

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO
DE ENFERMAGEM**

ANGELA KARINA TORRI

**ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR O CANCELAMENTO DE
CIRURGIAS EM UM HOSPITAL ESCOLA**

**FLORIANÓPOLIS
2018**

ANGELA KARINA TORRI

**ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR O CANCELAMENTO DE
CIRURGIAS EM UM HOSPITAL ESCOLA**

Trabalho de Conclusão do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade Mestrado Profissional, como requisito final para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão e Gerência em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke

**FLORIANÓPOLIS
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Torri, Angela Karina

Estratégias para minimizar o cancelamento de cirurgias em um hospital escola / Angela Karina Torri ; orientador, Francine Lima Gelbcke, 2018. 117 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Centros Cirúrgicos. 4. Assistência Perioperatória. 5. Suspensão de Tratamento. I. Gelbcke, Francine Lima. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM

“Estratégias para minimizar o cancelamento de cirurgias em um hospital escola”

Angela Karina Torri

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Gestão do Cuidado em Saúde e
Enfermagem**

Profa. Dra. Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado
em Enfermagem

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke (Presidente)

Profa. Dra. Eliane Matos (Membro)

Profa. Dra. Keyla Cristine do Nascimento (Membro)

Prof. Dra. Neide da Silva Knih (Membro)

Dedico este trabalho aos meus pais, familiares e, em especial, ao meu noivo por todo incentivo, compreensão, e por serem muito especiais em minha vida!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me dado vida e saúde, e força para superar as dificuldades.

À Universidade Federal de Santa Catarina, pela minha formação acadêmica e profissional, nesta renomada instituição de ensino e pesquisa.

Aos professores do MPENF/UFSC por terem compartilhado seus conhecimentos e experiências que colaboraram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao Hospital Universitário da UFSC pela oportunidade da realização deste trabalho.

Ao Centro Cirúrgico, em especial a equipe de enfermagem pelo incentivo, ajuda e compreensão nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke pelo profissionalismo, pela orientação de excelência, pela amizade e carinho.

Aos membros da banca pela atenção, dedicação e contribuições.

Aos meus pais pelo amor, dedicação e educação, por sempre me apoiarem, e incentivarem minhas conquistas.

Ao meu noivo Gerson, pelo amor, carinho, atenção e companheirismo, por estar presente nesta trajetória, por incentivar e ajudar durante todo esse processo, principalmente nos momentos mais difíceis.

Aos meus irmãos, sogro e sogra e amigos pelo incentivo e apoio.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte de mais esta etapa importante em minha vida, sou muito grata.

TORRI, Angela Karina. **Estratégias para minimizar o cancelamento de cirurgias em um hospital escola**. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. 117p.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke

Linha de Atuação: Gestão e Gerência em Saúde e Enfermagem.

RESUMO

Estudo exploratório descritivo com coleta de dados quanti-qualitativos que teve como objetivo geral: elaborar estratégias para minimizar o cancelamento de cirurgias em um hospital escola e específicos: identificar os fatores geradores de suspensão de cirurgia, descrever o processo de trabalho do centro cirúrgico e os fatores identificados pelos trabalhadores acerca da suspensão de cirurgia. O estudo foi desenvolvido no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018. Na etapa quantitativa, visando identificar quais especialidades e os motivos das suspensões de cirurgias, foi realizado o levantamento dos dados em livro em que constam os registros de notificações do CC. A etapa qualitativa constou de entrevista semiestruturada juntos aos enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos; e observação sistemática visando perceber como ocorria o processo de trabalho no CC. Os dados quantitativos foram tratados por meio de estatística simples e os dados qualitativos foram categorizados, a partir de similaridade. A análise dos dados revelou duas categorias analíticas: motivos de suspensão de cirurgias e organização do trabalho no centro cirúrgico. Os principais motivos foram falta de tempo, falta de vaga em UTI, cirurgia de urgência, paciente não compareceu pré-operatório e condições clínicas. As estratégias elaboradas foram: implantação de sistema eletrônico monitorização dos dados de notificação de cirurgia suspensa; implantação de sistema eletrônico de marcação de cirurgia online; liberação do mapa cirúrgico com no mínimo dois dias de antecedência ou mais, instituir rotina para realização de contato telefônico com o paciente para confirmar a data da cirurgia, instituir mudança de horário de exames laboratoriais de rotina em pacientes na UTI; implantação do check list da cirurgia segura; disponibilização de sala e equipe destinada a realização de cirurgias de

urgência e emergência; monitoramento dos tempos cirúrgicos; aumento de recursos humanos; dentre outras. As estratégias visam melhorar o desempenho do sistema por meio do envolvimento dos profissionais engajados, o uso de tecnologia da informação e envolvimento de gestores e administradores da instituição. A limitação encontrada neste estudo foi a subnotificação nos registros de suspensão de cirurgias. Percebeu-se no desenvolvimento do estudo uma inquietação relevante por parte dos cirurgiões em querer modificar a rotina de liberação de leitos da UTI para o CC o mais cedo possível. Constatou-se uma maior discussão entre os profissionais médicos sobre o assunto - suspensão de cirurgia, incluindo aspectos relativos ao espaço físico e dinâmica do serviço, como falta de uma sala e equipe destinada a realização de cirurgias de urgência e ou emergência. Sugere-se, para trabalhos futuros, realizar o levantamento acerca dos custos financeiros gerados pelas suspensões de cirurgias e a implantação dos softwares.

Palavras-chave: Enfermagem. Centros Cirúrgicos. Cirurgia. Assistência Perioperatória. Suspensão de Tratamento.

TORRI, Angela Karina. **Strategies to minimize or cancel surgery in a school hospital.** Dissertation (Professional Master's Degree) - Professional Master's Degree in Nursing Care Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2018.117p.

Advisor: Dr. Francine Lima Gelbcke

Performance's Line: Management and Management in Health and Nursing.

ABSTRACT

Descriptive exploratory study with quantitative-qualitative data collection that had as general objective: to elaborate strategies to minimize the cancellation of surgeries in a school hospital and specific: to identify the factors that generate suspension of surgery, to describe the work process of the surgical center and the factors identified by the workers about the suspension of surgery. The study was developed at the Surgical Center of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina, after approval by the human research ethics committee of UFSC. The data collection took place from December 2017 to January 2018. In the quantitative stage, in order to identify which specialties and the reasons for the suspensions of surgeries, a data collection was performed in a book that includes the records of notifications of the surgical center. The qualitative step consisted of a semi-structured interview with nurses, nursing technicians and physicians; and systematic observation in order to perceive how the work process occurred in the CC. The quantitative data were treated using simple statistics and the qualitative data were categorized, based on similarity. Data analysis revealed two analytical categories: motives for suspending surgeries and organizing work in the surgical center. The main reasons were lack of time, lack of vacancy in ICU, emergency surgery, patient did not attend pre-operative and clinical conditions. The strategies elaborated were: implantation of electronic system monitoring of the data of notification of suspended surgery; implantation of electronic system of online surgery marking; release of the surgical map at least two days in advance or more, institute a routine for telephone contact with the patient to confirm the date of the surgery, institute a routine change of routine laboratory tests in patients in the ICU; implementation of safe surgery check list; provision of a room and staff to perform urgent and emergency surgeries; monitoring of surgical times; increase in human resources; among others. The strategies aim to improve the performance of the system through the involvement of the

professionals involved, the use of information technology and the involvement of managers and administrators of the institution. The limitation found in this study was the underreporting in the surgery suspension records. The development of the study was perceived as a relevant concern on the part of surgeons in wanting to modify the routine of bed release from the ICU to the CC as soon as possible. There was a greater discussion among medical professionals about the subject - suspension of surgery, including aspects related to the physical space and dynamics of the service, such as the lack of a room and the team destined to perform emergency and emergency surgeries. It is suggested, for future work, to carry out the survey about the financial costs generated by the suspensions of surgeries and the implantation of the softwares.

Keywords: Nursing. Surgicenters. Surgery. Perioperative care. Withholding treatment.

TORRI, Angela Karina. **Estrategias para minimizar la cancelación de las cirugías en un hospital escuela.** Disertación (Maestría Profesional) – Programa de Maestría Profesional Gestión del Cuidado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. 117p.

Asesor: Dr. Francine Lima Gelbcke

Línea de Actuación: Gestión y Gerencia en Salud y Enfermería.

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo con recolección de datos cuantitativos que tuvo como objetivo general: elaborar estrategias para minimizar la cancelación de cirugías en un hospital escolar y específicos: identificar los factores generadores de suspensión de cirugía, describir el proceso de trabajo del centro quirúrgico y los factores identificados por los trabajadores sobre la suspensión de la cirugía. El estudio fue desarrollado en el Centro quirúrgico del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina, tras la aprobación en el comité de ética de investigación con seres humanos de la UFSC. La recolección de datos ocurrió en el período de diciembre de 2017 a enero de 2018. En la etapa cuantitativa, buscando identificar qué especialidades y los motivos de las suspensiones de cirugías, se realizó el levantamiento de los datos en libro en que constan los registros de notificaciones del centro quirúrgico. La etapa cualitativa constó de entrevista semiestructurada junto a los enfermeros, técnicos de enfermería y médicos; y observación sistemática para percibir cómo ocurría el proceso de trabajo en el CC. Los datos cuantitativos se trataron mediante una estadística simple y los datos cualitativos se clasificaron a partir de la similitud. El análisis de los datos reveló dos categorías analíticas: motivos de suspensión de las cirugías y organización del trabajo en el centro quirúrgico. Los principales motivos fueron falta de tiempo, falta de vacante en unidad de terapia intensiva, cirugía de urgencia, paciente no compareció preoperatorio y condiciones clínicas. Las estrategias elaboradas fueron: implantación de sistema electrónico monitorización de los datos de notificación de cirugía suspendida; implantación del sistema electrónico de marcaje de cirugía en línea; liberación del mapa quirúrgico con al menos dos días de antelación o más, instituir rutina para realización de contacto telefónico con el paciente para confirmar la fecha de la cirugía, instituir cambio de horario de exámenes de laboratorio de rutina en pacientes en la UTI; la implantación del check list de la cirugía segura; disponibilidad de sala y

equipo destinado a la realización de cirugías de urgencia y emergencia; monitoreo de los tiempos quirúrgicos; aumento de recursos humanos; entre otras. Las estrategias apuntan a mejorar el desempeño del sistema a través de la participación de los profesionales comprometidos, el uso de tecnología de la información y la participación de gestores y administradores de la institución. La limitación encontrada en este estudio fue la subnotificación en los registros de suspensión de las cirugías. Se percibió en el desarrollo del estudio una inquietud relevante por parte de los cirujanos en querer modificar la rutina de liberación de camas de la unidad de terapia intensiva para el centro quirúrgico lo más temprano posible. Se constató una mayor discusión entre los profesionales médicos sobre el asunto - suspensión de cirugía, incluyendo aspectos relativos al espacio físico y dinámico del servicio, como falta de una sala y equipo destinada a la realización de cirugías de urgencia y / o emergencia. Se sugiere, para trabajos futuros, realizar el levantamiento acerca de los costos financieros generados por las suspensiones de cirugías y la implantación de los softwares.

Palabras clave: Enfermería. Centros Quirúrgicos. Cirugía. Atención Perioperativa. Privación de Tratamiento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
CC	Centro Cirúrgico
CNCDO	Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FAPEU	Fundação de Apoio a Pesquisa e Extensão Universitária
HU	Hospital Universitário
MPENF	Mestrado Profissional em Enfermagem
NO₂	Óxido Nitroso
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SOBECC	Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico e Central de Esterilização
SRPA	Sala de Recuperação Pós-anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e de Esclarecimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de cirurgias/mês realizadas nos anos de 2016 e 2017.....	5252
Figura 2 - Número de cirurgias suspensas nos anos de 2016 e 2017.....	Erro! Indicador não definido.
Figura 3 - Cirurgias suspensas por turno ano: 2016 e 2017.	5454
Figura 4 - Motivos das suspensões de cirurgias no ano de 2016	Erro! Indicador não definido.
Figura 5 - Motivos das suspensões de cirurgias no ano de 2016.....	56
Figura 6 - Cirurgias suspensas por especialidade em 2016.....	5657
Figura 7 - Cirurgias suspensas por especialidade no ano de 2017.....	57
Figura 8 - Protótipo da tela.....	8080

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1 CENTRO CIRÚRGICO	29
3.1.1 Estrutura física do Centro Cirúrgico	30
3.1.2 Classificação das cirurgias	31
3.2 GESTÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO	32
3.3 CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS	33
4 METODOLOGIA	37
4.1 DESENHO DE ESTUDO	37
4.1.1 Cenário	37
4.1.2 Participantes	40
4.1.3 Instrumentos de Coleta	40
4.2 ANÁLISE DOS DADOS	42
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	44
5 RESULTADOS	45
5.1 MANUSCRITO -.....	46
SUSPENSÃO DE CIRURGIAS: A INFLUÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E OS MOTIVOS DETERMINANTES PARA AS SUSPENSÕES	46
5.2 PRODUTO FINAL:	79
ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR O CANCELAMENTO DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL ESCOLA	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	105
ANEXOS	113

1 INTRODUÇÃO

O enfermeiro é o responsável pelo planejamento e pelo gerenciamento da rotina do CC e tem, diariamente, que adaptar o ambiente às mudanças constantes na programação cirúrgica. Estudo que avaliou as implicações do cancelamento cirúrgico na perspectiva dos enfermeiros mostrou que o profissional sente-se responsável e preocupado com os desperdícios decorrentes dos cancelamentos cirúrgicos (MORGAN; BERNARDINO; WOLF, 2010).

No dia-a-dia agitado de um ambiente hospitalar, em específico, de um Centro Cirúrgico (CC), geralmente ocorrem falhas que possivelmente poderiam ser evitadas. A ocorrência destas falhas muitas vezes resulta na suspensão de cirurgias.

A suspensão de uma cirurgia é consequência de falha no atendimento aos requisitos de planejamento administrativo da unidade do CC. Este fato deve ser observado e analisado tanto pelas repercussões no tratamento do paciente¹ quanto para a instituição (BARBOSA, 2012).

A suspensão das cirurgias agendadas é uma das principais causas do uso ineficiente do tempo da sala de cirurgia e, portanto, é um desperdício de recursos. Também é potencialmente estressante e dispendioso para os pacientes em termos de dias úteis perdidos e da interrupção da vida diária (NABEEL et al., 2012).

Muitas são as razões dos cancelamentos que podem variar de uma unidade hospitalar para outra e, portanto os cancelamentos necessitam de averiguação.

O cancelamento de cirurgias eletivas tem sido objeto de investigação no Brasil, como também em diversos países como Austrália, Irlanda, México e Estados Unidos. Na Austrália estudo apontou como motivos mais comuns de suspensões, a falta de tempo, a falta de leito no pós-operatório e mudança clínica e diagnóstica do paciente (SCHOFIELD et al., 2005). Na Irlanda, indicou que o maior motivo de suspensão de cirurgia foi a falta de leito para internação (ROBB et al., 2004). No México, apareceram como causas para cancelamento de cirurgias, questões relacionadas ao paciente,

¹ Em função de no cotidiano hospitalar e na literatura ainda se utilizar o termo paciente para o sujeito que é cuidado em nível ambulatorial e hospitalar, ao longo do texto se utilizará este termo, no entanto, destacando-se que se entende por paciente o ser humano, com suas múltiplas dimensões, um ser social, que tem medos, emoções, desejos.

deficiências hospitalares e razões da equipe médica (AGUIRRE et al, 2003) e nos Estados Unidos, estudo que indicou suspensões em pacientes pediátricos com infecções das vias aéreas superiores (TAIT et al, 1997). De uma forma geral em nosso país o cenário referente às suspensões de cirurgias é semelhante.

Suspensões cirúrgicas ou adiamento afetam custos, fluxo de pacientes e utilização de recursos em todo o hospital. Identifica-se uma considerável variedade de decisões complexas dos gestores de enfermagem cirúrgica. O fornecimento de cirurgia exige um grande esforço de recursos e recrutamento organizacionais. Portanto, cancelamentos de cirurgias eletivas representam uma perda significativa de rendimento e desperdício de recursos. Além disso, adiciona um risco para a saúde do paciente por dia, porque a suspensão de cirurgia pode ser especialmente traumática quando se trata de uma deterioração irreversível de saúde ou, em situações extremas, morte (ALBORNOZ, 2016).

Monitorar as taxas de suspensões de cirurgias e identificar fatores modificáveis deve ser uma prioridade para todas as partes interessadas para um tratamento eficaz em cuidados cirúrgicos (LESLIE et al., 2013).

O cancelamento do procedimento cirúrgico aumenta os custos operacionais e financeiros, gerando prejuízos à instituição. É resultado de um processo deficiente e pode ser evidenciado pela reserva e perda de oportunidade de inclusão de outro paciente, salas cirúrgicas subutilizadas, aumento da taxa de internação hospitalar, com conseqüente encarecimento do leito-dia e diminuição da disponibilidade de leitos, predisposição à infecção hospitalar e de diversas complicações (ÁVILA et al., 2012). Além disso, existem ainda, e são relevantes, os prejuízos para o paciente.

Os estudos no Brasil corroboram os motivos elencados em outros países, apontando alta frequência de cirurgias suspensas originadas por problemas organizacionais das instituições de saúde, dentre eles são a falta de leitos, erros de agendamento, falhas de comunicação e outros problemas administrativos (PASCHOAL, 2006; PERROCA, 2007).

A realização de uma cirurgia para o paciente tem importantíssimo significado, gerando sentimentos de medo e ansiedade, pois requer preparo físico e psicológico antecipado, envolvendo o paciente e sua família, bem como aceitação da cirurgia, mudança no estilo de vida, modificações socioeconômicas (CAVALCANTE, 2007).

Quando a suspensão ocorre antes do afastamento do paciente de suas atividades e da internação, o impacto emocional gerado e os custos tendem a ser menores. As suspensões de cirurgias que ocorrem no dia

agendado e principalmente após a admissão do paciente no CC levam ao aumento de custos hospitalares, perda de horário de sala cirúrgica, entre outros (CAVALCANTE, 2007).

Segundo Nascimento (2011) é necessário conhecer os motivos dos cancelamentos, inclusive das especialidades com o maior índice de suspensões, sendo assim é preciso que os enfermeiros assumam papel de destaque, estudando esses dados e apresentando-os à direção da instituição a fim de reduzi-los.

Historicamente o enfermeiro tem assumido importante papel no processo. Conforme Formiga e Germano (2005), o saber gerencial institucionalizou-se com a formação das primeiras alunas da Escola Nightingale, em 09 de julho de 1860, no Hospital St. Tomás, na Inglaterra, sob a orientação de Florence Nightingale. O modelo de ensino implantado, que foi conhecido como Sistema Nightingale, passa a ser difundido para outras partes do mundo.

Com Florence institui-se também a divisão técnica do trabalho na enfermagem a divisão entre: as *lady-nurses* e as *nurses*. As *lady-nurses* eram instruídas para o ensino e supervisão de pessoal e foram as responsáveis pela propagação do sistema Nightingale na Europa e no mundo. As *nurses* trabalhavam e moravam no hospital durante todo o período do curso, recebiam um salário e, após o curso, eram designadas ao cuidado direto com o paciente (FORMIGA; GERMANO, 2005).

Na área da saúde, a enfermagem destaca-se em relação às outras profissões de prestação de serviços, pois atua diretamente com o trabalho direcionado ao atendimento das necessidades expressas por indivíduos ou grupos sociais, demonstradas com as necessidades ou problemas relacionados ao processo saúde-doença. E estas demandas vêm ocasionando transformações nos processos assistenciais e gerenciais que necessitam de meios e instrumentos específicos (MANENTI, 2008).

No cotidiano de seu trabalho o enfermeiro desenvolve ações fundamentais para a promoção/recuperação da saúde, que envolvem tanto coordenação, como a avaliação do desenvolvimento do trabalho em equipe e da assistência prestada ao paciente. Para tanto, o enfermeiro utiliza as funções de gerência para desenvolver um trabalho com qualidade e com segurança para o paciente e equipe.

Na organização gerencial e assistencial de enfermagem do centro cirúrgico (CC) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), temos tanto o enfermeiro gerencial do serviço de enfermagem do CC, quanto o assistencial. O primeiro possui diversas funções, sendo responsável por manter os controles

administrativos, técnico-operacionais e éticos nas atividades do Centro Cirúrgico; providenciar recursos humanos e materiais em condições para a realização de cirurgias; realizar o planejamento estratégico de Enfermagem. Já o enfermeiro assistencial deve verificar o agendamento em um mapa específico e orientar a montagem das salas, checar previamente a programação cirúrgica e supervisionar a atuação dos profissionais da equipe de Enfermagem, bem como realizar o cuidado aos pacientes graves, em especial na sala de recuperação pós-anestésica (UFSC, 2016).

Como enfermeira assistencial atuante no centro cirúrgico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, percebo diariamente suspensões e atrasos de cirurgias decorrentes de diversos fatores. Esta situação é inquietante tanto para mim quanto para os outros profissionais que vivenciam este processo – suspensão de cirurgias.

Pretende-se com a realização deste estudo poder contribuir para a redução de suspensão de cirurgias, beneficiando os pacientes que aguardam por uma cirurgia, à instituição e equipe multiprofissional com um todo.

