilha digital por meio de uma revisão

integrativa da literatura (RIL), etapa do tipo qualitativa, a segunda etapa será o processo de validação por juízes especialistas, estudo do tipo quantitativo. Para o estudo de validação do conteúdo da tecnologia educacional participarão dois grupos de especialistas como médicos e enfermeiros, que tenham expertise na área de regulação de leitos com experiência no mínimo de 02 anos que atuem em hospitais públicos na região metropolitana de Belém. O segundo grupo serão de outras áreas especialistas da área de humanas (comunicador social e área tecnológica) com experiência na área de no mínimo 1 ano. Para a escolha dos participantes serão utilizados a seleção por conveniência e a técnica "bola de neve" onde especialistas indicam outros especialistas. Com relação ao número de especialistas, será adotado o modelo teórico de Pasquali que enfatiza um número razoável de 06 a 20 juízes. A pesquisa será realizada na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - FHCGV, localizado na TV: Alferes Costa SN, Bairro da Pedreira, no município de Belém- PA, no período previsto entre os

Endereço: Tv. Alferes Costa, Prédio da FPEHCGV,

Bairro: Pedreira nº 2000 1º Andar

CEP: 66.087-660

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4005-2676

Fax: (91)3276-1770

E-mail: comitedeetica@gasparvianna.pa.gov.br



Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS)
Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA)
Av. Almirante Barroso, 2623, bairro Marco
CEP 66087-670, Belém, Pará
www.uepa.br