Diante disso, como enfermeira e administradora do mapa cirúrgico, percebo a necessidade de responder a seguinte questão de pesquisa: quais fatores tem ocasionado a suspensão de cirurgias? Frente aos resultados obtidos buscar-se-á a elaboração de estratégias para reduzir as suspensões de cirurgias e otimizar a utilização do Centro Cirúrgico.

2 OBJETIVOS

Os objetivos do presente trabalho são:

2.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar estratégias de gerenciamento para otimizar a utilização do centro cirúrgico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e minimizar as suspensões de cirurgias.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores geradores de suspensão de cirurgia no centro cirúrgico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

- Descrever o processo de trabalho no centro cirúrgico e os fatores identificados pelos trabalhadores acerca da suspensão de cirurgias.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta pesquisa a revisão de literatura desenvolvida foi do tipo narrativa, sendo abordados os seguintes temas:

- Centro cirúrgico;
- Gestão do enfermeiro no centro cirúrgico;
- Cancelamento de cirurgia.

3.1 CENTRO CIRÚRGICO

Sabe-se que a cirurgia é praticada desde a pré-história, através de procedimentos de trepanação (operação que consiste em praticar uma abertura em um osso). No entanto, a cirurgia teve seus primeiros desenvolvimentos científicos no século XVI, com Ambroise Paré “o pai da cirurgia moderna”, que além de esclarecer inúmeras questões de anatomia, fisiologia e terapêutica, substituiu a cauterização com ferro em brasa pela ligadura das artérias depois de uma amputação de membro (REZENDE, 2009).

O CC surgiu como unidade específica para garantir maior segurança, racionalização e otimização dos recursos físicos e materiais nos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Existe uma organização tecnológica no trabalho do CC, devido aos avanços ocorridos na ciência e nas indústrias em saúde no final do século XIX e início do século XX, tais como: a descoberta do gás hilariante óxido nitroso (NO₂) para narcose e diminuição da dor; a criação de instrumentais para maior refinamento de manobras e melhor acesso à área operatória, diminuindo os sangramentos. Esses progressos científicos permitiram o domínio e controle sobre a dor, hemorragia e infecção, considerados empecilhos para intervenções cirúrgicas (POSSARI, 2004).

A prática de enfermagem em centro cirúrgico no Brasil surgiu entre de 1950 e 1960 nos grandes Hospitais das capitais. A tecnologia teve uma repercussão acentuada nessas instituições e a prática da enfermeira evidenciou-se em um novo ambiente, o centro cirúrgico, exigindo outra compreensão do processo de trabalho, que era voltado para o preparo das salas de operação e dos artigos médicos hospitalares e equipamentos. O objeto de trabalho da enfermeira em Centro Cirúrgico no final da década de 1950 era voltado na organização do ambiente, assistência ao paciente e administração do centro cirúrgico (RODRIGUES; SOUZA, 1993).

A Portaria nº 400 do Ministério da Saúde de 1977, define o CC como um conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como a recuperação anestésica e pode ser considerado como uma organização complexa devido às suas características de assistência especializada. Este é um setor de alto custo e complexidade, quer nos procedimentos, quer no gerenciamento, por sua especificidade, pelo constante estresse para a equipe, clientes e familiares, e pela possibilidade de riscos a que estão expostos os pacientes (SOBECC, 2009).

Com a aquisição de novos equipamentos o desenvolvimento de tecnologias avançadas, os procedimentos foram classificados conforme com o porte cirúrgico. As salas de cirurgia foram montadas basicamente com o mínimo de materiais e equipamentos. As cirurgias que necessitam de maior habilidade e complexidade de execução são consideradas de grande porte, segundo a tabela AMB, classificação de risco cirúrgico e do tempo cirúrgico (AMB, 1999; FERNANDES et al., 2005).

3.1.1 Estrutura física do Centro Cirúrgico

De acordo com as Portarias nº 930 GM/MS de 27/08/1992 e nº 1884 GM/MS 11/11/1994, a estrutura do CC foi normatizada, definindo-se as áreas críticas, que possuem acesso restrito à circulação de pessoal e necessidade de roupa privativa.

As áreas críticas do CC foram descritas como:

- Área restrita – limites definidos de circulação de pessoal e equipamentos, com rotinas próprias para o controle e manutenção da assepsia. Privativa do pessoal com uso de uniforme, gorro ou touca e protetores de calçados e máscara cirúrgica.

- Área semi-restrita – Área que permite a circulação de equipamentos e pessoal de modo a não interferir nas rotinas de controle e manutenção da assepsia da área restrita.

- Área não restrita – Área de circulação livre, não sendo necessário uso de roupa privativa.

O CC possui recomendações mínimas para qualquer tipo de cirurgia e deve estar de acordo com a RDC 50 de 05/02/2002. Através da RDC 307 de 14/11/2002 foram incluídas as instalações mínimas como as de escoamento de águas pluviais, hidros sanitárias, equipamentos de combate a incêndios e climatização (BRASIL, 2002).

3.1.2 Classificação das cirurgias

As cirurgias podem ser classificadas em pequeno, médio e grande porte, segundo o risco cardiológico, ou seja, a probabilidade de perda de fluido e sangue durante a realização da mesma (EAGLE et al., 2002):

- Grande porte: cirurgias com grande probabilidade de perda de fluido e sangue. Exemplificando: cirurgias de emergências (ferimento na região precordial), cirurgias vasculares arteriais (correção de aneurisma aorta abdominal).

- Médio porte: cirurgias com média probabilidade de perda de fluido e sangue. Exemplificando: vascular (endarterectomia de carótida), cabeça e pescoço (ressecção de carcinoma espino celular), ortopedia (prótese de quadril), urologia (ressecção transuretral de próstata), neurologia (ressecção de aneurisma cerebral).

- Pequeno porte: cirurgias com pequena probabilidade de perda de fluido e sangue. Exemplificando: otorrinolaringologia (timpanoplastia), plástica (mamoplastia), endoscopia (endoscopia digestiva), oftalmologia (vitrectomia).

Outra forma de classificar as cirurgias é considerando o tempo de duração do ato cirúrgico.

- Pequeno porte: cirurgias cujo tempo de duração encontra-se no intervalo de 0 a uma hora. Exemplificando: Facectomia;

- Médio porte: cirurgias cujo tempo de duração encontra-se no intervalo acima de 1 hora até 2 horas. Exemplificando: Colecistectomia;

- Grande porte: cirurgias cujo tempo de duração encontra-se no intervalo acima de 2 horas. Exemplificando: Gastrectomia.

Segundo Carraretto (2005), as cirurgias também podem ser classificadas quanto ao momento operatório:

- Cirurgia de Emergência – deve ser imediatamente encaminhado ao procedimento cirúrgico;

- Cirurgia de Urgência – procedimento pode ser realizado no período de 24 horas do agendamento;

- Cirurgia Eletiva – cirurgias programadas realizadas durante o dia ou noite, conforme agendamento cirúrgico.

Conforme a Portaria 930 GM/MS de 27/08/1992 as cirurgias também são classificadas de acordo o potencial de contaminação em:

- Cirurgias limpas – aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, ausência de processos infecciosos ou inflamatório local ou falhas técnicas. Cirurgias que não ocorrem penetrações em trato digestivo, respiratório ou urinário. Cicatrização por primeira intenção.

- Cirurgias potencialmente contaminadas – realizadas em tecidos de difícil descontaminação, ausência de processo infeccioso e inflamatório. Cirurgias limpas com drenagem. Penetração em tecido digestivo, respiratório e urinário.

- Cirurgias contaminadas – realizadas em tecidos traumatizados recentemente e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras na ausência de supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, grande contaminação a partir do tubo digestivo, urinário ou respiratório.

- Cirurgias infectadas - todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer órgão ou tecido, em presença de processo infeccioso, supuração local, tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja (Brasil, MS, 1992).

Considerando o avanço ao longo dos anos, o centro cirúrgico sofre um aumento exponencial de complexidade tecnológica, científica e de relações humanas, o que exige um novo perfil de enfermeiro para este setor, estando em constante aperfeiçoamento com o intuito de adaptar-se às mudanças (FREITAS, 2011; TURRINI, 2012; CAMPOS, 2015).

3.2 GESTÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO

O papel do enfermeiro em CC está pautado no planejamento e no gerenciamento da rotina do CC, na organização do processo de trabalho, incluindo a elaboração do mapa cirúrgico e mesmo a suspensão de cirurgias. Macedo e colaboradores (2013) defendem a informatização do agendamento cirúrgico e a necessidade de que todas as cirurgias suspensas devam ser remarcadas para o mesmo dia ou semana.

O enfermeiro deve utilizar as informações acerca dos apontamentos econômicos do processo, assim como custos diretos, para gerenciar o centro cirúrgico e também desenvolver estratégias para solucionar o problema (PERROCA; JERICÓ; FACUNDIN, 2007).

Felli e Peduzzi (2005) apontam que a noção de gerenciamento nasce com a enfermagem, uma vez que cabe à enfermeira a organização do ambiente e, do cuidado, além de execução e treinamento para o cuidado em saúde. Estas atividades são marcadas, desde o surgimento da enfermagem moderna, pela divisão técnica e social, na qual as *ladies*

nurses pensavam, organizavam e ensinavam e, as *nurses* executavam o cuidado.

De acordo com a complexidade dos procedimentos cirúrgicos, o trabalho requer do enfermeiro a provisão e o gerenciamento de materiais e equipamentos, indispensáveis à realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos (GUIDO et al., 2008).

Baseado nas práticas recomendadas da SOBECC, o crescimento tecnológico atual na área de equipamentos e artigo médico-hospitalar, permite ao enfermeiro a atualização do seu trabalho com qualidade, proporcionando ao paciente e à equipe de saúde a realização de procedimentos com menor possibilidade de riscos e de complicações (SOBECC, 2009).

Por tratar-se de uma unidade complexa e estressante, o CC necessita de profissionais capacitados e preparados para lidar com as rotinas e normas da unidade. Os profissionais que atuam nesse local devem estar aptos a enfrentar as exigências impostas pelo ambiente, possibilitando assim mais segurança e bem-estar ao paciente, atrelado a resolutividade proporcionada pelas tecnologias (FREITAS, 2011).

As atividades do CC envolvem a participação conjunta de equipes multiprofissionais, porém com papéis definidos entre as diferentes categorias profissionais, já que estes desenvolvem atividades variadas, repletas de incertezas, exercidas em ambientes dominados pelo estresse e pela pressão, que contribuem para ocorrência de incidentes, colocando em risco a segurança do paciente. Uma forma de minimizar os erros ao paciente cirúrgico é promover o trabalho em equipe e a implementação de instruções a serem seguidas no bloco operatório durante os procedimentos cirúrgicos (FRAGATA, 2010).

3.3 CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS

O procedimento cirúrgico relaciona-se com uma mobilização elevada de recursos humanos, materiais e equipamentos. Seu agendamento envolve tanto trabalho administrativo quanto assistencial, além de interferir no planejamento das equipes e no fluxo das unidades de apoio. O atendimento responde as necessidades do paciente nos períodos pré, trans e pós-operatório (BARBEIRO, 2010).

Estudo que tratou dos fatores relacionados às suspensões cirúrgicas, apontou quatro principais correlações: ao paciente; à organização da unidade; aos recursos humanos; aos materiais e equipamentos. Desta forma, as causas relacionadas ao paciente foram: o não comparecimento para internação, a condição clínica desfavorável, a

falta de jejum e a recusa para realização da cirurgia. Em relação à organização da unidade foram citadas: a falta de vaga na Terapia Intensiva, a prioridade de cirurgias de urgência, a falta de documentação e exames, os erros na programação cirúrgica e a falta de comunicação das equipes. Dentre as causas relacionadas aos recursos humanos foram destacadas: tempo cirúrgico excedido, mudança de conduta médica e a falta de médico (AQUINO; MOURA; PINTO, 2012).

As taxas de cancelamentos cirúrgicos são bastante diversas, de acordo com o tipo de Hospital e região, sendo que estudos reportam taxas em instituições do Canadá, Austrália, Inglaterra e Paquistão de 10%, 11,9%, 14% e 25% respectivamente, verificando-se que as taxas de cancelamento na sala de operações é bastante variável (ALVES, 2012).

No Centro médico em Stanford e no Hospital Universitário de Chicago, as taxas variam entre os 13% e os 5,3% respectivamente. Em Stanford, o tempo médio entre cirurgias é de 31 minutos, contudo, para cancelamentos inesperados este tempo aumenta para 1h e 37 minutos e os custos de sala de operações foram estimados em 10 dólares por minuto, o que se traduz numa perda de receita de cerca de 600 dólares, em média, por hora (ALVES, 2012).

Elevados índices de suspensão cirúrgica, acarretam a saída de parte do montante financeiro das instituições de saúde, pois estudo realizado em um hospital universitário demonstrou que a realização de cirurgias constitui 24% do total de internações e por sua vez contribui com 43% da receita arrecadada (GARCIA; FONSECA, 2013).

De acordo com um estudo realizado em um departamento de cirurgia geral de um hospital de média complexidade, do total de cirurgias eletivas, foram canceladas 16%. Os principais fatores dos cancelamentos das cirurgias estavam relacionados ao paciente (48,23%), tais como condição clínica desfavorável (50,3%) e não comparecimento (39,9%); e ao hospital, tais como a alocação de recursos humanos (23,77%), a organização da unidade (22,88%) e a alocação de materiais e equipamentos (5,12%). Verificou-se que 41% dos procedimentos suspensos não deveriam ter sido marcados. Medidas gerenciais corretivas são necessárias a fim de diminuir a taxa de suspensão (LANDIM et al., 2009).

Estudo internacional ressaltou a seriedade da instituição em definir sua estratégia para a realização de cirurgias eletivas, em decorrência da entrada de procedimentos de emergência e urgência. Tal razão estimulou os pesquisadores a analisarem, por dois anos, os dados relativos ao início e término de todos os procedimentos, tanto os eletivos

como os de classificação de risco. Isto fez com que chegassem a um consenso sobre o tempo destinado para cada tipo de urgência. Após a classificação, redesenharam os horários de cirurgias, assim como os turnos de trabalho da equipe de saúde, resultando na melhor distribuição dos procedimentos cirúrgicos, assim como na diminuição de custos à instituição, com o pagamento de horas extras (SANDBAEK et al., 2014).

Na Tanzânia, estudo apresentou que grande parte dos cancelamentos cirúrgicos podem ser evitada quando o planejamento do processo agendamento e internação consideram as limitações estruturais existentes na instituição, tais como: o número de leitos, salas operatórias, recursos humanos, entre outros (CHALYA et., 2011).

Quando os hospitais são classificados como universitários, o desafio do cancelamento cirúrgico aumenta para o gestor, em virtude de apresentarem taxas maiores se comparadas às de outros tipos de hospitais. Em estudo multicêntrico, conduzido em 82 serviços cirúrgicos da Alemanha, constatou-se 12,4% de cancelamentos cirúrgicos em hospitais universitários, ou seja, 2,23 vezes maior quando comparados aos comunitários de médio e pequeno porte (5,0%). Em estudos recentes, os hospitais universitários brasileiros superam essa taxa de cancelamento, perfazendo de 16,1% a 17,3% (SCHUSTER, 2011; MACEDO, 2013; CIHODA, 2015).

No Hospital Universitário da UFSC foi identificado que 10,02% das cirurgias entre janeiro a outubro de 2015 foram suspensas. O principal motivo de suspensões de cirurgia foi o tempo previsto de sala, sendo possível constatar que a previsão de tempo cirúrgico proposta pelo cirurgião geralmente foi inadequada. Outro fator identificado foi a complicação cirúrgica no intra-operatório, que levou ao atraso das cirurgias subsequentes ou até mesmo a suspensões. Desta forma, a busca pela excelência no desenvolvimento do serviço deve ser constante, além do aperfeiçoamento de estratégias corretivas e do envolvimento dos gestores (KUZE; MATOS; MALISKA, 2015).

Em estudo realizado no Brasil ressaltou a importância do acompanhamento dos indicadores hospitalares e da interação entre os processos envolvidos com pacientes cirúrgicos, com o intuito de verificar as falhas nesse trajeto e por meio do planejamento estratégico elaborar maneiras de evitar as suspensões (CALLEGARI et al., 2015).

A notificação correta da suspensão de cirurgia é imprescindível para que os gestores possam trabalhá-la com eficiência (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015).

Para isso, um sistema de informação torna-se ferramenta viável

para a coleta de dados na unidade cirúrgica (HOVLID et al., 2013).

Contudo, é fundamental a alimentação correta e detalhada desse sistema pelos profissionais envolvidos (MACEDO et al., 2013), e que as atividades de conscientização e educação permanente sejam constantes nessas instituições (BARBOSA, 2012).

Para o gerenciamento do indicador suspensão cirúrgica institucional, não é suficiente realizar a adequação do instrumento de coleta de dados, mas é preciso contar com equipe cirúrgica consciente de sua importância em colaborar na elaboração de justificativas claras e pertinentes, acerca das razões de suspensões de cirurgias (MACEDO, 2013).

A taxa reduzida de suspensões de cirurgia é um dos indicadores de qualidade e, conseqüentemente, de eficiência da gestão do serviço e, portanto, suspender cirurgias implica em subutilização do cenário cirúrgico, aumento da fila de espera dos pacientes e de custo institucional. Neste sentido, os atores envolvidos no itinerário cirúrgico, sejam assistenciais ou gerenciais, precisam ter a clareza de que a estrutura pública subutilizada aumenta o custo dos serviços, o qual recairá sobre os pacientes, familiares e sobre eles mesmos, não apenas financeira, como também psicologicamente; além do fato de que o mau uso dos recursos públicos não contribui para investimentos nas condições de trabalho e, por conseguinte, na qualidade do serviço oferecido aos cidadãos (KUMAR; GANDHI, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se um estudo exploratório descritivo, com coleta de dados quanti-qualitativos. Os estudos exploratórios são definidos como aqueles que se destinam a possibilitar uma visão geral, de aproximação a um fato ou contexto, sendo que os estudos descritivos se destinam a caracterização de um grupo, atitudes ou opiniões e sua relação com as variáveis (LAUTERT; DAL PAI; RAMOS, 2013). O estudo foi desenvolvido no centro cirúrgico (CC) de um Hospital Universitário do sul do Brasil, sendo a coleta de dados realizada no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: etapa quantitativa e etapa qualitativa, as quais são descritas posteriormente.

4.1.1 Cenário

O estudo foi realizado no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário de Santa Catarina (HU/UFSC).

O HU/UFSC está localizado na cidade de Florianópolis, atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), e é considerado como instituição de saúde de referência para a região da Grande Florianópolis, bem como para todo o Estado de Santa Catarina, sendo o único Hospital Federal do Estado.

O HU/UFSC insere-se nessa rede como hospital geral de gestão estadual, com três portas abertas de emergência (pediátrica, ginecológica-obstétrica e adulto), um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade.

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago foi fundado em 02 de maio de 1980, após uma longa jornada de lutas para sua implantação (UFSC, 2017).

O HU/UFSC busca ao longo de sua trajetória responder às políticas públicas, sendo referência estadual em diversas especialidades, com grande demanda na área de oncologia e cirurgias de grande porte.

Conta atualmente com 308 leitos, dos quais 238 estão ativos e disponibilizando aos pacientes tratamentos clínicos e cirúrgicos, (UFSC, 2017).

O HU/UFSC conta ainda com um Corpo Clínico e Multidisciplinar, qualificado, para assegurar um excelente atendimento a todos, nas diversas especialidades da medicina, tanto em nível de

ambulatorial quanto hospitalar, nas especialidades médico-cirúrgicas, dentre as quais podemos citar: Acupuntura, Cabeça e Pescoço, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Proctologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Hemoterapia, Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Vídeo-Cirurgias, Cirurgia Vascular e Cirurgia Torácica. Também dispõe de Serviço de Odontologia Hospitalar, incluindo cirurgia Buco Maxilo Facial (UFSC, 2017).

Assistência, ensino, pesquisa e extensão são os quatro pilares importantes e articulados, nos quais o HU concentra todos os elementos essenciais à promoção da saúde e ao desenvolvimento do conhecimento: assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica. Todas essas funções se integram, transformando o HU em um Centro de Excelência no atendimento à saúde (UFSC, 2017).

O HU/UFSC conta hoje com 1.176 servidores efetivos, 410 empregados de empresas terceirizadas, 85 empregados contratados pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU), e 81 empregados contratados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que atuam buscando excelência do atendimento (UFSC, 2017).

Na revisão do Plano Estratégico 2012, o HU/UFSC fortaleceu a intenção de ser referência em alta complexidade em várias especialidades, sendo que atualmente os Serviços de Alta Complexidade implantados no HU/UFSC são: atenção ao portador de obesidade grave, cirurgia vascular, oncologia (cirurgia oncológica e oncohematologia), nefrologia, terapia nutricional, implante coclear e procedimentos endovasculares extra cardíacos (UFSC, 2012).

Em 2007 o Hospital tornou-se referência para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina (CNCDO/SC) e implantou a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

O HU/UFSC implantou seu Programa de Transplantes de Órgãos e Tecidos, destacando-se os transplantes de córnea e fígado, junto à Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos, implementada em 1997, por meio da Lei n° 9.434/1997 (BRASIL, 1997) e alterada pela Lei n° 10.211/2001 (BRASIL, 2001).

São realizadas mensalmente, em média 250 cirurgias de pequeno, médio e grande porte nas diversas especialidades e ou média de 3045 cirurgias ao ano (KUZZE; MATOS; MALISKA, 2015).

No ano de 2016 o HU realizou 3379 cirurgias nas suas diversas especialidades e no ano de 2017 foram realizadas 3251 cirurgias (UFSC, 2018).

O CC possui aplicações que mantem guardadas no sistema de gerenciamento de banco de dados, IBM Lotus Notes, onde são inseridos os relatórios das cirurgias realizadas, bem como seus quantitativos, por mês, ano e especialidade.

A programação cirúrgica é desenvolvida das 07 às 19 horas, diariamente, de segunda a sexta feira. Nos períodos noturnos, finais de semana e feriados são realizadas apenas cirurgias de urgência e emergência.

Conta com uma equipe multidisciplinar composta por 25 anestesistas, 47 cirurgiões, 04 enfermeiros, 36 técnicos e auxiliares de enfermagem, instrumentadores cirúrgicos, auxiliares de saúde, escriturário, 26 residentes de cirurgia, 06 residentes de anestesia e 01 residente de enfermagem.

A equipe de enfermagem presta cuidados ao paciente em todos os momentos, antes, durante e após a cirurgia, desde sua chegada até sua saída do CC. O paciente é recepcionado pela equipe de enfermagem em sala cirúrgica. O enfermeiro presta assistência ao paciente no processo anestésico e cirúrgico, priorizando os pacientes que serão submetidos às cirurgias de maior porte. Após o término da cirurgia, encaminha junto ao anestesista o paciente a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).

Na SRPA o enfermeiro assiste aos pacientes, pois é um período onde os pacientes necessitam de um olhar mais atento, pois estão vulneráveis aos efeitos residuais da anestesia e também às complicações pós-operatória imediata devido à vulnerabilidade de instabilidade hemodinâmica.

De segunda a sexta-feira, o CC possui quatro enfermeiros, incluindo chefia. Cada sala cirúrgica possui dois técnicos de enfermagem ou instrumentadores cirúrgicos.

O quantitativo de anestesistas não é fixo de segunda a sexta, varia conforme o dia da semana, sendo no mínimo um e no máximo quatro para compor o mapa cirúrgico semanal.

O mapa cirúrgico é montado diariamente pelo enfermeiro até às 15 horas do dia que antecede as cirurgias. Durante a semana as salas de cirurgias são divididas por especialidades, de acordo com o quantitativo de anestesistas disponíveis, os turnos são divididos da seguinte forma: matutino e vespertino.

As equipes cirúrgicas do período matutino devem liberar a sala até às 12h30 minutos, para que as equipes do período vespertino possam

assumi-las dentro do prazo previsto. Esta organização de tempo cirúrgico de sala é realizada pelo enfermeiro, porém, é o cirurgião que informa no aviso de cirurgia o tempo cirúrgico previsto.

O enfermeiro digitaliza e monta o mapa de acordo com os avisos de cirurgias e quantidade de anestesistas disponíveis, faz a previsão de materiais e equipe de enfermagem para a realização das mesmas.

4.1.2 Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa enfermeiros que atuam ou atuaram no centro cirúrgico do HU da UFSC por pelo menos seis meses, tanto na área assistencial como em chefia de serviço e coordenação de núcleo gerencial, totalizando seis participantes; chefia médica de anestesiologia; chefia médica do centro cirúrgico; médicos e técnicos de enfermagem. O convite foi intencional, sendo que compuseram a amostra: quatro enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e três médicos.

Critérios para Inclusão: ser enfermeiro assistencial e/ou que exerça cargo de chefia de enfermagem do centro cirúrgico que esteja atuando ou tenha atuado no CC por no mínimo seis meses. Ser médico e/ou que exerça cargo de chefia do serviço de anestesiologia e chefia do serviço de cirurgia no CC, por no mínimo seis meses e ser técnico de enfermagem atuando no CC por no mínimo seis meses.

Critérios para Exclusão: enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos - afastados por férias ou licenças no período da pesquisa, ou possuírem tempo de exercício profissional inferior a seis meses de atuação no CC.

4.1.3 Instrumentos de Coleta

Etapa quantitativa:

A escolha da coleta de dados sobre as notificações das cirurgias suspensas em livro de registo de notificação de suspensão de cirurgia se deu devido ao fato de ser o único local onde ficam registradas estas informações. É um impresso de papel onde os registros são realizados manualmente e diariamente pelo enfermeiro do turno. O período de coleta destes dados se deu entre 04 de dezembro de 2017 a 15 de dezembro de 2017.

Neste livro, que fica arquivado no CC, são registrados os dados do paciente, tipo de cirurgia que aguarda e os motivos da suspensão (conforme anexo A).

Para identificar os motivos de suspensão de cirurgias, foram levantados os dados (referentes à data da suspensão, motivo, especialidade cirúrgica) no livro de registro de notificações do CC, de um período de 24 meses.

Neste livro constavam as seguintes informações: nome do paciente, a cirurgia prevista, sala em que seria realizada a cirurgia, data e horário, cirurgião responsável, motivo da suspensão, assinatura de quem notificou e data da notificação.

Para o levantamento do total de cirurgias foi consultado o sistema informatizado do CC, em seu banco de dados (IBM, Lotus Notes), referente aos anos de 2016 e 2017.

No primeiro momento os dados foram inseridos numa tabela do editor de texto da Microsoft Word® e realizado o levantamento de cirurgias suspensas por mês, especialidade com maior quantitativo de cirurgias suspensas em cada mês, e qual motivo predominante de suspensão em cada mês. Após confecção desta tabela foram elaborados gráficos para melhor visualização dos dados.

Etapa qualitativa:

Constou de observação participante e da entrevista semiestruturada. A entrevista foi áudio gravada em meio digital, realizada com 12 trabalhadores, a partir de cinco questões iniciais: Quais os principais problemas que levam às suspensões de cirurgia? Qual a responsabilidade do profissional diante da suspensão? No seu ponto de vista existe alguma alternativa que pode ser utilizada para evitar a suspensão? Como vê os desdobramentos diante das suspensões de cirurgias? E por último foi solicitado ao participante para indicar estratégias para diminuição do número de cirurgias suspensas no CC do HU da UFSC

As entrevistas tiveram duração de 30 minutos aproximadamente. Alguns participantes pediram que a entrevista não fosse gravada, solicitando para responderem por escrito os questionamentos previstos no roteiro pré-estruturado, totalizando 08 participantes. A entrevista foi realizada no próprio centro cirúrgico. A transcrição das entrevistas foi realizada pela própria pesquisadora.

Para descrever o processo de trabalho do CC e as inter-relações deste com a suspensão de cirurgia foi realizada observação sistemática

da dinâmica de trabalho realizado no centro cirúrgico, registrada em diário de campo. O período de observação ocorreu nos meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018 (totalizando 56 horas) nos períodos matutino e vespertino.

Na observação do processo de trabalho, entre outros, foram contabilizados o tempo para preparo da sala e do paciente para o procedimento cirúrgico.

Cada período de observação teve duração de 3 horas, ocorrendo fora do horário de trabalho da pesquisadora.

Foi observado como o mapa cirúrgico é montado, como se dá a organização e distribuição das salas para as especialidades em função do quantitativo de anestesistas disponíveis por período e por dia.

Observou-se, ainda, o horário de trabalho, tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe médica, bem como a chegada do paciente no CC até o seu encaminhamento para a sala de recuperação pós-anestésica.

Também foram coletados dados acerca da transição de uma cirurgia para outra, troca de turnos de equipes de enfermagem e médica, atrasos para início da cirurgia, bem como a dinâmica do serviço no decorrer do dia com o andamento das cirurgias, passagem de plantão entre enfermeiros, troca de equipes nos turnos matutino e vespertino, a chegada do paciente e preparo na sala cirúrgica, início de procedimento anestésico, início e término da cirurgia, encaminhamento para recuperação anestésica, limpeza de sala e entrada do próximo paciente para a cirurgia, ou seja, a dinâmica do processo de trabalho do centro cirúrgico frente às cirurgias eletivas.

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados deste estudo ocorreu da seguinte maneira: os dados quantitativos foram tratados por meio de estatística simples (motivos das suspensões de cirurgia) e os dados qualitativos foram categorizados, a partir de similaridade, dando origem as categorias analíticas, de acordo com as etapas preconizadas por Minayo (2013), sendo elas:

- Descrição;
- Análise;
- Interpretação.

Na descrição trabalha-se de forma que as opiniões dos diferentes informantes sejam preservadas da maneira mais fiel possível. Trata-se

da organização do material textual. Os dados podem ser agrupados e classificados em estruturas diversas como, por exemplo, por tipo de interlocutor (profissionais, gerentes), por local da coleta de dados (escolas, serviços de saúde), ou por tipo de instrumento de coleta (entrevistas, diários de campo, relatórios). Os dados coletados devem ser guardados cuidadosamente, pois são únicos e insubstituíveis.

Na análise procura-se ir para além do que é descrito. Traça-se um caminho sistemático que busca, nos depoimentos, das relações entre os fatores. Ela produz a decomposição de um conjunto de dados, procurando as relações entre as partes que o compõem. Uma de suas finalidades é expandir a descrição. Inicia-se com a leitura atenta dos dados textuais, com releitura compreensiva para se impregnar de seu conteúdo. A partir desta leitura exaustiva se pode identificar o corpo principal dos dados e separar o que não diz respeito diretamente ao interesse do estudo. A partir da identificação do corpo principal do texto pode-se organizá-lo por temas relevantes e a dar início ao processo de categorização.

A categorização dos dados é uma classificação dos mesmos. Significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Estas categorias são mais específicas e concretas. Neste estudo, os excertos das entrevistas foram organizados conforme a frequência abordada dos motivos de suspensão de cirurgia.

A interpretação pode ser uma sequência da análise e pode também ser desenvolvida após descrição. Sua meta é a busca de sentidos das falas e das ações para alcançar a compreensão ou explicação para além dos limites do que é descrito e analisado.

A última fase da análise dos dados é a interpretação. A interpretação deve ter como norte responder aos objetivos da pesquisa buscando a compreensão mais ampla do tema em estudo em que o significado encontrado deixa de ser do sujeito e passa a ser do grupo social.

Essas etapas de tratamento dos dados qualitativos não são mutuamente excludentes, nem possuem fronteiras claras entre si. São apenas perspectivas de tratamento de dados qualitativos que podem não coexistirem formalmente (MINAYO, 2013).

Após a leitura e organização dos dados quantitativos, oriundos dos motivos das suspensões de cirurgias, triangulados com a observação sistemática e as entrevistas junto aos profissionais do CC, foram identificados os fatores geradores de suspensão de cirurgia, bem como

descrito o processo de trabalho e apontado estratégias para otimizar a utilização do centro cirúrgico.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou os princípios fundamentais que regem o Código de Ética em Enfermagem e os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos, contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Todos os participantes que aceitaram contribuir com o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) apresentado.

Foi solicitada autorização da instituição para a realização da pesquisa (ANEXO B).

Com o intuito de respeitar o anonimato os participantes da pesquisa foram identificados pelas letras E, T e M para as categorias profissionais enfermeiro, técnico e médico, respectivamente, acrescidos de um número sequencial de entrevista.

Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e recebeu aprovação sob CAAE n. 70740117.9.0000.0121 e parecer n. 2.391.000 (ANEXO C).

5 RESULTADOS

Este capítulo é composto por um manuscrito e um produto final, conforme a Instrução Normativa 01/MPENF de 03 de dezembro de 2014, que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina.

O manuscrito foi intitulado “Suspensão de cirurgias: A influência da organização do trabalho e os motivos determinantes para as suspensões”.

E o produto final intitulado como: “Estratégias para minimizar o cancelamento de cirurgias em um hospital escola”.

5.1 MANUSCRITO - SUSPENSÃO DE CIRURGIAS: A INFLUÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E OS MOTIVOS DETERMINANTES PARA AS SUSPENSÕES

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores geradores de suspensão de cirurgia em um centro cirúrgico de um hospital escola, e propor estratégias para minimizar o cancelamento de cirurgias. **Método:** Estudo exploratório descritivo com coleta de dados quanti-qualitativos, desenvolvido em um centro cirúrgico de um Hospital Universitário do sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018. Na etapa quantitativa, visando identificar quais especialidades e os motivos das suspensões de cirurgias, foi realizado o levantamento dos dados em de notificações do CC. A etapa qualitativa constou de entrevista semiestruturada juntos aos enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos; e observação sistemática visando perceber como ocorria o processo de trabalho no CC. Os dados quantitativos foram tratados por meio de estatística simples e os qualitativos foram categorizados, a partir de similaridade. **Resultado:** A análise dos dados revelou duas categorias analíticas: motivos de suspensão de cirurgias e organização do trabalho no centro cirúrgico. Os principais motivos foram falta de tempo, falta de vaga em unidade de terapia intensiva, cirurgia de urgência, paciente não compareceu, pré-operatório e condições clínicas. As estratégias elaboradas foram: implantação de sistema eletrônico de notificação de cirurgia suspensa; implantação de sistema eletrônico de marcação de cirurgia online; estabelecimento de indicadores de produção do CC, liberação de vaga de UTI mais cedo; disponibilização de sala e equipe destinada a realização de cirurgias de urgência e emergência. **Conclusão:** As estratégias visam melhorar o desempenho do sistema por meio do envolvimento dos profissionais, o uso de tecnologia da informação e envolvimento de gestores e administradores da instituição.

Descritores: Enfermagem. Centros Cirúrgicos. Cirurgia. Assistência Perioperatória. Suspensão de Tratamento.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors responsible for suspending surgery in a surgical center of a school hospital, and to propose strategies to minimize the cancellation of surgeries. **Method:** Descriptive exploratory study with quantitative qualitative data collection, developed in a surgical center of a University Hospital in southern Brazil. The data collection took place from December 2017 to January 2018. In the quantitative stage, in order to identify which specialties and the reasons for the suspensions of surgeries, the data collection was performed in the notifications of SC. The qualitative step consisted of a semi-structured interview with nurses, nursing technicians and physicians; and systematic observation in order to understand how the work process occurred in SC. The quantitative data were treated by means of simple statistics and the qualitative ones were categorized, based on similarity. **Results:** Data analysis revealed two analytical categories: motives for suspending surgeries and organizing work in the surgical center. The main reasons were lack of time, lack of vacancy in the intensive care unit, emergency surgery, patient did not attend, preoperative and clinical conditions. The strategies elaborated were: implantation of electronic system of notification of suspended surgery; implantation of electronic system of online surgery marking; establishment of SC production indicators, release of ICU vacancy earlier; provision of a room and staff to perform urgent and emergency surgeries. **Conclusion:** The strategies aim to improve the performance of the system through the involvement of professionals, the use of information technology and the involvement of managers and administrators of the institution.

Keywords: Nursing. Surgicenters. Surgery. Perioperative care. Withholding treatment.

RESUMEN

Meta: identificar los factores generadores de suspensión de cirugía en un centro quirúrgico de un hospital escolar, y proponer estrategias para minimizar la cancelación de las cirugías. **Método:** Estudio exploratorio descriptivo con recolección de datos cuantitativos, desarrollado en un centro quirúrgico de un Hospital Universitario del sur de Brasil. La recolección de datos ocurrió en el período de diciembre de 2017 a enero de 2018. En la etapa cuantitativa, para identificar qué especialidades y los motivos de las suspensiones de cirugías, se realizó el levantamiento

de los datos en las notificaciones del CQ. La etapa cualitativa constó de entrevista semiestructurada junto a los enfermeros, técnicos de enfermería y médicos; y observación sistemática para percibir cómo ocurría el proceso de trabajo en el centro quirúrgico. Los datos cuantitativos fueron tratados por medio de estadística simple y los cualitativos se categorizaron a partir de la similitud. **Resultado:** El análisis de los datos reveló dos categorías analíticas: motivos de suspensión de las cirugías y organización del trabajo en el CQ. Los principales motivos fueron falta de tiempo, falta de vacante en unidad de terapia intensiva, cirugía de urgencia, paciente no compareció, preoperatorio y condiciones clínicas. Las estrategias elaboradas fueron: implantación de sistema electrónico de notificación de cirugía suspendida; implantación del sistema electrónico de marcaje de cirugía en línea; el establecimiento de indicadores de producción del CQ, liberación de vacante de UTI más temprano; la disponibilidad de sala y equipo destinado a la realización de cirugías de urgencia y emergencia. **Conclusión:** Las estrategias apuntan a mejorar el desempeño del sistema a través de la participación de los profesionales, el uso de tecnología de la información y la participación de gestores y administradores de la institución.

Descriptor: Enfermería. Centros Quirúrgicos. Cirugía. Atención Perioperatoria. Privación de Tratamiento.

INTRODUÇÃO

A suspensão de cirurgias eletivas é um parâmetro para avaliar a qualidade do atendimento ao paciente e a qualidade do sistema de gerenciamento. A incidência de cancelamento em diferentes hospitais varia, bem como os motivos de cancelamento de casos cirúrgicos eletivos. Os cancelamentos inesperados das salas de cirurgia são tradicionalmente divididos em cancelamentos evitáveis (erros de agendamento, escassez de equipamentos e suspensão devido à avaliação pré-operatória inadequada) e suspensões inevitáveis (caso de emergência que supera o cronograma eletivo, mudanças clínicas ou o não comparecimento do paciente) (KUMAR; GANDHI, 2012).

A suspensão de uma cirurgia programada é muito cara e inconveniente tanto para o hospital como para o paciente (LAISI; TOHMO; KERÄNEN, 2013). Para tanto, o correto funcionamento do CC requer quantitativo adequado de recursos humanos, materiais e

financeiros; porém, por vezes, esses recursos são utilizados abaixo da sua capacidade (KUMAR; GANDHI, 2012).

O monitoramento do índice de cancelamento nas instituições pode ser feito utilizando-se ferramentas estatísticas, como o controle de processo, que permite a análise dos dados em um período curto de tempo, de forma que ações sejam tomadas logo que observado que o número atingiu um valor fora do desejado (FAYED et al., 2016).

A metodologia mais difundida na literatura científica para a redução do índice de suspensões sugere que seja feito um levantamento das principais causas que levam à suspensão de um procedimento e, a partir disso, sejam implementadas intervenções direcionadas para a solução das principais causas (SAHRAOUI; ELARREF, 2014).

O enfermeiro desempenha papel-chave dentro da estrutura do CC. A realização do procedimento cirúrgico requer preparo prévio para o recebimento do paciente e, para isso, esse profissional deve ter como preocupação garantir que as cirurgias sejam corretamente programadas e que as condições necessárias para sua execução sejam atendidas.

Diante do exposto esta pesquisa pretende identificar os fatores geradores de suspensão de cirurgia em um CC de um hospital escola, visando propor estratégias para minimizar o cancelamento de cirurgias.

METODOLOGIA

Trata-se um estudo com abordagem quali-quantitativa que foi realizado no centro cirúrgico (CC) de um Hospital Universitário do sul do Brasil, sendo a coleta de dados realizada no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A etapa quantitativa, visou identificar quais especialidades e os motivos das suspensões foi realizada no livro em que constam os registros de notificações do CC, sendo que o período definido foi nos anos de 2016 e 2017. Para o levantamento do total de cirurgias foi consultado o sistema informatizado do CC, em seu banco de dados (IBM, Lotus Notes), referente aos anos de 2016 e 2017.

A etapa qualitativa constou de entrevista semiestruturada áudio gravada em meio digital, com 12 trabalhadores, a partir de cinco questões iniciais: Quais os principais problemas que levam às suspensões de cirurgia? Qual a responsabilidade do profissional diante da suspensão? No seu ponto de vista existe alguma alternativa que pode ser utilizada para evitar a suspensão? Como vê os desdobramentos diante das suspensões de cirurgias? E por último foi solicitado ao

participante para indicar estratégias para diminuição do número de cirurgias suspensas.

As entrevistas tiveram duração de 30 minutos aproximadamente. Alguns participantes pediram que a entrevista não fosse gravada, solicitando para responderem por escrito os questionamentos previstos no roteiro pré-estruturado, totalizando 08 participantes. A entrevista foi realizada no próprio centro cirúrgico. A transcrição das entrevistas foi realizada pela própria pesquisadora.

Para participarem da pesquisa foram convidados intencionalmente os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão: ser enfermeiro, médico assistencial e/ou que exerça cargo de chefia do centro cirúrgico, que esteja atuando ou tenha atuado no CC por no mínimo seis meses. e ser técnico de enfermagem que esteja atuando no CC ou tenha atuado por no mínimo seis meses.

Os critérios de exclusão foram: enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos afastados por férias ou licenças no período da pesquisa, ou possuírem tempo de exercício profissional inferior a seis meses de atuação no CC.

O tempo de inserção no CC foi estabelecido por se entender que há necessidade do profissional conhecer a dinâmica de trabalho da instituição, delimitando-se um período no mínimo seis meses de atuação.

Os profissionais que foram convidados e aceitaram participar da pesquisa foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios do estudo. Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Foram entrevistados 04 enfermeiros, 03 médicos e 05 técnicos de enfermagem. As entrevistas foram suspensas quando as respostas começaram a se repetir, indicando saturação dos dados.

Também na etapa qualitativa, foi realizada observação sistemática visando perceber como se dá o processo de trabalho no CC, desde a chegada dos funcionários no setor, início da cirurgia, encaminhamento do paciente para SRPA, limpeza de sala, transição de uma cirurgia para outra no decorrer do dia, como o mapa cirúrgico é montado, como se dá a organização e distribuição das salas para as especialidades em função do quantitativo de anestesistas disponíveis por período e por dia. As observações contabilizaram 56 horas e foram registradas em diário de campo.

Para análise dos dados quantitativos, utilizou-se a estatística simples, com a demonstração dos mesmos em gráficos e para os dados qualitativos, utilizou-se análise de conteúdo proposta por Minayo

(2013), com leitura dos dados e definição de categorias analíticas por meio da similaridade.

A pesquisa respeitou os princípios fundamentais que regem o Código de Ética em Enfermagem e os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos, contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Todos os participantes que aceitaram contribuir com o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) apresentado.

Foi solicitada autorização da instituição para a realização da pesquisa (ANEXO B).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e recebeu aprovação sob CAAE n. 70740117.9.0000.0121 e parecer n. 2.391.000 (ANEXO C).

RESULTADOS

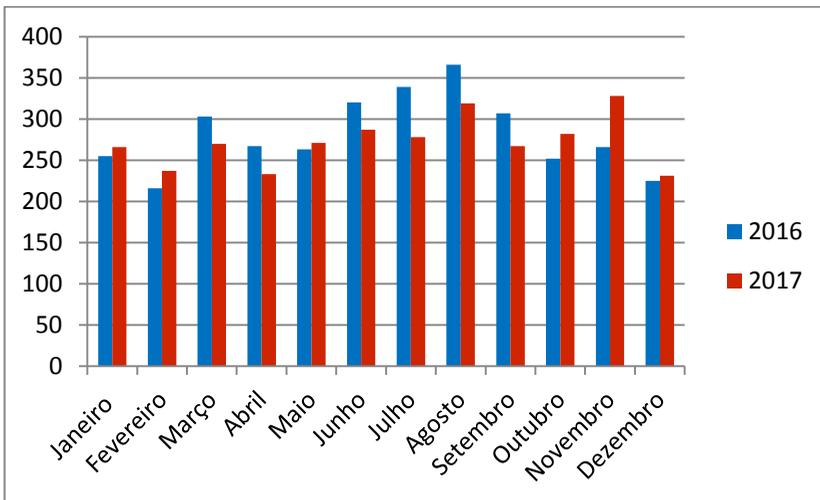
Os dados quanti-qualitativos nos revelam duas grandes categorias analíticas:

1. Motivos de suspensão de cirurgias;
2. Organização do trabalho no centro cirúrgico como fator determinante para suspensão de cirurgias.

Motivos de suspensão de cirurgias.

Nesta categoria apresentam-se os dados quantitativos relativos ao número de cirurgias realizadas e suspensas e os motivos de suspensão, incluindo também dados relativos às especialidades cirúrgicas.

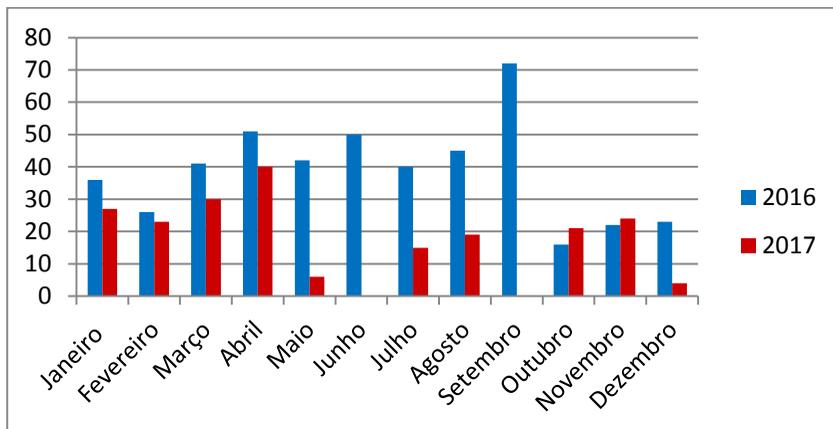
No ano de 2016 foram realizadas na instituição em estudo 3379 cirurgias e em 2017 um total de 3251 cirurgias. Totalizando uma média de 3000 cirurgias por ano, alcançando a meta pactuada de 250 cirurgias por mês. Os valores englobam cirurgias eletivas, de urgência, emergência, as quais são apresentadas mensalmente, conforme figura 1.

Figura 1 - Número de cirurgias/mês realizadas nos anos de 2016 e 2017

Fonte: CC- HU/UFSC, 2017, 2018.

Os dados apontam uma distribuição relativamente equitativa ao longo do período estudado, com discreto aumento no ano de 2016, nos meses de junho, julho e agosto. Observa-se uma tendência a queda nos meses de dezembro, janeiro, e fevereiro, que pode estar relacionada ao período de férias escolares, uma vez que esse é um hospital escola. Em 2017 observa-se maior linearidade no número de cirurgias, com tendência inferior em vários meses quando comparados os dois anos de coleta de dados, o que pode estar relacionado ao déficit de recursos humanos, em especial dos anestesistas. Há que se ressaltar que os dados apresentados referem-se às cirurgias que foram suspensas, após sua marcação, já que muitas foram as suspensões das especialidades previstas na distribuição semanal, em decorrência do déficit de anestesistas ou mesmo de cirurgias de emergência, haja vista que a instituição não conta com uma sala destinada a este fim, conforme consta na figura 2.

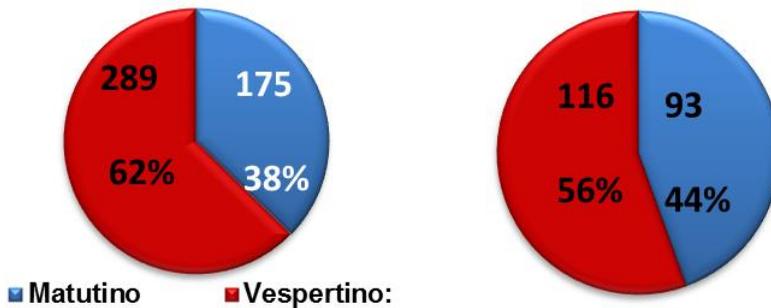
Figura 2 - Número de cirurgias suspensas nos anos de 2016 e 2017.



Fonte: CC/HU/UFSC, 2017.

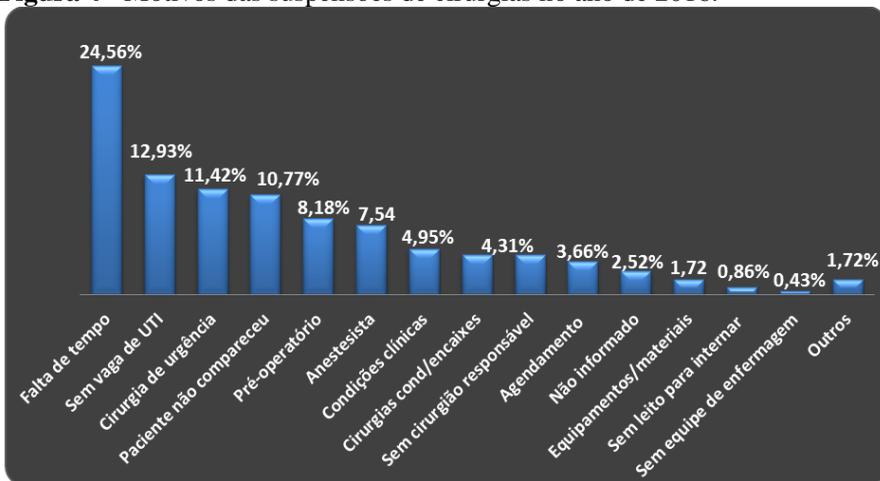
Quando comparados os dados relativos ao número de cirurgias suspensas, há que se ressaltar que os dados relativos ao ano de 2017 encontravam-se incompletos, dificultando a comparação entre os dois anos. Como colocado anteriormente, em 2017 houve um número de cortes das especialidades médicas distribuídas semanalmente, o que pode ter contribuído para uma avaliação equivocada que em 2017 tenha ocorrido um número menor de suspensões.

Neste período a instituição em estudo passava por um momento em que houve grande número de aposentadorias de profissionais médicos anestesistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, acarretando em fechamento de leitos hospitalares destinados a pacientes em pré e pós-operatório, o que por sua vez interferiu no quantitativo de cirurgias realizadas diariamente.

Figura 3 - Cirurgias suspensas por turno ano: 2016 e 2017.

Fonte: CC/HU/UFSC, 2017

Observa-se pelos dados da figura 3 que há um maior número de cirurgias suspensas no turno vespertino, evidenciando que os atrasos de cirurgias anteriores refletem em suspensões das cirurgias do turno vespertino, pois muitas cirurgias do turno matutino ultrapassam o horário previsto de duração e conseqüentemente avançam no turno vespertino.

Figura 4 - Motivos das suspensões de cirurgias no ano de 2016.

Fonte: CC/HU/UFSC, 2017.

O item - falta de tempo - refere-se ao fato de quando uma cirurgia eletiva consta no mapa cirúrgico é suspensa em decorrência da cirurgia que a antecedia ter ido além do tempo cirúrgico previsto no aviso de cirurgia (seja por complicação intra-operatória, mudança na técnica cirúrgica, ou erro de estimação de tempo), inviabilizando a realização da cirurgia subsequente devido à falta de tempo disponível, tanto de sala cirúrgica, quanto de médico anestesista disponível e equipe de enfermagem.

No item – sem vaga de UTI – refere-se às cirurgias que foram suspensas, pois sua realização dependia de um leito disponível na UTI para realizar o pós-operatório imediato.

Item – cirurgia de urgência – caracteriza-se pelo fato da cirurgia eletiva ter sido suspensa em função da realização de outra cirurgia de outro paciente em caráter de urgência.

Item – paciente não compareceu – refere-se à suspensão da cirurgia em virtude do não comparecimento do paciente na data agendada da cirurgia.

Item – pré-operatório – está relacionado ao fato da cirurgia ter sido suspensa devido à falta de exames pré-operatórios, orientações de jejum, não suspensão de medicamentos que inviabilizassem a realização da cirurgia.

Item – anestesista – nos registros de notificação de suspensão encontrados, este item estava relacionado ao fato das cirurgias do período matutino ultrapassarem o tempo cirúrgico previsto, por erro de estimação de tempo de cirurgia, ou por complicação no intra-operatório, ou até mesmo pela morosidade na liberação do leito na UTI, e com a redução do número de anestesista em escala após as 16h as cirurgias que ainda estavam por iniciar eram suspensas.

Item – condições clínicas – ocorre devido ao fato dos pacientes apresentarem algum tipo de infecção (infecção do trato urinário, infecção de vias aéreas superiores e inferiores), alterações de exames laboratoriais e instabilidade hemodinâmica.

Item – cirurgia condicional/encaixe – refere-se quando a realização da cirurgia eletiva estava condicional a realização de outra cirurgia no mapa cirúrgico, ou foi suspensa por ter ocorrido a realização de outra cirurgia que não constava no mapa, este tipo de ato é atribuído nome de encaixe.

Item – sem cirurgião responsável – refere-se à ausência do cirurgião responsável presente do centro cirúrgico.

Item – agendamento – está relacionado ao erro de agendamento na data da cirurgia, ou a remarcação da cirurgia para outra data por motivo não informado pela equipe cirúrgica.

Item - Equipamentos/materiais – refere-se à falta de equipamentos e materiais específicos para cirurgia, como por exemplo: grampeadores para sutura mecânica, próteses/enxertos vasculares, fibroscópio (geralmente é usado para pacientes com via aérea de difícil intubação), dentre outros.

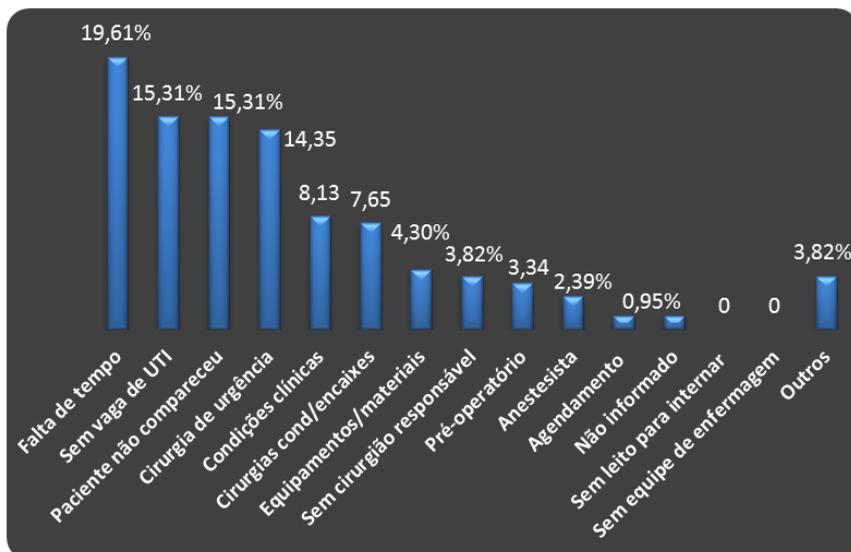
Item - Sem leito para internar – indisponibilidade de leito na enfermaria para internação.

Item - Equipe de enfermagem – quantitativo de funcionários da equipe de enfermagem insuficientes para a realização da cirurgia.

Quanto aos motivos de suspensões, no ano de 2016, identificaram-se principalmente: a falta de tempo, com 114 registros, correspondendo a 24,56% das suspensões.

Em seguida de falta de vaga na Unidade de Terapia Intensiva, representando 12.93%, e cirurgias de urgência com 11,42% das suspensões.

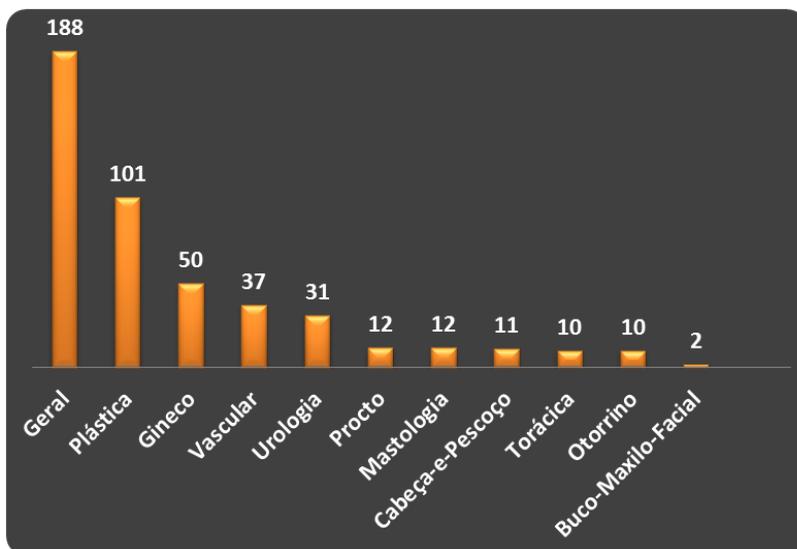
Figura 5 - Motivos das suspensões de cirurgias no ano de 2017.



Fonte: CC/HU/UFSC, 2017; 2018

Os quatro principais motivos das suspensões de cirurgias no ano de 2017 são os mesmos do ano de 2016, mesmo com déficit significativo de registros das cirurgias suspensas, os valores mantiveram tendência semelhante se comparado ao ano anterior.

Figura 6 - Cirurgias suspensas por especialidade em 2016.



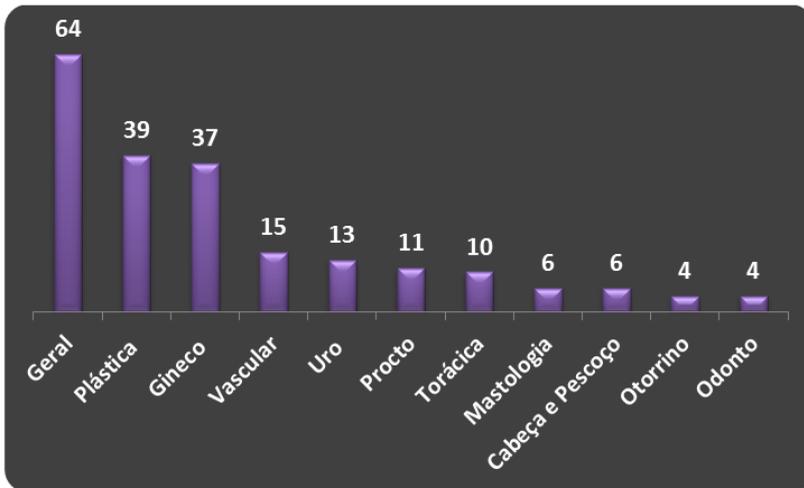
Fonte: CC/HU/UFSC, 2017.

Entre as especialidades cirúrgicas, observa-se que a cirurgia geral apresenta o maior quantitativo de cirurgias suspensas, tanto em 2016 quanto em 2017. Das 464 cirurgias suspensas em 2016, 188 foram da cirurgia geral, perfazendo 40,51% das cirurgias suspensas. A Cirurgia Plástica apresenta também um número expressivo de suspensões, totalizando 21,76% das cirurgias suspensas. Outra especialidade que se destaca é a Ginecologia, com 50 cirurgias suspensas, o que equivale a 10,77% das suspensões de cirúrgicas.

A cirurgia geral obteve um quantitativo de suspensões de cirurgia maior devido ao fato da especialidade possuir um quantitativo maior de leitos cirúrgicos disponíveis na enfermaria, bem como é a especialidade com maior número de salas cirúrgicas previstas na distribuição das especialidades. Há que se considerar que o hospital possui porta aberta para atendimento clínico e cirúrgico, sendo que as cirurgias de urgência são geralmente de responsabilidade da equipe da cirurgia geral. Destaca-

se, ainda, uma correlação deste quantitativo com o número de períodos que cada especialidade possui no CC.

Figura 7 - Cirurgias suspensas por especialidade no ano de 2017



Fonte: CC/HU/UFSC, 2017.

Os dados de 2017, apesar da fragilidade de registros das suspensões de cirurgias, corroboram com os dados encontrados em 2016, em relação às especialidades com maior número de cirurgias suspensas.

Organização do trabalho como fator determinante das suspensões de cirurgias e estratégias para otimizar o CC.

Para verificar como a organização do trabalho pode influenciar na suspensão de cirurgias foram utilizadas como ferramentas para obtenção destes dados qualitativos – a observação sistemática e a entrevista.

Descreve-se inicialmente o fluxo do paciente no CC, que é procedente da unidade de internação, sendo levado ao centro cirúrgico pelo funcionário responsável (maqueiro).

Chegando no CC é encaminhado à sala de cirurgia, onde é recepcionado pela equipe de enfermagem e anestesia. O paciente é posicionado na mesa cirúrgica pelo técnico de enfermagem que atua como circulante de sala e auxiliar de anestesia, enquanto o

instrumentador providencia materiais, como instrumentais cirúrgicos, grampeadores, próteses, materiais especiais e fios para sutura.

O paciente é monitorizado com eletrocardiograma, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e conforme o porte cirúrgico com pressão arterial invasiva (PAM), instalação de acesso venoso periférico ou central conforme necessidade de cada cirurgia. O enfermeiro presta assistência desde a chegada do paciente em sala cirúrgica até o início da cirurgia, priorizando sua assistência nas cirurgias de maior porte cirúrgico ou condição de gravidade do paciente.

Durante a monitorização do paciente e conferência de materiais, bem como a confirmação de reserva de sangue (quando necessário), o médico anestesista inicia a entrevista com o paciente baseado na ficha pré-anestésica. A cirurgia é realizada pelos cirurgiões, acompanhados dos médicos residentes de cirurgia.

Ao término da cirurgia, o paciente é encaminhado pelo anestesista e enfermeiro ou técnico de enfermagem para sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), permanecendo o tempo necessário para que se restabeleça do efeito residual da anestesia, seja ela anestesia geral, sedação, raquianestesia ou peridural. Nesta sala o paciente mantém a monitorização cardíaca, oximetria de pulso e de pressão arterial.

Neste período em que o paciente permanece na SRPA, as intercorrências mais comuns são: dor, náuseas, êmeses, hipotensão, hipertensão, sangramentos de feridas operatórias. Após restabelecimento dos efeitos da anestesia e encontrar-se hemodinamicamente estável, o paciente retorna para a unidade de internação de origem. O técnico de enfermagem ou o enfermeiro realiza a passagem de plantão para o enfermeiro que irá receber o paciente na enfermaria.

Quando o paciente necessita realizar o pós-operatório imediato na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), não passa pela SRPA, sendo encaminhado diretamente da sala de cirurgia para a UTI.

Neste sentido, identificou-se o seguinte itinerário terapêutico no que concerne a realização de intervenção cirúrgica no CC, podendo ser procedente da emergência, unidade de internação, UTI ou de sua residência.

- Paciente procedente da unidade de internação: entra no CC, é encaminhado a sala de cirurgia, após o término do procedimento cirúrgico é encaminhado à SRPA e após sua recuperação pós-anestésica retorna para sua unidade de internação de origem, ou conforme necessidade é encaminhado à UTI.

- Paciente procedente da emergência: neste caso, o paciente vem da emergência para o CC, após a cirurgia e recuperação anestésica é encaminhado para a unidade de internação; ou quando há necessidade de UTI, após a cirurgia é diretamente encaminhado para UTI.

- Paciente procedente de sua residência ou não internado: nesta situação quando o paciente não está internado nem na enfermaria nem na emergência, vem diretamente ao CC e é denominado como paciente externo. Após a realização da cirurgia, o paciente realiza a recuperação pós-anestésica e posteriormente é liberado do hospital. Há situações em que o paciente vem de sua residência para o CC e após a realização da cirurgia e recuperação anestésica é encaminhado à unidade de internação.

Os dados que permitiram compor esta categoria (organização do trabalho como fator determinante das suspensões de cirurgias) são oriundos da observação e das entrevistas, e corroboram com os dados quantitativos, tanto que o motivo apontado na figura 05 e figura 06 como o mais frequente, ou seja, a falta de tempo, também aparece nas entrevistas, conforme excerto das entrevistas.

A falta de tempo pode ser identificada também, quando se observa que o horário do início de turno de trabalho da equipe de enfermagem e da equipe de anestesia não coincide.

O ato anestésico só inicia após as 08 horas, e se a cirurgia não começa no horário previsto, há muita chance de que seu término também atrase. Quando do tempo de duração da cirurgia é subestimado pela equipe cirúrgica, observou-se que geralmente há interferência na cirurgia subsequente. Este horário de duração da cirurgia é definido pela equipe médica, ao encaminhar ao CC a solicitação de cirurgia, que irá compor o mapa cirúrgico.

Conforme constatado no período de observação, a equipe de enfermagem tem seu início de trabalho no turno matutino às 07 horas, diferente do horário do anestesista, que inicia às 08 horas, o que permitiu constatar que tal diferença gera um atraso no início das cirurgias, visto que as cirurgias são agendadas para início às 8 horas.

Durante as observações constatou-se que nenhuma cirurgia agendada para as 8h teve seu início no horário marcado.

Na dinâmica de trabalho, as salas cirúrgicas são montadas pela equipe de enfermagem às 7:00 h, o maqueiro busca os pacientes nas unidades de internação em torno das 7:30 h, sendo que às 8:00 h o paciente deveria estar monitorizado na sala cirúrgica, o que nem sempre acontece.

O enfermeiro assim que chega ao seu turno de trabalho, realizada a conferência da escala de enfermagem para verificar se há quantitativo de técnicos de enfermagem suficientes para o quantitativo de salas cirúrgicas em funcionamento, faz o dimensionamento dos técnicos para cada sala cirúrgica, confere se os pacientes do mapa cirúrgico estão internados e as unidades de internação nas quais se encontram. Faz contato telefônico com serviço de banco de sangue para conferir reserva quando são solicitadas em mapa cirúrgico. Confere materiais específicos para as cirúrgicas, como por exemplo, grampeadores cirúrgicos, próteses vasculares, dentre outros.

Quando o paciente não está internado e não há leito disponível para realizar sua internação, tem que aguardar liberação de leito para poder entrar em sala cirúrgica. Somente após a confirmação de leito disponível realizada pela central de leitos da instituição é que o paciente poderá realizar a cirurgia.

Culturalmente aqui no centro cirúrgico, se chegava se tomava um café pra depois entrar, [...], a impressão que eu tinha é que eles chegavam às 8horas, [...], tentou-se se estimular e entrar 07h30min e conseguimos, ainda assim de vez em quando tem que chamar um ou outro né, e agora a nossa ideia é que se entre 07h da manhã (E2).

O mapa cirúrgico diário não é real [...] não há uma programação coerente das cirurgias na escala, [...] o tempo cirúrgico programado nunca é o tempo cirúrgico real (E1).

O ato anestésico iniciava somente quando o anestesista estava em sala e tomava conhecimento do paciente, sua patologia e cirurgia que iria realizar.

O instrumentador cirúrgico realizava a montagem da mesa cirúrgica e providenciava demais materiais necessários para a realização da cirurgia.

O técnico de enfermagem que estava desempenhando a função de circulante de sala providenciava os medicamentos, soluções fisiológicas que seriam utilizados na cirurgia de sua sala, manta térmica, bombas de infusão, entre outros materiais e medicamentos que não ficam dentro de sala cirúrgica.

Há uma quebra de horário, a enfermagem chegar às 7h e o anestesista chegar às 8h. O anestesista tem que entrar junto da outra equipe, isso ajuda na dinâmica do centro cirúrgico. Que todo mundo comece trabalhar junto, é enfermagem, é anestesista, é cirurgião. [...] Aí não fica nenhum horário ocioso, isso resolve bastante (E3).

Com a chegada do paciente na sala, o circulante acolhia, recepcionava, acomodava-o em mesa cirúrgica e auxiliava na monitorização do paciente – instalava o eletrocardiograma, realizava a monitorização de pressão arterial não invasiva e a oximetria de pulso. Concomitante a isso, ele também auxiliava o instrumentador a providenciar equipamentos extras necessários à realização da cirurgia.

Cirurgião staff operar e não deixar somente o residente, mesmo sendo um hospital escola [...] porque a assistência é mais importante do que o ensino, sem assistência não se faz ensino, e às vezes eles levam horas pra fazer um negócio que faz em minutos. Eu acho que a assistência é mais importante que o ensino (M1).

Às vezes no setor o paciente não tá pronto, [...], então a questão de melhorar assim o tempo, demora as vezes um pouquinho de material...a gente é um hospital escola, então o tempo de anestesia acaba sendo mais longo, o tempo de cirurgia as vezes é um tempo maior do que o comum[...] e numa cirurgia que era para ser mais rápida acaba sendo mais demorada [...] às vezes paciente comeu, ou está com a pressão alta, um resfriado, uma infecção urinária (E2).

A suspensão da cirurgia devido ao motivo - falta de tempo - também pode ser entendida como um erro de previsão de tempo no mapa cirúrgico.

Há também a percepção de que uma complicação durante a cirurgia ou mudança de conduta ou técnica cirúrgica também pode ocasionar aumento do tempo cirúrgico e gerando conseqüentemente um atraso no início das cirurgias subsequentes ou até mesmo a suspensão, dependendo do porte da cirurgia prevista a seguir.

Não é incomum a cirurgia estar programada para ser realizada em 2 horas e durar 3 horas ou mais, cirurgias que iniciaram por vídeo e necessitaram ser convertidas para cirurgia aberta - neste caso há necessidade de solicitar material para cirurgia aberta, montar mesa cirúrgica para esta nova abordagem, implicando em aumento de tempo cirúrgico. Ou quando há um sangramento excessivo inesperado e se faz necessária a transfusão de hemoderivados o tempo cirúrgico também aumenta, em virtude da necessidade de estabilizar o paciente, e se a cirurgia programada não possui reserva de sangue, o tempo aumentará ainda mais, pois é necessário colher amostra de sangue, encaminhar ao Banco de Sangue para tipagem sanguínea, cruzamento e envio do hemoderivado para o CC – este tempo tem uma duração de no mínimo 40 minutos.

Quando há previsão de alta de um paciente que está na UTI é realizada uma rotina de exames laboratoriais que são realizados no período matutino a partir das 08 horas. Somente após os resultados dos exames laboratoriais do paciente com previsão de alta, e a disponibilidade de uma vaga na enfermaria para este paciente é que o médico intensivista autoriza a liberação do leito na UTI para a realização da cirurgia.

Deveria haver uma melhor organização dos pacientes de acordo com vaga de UTI, verificar se há vaga na noite anterior (M3).

Falta de leito na UTI, falta de recursos humanos, pré-operatório mal feito, faltam exames, falta de material para algumas cirurgias (T5).

Falta de vaga em UTI para o pós-operatório [...] A falta de profissionais anestesiolistas disponíveis para as cirurgias eletivas; a falta de uma sala específica de urgências que por muitas vezes nos levam a cancelar ou remarcar cirurgias eletivas para atender urgências e emergências (M3).

Falta de UTI, mapa cirúrgico “fake” pelos cirurgiões, encaixes em excesso, falta de programação dos cirurgiões, falta de sala cirúrgica para emergências, onde acabam suspendendo cirurgias eletivas para colocar emergências (E1).

Na instituição pesquisada as cirurgias de urgência e emergência são de pacientes procedentes da emergência, UTI e da própria unidade de internação da instituição. A realização de uma cirurgia de urgência ou emergência durante o horário das cirurgias eletivas implica em atrasar e/ou suspender uma cirurgia eletiva devido ao fato de ser a mesma equipe anestésica e de enfermagem que realiza a cirurgia de urgência.

A instituição não dispõe de uma equipe (anestesta e técnicos de enfermagem) destinada apenas para cirurgias de urgência e emergência, situação que muitas vezes gera conflito, tensão emocional entre as equipes, já que geram suspensão das cirurgias previstas.

Cirurgias de urgência e emergência, falta de pessoal, falta de material, condições clínicas do paciente, falta de tempo, falta de avaliação pré-anestésica, ou às vezes até tem avaliação, mas não solicitaram os exames [...] porque o serviço de anestesia é subdimensionado e não existe profissional determinado para fazer avaliação pré-operatória ambulatorial de 100% dos doentes que vão ser submetidos à cirurgia eletiva. Não tem um profissional exclusivo para atendimento de emergência. Não há uma escala completa com todos os turnos, o que implica em diminuição de profissionais durante o dia (M1).

Já com notificações de 50 cirurgias suspensas, em 2016, o motivo de não comparecimento do paciente no dia da cirurgia totalizou 10,77%. Este motivo pode estar relacionado à falta de orientações pré-operatórias, esquecimento da data, falta de condições para se locomover até o local da cirurgia, complicação da doença, ou até a morte. Em 2017 o não comparecimento do paciente foi de 15,31%.

Fator evitável como esse implica em perda da oportunidade do tratamento cirúrgico bem como perda da oportunidade de inclusão de outro paciente que está na fila à espera por uma cirurgia.

O motivo - pré-operatório - somou 38 registros de cirurgias suspensas – equivalente a 8,18% das suspensões no ano de 2016, em 2017 totalizou 3,34%.

A suspensão de cirurgia por falta de pré-operatório pode estar relacionada ao fato de que nem todos os pacientes com cirurgia eletiva são submetidos a uma avaliação pré-anestésica ambulatoriamente.

No dia que antecede à cirurgia, após a elaboração do mapa cirúrgico, o anestesta realiza a visita pré-anestésica dos pacientes que

estão internados e no mapa cirúrgico, porém nem todos os pacientes que estão no mapa cirúrgico internam no dia anterior. É comum muitos pacientes internarem no dia da cirurgia por falta de leitos disponíveis na instituição ou por terem sido chamados para a cirurgia na noite anterior, ou logo após o mapa cirúrgico ter sido liberado.

No dia da cirurgia os pacientes que não passaram por uma avaliação pré-anestésica ambulatorialmente ou na véspera da cirurgia, passam por essa avaliação na sala de cirurgia, minutos antes do início da mesma.

Deveria haver uma melhor avaliação pré-anestésica; melhor avaliação cirúrgica de pré-operatório (M3).

Falta do jejum, avaliação incompleta ou inexistente e exames pré-operatórios, emergências. Deveria ter uma sala só para emergência, falta de anestesista (T4).

Falta de consulta pré-anestésica para todos os pacientes programados, onde ocorrem suspensões por falta de exames, falta de suspensões de medicações, falta de orientação do jejum correto, de um exame clínico completo (E1).

No motivo – anestesista/falta de médico anestesista – em 2016, resultaram em 35 registros de cirurgias suspensas, correspondente a 7,54% de suspensões por este motivo. O anestesista é o profissional médico que realiza a anestesia para o ato cirúrgico. O CC possui cinco salas cirúrgicas, mas utiliza quatro para cirurgias que necessitam de anestesista e uma para procedimentos que necessitam somente de anestesia local, esta por sua vez realizada pelo próprio cirurgião. A instituição atualmente em seu quadro funcional 25 médicos anestesistas, que são responsáveis pelos procedimentos anestésicos no CC, centro obstétrico, cirurgia ambulatorial, hemodinâmica e endoscopia.

As salas cirúrgicas são utilizadas conforme a disponibilidade de anestesistas, ou seja, se para o período matutino há somente dois anestesistas na escala, somente duas especialidades médicas poderão realizar cirurgias naquele período, se houver três anestesistas escalados para aquele período, três especialidade operarão e assim por diante, o mesmo ocorre para o período vespertino.

Um dos principais problemas é a falta de anestesista, otimização do tempo, é quando todas as salas estão ocupadas, por exemplo, e daí tem duas cirurgias da mesma especialidade, eu não consigo às vezes fazer um rodízio de sala adequado, seja por falta de sala ou por falta da equipe [...] se tiver equipe ate consegue ganhar um tempo na limpeza ali [...] mas as vezes falta staff (E2).

Eu acredito que seja o processo pelo qual o hospital universitário está passando, toda a questão de dificuldade de leito de internação, aposentadoria de muitos profissionais tanto da enfermagem quanto da anestesia e isso interfere com certeza, no andamento e nas dinâmicas dos serviços, inclusive das próprias salas, a mobilidade das salas cirúrgicas, em função dos quantitativos de profissionais, [...], você não tem profissionais para atender tanto nas salas cirúrgicas quanto no pós-operatório imediato, nas primeiras 24h, isso interfere nas suspensões de cirurgias (E3).

Frente aos aspectos relacionados à organização do trabalho, algumas estratégias foram apontadas para otimização do CC, como as relacionadas à disponibilidade de leitos de UTI, melhor orientação dos pacientes no pré-operatório, realização de consulta pré-anestésica para todos os pacientes, definição de indicadores de suspensão de cirurgias, entre outros. Estas estratégias permearam o discurso dos entrevistados, ao apontarem os problemas existentes e ao elencarem sugestões para melhoria do CC.

Uma das questões apontadas refere-se ao preparo do paciente no pré-operatório, quer em relação às consultas pré-anestésicas ou mesmo a implantação do check list pré-operatório, prevista inclusive pela Organização Mundial de Saúde e no Plano Nacional de Segurança do Paciente, que prevê estratégias para segurança cirúrgica.

O objetivo de implementar a lista de verificação de segurança cirúrgica é fortalecer as práticas de segurança aceitas e promover a melhor comunicação e o trabalho efetivo da equipe multidisciplinar. No intuito de auxiliar as equipes cirúrgicas na redução do número desses eventos, o Departamento de Segurança do Paciente da OMS – em consulta com cirurgiões, anesthesiologistas, equipes de enfermagem,

especialistas na área de segurança do paciente e pacientes em todo o mundo – identificou dez objetivos essenciais para a cirurgia segura (OMS, 2009).

A Lista de Verificação consiste em uma ferramenta para ser usada pelos médicos interessados em melhorar a segurança de suas cirurgias e reduzir óbitos e complicações cirúrgicas desnecessárias. Seu uso tem sido comprovadamente associado a reduções significativas nas taxas de complicações e mortalidade em diversos hospitais e contextos, e com melhorias em conformidade com as normas básicas da atenção (OMS, 2009).

Preparo pré-anestésico melhor, o doente teria que fazer a consulta, internar, ser visto na véspera, porque a avaliação pré-anestésica impede suspensão de cirurgia, diminui o número de cirurgias suspensas devido à condição clínica do paciente, o que é a minoria, apesar de que é a mais conflituosa é a minoria. Numero de anestesista não pode diminuir no decorrer do dia [...] Cirurgião operar e não deixar o residente, mesmo sendo um hospital escola, porque a assistência é mais importante do que o ensino, sem assistência não se faz ensino. Eu acho que a assistência é mais importante que o ensino (M1).

Deveria ter um Check list pré-operatório que deve ficar pronto em tempo para trocar de procedimento caso necessário. Vagas de UTI exclusivas para procedimento cirúrgico. Sala cirúrgica exclusiva para casos de urgência (M2).

Tem que ter uma melhor avaliação pré-anestésica, uma melhor avaliação cirúrgica de pré-operatório; organização dos pacientes de acordo com vaga de UTI (M3).

Outro aspecto salientado está relacionado à organização interna, com a marcação de cirurgia, elaboração do mapa cirúrgico, bem como o estabelecimento de metas a serem cumpridas, desde que conhecidas por todos. Há que se salientar que a instituição possui um contrato de gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, em que estão estabelecidas metas relacionadas ao CC.

Staffs estarem presentes na organização dos avisos cirúrgicos, conhecerem seus pacientes anteriormente as cirurgias. Ter um mapa cirúrgico real diário. Conhecimento de toda equipe de enfermagem, cirúrgica e anestésica sobre as metas pactuadas para trabalhar com objetivos. Ter uma meta de produção com estímulos financeiros para cada objetivo alcançado (E1).

Metas [...] enquanto equipe de enfermagem, as nossas metas são otimizar o nosso tempo né, e o nosso espaço, só que isso não depende só da gente, enquanto equipe de enfermagem assim é...ter uma equipe que seja mais comprometida, que se preocupe com o paciente, que se preocupe em chegar no setor, se trocar, entrar em sala, em deixar a minha equipe redonda, pra que isso tudo aconteça. Quando é a questão de falta de anestesista, ou ausência de cirurgião já foge um pouco da minha alçada porque não depende de mim, mas eu enquanto enfermeira do setor eu pense nisso em estar estimulando (E2).

Se a gente estabelece uma meta, tem que atingir 100%. Se a gente internar 50 pacientes para operar uma hérnia, os 50 tem que sair com a sua hérnia resolvida. Acredito que a gestão hoje está passando por essas dificuldades todas, a pressão, a incapacidade porque não depende só dos gestores que estão aqui, eles dependem com certeza de coisas em nível de Brasília [...] E eu fico bem alegre quando tem alguém estudando ainda, [...], uma luz no fim do túnel e pensar que daqui a um ano os leitos vão ser abertos (E3).

A participação da enfermagem no planejamento; controle adequado das cirurgias agendadas e tempo de internação (T1).

As metas poderiam ser a contratação dos profissionais da anestesia, fazer mutirão no dia "D" com anestesistas disponíveis na unidade, ou voluntários, oferecendo folgas por dias trabalhados ou quando o setor estiver com pouco movimento (T4).

Eu acho que o hospital não tem metas para diminuir o número de cirurgias suspensas, talvez eu esteja desinformada, apesar de que este livro que vocês estão anotando as suspensões é até um passo. Eu acho que teria que quando saísse o mapa, começasse por ali, ou até antes. Esquema de check list mesmo – de checar prontuário, examinar paciente, material, começar no dia anterior e sair tudo na escala. Tem material que vai ser usado que não sai na escala (T2).

Outro problema destacado e que merece atenção, refere-se ao dimensionamento de pessoal, inclusive para garantir o alcance das metas estabelecidas. A instituição em estudo tem passado por dificuldades decorrentes da falta de pessoal (tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe de anestesia), o que repercute também no funcionamento do CC.

Com a diminuição de quantitativo de funcionários de enfermagem decorrentes de aposentadorias, ocorreu o fechamento de muitos leitos de enfermagem cirúrgica na instituição, o que implica em menor quantitativo também de leitos para internar pacientes em pré-operatório. O mesmo ocorre com a redução do quantitativo de médicos anestesistas em função de aposentadorias, implicando em redução do número de cirurgias realizadas.

Quantidade de anesthesiologistas suficientes para as salas cirúrgicas do hospital durante todo o período; Consulta pré-operatória de enfermagem para melhor avaliação dos pacientes no dia anterior; horário de sala reservada para urgências, por exemplo, reservar uma sala à tarde somente para urgências, reservar a vaga de UTI no dia anterior (E4).

Ter mais funcionários no setor; as cirurgias deveriam começar mais cedo, sem atropelos, cada um fazendo sua parte em harmonia (T3).

Aumentar número de equipe e principalmente anestesista. Melhorar recursos financeiros para

material e espaço físico. Ter leitos de UTI destinados a este fim (T5).

Os dados apontam que o CC necessita de uma reestruturação que permeia desde o redimensionamento de recursos humanos, tanto da equipe de enfermagem, quanto da equipe de anestesia, como uma reestruturação com mudanças do itinerário do processo de trabalho, passando pelo modelo de agendamento cirúrgico, para um melhor planejamento do mapa cirúrgico, bem como do modelo de notificação de suspensão de cirurgia para um melhor monitoramento e intervenção frente aos resultados obtidos.

DISCUSSÃO

No CC da instituição pesquisada, os motivos das suspensões de cirurgias que mais prevaleceram nos anos de 2016 e 2017 foram: falta de tempo, sem vaga de UTI, cirurgia de urgência, paciente não compareceu, pré-operatório, anestesista e condições clínicas, dados semelhantes aos encontrados na literatura. Estudo realizado em um hospital com 500 leitos identificou a falta de tempo para a realização da cirurgia (63%) como o fator mais importante para a suspensão de cirurgia eletiva. Muito tempo é desperdiçado devido ao atraso no início da cirurgia, tempo de troca de salas cirúrgicas, preparação e limpeza das salas, e atraso no transporte de pacientes para sala cirúrgica (KUMAR; GANDHI, 2012).

Outra questão que influencia sobremaneira a suspensão de cirurgias é a falta de vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a entrada de cirurgias de urgência ou o não comparecimento do paciente no procedimento, entre outros.

O segundo motivo mais registrado de cirurgia suspensa foi - sem vaga em UTI - com 60 cirurgias suspensas, equivalente a 12,93% das suspensões, em 2016, e 15,31% em 2017. Dos doze entrevistados, seis citaram que a falta de leito em UTI é um dos motivos mais frequentes para suspensão de cirurgia, sugerindo a existência de leitos específicos para tal fim.

Somente após a confirmação de leito disponível na UTI pela equipe médica cirúrgica é que a enfermeira autoriza e solicita a vinda do paciente para o CC. Há que se ressaltar que durante o período de observação nenhum paciente com cirurgia agendada, e reserva confirmada em UTI, teve sua entrada no CC antes das 8h30minutos, ou

seja, cirurgias geralmente de grande porte, que se iniciadas muito tarde acabam por comprometer as cirurgias subsequentes.

A instituição pesquisada possui 10 leitos ativos na UTI adulto, destinados a pacientes clínicos e cirúrgicos. A requisição de reserva de leitos para o pós-operatório imediato de cirurgias eletivas se dá mediante solicitação do residente de cirurgia ou o cirurgião responsável ao médico intensivista, e este por sua vez registra em livro específico da UTI. A liberação do leito para a cirurgia ocorre conforme a disponibilidade na UTI e de acordo com ordem de solicitação – ou seja, quem realizou a solicitação primeiro.

De acordo com o excerto da entrevista, há um mapa cirúrgico que não é real, pois há excessos de cirurgias agendadas no mapa, incluído encaixes, inviabilizando a realização de todas as cirurgias previstas, quer por falta de tempo, falta de programação por parte dos cirurgiões, corroborando para as suspensões de cirurgias.

Na figura número 04 é possível visualizar que 53 cirurgias foram suspensas devido à entrada de cirurgia de urgência, que corresponde a 11,42%, no ano de 2016. No ano de 2017, 14,35% das cirurgias suspensas também ocorreu devido a este motivo.

A unidade de emergência é um centro de referência para Urgências e Emergências e fica aberta durante 24hrs. A prioridade de atendimento é de pacientes em estado grave trazidos pelo SAMU e Bombeiros e casos referenciados de UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) e UBSs (Unidades Básicas de Saúde), além de receber pacientes de outros hospitais e municípios que necessitam de avaliação e serviços de maior complexidade.

Em estudo realizado por Botazini e Carvalho (2017), as causas mais frequentes de suspensão de cirurgias, podem ser agrupadas em três categorias principais: condições clínicas do paciente desfavoráveis à realização da cirurgia; problemas relacionados à estrutura e organização da instituição como a indisponibilidade de leitos, falta de cirurgião, falta de material, bem como inexistência de tempo hábil para realização da cirurgia, tanto em função de atrasos na programação, como por excesso de cirurgias agendadas. O mesmo ocorre no CC da instituição pesquisada, em que se identificou como um fator de suspensão o excesso de cirurgias agendadas e encaixes no mapa cirúrgico.

O CC obteve em 2016 e 2017 uma taxa de suspensão de cirurgia de 13,73% e 6,62%, respectivamente, destacando-se que no ano de 2017 os dados estão incompletos, pois houve subnotificação nos meses de junho e setembro, visto que não ocorreu nenhuma mudança para que se evitassem a suspensões e nestes meses não houve registro das mesmas.

Em um estudo realizado em um Hospital Terciário, considerado um dos maiores centros médicos do país na Arábia Saudita que oferece atendimento de emergência e eletivo, além de serviços altamente especializados, como cirurgias cardíacas e transplante de fígado, a taxa média de suspensão de cirurgia foi de aproximadamente 11% (FAYED et al., 2016). Este estudo corrobora com os achados encontrados no CC em estudo.

Já em estudo realizado no Reino Unido, em 2012, a taxa de suspensão de cirurgias foi de 5,19%. Os principais motivos identificados foram: o paciente sem condições para a cirurgia (33,73%), seguido de falta de leitos (21,79%), falta de tempo (17,31%), o paciente não compareceu (6,87%) e a cirurgia não era mais necessária (4,08 %) (DIMITRIADIS; IYER; EVGENIOU, 2013). Ressalta-se que mesmo tendo encontrado uma taxa de suspensão maior no CC objeto deste estudo, os motivos principais de suspensão foram semelhantes.

Em estudo realizado em um hospital norueguês, para reduzir as taxas de suspensões de cirurgias foram executadas mudanças que incluíram avaliação clínica prévia dos pacientes, melhores sistemas de planejamento e documentação e maior envolvimento dos pacientes na programação de cirurgias. Este estudo avaliou os resultados de uma nova via para cirurgia eletiva e explorou quais fatores afetaram os resultados. A taxa de suspensão de cirurgia foi reduzida de 8,5% para 4,9% e a taxa média de cirurgias realizadas por mês aumentou 17% (HOVLID et al., 2013).

No CC deste estudo não há um monitoramento institucional das taxas de suspensões de cirurgias, as informações são registradas, porém não há conferência e análise dos quantitativos e motivos. São informações que traduzem uma realidade e que ficam restritas ao próprio serviço.

O livro de notificações de cirurgias suspensas do CC fica passível de perda dessas informações, pois não possui um sistema informatizado para inserção das notificações de cirurgias suspensas. Possui apenas no sistema de digitalização do mapa cirúrgico, um espaço que consta apenas como motivos de suspensão para assinalar: ausência do médico, ausência do paciente e falta de material, porém não há nenhum registro de cirurgia suspensa.

No CC em questão há uma grande fragilidade nos registros de cirurgias suspensas, visto que ele é feito manualmente, e não há uma conferência destes registros tampouco supervisão quanto à inserção das informações completas no instrumento. Neste instrumento de registro não é possível saber se ao suspender uma cirurgia outra cirurgia foi

inserida logo em seguida, ou o que foi feito com o material, se o paciente já estava em sala cirúrgica, se o material estéril já havia sido aberto, ou se o material não havia sido preparado.

Não existe na instituição indicadores relacionados às suspensões de cirurgias, que possam apontar com maior precisão os motivos, visando a definição de estratégias para que tais suspensões não sejam recorrentes, influenciando na taxa de aproveitamento do CC, implicando na melhoria da assistência aos pacientes, objetivando ainda diminuir a permanência de internação, diminuição dos custos hospitalares decorrentes de uma internação prolongada, bem como um agravamento da doença em função de um tempo prolongado a espera de uma cirurgia. A notificação correta da suspensão de cirurgia é imprescindível para que os gestores possam trabalhá-la com eficiência (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015).

Para isso, um sistema de informação torna-se ferramenta viável para a coleta de dados na unidade cirúrgica (HOVLID et al., 2013). Contudo, é fundamental a alimentação correta e detalhada desse sistema pelos profissionais envolvidos (MACEDO et al., 2013), e que as atividades de conscientização e educação permanente sejam constantes nessas instituições (BARBOSA, 2012).

A taxa reduzida de suspensão de cirurgia é um dos indicadores de qualidade e, conseqüentemente, de eficiência da gestão do serviço e, portanto, suspender cirurgias implica em subutilização do cenário cirúrgico, aumento da fila de espera dos pacientes e de custo institucional. Neste sentido, os atores envolvidos no itinerário cirúrgico, sejam assistenciais ou gerenciais, precisam ter a clareza de que a estrutura pública subutilizada aumenta o custo dos serviços, o qual recairá sobre os pacientes, além do fato de que o mau uso dos recursos públicos não contribui para investimentos nas condições de trabalho e, por conseguinte, na qualidade do serviço oferecido aos cidadãos (KUMAR; GANDHI, 2012).

O papel do enfermeiro no planejamento e no gerenciamento da rotina do CC é citado por autores que defendem a informatização do agendamento cirúrgico e a necessidade de que todas as cirurgias suspensas devam ser remar cadas para o mesmo dia ou semana (MACEDO et al., 2013).

Portanto, impera a necessidade de que sejam realizadas intervenções direcionadas para a solução das principais causas de cirurgias suspensas.

A partir dos dados, foi possível identificar algumas estratégias visando minimizar as suspensões de cirurgias, apresentadas a seguir:

ESTRATÉGIAS PARA MONITORAR AS TAXAS DE SUSPENSÃO DE CIRURGIA E REDUZIR OS NÚMEROS DE CIRURGIAS SUSPENSAS:

✓ Implantação de sistema eletrônico para inserção e monitorização dos dados de notificação de cirurgia suspensa.

✓ Implantação de sistema eletrônico de marcação de cirurgia no qual a agenda de disponibilidade de horário para cada especialidade seja disponibilizada online. A marcação de cirurgia ocorre neste mesmo sistema, onde o médico cirurgião agenda diretamente, de acordo com a disponibilidade de horário. O anestesista assim que realiza a consulta pré-anestésica ambulatorial no paciente libera o paciente no sistema como apto para a marcação da data de cirurgia.

✓ Liberação do mapa cirúrgico com no mínimo dois dias de antecedência ou mais, para resolver possíveis pendências, como material que a instituição não possua na ocasião, realização de exames adicionais, ou inclusão de outro paciente no mapa em virtude de um cancelamento prévio, melhor planejamento dos tempos cirúrgicos.

✓ Instituir rotina para realização de contato telefônico com o paciente para confirmar a data da sua cirurgia, e verificar possíveis alterações e ou sintomas de sua condição da doença, bem como dificuldades de sua locomoção até o hospital, impedindo assim o não comparecimento no dia da cirurgia.

✓ Instituir mudança de horário de exames laboratoriais de rotina em pacientes na UTI – realizar a coleta de exames laboratoriais em pacientes da UTI com possível alta para liberar o leito no dia anterior e o mais breve possível para o centro cirúrgico, afim de que não gere atraso no início da cirurgia bem como evite a suspensão da cirurgia subsequente decorrente do atraso inicial.

✓ Implantação do check list da cirurgia segura.

✓ Disponibilização de sala e equipe destinada a realização de cirurgias de urgência e emergência – abrindo a quinta sala cirúrgica que hoje funciona apenas para procedimentos com anestesia local e realocando esta para a unidade de cirurgia ambulatorial

✓ Monitoramento dos tempos cirúrgicos reais melhorando assim o agendamento da cirurgia.

✓ Aumento de recursos humanos - equipe de anestesista e de enfermagem.

✓ Instituir e implementar a consulta pré-anestésica em todos os pacientes ambulatoriais como pré-requisito para marcação de cirurgia eletiva.

- ✓ Instituir e implementar a visita pré-operatória do enfermeiro do centro cirúrgico.

- ✓ Estabelecimento de indicadores de produção no CC.

A pesquisa enfrentou algumas limitações, pois no sistema de banco de dados do CC não constam as cirurgias que são realizadas como encaixe, ou seja, que não estavam previamente agendadas no mapa cirúrgico, e em decorrência de uma suspensão ou um tempo cirúrgico mais breve que o previsto, por exemplo, é realizado o encaixe de outra cirurgia. Esta informação fica suprimida por um sistema de informação que não permite uma alimentação mais completa no banco de dados, e que traduza numa realidade mais precisa.

Para que as estratégias para minimizar o cancelamento de cirurgias no centro cirúrgico sejam eficazes, deve haver um comprometimento e engajamento por parte tanto dos profissionais que gerenciam o centro cirúrgico quanto da direção da instituição, assim como uma adaptação das intervenções para sustenta-las e mantê-las posteriormente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O redesenho do processo de trabalho para a cirurgia eletiva contribui para uma redução das cirurgias suspensas e um aumento no número de cirurgias realizadas.

As estratégias visam melhorar o desempenho do sistema por meio do envolvimento dos profissionais comprometidos e engajados, o uso de tecnologia da informação e envolvimento de gestores e administradores da instituição, fatores importantes para a redução sustentada nas suspensões de cirurgias eletivas, um melhor aproveitamento dos recursos financeiros, atendimento mais qualificado e eficaz ofertado à população, e mais resolutividade no atendimento ao paciente.

Algumas limitações estão presentes no estudo, pois no CC não há registros completos de todos os meses e motivos acerca das cirurgias suspensas, sobretudo apresentava certa fragilidade, pois também é passível de perda do instrumento, haja vista que ele é um instrumento impresso em papel e fica armazenado em local com circulação de vários profissionais, acadêmicos, residentes dentre outros profissionais que no CC atuam.

No banco de dados do sistema Lotus Notes do CC há uma limitação, pois não é possível verificar quais cirurgias foram realizadas de urgência e emergência, apenas seu quantitativo total, dificultando a

análise para verificar quantas cirurgias eletivas foram suspensas em função de um quantitativo de cirurgias de urgência e ou emergência.

É necessário realizar uma atualização no sistema de banco de dados das cirurgias realizadas incluindo na classificação da cirurgia, a categoria da cirurgia: se foi realizada de forma eletiva ou em caráter de urgência ou emergência.

Com a metodologia utilizada neste estudo foi possível identificar quais são os principais motivos de suspensão de cirurgia, quais especialidades cirúrgicas tiveram maior quantitativo de suspensões, quais turnos tem maior incidência de cirurgia suspensa. Foi possível observar e acompanhar o processo de trabalho e identificar as percepções dos profissionais frente às cirurgias suspensas e propor estratégias baseadas na literatura, nos excertos das entrevistas e da vivência pessoal no CC.

Serão necessárias intervenções desde a monitorização dos indicadores de suspensão de cirurgia, assim como redimensionamento de recursos humanos, reestruturação do processo de trabalho, mudança no modo de agendamento de cirurgia, monitoramento dos tempos cirúrgicos, e reestruturação do modo de liberação de vaga de UTI para realização de cirurgias eletivas, melhor comunicação com paciente na confirmação da data da cirurgia.

Na busca por uma otimização da utilização do CC requer dos profissionais envolvidos neste processo habilidades e conhecimentos administrativos, tanto no planejamento das ações quanto na execução das mudanças necessárias.

Com um monitoramento preciso das suspensões de cirurgias, prevenindo, investigando e intervindo para evitar ou diminuir os motivos das suspensões de cirurgias, reorganizando o modo e fluxograma de marcação de cirurgia, aproximando e afinando o processo de trabalho do centro cirúrgico com os gestores da instituição em prol de um melhor desempenho e atendimento à população que busca por um atendimento resolutivo e de excelência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 2012.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 14 jun 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publica_da_resolucao.html>. Acesso em: 10 maio 2016.

BARBOSA, M.H. et al. Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino. **Enferm. Glob**, Murcia, n. 26, p.164-173, abr. 2012. Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012002200111&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2016.

BOTAZINI, N.O.; TOLEDO, L.D.; SOUZA, D.M.S.T. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. **Rev Sobecc**, v.20, n.4, p.210-19, out/dez. 2015. Disponível em:

<<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/92>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

BOTAZINI, N.O.; CARVALHO, R.C. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Sobecc**, v.22, n.4, p. 230-244, out/dez. 2017. Disponível em:

<<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/267>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

DIMITRIADIS, P.A.; IYER, S.; EVGENIOU, E. The challenge of cancellations on the day of surgery. **Int J Surg**, v.11, n.10, p.1126-1130, Dez. 2013. Disponível em: <[http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191\(13\)01050-9/fulltext](http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191(13)01050-9/fulltext)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

FAYED, A. et al. Elective surgery cancelation on day of surgery: An endless dilemma. **Saudi J Anaesth**, v.10, n.1, p.68-73, jan/mar. 2016. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4760047/>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

HOVLID, E. et al. Patient experiences with interventions to reduce surgery cancellations: a qualitative study. **BMC Surg**, v.13, n.1, p.30, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2482/13/30>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

HOVLID, E.; BUKVE, O. A qualitative study of contextual factors' impact on measures to reduce surgery cancellations. **BMC Health Serv Res**, v.14, n.1, p.215, maio 2014. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4023492/>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

KUMAR, R.; GANDHI, R. Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. **J Anaesthesiol Clin Pharmacol**, v.28, n.1, p.66-69, jan/mar. 2012.

Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275976/>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

LAISI, J.; TOHMO, H.; KERÄNEN, U. Surgery cancelation on the day of surgery in same-day admission in a Finnish hospital. **Scand J Surg**, v.102, n.3, p.204-208, Ago. 2013. Disponível em:

<<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1457496913492626>>.

Acesso em: 06 mar. 2018.

LAUTERT, L.; DAL PAI, D.; RAMOS, F.R.S. Metodologia de los estúdios exploratórios en investigación de enfermería. In: PRADO, M. et al. **Investigacion cualitativa em enfermeria**. Metodología y didáctica. OPAS. OMS, 2013. p. 88-99.

MACEDO, J.M. et al. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento: causas e tempo de espera para novo procedimento. **Revista Sobecc**, Sao Paulo, v. 1, n. 18, p.26-34, jan/ mar. 2013. Disponível em:

<http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_cancelamento-de-cirurgias-em-um-hospital-universitario.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 – **Cirurgia Segura Salva Vidas**; Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 20 p.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular; 2004.

SAHRAOUI, A.; ELARREF, M. Bed crisis and elective surgery late cancellations: an approach using the theory of constraints. **Qatar Med**

Journal, v.1, p.1-11, jun. 2014. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197367/>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

5.2 PRODUTO FINAL: ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR O CANCELAMENTO DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL ESCOLA

INTRODUÇÃO

De acordo com as sugestões dos profissionais entrevistados vinculadas ao que a literatura propõe e de minha prática assistencial, para reduzir o quantitativo de cirurgias suspensas sugere-se:

✓ **Atualização de software para registro de notificação de cirurgia suspensa:**

Este programa deve ser desenvolvido e adicionado no sistema de administração hospitalar que a instituição já possui sendo que apenas os profissionais designados para tal atividade possam inserir informações acerca da cirurgia suspensa.

Os dados no sistema devem ser criteriosamente registrados e diariamente e o programa deve permitir que os dados possam gerar gráficos das informações nele inseridas. Este programa permitirá o monitoramento dos indicadores de suspensão de cirurgia com a finalidade de gerenciar os principais problemas.

Segue abaixo um protótipo de como poderia ser a tela do sistema de registro de notificação de cirurgia a ser implantado no CC da instituição pesquisada e o que nela deve conter para que se possa ter um registro mais fidedigno e baseado nestes dados poder detectar as fragilidades do CC e trabalhar para implementar mudanças visando a melhoria do serviço em benefício de todos.

Figura 8 - Protótipo da tela

Browser
 http://centrocirurgico.hu.ufsc.br/suspensao-de-cirurgia

hu
 UFSC

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO CIRÚRGICO

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: Data:

Registro: Tempo de duração da cirurgia:

Cirurgia Suspensa: Quem avisou?

Horário Previsto: Responsável Médico:

Motivo Suspensão:

Paciente foi avisado? Sim Não

Entrou outra cirurgia no lugar? Sim Não

Sala estava montada? Sim Não

Paciente estava em sala cirúrgica? Sim Não

Enfermeiro do Turno:

Especialidade:

Material Destino:

Próxima Data da Cirurgia:

Salvar Documento

Neste protótipo de sistema é possível verificar que é possível consultar dados como:

- Que tipos de cirurgias foram suspensas;
- Horário que foram suspensas – para verificar prevalência de turno com mais suspensões e poder intervir para realizar mudanças;
- Motivos das suspensões – para investigação e intervenção de acordo com cada motivo específico;

- Se o paciente foi avisado – melhor comunicação com paciente, deixando ciente dos acontecimentos, evitar jejum pré-operatório desnecessário, ansiedade, estresse;

- Se entrou outra cirurgia no lugar da cirurgia suspensa – este item traz dados significativos pois, ao suspender uma cirurgia é esperado que seja colocado muito brevemente outra cirurgia no lugar, evitando ociosidade do cenário cirúrgico, e desperdício de material, mão de obra e tempo de sala cirúrgica;

- Se a sala estava montada – pois quando uma cirurgia é suspensa já com a sala montada, tem-se um desperdício de tempo de preparo de sala, de material estéril, de mão de obra de profissionais que prepararam o paciente na enfermaria, de profissionais que preparam o material para a cirurgia, de profissionais que montaram a sala cirúrgica, estresse desnecessário o qual o paciente foi submetido, desmontagem da sala e envio do material para central de esterilização, tempo e mão de obra para preparo de paciente, sala e material para a próxima cirurgia;

- Se o paciente estava em sala – além do desperdício de tempo, de mão de obra dos profissionais envolvidos no preparo do paciente para a cirurgia e material tem-se a questão do estresse desnecessário ao qual o paciente é submetido ao ser encaminhado ao CC e sua cirurgia ser suspensa em sala cirúrgica;

- Enfermeiro do turno – para verificar qual enfermeiro estava responsável por aquele período da suspensão cirúrgica, sanar possíveis dúvidas referentes à suspensão, bem como quais fatores contribuíram com todo o processo e o que poderia ter sido realizado para evitar que a cirurgia fosse suspensa;

- Especialidade – para detectar quais especialidades estão com maior número de cirurgias suspensas e correlacionar com os motivos das suspensões e implementar medidas para mudar o quadro de suspensões; verificar se há alguma relação dos motivos com as especialidades cirúrgicas

- Material/destino – verificar quão foi o motivo do material, pois, se estava já aberto e teve de ser encaminhado para esterilização gerando desperdícios, ou se foi possível ser usado em outra cirurgia, se este não foi aberto e mantém-se estéril, ou se mesmo não sendo aberto foi devolvido ao setor de esterilização, gerando também desperdício de tempo e mão de obra na preparação do material;

- Data - verificar se teve algum evento que possa ter contribuído para que a suspensão ocorresse; ou verificar se há sazonalidade dos motivos frequentes;

- Tempo de duração da cirurgia – para verificar o porte da cirurgia de acordo com o tempo, se houve alguma falha no agendamento, preparo do paciente, solicitação de materiais especiais, avaliação pré-anestésica ou operatória

- Quem avisou – verificar se há continuidade da assistência, se há uma comunicação efetiva, respeito ao paciente e familiares;

- Responsável médico – cirurgião responsável pelo paciente, correlacionando com o motivo da suspensão, com o intuito de melhorar processo de trabalho, e verificar junto a lista de espera dos pacientes se os motivos das suspensões tem contribuído para o atraso no andamento da lista. Se há alguma relação dos motivos das suspensões com determinadas especialidades.

- Próxima data de cirurgia – verificar se paciente permanece internado, ou recebe alta hospitalar, se há um reagendamento imediato e preciso já com nova data para a realização da cirurgia.

Este sistema poderia auxiliar gestores e administradores da instituição, pois ao término de cada semana, mês e ano, produziria gráficos com quantitativos e porcentagens de cada item constante neste sistema podendo diagnosticar o que tem gerado suspensão de cirurgia e através disso poder intervir para melhorar o desempenho da instituição, qualidade de assistência e melhor aproveitamento dos recursos financeiros.

✓ **Estabelecimento de indicadores de produção do CC:**

Para a obtenção de indicadores de produção é necessário desenvolver um sistema de informação que traga dados e informações sobre o funcionamento do centro cirúrgico, e tão importante quanto o sistema de informação e também a inserção das informações fidedignas e o monitoramento das mesmas:

- Tempo médio de preparo do paciente em sala cirúrgica;
- Tempo médio de atraso para o início das cirurgias;
- Tempo médio de limpeza da sala no intervalo entre duas cirurgias;
- Tempo médio de permanência na recuperação pós-anestésica;
- Taxa de utilização ou ocupação (tempo total de sala utilizado/tempo de sala disponível);

- Número de salas em utilização (simultânea)/número total de salas existentes;
- Número de cirurgias por sala cirúrgica por dia;
- Número de horas utilizadas por horas disponíveis por período;
- Número de cirurgias realizadas por mês por especialidade;
- Percentual de cumprimento da agenda cirúrgica (FERREIRA, DUARTE, 2006).
- Criação de um núcleo gestor do mapa cirúrgico, multiprofissional, com a participação de enfermeiros, cirurgiões, anestesistas e gestores e ou diretores da instituição;
- Educação continuada e capacitação oferecida aos gestores e para as equipes envolvidas facilitaria o melhor aproveitamento e aumento de recursos, diminuição de custos melhoria na logística do fluxo dos pacientes.

Sugere-se que mensalmente os gestores médicos e de enfermagem realizem reuniões com a equipe de chefes do bloco cirúrgico para análise dos indicadores de produção do CC, e nesse momento sejam traçadas estratégias de melhoria em função dos dados obtidos dos itens supracitados para a otimização e/ou manutenção dos resultados.

✓ **Desenvolvimento e implantação de sistema de agendamento de cirurgia online:**

O desenvolvimento e implantação de um sistema de agendamento de cirurgia online, onde primeiramente deve haver a inserção da agenda de disponibilidade das salas cirúrgicas para as especialidades online.

- Sistema de agendamento cirúrgico online: neste sistema os profissionais de cada especialidade cirúrgica poderiam visualizar seus dias e horários disponíveis e agendar sua cirurgia mediante contemplação de alguns pré-requisitos:

- Paciente ter realizado exames pré-operatórios (laboratoriais e de imagem)

- Ter realizado consulta pré-anestésica ambulatorial (neste item após o paciente ter realizado a consulta ambulatorial com o anestesista, e estar apto para a cirurgia, o médico anesthesiologista insere no sistema de marcação de cirurgia a informação de que o paciente está liberado para a cirurgia) ou caso necessário necessite de uma avaliação de outro

especialista, a liberação do paciente somente ocorreria após ter realizada a consulta e liberado também via sistema, por tal especialista.

➤ Solicitação e confirmação de reserva de sangue e/ou tipagem sanguínea, conforme protocolo do banco de sangue, online.

➤ Confirmação de recebimento de solicitação de congelação do serviço de anatomia patológica, online.

➤ Confirmação do enfermeiro via sistema a disponibilidade de materiais especiais solicitados como: grampeadores cirúrgicos, próteses, implantes e dentre outros para a cirurgia agendada.

✓ **Conferencia via ligação telefônica para confirmar vinda do paciente no dia da cirurgia:**

Esta estratégia se desenvolveria da seguinte maneira:

➤ Após a liberação do mapa cirúrgico, o profissional designado para tal finalidade, entraria em contato telefônico com o paciente na véspera da sua internação para verificar a viabilidade da sua vinda ao hospital.

➤ Confirmar se houve o surgimento de algum outro sinal/sintoma, ou complicação que pudesse vir a contribuir para a suspensão da sua cirurgia.

➤ Quando houver necessidade de interromper algum medicamento antes da cirurgia, conferir se o paciente realizou conforme foi orientado.

➤ Confirma se o paciente virá por meio de transporte próprio ou necessita de auxílio para chegar até a instituição

➤ Se há alguma situação que inviabilize seu comparecimento no hospital para realizar sua internação e sua cirurgia.

➤ Se tem alguma dúvida em relação cirurgia que possa inviabilizar a sua vinda ao hospital.

✓ **Sala cirúrgica com equipe de anestesia e de enfermagem destinada a realização de cirurgias de urgência e emergência:**

➤ Para evitar suspender cirurgias eletivas devido a demanda de cirurgias de urgência e emergência deve haver uma sala específica com equipes de anestesia e de enfermagem completas destinadas a esta finalidade.

➤ A sala para realização de cirurgias de urgência e emergência funcionaria durante período de cirurgias eletivas visando suprir a

necessidade de realizar cirurgias de urgência e emergência, evitando atrasos e suspensões de cirurgias eletivas.

➤ A equipe destinada a realizar estas cirurgias utilizaria a quinta sala cirúrgica, que hoje atualmente é destinada à realização de pequenas cirurgias com anestesia local, não necessitando do profissional médico anestesista, estes procedimentos passariam a ser realizados na unidade de cirurgia ambulatorial.

➤ No decorrer do dia, enquanto não houvesse solicitação de sala para cirurgia de urgência/emergência, a sala e a equipe estaria disponível para determinada especialidade para realizar cirurgia eletiva, sendo considerada com uma sala extra, e cada especialidade cirúrgica poderia utilizar esta sala conforme distribuição e rodízio mensal, ou seja, cada especialidade teria direito a uma sala extra na semana ou mês, conforme disponibilidade de anestesista e equipe de enfermagem, se fosse de seu interesse.

➤ As cirurgias que seriam agendadas nesta sala extra, seriam apenas cirurgias de pequeno porte, para poder liberar a sala para as cirurgias de urgência no menor tempo possível.

✓ **Liberação de vaga de UTI :**

➤ De acordo com as sugestões provenientes das entrevistas a alternativa para reduzir o número de cirurgias suspensas por falta de leito em UTI seria deixar leitos reservados já no dia que antecederesse à cirurgia ou mesmo a liberação mais cedo das vagas, já que atualmente estas ocorrem em torno das 9 ou 10 horas da manhã, atrasando as cirurgias de grande porte.

➤ Modificar o horário de realização de rotina de exames laboratoriais, antecipando esta rotina para o período noturno ou vespertino do dia anterior para poder obter os resultados mais rapidamente e baseado nestes exames poder liberar a vaga o mais breve possível para o CC.

➤ Esta alteração no horário da rotina dos exames laboratoriais da UTI deve ter relação estreita com a central de leitos da instituição, pois um paciente com provável alta da UTI já deve ter uma garantia de leito na enfermaria.

➤ Central de leitos atuando diretamente na otimização para realização de exames que possam propiciar a agilidade na alta o mais breve possível dos pacientes também da enfermaria, evitando internação prolongada desnecessária e propiciando a liberação o mais breve possível da UTI.

✓ **Otimização das salas cirúrgicas:**

- Ocupar as cinco salas simultâneas em horário de funcionamento das cirurgias eletivas;
- Aumentar recursos humanos – equipe de enfermagem e de anestesistas para compor estas cinco salas simultâneas;
- Equipe de anestesia, enfermagem e cirurgia iniciar turno de trabalho no mesmo horário;
- Reduzir tempo de limpeza de sala cirúrgica bem como troca de salas de uma cirurgia para outra;
- Reduzir tempo de permanência na sala de recuperação pós-anestesia,
- Aumentar número de leitos na SRPA;
- Disponibilizar sala cirúrgica para cada especialidade o dia inteiro (matutino e vespertino) e não apenas um turno, para evitar perdas de tempo com o atraso da especialidade que utiliza a sala cirúrgica em período anterior.

✓ **Montagem e liberação do mapa cirúrgico com maior antecedência:**

- Para que possibilite a inclusão ou substituição de paciente em caso de uma suspensão precoce da cirurgia, desistência do paciente ou outro motivo que impeça a realização da cirurgia;
- Conferência de materiais especiais e solicitação, caso a instituição não possua;
- Manutenção e conserto de equipamentos necessários à realização das cirurgias;
- Solicitação de exames adicionais em caso de mudança de quadro clínico do paciente em tempo hábil para a realização da cirurgia;
- Organização diferenciada do CC;
- Organização de equipe de enfermagem conforme quantitativo de salas;
- Melhor organização das cirurgias conforme os tempos cirúrgicos.

✓ **Consulta pré-anestésica:**

Todos os pacientes em pré-operatório atendidos no ambulatório devem ser submetidos a uma avaliação pré-anestésica.

➤ Depois de diagnosticada a necessidade de uma intervenção cirúrgica, o cirurgião ou sua equipe de residentes de cirurgia deve encaminhar o paciente para o ambulatório de anestesia para uma consulta pré-anestésica;

➤ Ampliar equipe de anestesista para atender todos os pacientes em pré-operatório via ambulatorial;

➤ Instituir como pré-requisito para o agendamento cirúrgico a obrigatoriedade da consulta anestésica ambulatorial;

➤ Visita pré-anestésica em todos os pacientes que compõem o mapa cirúrgico a fim de verificar condições do paciente para a cirurgia, possibilitando um tempo hábil para a realização de exames adicionais, e/ou avaliação de outro especialista conforme solicitação do anestesista.

✓ **Visita pré-operatória do enfermeiro do centro cirúrgico:**

➤ Adequar quantitativo de recursos humanos - enfermeiros - para realizar visita pré-operatória do enfermeiro;

➤ Instituir rotina de visita pré-operatória pelo enfermeiro do centro cirúrgico em todos os pacientes que compõe o mapa cirúrgico;

➤ Elaborar e validar instrumento de visita pré-operatória do enfermeiro do CC.

✓ **Implantação do check list da cirurgia segura:**

➤ Adequar o check list para o CC em estudo;

➤ Implantar o check list da cirurgia segura para ofertar maior segurança ao paciente e confiabilidade do atendimento e promover confiança no sistema de saúde;

➤ Prevenir e detectar complicações no intra-operatório que possa repercutir em atraso no término da cirurgia;

➤ Detectar e sanar problemas em equipamentos que apresentaram durante cirurgia e evitar que possa suspender a realização da próxima cirurgia;

➤ Melhorar a adesão às normas básicas de atendimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar um trabalho científico, muitos são os desafios, mas principalmente frente às possibilidades que se apresentam diante dos achados.

Mudança de condutas, do cenário e da prática é o que se espera no Mestrado Profissional, onde se extrai o problema da prática assistencial e articula-se teoria e prática, buscando melhorias.

Pautada nas entrevistas com os profissionais de saúde, na vivência da pesquisadora no centro cirúrgico e no que a literatura recomenda, foi possível elaborar estratégias que possam contribuir para a redução de cancelamentos de cirurgias do centro cirúrgico, com melhor aproveitamento, melhor desempenho, uma assistência mais organizada e de qualidade, um melhor aproveitamento dos recursos humanos e financeiros que a instituição dispõe.

Dentre as estratégias, propõe-se uma reformulação do processo de trabalho, com inovações tecnológicas, como o desenvolvimento e implantação de sistema de agendamento de cirurgia online, atualização de software para notificação de cirurgia suspensa, sala cirúrgica com equipe de anestesia e de enfermagem destinada à realização de cirurgias de urgência e emergência, otimização das salas cirúrgicas, conferência via ligação telefônica para confirmar vinda do paciente no dia da cirurgia, liberação de vaga de UTI mais cedo, e montagem e liberação de mapa de cirurgia com maior antecedência para uma melhor organização do trabalho, evitando ou minimizando os cancelamentos de cirurgias.

Sugere-se, ainda, a implantação e monitoramento de indicadores de produção do CC – uma visão administrativa e gerencial que requer um olhar mais acurado acerca da produção do CC - para uma assistência melhor com um maior aproveitamento dos recursos financeiros, de recursos humanos, infraestrutura que a instituição dispõe evitando assim perda de investimentos.

A metodologia adotada permitiu conhecer os principais motivos que tem ocasionado suspensões de cirurgias, sendo que com a observação foi possível constatar que há indicativos de reorganização do processo de trabalho no CC a ser trabalhado, a partir das lacunas identificadas, que se preenchidas podem reverter em melhorias à população, elevar a qualidade da assistência prestada a mis altos níveis de excelência.

Mudanças são extremamente necessárias nos hospitais públicos universitários e, para isso, um redesenho do processo de trabalho pode

ajudar a promover melhor desenvolvimento organizacional, e ampliar a capacidade e a qualidade da assistência na instituição.

Em se tratando de um hospital escola, onde se tem a missão de atender a assistência, o ensino e a pesquisa, a tarefa se torna ainda mais árdua, porém, de qualquer maneira, mudanças são extremamente necessárias nos hospitais públicos universitários e, para isso, o redesenho do processo de trabalho pode ajudar a promover um melhor desenvolvimento organizacional, e ampliar a capacidade e a qualidade da assistência na instituição.

Também foi possível constatar, por meio das falas nas entrevistas, que o problema de suspensão de cirurgias, percebida como uma fragilidade de organização do trabalho, não foi apenas um problema de pesquisa a ser investigado, mas também foi possível identificar no trabalho cotidiano dos profissionais como uma inquietante preocupação, instigando-os em apontar estratégias que possam contribuir para reduzir as suspensões de cirurgias do centro cirúrgico.

Entendemos que a partir de um redesenho do processo de trabalho, com a introdução das estratégias aqui apresentadas, com ferramentas tecnológicas e um grupo gestor focado, profissionais ligados diretamente à assistência, capacitados e motivados possam formar uma estrutura robusta e eficaz. Será possível instituir mudanças no cenário atual, fazendo com que a excelência e competência sejam a primazia do cuidado ao paciente.

A sociedade constantemente destaca a necessidade de mudanças urgentes na área de saúde, e a implementação das estratégias e o redesenho do processo de trabalho, surge como ponto desafiador, pois é necessário compromisso, responsabilidade, aprendizado em equipe, e principalmente equipe sensibilizada e motivada para realizar tais mudanças. E é isto que deve permear a conduta para uma gestão de qualidade – a de prover também a organização de um novo estágio de consciência sobre as pessoas.

Este estudo apresentou algumas limitações, sendo elas: a subnotificação das cirurgias suspensas com alguns meses sem registros, um banco de dados do CC com restrição de inserção de informação, ausência de software para inserir informações acerca das cirurgias realizadas de acordo com o previsto no mapa cirúrgico ou mesmo cirurgias que foram realizadas sem agendamento prévio, ou seja, denominados na instituição como encaixes, e cirurgias que foram realizadas em caráter de urgência.

No decorrer do desenvolvimento deste estudo já foi possível perceber algumas mudanças no contexto de estudo, como a alteração do

horário da equipe de anestesia, que passou a iniciar as atividades no mesmo horário da equipe de enfermagem. Acredita-se que esta alteração possibilitará antecipar o início das cirurgias, implicando na diminuição de suspensões decorrentes de atrasos nos procedimentos cirúrgicos.

Percebeu-se no desenvolvimento do estudo uma inquietação relevante por parte da equipe cirúrgica em querer modificar a rotina de liberação de leitos da UTI para o CC o mais cedo possível. Constatou-se uma maior discussão entre os profissionais médicos sobre o assunto - suspensão de cirurgia - por falta de uma sala e equipe destinada a realização de cirurgias de urgência e ou emergência, o que reforça a necessidade de mudanças frente aos achados.

É preciso haver comprometimento e engajamento por parte da instituição e dos profissionais que atuam no CC para reestruturar o processo de trabalho no CC com o intuito de reduzir o número de cirurgias suspensas por motivos evitáveis. Neste sentido, o desafio dos profissionais que atuam no CC, é transpor as estratégias do papel para a prática e para que isso é imperativa a sensibilização de todos os profissionais envolvidos neste processo, atuantes no CC.

Para que as inovações no processo de trabalho do CC sejam implementadas, é necessário pensar além do que atualmente está estruturado, e desta forma os esforços para a mudança devem ser somados à capacitação dos profissionais, abrindo espaços de discussão e motivação para o processo de mudanças.

E uma organização que deseja trabalhar com qualidade deve desenvolver as mudanças, testá-las e implementá-las em ciclos sucessivos de melhoria, em uma abordagem de “tentativa e aprendizado” constante. A tentativa sugere testar a mudança, e o aprendizado significa estudar a experiência resultante da mudança.

Torna-se extremamente necessário implementar as estratégias. Não basta melhorar os recursos financeiros destinados à saúde, é preciso corrigir os procedimentos organizacionais para reduzir custos, eliminar desperdícios e retrabalho.

O que deve mover a administração pública é a boa utilização do orçamento. Sendo assim, a área de saúde é um ambiente único e desafiador para implantar mudanças na forma de gestão.

Sugere-se, para trabalhos futuros, levantar o impacto financeiro decorrente de suspensões de cirurgias, o que será possível a partir da implantação de indicadores de produção fidedignos e confiáveis bem como a implantação dos softwares de notificação de suspensão de cirurgias.

Com isso, poderemos ter uma mudança mais rápida e efetiva, trazendo mais qualidade para os hospitais públicos universitários de forma integral e plena, reduzindo desperdícios, otimizando recursos financeiros, humanos, estrutura física, tanto para os processos de trabalho tanto para os profissionais de saúde ligados à assistência, quanto para administradores e gestores da instituição.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, C.J.F. et al. Why is surgery cancelled? Causes, implications, and bibliographic antecedents. **Gac Med Mex**, v.139, n.6, p.545-551, nov/dez. 2003. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14723050>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

ALAN, R.T. et al. Cancellation of pediatric outpatient surgery: Economic and emotional implications for patients and their families.

Journal of Clinical Anesthesia, v.9, n.3, p.213-219, maio 1997.

Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952818097000329>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

ALBORNOZ, I.P.R. **Proyecto de grado para optar al grado de magíster en ingeniería de negocios con tecnologías de información**. Disertación (Maestría)- Curso de Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2016.

ALVES, E.M.M. **Cancelamentos de cirurgias no próprio dia**. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2012.

Disponível em: <<https://run.unl.pt/bitstream/10362/10068/3/RUN>>. Acesso em: 30 set. 2016.

AQUINO, F.M.; MOURA, V.L.F.; PINTO, A.C.S. A suspensão de cirurgia e o processo de comunicação. **Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 2998-3005, maio 2012.

Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1810/pdf_559>. Acesso em: 5 out. 2016.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). **Lista de Procedimentos Médicos**. Valores referenciais. São Paulo, 1999.

ÁVILA, M.A.G. et al. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. SOBECC**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 39-37, abr/jun. 2012. Disponível em:

<http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/revista/abril_junho/canc

elamento.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2016.

BARBEIRO, F.M.S. Por que as cirurgias são suspensas? Uma investigação sobre as taxas, as causas e consequências em um hospital geral do Rio de Janeiro. **Rev pesq.: cuid fundam online**, v.2, n.4, p.1353-1362, out/dez. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750833007/>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

BARBOSA, M.H. Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente. **Enferm Global**, v.11, n.26, p.164-173, Dez. 2012. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/administracion2.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BARBOSA, M.H. et al. Análise da suspensão de cirurgias em um hospital de ensino. **Enferm. Glob**, Murcia, n. 26, p.164-173, 20 abr. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012002200111&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2016.

BISPO, L.G.L.; MARIA, V.L.R. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.30-36, mar. 2010. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/issue/viewIssue/17/pdf_50>. Acesso em: 03 out. 2016.

BOTAZINI, N.O.; CARVALHO, R.C. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Sobecc**, v.22, n.4, p. 230-244. out/dez. 2017. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/267>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

BOTAZINI, N.O.; TOLEDO, L.D.; SOUZA, D.M.S.T. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. **Rev SOBECC**, v.20, n.4, p.210-19, out/dez. 2015. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/92>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 2012**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 14 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publica>

da_resolucao.html>. Acesso em: 10 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC 307 de 14 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília – DF. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

_____. _____. **Equipamentos para estabelecimentos assistenciais de Saúde**. Planejamento e Dimensionamento. Brasília-DF, 1994. Disponível em: <<http://www.elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

_____. _____. **Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm> Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. _____. **Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001**. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. _____. **Portaria nº 400 de 06 de dezembro de 1977**. Normas de instalação de um estabelecimento de saúde e dá outras providências. DOU (Diário Oficial da União), Poder Executivo, Brasília–DF, publicada em 07/12/1977. Disponível em <http://www.e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct>. Acesso em 08 de mar. 2018.

_____. _____. **Portaria nº 930 GM/MS de 27 de agosto de 1992**. As cirurgias foram classificadas de acordo o potencial de contaminação. DOU (Diário Oficial da União), Poder Executivo, Brasília– DF, publicada em 29 de agosto de 1992. Disponível em: <<http://www.elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

_____. _____. **Portaria nº 1884 GM/MS de 11 de novembro de 1994.** Determina as normas técnicas para a rede física, equipamentos e materiais médico-hospitalares para as instituições hospitalares através do serviço de coordenação, engenharia clínica e segurança no ambiente hospitalar. Série: Saúde & Tecnologia. Brasília, 1994, 136p.

BRITO, M.F.P. **Eletrocirurgia:** evidências para o cuidado de enfermagem. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem - USP, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15102007-145726/pt-br.php>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

CALLEGARI, D.C. et al. Monitoring the suspension of surgical procedures. **Int Arch Med**, London, v. 8, n. 11, 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.3823/1710>.

CAMPOS, J.A.R. et al. produção científica da enfermagem de centro cirúrgico de 2003 a 2013. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.20, n.2, p.81-95, abr/jun. 2015. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/issue/viewIssue/38/pdf_81>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CARRARETTO, F. **Avaliação pré-operatória.** In: Medicina perioperatória, Cavalcante, IL. Ed. Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005, 343p.

CAVALCANTE, J.B.; PAGLIUCA, L.M.F; ALMEIDA, P.C. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p.59-65, 14 ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12385.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

CHALYA, P.L. et al. Incidence, causes and pattern of cancellation of elective surgical operations in the University Teaching Hospital in the Lake Zone, Tanzania. **African Health Sciences**, v. 3, n. 11, p.438-443, set. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3261008/>>. Acesso em: 3 out. 2016.

CIHODA, J.H. et al. A análise das causas dos cancelamentos cirúrgicos

em um hospital universitário brasileiro. **Revista Gestão de Cuidados**. São Paulo, v 16, n 1, p.41-47, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/contentone/springer/cmanj/2015/00000016/00000001/art00005>> Acesso em: 06 nov. 2016.

DIMITRIADIS, P.A.; IYER, S.; EVGENIOU, E. The challenge of cancellations on the day of surgery. **Int J Surg**, v.11, n.10, p.1126-1130, Dez 2013. Disponível em: <[http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191\(13\)01050-9/fulltext](http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191(13)01050-9/fulltext)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

DUARTE, I.G.; FERREIRA, D.P. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. **Revista de Administração em Saúde**, v. 8, n.31, p.63-70, abr/jun. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=446427&indexSearch=ID>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

EAGLE, K. et al. A report of the american college of cardiology/american heart association task force on practice guidelines: committee to update the 1996 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery. **Journal of the American College of Cardiology**. Washington, p. 542-553. fev. 2002. Disponível em: <<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1127745>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

FAYED, A. et al. Elective surgery cancelation on day of surgery: An endless dilemma. **Saudi J Anaesth**, v.10, n.1, p.68-73. Jan/mar. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4760047/>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

FERNANDES, E.O. et al. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidência. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v.54, n.2, p. 240-258, abr/jun. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=685614&indexSearch=ID>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.) et al. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2005. p.1-13.

FORMIGA, J.M.M; GERMANO, R.M. Por dentro da história: o ensino de administração em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.2, p 222-226, mar/abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a19.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

FRAGATA, J.I.G.. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 10, n. 01, p.17-26, 1 set. 2010. Disponível em: <[http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t_seg_doente/3-erros e acidentes no bloco operatório.pdf](http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t_seg_doente/3-erros_e_acidentes_no_bloco_operatorio.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2016.

FREITAS, N.Q. et al. O papel do enfermeiro no centro cirúrgico na perspectiva de acadêmicas de enfermagem, **Rev Contexto e Saúde**, v.10, n.20, p 1133- 1136, jan,2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1756>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

GARCIA, A.; FONSECA, L.F. A problemática da suspensão cirúrgica: a perspectiva dos anestesiológicos. **Rev Enferm UFPE On Line**, Recife, p.481-490, fev. 2013. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IVBRZef-E6wJ:www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2888/5349+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 2 set. 2016.

GOMES, E.L.R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 7, p. 229-50.

GUIDO, L.A. et al. Competências dos enfermeiros em CC: reflexões sobre ensino e assistência. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 13, n.1, p.16-23, Jan/mar. 2008. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/issue/viewIssue/9/pdf_47>. Acesso em: 08 mar. 2018.

HOVLID, E.; BUKVE, O. A qualitative study of contextual factors' impact on measures to reduce surgery cancellations. **BMC Health Serv Res**, v.14, n.1, p.215, Maio 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4023492/>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

HOVLID, E. et al. Patient experiences with interventions to reduce surgery cancellations: a qualitative study. **BMC Surg**, v.13, n.1, p.30, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2482/13/30>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

KUMAR, R.; GANDHI, R. Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. **J Anaesthesiol Clin Pharmacol**, v.28, n.1, p.66-69, Jan/mar. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275976/>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

KUZZE, E.; MATOS, E.; MALISKA, I.C.A. **Indicadores de suspensão de cirurgia na gestão de um centro cirúrgico**. Florianópolis, 2015.

LANDIM, F.M. et al. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. **Revista Colégio Brasileiro de Cirurgições**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p.283-287, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 out. 2016

LESLIE, R.J. et al. Day of surgery cancellation rates in urology: Identification of modifiable factors. **Canadian Urological Association Journal**. Quebec, p. 167-173. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699075/>>. Acesso em: 4 out. 2016.

MACEDO, J.M. et al. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. **Rev SOBECC, São Paulo**, v.18, n.1, p.26-34, 2013. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_cancelamento-de-cirurgias-em-

um-hospital-universitario.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

LAISI, J.; TOHMO, H.; KERÄNEN, U. Surgery cancelation on the day of surgery in same-day admission in a Finnish hospital. **Scand J Surg**, v.102, n.3, p.204-208, Ago. 2013. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1457496913492626>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

MANENTI, S.A. **O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar**. Dissertação (mestrado) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORGAM, W.; BERNARDINO, E.; WOLFF, L.D.G. Implications of cancellation of surgery in a surgery department: a descriptive-exploratory study. **Online Brazilian Journal Of Nursing**. Rio de Janeiro, p. 13, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2591>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

NABEEL, S.; ABDUL, R.; SYED, M.A. Reasons for cancellation of elective cardiac surgery at Prince Sultan Cardiac Centre, Saudi Arabia Sultan, **Journal of the Saudi Heart Association**, v.24, n.1, p.29-34. Jan. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3727550/>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

NASCIMENTO, L.A. et al. Além das taxas de suspensão cirúrgica: uma análise de seus reais motivos. **7º Encontro Internacional de Produção Científica, 2011**, Maringá. Anais Eletrônico. Maringá: Cesumar, v. 1, p. 1-6, 2011. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/ana_carolina_korki_arrabal_garcia\(1\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/ana_carolina_korki_arrabal_garcia(1).pdf)>. Acesso em: 2 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 – **Cirurgia Segura Salva Vidas**; Brasília: Organização Pan-

Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 20 p.

PAIM, L. et al. Pesquisa Convergente-Assistencial e sua Aplicação em Cenários da Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.13, n.3, p.380-386, 2008. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12990>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

PASCHOAL, M.L.H.; GATTO, M.A.F. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. **Revista Latino-americana Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.48-53, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016

PERROCA, M.C.; JERICÓ, M.C.; FACUNDIN, S.D. Surgery cancelling at a teaching hospital: implications for cost management. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.5, p.1018-1024, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500021&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 10 jun. 2016.

POSSARI, J.F. **Centro Cirúrgico**: Planejamento, organização e gestão. São Paulo: Iátria, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS (PMF). Secretaria Municipal de Saúde. **Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis**. [200-]b. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. **Secretaria Municipal de Turismo. Sobre Florianópolis: A Cidade**. [200-]a Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/index.php?cms=a+cidade&menu=5>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

REZENDE, J. M. **À Sombra do Plátano**: Crônicas de História de Medicina. São Paulo: Unifesp, 2009. 408p.

RODRIGUES, R.A.P.; SOUSA, F.A.E.F. O trabalho da enfermagem em centro cirúrgico – análise de depoimentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.1., p.21-34. Jul, 1993. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1103/1118>. Acesso em: 28 fev. 2018.

ROBB, W.B. et al. Are elective surgical operations cancelled due to increasing medical admissions? **Ir J Med Sci**, v.173, n.3, p.129-132, jul/set. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15693380>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SAHRAOUI, A.; ELARREF, M. Bed crisis and elective surgery late cancellations: an approach using the theory of constraints. **Qatar Med Journal**, v.1, p.1-11, jun. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197367/>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

SANDBAEK, B.E. et al. Impact of changed management policies on operating room efficiency. **Bmc Health Services Research**, London, v. 14, n. 1, maio 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-224>.

SCHOFIELD, W.N. et al. Cancellatoin of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. **Med J Aust**, v.182, n. 12, p.612-615, Jun. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15963016>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

SCHUSTER, M. et al. O efeito do tamanho do Hospital e Serviço cirúrgico no caso de cancelamento de cirurgias eletivas: resultados de um estudo prospectivo multicêntrico. **Anesthesia & Analgesia: Economia, Educação e Política: Relatórios de pesquisa**, v. 113, p.578-585, set. 2011. Disponível em: <http://journals.lww.com/anesthesiaanalgesia/Fulltext/2011/09000/The_Effect_of_Hospital_Size_and_Surgical_Service.22.aspx#>. Acesso em: 06 nov. 2016.

SILVA, I.C.M.; FIGUEIREDO, N.M.A. Questões (cama) e Desafios (mesa) na Administração dos Serviços de Enfermagem: de uma prática

doméstica para uma prática científica- ensino e prática de cuidar. **Rev. Alternativa de Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 1 n. 14, p. 4-14, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). **Práticas recomendadas da SOBECC**. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da Enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 2, p.156-160, mai/ago. 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Vilma_Beltrame/publication/273026763_A_PESQUISA_CONVERGENTE-ASSISTENCIAL_PCA_LEVADA_AO_REAL_CAMPO_DE_ACAO_DA_ENFERMAGEM/links/55912cd608aed6ec4bf69959.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

TURRINI, R.N.T. et al. Ensino de enfermagem em centro-cirúrgico: transformações da disciplina na escola de enfermagem da USP. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p.1268-1273, oct. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500032&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 10 mar. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Atribuições do enfermeiro do centro cirúrgico**, 2016, p. 1.

_____. _____. **Histórico**. [200-]a. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13>. Acesso em: 10 jan. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA CONHECER QUAIS REPERCUSSÕES DE UMA CIRURGIA SUSPENSA

Identificação:

Iniciais do nome:

Idade: Sexo:

Profissão:

Unidade de trabalho: Tempo de atuação na instituição:

Função que desempenha:

1. Quais os principais problemas que levam às suspensões de cirurgia no seu ponto de vista?
2. Qual a responsabilidade do profissional diante da suspensão?
3. No seu ponto de vista existe alguma alternativa que pode ser utilizada para evitar a suspensão? Qual?
4. Como você vê os desdobramentos diante das suspensões de cirurgias?
5. Você me poderia falar sobre metas para diminuir número de cirurgias suspensas?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
Tel.: (48) 3721-4164 E-mail: mpenf@contato.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAR A UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada “ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAR A UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO”. A pesquisa cumprirá os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Os procedimentos adotados neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE atendem aos critérios de ética em pesquisa com seres Humanos – CESP/PH da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. O CESP/PH é composto por um grupo de pessoas que trabalham para avaliar se a pesquisa está sendo executada de forma ética, respeitando os direitos do participante.

Leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O presente estudo é um projeto de dissertação de mestrado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como pesquisadora a enfermeira Angela Karina Torri,

orientada pela professora Dr^a Francine Lima Gelbcke. O estudo tem por objetivo a construção de estratégias para reduzir as suspensões de cirurgias do centro cirúrgico do HU/UFSC. Pretende-se com este estudo otimizar a utilização do centro cirúrgico, reduzindo as suspensões de cirurgias. Sua participação consiste em responder a uma entrevista com estimativa de duração em 30 minutos. Através dela pretendemos obter sua opinião sobre o tema, problemas que evidencia no dia a dia de trabalho, que contribui para a suspensão de cirurgias, assim como suas sugestões melhorarão a utilização do centro cirúrgico.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a: participar de uma entrevista que será áudio-gravada em meio digital. Para a participação nesta entrevista você terá um tempo aproximado de 30 minutos e não precisará se deslocar, pois a mesma será aplicada em local e horário definidos por você.

Desconfortos e risco:

Esta pesquisa não acarreta riscos físicos aos participantes. Você poderá sentir algum desconforto relacionado ao fato de estar refletindo e avaliando os motivos das suspensões de cirurgias e como reduzi-las. Ou algum desconforto relacionado ao fato de estar sentado durante a entrevista. Caso isso aconteça, a pesquisadora deixa claro que você poderá desistir da participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua pessoa ou ao seu trabalho, punição ou discriminação por isso. A pesquisa também não apresenta nenhum risco trabalhista. Também me comprometo a prestar todo apoio caso haja alguma intercorrência com você no transcorrer da participação na pesquisa e assumir algum ônus que possa ocorrer decorrente de sua participação na mesma. De qualquer forma se ainda persistir algum tipo de desconforto você poderá desistir de participar desse estudo a qualquer momento, bastando para isso contatar uma das pesquisadoras.

Benefícios:

Você contribuirá para melhorar a utilização do centro cirúrgico, e fornecimento de informações/sugestões para diminuir as suspensões

de cirurgias do centro cirúrgico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Acompanhamento e assistência:

Caso julgue necessário você terá acompanhamento da pesquisadora responsável após o encerramento ou interrupção da pesquisa. Caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a ouvi-los nas suas necessidades.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos garantimos a confidencialidade das informações. Garanto que seu nome ou de qualquer outro dado que o identifique não será divulgado. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o identifique seja revelado.

Ressarcimento:

O estudo será realizado no hospital, ou seja, em seu local de trabalho e em momento reservado e definido de acordo com suas possibilidades e necessidades, neste sentido é provável que você não virá a ter despesas em decorrência da pesquisa. Entretanto, as pesquisadoras se comprometem a ressarcir quaisquer despesas decorrentes da pesquisa, garantindo a indenização diante de eventuais danos decorrentes da mesma. Estando este direito garantido pela legislação.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Angela Karina Torri pelo telefone (48) 98823 2882, e-mail: djantorri@yahoo.com.br, Rua Maria Flora Pausewang, S/N – Trindade, Florianópolis – SC, 88036-800 ou Prof^a Dr^a Francine Lima Gelbcke – (48) 3721 2772, e-mail: francine.lima@ufsc.br, Rua Maria Flora Pausewang, S/N – Trindade, Florianópolis – SC, 88036-800 – Hospital

Universitário Professor Dr. Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Lembro ainda de que você pode desistir da participação a qualquer momento sem precisar justificar, bastando para isso entrar em contato com uma das pesquisadoras.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua: Desembargador Vitor Lima, número 22, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Consentimento Livre e Esclarecido:

Eu, _____ RG
nº _____ entendi que a pesquisa é sobre a construção de estratégias para reduzir as suspensões de cirurgias do centro cirúrgico. Fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e aceito participar voluntariamente da mesma. Concordo que os dados provenientes da entrevista concedida por mim sejam utilizados para fins acadêmicos. Declaro ainda que, recebi uma via deste TCLE, que foi elaborado em duas vias, sendo rubricadas todas as suas páginas e assinado por mim e pelas pesquisadoras no momento da entrega do mesmo para o participante.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador 1: _____

Assinatura do pesquisador 2: _____

Florianópolis, _____, de _____ de 2017.

APÊNDICE C – PROTÓTIPO DE TELA

Browser

http://centrocirurgico.hu.ufsc.br/suspensao-de-cirurgia

hu
UFSC

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO CIRÚRGICO

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente:

Registro:

Cirurgia Suspensa:

Horário Previsto:

Motivo Suspensão:

Paciente foi avisado? Sim Não

Entrou outra cirurgia no lugar? Sim Não

Sala estava montada? Sim Não

Paciente estava em sala cirúrgica? Sim Não

Enfermeiro do Turno:

Especialidade:

Material Destino:

Data:

Tempo de duração da cirurgia:

Quem avisou?

Responsável Médico:

Próxima Data da Cirurgia:

Salvar Documento

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CIRURGIA SUSPENSA

UFSC - HU - CENTRO CIRURGICO	UFSC - HU - CENTRO CIRURGICO
Notificação de Cirurgia Suspensa	Notificação de Cirurgia Suspensa
Nome do Paciente: _____	Nome do Paciente: _____
Cirurgia Prevista: _____	Cirurgia Prevista: _____
Sala: _____ Hora: _____ Data: _____	Sala: _____ Hora: _____ Data: _____
Cirurgião Responsável: _____	Cirurgião Responsável: _____
Motivo: _____	Motivo: _____
Assinatura e CRM: _____	Assinatura e CRM: _____
Data da Notificação: _____	Data da Notificação: _____
Nome do Paciente: _____	Nome do Paciente: _____
Cirurgia Prevista: _____	Cirurgia Prevista: _____
Sala: _____ Hora: _____ Data: _____	Sala: _____ Hora: _____ Data: _____
Cirurgião Responsável: _____	Cirurgião Responsável: _____
Motivo: _____	Motivo: _____
Assinatura e CRM: _____	Assinatura e CRM: _____
Data da Notificação: _____	Data da Notificação: _____
Nome do Paciente: _____	Nome do Paciente: _____
Cirurgia Prevista: _____	Cirurgia Prevista: _____
Sala: _____ Hora: _____ Data: _____	Sala: _____ Hora: _____ Data: _____
Cirurgião Responsável: _____	Cirurgião Responsável: _____
Motivo: _____	Motivo: _____
Assinatura e CRM: _____	Assinatura e CRM: _____
Data da Notificação: _____	Data da Notificação: _____

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

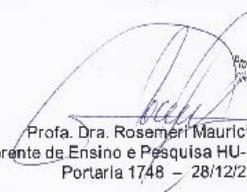


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 89040-900 -
 F. FLORIANÓPOLIS / SC
 TEL/FONE: (48) 3742-4924 - FAX: (48) 3742-6354

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS MULTIPROFISSIONAIS PARA OTIMIZAR A UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO", e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 11/09/2017.


 Prof. Dra. Rosemeri Maurici da Silva
 Gerente de Ensino e Pesquisa HU-UFSC-EBSERH
 Portaria 1748 – 28/12/2016

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS MULTIPROFISSIONAIS PARA OTIMIZAR A UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

Pesquisador: Francine Lima Gelboke

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 70740117.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.391.000

Apresentação do Projeto:

Trata o presente projeto de uma dissertação de Mestrado Profissional do curso de Pós Graduação em Enfermagem, que será desenvolvido pela aluna Angela Karina Torri, sob orientação da Prof. Dra. Francine Lima Gelboke, que assina a folha de rosto como pesquisadora responsável juntamente com Jane Cristina Anden, Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial que tem como objetivo detectar quais fatores tem contribuído para o cancelamento de cirurgias e elaborar estratégias para otimizar utilização do centro cirúrgico do HU/UFSC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar estratégias coletivas para otimizar a utilização do centro cirúrgico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não acarreta riscos físicos aos participantes. Você poderá sentir algum desconforto relacionado ao fato de estar refletindo e avaliando os motivos das suspensões de cirurgias e como reduzi-las. Ou algum desconforto relacionado ao fato de estar sentado durante a entrevista. Caso isso aconteça, a pesquisadora deixa claro que você poderá desistir da participação a qualquer

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retortia II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO D – INSTRUÇÃO NORMATIVA 01/MPENF/2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM - MESTRADO PROFISSIONAL
Fone (48) 3721-4164



Instrução Normativa 01/MPENF/2017

Florianópolis, 16 de agosto de 2017.

Dispõe sobre o procedimento para solicitação de prorrogação de prazo para defesa da dissertação do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina – MPENF/UFSC.

A Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – Modalidade Curso de Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina – MPENF/UFSC, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Resolução 95/CUN/2017 e no Regimento interno do Curso, e o que deliberou, por unanimidade, o Colegiado Delegado do MPENF/UFSC, em reunião realizada em 16/08/2017.

RESOLVE:

Fixar os procedimentos a serem seguidos para solicitação de prorrogação de prazo para defesa da dissertação, estabelecendo-se o que segue:

1. O discente deverá entregar à Secretaria Acadêmica do MPENF, no prazo máximo de 02 (dois) meses antes do término de conclusão do curso, os seguintes documentos:
 - a) formulário de solicitação de prorrogação de prazo para defesa, contendo a justificativa, o prazo de prorrogação solicitado e parecer de seu orientador;
 - b) cronograma das atividades a serem desenvolvidas;
 - c) CD contendo as etapas da dissertação concluídas e as que serão finalizadas.
2. O(A) Coordenador(a) Didático-Pedagógico do Programa analisará os documentos entregues, emitindo parecer sobre a possibilidade de prorrogação de prazo;
3. Somente será concedida a prorrogação do prazo solicitada após apreciação do parecer emitido pelo(a) Coordenador(a) Didático- Pedagógico pelo Colegiado Delegado do Programa.
4. Os casos especiais serão discutidos no Colegiado Delegado do Programa.

Documento homologado no Colegiado Delegado do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional/UFSC de 16/08/2017. Original firmado na Secretaria do MPENF